



V-043 - CIRUGÍA DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA CONCOMITANTE CON GASTRECTOMÍA VERTICAL LAPAROSCÓPICA EN UNA PACIENTE CON OBESIDAD MÓRBIDA

Rojas de la Serna, Gabriela; Morandeira Rivas, Antonio; Riquelme Gaona, Jerónimo; Cuevas Toledano, Javier; Herrero Bogajo, María Luz; Tadeo Ruiz, Gloria; Moreno Sanz, Carlos

Hospital General la Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Resumen

Introducción: Debido a la creciente incidencia de obesidad mórbida en la sociedad, las técnicas de cirugía bariátrica son cada vez más habituales en la práctica del cirujano. La posibilidad de combinar en el mismo acto quirúrgico la cirugía de la obesidad con otros procesos quirúrgicos sigue siendo un tema de debate, como sucede con relativa frecuencia con la colelitiasis y la patología de la pared abdominal. Presentamos el caso de una paciente candidata a cirugía bariátrica con hidatidosis hepática concomitante.

Caso clínico: Mujer de 44 años con antecedentes de dislipemia y SAHS en tratamiento con simvastatina y CPAP nocturna. Es valorada por el equipo multidisciplinar de cirugía bariátrica por obesidad mórbida de 14 años de evolución (IMC de 48 kg/m^2). En la gastroscopia se evidencia una hernia hiatal por deslizamiento de 2 cm, siendo negativa la biopsia gástrica para *Helicobacter pylori*. Los estudios de función esofágica (manometría y pHmetría) no pudieron completarse por no tolerar la paciente el procedimiento. En la ecografía abdominal se apreció colelitiasis, sin dilatación de la vía biliar, con dos lesiones quísticas hepáticas heterogéneas. Por este motivo se completó el estudio con una tomografía abdominal observándose tres lesiones quísticas parcialmente calcificadas sugestivas de quistes hidatídicos, dos de localización hepática, una en segmento II de $6 \times 8 \text{ cm}$ y otra en segmento V de $5 \times 5 \text{ cm}$, y una tercera lesión de $3 \times 3 \text{ cm}$ a nivel del epiplón. La hemaglutinación de *Equinococcus granulosus* fue negativa. En la exploración laparoscópica se apreciaron intensas adherencias del quiste localizado en segmento II hepático al diafragma y a la cara anterior del estómago, que dificultaban la realización de la gastrectomía vertical. Tras la liberación de las adherencias se realizó resección hepática limitada con extirpación del quiste en segmento II. Posteriormente se llevó a cabo la gastrectomía vertical, con cinco cargas de endograpadora, sobre una sonda Foucher de 36Fr, con cierre anterior del hiato esofágico. A continuación, se resecó el quiste localizado en el epiplón y la vesícula biliar. Finalmente, se realizó quistoperiquistectomía de la lesión quística periférica en segmento V, con dos períodos de clampaje del hilio hepático de 10 y 8 minutos. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta en el tercer día posoperatorio. Un año tras la intervención, la paciente presenta un IMC 38 y un porcentaje de exceso de peso perdido del 46,4%. No precisa de tratamiento antilipemiante ni de CPAP nocturna.

Discusión: La realización de procedimientos quirúrgicos mayores de forma concomitante con la cirugía bariátrica debe ser valorada de forma individual para cada paciente y consensuada con el equipo multidisciplinar. La presencia de dificultades durante el procedimiento bariátrico y/o los hallazgos intraoperatorios pueden condicionar la decisión de llevar o no a cabo el procedimiento asociado en ese

misma acto quirúrgico. En otras ocasiones, puede ser necesaria su realización para completar el procedimiento bariátrico, como sucedió en nuestro caso con el quiste en el segmento II.