



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-666 - ROTURA DE QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO A LAPAROSTOMÍA. CASO CLÍNICO

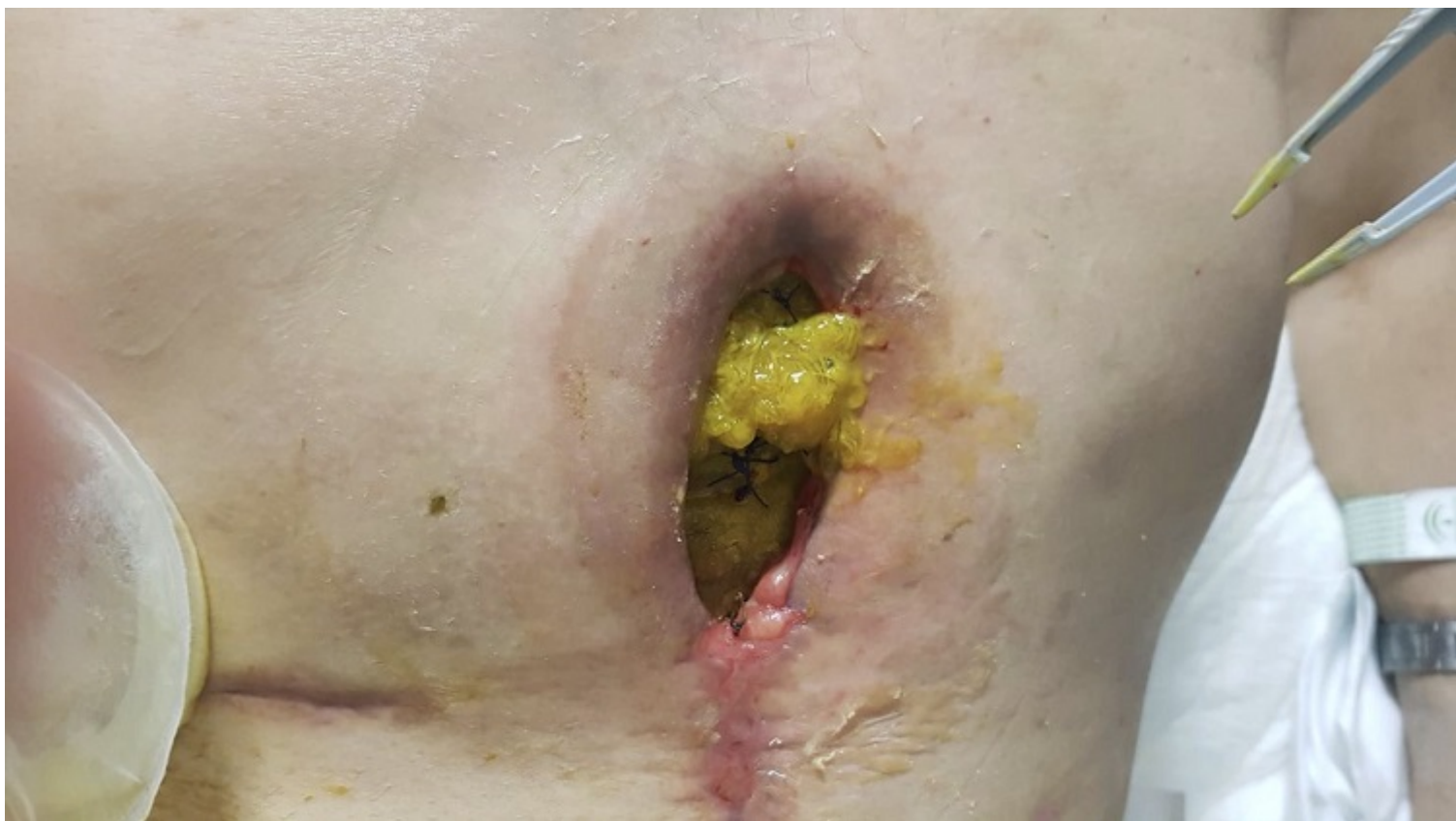
Aguilar Márquez, Ana Isabel; García Muñoz, Patricia; Retamar Gentil, Marina; Reguera Rosal, Julio; Olivares Oliver, Claudia; Lara Fernández, Yaiza; Oliva Mompeán, Fernando; López Ruiz, José Antonio

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: La hidatidosis es una parasitosis causada por *E. granulosus* endémica en diversos países y se contagia con la ingesta de huevos por contacto directo con perros o consumo de agua o verduras contaminadas. Las larvas pasan al hígado a través del intestino y la circulación portal, donde pueden dar origen al quiste hidatídico. Las manifestaciones clínicas dependen de la localización, número de quistes y complicaciones. En el hígado es más habitual que aparezca en el lóbulo derecho produciendo una hepatomegalia con o sin dolor abdominal. Las complicaciones más habituales son la rotura del quiste y la infección.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 54 años con antecedentes de hidatidosis hepática asintomática diagnosticada durante estudio digestivo por dispepsia, visualizándose en RMN con contraste 4 quistes intraparenquimatosos, todos inactivos salvo el de mayor tamaño de 14 cm situado en segmento IV en fase transicional. Realizó tratamiento con albendazol y se propuso intervención quirúrgica que rechazó. El paciente acude a Urgencias donde se diagnostica de perforación de primera porción duodenal con necesidad de intervención quirúrgica urgente realizándose cierre simple con epiploplastía. Posteriormente, se reinterviene hasta en 5 ocasiones por complicaciones requiriendo la realización de antrectomía con resección de primera porción duodenal y gastroenteroanastomosis en Y de Roux, desarrollando finalmente una fístula bilioentérica a través del tercio superior de la laparostomía secundaria a la dehiscencia del muñón duodenal. Dada la estabilidad clínica del paciente se decide manejo conservador con terapia de presión negativa manteniendo aislada la fístula del resto de la herida con un débito diario de unos 50 cc purulento tras un mes con la terapia, momento en el que se tuvo que retirar el sistema por objetivarse salida de hidátides debido a rotura del quiste hidatídico del segmento IV, realizándose drenaje del quiste e inicio de albendazol. A las 72 horas el paciente precisa ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos por shock séptico debido a sobreinfección de los quistes, requiriendo estabilización hemodinámica y antibioterapia de amplio espectro con muy buena evolución permitiendo su traslado a planta de hospitalización, donde su evolución ha sido lenta pero favorable con manejo conservador. Actualmente, presenta un débito diario de unos 80-100 cc biliopurulento con buena tolerancia planteándose alta domiciliaria con seguimiento en consultas para plantear actitud en función de la evolución.



Discusión: La rotura de un quiste hidatídico suele ser la complicación más grave de la hidatidosis. Habitualmente, se sobre infecta a causa de una comunicación cistobiliar provocando un aumento de la presión intraquística que, con la erosión de las paredes por las estructuras vecinas hace que se desarrolle la complicación. Generalmente, suelen romperse a la vía biliar, tracto gastrointestinal o cavidad peritoneal, aunque hay casos en que se lleva a cabo una fistulización a través de la pared abdominal. En nuestro caso nos encontramos con un paciente con una rotura de quiste hidatídico hepático a laparostomía, probablemente secundario a la terapia de presión negativa, no descrito previamente en la literatura.