



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-210 - Drenaje percutáneo previo a la cirugía, como el primer paso en el tratamiento del quiste hidatídico hepático infectado ¿Vale la pena?

López Marcano, Aylhin; Ramia Ángel, José M.; Arteaga Peralta, Vladimir; Gonzales Aguilar, Jhonny; de la Plaza Llamas, Roberto; Medina Velasco, Aníbal; Valenzuela Torres, José D.C.; Alshwely, Farah

Hospital Universitario, Guadalajara.

Resumen

Introducción: El absceso hidatídico (AQH) o infección del quiste hidatídico es una complicación infrecuente de la hidatidosis hepática. Se presenta inicialmente con clínica inespecífica e insidiosa, y puede debutar como cuadro infeccioso hepatobiliar grave en un paciente séptico. Se produce por la invasión de bacterias desde los conductos biliares, o raramente vía hematógena. La presencia del AQH aumenta la morbilidad postoperatoria en la cirugía de la hidatidosis hepática. Actualmente el tratamiento del QHC no está estandarizado.

Objetivos: Proponemos un tratamiento que se inicia con drenaje percutáneo del AQH para así posponer la cirugía cuando el paciente se encuentre en mejor estado general disminuyendo la morbilidad postoperatoria.

Métodos: Hemos tratado con este algoritmo a un hombre y dos mujeres con edades de 80, 75 y 55 años. En los tres, la presentación clínica fue fiebre sin foco claro de infección, todos referían en los 15 días previos síntomas inespecíficos como malestar general, disnea y molestias abdominales. Acudieron al servicio de urgencias de nuestro Hospital por empeoramiento del estado general. Analíticamente presentaron leucocitosis, neutrofilia y aumento de la PCR. En todos los casos se efectuó TC abdominal que permitió el diagnóstico de AQH. El tamaño promedio del AQH fue 12,16 cm.

Resultados: A todos se realizó drenaje percutáneo guiado por TC obteniéndose material purulento, que se cultivó y crecieron *Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus viridans* y *Streptococcus salivarius* respectivamente. Realizamos antibioticoterapia adaptada al antibiograma. La cirugía se realizó dos semanas tras el ingreso, con cuadro séptico ya controlado. En los tres pacientes se realizó quistectomía casi total, colecistectomía y epiploplastía en la cavidad residual. Complicaciones: Clavien I (atelectasia y derrame pleural) y Clavien II (transfusión). La estancia media total (pre + postoperatoria) fue 23 días. En el seguimiento al año no se han presentado recidivas radiológicas (TC).

Conclusiones: El manejo de AQH no está estandarizado, clásicamente se ha realizado tratamiento quirúrgico urgente que suelen ser subóptimo debido a ser realizados en pacientes en mala condición médica. Además, el AQH es un factor de riesgo para la aparición de complicaciones postoperatorias y complicaciones crónicas relacionadas con la persistencia de una importante cavidad quística residual. La realización inicial de un drenaje percutáneo en pacientes sépticos por AQH junto a la antibioticoterapia y medidas de soporte, permite controlar la infección y mejorar el estado general. Así se pueden realizar técnicas más eficientes como la periquistectomía total o subtotal disminuyendo el riesgo de cavidad residual.