



Ictericia obstructiva y colangitis secundaria a quiste hidatídico hepático

Sr. Director:

Uno de los grandes retos de la cirugía de los quistes hidatídicos hepáticos (QHH) es el tratamiento de las fístulas biliares asociadas (entre un 20 y un 30% tienen comunicación con la vía biliar). La ocupación de la vía biliar por hidátides produce un cuadro de ictericia obstructiva y colangitis que obliga, habitualmente, a la realización de una coledocotomía, extracción de membranas y drenaje (tubo de Kher o derivación biliodigestiva) durante la cirugía.

Presentamos el caso de un paciente de 59 años sin antecedentes personales de interés que acudió a urgencias por dolor epigástrico y febrícula. En la exploración se objetivó ictericia mucocutánea y ocupación del hemiabdomen superior derecho. La analítica demostró: bilirrubina total, 5,3 mg/dl; transaminasa glutámico pirúvica (GPT), 311 U/l; transaminasa glutámico oxalacética (GOT), 166 U/l, y fosfatasa alcalina (FA), 176 U/l; el resto fue normal. Se realizó una ecografía y una tomografía computarizada (TC) abdominal que confirmaron la existencia de 2 grandes quistes hidatídicos en el lóbulo hepático derecho (de 13 y 9 cm) y otro quiste hidatídico calcificado en el lóbulo hepático izquierdo de 5 cm. Las ramas biliares principales derecha e izquierda y el colédoco en toda su longitud estaban ocupadas por un material con múltiples ecos lineales (fig. 1). La serología para hidatidosis fue positiva (tuvo contacto con perros y ganado hace años). Se inició tratamiento con albendazol antes de la cirugía y se realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), que confirmó la dilatación y la ocupación de la vía biliar con salida espontánea de material hidatídico. Se realizó una esfinterotomía y extracción mediante balón de Fogarty/cesta de Dormia del contenido hasta no apreciar otros defectos de repleción (fig. 2).

El paciente fue intervenido mediante una quistoperiquistectomía total cerrada de todos los quistes, previa descompresión y esterilización de éstos, con un escolicida tópico (suero hipertónico) y colecistectomía. Se realizó una colangiografía transcística intraoperatoria, que no objetivó defectos de repleción en la vía biliar y sí un buen paso al duode-

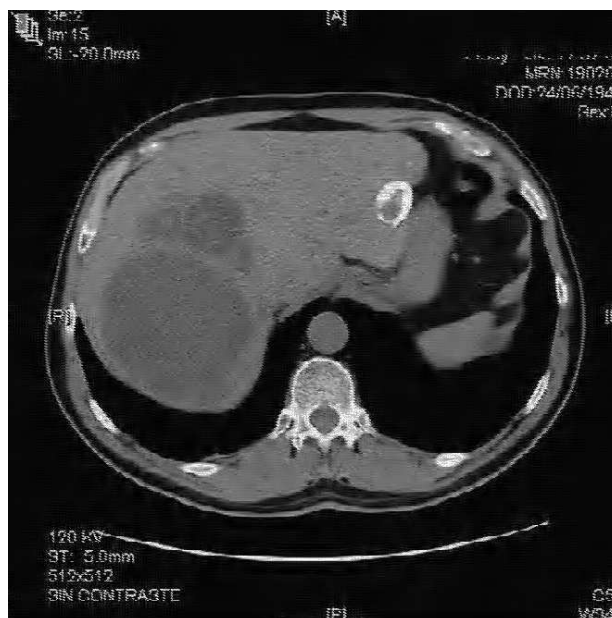


Fig. 1. Tomografía computarizada (TC) abdominal que muestra 2 grandes quistes hidatídicos en el lóbulo hepático derecho y otro, calcificado, en el lóbulo hepático izquierdo.

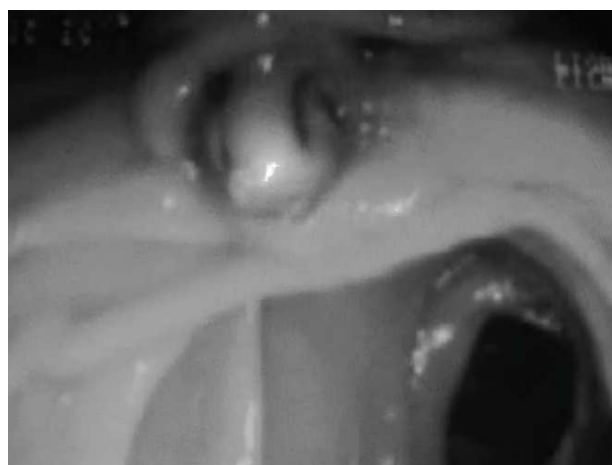


Fig. 2. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) preoperatoria que muestra la salida espontánea de material hidatídico por la papila.

no. El paciente evolucionó favorablemente; si bien, presentó en el postoperatorio un empiema pleural secundario a *E. coli* multiresistente, que precisó drenaje torácico.

La hidatidosis es una zoonosis causada por la larva de un parásito, *Echinococcus granulosus*, que en España tiene carácter endémico. El hígado es el órgano afectado con más frecuencia (más del 70%); si bien, también puede afectarse otros órganos (pulmón, bazo, páncreas...).¹ Uno de los riesgos más importantes es la rotura del quiste hidatídico, sobre todo hacia la vía biliar, aunque también puede ocurrir hacia la cavidad peritoneal u otros órganos (cava, etc.), lo que ocasiona reacciones anafilácticas que pueden ser muy graves (shock anafiláctico y fracaso multiorgánico).²

El tratamiento estándar de la hidatidosis hepática es la cirugía, pues permite eliminar completamente el parásito, tratar las complicaciones asociadas y prevenir las recidivas³. Actualmente, algunos grupos de trabajo han introducido el abordaje laparoscópico dentro del arsenal terapéutico de la hidatidosis hepática con excelentes resultados⁴.

La CPRE preoperatoria permite valorar la relación entre los quistes hidatídicos hepáticos y la vía biliar, y asegurar un buen drenaje de ésta al asociar una esfinterotomía endoscópica, evitando, en ocasiones, su manipulación durante la cirugía y disminuyendo la incidencia de fistulas biliares en el postoperatorio⁵. Para algunos autores, esta terapia podría considerarse como una alternativa a la cirugía en pacientes seleccionados con elevado riesgo quirúrgico⁶.

**Fernando Ochando Cerdán^a, Carmelo Loinaz Seguro^a,
Cristina Garmendia Fernández^b, Pilar Hernández
Granados^a, José Antonio Rueda^a, José María Fernández
Cebrian^a y Antonio Quintans^a**

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España. ^bServicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Alcorcón. Alcorcón. Madrid. España.

Bibliografía

1. Martínez-Conde López AE, Romeo Ramírez JA, Olivares Galdeano U, Sancha Pérez A, López de Torre Ramírez de la Piscina J. Pancreatic hydatid cyst: review of a case. *Rev Clin Esp.* 1997;197:363-4.
2. Blasco Navalpotro NA, Corrales Rodríguez de Tembleque M, Poza Jiménez A, Sánchez-Gómez Navarro J. Anaphylactic shock caused by spontaneous rupture of hepatic hydatid cyst into inferior vena cava. *Rev Clin Esp.* 1993;192:49-50.
3. Alonso Casado O, Moreno González E, Loinaz Seguro C, Gimeno Calvo A, González Pinto I, Pérez Saborido B, et al. Results of 22 years experience in radical surgical treatment of hepatic hydatid cysts. *Hepatogastroenterology.* 2001;48:235-43.
4. Cugat E, Olsina JJ, Rotellar F, Artigas V, Suárez MA, Moreno-Sanz C, et al. Resultados iniciales del Registro Nacional de Cirugía Hepática por Laparoscopia. *Cir Esp.* 2005;78:152-60.
5. Ozaslan E, Bayraktar Y. Endoscopic Therapy in the management of hepatobiliary hydatid disease. *J Clin Gastroenterol.* 2002;35:160-74.
6. Louredo Méndez AM, Alonso Poza A, Igea Arisqueta F. Drenaje endoscópico de un quiste hidatídico fistulizado a vía biliar intrahepática. *Rev Esp Enferm Dig.* 2005;97:140-1.