

## Rotura intraperitoneal traumática de quiste hidatídico hepático

**Sandra Castro-Boix, Maite Santamaría-Gómez, Sílvia Grau-Llacuna, Antoni Nadal-Guinard y Manel Armengol-Carrasco**  
Servicio de Cirugía General. Unidad Cirugía Esófago-Gástrica. Hospital Vall d'Hebron. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona. España.

La enfermedad hidatídica es una parasitosis causada por *Echinococcus granulosus*. El hígado es el órgano más afectado, seguido del pulmón. Una complicación grave de los quistes hidatídicos hepáticos es la rotura a cavidad peritoneal, que ocurre entre el 1 y el 8% de los casos.

Presentamos el caso de un varón de 32 años estudiado en otro centro por quiste hidatídico hepático localizado en el lóbulo hepático izquierdo de 12 × 11 cm y pendiente de cirugía electiva. Acude a urgencias por dolor abdominal intenso localizado en el hipocondrio derecho a raíz de un esfuerzo físico violento. Al examen físico se aprecia eritema cutáneo generalizado y el abdomen es doloroso en el epigastrio y el hipocondrio derecho. La analítica muestra 10.660 leucocitos (el 77%, neutrófilos, y el 0,6%, eosinófilos); bilirrubina, 22 µmol/l; transaminasas, normales. Se le practica tomografía computarizada de urgencia que muestra un quiste hidatídico localizado en el segmento III en contacto con la pared anterior del estómago y líquido libre intraabdominal perihéptico (fig. 1). Tras administración de antihistamínicos y corticoides sistémicos se decide intervención urgente. Mediante laparotomía subcostal se halla un quiste hidatídico implantado en los segmentos III y IV hepáticos fisurado, con grandes vesículas hijas en su interior y líquido libre peritoneal. Se procede limpiar la cavidad peritoneal con solución de povidona yodada y se realiza quistoperiquistectomía y posterior colecistectomía con colangiografía intraoperatoria que no muestra fugas (fig. 2). El postoperatorio cursó sin incidencias, y se le dio de alta al octavo día, tras iniciar tratamiento oral con albendazol.

La enfermedad hidatídica es una infestación parasitaria causada por la larva de *E. granulosus* que induce el desarrollo de quistes con más frecuencia en el hígado. Es endémica en algunas zonas con actividad ganadera ovina importante, como Argentina, Chile, cuenca medi-

terránea, Oriente medio, Australia o Nueva Zelanda<sup>1</sup>. La localización hepática da lugar a la entidad conocida como equinocosis hidatídica del hígado. Se presenta como un quiste único en el 75% de los casos y múltiple en el resto<sup>2</sup>.

La mayoría de los quistes hidatídicos hepáticos se descubren de forma accidental durante un examen radiológi-

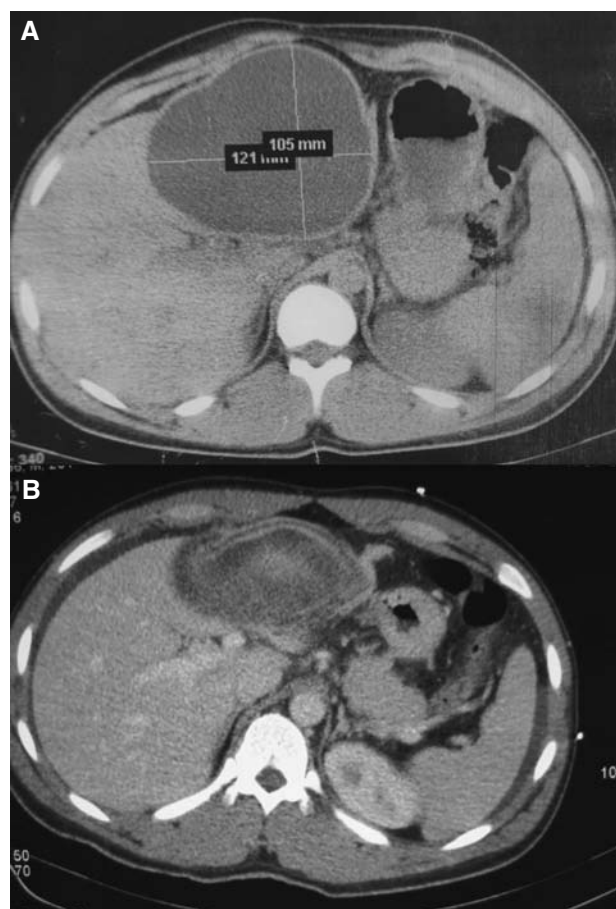


Fig. 1. Tomografía computarizada. A: antes de la rotura con imagen de quiste de 12 × 10 cm. B: imagen de tomografía tras la rotura que muestra líquido perihéptico y desaparición de la tensión del quiste.

Correspondencia: Dra. S. Castro Boix.  
Servicio de Cirugía General. Unidad Esófago-Gástrica. Hospital Vall d'Hebron.  
P.º Vall d'Hebron, 119-129. 08035 Barcelona. España.  
Correo electrónico: sandracastro73@hotmail.com

Manuscrito recibido el 27-8-2007 y aceptado el 6-11-2007.

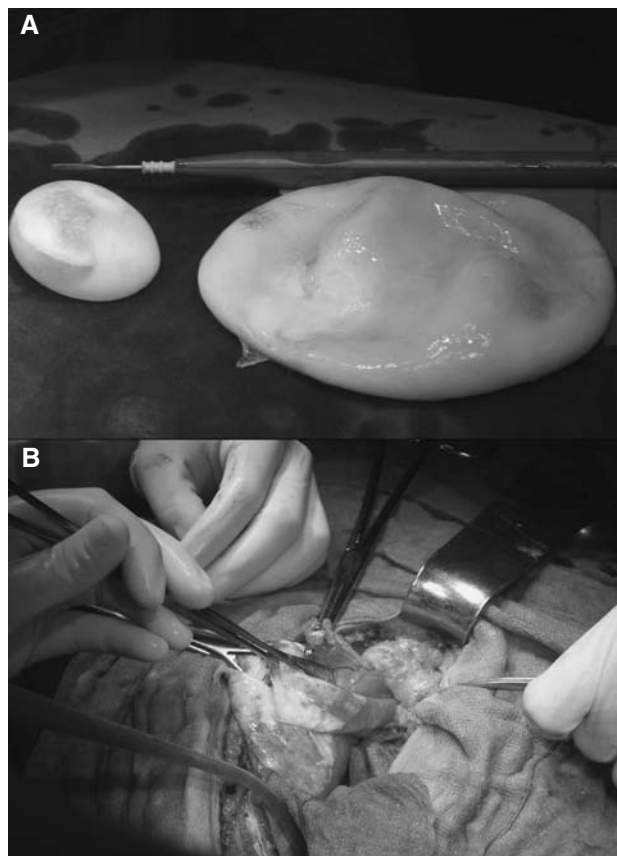


Fig. 2. Imágenes de cirugía. A: vesículas hijas que contenía el quiste. B: imagen intraoperatoria del quiste fisurado.

co abdominal y cursan de forma indolente. En caso de presentar clínica, es en forma de dolor abdominal por distensión de la cápsula hepática o por compresión de estructuras adyacentes. Cuando se complican, dan lugar a formas febriles, biliares, alérgicas o a tránsitos torácicos.

El quiste hidatídico contiene un líquido claro en el cual flotan formas germinativas llamadas escólices, lo que lo hace altamente infestante en caso de rotura. La rotura de un quiste hidatídico es rara, principalmente es hacia el árbol biliar. La rotura a cavidad abdominal libre es excepcional y generalmente se acompaña de una reacción anafiláctica que conlleva una no despreciable morbimortalidad. La tasa de rotura a peritoneo se ha descrito del 1 al 8% en la literatura<sup>3</sup>. Los quistes de localización superficial, los grandes y los viables con presión alta son especialmente propensos a romperse a cavidades o drenar al tracto biliar o gastrointestinal. La rotura es debida habitualmente al aumento de la presión en el quiste, bien sea por traumatismo o por su distensión<sup>4</sup>. La perforación puede causar diseminación del parásito por drenaje del líquido que contiene vesículas hijas y escólices a cavidad peritoneal. El mayor problema que conlleva es la hidatidosis peritoneal. La clínica más frecuente en caso de rotura es dolor abdominal, náuseas y vómitos y urticaria. Las reacciones alérgicas se presentan en el 25% de los casos<sup>3</sup>.

La escisión quirúrgica es el único tratamiento curativo disponible<sup>5</sup>. La rotura de un quiste hidatídico es una ur-

gencia quirúrgica tras la estabilización del paciente y el tratamiento inmediato contra la reacción alérgica. El ánimo de la cirugía es prevenir complicaciones, eliminar la enfermedad local y minimizar las tasas de recurrencia. Se debe proceder al lavado intraoperatorio de la cavidad abdominal, aunque no hay consenso de cuál es el mejor agente escolicida. El más frecuentemente utilizado es la povidona yodada<sup>6</sup>. La variedad de intervenciones descritas históricamente muestra el reto que representa esta entidad para el cirujano. Las operaciones radicales eliminan el parásito y el área periquística minimizando así la posibilidad de recidiva, mientras que las operaciones no radicales extirpan el parásito abandonando parte o toda la zona periquística y drenando la cavidad residual<sup>2</sup>. El tratamiento quirúrgico del quiste primario debe realizarse si lo permiten las condiciones del paciente. Es fundamental aislar de forma meticulosa tanto los bordes de la herida como todas las estructuras abdominales durante la intervención. La mortalidad quirúrgica varía del 0 al 8% y se relaciona, sobre todo, con los quistes complicados<sup>7</sup>.

Las tasas de recurrencia varían mucho según las series<sup>3</sup>. Se ha descrito que pueden prevenirse mediante un apropiado lavado abdominal seguido de un tratamiento con albendazol, único fármaco antiparasitario eficaz en estos casos.

Los quistes rotos requieren un seguimiento postoperatorio meticuloso mediante ultrasonografía abdominal y serología, aunque el ritmo y la duración de esta vigilancia no están sistematizados<sup>7</sup>. La respuesta al tratamiento con la monitorización de títulos de anticuerpos ha tenido resultados controvertidos. Tras la cirugía radical, los títulos disminuyen o desaparecen, y aumentan si otro quiste se desarrolla secundariamente<sup>8</sup>.

En conclusión, la rotura postraumática de un quiste hidatídico hepático a cavidad abdominal es una condición rara que representa un reto para el cirujano en urgencias y debería incluirse en el diagnóstico diferencial de un abdomen agudo en áreas endémicas como la nuestra.

## Bibliografía

1. Gelincik A, Ozseker F, Büyüköztürk S, Colako lu B, Dal M, Alper A. Recurrent anaphylaxis due to non-ruptured hepatic hydatid cysts. *Int Arch Allergy Immunol.* 2007;143:296-8.
2. Casanova D, Figueras J, Pardo F. Cirugía hepática. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Madrid: Arán; 2004. p. 106-23.
3. Derici H, Tansug T, Reyhan E, Bozdog AD, Nazli O. Acute intraperitoneal rupture of hydatid cysts. *World J Surg.* 2006;30:1879-83.
4. Karakaya K. Spontaneous rupture of a hepatic hydatid cyst into the peritoneum causing only mild abdominal pain: a case report. *World J Gastroenterol.* 2007;13:806-8.
5. Tarcoveanu E, Dimofte G, Bradea C, Crumpei F, Anton R, Moldovanu R. Multiple peritoneal hydatid disease after rupture of a multivesicular hepatic hydatid cyst. Case report. *J Gastrointest Liver Dis.* 2006;15:301-5.
6. Gokce O, Gokce C, Yilmaz M, et al. Povidone-iodine in experimental peritoneal hidatidosis. *Br J Surg.* 1991;78:495-6.
7. Zaouche A, Haouet K. Traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie. *Techniques chirurgicales-appareil digestif.* Paris: EMC-Elsevier Masson; 2006. p. 40-775.
8. Matheu V, Gracia MT, Rodríguez VM, Olalde S, Baeza ML. Shock anafilático secundario a rotura espontánea de quiste hidatídico esplénico. *Rev Esp Alergol Inmunol Clin.* 1997;12:242-7.