



Localizador web  
Artículo 234.082

# Utilización de bioprótesis para reparación diafragmática por quiste hidatídico hepático complicado e infiltrante en el diafragma

Juan Manuel Suárez Grau, Miguel Ángel Gómez Bravo, Felipe Pareja Ciuró, Zoraida Valera Sánchez  
y José María Álamo Martínez

Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Correspondencia: Dr. J.M. Suárez Grau.  
San Juan, 4. 41100 Coria del Río. Sevilla. España.

Manuscrito recibido el 11-12-2007 y aceptado el 2-4-2008.

Presentamos el caso de un varón de 53 años, en estudio en consultas de cirugía hepatobilopancreática por quiste hepático único complicado en el lóbulo hepático derecho (LHD) que no respondió al tratamiento médico con albendazol cuando era de escasas dimensiones; su tamaño aumentó y actualmente es tributario de tratamiento quirúrgico. En la exploración abdominal se eviden-



Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal: quiste hidatídico en el lóbulo hepático derecho, que infiltra el diafragma, y con afectación pleural.



Fig. 2. Intervención quirúrgica. Quistoperiquistectomía completa con resección total del quiste del lóbulo hepático derecho y colocación de malla de PTFE en el diafragma para solventar su falta de continuidad por afectación del quiste.

ción una tumoración en el hipocondrio derecho, no dolorosa; el resto del abdomen era blando, depresible, sin dolor a la palpación profunda ni peritonismo. El paciente no presentaba sintomatología añadida, sin alteraciones del hábito intestinal ni otros hallazgos patológicos.

La tomografía computarizada mostraba un quiste hidatídico hepático en LHD que infiltraba al diafragma y con sospecha de infiltración pleural. Se intervino al paciente, mediante quistoperiquistectomía total; además, se evidenció la afectación pleural y diafragmática, que requirió resección de esa zona en la misma intervención, con imposibilidad de cerrar la brecha diafragmática mediante sutura convencional, y fue necesario colocar una malla de politetrafluoroetileno expandido (PTFEe) en sustitución del hemidiafragma derecho. El postoperatorio cursó sin alteraciones, permaneció las primeras 24 h en UCI debido a las características de la intervención realizada. Luego, en planta de cirugía, el paciente siguió evolucionando con normalidad, y se le dio el alta del hospital a la semana de la intervención. Se mantuvo el tratamiento con albendazol postoperatorio hasta la primera revisión al mes en consultas. Las pruebas de imagen realizadas posteriormente han sido negativas en cuanto a la recidiva del quiste. Actualmente el paciente no precisa ningún tratamiento médico y permanece asintomático.

La incidencia de quistes hidatídicos complicados es de un 15-60% al ser diagnosticados por primera vez. La infección primaria suele ser asintomática y puede perdurar durante varios años. Consecuentemente la clínica ocasionada por el quiste hidatídico se relaciona con el tamaño y su localización<sup>1</sup>. El período de latencia puede ser de hasta 50 años hasta que aparezcan los primeros síntomas. La afectación hepática suele ser asintomática durante años, en el 60-85% de los casos el lóbulo derecho es el portador del quiste hidatídico<sup>2,3</sup>. Los síntomas principales<sup>3</sup> suelen aparecer cuando el diámetro del quiste alcanza unos 10 cm. Las indicaciones quirúrgicas de los quistes hidatídicos son las siguientes<sup>4,5</sup>:

- Quistes complicados (infección, compresión, obstrucción).
- Quiste localizado en órgano vital (sistema nervioso central, médula espinal, corazón) o hueso.
- Gran quiste con riesgo de rotura.
- Los quistes hidatídicos > 5 cm de diámetro, por el riesgo de complicaciones.

En cuanto al tratamiento quirúrgico, se recomienda la resección del quiste hepático en su totalidad (quistoperiquistectomía) y, en un mismo tiempo quirúrgico, el trata-

miento de los posibles trayectos fistulosos o invasión a otros órganos vecinos siempre que sea posible<sup>3,5</sup>. La reparación diafragmática suele realizarse mediante sutura simple, pero si la magnitud del defecto hace imposible dicha reparación, debemos emplear una bioprótesis. El material disponible para las mallas utilizadas en el refuerzo diafragmático es variado. La mayoría de los autores recomiendan el uso del material irreabsorbible para mantener el efecto de contención, lo que asegura una acción duradera en la contención del diafragma<sup>6,7</sup>. El material irreabsorbible puede ser de polipropileno, de PTFE o compuesto (PTFE más polipropileno, poliéster más colágeno)<sup>7,8</sup>. Recientemente se está empezando a emplear biomateriales reabsorbibles tanto en el diafragma como en el hiato esofágico (pericardio bovino, colágeno porcino, colágeno humano). Las ventajas del PTFE son su textura suave y su menor capacidad para inducir adherencias. Las diversas superficies de sus caras favorecen la adherencia del diafragma a la cara visceral de la malla, mientras que la superficie peritoneal es menos adherente<sup>6,8</sup>.

## Bibliografía

1. Kammerer WS, Schantz PM. Echinococcal disease. Infect Dis Clin North Am. 1993;7:605-18.
2. Atli M, Kama NA, Yuksek YN, et al. Intrabiliary rupture of a hepatic hydatid cyst. Arch Surg. 2001;136:1249-55.
3. Kosal N, Muftuoglu T, Gunerhan Y, Uzun MA, Kurt R. Management of intrabiliary ruptured hydatid disease of the liver. Gastroenterology. 2001;148:1094-6.
4. Chautems R, Bühlér LH, Gold B, Giostra E, Poletti P, Chilcott M, et al. Surgical management and long-term outcome of complicated liver hydatid cysts caused by *Echinococcus granulosus*. Surgery. 2005;137:312-6.
5. Anadol D, Özcelik U, Kiper N, Göçmen A. Treatment of hydatid disease. Review article. Paediatr Drugs. 2001;3(2).
6. Moreno-Egea A, Campillo-Soto A, Girela-Baena E, Torralba-Martínez JA, Corral de la Calle M, Aguayo-Albasini JL. [Traumatic Spigelian hernia. Elective extraperitoneal laparoscopic repair]. Cir Esp. 2006;79:61-3.
7. Targarona EM, Bendahan G, Balague C, Garriga J, Trias M. [Mesh in the hiatus: a controversial issue]. Cir Esp. 2004;75:105-16.
8. Torralba Martínez JA, Lirón Ruiz R, Morales Cuenca G, Martín Lorenzo JG, Moreno Egea A, Pellicer Franco E, et al. Hernia de Morgagni gigante. Tratamiento laparoscópico mediante prótesis bilaminar (composite) de poliéster. Cir Esp. 2002;72:303-5.