



Cartas al Director

Suero hipertónico e hipernatremia en hidatidosis hepática**Hypertonic saline and hypernatraemia in hepatic hydatidosis**

Sr. Director

Hemos leído el artículo de Ramia et al¹ publicado recientemente en su revista y de él surgen algunas consideraciones que importa comentar brevemente.

Coincidimos con el uso de suero clorurado hipertónico (SCH) como parasiticida y, de hecho, lo usamos sistemáticamente en una dilución al 33%; aunque es oportuno resaltar algunos aspectos técnicos que tal vez sean los causantes de que la hipernatremia secundaria sea un hecho excepcional.

Nunca colocamos las compresas embebidas en SCH en contacto directo con el peritoneo ni la superficie hepática. Ponemos primero una capa de compresas secas y encima de estas y debidamente escurridas ubicamos las compresas con SCH.

La esterilización del quiste se realiza mediante su evacuación progresiva por medio de un sistema artesanal de aspiración/inyección —confeccionado a base de un tubo de Kehr— que permite ir sustituyendo en forma segura, controlada y paulatina el contenido hidático por el SCH. A nuestro juicio, este es el método más seguro para evitar la contaminación operatoria.

Asimismo, no estimamos necesaria la sustitución por SCH del volumen total del quiste para lograr su esterilización. Una vez evacuado el contenido parasitario y con el quiste parcialmente ocupado con SCH, se abre la adventicia emergente y se realiza su lavado interno aspirando e inyectando el SCH, mientras se pasa un hisopo por las paredes internas del quiste para desprender restos de membrana y detritus. Se repite el proceso hasta que el líquido sale limpio, previamente a continuar con la exéresis de la adventicia hidática. Durante estas maniobras nunca hay en la cavidad de un quiste grande más de 60 cm³ de SCH.

Nuestras precauciones en el uso del SCH están centradas en evitar su contacto con la superficie peritoneal, ya que es difícil pensar en una absorción clínicamente significativa a través de la adventicia de superficie limitada, y cuya estructura no favorece los mecanismos de absorción. Solo Belguiti² ha comunicado el impacto deletéreo del SCH en los conductos biliares bajo la forma de colangitis esclerosante cáustica, pero no surge evidencia significativa de su asociación con episodios de hipernatremia, aun en series con fistulas quistobiliares amplias^{3,4}.

B I B L I O G R A F Í A

1. Ramia Ángel JM, Sancho Calatrava E, Santos Blanco JM, Garrido Menéndez F, Lozoya Albacar R. Hipernatremia tras cirugía de hidatidosis hepática. Cir Esp. 2009;86:115–6.
2. Belguiti J, Benhamou J, Houry S, Grenier P, Huguier M, Fekete F. Caustic sclerosing cholangitis. A complication of the surgical treatment of hydatid disease of the liver. Arch Surg. 1986;121:1162–5.
3. Zaouche A, Haouet K, Jouini M, Hchaichi A, Dziri Ch. Management of liver hydatid cysts with a large biliocystic fistula: Multicenter retrospective study. World J Surgery. 2001;25: 28–39.
4. Safioleas M, Misiakos E, Kouvaraki M, Stamatakos M, Manti C, Felekouras E. Hydatid disease of the liver. A continuing surgical problem. Arch Surg. 2006;141:1101–8.

Luis Russo Martínez

Clínica Quirúrgica «3», Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Montevideo, Uruguay
Correo electrónico: lruso@fmed.edu.uy