

## Respuesta de los autores

### Authors' reply

Sr. Director:

Hemos leído atentamente las cartas de Suarez-Muñoz et al y de Gastaca et al sobre nuestro artículo<sup>1</sup> y agradecemos los comentarios realizados en éstas así como la aportación de sus experiencias en el tratamiento de esta enfermedad. Varios puntos merecen, en nuestra opinión, puntualización.

Existe, en lo concerniente a esta enfermedad, un problema de nomenclatura. Por ejemplo, Priego et al refieren como técnica radical quistoperiquistectomías (QPQ) parciales en las que queda «un remanente muy pequeño de periquística»<sup>2</sup>. No se realizaron en nuestra serie resecciones de cúpula saliente (RCS) que fueran simplemente ventanas; en este sentido, se podrían considerar (QPQ) parciales (nosotros las denominamos RCS para simplificar). Nuestra intención cuando planteamos RCS fue siempre realizar una intervención que dejase una cavidad residual mínima.

Pensamos que es necesario matizar la indicación de QPQ «total» en los pacientes con lesiones adyacentes a estructuras vasculares mayores o biliares: la indicación radical en esta situación sería la resección hepática, ya que permite un adecuado tratamiento de estas estructuras en el parénquima sano. Pero una opción conservadora puede ser más adaptada a las necesidades del paciente. Y no se debe olvidar que la experiencia con tratamientos conservadores es amplia y favorable en zonas endémicas<sup>3</sup>.

Las comunicaciones biliares de los quistes hidatídicos son muy frecuentes y tras las QPQ pueden quedar lesiones biliares de difícil tratamiento<sup>4</sup>. Por esto, nos parece que se debe recurrir, cuando es necesario, a drenajes transclísticos o endoscópicos. Pero es necesario recordar que la mayoría de las fistulas biliares son moderadas, transitorias y sin consecuencias si son bien drenadas.

Consideramos problemática la utilización de povidona yodada como agente escolecida, pues se ha relacionado con complicaciones graves: enfermedad por depósito, peritonitis estéril, fracaso renal y colangitis esclerosante<sup>5</sup>. Nosotros utilizamos una solución de suero hipertónico para lavar las vendas de protección, para puncionar y aspirar el quiste y para lavar el campo quirúrgico durante toda la intervención. Es cierto que hemos observado hipernatremias, pero fueron transitorias y asintomáticas.

Véase contenido relacionado en DOI: 10.1016/j.ciresp.2009.10.011, 10.1016/j.ciresp.2009.10.010

doi:10.1016/j.ciresp.2009.12.024

En resumen, creemos que en muchos casos de QH puede plantearse una intervención por vía laparoscópica y que ésta no debe descartarse a priori en las localizaciones «no ideales». Al adquirir más experiencia, hemos observado cómo una adecuada colocación del paciente y de los trocares de acceso permite acceder en buenas condiciones a las lesiones de los segmentos derechos y posteriores. Pensamos que se debe plantear la estrategia de tratamiento en función de la situación general del paciente y de las características de las lesiones y que es necesario prepararse adecuadamente para tratar las complicaciones que en esta cirugía mayor puedan producirse, independientemente de que se aborden por vía abierta o laparoscópica.

#### B I B I O G R A F Í A

1. Baltar J, Baamonde I, Concheiro P, García LA, Breñilla J, Escudero B, et al. Tratamiento laparoscópico de los quistes hidatídicos hepáticos: técnicas y complicaciones postoperatorias. Cir Esp. 2009;86:33-7.
2. Priego P, Nuño J, López Hervás P, López Buenadicha A, Peromingo R, Die J, et al. Hidatidosis hepática. Cirugía radical vs. no radical: 22 años de experiencia. Rev Esp Enfs Dig. 2008;100:82-5.
3. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A. Treatment of hydatid cyst of the liver: Where is the evidence? World J Surg. 2004;28:731-6.
4. Bedirli A, Sakrak O, Sozuer EM, Kerek M, Ince O. Surgical management of spontaneous intrabiliary rupture of hydatid liver cysts. Surg Today. 2002;32:594-7.
5. Besim H, Karayalçın K, Hamamci O, Güngör Ç, Korkmaz A. Scolicidal agents in hydatid cyst surgery. HPB Surgery. 1998;10:347-51.

Javier Baltar Boilève\*, Ivan Baamonde de La Torre, Pablo Concheiro Coello y Luis A. García Vallejo

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital de Conxo, Complexo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: javier.baltar.boileve@sergas.es (J. Baltar Boilève).