



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Hidatidosis hepática: ¿qué cirugía debemos realizar?

Hepatic hydatidosis: Which surgical technique should we use?

La hidatidosis hepática (HH) es una zoonosis endémica en nuestro país. Una política sanitaria de desparasitaciones en perros realizada en la década de 1980 disminuyó drásticamente la frecuencia de esta enfermedad en los siguientes años. En el año 1996 dejó de ser una enfermedad de declaración obligatoria, por lo que desde entonces no existen datos fiables acerca de su incidencia. No obstante, en la actualidad, se está observando en determinadas zonas un aumento en el número de pacientes con hidatidosis, debido, probablemente, a la emigración de pacientes desde países con tasas elevadas de hidatidosis que no han llevado a cabo las actuaciones sociosanitarias implantadas en España (Magreb, Rumanía, etc.).

La HH es una enfermedad en la que no se han realizado prácticamente estudios aleatorizados que permitan obtener niveles de evidencia científica aceptables, y realmente la variabilidad terapéutica aplicada es muy elevada¹. En PubMed, de 4.112 citas sobre HH, solo 14 corresponden a estudios aleatorizados. Es por esto que actualmente existen múltiples preguntas no contestadas sobre la hidatidosis².

Se debe intervenir a la mayoría de los pacientes con HH. La teoría clásica de que los quistes calcificados no tenían viabilidad actualmente no se acepta. Todo quiste que encontremos en un paciente con una edad razonable y sin comorbilidades francas se debe operar, ya que existe el riesgo de rotura a las vías biliares o al bronquio, o de complicaciones graves debido al crecimiento de la lesión. Lógicamente, no debemos olvidar nunca que estamos ante una enfermedad benigna y la racionalidad debe imperar.

No hay evidencia científica sobre qué cirugía debemos realizar en la hidatidosis². Clásicamente, se intervenía a los pacientes mediante técnicas no radicales (Lagrot, quistectomía subtotal, etc.) asociadas a capitonaje, marsupialización o epiploplastia. La gran ventaja de la cirugía no radical es que es una técnica sencilla con escasa mortalidad, por lo que se consideró, y muchos cirujanos la siguen considerando, la técnica de elección. Es cierto que en un porcentaje amplio de enfermos es curativa si no presentan infección de la cavidad o comunicación biliar. El problema de la cirugía no radical cuando la comparamos con la cirugía radical es que presenta

una serie de graves inconvenientes, que se podrían resumir en mayor estancia, riesgo de recidiva más elevado y fistulas biliares crónicas^{3,4}. Por tanto, existe un grupo de pacientes a los que se debe intervenir mediante técnicas radicales. La cirugía radical es técnicamente más demandante. La quistectomía total cerrada se admite cada vez más como la técnica más adecuada para el tratamiento de la HH. En aquellos casos que por dificultad para el tratamiento del quiste debido al tamaño o a la localización fuese necesaria la quistectomía total abierta, puede ser una opción aceptable. La resección hepática reglada es necesaria en ocasiones, especialmente en recidivas, roturas biliares francas o determinados segmentos^{3,4}.

Un porcentaje variable de pacientes presentan comunicación entre el quiste y la vía biliar (5-8%). Este tipo de comunicaciones puede clasificarse en rotura intrabiliar franca (verdadera comunicación entre el quiste y la vía biliar con paso de contenido del quiste a la vía produciendo un cuadro de ictericia obstructiva) o comunicación cistobiliar de pequeño tamaño que se soluciona con la sutura simple de esta comunicación. En aquellos casos con ictericia, clásicamente se procedía a la apertura de la vía biliar, a la extracción del material y a la colocación de un tubo de Kehr o a la realización de una esfinterotomía transduodenal. En la actualidad, la realización de una CPRE preoperatoria en los pacientes con ictericia puede permitir una limpieza completa de la vía biliar y obviar los procedimientos citados⁵. No obstante, también puede causar colangitis y, por tanto, debe valorarse la exéresis completa del quiste lo más precozmente posible.

No hay estudios concluyentes sobre el uso de albendazol preoperatorio y postoperatorio^{1,6}. Si la cirugía que se practica es una cirugía radical cerrada, no parece que exista la necesidad de utilizarlo sistemáticamente. Solo en aquellos casos donde se realice cirugía no radical o quistectomía abierta sería lógico emplearlo. No hay estudios sobre cuál es el tiempo necesario de administración.

La cirugía laparoscópica de la hidatidosis no se ha desarrollado con la misma velocidad que la cirugía laparoscópica hepática por 2 razones fundamentales: la dificultad del tratamiento de los quistes en determinadas localizaciones

(centrales, en el lóbulo derecho o en la cúpula hepática) y el riesgo de diseminación en caso de rotura accidental^{1,7}. Creemos que la cirugía laparoscópica debería cumplir la misma radicalidad que la cirugía abierta.

Como ya hemos comentado previamente, la mayoría de los cirujanos están familiarizados con las técnicas no radicales de tratamiento de la hidatidosis. Esta enfermedad suele ser más frecuente en las áreas de salud atendidas por hospitales comarcales. Por esto, probablemente, no se traslada a estos pacientes a unidades hepatobiliopancreáticas, a diferencia de otros enfermos subsidiarios de cirugía hepática. No obstante, teniendo en cuenta que actualmente la mayoría de los pacientes presentan infección crónica del quiste por comunicaciones con la vía biliar, parece lógico su traslado a las unidades de referencia para tratamiento con técnicas radicales (hepatectomía y quistectomía total).

BIBLIOGRAFÍA

1. Dziri C, Paquet JC, Hay JM, Fingerhut A, Msika S, Zeitoun G, et al. French Associations for Surgical Research. Omentoplasty in the prevention of deep abdominal complications after surgery for hydatid disease of the liver: A multicenter, prospective, randomized trial. *J Am Coll Surg*. 1999;188: 81-289.
2. Dziri C, Haouet K, Fingerhut A. Treatment of hydatid cyst of the liver. Where is the evidence? *World J Surg*. 2004;28: 731-6.
3. Priego P, Nuño J, López P, López A, Peromingo R, Die J, et al. Hidatidosis hepática. Cirugía radical vs. no radical: 22 años de experiencia. *Rev Esp Enf Dig*. 2008;100:82-5.
4. Yuksel O, Akyurek N, Sahin T, Salman B, Azili C, Bostanci H. Efficacy of radical surgery in preventing early local recurrence and cavity related complications in hydatid liver disease. *J Gastrointest Surg*. 2008;12:483-9.
5. Galati G, Sterpetti Av, Caputo M, Aduci M, Lucandri G, Brozzetti S, et al. Endoscopic retrograde cholangiography for intrabiliary rupture of hydatid cyst. *Am J Surg*. 2006;191:206-10.
6. Bildik N, Cevik A, Altintags M, Ekinci H, Canberk M, Gulmen M. Efficacy of preoperative albendazole use according to months in hydatid cyst of the liver. *J Clin Gastroenterol*. 2007;41: 312-6.
7. Baltar Boilève J, Baamonde de La Torre I, Concheiro Coello P, García Vallejo LA, Brenlla González J, Escudero Pérez B, et al. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cysts: Techniques and post-operative complications. *Cir Esp*. 2009;86:33-7.

José Manuel Ramia Ángel

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España
Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com

Joan Figueras Felip

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Josep Trueta, Girona, España

0009-739X/\$ - see front matter

© 2009 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.04.005