

Fístula de quiste hepático hidatídico a vena porta: revisión de la literatura

Leire Zubiaurre Lizarralde^a, Igor Oyarzabal Pérez^b, Inmaculada Ruiz Montesinos^c y Esther Guisasola Gorrotxategi^c

^aDepartamento de Digestivo. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

^bDepartamento de Urología. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

^cDepartamento de Cirugía General. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

RESUMEN

En la bibliografía hay solamente 3 publicaciones sobre la invasión de la vena porta por quiste hidatídico. Es una complicación infrecuente que se debe tener en cuenta en el diagnóstico del shock anafiláctico. El motivo de consulta puede ser variado; desde dolor abdominal y fiebre relacionados con el quiste hasta complicaciones como la hipertensión portal por la cavernomatosis, o una reacción anafiláctica por la fuga de material antigénico del quiste. Entre las pruebas diagnósticas, la ecografía Doppler y la tomografía computarizada identifican quistes hepáticos e imágenes compatibles con cavernomatosis, pero la resonancia magnética detecta la presencia de múltiples vesículas hijas intraportales y la comunicación entre el quiste residual y la vena porta. El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica, con extirpación del quiste e instilación de soluciones escolicidas, además de tratamiento con albendazol, comenzando 4 días antes de la extirpación y manteniéndolo durante más de 4 semanas.

INVASION OF THE PORTAL VEIN BY A HYDATID CYST. REVIEW OF THE LITERATURE

We have found only 3 publications in the literature that describe portal vein invasion by a hydatid cyst. This complication is very uncommon but should be kept in mind in the diagnosis of anaphylactic shock. Clinical presentation can vary from abdominal pain and fever to portal hypertension or anaphylactic reaction due to leaking of antigenic material from the cyst. Ultrasound and computed tomography scan can identify hydatid cysts and cavernomatosis, but magnetic resonance imaging shows the presence of multiple daughter

vesicles replacing the lumen of the portal vein and a communication between the residual cyst and the portal vein. The treatment of choice is surgery, including removal of the cyst and local instillation of scolicide solution. In addition to surgery, administration of albendazole is recommended. Administration should begin 4 days before extirpation and should be continued for more than 4 weeks.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una infección parasitaria, que afecta al ser humano, causada por la larva de *Echinococcus granulosus*, común en áreas donde el ganado se cría junto a los perros. La infección ocurre cuando el ser humano ingiere vegetales contaminados por los huevos de esta larva. Los embriones atraviesan la mucosa intestinal y a través de la circulación portal son transportados al hígado en un 75% de los casos.

En cuanto a la clínica de la hidatidosis hepática, dado el crecimiento lento de los quistes (2-3 cm al año), los pacientes suelen permanecer asintomáticos hasta que por su tamaño produzca síntomas correspondientes al órgano afectado. En ocasiones, puede complicarse con la rotura del quiste a causa de un traumatismo menor o por crecimiento masivo¹. A consecuencia de la rotura, además de una diseminación multifocal que da lugar a múltiples quistes, puede producir una reacción anafiláctica por la fuga de material antigénico, con fiebre, prurito, urticaria y eosinofilia, aunque su presentación en forma de shock anafiláctico es infrecuente y oscila entre el 1 y el 7,5% de los casos².

La afección de la vena porta con cavernomatosis e hipertensión portal secundaria, como presentamos en nuestro caso, es una complicación poco frecuente, pero que se debe tener en cuenta a la hora de hacer el diagnóstico diferencial, sobre todo en zonas endémicas. La hidatidosis puede afectar a la vena porta mediante diversos mecanismos: por compresión extrínseca a distintos niveles (vena cava inferior, vena porta...) y por invasión del vaso, que

Correspondencia: Dra. L. Zubiaurre Lizarralde.

Departamento de Aparato Digestivo. Hospital Donostia.

Paseo Beguiristáin, s/n. 20014 San Sebastián. Guipúzcoa. España.

Recibido el 28-11-2005; aceptado para su publicación el 5-2-2006.

parece una trombosis. Este último fenómeno se podría explicar por una reacción inflamatoria de la pared vascular provocada por la compresión externa del quiste, facilitando la creación de una fístula quistoportal que permite el paso de vesículas a la luz vascular³.

Hemos realizado una búsqueda en la base de datos PubMed utilizando los términos Mesh «*Echinococcosis*», «*Hepatic*» «*Anaphylaxis*» y «*portal cavernomatosis*». De los 23 artículos preliminares, solamente 3 mencionan la capacidad del quiste hidatídico de invadir la vena porta con cavernomatosis secundaria³⁻⁵, y el primer caso fue descrito en 1998. Otra publicación presenta un caso de invasión de la vena cava inferior⁶ y los 19 restantes hablan de la reacción anafiláctica que se puede dar en esta entidad.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 45 años que reingresa en nuestro servicio por fiebre, tras ser dada de alta 10 días antes tras traumatismo y rotura esplénica.

Antecedentes personales

Intervenida hace 5 años de hidatidosis hepática por quiste en el segmento IV, con esterilización y drenaje al exterior. A las 24 h, reintervención por hemoperitoneo.

Enfermedad actual

Veinte días antes del ingreso actual, tras caída accidental sobre el costado izquierdo, presenta rotura esplénica y fracturas costales izquierdas, que requieren una intervención urgente. La paciente es dada de alta y reingresa por cuadro de síncope vagal y fiebre.

Al ingreso se realiza analítica, radiografía de tórax y ecografía abdominal, y no se halló la causa de la fiebre (fig. 1). A las 24 h, nuevo episodio de síncope con hipotensión, disnea y eritema cutáneo, que cede con adrenalina. Se realiza tomografía computarizada (TC) urgente, y se halla un quiste hidatídico parcialmente calcificado, con trombosis de la vena porta izquierda y un cavernoma portal (fig. 2). Comparado con la TC realizada tras la caída, llama la atención la trombosis portal izquierda.

Como la paciente se encuentra totalmente restablecida del shock anafiláctico e iniciado el tratamiento con corticoides y albendazol, se realiza resonancia magnética (RM), donde se halla una comunicación del quiste



Fig. 1. Imagen ecográfica sin datos relevantes.

con la rama portal izquierda, así como hidátides en dicha rama portal (fig. 3). Se completa el estudio con un eco-Doppler, que confirma estos hallazgos.

Se interviene a la paciente realizándose una laparotomía subcostal bilateral, liberación de adherencias, movilización hepática. Se observa la existencia del cavernoma portal con abundante circulación colateral. Se realiza hepatectomía izquierda reglada con maniobra de Pringle. Al finalizar la hepatectomía, se realiza apertura de la rama portal derecha y se extrae una hidátide. Se colocan drenajes y se cierra.

El postoperatorio transcurre sin incidencias, manteniéndose el tratamiento con albendazol.

Se realiza TC de control: cavernomatosis portal, hepatectomía izquierda, bazo accesorio.

El informe de anatomía patológica: quiste hidatídico con fístula hacia vena porta izquierda que contiene hidátides en su interior.

La paciente continúa con revisiones en consultas externas, y en la actualidad está asintomática.

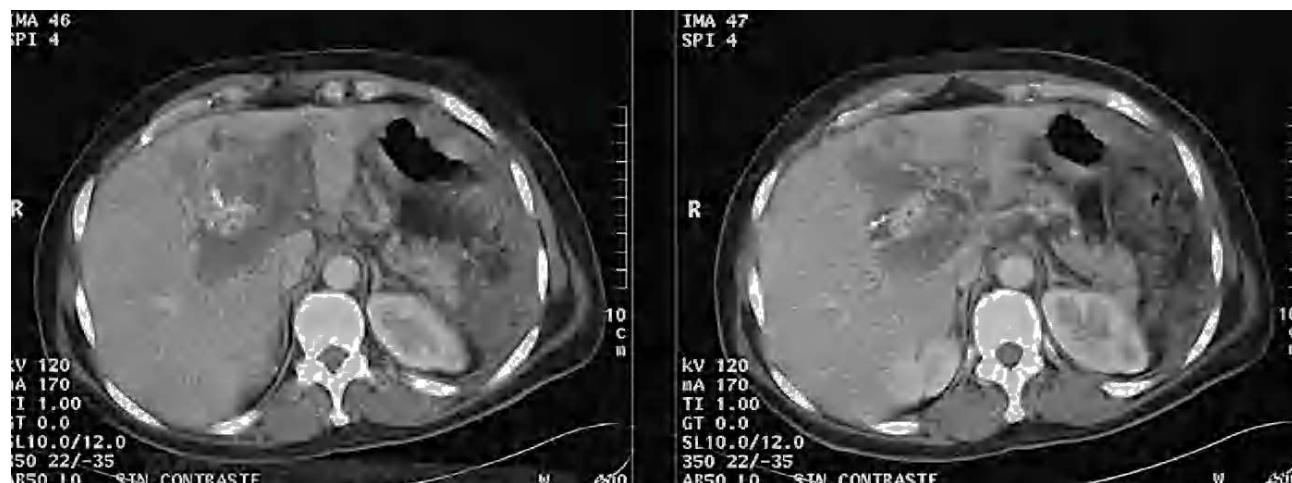


Fig. 2. Imagen quística en el parénquima hepático con áreas de calcificación.

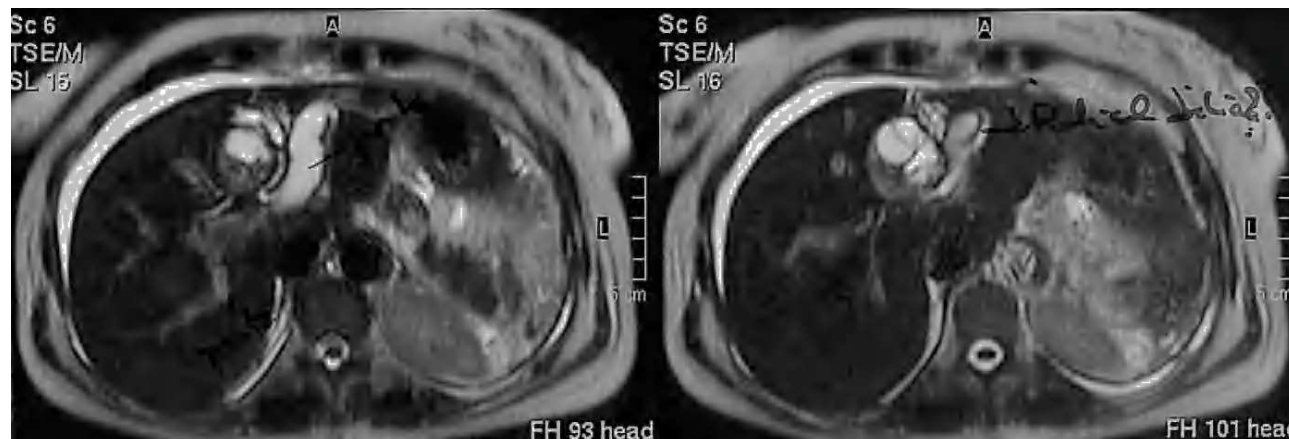


Fig. 3. Imagen de resonancia magnética en que se aprecia comunicación del quiste con la rama portal.

Juicio clínico

Shock anafiláctico por fístula quistoportal.

DISCUSIÓN

La complicación de un quiste hidatídico en forma de afección de la vena porta con cavernomatosis e hipertensión portal secundaria, como el caso que presentamos, es una complicación extremadamente infrecuente, pero que se debe tener en cuenta.

La radiografía simple detecta sólo los quistes calcificados, lo cual ocurre en un 20-30% de los casos⁴, por lo que no es la técnica de elección. La RM, la TC y la ecografía evidencian el quiste y sus características. La ecografía es la técnica más utilizada por ser la más fácil y la más barata de realizar, con una sensibilidad del 90-95%¹. Si con esta técnica no se llega a un diagnóstico estará indicado realizar una TC que, con una sensibilidad del 95-100%¹, dará el número, el tamaño y la localización del quiste, incluso detectará quistes extrahepáticos con mayor precisión que la ecografía. Se la considera mejor que la ecografía para detectar complicaciones del quiste, tales como infecciones y rotura intrabiliar. La RM no presenta ventajas respecto a la TC, excepto para detectar cambios del sistema venoso intrahepático y extrahepático e irregularidades del anillo⁴. En nuestro caso la comunicación se ha diagnosticado mediante RM, en la que se detectan mejor las interrupciones de membrana y la extravasación de material a través del anillo del quiste⁴. En los otros 3 casos publicados, una de las pacientes fue intervenida de urgencia con sospecha de colecistitis aguda gangrenosa alitiásica y falleció en dicho acto por sangrado de los múltiples vasos de la vía biliar, y se llegó al diagnóstico mediante la necropsia. En los otros 2 casos, las pruebas diagnósticas utilizadas se aproximan al nuestro: la primera prueba es la ecografía con o sin Doppler, donde se observa imagen indicativa de cavernomatosis portal y presencia de aumento de flujo en vasos colaterales. Posteriormente, mediante la TC se confirma la sospecha ecográfica. Por último, mediante una RM se objetivan múltiples vesículas hijas que ocupan el lumen de la vena porta y la comunica-

ción entre el quiste residual y la vena porta en caso de que ésta exista.

El tratamiento definitivo de elección es la intervención quirúrgica, con extirpación del quiste e instilación de soluciones esclerizantes tales como solución salina hipertónica o etanol. Una vez que se establece la hipertensión portal, la cirugía se complica respecto a la resección de un quiste hepático sin hipertensión portal. Actualmente se realizan quistoperiquistectomías, hepatectomías parciales o segmentectomías hepáticas que, merced a los más novedosos sistemas de contención hemostática (tipo CUSA), obtienen los mejores resultados con una bajas tasas de morbilidad y transfusión, con acortamiento del postoperatorio y el tiempo de ingreso. Además se recomienda tratamiento coadyuvante con albendazol, 10 mg/kg/día, comenzando al menos 4 días antes de la extirpación y manteniéndolo durante más de 4 semanas.

En cuanto al tratamiento recibido en los casos publicados, en 1 no se menciona tratamiento alguno y los otros 2 fallecen: uno como complicación de la cirugía por sangrado de los vasos de la circulación colateral que presenta por la hipertensión portal y otro por hemorragia digestiva alta secundaria a varices. Nuestra paciente, sin embargo, ha presentado una excelente evolución tras el tratamiento quirúrgico realizado.

En definitiva, aunque la hidatidosis es una afección «benigna» que generalmente afecta al hígado, puede dar múltiples complicaciones locales como infección o rotura y/o diseminarse por todo el organismo por vía hematógena. La hidatidosis hepática no es una causa frecuente de cavernomatosis portal, sin embargo es una entidad que hay que considerar en zonas endémicas. Por ello, el hallazgo de una cavernomatosis portal en un paciente con quiste hidatídico nos debe hacer pensar en su fistulización a la vena porta. Ante la sospecha de esta enfermedad, la RM presenta una serie de ventajas frente a la ecografía y la TC: aporta imágenes de las porciones intrahepáticas y extrahepáticas de la vena porta, muestra la presencia de múltiples vesículas hijas intraportales y, además, detecta mejor las interrupciones de la membrana quística y la extravasación de material a través del anillo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Marti-Bonmati L, Menor Serrano F. Complications of hepatic hydatid cysts: ultrasound, computed tomography, and magnetic resonance diagnosis. *Gastrointest Radiol.* 1990;15:119-25.
2. Ruz Rebollo ML, Delgado Fontaneda E, Gutiérrez Macías A, et al. Shock anafiláctico como primera manifestación de enfermedad hidatídica hepática. *Rev Esp Enf Dig.* 1991;90:80:70-1.
3. González E, Gil-Grande L, Del Árbol L, Del Pozo D. Presinusoidal portal hypertension secondary to portal invasive echinococcosis. *J Clin Gastroenterology.* 2002;34:103-4.
4. Pedrosa I, Saíz A, Arrazola J. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. *Radiographics.* 2000;20:795-817.
5. Gil-Egea MJ, Alameda F, Girvent M, et al. Quiste hidatídico en el hilio hepático: causa de una transformación cavernomatosa de la vena porta. *Gastroenterol Hepatol.* 1998;21:227-9.
6. Blasco Navalproto MA, Corrales Rodríguez de Tembleque M, Poza Jiménez A, et al. Shock anafiláctico por rotura espontánea de un quiste hidatídico hepático en la vena cava inferior. *Rev Clin Esp.* 1993;192:49-50.