



## CARTAS AL DIRECTOR

## Resección laparoscópica de la hidatidosis hepática con diseminación peritoneal múltiple

### Laparoscopic resection of liver hydatid disease with multiple peritoneal dissemination

Sr. Director:

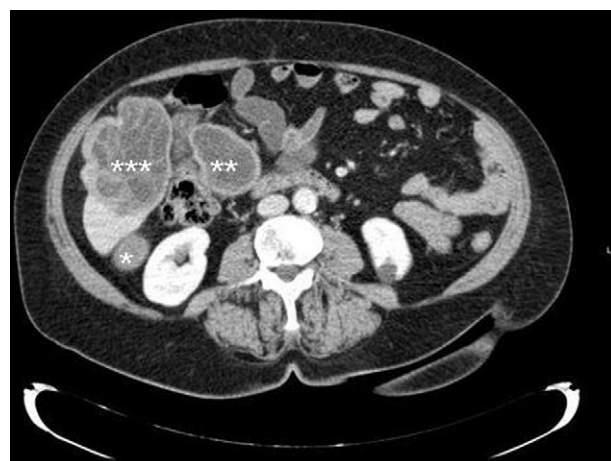
La hidatidosis es una parasitosis que afecta a los humanos como huésped intermedio<sup>1</sup>. Solo un 16% de los quistes hidatídicos hepáticos son sintomáticos<sup>2</sup> y los síntomas dependen del número, tamaño y localización de los quistes, así como de su relación con estructuras vecinas<sup>3</sup>. La presentación en forma de shock anafiláctico es rara, pero de extrema gravedad<sup>4</sup>. Su crecimiento es lento y el huésped desarrolla una cápsula de aislamiento de tejido conjuntivo alrededor del quiste llamada periquística<sup>5</sup>. El hígado es el órgano diana en más de dos tercios de los casos, presentándose como lesión única en el 80% de los casos<sup>6</sup>. La afectación extrahepática más frecuente es la pulmonar. La diseminación peritoneal es rara y se atribuye a la rotura de quistes hepáticos subcapsulares<sup>7</sup>.

Presentamos el caso de una mujer de 71 años, obesa (IMC 33 kg/m<sup>2</sup>), que en el estudio por dolor en hipocondrio derecho se le diagnosticó mediante ecografía abdominal un quiste hepático multiloculado indicativo de hidatidosis. La TC abdominal confirmó la existencia de una lesión quística, septada, con múltiples vesículas en su interior y de gran tamaño (8,5 cm) ubicada en los segmentos V-VI hepáticos. También se diagnosticaron otros 6 quistes peritoneales diseminados, entre los que destacaban uno paraduodenal en contacto con la cabeza del páncreas de 5,9 cm y otro pararenal derecho anterior de 3,8 cm (fig. 1). Los otros 4 restantes medían entre 2,2 y 3,9 cm y se distribuían por el epiplón y el mesenterio. La serología para *Echinococcus granulosus* fue positiva. Se decidió realizar una resección quirúrgica de todas las lesiones, tanto hepáticas como peritoneales, mediante abordaje laparoscópico. Previo a la intervención quirúrgica se administró albendazol durante 4 semanas.

Primero se abordaron los quistes peritoneales que pudieron resecarse de forma completa con su periquística íntegra. Posteriormente se realizó una resección hepática de los segmentos V-VI incluyendo la vesícula biliar que se hallaba adherida al quiste por el fundus (fig. 2). El tiempo total

operatorio fue de 278 min. No requirió transfusión sanguínea. El post-operatorio transcurrió sin incidencias siendo dada el alta al cuarto día. El diagnóstico patológico definitivo fue hidatidosis. En el seguimiento posterior mediante TC abdominal realizado al mes se detectó la persistencia de 3 lesiones quísticas de 1 a 3 cm de diámetro ubicadas en el epiplón y mesocolon transverso que habían pasado desapercibidas en la intervención. Se intervino de nuevo a la paciente por vía laparoscópica extirpando las 3 lesiones descritas que estaban envueltas por el epiplón y por ello difícilmente visibles. El post-operatorio de esta nueva intervención transcurrió sin incidencias y fue dada de alta a las 24 h. La TC abdominal de control realizada a los 6 meses constató la completa resolución de la enfermedad.

Aunque el abordaje laparoscópico en la cirugía hepática está ganando adeptos, sus indicaciones son todavía controvertidas. Se contempla en casos de lesiones benignas y/o de pequeño tamaño (< 5 cm) que requieran resecciones menores y localizadas en los segmentos favorables (II, III, IV, V y VI)<sup>8</sup>. Algunos autores opinan que algunos tipos de resecciones hepáticas deberían realizarse sistemáticamente por laparoscopia<sup>9</sup>. El mayor riesgo específico y grave en el manejo quirúrgico de los quistes hidatídicos es la posibilidad de apertura accidental de la periquística, diseminación peritoneal y anafilaxia. El vertido accidental parece más



**Figura 1** Tomografía computarizada abdominal: quistes hidatídicos pararenal anterior derecho (\*), paraduodenal (\*\*) y hepático multiseptado localizado en los segmentos V y VI (\*\*\*).



**Figura 2** Pieza de resección hepática, segmentos V y VI, en la que se aprecia la vesícula biliar adherida al quiste hidatídico por el fundus.

difícilmente controlable en las intervenciones por vía laparoscópica por la dificultad en aislar el campo quirúrgico con gasas, tal y como se realiza en cirugía abierta, por ello algunos cirujanos son reacios a utilizarlo en este tipo de lesiones. La hepatectomía es una alternativa a la quisto-periquistectomía que suele ser la intervención de elección. Si bien en el primer caso se sacrifica más parénquima sano, el riesgo de recidiva y complicaciones relacionadas con una posible fístula biliar es menor.

En casos de diseminación peritoneal no es infrecuente, tanto sea mediante cirugía abierta como por vía laparoscópica, dejarse pequeñas lesiones inadvertidas en el epiplón, como sucedió en nuestro caso. Por ello es crucial un exhaustivo diagnóstico preoperatorio mediante TC de todas las lesiones para dirigir adecuadamente su búsqueda durante la intervención y por eso algunos autores recomiendan la exéresis completa y sistemática del epiplón mayor.

En conclusión, el abordaje laparoscópico es seguro y eficaz en el tratamiento de casos seleccionados de hidatidosis hepática. Del mismo modo es posible extirpar lesiones peritoneales múltiples de forma completa, si bien el riesgo de dejar lesiones infracentimétricas es más elevado cuantas más lesiones preoperatorias se hayan detectado. En caso de recidiva peritoneal pueden realizarse abordajes laparoscópicos repetidos con una mínima repercusión clínica hasta conseguir la total curación del paciente.

## Bibliografía

1. Dziri C, Hauet K, Fingerhut A. Treatment of hydatid cyst of the liver: where is the evidence? *World J Surg.* 2004;28:731–6.
2. Klotz HP, Schlumpf R, Weder W, Largiadèr F. Minimal invasive surgery for treatment of enlarged symptomatic liver cysts. *Surg Laparosc Endosc.* 1993;3:351–3.
3. Gloor B, Ly Q, Candinas D. Role of laparoscopy in hepatic cyst surgery. *Dig Surg.* 2002;19:494–9.
4. García de Lucas MD, Merino Romero J, Ramírez Ortiz LM, Trujillo-Santos AJ, Izquierdo Palomares L. Anaphylaxis and hydatid cyst of the liver. *Gastroenterol Hepatol.* 2000;23:211.
5. Buttenschoen K, Carli Buttenschoen D. *Echinococcus granulosus* infection: the challenge of surgical treatment. *Langenbecks Arch Surg.* 2003;388:218–30.
6. Canda AE. Disseminated hydatid disease. *Am J Surg.* 2009;198:3–4.
7. Palanivelu C, Jani K, Malladi V, Senthilkumar R, Rajan PS, Senthilkumar K, et al. Laparoscopic management of hepatic hydatid disease. *JSLs.* 2006;10:56–62.
8. Buell JF, Cherqui D, Geller DA, O'Rourke N, Iannitti D, Dagher I, et al. The international position on laparoscopic liver surgery: The Louisville Statement, 2008. *Ann Surg.* 2009;250:825–30.
9. Robles Campos R, Marín Hernández C, López Conesa A, Abellán B, Pastor Pérez P, Parrilla Paricio P, et al. Laparoscopic resection of the left segments of the liver: the ideal technique in experienced centres? *Cir Esp.* 2009;85:214–21.

Claudio Silva<sup>a,\*</sup>, Ignasi Poves<sup>a</sup>, Christina Millar<sup>b</sup>,  
Fernando Burdío<sup>a</sup> y Luis Grande<sup>a</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, España*

<sup>b</sup> *School of Clinical Medicine, University of Cambridge, Cambridge, Reino Unido*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [csilvav@gmail.com](mailto:csilvav@gmail.com) (C. Silva).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.12.006