

Bisegmentectomías videolaparoscópicas en hidatidosis hepática: presentación de dos casos

Videolaparoscopic bisegmentectomies in hepatic hydatidosis: presentation of two cases

*Julio Ramírez Sotomayor**, *Carlos Pffingst***, *Marcelo Ramírez****, *Magali Zuárez*****

Hospital Nacional de Itauguá, Servicio de Cirugía General. Paraguay

RESUMEN

La hidatidosis hepática sigue siendo una patología no muy frecuente en nuestro país pero siempre presente. En nuestro hospital continuamente recibimos pacientes con esta patología combinando las estrategias de resolución, la mayoría de los casos de resorte quirúrgico, siendo en mayor frecuencia la quistectomía video laparoscópica de elección. En algunos casos, el tamaño permite realizar PAIR (punción, aspiración, inyección y re-aspiración) o PEVAC (evacuación percutánea del quiste), pero en menor cantidad de pacientes. Los casos presentados (2 dos) mostraremos que el tratamiento electivo fueron bisegmentectomías videolaparoscópicas por el gran tamaño de los quistes hidatídicos.

Palabras clave: Hidatidosis hepática, hepatectomía, tratamiento quirúrgico.

ABSTRACT

Liver hydatidosis is still a pathology not very common in our country but always present. In our hospital we continuously receive patients with this pathology, combining the resolution strategies, most cases of surgical resolution, being the laparoscopic video cystectomy of choice the most frequent. In some cases, the size allows PAIR (Puncture, Aspiration, Injection and Re-aspiration) or PEVAC (percutaneous evacuation), but in a smaller number of patients. The presented cases (2 two) will show that the elective treatment was videolaparoscopic bisegmentectomies due to the large size of the hydatid cysts.

Key Words: Liver Hydatidosis, hepatectomy, surgical treatment.

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una de las principales zoonosis del mundo, donde el hombre actúa como huésped intermediario del parásito *Echinococcus granulosus*. Afecta con mayor frecuencia a hígado, bazo y pulmones, en forma de quistes. Su hallazgo suele ser casual o presentarse con complicaciones tanto intra como extra hepáticas. La comunicación con la vía biliar ocurre en un 5-15% de las ocasiones, pudiendo manifestarse como un cuadro de colangitis si existe progresión ascendente⁽¹⁻²⁾. Su diagnóstico

se basa en las pruebas de imagen, siendo la ecografía la prueba más sensible no sólo para su detección inicial sino también para su actividad y evolución. Existen varias clasificaciones como la de Garbhi y la de la OMS distinguiendo características imagenológicas y estado de actividad de los quistes. También, las tomografías contrastadas aportan lo suyo en cuanto a proximidad de venas o arterias, fundamental para decidir la técnica quirúrgica a ser utilizada⁽³⁻⁶⁾.

El tratamiento de elección para la hidatidosis hepática es la cirugía, que está indicada ante la presencia de quistes de gran tamaño, quistes infectados, de localización anatómica vital, quistes superficiales con riesgo de rotura o cuando presentan efecto "masa". La técnica quirúrgica fundamental es la periquistectomía total. Otras alternativas quirúrgicas serían la periquistectomía parcial y las hepatectomías^(1,4). El tratamiento farmacológico se basa en antiparasitarios como albendazol, mebendazol y praziquantel. Se realiza un tratamiento previo a la intervención quirúrgica: la forma de administración del albendazol es en ciclos de cuatro semanas, separadas por periodos de una a dos semanas, de 10-15 mg/kg/día. El mebendazol se administra en 40 a 50 mg/kg/día durante 3 a 6 meses, pudiéndose dar cuatro días antes de la cirugía o un mes después. El praziquantel se puede administrar una vez a la semana en dosis de 40 mg/kg asociado a albendazol^(3,5).

CASO 1

Paciente de 47 años de edad refiere cuadro de un mes de evolución antes del ingreso de dolor inicio en epigastrio, de tipo pesadez que irradia a hipocondrio izquierdo y se acompaña de náuseas y vómitos en varias oportunidades. Además de pérdida de peso de 10kg aproximadamente.

* Jefe del servicio de cirugía general


** Jefe de sala de cirugía general

*** Médico residente del tercer año

**** Médico residente de segundo año

Recibido: 14 julio de 2019 - Aceptado 25 julio de 2019

Autor correspondiente: Dr. Marcelo Sebastián Ramírez Romero. Email: marceloramirez89@gmail.com

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons

Examen físico abdominal sin particularidades

Se le realiza ecografía abdominal: Hígado bordes regulares. Tamaño aumentado, mide 186mm de longitud. Parénquima inhomogéneo a expensas de formación redondeada anecoica, de bordes regulares, con pared ecogénica gruesa de 100x80 mm y tabique en su interior a nivel del segmento II, compatible con quiste hidatídico.

Se solicita Tomografía con contraste de abdomen que informa: quiste de contenido in-homogéneo de 11x10 cm. (Figura 1)

Cirugía realizada: bi-segmentectomía hepática II y III video laparoscópica.

Se constata quiste hidatídico de aproximadamente 10cm de diámetro que abarca segmento II y III.

Paciente con buena evolución clínica, va de alta al 4to DPO.

Anatomía Patológica: paredes fibrosa sin revestimiento epitelial con detritus, calcificación y numerosos "ganchos" translúcidos y refringentes de escólices, tejido necrótico e inflamación crónica peri-lesional.

Parénquima hepático con arquitectura conservada. Se confirma diagnóstico.

CASO 2

Pacientes de sexo femenino, de 27 años, con antecedente de 1 mes de evolución de dolor en epigastrio tipo pesadez, posterior a la ingesta de alimentos, acompañado de náuseas y vómitos en varias oportunidades.

En el examen físico se constata abdomen plano, blando de-

presible, Doloroso a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin defensa ni irritación peritoneal. RHA presentes.

En estudios de imagen se constata quiste hidatídico Garbhi tipo 1, de aproximadamente 8x6 cm de diámetro ubicado en segmento 2-3 del hígado, además litiasis vesicular.

Se realiza bisegmentectomía hepática izquierda (segmentos 2 y 3) + colecistectomía, por vía laparoscópica. Se constata quiste de aproximadamente 8 cm de diámetro, se realiza la resección hepática con pinza de ligasure® y suturas mecánicas lineales para ramas portales y afluentes de supra hepática.

Se confirma diagnóstico por anatomía patológica. Paciente con buena evolución es dada de alta al 5to día post operatorio, sin complicaciones.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La hidatidosis hepática es la forma de presentación más frecuente de esta zoonosis en nuestro país⁽³⁾, en la mayoría de los casos quiste de tamaño pequeño a mediano (menores a 6 cm) en los que la resolución se basa en PAIR, PEVAC o periquistectomías video laparoscópicas⁽⁷⁾. Una pequeña cantidad de casos, acude por clínica de tumoración o saciedad precoz, indicadores de quistes de gran tamaño en quienes en nuestro servicio se realiza bisegmentectomía video laparoscópica con muy buenos resultados. La indicación principal se justifica por la proximidad y compresión a vasos portales y/o supra hepáticas, lo que dificulta mucho la disección en caso de realizar una periquistectomía.

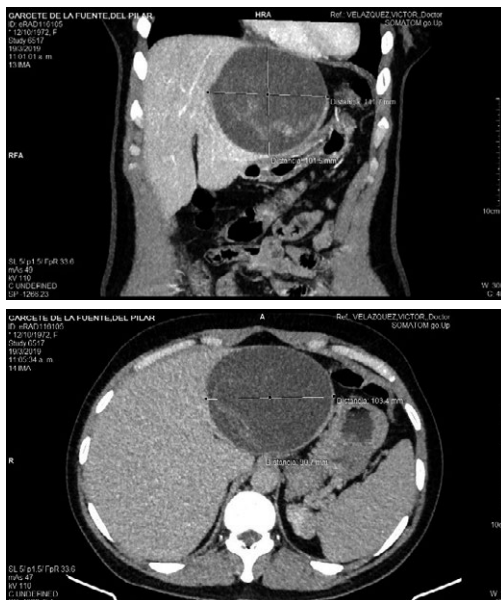


Figura 1.

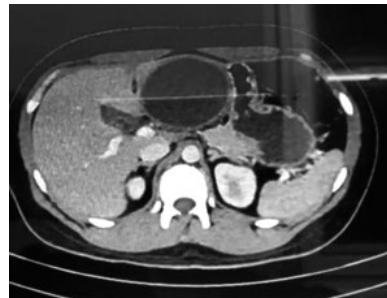


Figura 2. Quiste hidatídico Garbhi tipo 1



Figura 3. Pieza quirúrgica. Segmentos 2 y 3 del hígado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Manterola D C, Moraga C J, Urrutia B S. Aspectos clínico-quirúrgicos de la hidatidosis hepática, una zoonosis de creciente preocupación. Rev. Chilena de Cirugía 2011; 63(6): 641-9.
2. Aguilar-Shea F, Rodríguez-López T, Bernardo-Fernández Hidatidosis hepática: revisión de tres casos. Medicina Familiar y Comunitaria. 2009; 35(6): 281-3.
3. Flecha C, Pflugst C, Ferreira M. Manejo y tratamiento de pacientes con diagnóstico de hidatidosis hepática en el Hospital Nacional de Itauguá. Rev Cir Parag 2019; 43(1).
4. Ciria Bru R, Ayllón R, Terán MD, Alconchel G F, Gómez Luque I, Moreno

- Navas A, et al. Hepatectomía derecha laparoscópica en paciente con quiste hidatídico con invasión diafragmática y porta única cuatrifurcada. Cir Esp. 2016; 94(Espec Congr):1036.
5. Pinto G PP. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. Rev Chilena Cir 2017; 69(1):94-98.
6. Olmedo R, Ramírez J, Cotas G, Insaurralde C. Quiste hidatídico primario retroperitoneal. Cirugía Española 2013; 91(7): e39.
7. Manterola C, Fernández O, Muñoz S, Vial M, Losada H, Carrasco R, et al. Laparoscopic pericystectomy for liver hydatid cysts. Surg Endosc 2002; 16:521-4.