

Tratamiento Quirúrgico de la Enfermedad Hidatídica del Hígado. Informe sobre 87 casos.

FERNANDEZ LATOUR C*, CARIGNANO F **,
GASPARI C*** y MÜLLER A***

Resumen Se estudiaron 87 pacientes operados por quistes hidatídicos del hígado durante 1983-1992 en nuestro Hospital. La edad promedio fue de 38 años (rango 6-72) y la incidencia por sexo equilibrada (44 F y 43 M). En 56 pacientes estaba afectado el lóbulo hepático derecho y en 24 de ellos el izquierdo, mientras que en 7 enfermos la lesión era bilateral, con 65 quistes únicos y 22 múltiples. El dolor en el hipocondrio derecho, formación palpable de abdomen, fiebre, eosinofilia y la elevación de la VSG fueron los síntomas y signos más frecuentes. En 53 enfermos (61%) se realizó quistostomía con avenamiento, observándose 38 quistes complicados (44%), el 66% de ellos viables. La morbilidad postoperatoria fue del 23%^ (20 casos), 9 pacientes con complicaciones menores -infección de pared y/o cavidad residual- y 11 con afecciones mayores -absceso subfrénico, bilirragia-; se reoperaron 8 enfermos (9%) y fallecieron 3 de ellos (3,45%). Se concluye en señalar la escasa utilidad del Arco V como medio de diagnóstico, que las ventajas de la quistectomía sobre la quistostomía estuvieron más ligadas a la selección de los casos que a la técnica en sí misma y que la complicación de un quiste no significó inviabilidad del mismo, por lo que las medidas precautorias no deben desecharse ante esta circunstancia.

Introducción

La equinococosis es una enfermedad endémica en muchas regiones de nuestro país y su incidencia se ha mantenido sin grandes variaciones durante los últimos años.

Esta afección, diseminada por todo el mundo con especial prevalencia en países en vías de desarrollo y muy infrecuente en otros (países del norte europeo, EE.UU.) (1), es esencialmente quirúrgica en el hombre en la mayor parte de sus localizaciones. El órgano más comunmente afectado es el hígado, dado que la vía de ingreso del parásito es digestiva. El presente informe retrospectivo reporta los casos de hidatidosis hepática operados en el

Servicio de Cirugía General del H.I.G.A. "Dr. José Penna" de bahía Blanca, durante la década 1983-1992, evaluando la signosintomatología, medios de diagnóstico, táctica y técnica quirúrgicas usadas y la morbimortalidad posoperatoria.

Material y Métodos

Se estudiaron 87 pacientes portadores de hidatidosis hepática en el lapso citado más arriba, de los cuales 44 fueron mujeres y 43 varones. Las edades oscilaron entre 6 y 72 años (x 38) a su ingreso en nuestro Hospital (Cuadro N° 1).

Los datos obtenidos en la confección de la historia clínica se detallan en el cuadro N° 2. Llamamos la atención sobre uno de los signos más notados, la masa palpable abdominal -en muchas ocasiones único indicio-, que indica un estadio avanzado de la enfermedad y que el diagnóstico se debió a un hallazgo en 12 casos (14%), por exámenes ocasionales o buscando otras patologías.

* Médico Jefe de Sala.

** Médico Cirujano de Planta.

*** Médicos Residentes.

Servicio de Cirugía General. H.I.G.A. "Dr. José Penna".
Avda. Láinez 2401. 8000 Bahía Blanca

De los exámenes complementarios que se efectuaron a los pacientes, el más efectivo fue la ecografía, que evidenció una presunción diagnóstica del 91% (79 pacientes). La prueba de doble soporte sobre agar para hidatidosis humana (Arco V) fue positiva sólo en 15 casos (17%), por lo cual coincidimos con otros autores (1) (2) (3) en que deben procurarse procedimientos de mayor especificidad, como la enzima linked immunosorbent assay (ELISA) o el test de hemaglutinación indirecta (IHA), los cuales, usados conjuntamente, permiten una positividad diagnóstica cercana al 85-89%. No indicamos desde hace tiempo la intradermorreacción de Casoni por los mismos motivos apuntados.

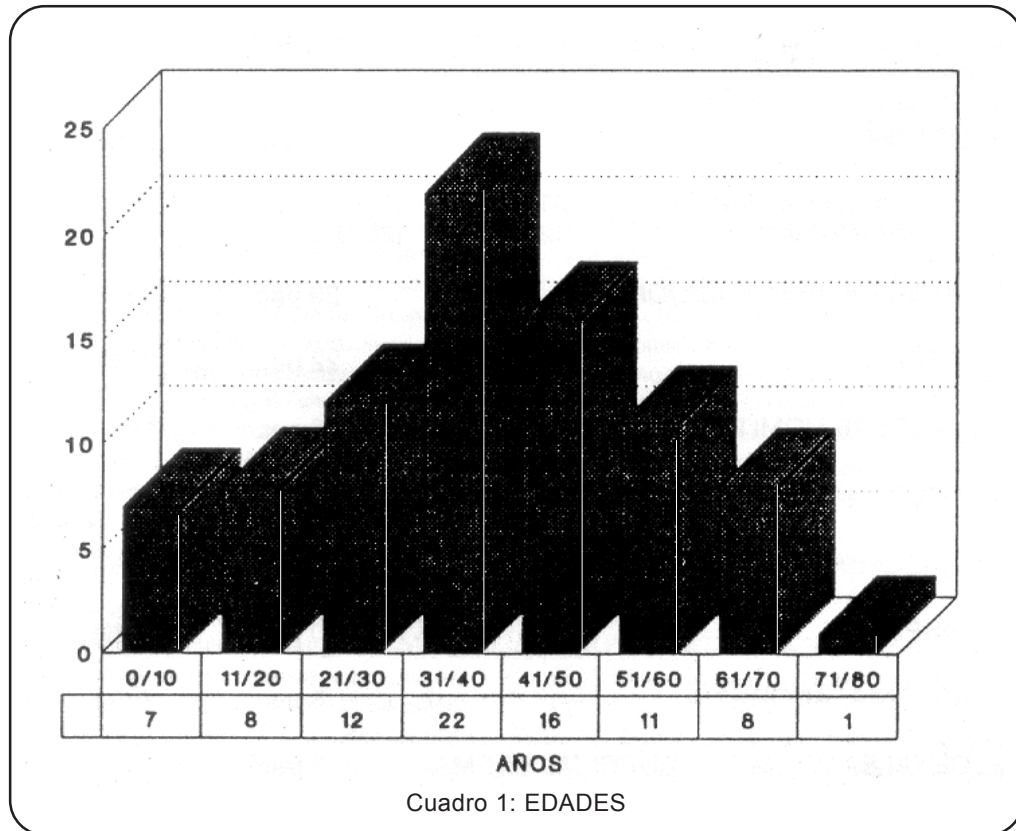
Las alteraciones más comunes en los análisis clínicos de rutina fueron la eritrosedimentación (VSG) elevada (34 pacientes-39%), la eosinofilia (27 pacientes-31%), la bilirrubinemia aumentada (25 pacientes-29%) y la leucocitosis (16 pacientes-18%).

También se usaron la tomografía axial computarizada y la gammagrafía como medios de diagnóstico alternativos. En 4 casos (5%) se arribó al diagnóstico por una laparotomía exploratoria.

El tamaño promedio de los quistes fue de 8,5 cm (rango 2-27), ubicados mayormente en el lóbulo hepático derecho (56 pacientes-64%). El lóbulo izquierdo estaba afectado en 24 enfermos (28%) y en 7 casos la patología era bilateral.

En 22 pacientes se detectaron quistes múltiples (25%), hecho que reafirmó la necesidad de una minuciosa inspección de la glándula hepática antes del cierre laparotómico.

Hallamos patología agregada en 27 enfermos (31%). La litiasis vesicular (45%) y quistes hidatídicos de diversos sitios de la cavidad peritoneal (25%) fueron las afecciones más frecuentes, debiendo señalar también a la colecistitis de causa no hidatídica, quistes hidatídicos de otros sitios de la economía (pulmón, pericardio) y angiomas.



Tratamiento

En el 53% de los pacientes de esta serie (46) se realizó quistostomía con avenamiento de la cavidad mediante tubo de látex multiperforado; en 17 casos (20%) se optó por la quistectomía con hepatectomías parciales atípicas y en el resto se llevaron a cabo combinaciones de técnicas (avenamiento de la cavidad con colecistectomía con o sin coledocotomía y coledocorrafia sobre Kehr, marsupialización, relleno de la cavidad con epiplón, etc.). La incisión subcostal de Kocher fue la más usada (37 pacientes-43%), seguida por la paramediana supraumbilical derecha (39%) y la mediana supraumbilical. La toracotomía pósterolateral fue necesaria en 7 oportunidades. Estos enfermos presentaban quistes migrados a tórax, en "reloj de arena", que fueron avenados mediante quistostomía y colocación de tubo de látex emergente por contraabertura torácica.

En ningún caso realizamos punción percutánea con instilación de sustancias parasiticidas, método

con el cual no tenemos experiencia.

El 44% de los quistes (38) estaban complicados y casi la mitad de ellos tenían más de una alteración. La apertura a vías biliares fue la más común (50%) -en todos estos casos los quistes medían más de 5 cm.-, seguida de la infección de la cavidad quística (46%), migración (21%) -tórax 18%; otros órganos 3%-, calcificación (21%) y apertura en la cavidad peritoneal (3,5%). No obstante, debemos destacar que el 66% de estos quistes complicados eran viables, hecho comprobado por el estudio histológico posterior.

Se usó la inyección de solución salina hipertónica intraquística y el aislamiento intraoperatorio con gases embebidos en la misma solución como medidas precautorias para evitar la diseminación del parásito. No obstante, y en razón de exámenes histológicos posteriores, tenemos nuestras reservas sobre la efectividad de este procedimiento, sindicando como mayor medida profiláctica el manejo intraoperatorio cuidadoso y medido del quiste. No hemos usado otras sustancias (formalina) por el

Cuadro 2: SIGNOS Y SINTOMAS

DOLOR		47 pac.	(54%)
Hipocondrio derecho.	35 pac.	(74%)	
Otras localizaciones	12 pac.	(25%)	
MASA PALPABLE ABDOMEN		29 pac.	(33%)
FIEBRE		22 pac.	(25%)
NAUSEAS/VOMITOS		16 pac.	(19%)
ICTERICIA		14 pac.	(16%)
SINDORME COLEDOCIANO		11 pac.	(13%)
DISPEPSIA		10 pac.	(11%)
ASTENIA/ ANOREXIA		8 pac.	(9%)
CEFALEA/ANEMIA - ERUPCION/ EDEMA		7 pac.	(8%)

alto índice de reacciones adversas debidas principalmente a su acción cáustica.

Resultados

En 20 pacientes (23%) observamos complicaciones postoperatorias, que dividimos en menores y mayores de acuerdo al compromiso del estado general. Las complicaciones menores (infección de la herida quirúrgica, contaminación de la cavidad quística residual -mayor en quistes con paredes parcialmente calcificadas-) fueron tratadas con medidas locales, evolucionando todas ellas favorablemente.

Las complicaciones de mayor envergadura fueron representadas principalmente por bilirragias persistentes (9 casos), abscesos subfrénicos (5 casos) y hemorragias (3 casos). También detectamos una pancreatitis aguda postoperatoria, una fistula enterocutánea, dos evisceraciones y un derrame pleural. Ocho enfermos fueron reoperados (9%), falleciendo tres de ellos (pancreatitis, fistula enterocutánea y un absceso subfrénico).

Lamentablemente, carecemos de estadísticas sobre seguimientos a largo plazo de estos pacientes, en parte debido a limitaciones propias y en parte a la idiosincrasia de la población tratada.

Discusión y Conclusiones

La sonografía demostró en nuestra serie ser el estudio más confiable y efectivo en relación costo/beneficio, experiencia comparable a la de otros centros (1) (4) (5) (6). Si bien otros medios pueden precisar complicaciones más acabadamente (resonancia nuclear magnética y/o colangiografía retrógrada y/o tomografía axial computarizada con contraste) (7), la ecografía, al alcance de la mayor parte de los establecimientos del país, es de indicación ineludible en esta patología.

La prueba del Arco V fue positiva en el 17% de los casos, muy por debajo de lo informado acerca de reactivos más sensibles, como la enzima linked immunosorbent assay (ELISA) o la más reciente time resolved fluoroimmunoassay (TR-FIA) (8).

En referencia al tratamiento quirúrgico, nuestra experiencia no condice con la de algunos autores europeos (9) (10), que recomiendan abandonar los procedimientos llamados "conservadores", como son el avenamiento con exéresis de la periquística y colocación de tubo endocavitario. Si bien en nuestra serie la quistectomía ocasionó menor nú-

mero de complicaciones, es de hacer notar que solamente se llevó a cabo en casos elegidos, con quistes de tamaño reducido y ubicados en la periferia, de fácil enucleación.

Recomendamos entonces la cuidadosa resección de toda la periquística, con un examen meduloso de la cavidad residual, dado que la presencia de restos membranosos en ella es índice seguro de infección y mayor morbilidad, cuando no de recidiva.

En los quistes abiertos a vías biliares hemos realizado colecistectomía y, en los casos en que la semiología intraoperatoria sugirió la presencia de hidátides, la apertura del colédoco con extracción de las membranas y posterior rafia sobre tubo en T de Kehr.

Respecto al tratamiento médico nuestra experiencia con mebendazol es escasa y nula con albendazol. Al primero lo hemos usado en pacientes con diseminación de la enfermedad en la cavidad peritoneal o con más de un órgano afectado (además del tratamiento quirúrgico en estos casos). No logramos acumular el tiempo necesario de seguimiento como para emitir conclusiones valederas al respecto. Sin embargo, ambas drogas son consideradas como efectivas, con ventajas a favor del albendazol de acuerdo a la bibliografía consultada (11) (12) (13) (14). En todos los casos revisados, los fármacos eran usados cuando existía contraindicación operatoria o cuando la lesión era multifocal.

Un nuevo capítulo parece abrirse con la punción percutánea de los quistes guiada por ecografía y la inyección de sustancias parasiticidas (etanol, formalina) (15) (16) (17), la cual, también indicada en casos inoperables, ha mostrado buenos resultados.

Por último, diremos que, en nuestra opinión, la hidatidosis hepática continúa siendo resorte de la cirugía y la pericistectomía con avenamiento de la cavidad el mejor tratamiento que puede brindársele a los pacientes con esta afección.

Bibliografía

- 1) Morel P, Robert J, Rohner A: Surgical treatment of hydatid disease of the liver: A survey of 69 patients. Surg. 1988, 5: 859.
- 2) Auer H, Picher O, Aspöck H: Combined application of enzyme-linked immunosorbent assay (ELISA) and indirect haemagglutination test (IHA) as a useful tool for the diagnosis and

- post-operative surveillance of human alveolar and cystic echinococcosis. *Zentralbl-Bakteriol-Mikrobiol-Hyg*, 1988, 270: 313.
- 3) Behrns KE, van Heerden JA: Surgical management of hepatic hydatid disease. *Mayo Clinic-Proc.*, 1991, 66: 1193.
 - 4) Pomelov VS, Karimov ShI, Nishanov KhT: Diagnosis and treatment of hepatic echinococcosis complicated by rupture into the biliary tract. *Khirurgiia*, 1991, 12: 87.
 - 5) el-Tahir MI, Omojola MF, Malatani T, al-Saigh AH, Ogunbiyi OA: Hydatid disease of the liver: evaluation of ultrasound and computed tomography. *Br-J-Radiol.*, 1992, 773: 390.
 - 6) Marti Bonnati L, Menor Serrano F: Complications of hepatic hydatid cyst: ultrasound, computed tomography and magnetic resonance diagnosis. *Gastrointest-Radiol.*, 1990, 2: 119.
 - 7) Meyenberger C: Strategy in sonographics suspicion of a parasitic disease of the liver (echinococcosis and amebic abscess). *Schweiz-Rundsch-Med-Prax*, 1990, 46: 1399.
 - 8) Aceti A, Pennica A, Teggi A, Grilli A, Caferro M, Celestino D, Leri O, Sebastiani A, De Rosa F: The serological diagnosis of human hydatid disease by time-resolved fluoroimmunoassay. *J-Infect.*, 199, 22: 135.
 - 9) Belli L, Del Favero E, marni A, Romani F: Resection versus pericystectomy in the treatment of hydatidosis of the liver. *Am-J-Surg.*, 1983, 145: 239.
 - 10) Elhamel A, Murphy BS: Hepatic hydatid disease in Lybia. *Br-J-Surg.*, 1986, 73: 125.
 - 11) De Rosa F, Teggi A: Treatment of *Echinococcus granulosus* hudatid disease with albendazole. *Ann-Trop-Med-Parasitol.*, 1990, 84: 467.
 - 12) Amman RW, Hirsbrunner R, Cotting J, Steiger U, Jacquier P, Eckert J: Recurrence rate after discontinuation of long-term mebendazole therapy in alveolar echinococcosis (preliminary results). *Am-J-Trop-Med-Hyg*, 1990, 43: 506.
 - 13) Todorov T, Vutova K, Mechkov G, Petkov D, Nedelkov G, Tonchev Z: Evaluation of response to chemotherapy of human cystic echinococcosis. *Br-J-Radiol.*, 1990, 63: 523.
 - 14) Steiger U, Cotting J, Reichen J: Albendazole treatment of echinococcosis in humans: effects on microsomal metabolism and drug tolerance. *Clin-Pharmacol-Ther.*, 1990, 47: 347.
 - 15) Gargouri M, Ben Amor N, Ben Chetida F, Hammou A, Gharbi HA, ben Chediak M, Kchouk H, Ayachi K, Golvan JY: Percutaneous treatment of hydatid cystics (*Echinococcus granulosus*). *cardiovasc-Intervent-Radiol.*, 1990, 13: 169.
 - 16) Filice C, Pirola F, Brunetti E, Dughetti S, Strosselli M, Foglieni CS: A new therapeutic approach for hydatid liver cysts. Aspiration and alcohol injection under sonographic guidance. *Gastroenterology*, 1990, 98: 1366.
 - 17) Giorgio A, Tarantino L, Francica G, Mariniello N, Aloisio T, Soscia E, Pierri G: Unilocular hydatid liver cysts: treatment with US-guided, double percutaneous aspiration and alcohol injection. *Radiology*, 1992, 184: 705.