

Cartas al Director

Hidatidosis hepática: manejo actual de una entidad aún presente

Palabras clave: Hidatidosis hepática. Complicaciones. Colangitis. Diagnóstico. Tratamiento.

Key words: Liver hydatidosis. Complications. Cholangitis. Diagnosis. Treatment.

Sr. Director:

La hidatidosis es una de las principales zoonosis del mundo, donde el hombre actúa como huésped intermediario. Su hallazgo suele ser casual o presentarse con complicaciones tanto intra- como extrahepáticas. 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. 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. El tratamiento de elección en la actualidad es la combinación de cirugía junto a tratamiento farmacológico como albendazol y praziquantel. Presentamos el caso de una mujer de 92 años que debutó con un cuadro de colangitis secundaria a ruptura de un quiste hidatídico gigante a la vía biliar.

Caso clínico

Mujer de 92 años, procedente de medio rural, sin antecedentes de interés que ingresa porque en las últimas semanas ha notado aumento del perímetro abdominal, tinte icterico, coluria y acolia acompañado de sensación distérmica. En la analítica al ingreso destaca patrón de colestasis así como leucocitosis con desviación izquierda. Se realiza ecografía abdominal, observando lesión de gran tamaño constituida por múltiples cavida-

des quísticas de diferentes dimensiones, que ocupa la práctica totalidad del lóbulo hepático derecho, desplazando la vesícula hacia hipogastrio (Fig. 1). Con la sospecha de quiste hidatídico multivesicular, se realiza TC abdominal que confirma el hallazgo, con hallazgos sugestivos de rotura del mismo y siembra peritoneal, así como marcada dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática (Fig. 2). La serología confirma la positividad para hidatidosis (1/2.560). Se realiza CPRE, canulando selectivamente la vía biliar, sin observar defectos de repleción en colédoco. Tras esfinterostomía endoscópica, se obtiene bilis espesa, procediendo a la limpieza de la vía biliar. Tras iniciar tratamiento con albendazol y praziquantel, se procede a la intervención quirúrgica, objetivándose durante la misma comunicaciones bilioquísticas. Tras realizar la quistoperiquistectomía, se exploraron con Fogarty las fístulas y se colocó un tubo de Kher en la fístula de mayor tamaño, que llegaba al hepático derecho, dejando dos tubos de Pezzer dentro del quiste. La paciente mejoró clínica y analíticamente, mostrándose al alta afebril y estable hemodinámicamente.

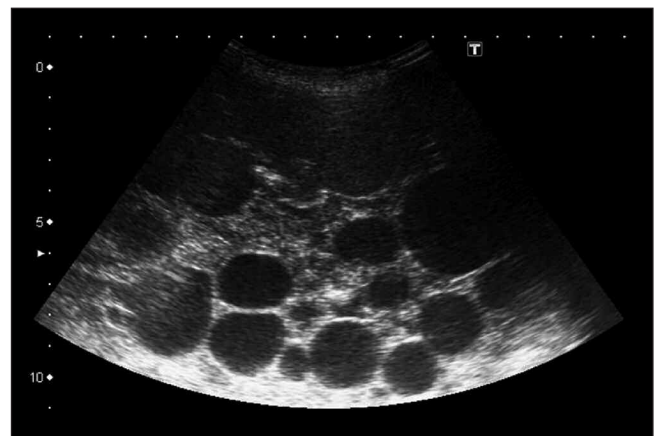


Fig. 1. Ecografía abdominal que demuestra múltiples cavidades quísticas de paredes engrosadas compatibles con vesículas hijas de un quiste hidatídico.

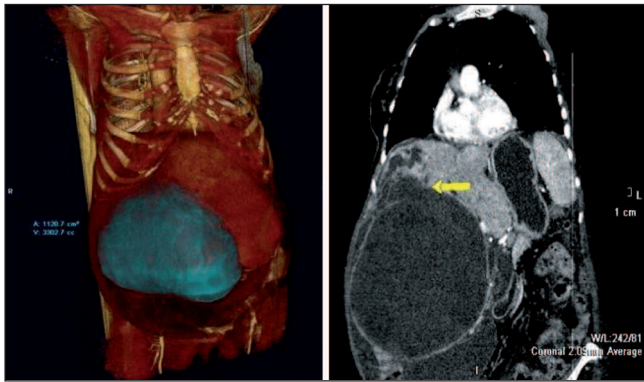


Fig. 2. A la derecha de la imagen se muestra corte coronal de TC que pone de manifiesto la discontinuidad de la cápsula (flecha amarilla) con dilatación de la vía biliar intrahepática. A la izquierda, reconstrucción tridimensional donde se evidencia el gran volumen de la lesión con desplazamiento de las estructuras adyacentes.

Discusión

La hidatidosis es una de las zoonosis más importantes, causada por céstodos del género *Echinococcus*. El *E. granulosus* es el más prevalente, sobre todo en áreas rurales y donde el ganado constituye una actividad importante, comportándose en España como endémico. El hombre actúa como huésped intermediario, adquiriendo la infección mediante ingesta o contacto con productos contaminados por los excrementos. El embrión liberado llega vía portal al hígado, donde se localiza en un 60-70%. Otras posibles localizaciones son el pulmón (25%), peritoneo (3-5%), bazo (1-3%), riñones (1,5-2%) y sistema nervioso central (2%) (1).

El quiste crece a una velocidad de 1-5 cm/año y generalmente no produce síntomas hasta que alcanza los 10 cm. En tres cuartas partes de las ocasiones permanece clínicamente silente y cuando se manifiesta lo hace como algún tipo de complicación, principalmente la ictericia. Las complicaciones intrahepáticas incluyen infección y rotura del quiste. Cuando la ruptura implica la periquística, existe riesgo de anafilaxia por liberación del contenido antigénico. La participación de la vía biliar se ha descrito hasta en un 90% de los casos, lo que puede ser explicado por la inclusión de los radicales biliares durante el crecimiento del quiste. Sin embargo, sólo en un 5-15% de los casos ocurre ruptura franca a la vía biliar, la mayor parte de las veces por pequeñas fisuras o fistulas bilioquísticas y en menos ocasiones por amplia comunicación con la misma. Otras complicaciones como la obstrucción de la porta y trombosis con cavernomatosis secundaria, así como de las venas suprahepáticas, son poco frecuentes y generalmente debidas a compresión más que a invasión vascular (2).

Los dos procedimientos clave en el diagnóstico son la imagen y la serología. La ecografía presenta la mayor eficacia diagnóstica con una sensibilidad del 90-95% (3).

En 1981, Gharbi y cols. establecen un sistema de clasificación según cinco patrones ecográficos. La importancia de la ecografía abdominal es que existe una correlación entre la imagen y el grado de actividad de la enfermedad y por lo tanto de su manejo terapéutico. Así, los tipos I o unilocular, el tipo II

con membrana desprendida y el tipo III o multivesicular implican enfermedad activa, mientras que los dos últimos, sólido y calcificado, suponen proceso en resolución o inactivo. Así mismo, la ecografía abdominal es una herramienta indispensable en el seguimiento de dicha enfermedad tras el manejo terapéutico. La TC es la prueba de elección para determinar complicaciones como infecciones o ruptura a la vía biliar, así como para detectar otras localizaciones extraabdominales. La aspiración percutánea o la biopsia para el diagnóstico debe ser evitada por el riesgo de anafilaxia o extensión secundaria.

El tratamiento de elección en la actualidad es la combinación de técnicas quirúrgicas con tratamiento farmacológico. Los quistes asintomáticos, especialmente los calcificados o inviabilizados, pueden seguir manejo conservador con controles ecográficos. La cirugía abierta sigue siendo el método de elección. Los procedimientos radicales como la quistoperiquistectomía total y subtotal o la hepatectomía se asocian a menor tasa de morbimortalidad, estancia hospitalaria y recidiva; sin embargo su aplicación debe individualizarse según las características del quiste, del paciente y la experiencia del cirujano (4). Las lesiones mayores de 6 cm que no presentan componente sólido pueden beneficiarse del procedimiento instrumental PAIR (punción-aspiración-inyección-reaspiración), si bien es necesario realizar ensayos clínicos randomizados para su correcta valoración. La terapia combinada de praziquantel con albendazol antes y después de la intervención durante al menos un mes es más efectiva que el uso de un quimioterápico único, pues presentan mecanismos diferentes pero complementarios (sobre la membrana y escolicida) (5).

Así pues, la hidatidosis hepática es una enfermedad aún presente que requiere una correcta valoración y un manejo precoz de las complicaciones que pueden presentarse en su curso evolutivo.

L. Adán Merino, E. Alonso Gamarra¹, S. Gómez Senent, C. Froilán Torres, E. Martín Arranz y J. M. Segura Cabral

Servicios de Aparato Digestivo y de Radiodiagnóstico.
Hospital Universitario La Paz, Madrid

Bibliografía

1. Ruiz-Rabelo JF, Gómez-Álvarez M, Sánchez-Rodríguez J, Rufián Peña S. Complications of extrahepatic echinococcosis: fistulization of an adrenal hydatid cyst into the intestine. *World J Gastroenterol* 2008; 14 (9): 1467-9.
2. Marti Bonmati L, Menor Serrano F. Complications of hepatic hydatid cysts: ultrasound, computed tomography and magnetic resonance diagnosis. *Gastrointest Radiol* 1990; 15: 119-25.
3. Safioleas M, Misiakos E, Manti C, et al. Diagnosis and treatment of hepatic hydatid disease of the liver. *World J Surg* 1994; 18: 859-63.
4. Priego P, Nuño J, López Hervás P, López Buenadicha, Perodomingo R, Die J, et al. Hidatidosis hepática. Cirugía radical vs. no radical: 22 años de experiencia. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 82-5.
5. Miquel J, Gil Grande LA, Retamar A, García-Hoz F, del Pozo D, Peña E. Respuesta a la terapia combinada con albendazol y praziquantel de hidatidosis multiorgánica. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2001; 19 (3): 139-40.