

Cartas al Director

Pancreatitis aguda hidatídica

Palabras clave: Pancreatitis. Hidatidosis. Cirugía. CPRE. Revisión.

Key words: Pancreatitis. Hidatidosis. Surgery. ERCP. Review.

Sr. Director:

Una de las posibles complicaciones de la hidatidosis hepática es la rotura del quiste en la vía biliar (VB) intrahepática lo cual sucede en el 5-17% de los pacientes (1,2). Este hecho puede causar un absceso hidatídico, colangitis, ictericia obstructiva o más raramente una pancreatitis aguda hidatídica (PAH) (1). Presentamos dos casos de PAH y discutimos la etiopatogenia y las opciones terapéuticas.

Casos clínicos

Caso 1: Mujer de 18 años que presenta dolor abdominal en hipocondrio derecho, náuseas, vómitos e ictericia. Analítica: 11.820 leucocitos (eosinofilia: 15,5%), AST: 168 UI/l; ALT: 366 UI/l; GGT: 428 UI/l; LDH: 220 UI/l; F. alcalina: 281 UI/l; amilasa: 1025, bilirrubina total: 3,6 mg/dl. Serología hidatidosis: positiva (1/2560). Se realizó ecografía y TAC abdominal donde se apreció una lesión quística de 12 x 8 cm en lóbulo hepático derecho compatible con quiste hidatídico, sin colelitiasis, ni dilatación de la VB y con discreto edema pancreático. Tras tratamiento médico, la paciente mejoró del cuadro de PAH y fue intervenida realizando quistoperiquistectomía total abierta y sutura del conducto sectorial anterior derecho. Se realizó colangiografía donde se apreció la existencia de múltiples imágenes en la VB, por lo que se realizó coledocotomía, extracción del material hidatídico, y colocación de tubo de Kehr. La paciente está actualmente asintomática y sin signos de recidiva.

Caso 2: Varón, 73 años, con dolor abdominal, náuseas e ictericia. Analítica: 9.770 leucocitos (eosinofilia: 18,3%), AST: 246 UI/l ALT: 466 UI/l, GGT: 433 UI/l, LDH: 238 UI/l, F. alcalina: 154 UI/l, amilasa: 1.233, bilirrubina total: 6,2 g/dl. Serología de hidatidosis: positiva (1/640). En ecografía y TAC abdominal se apreciaba dilatación de la VB intra- y extrahepática sin colelitiasis, cuatro quistes hidatídicos en segmentos II, III y IV y leve edema pancreático. En la colangioRMN, no se observaba comunicación entre la VB intrahepática y los quistes. Tras tratamiento médico, el paciente mejoró de la pancreatitis y fue intervenido realizándose quistoperiquistectomía total, coledocistectomía, colangiografía (que confirmó la presencia de material intraquistico en la VB), apertura de VB, extracción del material hidatídico y colocación de tubo de Kehr. Se objetivaron varias comunicaciones de pequeño tamaño entre los quistes y el árbol biliar intrahepático. El paciente está asintomático y sin signos de recidiva.

Discusión

La hidatidosis hepática es una zoonosis muy frecuente en España (2-4). Habitualmente asintomática, puede causar graves complicaciones, que mayoritariamente (60%) se deben a la presencia de una comunicación cistobiliar. Entre estas complicaciones figura la PAH (1-3). Hasta 2001, sólo se habían descrito 32 casos (1).

Se considera que para que se produzca una PAH debe existir una comunicación cistobiliar, y pasar contenido intraquistico a la VB (5). Esta migración se produce porque la presión intraquistica es superior a la de la VB (1). La obstrucción mecánica de la VB y del orificio del ducto pancreático principal por material hidatídico parece ser la causa más probable (1,5). Pero la comunicación cistobiliar es mucho más frecuente que la PAH, por lo que deben existir otros factores favorecedores (1). Se ha postulado que el reflujo de bilis y material hidatídico al ducto pancreático, conjuntamente con la obstrucción papilar por respuesta inflamatoria o alérgica al material hidatídico pudieran estar implicados (1,5).

La clínica de la PAH es similar a la de cualquier pancreatitis y cursa con dolor abdominal, náuseas y vómitos, acompañada o no de ictericia y/o colangitis (1,5). Habitualmente cursa con leucocitosis, leve hiperbilirrubinemia e hiperamilasemia. Para diagnosticar una verdadera PAH debemos descartar otras causas de pancreatitis (4,5). Los pacientes con PAH pueden desconocer que tienen un quiste hidatídico hepático, y ser la PAH el primer síntoma, o estar ya intervenidos de hidatidosis hepática, y la PAH deberse a una recidiva hidatídica (1,2). LA PAH es habitualmente leve y con rápida recuperación clínica (1). Su rápida resolución puede deberse a la frecuente realización precoz de CPRE con esfinterotomía o porque el material hidatídico es más blando que los cálculos (1).

En los pacientes con PAH, existen dos formas de actuar sobre la VB. La primera consiste en realizar una CPRE preoperatoria y extraer el material hidatídico de la VB (1). Así se evita actuar intraoperatoriamente sobre la VB y se reduce la incidencia de fístulas biliares postoperatorias (4). La otra opción es efectuar una colangiografía intraoperatoria, si hay material en la VB se procede a su extracción y coledocorrafia sobre tubo de Kehr (5). Un segundo tema de debate es qué cirugía practicar en pacientes con comunicación cistobiliar franca. Nosotros creemos que si es factible una cirugía radical (quistoperiquistectomía total o hepatectomía) es la más adecuada (6).

J. M. Ramia Ángel, E. Sancho Calatrava¹, P. Veguillas Redondo, J. M. Santos Blanco¹ y J. García-Parreño Jofré

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Guadalajara. ¹Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Santa Bárbara. Puertollano, Ciudad Real

Bibliografía

1. Zeytinlu M, Çöker A, Yüzer Y. Hydatid acute pancreatitis. *Turk J Gastroenterol* 2004; 15: 229-32.
2. Sáez-Royuela F, Yuguero L, López-Morante A, Pérez JC, Martín JL, Ojeda C. Acute pancreatitis caused by hydatid membranes in the biliary tract: treatment with endoscopic sphincterotomy. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 793-6.
3. Al-Tomaa A, Vermeijdenb RJ, Van de Wiela A. Acute pancreatitis complicating intrabiliary rupture of liver hydatid cyst. *Eur J Inter Med* 2004; 15: 65-7.
4. Ozmen M, Moran M, Karakahya M, Coskun F. Recurrent acute pancreatitis due to a hydatid cyst of the pancreatic head: a case report and review of the literature. *JOP* 2005; 6: 354-8.
5. Bellara IL, Amara H, Hablani N, Harzallah L, Abbassi DB, Kraiem C. Pancreatite aigue d'origine hydatique: a propos d'un cas. *Ann Chir* 2004; 129: 372-5.
6. Priego P, Nuño J, López Hervás P, López Buenadicha A, Peromingo R, Die J, et al. Hidatidosis hepática. Cirugía radical vs. no radical: 22 años de experiencia. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 82-5.