

Quiste hidatídico gigante activo que ocupa la totalidad del lóbulo hepático derecho

J. M. Suárez Grau, M. A. Gómez Bravo, J. M. Álamo Martínez, C. Rubio Cháves, L. M. Marín Gómez, G. Suárez Artacho, C. Bernal Bellido y L. Barrera Pulido

Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 62 años en seguimiento en consultas externas del Servicio de Digestivo por un único quiste hepático de pequeño diámetro (menor de 3 centímetros), no complicado, que respondía correctamente a tratamiento médico con albendazol desde hace 10 años, además como antecedentes destacan hernia hiatal y gastritis atrófica.

Al ingreso presentó a la exploración abdominal una gran tumoración con extensión desde hipocondrio derecho hasta epigastrio, de consistencia dura, no fluctuante, no dolorosa; el resto del abdomen blando, depresible, sin dolor a la palpación profunda ni peritonismo. Con matidez en todo el diámetro de la masa abdominal, manteniendo peristaltismo conservado. No presentó alteraciones del hábito intestinal.

Se sometió a la paciente a exploraciones radiológicas: TAC abdominal y colangio-RMN, con los siguientes resultados: gran quiste hidatídico hepático en LHD de 21 cm de diámetro máximo, activo, con múltiples vesículas hijas en su interior y con rotura contenida de la periquística en varios puntos, especialmente en su pared lateral, con desarrollo de pequeños quistes adyacentes "en racimo". Cálculo en vesícula biliar. Compresión extrínseca de la vía biliar sin dilatación de la misma y sin coledocolitiasis. Adenoma cortical en suprarrenal izquierda (Fig. 1).

La paciente se intervino, realizándose quisto-periquistectomía total y resección del quiste adrenal derecho (Fig. 2). Se realizó lavado de la cavidad abdominal con agua oxigenada diluida. En el acto quirúrgico además de extraer el gran quiste hepático se realizó colecistectomía y resección de los márgenes de vecindad del quiste, dejando únicamente una pastilla de la cortical del quiste que estaba adherida a la vena cava, fulgurada con argón. El postoperatorio cursó sin alteraciones, estando las primeras 24 horas en UCI debido a la gran intervención realizada. Posteriormente en planta siguió evolucionando la paciente con normalidad, y fue dada de alta del hospital a la semana de la intervención. Se mantuvo el tratamiento con albendazol postoperatorio hasta la primera revisión al mes en consultas externas. Las pruebas de imagen realizadas posteriormente han sido negativas en cuando a la recidiva del quiste. Actualmente no precisa ningún tratamiento médico y permanece asintomática.

DISCUSIÓN

Los quistes hidatídicos complicados son infrecuentes, siendo la infección primaria asintomática generalmente y puede perdurar en varios años, como es el caso de nuestra paciente. El periodo de latencia puede ser bastante prolongado durante varios años hasta que aparezcan los primeros síntomas. La clínica ocasionada por el quiste hidatídico es a causa del tamaño y la localización del mismo. La afectación hepática suele ser sintomática, siendo el lóbulo derecho en el 60-85% de los casos el portador del quiste hidatídico (1,2). Los síntomas principales suelen aparecer cuando el diámetro del quiste alcanza unos 10 centímetros. Si el quiste es de mayor tamaño puede ocurrir: hepatomegalia, con o sin dolor en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos. Un 20% de los pacientes con quistes pulmonares también poseen quistes hepáticos. Los quistes localizados en la periferia o superficie hepática suelen englobar al diafragma y estructuras intratorácicas. Resulta una correcta técnica la disección y sutura diafragmática. De forma poco frecuente se rompen en el espacio pleural o dentro del árbol bronquial (2,3).

Las indicaciones quirúrgicas de los quistes hidatídicos son las siguientes (4):

- Quistes activos.
- Quistes complicados (infección, compresión, obstrucción).
- Quiste localizado en órgano vital (SNC, médula espinal, corazón) o hueso.
- Gran quiste con riesgo de ruptura.

El tratamiento quirúrgico debe comprender la resección del quiste hepático en su totalidad (quisto-periquistectomía) tratando además los posibles trayectos fistulosos o invasión a otros órganos vecinos en un mismo tiempo quirúrgico, y finalizando con una correcta limpieza del campo quirúrgico (agua oxigenada o solución salina hipertónica) para evitar la posible diseminación intraperitoneal (5).