

HIDATIDOSIS HUMANA: DOS CASOS DE COMPLICACIÓN SEVERA

HUMANA HYDATIDOSIS: TWO CASES WITH SEVERE COMPLICATIONS

FERNANDO J.H. CARIGNANO, LUIS E. CAVIGLIA

Servicio de Cirugía General. Hospital Interzonal General «Dr. José Penna» Bahía Blanca. Argentina

Resumen: Se presentan dos enfermos afectados de hidatidosis humana complicada. Un paciente portador de un quiste hidatídico hepático que ingresa por un síndrome coledociano por presencia de hidátides en la vía biliar y una paciente con hidatidosis pulmonar bilateral, que evoluciona también con complicación de sendos quistes en su pre y post operatorio. Se concluye en la discusión planteada sobre la táctica quirúrgica del segundo enfermo, acerca de la conveniencia de la toracotomía bilateral o sucesiva.

Palabras Claves: hidatidosis, complicaciones, hígado, pulmón.

Abstract: Two patients present complicated human hydatidosis. One of them -a male patient-, presents an hepatic hydatid cyst and is admitted due to a choledocian syndrome caused by the presence of hydatides in the bile duct. The other one -a female patient-, presents bilateral pulmonar hydatidosis that also evolves with complications in both cysts pre- and post-surgery. The conclusion is expressed in the discussion presented on the surgical tactics for the second patient and the convenience of bilateral or successive thoracotomy.

Key Words: hydatidosis, complications, liver, lung.

INTRODUCCIÓN

Desde 1987 venimos publicando sucesivos informes (1,2) sobre los casos de hidatidosis humana registrados en nuestro Servicio de Cirugía General del Hospital Interzonal General «Dr. José Penna» de Bahía Blanca, en los cuales señalamos principalmente la estadística invariable de la enfermedad a lo largo de todos los años en estudio. Actualmente, podemos decir que este hecho no ha variado como lo demostramos en el gráfico siguiente.

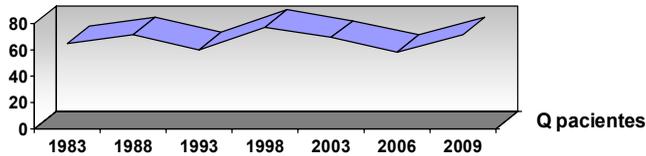
Correspondencia:

Dr. Fernando Carignano. Jefe de Servicio de Cirugía.
Hospital Interzonal General «Dr. José Penna».
Láinez 2400 (8000) Bahía Blanca. Argentina.
E-mail: fernandocarignano@hotmail.com..

Recibido: 7 de Julio de 2010

Aceptado: 15 de Septiembre de 2010

Enfermos operados 1983 - 2009



No obstante, tal como lo hiciéramos notar en nuestro último trabajo (2), además de la epidemiología estable, hemos observado mayor índice de complicaciones previas al tratamiento. Es precisamente la asistencia de dos pacientes afectados de complicaciones severas de quistes hidatídicos la que presentamos, uno de localización hepática y otro pulmonar bilateral.

Caso Clínico I

Paciente masculino (AS) de 41 años de edad. Una semana previa a su ingreso a nuestro hospital refiere dolor cólico en hipocondrio derecho asociado a vómitos, signos-sintomatología por la cual es internado en un nosocomio de la zona. Durante su internación se instala un síndrome coledociano, hecho que motiva su derivación para estudio y tratamiento. No padece de enfermedad concurrente, es residente en el ejido urbano y cuenta con servicios sanitarios.

A su ingreso se le efectúa una ecografía que demuestra formaciones quísticas en hígado y vía biliar principal, diagnóstico que se refrenda con la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y la colangiorrsonancia (Figuras 1, 2, 3,4).

Se certifica además, la instalación del síndrome coledociano y repercusión en el parénquima hepático, observándose una ictericia marcada, bilirrubinemia de 42,30 mg/l con predominio de la fracción directa (34,4 mg/l.); TGO de 249 UI/l. (valor de referencia hasta 46 UI/l.); TGP de 211 UI/l. (valor de referencia hasta 46 UI/l.); FAI de 499 UI/L. (valor de referencia hasta 240 UI/L.); GTP de 549 UI/l. (valor de referencia hasta 54 UI/l.). El Arco V fue positivo.

Se le practica una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con papilotomía, observándose luego salida de abundante líquido bilio-purulento maloliente, instaurándose tratamiento antibiótico empírico con triple esquema, Gentamicina 240 mg/día, Ampicilina 4 gr/día y Metronidazol 1,5 gr/día.

Al día siguiente es intervenido quirúrgicamente, realizándosele una quistostomía con resección parcial de la adventicia, colocación de dos tubos de avenamiento en la

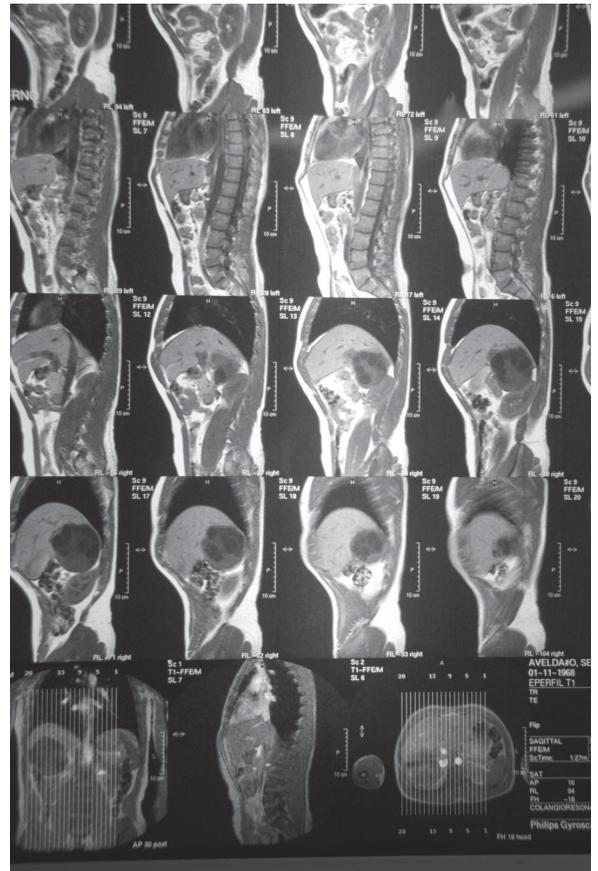


Figura 1. Resonancia Magnética Nuclear (RMN). Cortes longitudinales que muestran el quiste y su complicación.

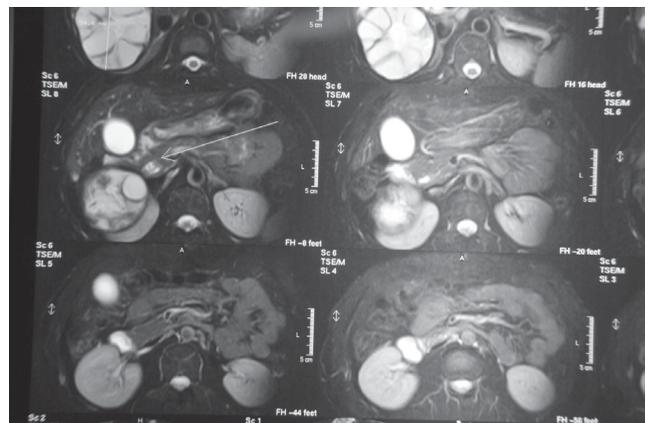


Figura 2. RMN. En el corte transversal, se aprecian las vesículas hijas y la comunicación con el conducto biliar.

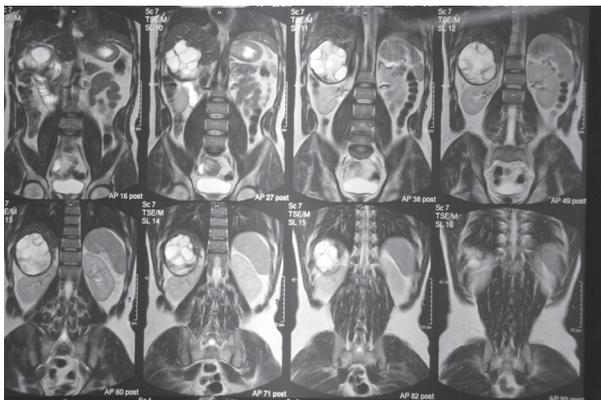


Figura 3. RMN: corte longitudinal que muestra imágenes similares a la precedente.

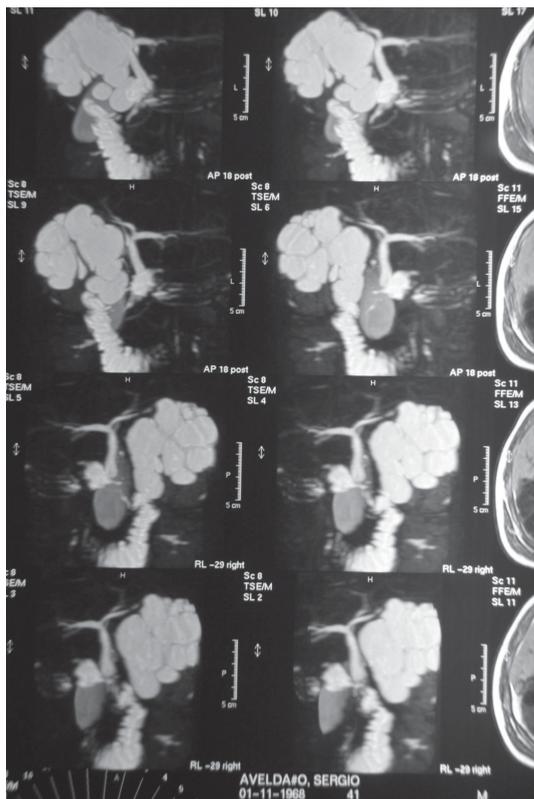


Figura 4. RMN: Se evidencia el compromiso de la vía biliar principal.

cavidad remanente y una coledocotomía con extracción de vesículas hidatídicas y coledocorrafia sobre Kehr.

En los primeros cuatro días de postoperatorio, se constata salida de escasa cantidad de bilis por los tubos de avenamiento ofrecidos a la cavidad residual, signo que cesa luego de ese lapso.

Tras evolucionar satisfactoriamente, se le realiza una colangiografía trans-Kehr al día 14 del postoperatorio donde se confirma la permeabilidad de la vía biliar principal, luego egresa para continuar con control por Consultorio externo (Figura. 5).



Figura 5. Colangiografía postoperatoria: se constata la ausencia de patología en la vía biliar

Caso Clínico II

Paciente femenina (LA) de 39 años de edad, derivada de la zona por referir dolor en la cara posterior del hemitórax derecho, asociado a disnea de mediano esfuerzo, tos y expectoración mucopurulenta de 30 días de evolución, cuadro al que se suma vómitos de material mucoso y equivalentes febriles. No tiene enfermedades agregadas y reside en zona urbana.

Ingresa a nuestro hospital con una telerradiografía de tórax de frente que muestra dos formaciones redondeadas en cada playa pulmonar, de mayor tamaño y densidad la del campo derecho. Se establece el diagnóstico presuntivo de quistes hidatídicos bilaterales con una complicación infecciosa del asentado en el pulmón derecho (Figura 6).

Se le obtiene una tomografía axial computerizada que abona el diagnóstico presuntivo (Figura 7).

El resto de los estudios complementarios exhiben resultados dentro de límites fisiológicos, a excepción de una leve

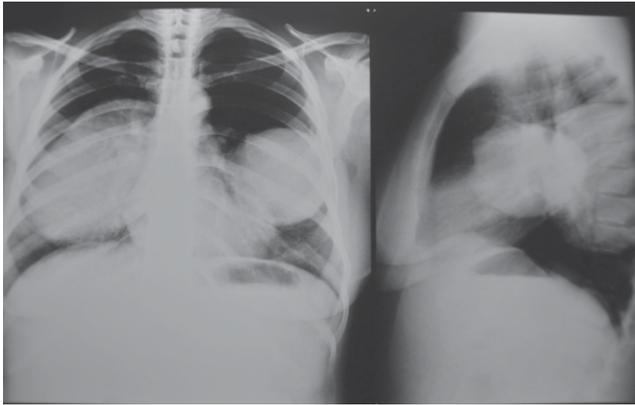


Figura 6. TeleRx. de tórax, F y P: se ven ambas imágenes quísticas, con diferencias de densidad y de delimitación la ubicada en el pulmón derecho, lo que sugiere la complicación.

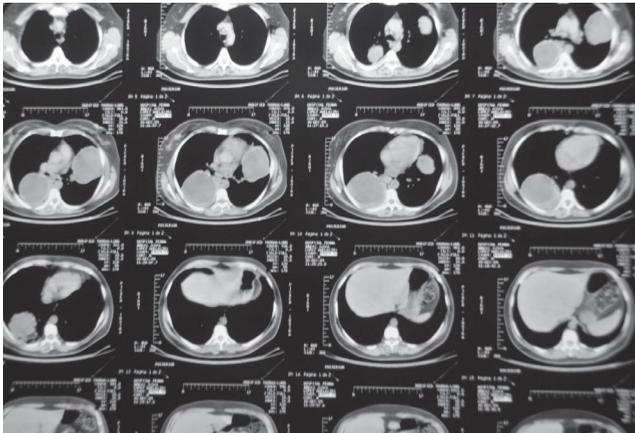


Figura 7. Tomografía Axial Computarizada. El estudio confirma lo mostrado por las radiografías precedentes.



Figura 8. TeleRx de tórax F. Se muestra la ausencia de enfermedad en el pulmón derecho, con discretas secuelas cicatrizales y el típico signo del camalote en el quiste contralateral.

hiperglucemia (121 mg/l) y un examen funcional respiratorio que diagnostica un patrón restrictivo leve. El Arco V fue negativo.

Se decide como táctica quirúrgica la intervención en primera instancia del pulmón derecho, habida cuenta que la formación de ese hemitórax se presume complicada.

Es operada cuatro días después de su ingreso, ingresando al tórax por una toracotomía pósterolateral universal, hallando un quiste hidatídico de aproximadamente 15 x 10 cm, complicado con un proceso infeccioso. Se realizó una quistectomía con técnica de Alende-Lager.

Tras evolucionar sin complicaciones, la paciente egresa al 9º día de postoperatorio, siendo citada al mes y medio siguiente para la operación de su hemitórax contralateral.

A los 29 días de su alta, es reinternada por referir un episodio compatible con una vómita hidatídica, que se constata con una nueva telerradiografía de tórax que muestra el típico «signo del camalote» característico del quiste evacuado espontáneamente (Figura 8).

Los exámenes preoperatorios son normales y se reinterviene a las 48 horas. de su ingreso, practicándose una toracotomía izquierda y técnica similar a la descrita precedentemente. Tras evolucionar favorablemente, egresa el día 10 del postoperatorio para seguir control por Consultorio Externo.

CONCLUSIONES

Tal como lo señaláramos en anteriores publicaciones, la incidencia de la enfermedad se ha mantenido estable en los últimos 26 años en nuestro servicio, con menor índice de complicaciones postoperatorias inmediatas y alejadas, estas últimas menguadas notoriamente desde el advenimiento de la colangiografía retrógrada endoscópica, que permitió un avenamiento efectivo de la vía biliar evitando las fístulas biliares que se observaban otrora.

En sentido contrario, vemos una mayor incidencia de las complicaciones prequirúrgicas y los dos enfermos presentados son prueba de ello. En el primero de ellos, el tratamiento realizado no merita discusión alguna; el triple drenaje de la vía biliar (3) es la intervención aconsejada en este tipo de afecciones, dado que, a pesar de los estudios radiológicos contrastados intraoperatorios, resulta difícil tener la seguridad de la ausencia de hidátides en el conducto (4). El tubo de Kehr, además de su función de avenamiento, permitirá controles posteriores que certificarán o no la ausencia de patología remanente (5).

En el segundo caso, la disyuntiva se plantea en la estrategia usada para determinar el tiempo de las intervenciones. Si bien las experiencias publicadas no son profundas al respecto, algunos autores aconsejan las toracotomías simultáneas (3,6)

en tanto que otros sugieren las operaciones sucesivas, como en la paciente que presentamos. Preferimos las operaciones sucesivas estos casos para disminuir la incidencia y la gravedad de las complicaciones postoperatorias comunes en este tipo de cirugías (3). No obstante, la evolución mórbida del quiste del pulmón izquierdo nos obliga a preguntarnos si la conducta adoptada fue la correcta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández Latour C, Carignano F, Gáspari C, Müller A. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad hidatídica del hígado. Informe sobre 87 casos, Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca, 1994; 2: 42-6.
2. Carignano F et al. Hidatidosis hepática, informe sobre 56 pacientes operados, I Congreso de la Salud de Bahía Blanca. Bahía Blanca, 4 de octubre. 2000.
3. Odriozola M, Pettinari R. Hidatidosis abdominal. Relato Oficial. Rev Arg Cir 1998; Número extraordinario: 5-70.
4. Casiraghi J. Tratamiento del quiste hidatídico del hígado y sus complicaciones. Relato oficial del 50° Congreso Argentino de Cirugía. Asoc. Arg. de Cirugía, número extraordinario, 1959.
5. Casaza J. Hidatidosis. Imágenes y tratamiento. Homenaje a Ricardo Finochietto. Prensa Méd Argentina, 1996; 83: 771-85.
6. Kir A, Baran E. Simultaneous operation of hydatid disease cyst of right lung and liver. Thorac Cardiovasc Surg 1995; 43: 62-4.