

Quiste hidatídico hepático complicado: ruptura a la cavidad peritoneal.

Dres. J.A. Acevedo, R.A. Pereyra, C.H. Mercapide, S.D. Aguilar, V. Schereschewsky.

Servicio de Cirugía General, Hospital Artémides Zatti. Viedma, Pcia. de Río Negro, Argentina.

*"Cuando el hígado se llena de agua y se rompe en los epiplones,
el vientre se llena de agua y los enfermos sucumben".
Hipócrates (Aforismos, sección VII, N° 55).*

Resumen

Antecedentes: La ruptura traumática de un quiste hidatídico hepático en la cavidad abdominal es infrecuente. Objetivo: Comunicar una observación, mostrando la sintomatología, metodología diagnóstica, conducta terapéutica y la evolución postquirúrgica. Lugar de realización: Servicio de Cirugía General de Hospital Público. Diseño: Análisis de un caso clínico. Población: Paciente sexo femenino, 8 años, atendida por dolor abdominal, secundario a un traumatismo. Diagnóstico: quiste hidatídico hepático roto en la cavidad peritoneal. Cirugía: Tratamiento del quiste (Mabit-Lagrot) y lavado de cavidad. Resultados: Buena evolución postquirúrgica. Tratamiento médico con albendazol. Actualmente asintomática.

Palabras clave: Quiste hidatídico - Traumatismo abdominal.

Summary

Background: Traumatic rupture into the peritoneal cavity of a localized hepatic hydatid cyst is very rare. Objective: Report one case making emphasis in presenting symptoms, diagnostic and therapeutic management and postoperative outcome. Setting: Surgery Department of a public hospital. Design: Analysis of a clinical case. Population: A female patient, eight years old, who was admitted for abdominal pain following abdominal trauma. Findings: Liver hydatid cyst ruptured into peritoneal cavity. Procedure: Cyst treatment (Mabit-Lagrot) and cavity washing. Results: After medical treatment with Albendazol the child is asymptomatic.

Index words: Hydatid cyst - abdominal trauma.

Resumo

Antecedentes: A ruptura traumática de um cisto hidático hepático na cavidade peritoneal é infrequente. Objetivo: Comunicar uma observação, mostrando a sintomatologia, metodologia diagnóstica, conduta terapêutica e a evolução pós-cirúrgica. Lugar de realização: Serviço de Cirurgia Geral de Hospital Público. Exposição: Análise de caso clínico. População: Paciente do sexo feminino, 8 anos, atendida por dor abdominal secundária a traumatismo. Diagnóstico: Cisto hidático hepático roto na cavidade peritoneal. Cirurgia: Tratamento do cisto (Mabit-Larot) e limpeza da cavidade. Resultados: Boa evolução pós-cirúrgica, tratamento médico com Albendazol. Atualmente assintomática.

Palavras chave: Cisto hidático - Traumatismo abdominal.

Introducción

La hidatidosis es una patología frecuente en nuestra provincia, encontrándose la población infantil en alto riesgo de enfermar², fundamentalmente los habitantes de zonas rurales hiperendémicas.

La ruptura de un quiste hidatídico hepático en la cavidad peritoneal, es una complicación no habitual en niños. Berchi y col.³ mencionan 1 caso en 29 pacientes pediátricos operados por hidatidosis hepática. Xu Ming-Quian⁴ presenta 18 casos sobre 244 operados por hidatidosis hepática complicada, aseverando que la ruptura es más frecuente en niños que en adultos, aunque no discrimina las edades.

El hallazgo de esta complicación de la hidatidosis hepática en un niño atendido en nuestro Hospital y el primero en nuestra serie, nos indujo a realizar la presente comunicación.

Presentación del caso

Niña de 8 años de edad que consulta por dolor abdominal, luego de un traumatismo abdominal leve, ocurrido 6 horas antes. Presentaba palidez generalizada y taquicardia, sin hipertermia y con intenso dolor abdominal. La piel abdominal no presentaba hematomas ni excoriaciones. El abdomen estaba defendido y muy doloroso a la palpación, sin reacción peritoneal. Los ruidos hidroaéreos estaban ausentes. No había signos de shock anafiláctico. La ecografía abdominal mostraba abundante líquido intraabdominal y una imagen circular de 10 cm de diámetro en los segmentos laterales derechos de hígado, con contenido líquido y figura de membrana plegada en su interior, compatible con quiste hidatídico hepático complicado (Fig. 1). La TAC abdominal: mostraba un quiste hidatídico hepático roto (Fig. 2) y abundante líquido en el hemiabdomen inferior (Fig. 3). El laboratorio fue normal, sin eosinofilia. La punción abdominal demostró abundante cantidad de líquido claro, ligeramente hemático. El diagnóstico presuntivo fue quiste hidatídico hepático roto en la cavidad abdominal. Se decidió la operación por una incisión mediana supraumbilical. La cavidad peritoneal tenía abundante cantidad de líquido libre, tipo cristal de roca. El quiste hidatídico hepático era de 11 cm de diámetro, ubicado en segmentos laterales derechos de hí-



Fig. 1: ecografía, corte transversal: líquido libre en la cavidad peritoneal, imagen quística en lóbulo derecho hepático

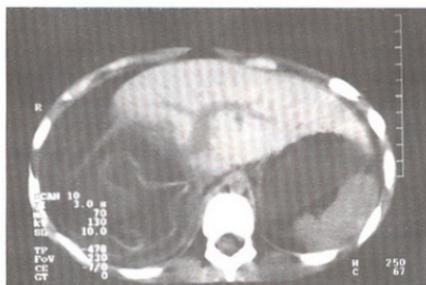


Fig. 2: TAC abdomen superior. Se observa la imagen de la membrana hidatídica plegada, correspondiente a un quiste roto.

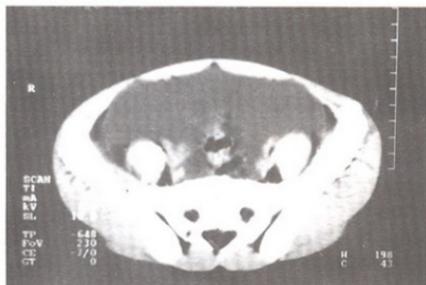


Fig. 3: TAC abdomen inferior: abundante líquido en abdomen inferior.

gado y abierto en su cara anterior. Se trató el quiste según la técnica de Mabit-Lagrot: extracción de la membrana quística completa, resección de la adventicia emergente y sutura hemostática del reborde adventicial. La semiología del resto de cavidad fue normal y se lavó con abundante cantidad de solución fisiológica. Se drenó el lecho del quiste. La evolución postquirúrgica fue buena, con eosinofilia (10%) al quinto día de la cirugía. El drenaje fue retirado al quinto día postoperatorio. La Rx de tórax fue normal. Fue dada de alta al octavo día postquirúrgico y comenzó con el tratamiento antiparasitario vía oral (albendazol 10 mg/kg/día en 3 ciclos de 1 mes separados por intervalos de 15 días) en forma ambulatoria.

El estudio anatomopatológico informó quiste hidatídico fértil.

La paciente se encuentra bajo control clínico, ecográfico y de laboratorio en forma regular, a fin de detectar la aparición de algunas de las formas de hidatidosis peritoneal secundaria. Se encuentra asintomática a los tres meses de la operación.

Discusión

La Hidatidosis es una zoonosis provocada por un parásito del grupo de los cestodos, el *Equinococcus granulosus*, que en su estado adulto (tenia) se aloja en las vellosidades intestinales del perro.

Es más frecuente en zonas con intensa actividad ganadera, donde el clima riguroso y la geografía limitan la producción en su mayor parte al ganado lanar, viéndose favorecida por la fauna domiciliar de animales, sin control médico sanitario³. El estudio de la hidatidosis en la 1ª y 2ª décadas de la vida, es de gran interés epidemiológico, pues sus resultados pueden ser indicadores de contagios recientes⁴.

En la Provincia de Río Negro se diagnosticaron en 1993: 70 casos nuevos, en 1994: 51, en 1995: 39 casos⁵; en 1996: 48 y en 1997: 67, con una tasa de incidencia provincial en 1997 de 11,52 por 100.000 habitantes⁶.

En 1994, se aprobó y puso en marcha la Ley Provincial N° 2580, de Control de Hidatidosis, que obliga a los propietarios de establecimientos rurales a registrar sus perros y los responsabiliza de su estado sanitario. Además, el Programa de Control de Hidatidosis, a cargo del Consejo Provincial de Salud Pública, co-

menzó a realizarse en 1980, con tasas de prevalencia de la enfermedad en ese momento de más de 188 por 100.000 habitantes^{5,9}.

Los huéspedes intermedios (hombre y ganado) se infestan al ingerir los huevos de la tenia. El embrión es liberado en el intestino y atravesando su pared, llega al parénquima hepático por vía venosa portal, donde se desarrolla la forma quística larval^{5,10}.

En el hombre, el hígado es la víscera más parasitada¹¹ (63,44% en nuestra casuística general de 627 pacientes con hidatidosis). En nuestra experiencia, el quiste hidatídico hepático es más frecuente en el lóbulo derecho (73,35%) y es generalmente único.

En el niño, el 92 % son univesiculares, con hidátide única y periquística fina y distendible con tendencia al crecimiento hacia la periferia del hígado⁷. De su localización topográfica (intrahepáticos o emergentes) dependen las lesiones que puede producir sobre los conductos biliares, arterias y venas, la cápsula de Glisson, el peritoneo y las vísceras vecinas⁸.

Según Ivanissevich⁹, el quiste hidatídico hepático se complica cuando se altera la relación entre el parásito y la adventicia por causas traumáticas, infecciosas o degenerativas. Este autor clasifica a las complicaciones en intrahepáticas (hepatopatía, apertura en los conductos biliares), extrahepáticas (ruptura, compresión periférica) y a distancia (shock anafiláctico, equinococosis metastásica). Los quistes hidatídicos hepáticos en niños tienen menor número de complicaciones preoperatorias, por el menor tiempo de evolución con relación al ciclo del parásito⁹.

La rotura intraperitoneal de un quiste hidatídico del hígado puede originar distintas formas de hidatidosis peritoneal secundaria, según la forma de reacción del peritoneo a los elementos parasitarios. Al romperse la adventicia y la membrana prolígera, puede derramarse líquido hidatídico, escólices, vesículas hijas, bilis, sangre, pus, gérmenes. Ivanissevich⁹ clasifica a las formas de equinococosis peritoneal secundaria en simples (cuando caen al peritoneo sólo elementos parasitarios: hidátidoperitoneo, forma múltiple y aislada, seudotuberculosis peritoneal hidatídica) y complicadas (cuando se agregan elementos del huésped: coleperitoneo hidatídico, pio, hemo o neumoperitoneo hidatídico). Cuando sólo se derrama líquido hidatídico, sin vesículas hijas, se produce un hidatoperitoneo. Se menciona que la rotura a cavidad peri-

toneal representa la evolución final de un 10% de los quistes hidatídicos hepáticos en las series pediátricas² (5% en adultos¹²) (2,77% -1 de 36 QH hepáticos en nuestros pacientes menores de 15 años). En el 80% la rotura es espontánea por aumento de la presión intraquística. El 13% es traumática, por esfuerzo en el 6% y durante el trabajo de parto en el 1%¹³. En cuanto a la localización primaria del quiste, en el 90% es hepática, 8% esplénica y 2% en otros sitios¹⁴.

Pettinari y col.¹⁵ incluyen la rotura de un quiste hidatídico en la cavidad peritoneal dentro del grupo perforativo del abdomen agudo hidatídico. Se presenta como un cuadro de dolor abdominal súbito, con reacción peritoneal, pudiendo aparecer estado de shock anafiláctico.

En nuestra casuística, en los últimos 24 años (1974-1998), fueron operados por patología hidatídica 82 pacientes menores de 15 años. Cuarenta y siete (57,31%) presentaron hidatidosis hepática, de los cuales 36 (76,59%) se presentaron en hígado como único órgano comprometido. De estos, 5 (13,88%) se presentaron complicados: 4 abiertos a vía biliar y 1 roto en la cavidad peritoneal.

En nuestra práctica médica diaria, existe una permanente sospecha diagnóstica de esta afección, lo que nos da un alto porcentaje de casos diagnosticados precozmente, en período subclínico, disminuyendo las posibilidades de complicaciones¹⁶.

La forma de estudio incluye la ecografía abdominal y tomografía axial computada. La punción abdominal puede orientar al diagnóstico en caso de hidatoperitoneo.

El tratamiento está dirigido al lavado de cavidad, removiendo completamente los elementos parasitarios y el líquido hidatídico derramado. No debe usarse el lavado interasas con solución salina hipertónica, por las complicaciones graves que puede originar¹⁷.

El tratamiento de la cavidad adventicial se hará según las técnicas clásicas descriptas para la equinococosis hidatídica. En nuestro caso, el mismo se basó en la conducta del Servicio¹⁸.

En el caso de desarrollar quistes peritoneales, estos pacientes pueden requerir múltiples operaciones, siendo muy difícil su eliminación total¹⁹, adquiriendo importancia el tratamiento antiparasitario (albendazol 10 mg/kg/día v.o. en 3 ciclos de 1 mes separados por intervalos de 15 días¹⁹).

Se acepta que el albendazol es actualmente, el fármaco más eficaz para el tratamiento de la hidatidosis, por tener una buena absorción intestinal, y concentración en sangre^{19,20}. Realizamos controles clínicos y de laboratorio mensuales para identificar la aparición de reacciones adversas.

Bibliografía

- Otero C., Maldonado M., Giménez R.: Experiencia en hidatidosis infantil. Actas XXVII Congreso Argentino Pediatría. Córdoba, 23-27 Setiembre 1986.
- Berchi F.J., Cano I., Encinas A. et al.: Hidatidosis Hepática. Estudio de sus complicaciones en la infancia. Actas XV Extraordinary Congress For the Celebration of the 50 years of A.I.H. Rome, November 4-8/1991.
- Xu Ming - Quian: Complicaciones de la hidatidosis hepática. Bol. de Hidat. Set.-Dic., 24-27, 1986.
- Mercapide C.H., Pereyra R.A., Aguilar D.S., Acevedo J.A.: Tratamiento de la Hidatidosis Pancreática (Revisión de Nuestra Casuística). Rev. Argent. Cirug., 1997; 72: 61-66.
- Pérez Gallardo M., Garrido J.A., Aragonés F.G., et al.: La hidatidosis en el hospital provincial de Madrid durante el quinquenio 1986-1990. Actas XV Extraordinary Congress For the Celebration of the 50 years of A.I.H. Rome, November 4-8, 1991.
- Larrieu E., Thakur A., Costa M.T. y col.: Hidatidosis. Equinococosis en la Provincia de Río Negro: control en base a estrategias de atención primaria de la salud. XXIV Jornadas Internacionales de Hidatidología. Colonia (Rep. Oriental del Uruguay). Sept. 1996.
- Estadísticas de Salud, Programa Nacional Control Hidatidosis. Datos no publicados.
- Larrieu E., Lester R., Medina M., Vallejos P.: Programa de Lucha contra la Hidatidosis en Río Negro. Situación Actual. Rev. Med. Vet. 5: 295-307, 1985.
- Ivanisovich O., Rivas C.I.: Equinococosis Hidatídica. Edic. Minist. de Educ. y Just. Bs. As. 1961.
- Moreno González E., Herrera Cabrera V., González Pinto I., Hidalgo Pascual M.: La ruptura intrabiliar como complicación de la hidatidosis hepática. Rev. Argent. Cirug., 65: 65-69, 1994.
- Cassiba G., Andretta O., Gervino L et al.: Rottura spontanea intraperitoneale di una cisti da ehinococo hepatica. Min.Chir., 37: 1931, 1982.
- Piaggio Blanco V.: Ascitis por rotura de quistes hidatídicos del abdomen. Arch. Int. Hidatidosis, 6-8, 1946.
- Rivas Viscaíno J. y col.: Consideraciones sobre equinococosis hidatídica del peritoneo. Bol. Inst. Clín. Quir. Bs. As., 20: 451, 1944.

15. Pettinari R.L., Kunin N.E., Brignone J.J.: Abdomen Agudo Hidatídico. Rev. Argent. Cirug., 55: 142-144, 1988.
16. Mercapide C.H., Giménez R., Pereyra R., Pérez C., Michelena F.: Tratamiento de la hidatidosis hepática. Pren. Med. Argent. 1994; 81: 273-281.
17. Martínez Peralta C., Theiler J.A., De Schant F.: Hidatidosis: Complicaciones reiteradas tras lavaje peritoneal salino hipertónico. Una práctica a erradicar. Rev. Argent. Cirug., 51: 172-179, 1986.
18. Nota N° 1036/96 "DSA", Dirección de Salud Ambiental, Consejo Provincial de Salud Pública, Provincia de Río Negro.
19. Marriner S.E., Rogan J.A.: Pharmacokinetics of Albendazole in sheep. Am. J. Vet. Res. 1980; 41: 1126-1129.
20. Morris D.L., Dykes P.M., Marriner S. et al: Albendazole: ob-

jective evidence of response in human hydatid disease. JAMA, 253: 2053-2057, 1985.

Trabajo aceptado para su publicación en Abril de 1998.

Dr. J.A. Acevedo
Servicio de Cirugía General
Hospital Artémides Zatti
Rivadavia 351
(8500) Viedma
Río Negro, Argentina