

HIDATIDOSIS HEPATICA EXPERIENCIA QUIRURGICA EN HOSPITAL REGIONAL VALDIVIA, NOVIEMBRE 1988–JUNIO 2003

Analfá Aho Razzouk⁽¹⁾, Viviana Ojeda Neira⁽¹⁾,
Dr. Carlos Kuschel Herbach⁽²⁾.

Hidatidosis Hepatic Surgical Experience at the Hospital Regional in Valdivia city, November 1988-June 2003

There were analyzed 200 patients that carry 383 hidatidical hepatic cysts which were surgically operated at the *Surgery Service of the "Hospital Regional"* in Valdivia city among 1988 and 2003. The pathology was more frequent in females. The average of age was 45.1 years old. The 70% of the people with this pathology come from rural areas. Strong stomach aches were the predominant symptom. The abdominal ecomography was the most effective examination process for the recognition of this illness. The most frequent location of the cysts was the right hepatic lobe and mainly uniques. The "*partial pericystectomy*" was the surgical technique used in the 60% of the cases. In the 88% of the cases the surgery technique was elected and 93.5% of the cysts were not complicated. There were few complications during and after the surgery (3% and 19% respectively). Seventeen days was the average of stay of the patients in the hospitals. And the mortality was of 1.5%.

Keywords: Hydatid Disease/Treatment/Surgery

INTRODUCCION

La hidatidosis es una zoonosis que se caracteriza por tener una distribución mundial y cuyo órgano blanco es frecuentemente el hígado y en segundo lugar, el pulmón.¹ Es producida por la *Tenia Echinococcus granulosus* y muy ocasionalmente por la especie *Multilocularis*.^{1,2} El ser humano es un huésped intermediario accidental que puede albergar uno o más quistes hidatídicos^{3,4}

La mitad sur de Sudamérica, Islandia, Australia, Nueva Zelanda y las regiones del sur de África se consideran áreas endémicas.¹

La incidencia de la enfermedad hidatídica en el hombre depende de los huéspedes intermediarios dentro de los que se incluyen el ganado ovino, porcino y vacuno.

La literatura describe que casi el 70% de los quistes hidatídicos se localizan en hígado y en una cuarta a un tercio de estos enfermos son múltiples¹. En nuestro país es la patología quirúrgica parasitaria más frecuente, principalmente en la zona sur: IX, X, XI XII regiones y dentro de éstas, las más altas tasas se encuentran en las provincias de Aysén, 80 x 100.000 hbt⁵, Temuco y Valdivia, 60 x 100.000 hbt.⁶ La incidencia en Chile es de 800 casos por año. A pesar de que las cifras oficiales muestran un descenso en los últimos años, esto al parecer se debe a una subnotificación. Además existe un número no despreciable de casos que son diagnosticados postmortem a través de autopsias, debido a que

(1) Internas, Carrera de Medicina Universidad Austral de Chile.

(2) Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Regional de Valdivia.

cursan la enfermedad en forma asintomática. Entre los factores que explican estas altas tasas se encuentran los altos índices de extrema pobreza, ruralidad y factores de orden cultural como el elevado porcentaje de población mapuche.

Dado que nuestro hospital es centro de referencia de múltiples zonas rurales y que nuestra región tiene una de las tasas más altas del país, hemos querido presentar la casuística acumulada en el servicio de cirugía del Hospital Regional de Valdivia en un período comprendido de 15 años con el fin de mostrar el manejo y evaluar los resultados frente a los pacientes portadores de hidatidosis.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio retrospectivo de 15 años (07/nov/88 al 15/junio/03), buscando en la base de datos de nuestro Hospital.

Todos los antecedentes se obtuvieron de la ficha clínica y protocolos operatorios. La recolección de los datos se consignó en una pauta especialmente diseñada para este estudio, los datos fueron transcritos a una plantilla *Microsoft Excel 2002* para posterior análisis estadístico.

En este período se intervinieron 383 quistes de un total de 200 pacientes. Se analizaron las siguientes *variables*: edad de presentación, sexo, procedencia (urbana o rural), antecedente epidemiológico de hidatidosis (antecedente familiar de hidatidosis, contacto con ganado parasitado, hábito de alimentación canina con quistes, "bolsas de agua"), antecedente de hidatidosis previa (hepática y/o pulmonar operada), síntomas y signos, examen utilizado para su diagnóstico, número, tamaño y ubicación de los quistes, tiempo de primera consulta a la cirugía, tipo de cirugía, cirugía de urgencia o electiva, tiempo de hospitalización, complicaciones intra y postoperatorias, mortalidad postoperatoria hasta 1 mes.

Resultados

De los 200 pacientes estudiados, se encontraron 108 pacientes de sexo femenino y 92 de sexo masculino, el rango de edad fue 15-95 años, con un promedio de edad de 45,1 años, la mayor incidencia, 65% se concentró en el rango de 40-59 años. Se obtuvieron 45 pacientes con antecedentes personales de hidatidosis pulmonar y/o hepática operado. En cuanto a la procedencia 140 pacientes, 70% pacientes provenían de sectores rurales y 60 pacientes, 30% de sectores urbanos.

Tabla 1. Casuística

Hombres	92
Mujeres	108
Edad: 15-95 años	x =45,1
Rural	70%
Urbano	30%

De los 200 pacientes estudiados, el síntoma predominante fue el dolor en hipocondrio derecho con un 65,5%, el 9% se encontraba asintomático en el momento del diagnóstico .

Tabla 2. Síntomas y signos

Síntoma o Signo	Nº	%
Dolor hipocondrio derecho	131	65,5
Hepatomegalia	53	26,5
Náusea, vómitos	53	26,5
Ictericia, coluria	38	19
Baja peso	21	10,5
Asintomático	18	9
Síndrome febril	18	9
Otras molestias GI *	16	8
CEG, astenia	13	6,5
Rush alérgico	8	4
Manif. extraabdominal**	8	4

*diarrea, meteorismo, constipación, intolerancia grasa.

** disfonía, dolor torácico, hemoptisis.

La cirugía fue electiva en la mayoría de los casos 88,5%

Tabla 3. Cirugía electiva/ urgencia

Cirugía	Nº	%
Electiva	177	88,5
Urgencia	23	11,5
Total	200	100

Los estudios imagenológicos, que presentan un alto índice de positividad diagnóstica, fueron los más solicitados y dentro de estos la *ecografía abdominal* fue la que presentó el mayor número, en 141 casos, 70,1%, le siguen la TAC abdominal *figura 1* con 42 casos, 20,8%, arco 5 de Caprone fue solicitado a 15 pacientes, resultando (+) en 9 pacientes, el Test de ELISA fue solicitado a 20 pacientes, en donde 18 resultaron (+).

Destaca que desde la 1ª consulta a la intervención quirúrgica del total de pacientes, 114, un 57% fue intervenido igual o antes de los 30 días, en 74 pacientes (37%) se prolongó desde 1 mes hasta 24,3 meses, concentrándose en este grupo un gran número de pacientes entre el mes y los 3 meses. En 10 pacientes, 5% no se registró este dato en la ficha. De las 200 intervenciones quirúrgicas, se utilizó predominantemente la periquistectomía parcial en 120 casos (60%), le sigue en frecuencia la cistoyeyunoanastomosis con 23 casos (11,5%).

Tabla 4. Cirugías

Cirugía	Nº	%
Periquistectomía parcial	120	60
Cistoyeyunoanastomosis	23	11,5
Quistectomía simple	20	10
Periquistectomía total	14	7
Drenaje bipolar	8	4
Hepatectomía izquierda	8	4
Hepatectomía derecha	5	2,5
Posada	2	1
TOTAL	200	100

El quiste fue único en el 60,5 % de los pacientes.

Tabla 5. Nº quistes por paciente

Cantidad de quistes	nº pacientes	%
1	121	60,5
2	38	19
3	14	7
4	9	4,5
5	11	5,5
7	3	1,5
8	4	2
Total = 383	200	100

FIGURA 1. Tomografía axial computada abdominal con contraste. Muestra lesión de lóbulo hepático derecho, con densidades heterogéneas en su interior, dilatación de la vía biliar intrahepática izquierda y hepatomegalia compensadora.

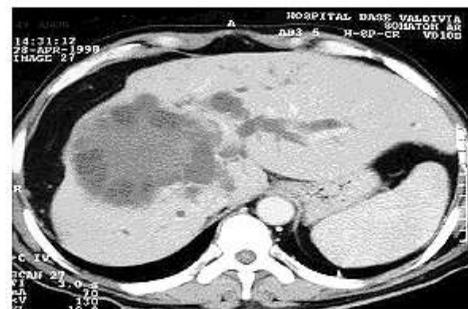


Tabla 6. Tamaño de los quistes

Tamaño (cm)	Nº	%
1-10	97	25,3
11-20	248	64,7
21-30	38	9,9
Total	383	100

La ubicación topográfica de los quistes fue predominantemente del lóbulo derecho con 170 casos, 62,5% versus el lóbulo izquierdo con 66 casos 24,2%.

Tabla 7. Ubicación topográfica

Ubicación	Nº	%
Lóbulo derecho	268	70
Lóbulo izquierdo	76	19,8
Otra localización (abdominal)	39	10,2
Total	383	100

En forma simultánea se encontraron 36 quistes hidatídicos en otras localizaciones, en donde la ubicación más frecuente fue el epiplón mayor, 8 quistes.

Ya sea por hallazgo imagenológico y/o quirúrgico, del total de quistes el 93,5% fueron simples y el 6,4% estaban complicados.

Tuvimos 6, complicaciones intraoperatorias un 3% de las 200 intervenciones quirúrgicas, un 19% de complicaciones postoperatorias, siendo la infección de herida operatoria, la fistula biliar externa y las complicaciones respiratorias los hallazgos más frecuentes.

Tabla 8. Complicaciones intraoperatorias

Bilioma subhepático	1
Rotura pleura derecha: hemotórax derecho	1
Lesión vena suprahepática	1
Contaminación del campo por rotura quiste	1
Rotura colon con escasa salida de deposiciones	1
Escape líquido a peritoneo	1
TOTAL	6

Tabla 9. Complicaciones postoperatorias

	Nº intervenciones	%
Sin complicaciones	162	81
Con complicaciones	38	19
Total	200	100

Tabla 10. Tipo de complicaciones

Tipo	nº pacientes	%
Infección herida operatoria	7	3,5
Fístula biliar externa	6	3
Compl. Respiratorias	5	2,5
Peritonitis postoperatoria	4	2
TEP	3	1,5
Shock séptico	3	1,5
Absceso subfrénico	3	1,5
Rush cutáneo	3	1,5
Dehiscencia sutura herida operat	2	1
Hemorragia intracraneana	2	1
TOTAL	38	19

La estadía hospitalaria estuvo en el rango de 1 a 120 días, el 76% de los pacientes tuvo una estadía menor e igual a 20 días, la mediana encontrada fue de 12 días, el promedio 17 días y la moda de 7.

Tabla 11. Estadía intrahospitalaria

	1-20	21-40	41-60	61-80	Más de 80	Total
Nº	152	36	7	3	2	200
%	76	18	3,5	1,5	1	100

La mortalidad operatoria (en un mes de operado) en nuestra serie fue de 3 casos, 1,5%.

Tabla 12. Mortalidad

Causa muerte	nº pacientes	%
Peritonitis masiva	1	0,5
Shock séptico	1	0,5
Hemorragia cerebral	1	0,5
TOTAL	3	1,5

DISCUSION

La Hidatidosis Hepática constituye un problema de salud pública a nivel nacional y mundial, relacionada con la ganadería, infraestructura, educación sanitaria deficiente y bajos niveles socioeconómicos. Los resultados expuestos concuerdan con las publicaciones nacionales en que es una patología que afecta a pacientes de alta ruralidad, además se confirma el predominio del sexo femenino en esta patología a diferencia de la hidatidosis pulmonar. La hidatidosis humana afecta a pacientes en edad productiva⁶ lo que se refleja muy bien en nuestra serie. La ultrasonografía abdominal (US) y la TAC permitieron realizar exploraciones diagnósticas de alta resolución poniendo en evidencia masas quísticas, localización, tamaño, número y su relación con las diferentes estructuras intra y extrahepáticas permitiendo una planificación quirúrgica más adecuada. Sin duda el examen imagenológico más solicitado en nuestra casuística sigue siendo la US abdominal, ya que es sencillo, no invasivo, de alto rendimiento, bajo costo y de fácil acceso en la mayoría de los hospitales a lo largo de nuestro país. Nuestros resultados sobre la serología, que apoya el diagnóstico, se acerca bastante a otras series y a la literatura donde el consenso es del 100% de especificidad del arco 5 pero baja sensibilidad. Sin

embargo en el test de ELISA encontramos que tanto la especificidad y sensibilidad se acercan al 95%⁶. Hay que destacar que estos dos últimos exámenes no son solicitados de rutina en nuestro hospital.

En este estudio la vía de abordaje y el tipo de incisión realizado dependió del análisis de varios factores, como ubicación topográfica del quiste, tamaño, estado evolutivo y patológico del quiste, siendo el abordaje abdominal y la incisión subcostal derecha las más utilizadas. La técnica quirúrgica principal en esta serie fue la cirugía resectiva en el 83,5 % de los pacientes, realizándose cistoperiquistectomía parcial en el 60% de estos pacientes. La 2º técnica quirúrgica más empleada es la cistoyeyunoanastomosis, técnica que ha ido en aumento a lo largo de los años en nuestro medio en comparación con otros centros, describiéndose escasas complicaciones. Esta técnica tiene indicación perentoria en los quistes hidatídicos centrales, gigantes, o que son de difícil acceso desde el punto de vista resectivo. Preconizando en estos casos una boca anastomótica amplia, 4 a 6 cm y en la zona más declive para permitir un buen drenaje del quiste.

En los pacientes operados de Hidatidosis Hepática las complicaciones secundarias alcanzaron un bajo porcentaje, siendo la infección de herida operatoria la más frecuente. Estas complicaciones estarían en relación directa con la técnica quirúrgica utilizada, la resectiva que tienen menos complicaciones con respecto a las técnicas no resectivas.

Se concluye satisfactoriamente de estos resultados: una baja morbilidad y mortalidad obtenida en nuestra revisión. Sin embargo la estancia hospitalaria fue alta, en promedio 17 días.

Las cirugías resectivas en la Hidatidosis hepática

conlleven una menor morbilidad, menor tiempo postoperatorio y una menor recidiva y es la única posibilidad de curar la enfermedad al extirpar completamente al Quiste Hidatídico. El advenimiento de la cirugía laparoscópica no ha mostrado claros beneficios con respecto a la cirugía abierta⁶, en los 15 años revisados no se utilizó esta vía en nuestro centro.

En conclusión, como futuros trabajadores de la salud debemos abordar esta patología quirúrgica, con zonas todavía altamente endémicas de nuestro país, promoviendo a partir de la atención primaria estrategias de *prevención*, en la erradicación de la hidatidosis, rompiendo el ciclo biológico del parásito, lo que se logra desparasitando los caninos, práctica de medidas higiénicas básicas: agua potable, lavado correcto de verduras, evitar dar las vísceras de los animales faenados ilegalmente a los perros y canes relacionados. Todo esfuerzo conducente a controlar esta zoonosis va dirigido a evitar los grandes daños producidos al paciente, compromiso de la capacidad laboral, riesgo vital y a la comunidad, costos de estudio, hospitalizaciones prolongadas y ausentismo laboral.

RESUMEN

Se analizaron 200 pacientes portadores de 383 quistes hidatídicos hepáticos intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía Hospital Regional Valdivia en un período de 15 años. La patología fue más frecuente en el sexo femenino. La edad promedio fue de 45,1 años. El 70% tenía procedencia rural. El dolor abdominal alto fue el síntoma predominante. El estudio más aplicado, con gran rendimiento y bajo costo fue la ecotomografía abdominal. La localización más frecuente de los quistes fue el lóbulo hepático

derecho y mayormente únicos. La técnica quirúrgica de elección sigue siendo la conservadora, la periquistectomía parcial, con 60% de los casos. La cirugía fue electiva en 88%, 93,5% de los quistes no estaban complicados. Constatamos escasas complicaciones intra y postoperatorias (3% y 19% respectivamente). Diecisiete días fue el promedio de estadía intrahospitalaria y la mortalidad operatoria de 1,5%.

Palabras claves: Enfermedad Hidatídica; Tratamiento; Cirugía.

REFERENCIAS

- 1.Schwartz: Principio de cirugía, vol II, 7ª edición. México, Interamericana, 2000:1497-98.
- 2.Sapunar J, Hidatidosis. En: Atías (ed), Parasitología Clínica. Santiago, Panamericana, 1999:338-54.
- 3.Barroso M: Hidatidosis abdominal extrahepática. Rev Méd Sur 1991; 16: 34-41
- 4.Mensa J. Infecciones por cestodos. En: Farreras, Rozman (eds), Medicina Interna. Barcelona, Mosby, 1995: 2472-3
- 5.Pinto R, Torres F, Medeiros L: Experiencia en el tratamiento de la hidatidosis hepática. Rev Chil Cir 1982; 34: 283-6
- 6.Vera G, Venturelli F, Ramírez J, Venturelli A: hidatidosis humana. Cuad Cir 2003; 17: 88-94