

*Cirugía del quiste hidatídico hepático y cirugía biliar concomitante ¿Una asociación frecuente?*¹

Dr. Salustio Montalva N²; Dr. Humberto Flisfisch F; Dr. Luis Leiva P; Dr. Ricardo Cerda S; Dr. Federico Hernández F; Dr. Carlos Matus F; Dr. Marcos Rioseco V; Dr. Rodrigo Abularach C; Als. Canales P.A., Capona P.R., Tabilo C.P., Tolentino M.I.³

Resumen

Se presenta nuestra experiencia en una serie 90 de pacientes operados de Quiste Hidatídico Hepático, entre Enero de 1985 y Diciembre de 2004, en nuestro Departamento y Servicio de Cirugía; observando la asociación con Cirugía Biliar simultánea, e identificando y evaluando su frecuencia relativa (64,4%); el tipo de Cirugía Biliar practicada; su indicación y propósito, sus complicaciones (41,1%) y mortalidad (5,5%).

Summary

We report our experience in 90 patients operated for hidatidic hepatic quist, between January 1985 and December 2004 at the Barros Luco Surgical Department and Service. We analyzed the association with simultaneons biliary tract surgery; the frecueny (64,4); the kind of biliary surgery done; the indication and purposes; the complications (41,1%) and mortality (5,5%).

Key Words: Biliary Surgery, Hepatic Hidatidic Quist Surgery.

¹ *Hidatidic hepatic cyst surgery with simultaneons biliary procedures: ¿Is it a frequent association?*

² Cirujano. Equipo Digestivo Alto. Director Académico Campus Clínico Sur, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Profesor Asociado. Gran Avenida 3.100. San Miguel. Fono: 5514267

E-mail: smontalva@med.uchile.cl

³ Departamento de Cirugía Sur, Facultad de Medicina Universidad de Chile y Equipo Digestivo Alto, Servicio de Cirugía, Hospital Barros Luco Trudeau.

1.- Introducción

La Hidatidosis es una zoonosis endémica en Chile. (1,2) El hombre, huésped intermediario, aloja los quistes hidatídicos en el hígado más frecuentemente que en cualquier otro órgano (60%). Esta hidatidosis hepática se asocia a morbimortalidad y su único tratamiento efectivo en la actualidad, es el quirúrgico, (3,4,5,6) a pesar del cual puede existir recurrencias del orden del 9% (7) La localización hepática de estos quistes, especialmente en ciertas áreas, compromete las vías biliares comprimiéndolas u obstruyéndolas, con lo cual a la morbilidad propia del quiste, se agrega la correspondiente biliar (8,9,10). Si a esto sumamos el bien conocido hecho de la gran frecuencia de patología biliar litiásica en nuestra población, aparece como consecuencia la cirugía biliar asociada a la cirugía del quiste hidatídico hepático, como un gesto necesario e indispensable para el tratamiento completo de esta enfermedad. (11,12).

Resulta útil, revisar esta práctica tan difundida entre los cirujanos a quienes nos ha tocado operar estos pacientes para poder precisar las indicaciones y casuística de la Cirugía Biliar asociada a la Cirugía del QHH a fin de sistematizar su uso a la luz de resultados concretos.

El objetivo general de este trabajo es identificar el tipo de Cirugía Biliar asociada a la cirugía del Quiste Hidatídico Hepático, sus características y resultados.

Los objetivos específicos son:

- a) Describir las características clínicas y epidemiológicas de la serie.
- b) Conocer la frecuencia con la cual la cirugía biliar se asocia a la Cirugía del QHH.
- c) Identificar las técnicas de Cirugía Biliar usadas durante el tratamiento quirúrgico del QHH.
- d) Precisar las Indicaciones de la Cirugía Biliar asociada a la Cirugía del QHH.
- e) Identificar y cuantificar las complicaciones y la mortalidad de los pacientes sometidos a Cirugía Biliar asociada a la Cirugía del QHH.

2.- Material y Método:

Este estudio corresponde a una casuística de 90 pacientes de ambos sexos: 50% mujeres y 50% hombres, con un promedio de edad de 44,35 años (rango de 15 a 87), operados de Cirugía Biliar asociada al tratamiento quirúrgico de Quistes Hidatídico de localización hepática, todos con cirugía Laparotómica, durante el período comprendido entre Enero de 1985 y Diciembre de 2004, en nuestro Departamento y Servicio de Cirugía.

El diagnóstico se efectuó sobre la base del cuadro clínico; antecedentes epidemiológicos; estudios de imágenes tales como ECO, TAC Abdominal y exámenes de laboratorio complementarios.

3.- Resultados:

1. El motivo de consulta correspondió a Dolor abdominal en el 84,4%; a Ictericia en el 6,7%; a Hepatomegalia en el 6,7%; a Fiebre en el 4,4%. El 4,4% de los pacientes fueron asintomáticos.

TABLA 1
Cirugía Biliar asociada a Cirugía del Quiste Hidatídico Hepático
Motivo de Consulta de los pacientes

Motivo de Consulta	%	N
Dolor Abdominal	84,4	76
Ictericia	6,7	6
Hepatomegalia	6,7	6
Fiebre	4,4	4
Asintomático	4,4	4
Otros	1,1	1

2. Respecto a la procedencia de los pacientes; el 52,2% correspondió a zonas rurales; el 41,1% eran de Santiago y hubo un 6,7% no precisado.

TABLA 2
Cirugía Biliar asociada a Cirugía del QHH
Procedencia de los pacientes

Procedencia	N	%
Rural	47	52,2
Santiago	37	41,1
No precisada	6	6,7
TOTAL	90	100

3. La Cirugía previa se presentó en el 11,1% de los casos y en todos ellos se trató de Cirugía de Quistes Hidatídicos, pero en ningún caso existió el antecedente de Cirugía Biliar.

TABLA 3
Cirugía Biliar asociada a Cirugía del QHH
Cirugía previa al episodio actual

Cirugía Previa	N	%
SI:	10	11,1
- Biliar	0	0
- Por Quiste Hidatídico	10	11,1
NO:	80	88,9
TOTAL	90	100

4. Se realizó estudio pre-operatorio mediante Ecotomografía abdominal en el 93,3% y mediante TAC abdominal complementario en el 72,22%.

TABLA 4
Cirugía Biliar asociada a Cirugía del QHH
Estudio Imagenológico pre-operatorio.

Tipo Estudio pre-operatorio	N	%
Ecotomografía Abdominal	84	93,3
TAC Abdominal	65	72,22

5. En el estudio ecotomográfico pre-operatorio se detectó Quistes Hidatídicos Hepáticos únicos en el 79,8% y múltiples en el 20,2%. El tamaño promedio fue de 7,4 cms. de diámetro para los QHH múltiples (con rango de 0,5 – 17 cms.) y de 10,6 cms. para los únicos (con un rango de 0,5 – 30cms.). Su ubicación preferente fue el Lóbulo hepático derecho: 69,4%. Se detectó Colecistolitiasis concomitante en el 8,3%.

TABLA 5
Estudio Ecotomográfico pre-operatorio de QHH en Cirugía Biliar asociada a Cirugía del QHH. Número y tamaño de los Quistes; Colelitiasis concomitante.

QHH x ECO	%	Tamaño
Unicos	79,8	Promedio: 10,6 cms. diámetro (0,5 – 30 cms.)
Múltiples	20,2	Promedio: 7,4 cms. diámetro (0,5 – 17 cms.)
TOTAL	100,0	
Colelitiasis concomitante	8,3	

Los hallazgos pre-operatorios mediante estudio con TAC abdominal fueron concordantes con los descritos para el estudio ecotomográfico.

6. La Cirugía sobre el QHH correspondió a indicación electiva en el 81,1% y a Urgencia en el 11,1%; con un 7,8% de casos donde este dato no pudo ser precisado.

TABLA 6
Cirugía Biliar asociada a Cirugía del QHH. Electiva o de Urgencia.

Cirugía QHH Urgencia o Electiva	N	%
Electiva	73	81,1
Urgencia	10	11,1
No precisado	7	7,8
TOTAL	90	100,0

La laparotomía más frecuentemente usada fue la LMSU – LMS e IU (36,7%) Otras laparotomías practicadas fueron: Subcostal bilateral, Lap. De Kocher, Lap. De Roger y LPMDSU.

7. En cuanto a los QHH efectivamente encontrados durante la cirugía; estos fueron únicos en el 83,3% y múltiples en el 16,7%. Respecto al tamaño de los quistes, coincidió con el diámetro apreciado en la Ecotomografía abdominal pre-operatoria (ya descrito).

TABLA 7
Cirugía Biliar asociada a la Cirugía del QHH. Proporción de QHH únicos y múltiples efectivamente encontrados a la Cirugía.

QHH encontrados durante la Cirugía	%
Únicos	83,3
Múltiples	16,7
TOTAL	100,0

La localización de los quistes en el hígado fue coincidente entre los hallazgos intraoperatorios y lo descrito en el estudio pre-operatorio c/ECO abdominal, con excepción de la ubicación bilobar que se comprobó en el 10% de los operados.

8. La Cirugía de los QHH se definió como conservadora en el 83,3% y Resectiva en el 16,7%.

TABLA 8
Cirugía Biliar asociada a Cirugía del QHH. Tipo de Cirugía realizada sobre los quistes.

Tipo Cirugía del QHH	N	%
Conservadora	75	83,3
Resectiva	15	16,7
TOTAL	90	100,0

9. El tipo de Cirugía Biliar asociada a la Cirugía del QHH correspondió a Colectomía en 53 pacientes (58,9%), de los cuales se trató sólo de Colectomía en 15 (16,7%); Colectomía más Coledocostomía en 22 (24,4%) y Colectomía más Cisticostomía en 16 pacientes (17,8%). Además se practicó solo Coledocostomía en 3 casos (5,7%); Cisticostomía aislada en 1 caso (1,9%) y sólo Colectomía en 1 paciente (1,9%).

Por lo tanto, se asocia Cirugía Biliar en el 64,4% (58 pacientes) de los pacientes sometidos a Cirugía del QHH. No se practicó ningún tipo de Cirugía Biliar en el 35,6% (32 pacientes) de los casos.

TABLA 9
Tipo de Cirugía Biliar asociada a la Cirugía del QHH en 90 pacientes.

Tipo de Cirugía Biliar asociada	N	%
Colecistectomía	53	58,9
- Sólo Colecistectomía	15	16,7
- Colecistectomía + Cisticostomía	16	17,8
- Colecistectomía + Coledocostomía	22	24,4
Solamente Coledocostomía	3	3,3
Solamente Cisticostomía	1	1,1
Solamente Colecistostomía	1	1,1
SUBTOTAL	58	64,4
No se asoció Cirugía Biliar	32	35,6
TOTAL	90	100,0

La colangiografía intraoperatoria se usó de modo selectivo en el 21,1% de los pacientes.
10. La morbilidad quirúrgica intraoperatoria fue de 5,6%.

TABLA 10
Cirugía Biliar asociada a Cirugía del QHH.
Complicaciones intraoperatorias

Complicaciones	N	%
Lesión de Diafragma	3	3,3
Lesión de Vena Hepática	2	2,2
TOTAL	5	5,5

11. Las complicaciones quirúrgicas post-operatorias se presentaron en 32 pacientes: 35,5%; de los cuales 23 pacientes tenían Cirugía Biliar asociada (71,8% de los pacientes complicados) y 9 no tenían Cirugía Biliar asociada (28,2% de los pacientes complicados).

El número de complicaciones fue de 38. (en 32 pacientes complicados) El tipo de complicaciones correspondió a: - Fístula Biliar Externa: 42,1% de las complicaciones; - Absceso Subfrénico: 13,1% de las complicaciones; - Hemoperitoneo: 10,5%; - Infección de herida operatoria: 7,9%; - Biliperitoneo: 5,2%; - Colección residual en cavidad quística: 5,2%; - Peritonitis post-operatoria: 5,2%; - Ictericia Post-operatoria: 5,2%; - Obstrucción Intestinal: 2,6%; - Fístula Intestinal: 2,6% de las complicaciones.

TABLA 11
Cirugía Biliar asociada a la Cirugía del QHH
Complicaciones quirúrgicas post-operatorias y su frecuencia relativa.

Complicación	N	%
Fístula Biliar Externa	16	42,1
Absceso Subfrénico	5	13,1
Hemoperitoneo	4	10,5
Infección Herida Operatoria	3	7,9
Biliperitoneo	2	5,2
Colección residual en Cavidad quística	2	5,2
Peritonitis post-operatoria	2	5,2
Síndrome Ictérico post-operatorio	2	5,2
Obstrucción Intestinal	1	2,6
Fístula Intestinal	1	2,6
TOTAL	38	100

Se reoperaron 15 enfermos: 16,7%.

12. Las indicaciones de la Cirugía Biliar durante el tratamiento quirúrgico de los QHH fueron (una o más de una): - Comunicación a la Vía Biliar principal en 39 casos: 43,3%; Gran tamaño de los quistes en 26: 28,9%; Relación anatómica en 21: 23,3%; Colelitiasis concomitante en 7: 7,8%; Ictericia en 4: 4,4%; Colangitis aguda concomitante en 2: 2,2%; Colecistitis Aguda concomitante en 1: 1,1%; No especificado en 4: 4,4%.

TABLA 12
Cirugía Biliar asociada a Cirugía del QHH
Indicaciones de la Cirugía Biliar durante el tratamiento quirúrgico del QHH.

Indicación de Cirugía Biliar	N° de veces indicada	%
Comunicación del QHH a la Vía Biliar principal	39	43,3
Gran tamaño de los QHH	26	28,9
Relación anatómica	21	23,3
Colelitiasis concomitante	7	7,8
Ictericia concomitante	4	4,4
Colangitis aguda concomitante	2	2,2
Colecistitis aguda concomitante	1	1,1
No especificada	4	4,4

13. La mortalidad de la serie corresponde a un 5,6%. Se trata de 5 pacientes; 4 de los cuales tenían Cirugía Biliar asociada a la Cirugía del QHH y 1 no. Las causas de la muerte correspondieron a: - 2 casos por tromboembolismo pulmonar; 1 caso de Insuficiencia Renal aguda; - 1 caso de Sepsis; 1 caso de IAM.

TABLA 13
Cirugía Biliar asociada a Cirugía del QHH
Mortalidad.

Causa Mortalidad	N	%
Tromboembolismo Pulmonar	2	2,2
Insuficiencia Renal aguda	1	1,1
Sepsis	1	1,1
Infarto agudo miocardio	1	1,1
TOTAL	5	5,5

14. El seguimiento de los pacientes ha sido satisfactorio en el 31,1% de los casos, e incompleto en el 68,9%.

TABLA 14
Cirugía Biliar asociada a Cirugía del QHH.
Seguimiento de pacientes

Seguimiento	N	%
Si	28	31,1
No	62	68,9
TOTAL	90	100

4.- Discusión

- La Cirugía biliar contemporánea con la Cirugía del QHH es frecuente (64,4%) y corresponde principalmente a Colectomía asociada a Coledocostomía, cuya indicación prevalente procede de la comunicación del quiste hidatídico a la vía biliar principal, así como a la relación de vecindad anatómica con el árbol biliar especialmente en quistes hidatídicos de gran tamaño. (13)
- La Colecistolitiasis concomitante se presentó en el 8,3% de los casos.
- Las complicaciones intraoperatorias fueron del 5,5%. Las complicaciones postoperatorias en la presente serie se produjeron en el 35,5% de los pacientes; destacando la Fístula Biliar Externa como la complicación más frecuente. (14) Otras complicaciones importantes asociadas a esta Cirugía compleja fueron: Abscesos Subfrénicos (13,1%); Hemoperitoneo (10,5%); Infección de herida operatoria (7,9%); Biliperitoneo (5,2%); Colección residual en cavidad quística (5,2%); Peritonitis post-operatoria (5,2%); Ictericia post-operatoria (5,2%); Obstrucción Intestinal y Fístula Intestinal (2,6%). A su vez, el 71,8% de los pacientes complicados, correspondían a pacientes con cirugía biliar asociada a la cirugía del QHH propiamente tal (28,2% de los pacientes complicados fueron sometidos sólo a cirugía sobre los QHH). No obstante, debemos considerar que muchas de estas complicaciones, son inherentes a la Cirugía del QHH propiamente tal y de las técnicas empleadas para ello. (15,16,17). Así, resulta difícil, pero a la vez poco práctico intentar diferenciar qué complicaciones corresponden a esta intervención y cuáles serían producto de la intervención quirúrgica biliar específicamente; toda vez que hemos comprobado que la asociación de ambas entidades (QHH y patología biliar) es habitual y lógica si consideramos la arquitectura intrahepática y las características anátomo-quirúrgicas de este importante órgano. Sin embargo, es evidente que cuando el QHH presenta complicaciones que comprometen el árbol biliar, nos enfrentamos a una situación quirúrgica de mayor complejidad que cuando el QHH no se presenta complicado y por ende es previsible esperar mayor número de complicaciones postoperatorias.
- La mortalidad de esta casuística es de 5,5% y se debe a causas médicas en el 80% de los casos (4 pacientes: 2 TEP; 1 IRA; 1 IAM); y a Sepsis post-quirúrgica en 1

paciente (20%). Cuatro de los 5 pacientes fallecidos, habían sido sometidos a Cirugía Biliar concomitante a la Cirugía del QHH. (18,19)

Lo anterior se relaciona con una observación relevante cual es que la Cirugía Biliar aparece asociada a la Cirugía de Quistes Hidatídicos Hepáticos más complejos desde el punto de vista de su tamaño (mayor tamaño); complicaciones del quiste (comunicación a la Vía Biliar principal); ubicación (compromiso extenso del lóbulo derecho, relación anatómica íntima con Vesícula Biliar, Vías Biliares, Vena Porta, V. Suprahepáticas y Cava, etc.); número de quistes (múltiples), etc.; lo cual se refleja en cifras de morbilidad post-operatoria mayores a las correspondientes a QHH operados sin Cirugía Biliar contemporánea. Lo mismo vale para la mortalidad post-operatoria, que si bien no puede atribuirse a la Cirugía propiamente tal (80% de causas médicas de mortalidad), se presenta en todos los casos en pacientes con Cirugía Biliar asociada a la Cirugía del QHH.

Pensamos que la Cirugía Biliar asociada y contemporánea con la Cirugía del QHH es necesaria y tiene como objetivo complementar el tratamiento quirúrgico del QHH, cuando así lo exigen razones anatómicas y especialmente cuando se requiere explorar y/o drenar la Vía Biliar principal en casos de comunicación del quiste con o sin obstrucción de la misma, producto de hallazgos intraoperatorios y/o del estudio Colangiográfico correspondiente; y también cuando se asocia con Colelitiasis.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Hermosilla P., Venturelli A., Murúa A., Kuschel C., Díaz J., Jara M. *Quiste Hidatídico Hepático*. Cuaderno de Cirugía 1988; 2: 5 – 12.
2. Sapunar J., Rappaport J., Cumsille F. *Quiste Hidatídico Hepático: Características Clínicas, Factores, Pronósticos y Resultados Quirúrgicos*. Parasitología al Día 1989; 13: 52 – 63.
3. González R., Hervé L., Flisfisch F., Hernández F., Aliste M. *Tratamiento Quirúrgico del Quiste Hidatídico Hepático*. Revista Chilena de Cirugía. 1980; 32:194 – 197.
4. Pinto P., Torres F., Ríos M., Vallejos C. *Tratamiento Quirúrgico de la Hidatidosis Hepática: evaluación de las diferentes técnicas*. Rev. Chil. Cir. 1994; 46:637 – 642.
5. Moreno González E., Rico P., Bercedo Martínez, García I., Palma F., Hidalgo M. *Results of Surgical treatment of Hepatic Hydatidosis: Current Therapeutics modifications*. World J. Surg. 1991; 15: 254 – 63.
6. Valenzuela R., Martínez L., Borja E., Arellano G. *Resultados del Tratamiento Quirúrgico en Hidatidosis Hepática: Evaluación de diferentes técnicas*. Rev. Chil. Cir. 1988; 40: 19 – 53.
7. Pinto P., Redondo J., Rossi E., Bravo G., Silva F., T.M. Aguayo C. *Recurrencia post-operatoria de la Enfermedad Hidatídica*. Rev. Chil. Cir. 1989; 41: 74 – 77.
8. Paksoy M., Karahasanoglu T., Carkman S., Giray S., Senturk H., Ozelik F., Erguney S. *Rupture of the hydatid disease of the liver into the biliary tracts*. Dig. Surg. 1998; 15: 25 – 29.
9. Burdiles P., Csendes A., Díaz J., Maluenda F., Jorquera P., Covarrubias P. *Quiste Hidatídico Hepático fistulizado a vía biliar*. Bel. Cir., 5: 64 – 9, 1988.
10. Atli M, Karna NA, Yuksek YN, Doganay M, Gozalan U, Kologhn M, Daglar G. *Intrabiliary rupture of a hepatic hydatid cyst: associated clinical factors and proper management*. Arch. Surg. 2001 Nov.; 136 (11): 1249 – 55.
11. Yildirgan MI, Basoglu M., Atamanalp SS, Aydinli B, Balik AA, Celebi F. Aren D. *Intrabiliary rupture in liver hydatid cysts: results of 20 year's experience*. Acta Chr. Belg. 2003 Nov – Dec; 103 (6): 621 – 5.
12. Kouraklis G, Dosios T. *Surgical management of a hydatid cyst of the hepatic dome ruptured into the biliary tree*. Int. Surg. 2002 Oct – Dec; 87 (4): 208 – 11.
13. Bouzidi a., Chehab F. *Surgical treatment of biliary cystic fistula caused by hydatid cysts , a propósito de 83 casos*. J. Chir. 1997; 134: 114 – 8.
14. Agarwal S., Sikora SS., Kumar A., Saxena R., Kapoor VK. *Bile leaks following surgery for hepatic hydatid disease*. Indian I. Gastroenterol. 2005 March – Apr; 24 (2): 55 – 8.
15. Pinto P., Torres F., Arriagada R., Ríos M. *Quistoperiquistectomía total en el tratamiento de la hidatidosis hepática*. Rev. Chil. Cir. 1990; 42: 224 – 227.
16. Manterola C. *Quistectomía Subtotal: Técnica Quirúrgica opcional en el tratamiento de la hidatidosis hepática*. Carta Quirúrgica Sociedad de Cirujanos de Chile 1998. N° 117.
17. Durán R. *Quiste hidatídico hepático: Tratamiento quirúrgico resectivo*. Rev. Chil. Cir. 1994; 46: 34 – 42.

18. Pinto P. *Hidatidosis Hepática: estudio de una serie de 534 casos*. Rev. Chil. Cir. 1991; 43: 184 – 7.
19. Lorca Herrera Myriam, Campenelle R. Claudia, Garcirilavich B. Alejandra, Lagos S. Leandro, Florin V. Carla. *Estimación de los costos totales y parciales de diagnóstico: Tratamiento quirúrgico y seguimiento de la hidatidosis hepática en el Hospital San Juan de Dios. Santiago Chile 1990 – 1999*. Rev. Chil. Cir. 55 (1): 60 – 64, 2003.