

## HIDATIDOSIS HEPÁTICA

### PROPUESTA DE TRATAMIENTO MÉDICO-QUIRÚRGICO EN PEDIATRÍA

*Dres. Mariana Bachmann de Santos<sup>1</sup>, Miguel Statt<sup>2</sup>, Enrique Cánepa<sup>2</sup>*

#### INTRODUCCIÓN

La hidatidosis o equinococosis es una ciclozoosis de distribución mundial. Su introducción a nuestro territorio parece haberse producido a fines del siglo XVIII a través de los perros parasitados transportados como mascotas en los buques balleneros. Ellos contaminaron a bovinos y ovinos, expandiéndose los parásitos así por todo el territorio.

Esta enfermedad endémica obliga a un enfoque epidemiológico multidisciplinario en el abordaje de su tratamiento<sup>1</sup>.

Hasta hace poco tiempo la cirugía convencional era considerada la única terapéutica efectiva de la hidatidosis hepática<sup>2</sup>. Presentamos a continuación nuestra experiencia con cirugía laparoscópica combinada con tratamiento médico en una paciente pediátrica.

#### PRESENTACIÓN DEL CASO

Una adolescente de 15 años de edad concurre a la consulta por presentar tumoración palpable de aproximadamente 10 cm de diámetro en hipocondrio derecho, no dolorosa, muy prominente. Se realizó ecografía abdominal (fig. 1).

Se solicitó inmunodifusión radial simple, test altamente específico, que reveló un arco 5. Ante las características del quiste (diámetro de 10 mm, emergente, muy superficial) y la posibilidad alta de ruptura por traumatismo, se decidió intervención quirúrgica sin tratamiento médico previo.

Con la paciente bajo anestesia general y formado un neumoperitoneo de 12 mmHg, se colocó el primer trócar de 10 mm en curvatura umbilical inferior que permitió visualizar un quiste emergente en lóbulo hepático derecho en íntima relación con la vesícula biliar (fig. 2). Se colocó trócar de 5 mm paraumbilical izquierdo y trócar de 10 mm en epigastrio. Se comenzó a debridar el quiste del tejido circundante firmemente adherido (preponderantemente mesocolon) liberando el colon para evitar lesiones del mismo. A continuación se preparó el quiste para punción rodeándolo de gasa embebida en solución de cloruro de sodio saturada, procediéndose a punción percutánea y aspiración del contenido (fig. 3) e inyectando por la misma vía el líquido escolicida. Para mayor seguri-

dad y como prevención de siembra peritoneal se procedió entonces a realizar minilaparatomía subcostal derecha (2,5 cm) exteriorizando el quiste por la misma (fig. 4). Se abrió la periquística fuera de la cavidad peritoneal, y como es habitual en la técnica de Mabit, se extrajeron las membranas, se limpió la cavidad residual, se recortó la periquística poniendo la cavidad a plano y realizando un *surget* de los bordes (fig. 5), el cual requirió cuidados especiales por la relación íntima con la vesícula biliar. Reintroduciendo la cavidad residual (lóbulo hepático derecho) a la cavidad abdominal se dejó bajo visión endoscópica un drenaje en la cavidad vaciada.

La paciente presentó clínica de reacción alérgica fugaz repetida con rash transitorio y edema en manos durante el primer día postoperatorio, síntomas que desaparecieron completamente después de una aplicación de dexametasona.

No se contabilizaron pérdidas por drenaje, por lo cual éste fue retirado al segundo día. El alta se otorgó a las 48 horas postcirugía.

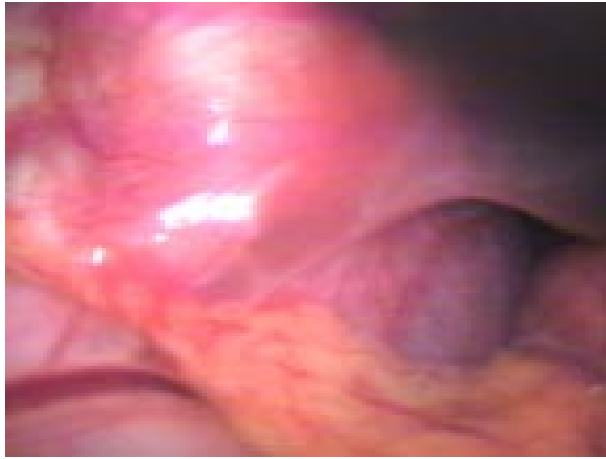
A continuación se realizaron tres ciclos de 20 días cada uno con 10 días de intervalo entre ellos de tratamiento con albendazol vía oral a 5 mg/kg/día en tres dosis.

#### RESULTADOS

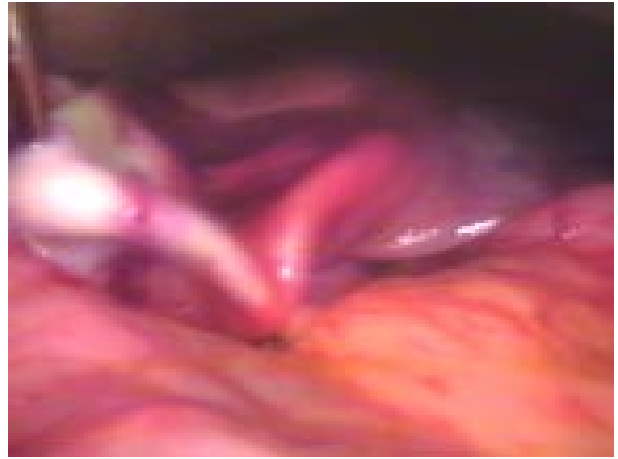
Salvo una pequeña supuración en la herida subcostal derecha con drenaje y resolución espontáneas la paciente no presentó complicaciones y se encontró realizando su actividad habitual sin restricciones a



**Figura 1.** Ecografía hepática. Se visualiza en el lóbulo inferior del hígado derecho una extensa imagen anecoica redondeada de paredes finas de 82 x 92 mm con vesículas hijas en su interior, la mayor de 29 mm.



**Figura 2.** Quiste hidatídico en íntima relación con vesícula biliar.



**Figura 3.** Quiste evacuado por punción.

partir del séptimo día postquirúrgico. La tolerancia al albendazol, controlada por clínica y laboratorio (hemograma, hepatograma y creatinina) fue óptima con un seguimiento de seis meses postintervención (fig. 6).

#### DISCUSIÓN

La hidatidosis hepática, endémica en nuestro territorio, significa un alto costo en salud por afectar con frecuencia a la población joven y presentar una no despreciable tasa de complicaciones y reintervenciones. Sus secuelas constituyen una causa significativa de morbilidad y aún mortalidad<sup>1</sup>.

Contemplando la evolución natural de esta parasitosis está aceptado que la hidatidosis abdominal tipo IV y V según la clasificación de Gharbi está constituida por tumores inertes que no requieren tratamiento. En cambio, en aquellos tipo I a III de tamaño mayor y ante todo superficiales, o sea muy expuestos al traumatismo sobre todo en niños y adolescentes, hay amplio consenso sobre su tratamiento quirúrgico<sup>1,3,4</sup>. Aunque existen propuestas coherentes en cuanto al tratamiento por punción percutánea combinado con medicación con albendazol<sup>5</sup> este enfoque lleva a resolución a largo plazo, por lo que parecería no ser

recomendable para la edad pediátrica, ante todo en quistes muy expuestos.

Dentro de las posibilidades quirúrgicas la técnica laparoscópica o videoasistida parecería tener resultados muy satisfactorios<sup>6-8</sup>. Permite la visualización directa por abordaje mínimo, la liberación del quiste del tejido circundante adherido e incluso la extirpación y extracción en bolsa en los de tamaño mediano. Por el volumen del quiste en nuestra paciente y su localización favorable preferimos el abordaje videoasistido con minilaparotomía, asegurándonos evitar la siembra peritoneal. Se unen así las ventajas del abordaje mínimo (pronta recuperación del paciente a su actividad habitual, estética y mayor seguridad con la apertura del quiste en el exterior), combinación técnica publicada por otros para apendicectomías complicadas, tumorectomías y otras patologías<sup>9</sup>.

En cuanto al tratamiento con albendazol recomendamos el mismo 3-4 semanas antes de la cirugía y 3 ciclos de 20 días con interrupciones de 10 días entre cada uno en el postoperatorio, coincidiendo con la experiencia positiva publicada por otros<sup>7</sup> y confirmada en los pacientes adultos en nuestra institución (comunicación personal M. Statti). Destacamos la necesidad de un riguroso control por laboratorio debido a



**Figura 4.** Minilaparotomía y quiste rodeado de gasa.



**Figura 5.** Surget de Mabit completo.



**Figura 6.** Aspecto post cirugía.

las publicaciones de anemia aplásica<sup>10</sup> y púrpura trombocitopénica<sup>11</sup> en aparente relación a la medicación germicida.

Concluimos que la cirugía laparoscópica sola o en combinación con incisión mínima junto al tratamiento médico constituyen en nuestro criterio una alternativa válida a la cirugía convencional en el tratamiento de la hidatidosis hepática en pacientes pediátricos.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

1. *Odriozola M, Pettinari R. Relato Oficial. Hidatidosis Abdominal. Número Extraordinario Rev Arg Cir 1998*
2. *Weitz H, Santos M, Weinzierl M. Echinokokkose. Forum pathologicum. Med Welt 1978;29:51-2*
3. *Sayek I, Cakmakci M. Laparoscopic management of echinococcal cysts of the liver. Zentralbl Chir 1999;124(12):1143-6*
4. *Manterola-Delgado C, Barroso-Vasquez M, Oberg-Aravena C. Alternativas quirúrgicas en el tratamiento de la hidatidosis hepática. Bol Chil Parasitol 1999;54(1-2):13-20*
5. *Khuroo MS, Wani NA, Javid G, et al. Percutaneous drainage compared with surgery for hepatic hydatid cysts. New Engl J Med 1997;337(13):881-7*
6. *Khoury G, Abiad F, Geagea T, et al. Laparoscopic treatment of hydatid cysts of the liver and spleen. Surg-Endosc 2000;14(3):243-5*
7. *Verma GR, Bose SM. Laparoscopic treatment of hepatic hydatid cyst. Surg Laparosc Endosc 1998;8(4):280-2*
8. *Bickel A, Daud G, Urbach D, et al. Laparoscopic approach to hydatid liver cysts. Is it logical? Physical, experimental and practical aspects. Surg Endosc 1998;12(8):1073-7*
9. *Kellnar St, Till H, Boehm R. Laparoscopy combined with conventional operative techniques. Eur J Pediatr Surg 1999;9:294-6*
10. *Rovira E, García M, Castera DE. Aplastic anemia induced by Albendazole. Med Clin Barc 1998;110(12):4773*
11. *Ildis BO, Haznedaroglu IC, Coplu I. Albendazole induced amegakaryocytic thrombocytopenic purpura. Ann-Pharmacother 1998;32(7-8):842*