

HIDATIDOSIS HEPÁTICA ABSCESOS HEPÁTICOS

M Hidalgo
MJ Castillo
JL Eymar

HIDATIDOSIS HEPÁTICA

La hidatidosis hepática es una enfermedad endémica producida por el desarrollo en el organismo de la larva del *Echinococcus Granulosus* o *Taenia Echinococcus*.

La enfermedad presenta una alta prevalencia en zonas del área Mediterránea (España, Francia, Italia), Sudamérica (Argentina, Uruguay, Chile), Oriente Próximo y el Pacífico (Australia y Nueva Zelanda), y en todos los países en los que la cría de ovejas es importante y no se realizan eficaces campañas de erradicación. La prevalencia en España sigue siendo alta diagnosticándose cada año unos 2.000 casos nuevos, lo que da una frecuencia superior a 5,7/100.000 habitantes. En un estudio retrospectivo, 77 servicios quirúrgicos operaron 7.435 pacientes en el período entre 1978 y 1983 del cual se deduce que las implicaciones socioeconómicas son tan llamativas que hacen necesario un plan serio de erradicación de la hidatidosis, que implique a distintos estamentos de la sociedad, incluidos médicos, veterinarios, ganaderos, administración y gobierno.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

En aproximadamente las tres cuartas partes de los casos de quistes hidatídicos abdominales, la mayoría de los cuales se localizan en el hígado, la forma de presentación es el descubrimiento accidental de una masa abdominal asintomática o un agrandamiento asintomático del hígado hallado en una exploración física de rutina. En algunos pacientes existe dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, siendo éste el primer síntoma que pone en marcha el diagnóstico.

En la actualidad, la realización de exploraciones diagnósticas de alta resolución (ultrasonidos, TAC, etc) pone en evidencia la existencia de una masa quística en cualquiera de los lóbulos hepáticos con características muy concretas que lleva al diagnóstico de hidatidosis.

Ocasionalmente la presentación clínica es la de un cólico biliar que puede cursar con ictericia transitoria, y a veces con colangitis (escalofríos, sudoración y fiebre).

DIAGNÓSTICO

Fundamentalmente se realiza mediante pruebas de imagen. El objetivo de éstas exploraciones es, aparte del diagnóstico en sí, orientar la estrategia operatoria, detectando los quistes que por su localización o tamaño, o relación con estructuras vecinas del árbol biliar o vascular, pueden plantear problemas de resecabilidad o de complicaciones pre o postoperatorias. Éstos son por un lado los quistes centrales y superiores, multiloculares y con una periquística muy esclerótica en los que conseguir la obliteración total de la cavidad es difícil y por tanto se forman fácilmente colecciones residuales postoperatorias. Los otros quistes complicados son los comunicados con una vía biliar, que implican un alto riesgo de fístula biliar externa de larga evolución.

Las exploraciones morfológicas del hígado, mediante Ecografía, TAC y RNM nos proporcionan los datos necesarios para precisar la localización, tamaño y número (carácter unilocular o multilocular), relación con los pedículos porta principales y venas suprahepáticas, etc.

En un paciente en el que se sospeche comunicación importante con la vía biliar principal puede ser útil la realización de una CPRE, o bien, y más novedoso, la práctica de una colangio-RM que da imágenes más precisas de la vía biliar principal.

En la práctica, la ecografía hepática simple puede ser suficiente en el caso de quistes periféricos alejados de los pedículos intrahepáticos mayores. La TAC o la RM son preferibles para los quistes voluminosos y centrales, para precisar mejor las relaciones vasculares, biliares y para evaluar el riesgo de comunicación biliar.

Las técnicas serodiagnósticas pueden ser útiles, aunque un resultado negativo no descarta el diagnóstico de equinocosis. Los quistes hepáticos suelen determinar más anticuerpos que los pulmonares, aunque hasta un 50% de los sujetos infectados no presentan anticuerpos. La detección de los anticuerpos contra los antígenos equinocócicos específicos por inmunoelectroforesis es la prueba más específica.

TRATAMIENTO MÉDICO

Hace dos décadas tuvo una gran preponderancia por la aparición de fármacos antiparasitarios como el mebendazol, con cuya administración se sugerían buenos resultados en casi un 30% de los casos de hidatidosis hepáticas univesiculares. El paso del tiempo ha puesto en su lugar la utilización de tales fármacos, pues por sí solos no son suficientes para la erradicación del quiste hidatídico, pero sí se emplean como tratamiento adyuvante a la cirugía, administrando albendazol o mebendazol generalmente

durante largos períodos de tiempo pre y postoperatoriamente. En algunos estudios parece haberse demostrado que el albendazol administrado perioperatoriamente ayuda a prevenir la hidatidosis secundaria. Sin embargo, existen publicaciones que hacen patente la aparición de complicaciones significativas como hepatitis tóxica, aplasia medular, etc.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

La cirugía es el tratamiento de elección. El desarrollo de técnicas más agresivas con un conocimiento más preciso de la anatomía hepática, han propiciado unos resultados muy alentadores, sin olvidar que deben tomarse algunas precauciones perioperatorias entre las que debe incluirse la prevención de la contaminación abdominal por el parásito utilizando soluciones neutralizantes o escolicidas, con las que se impregnan las compresas que rodean la zona quística aislándola del resto de la cavidad y también instilándola en el interior del quiste; el más utilizado en la actualidad es el suero salino hipertónico. También se han ensayado métodos de succión con presión negativa a través de trócares de grueso calibre para una segura evacuación del quiste, previo a la periquistectomía total o parcial.

Pueden considerarse dos procedimientos quirúrgicos principales:

Cirugía radical

La técnica fundamental es la **quistoperiquistectomía total** que consiste en resecar totalmente el quiste con su envoltura periquística sin resección parenquimatosa hepática, sin apertura de la cavidad (quistoperiquistectomía cerrada) o con apertura del mismo. Puede ser peligrosa si el quiste está en contacto con vasos importantes y especialmente con la vena cava, las suprahepáticas y la confluencia cavosuprahepática. Cuando el quiste se comunica ampliamente con un canal biliar voluminoso, la periquistectomía puede provocar una pérdida de sustancia del mismo que haga difícil su reparación. En la actualidad los centros que tienen gran experiencia en cirugía hepática, alcanzan el 80-85% de pacientes a los que realizan ésta técnica quirúrgica.

Dentro de la cirugía radical se incluyen las **hepatectomías**, que estarían indicadas en pacientes con conglomerados de quistes y poco tejido sano entre medias, y en aquellos grandes quistes que ocupan la casi totalidad de un lóbulo hepático. En casos de quiste periférico en lóbulo izquierdo se puede resecar la cara de tejido hepático en contacto con el quiste, a lo que se le llama quisto-resección.

Cirugía conservadora

Se incluye en éste apartado la **quistoperiquistectomía parcial** que a su vez engloba diversos procedimientos quirúrgicos que van desde la simple resección de la cúpula saliente a la extirpación casi total de la periquística. Otras intervenciones quirúrgicas incluidas en éste grupo son la quistoyeyunostomía sobre asa en Y de Roux y cuya indicación es sobre todo en quistes que estando situados en la cara posterior del hígado, afloran por la cara inferior.

Actuación sobre la vía biliar. La complicación más frecuente es la afectación de la vía biliar principal, cuyo porcentaje alcanza el 21% de todos los casos de hidatidosis.

Debe realizarse exploración de la vía biliar intraoperatoriamente mediante colangiografía, siempre que existan antecedentes de ictericia, cuando se demuestre una comunicación biliar con la cavidad quística o cuando la exploración manual y visual del hepatocolédoco demuestre alteraciones en el tamaño o en el estado de las paredes. Si el estudio radiográfico indica la existencia de una fístula bilioquística importante, realizamos sutura de la misma, si es posible y es accesible al cirujano. En caso contrario no se toca y se añade siempre esfinterotomía o esfinteroplastia transduodenal

Cuando en la vía biliar se demuestra la presencia de vesículas hijas o restos de membranas hidatídicas, se practica colédocotomía, extracción del cuerpo extraño y, ante la menor sospecha de dificultad de paso a través de la papila, se debe asociar esfinterotomía o esfinteroplastia. En caso contrario se coloca un tubo de drenaje externo tipo Kehr.

Cirugía laparoscópica. Recientemente se ha propuesto la laparoscopia para el tratamiento del quiste hidatídico, aunque éstas técnicas son recientes y se han utilizado en pocos pacientes. Sus desventajas son: el riesgo de contaminación de la cavidad abdominal con escólices, y la dificultad de aspirar su altamente viscoso contenido. Además los quistes profundos en el parénquima no son abordables laparoscópicamente.

Todavía es demasiado pronto para apreciar el beneficio de ésta forma de tratamiento, pero lo que sí está claro es que debe hacerse en casos muy seleccionados, como quistes jóvenes, uniloculares, con contenido líquido, no calcificados, cuya cavidad puede reducirse fácilmente y que no comunican con una vía biliar importante. El hallazgo durante la laparoscopia de una comunicación biliar importante indica una conversión del procedimiento.

Complicaciones intraoperatorias. Las más importantes son las

lesiones yatrogénicas de la vía biliar, así como las roturas del quiste con diseminación del líquido germinativo y hemorragias.

Complicaciones postoperatorias. Algunas de ellas dependerán del tipo de técnica quirúrgica utilizada. La complicación más frecuente y temible es la fistula biliar así como la infección de la cavidad residual. Las fistulas biliares son más frecuentes tras periquistectomías parciales que totales o que tras resección hepática. También son menos frecuentes las infecciones de la cavidad residual o de las zonas perihepáticas cuando se realiza cirugía radical.

Trasplante hepático

El trasplante hepático queda reservado para casos excepcionales con complicaciones graves (síndrome de Budd-Chiari por compresión de venas suprahepáticas).

RESUMEN

- La hidatidosis hepática es una enfermedad muy frecuente en nuestro país, con importantes repercusiones socioeconómicas que hacen necesario un plan nacional de actuación que haga posible su erradicación.
- La cirugía es el tratamiento de elección, siendo el proceder ideal la quistoperiquistectomía total. La resección hepática debe ser considerada sólo en casos excepcionales; la aspiración, los procedimientos de drenaje o las resecciones parciales del quiste se asocian con malos resultados y mayor porcentaje de complicaciones postoperatorias.
- La complicación más frecuente es la afectación de la vía biliar principal, cuyo porcentaje alcanza el 21% de todos los casos de hidatidosis hepática.
- Aunque todavía es demasiado pronto para apreciar el beneficio del tratamiento laparoscópico de los quistes hidatídicos del hígado es probable que ésta técnica, relativamente simple, ocupe en el futuro un lugar importante en casos seleccionados.

BIBLIOGRAFÍA

Ammann RW. Chemotherapy alone or as adjuvant treatment to surgery for alveolar and cystic echinococcosis. *Chirurg* 2000; 71: 9-15.

Butrón T, Mallagray S, Tartas AR, et al. Special trocar and negative pressure suction apparatus in the surgical treatment of liver hydatid cyst. 2nd World Congress I.H.P.B.A. Bologna, Italy. Jun 1.1996. pp 795.

Erzurumlu K, Hokelek M, Gonlusen L, et al. The effect of albendazole on the prevention of secondary hydatidosis. *Hepatogastroenterology* 2.000; 47: 247-250.

Gollackner B, Langle F, Auer H, et al. Radical surgical therapy of abdominal cystic hydatid disease: factors of recurrence. *World J Surg* 2000; 24:717-721.

Gottstein B. Epidemiology and systematics of cystic and alveolar hydatid disease. *Chirurg* 2.000; 71:1-8.

Hidalgo M, Barquet N. Hidatidosis Hepática. Estudio de una serie de 7.435 casos. Parte 11: tto quirúrgico, morbimortalidad, tto médico, hospitalización e implicaciones socioeconómicas. *Rev Esp Enf Apto Digest* 1987; 71: 103-109.

Hidalgo M, Moreno E, Landa JI. Patrones cambiantes en la cirugía de la hidatidosis hepática. *Rev Esp Enf Apto Digest* 1981; 60: 221.

Hidalgo M, Moreno E, Rico P, et al. Hidatidosis Hepática y vías biliares. *Rev Esp Enf Apto Digest* 1981; 59: 671-680.

Humayun MD, Rady AM, Soliman GM. Obstructive jaundice secondary to intrabiliary rupture of hepatic hydatid cyst. *Int Surg* 1989; 74: 4.

Khoury G, Abiad F, Geagea T, et al. Laparoscopic treatment of the hydatid cysts of the liver and spleen. *Surg Endosc* 2.000; 14: 243-245.

Moreno González E, Jover Navalón JM. Hidatidosis hepática: risultati del trattamento chirurgico en 269 pazienti. *Acta Medica Romana*, 1986; 24: 94.

Moreno González, E. Quistes Hepáticos, en *Tratado de Cirugía*, vol 2, JL Balibrea Cantero, editor, Barcelona, editorial Toray, 1989; 2378-2399.

Moreno González E, Rico Selas P, Bercedo Martinez, et al. Results of surgical treatment of hepatic hydatidosis: current therapeutic modifications. *World J Surg* 1991; 15: 254-263.

Sayek I, Cakmakci M. Laparoscopic management of echinococcal cysts of the liver. *Zentralbl Chir* 1.999; 124: 1143-1146.

ABSCESOS HEPÁTICOS

El absceso piógeno del hígado es una enfermedad infrecuente, causada por dos grupos de agentes patógenos que dan lugar a dos tipos distintos de abscesos: piógenos (bacterianos) y amebianos (entamoeba histolítica).

FISIOPATOLOGÍA

Las bacterias piógenas pueden infectar el hígado a través de varias vías:

Las infecciones que ascienden a través del sistema biliar son la causa más frecuente, representando más del 40 % de los abscesos hepáticos piógenos. Estos abscesos son habitualmente múltiples y comunicados con las vías biliares, de manera que el tratamiento puede consistir en el drenaje del ó de los abscesos, ó de las vías biliares intrahepáticas.

Los abscesos de origen portal constituyen del 15 al 20 % y son secundarios a la sepsis de un órgano que drena en el sistema porta. Éste absceso puede aparecer como complicación de una apendicitis (flebitis de la vena porta tras apendicitis perforada) u observarse también en el curso de una diverticulitis de sigma, cáncer de colon perforado, colitis inflamatoria, peritonitis difusa, pancreatitis aguda y crónica, etc.

Los abscesos de origen arterial representan entre el 5% al 15 % del total. Como causas más frecuentes están las tromboflebitis periféricas supuradas, especialmente en toxicómanos. La endocarditis bacteriana, la neumonía, y la infección renal u osteoarticular, pueden ser también responsables de la formación de abscesos hepáticos.

Los abscesos de contacto, como el secundario al contacto de un foco de colecistitis, se han vuelto muy infrecuentes y son difíciles de diferenciar de los abscesos secundarios a tumores de vesícula que invaden por contiguidad el parénquima hepático. Otras causas pueden ser las pancreatitis, las úlceras perforadas y los abscesos subfrénicos.

Los abscesos idiopáticos o criptogenéticos se dan en un 15% a 20 % de los casos. Si bien la sangre de la vena porta habitualmente es estéril, seguramente la causa está en una bacteriemia portal transitoria, más frecuente en pacientes inmunodeprimidos.

MICROBIOLOGÍA

Casi cualquier bacteria puede ser identificada en un absceso hepático, aunque predominan microorganismos entéricos, identificándose *E. Coli* en más del 30% de los casos. Se reconocen gérmenes grampositivos como

estreptococos y *Staphylococcus aureus*, con una frecuencia del 20% en cada caso. Se ven infecciones polimicrobianas en la mayoría de los casos, si es de origen biliar ó la infección se ha originado dentro del área de drenaje del sistema venoso portal. Las bacterias anaerobias, presentes en 30% al 40% de los abscesos, son los *bacteroides*, los *Fusobacterium* o los *Clostridium*.

Actualmente, gracias a la mejora de las condiciones de extracción y de cultivo, la incidencia de cultivos negativos ha disminuido significativamente, de manera que los gérmenes responsables se identifican en más del 90% de los pacientes.

DIAGNÓSTICO

La gravedad de los abscesos hepáticos está en parte relacionada con su diagnóstico tardío. Los pacientes con abscesos hepáticos presentan un amplio espectro de signos y síntomas, desde los más agudos y específicos a insidiosos y anodinos. El complejo sintomático más típico es fiebre asociada con malestar general, anorexia y dolor abdominal alto. La fiebre puede variar desde la característica configuración en picos, más o menos en la mitad de los pacientes, a elevaciones remitentes o continuas. Ocasionalmente el único signo de presentación es una fiebre de origen desconocido.

Los estudios de laboratorio reflejan una infección bacteriana sistémica: leucocitosis marcada (18.000 a 20.000), anemia en casos crónicos, fosfatasa alcalina y bilirrubina elevadas cuando la causa es una obstrucción biliar, siendo común la hipoalbuminemia.

El diagnóstico de absceso hepático se basa en exploraciones de imagen (Ecografía, TAC, RM) que han permitido mejorar el diagnóstico morfológico y topográfico, y ofrecen la posibilidad de realizar un drenaje percutáneo como alternativa a la cirugía.

COMPLICACIONES

Son frecuentes y van asociadas a una alta mortalidad, consistiendo fundamentalmente en alteraciones pleuropulmonares, sépsis y abscesos subfrénicos y subhepáticos.

TRATAMIENTO

El tratamiento de los abscesos de hígado se basa en el drenaje del absceso, que debe hacerse bajo cobertura antibiótica, por el riesgo de sepsis por la manipulación del absceso (apertura, colocación de drenajes parenquimatosos), tanto si el drenaje va a ser percutáneo como si se reali-

za cirugía. La elección de los antibióticos dependerá del conocimiento o la sospecha del punto de origen y gérmenes habituales responsables. Se debe tener en cuenta la corrección de los posibles problemas de hemostasia, especialmente en pacientes con abscesos angiolíticos.

El drenaje del absceso puede hacerse:

1. **Por vía percutánea**, con control ecográfico o por TAC. Está particularmente indicado cuando exista un riesgo anestésico elevado, o cuando exista una obstrucción biliar.

Las principales contraindicaciones son la existencia de ascitis, de alguna patología abdominal que requiera tratamiento quirúrgico urgente, absceso roto o abscesos que por su localización requieran que el drenaje se coloque próximo o atraviese estructuras vasculares intrahepáticas.

2. **Drenaje quirúrgico**. Generalmente se reserva para los fracasos del tratamiento percutáneo. Algunos grupos preconizan la utilización del drenaje quirúrgico como primer paso en pacientes sépticos con enfermedad severa o con alguna otra patología quirúrgica subyacente. Se utilizan distintas técnicas, y tanto éstas como la vía de abordaje dependerán del tamaño, la multiplicidad y la ubicación de la infección, así como del estado general del paciente y la presencia de una infección intraabdominal previa.

En algunas circunstancias el drenaje no es aconsejable: abscesos múltiples, absceso crónico o supuración tumoral preexistente.

Con respecto a los abscesos amebianos hepáticos (infrecuentes en nuestro medio, deben sospecharse en pacientes que han viajado a una zona endémica). El tratamiento quirúrgico se ha convertido en algo excepcional gracias a los nuevos tratamientos antibióticos y sólo cuando la mejoría no es completa ni rápida pueden precisar punción o drenaje del absceso.

RESUMEN

- El absceso piógeno del hígado es una enfermedad rara, cuyo diagnóstico suele ser tardío, por ello es preciso un alto grado de sospecha y el apoyo con los estudios diagnósticos apropiados, en pacientes con un cuadro de sepsis abdominal.

- En la actualidad, tienen principalmente un origen biliar y se dan en pacientes de edad avanzada, que tienen con frecuencia una patología tumoral subyacente o un déficit inmunitario que agravan el pronóstico.

- El pronóstico de un absceso hepático se ve influido favorablemente por la rapidez y la exactitud del diagnóstico y la rápida instauración del tratamiento adecuado con antibióticos y drenaje.

BIBLIOGRAFÍA

Altmeier WA, Schowengerdt CG, Whitely DH. Abscess of the liver, surgical considerations. Arch Surg 1970; 101 : 258-266

Corredoira JC, Casariego E, Ibañez MD, et al. Pyogenic abscess: changes in etiology, diagnosis and treatment over 18 years. Rev Clin Esp 1999; 199: 705-710.

Farges O, Leese T, Bismuth H. Pyogenic liver abscess: an improvement in prognosis. Br J Surg 1988; 75: 862-865.

Herman P, Pugliese V, Montagnini AL, et al. Pyogenic liver abscess: the role of surgical treatment. Int Surg 1997; 82: 98-101.

Land MA, Moinuddin M, Bisno AL. Pyogenic liver abscess: changing epidemiology and prognosis. South Med J 1985; 78: 1426-1430.

Mc Donald WP, Howard RJ. Pyogenic liver abscess. World J Surg 1980, 4: 369-380.

Yamada T, Murakami K, Tsuchida K, et al. Ascending cholangitis as a cause of pyogenic liver abscesses complicated by a gastric submucosal abscess and fistula. J Clin Gastroenterol 2000; 30: 317.

Young AE. The clinical presentation of pyogenic liver abscess. Br J Surg 1976; 63:216-219.