

## Hidatidosis hepática, ¿qué quiere saber el cirujano?

**Tipo:** Presentación Electrónica Científica

**Autores:** **Ainhoa Camarero Miguel**, Luis Gijón De La Santa, Lidia Nicolás Liza, María José Raya Nuñez, José Manuel Ramia Ángel, José Antonio Pérez Retortillo

### Objetivos

La hidatidosis es una infección causada por el *Echinococcus granulosus*. Esta enfermedad es endémica en ciertas áreas del Mediterráneo, Asia y América del Sur pero actualmente tiene una distribución mundial debido a los movimientos migratorios. Aunque puede afectar a cualquier órgano, compromete al hígado en un 75% de los casos.

Con frecuencia la hidatidosis hepática es asintomática y se descubre de forma casual en un examen radiológico que el paciente se realiza por otras razones. No suele producir dolor o bien puede cursar con una vaga molestia o una sensación de pesadez por el efecto de masa producido por el quiste. No obstante si se produce una sobreinfección de la lesión hepática, se desarrollará una reacción inflamatoria con distensión de la cápsula de Glisson y dolor abdominal.

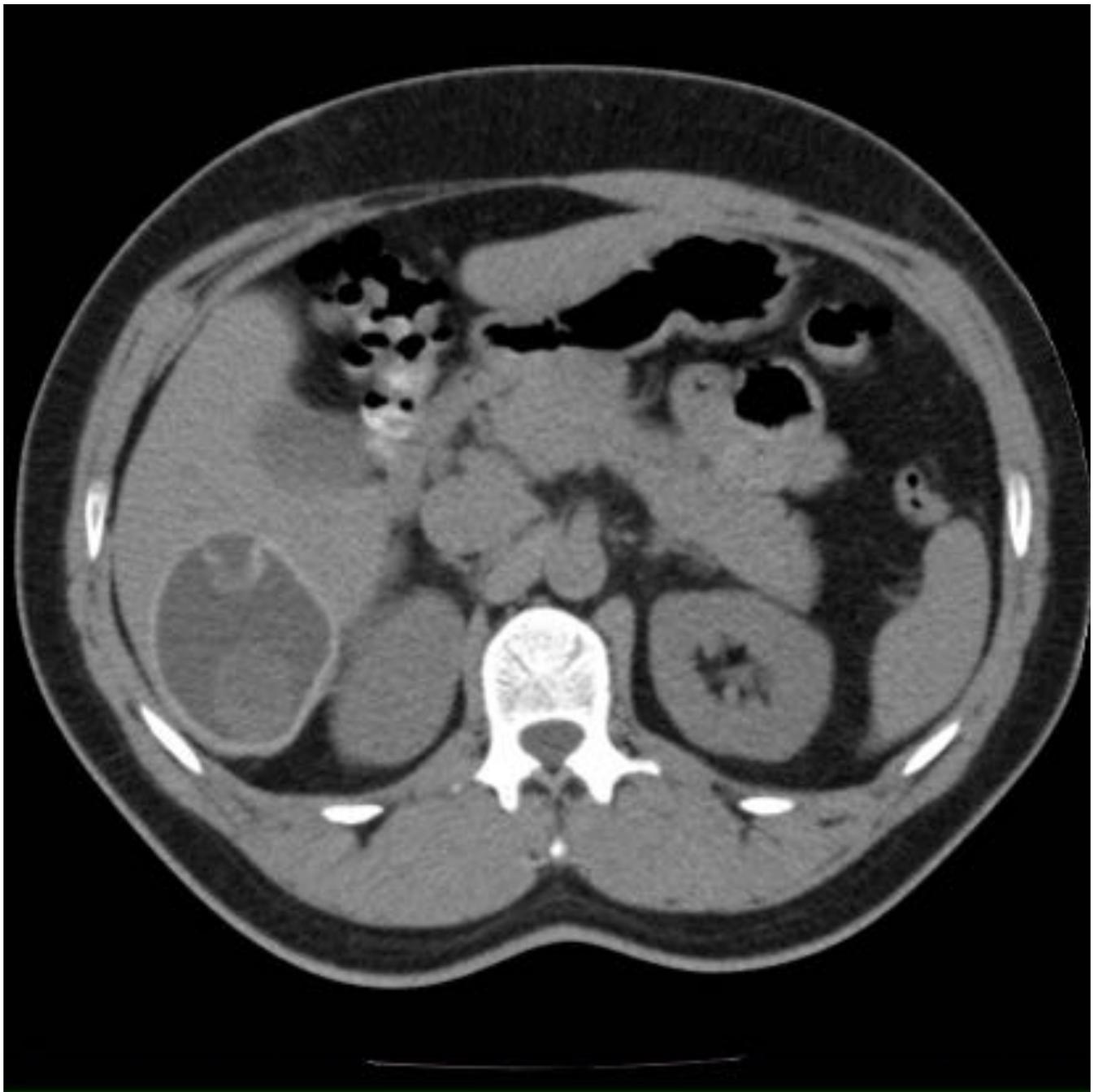
Algunas veces el quiste hidatídico hepático puede presentar extensión local hacia los vasos o los conductos biliares adyacentes, o bien diseminarse a distancia hacia los órganos vecinos, peritoneo... pudiendo encontrar lesiones en prácticamente cualquier localización anatómica.

El tratamiento de elección de la hidatidosis hepática es la cirugía que está indicada en pacientes con síntomas de la enfermedad y en aquellos asintomáticos con quistes mayores de 5cm. Para la valoración prequirúrgica, la técnica de imagen más adecuada es el TC multidetector (TCMD) debido a su elevada sensibilidad y especificidad a la hora de definir las características de los quistes y sus relaciones anatómicas. No es necesario administrar contraste intravenoso a no ser que se sospechen complicaciones especialmente sobreinfección y comunicación cisto-biliar. La TC suele mostrar una lesión hipodensa redondeada, bien definida, con una pared que típicamente se muestra hiperdensa sin contraste incluso cuando no está calcificada (Fig.1).

El radiólogo debe informar al cirujano sobre las siguientes características para prevenir complicaciones intraoperatorias:

- Localización.
- Tamaño.
- Estadio.
- Relación del quiste con las estructuras vasculares.
- Comunicación cisto-biliar.
- Relaciones anatómicas con órganos cercanos.
- Otros hallazgos que puedan modificar la cirugía.

**Imágenes en esta sección:**



**Fig. 1:** TC axial sin contraste iv con imagen ovalada hipodensa en lóbulo hepático derecho rodeada de una pared de mayor densidad y que presenta en su interior membranas y material hiperdenso. Esta imagen corresponde a un quiste hidatídico.

## Material y métodos

Presentamos un estudio retrospectivo sobre nuestra experiencia con TCMD de 64 detectores en la valoración de pacientes con hidatidosis hepática que fueron tratados quirúrgicamente y la correlación

radio-quirúrgica.

El estudio se extiende desde mayo del 2007 hasta agosto del 2015. En este periodo fueron atendidos 120 pacientes con hidatidosis hepática de los cuales 66 recibieron tratamiento quirúrgico (55%) y en los otros 54 se realizó seguimiento.

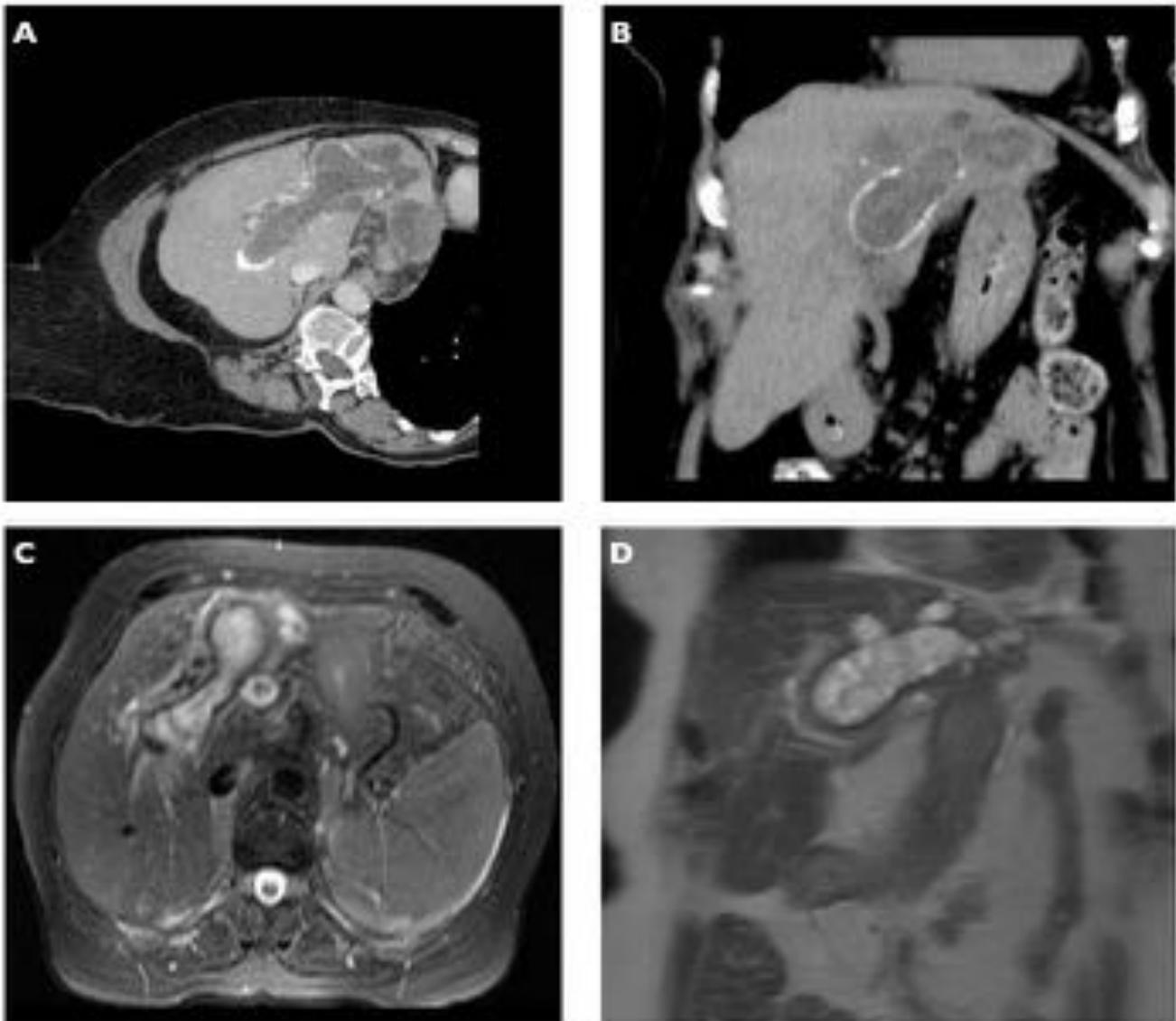
## Resultados

Los hallazgos prequirúrgicos se refieren a:

- Localización.
- Tamaño y estadio.
- Afectación vascular: 11 casos (17%). (Fig.2)
- Comunicación cisto-biliar: 17 casos (26%) de los cuales 8 se diagnosticaron mediante TC (47%) y 9 en la cirugía (53%). (Fig.3)
- Otros hallazgos: 12 pacientes (18%). Entre otras complicaciones se diagnosticó una fístula cisto-bronquial (Fig.4) y abscesos de pared abdominal (Fig.5).

La precisión de la TC para la valoración de la comunicación cistobiliar fue baja (47%) pero alcanzó el 100% en el resto de los ítems

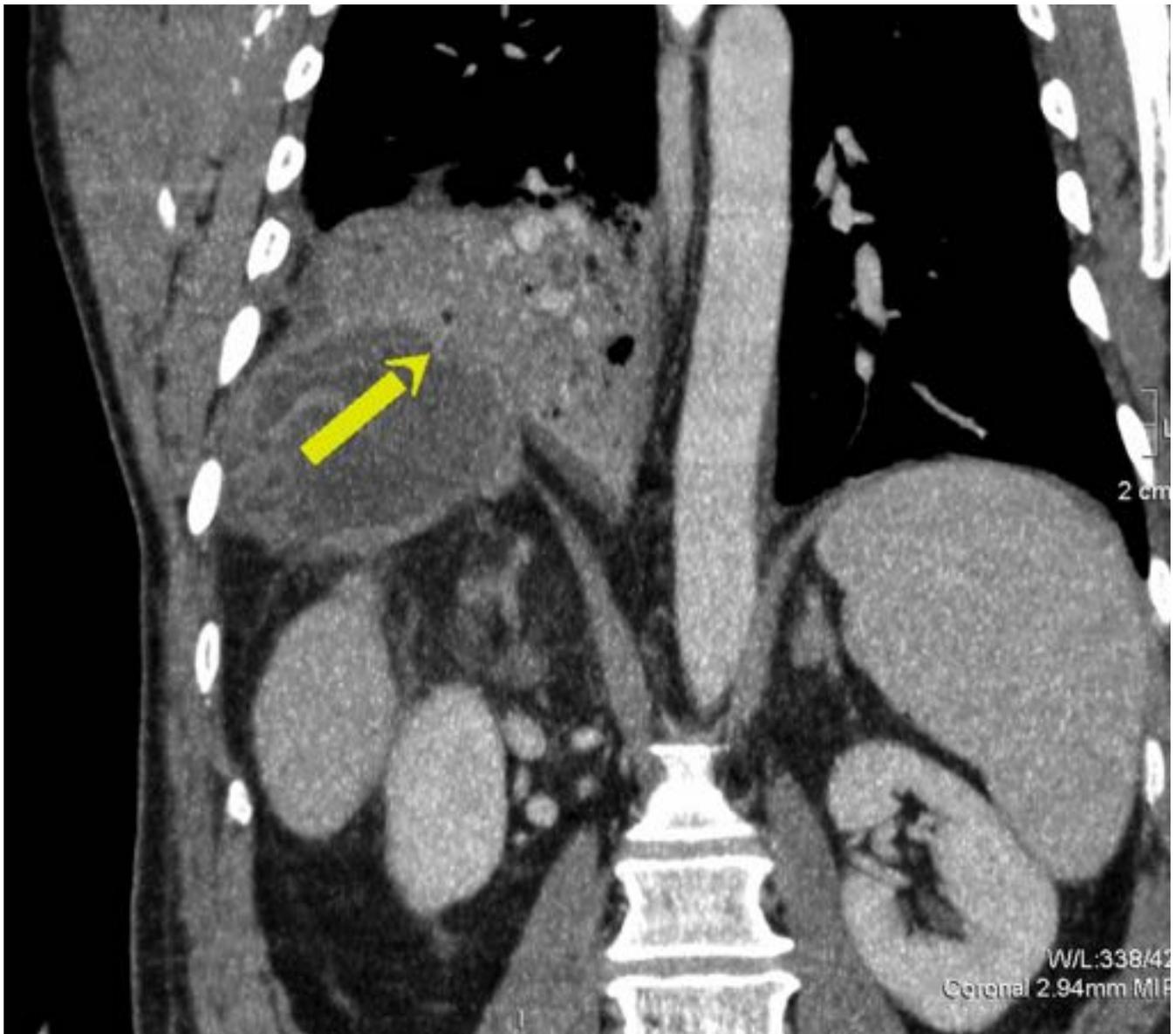
**Imágenes en esta sección:**



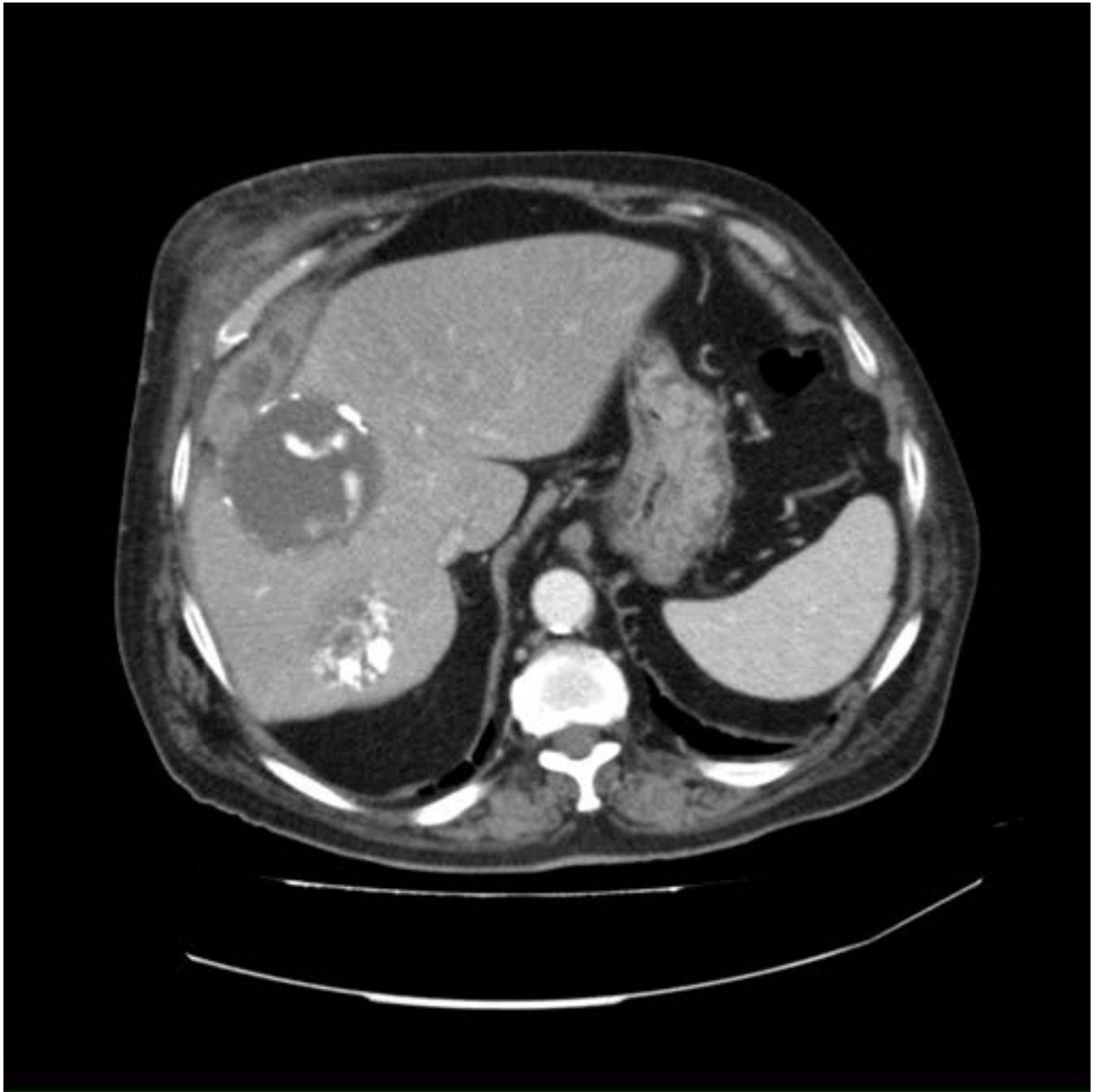
**Fig. 2:** Reconstrucciones oblicuas de TC con civ en proyección axial (A) y coronal (B) así como imágenes de RM potenciadas en T2 con saturación grasa en proyección axial (C) y T2 coronal sin supresión grasa (D). Se observa la comunicación de un quiste hidatídico que tiene las paredes parcialmente calcificadas con la circulación venosa portal.



**Fig. 3:** TC con civ en proyección coronal que muestra un quiste hidatídico hepático de localización subfrénica apreciando una discreta dilatación a nivel de un conducto biliar adyacente al quiste con una pequeña burbuja de gas en su interior (flecha). Estos hallazgos traducen la presencia de una comunicación cistobiliar en el contexto de un quiste hidatídico sobreinfectado.



**Fig. 4:** TC con civ en proyección coronal que muestra un quiste hidatídico hepático que contacta ampliamente con el hemidiafragma derecho cuyos márgenes se muestran mal definidos. Se observa una comunicación cistobronquial (flecha)



**Fig. 5:** TC con contraste oral y civ en proyección axial donde vemos un quiste hidatídico complicado con un absceso en la pared abdominal anterior.

## Conclusiones

Es imprescindible realizar un correcto diagnóstico radiológico preoperatorio de la hidatidosis hepática para planificar de forma adecuada la cirugía y evitar complicaciones. Hoy por hoy, la mejor herramienta para realizar esta valoración es el TCMD.

## Bibliografía / Referencias

1. Liver Hydatidosis. Jose Manuel Ramia. A. Serralbo. Hepatology Research and Clinical Developments. Radiology of Liver Hydatidosis. 2013.
2. Polat P, Kantarci M, Alper F, Suma S, Koruyucu MB, Okur A. Hydatid Disease from Head to Toe Radiographics. 2003 Mar 1;23(2):475–94.
3. Ortega CD, Ogawa NY, Rocha MS, Blasbalg R, Caiado AHM, Warmbrand G, et al. Helminthic diseases in the abdomen: an epidemiologic and radiologic overview. Radiographics 2010;30(1):253– 67.
4. Beggs I. The radiology of hydatid disease. AJR Am. J. Roentgenol. 1985;145(3):639–48.
5. Pedrosa I, Saíz A, Arrazola J, Ferreirós J, Pedrosa CS. Hydatid disease: radiologic and pathologic features and complications. Radiographics 2000;20(3):795–817.