

# Derivación interna en el tratamiento de las hidatidosis hepáticas

F. Vicente\* / I. Goenea\* / J. Voltas\* / J. M. Lera\*  
G. Zornoza\* / J. L. Clemente\* / A. Fakh\*  
\*

## RESUMEN

Se presentan los resultados obtenidos al aplicar la técnica de quistoyeyunostomía en el tratamiento de la hidatidosis hepática humana. Esta técnica ha sido aplicada en el 17,3 % de los quistes tratados por nosotros. Se exponen las condiciones necesarias para aplicar esta técnica y se efectúa un estudio de la morbi-mortalidad de la intervención concluyéndose que este método quirúrgico sigue siendo válido cuando la intervención está indicada.

## Introducción

El tratamiento quirúrgico de la hidatidosis hepática ha planteado al cirujano digestivo múltiples problemas, de aquí que existan descritas gran cantidad de técnicas para una sola entidad patológica.

En los últimos años hay una clara tendencia a efectuar el tratamiento de la hidatidosis empleando técnicas radicales, encaminadas a la eliminación del parásito y su adventicia. No obstante existen otros métodos menos radicales que, cuando están bien indicados, deparan buenos resultados, a la par que pueden ser utilizados como sustitutivos de aquellos que por ser más agresivos, en determinado número de pacientes, o en ciertos medios, no podrían ser utilizados.

En este trabajo queremos aportar los resultados obtenidos con una de estas técnicas. La quistoyeyunostomía con asa desfuncionalizada en Y de Roux, descrita en 1960 por Pegullo y Pellissier<sup>5</sup>.

## Material y métodos

Sobre un total de 89 pacientes portadores de 104 quistes hidatídicos hepáticos, se ha practicado la técnica de quistoyeyunostomía en 18 de los mismos, lo que representa el 17,3 % de los quistes tratados por nosotros, superior a los porcentajes presentados por otros autores<sup>1,3</sup>.

Los criterios seguidos para su realización han sido los siguientes:

1. Quistes de localización de lóbulo derecho con gran componente intraparenquimatoso.
2. Abombamiento del quiste por la cara inferior hepática.

Reafirma más la intervención la comunicación amplia con la vía biliar o la infección quística, cuando se cumplen las anteriores premisas. Asimismo somos partidarios de realizar esta intervención en pacientes en los que debido a su estado general o a su edad avanzada, se requiere una intervención rápida y que una derivación externa alargaría innecesariamente el tiempo de curación.

Para efectuar la derivación quistoentérica utilizamos la segunda o tercer asa yeyunal desfuncionalizada con un longitud entre 20 y 25 centímetros, efectuando la anastomosis con una boca no inferior a 4 centímetros para garantizar un buen drenaje de la cavidad quística.

Debido a que en tres ocasiones observamos cuadros febriles originados por retención en la cavidad residual, y probablemente condicionados por el edema postquirúrgico

Tabla I. MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LAS INTERVENCIONES

N.º casos: 89	N.º	Morbilidad	Mortalidad
MARSUPIALIZACION	10	7 (Fístulas bil. 5; Eventraciones. 2)	—
RESECCION CUPULA PERIQUISTICA CON:			
— PUESTA A PLANO	8	1 (Infección de herida)	—
— EPIPLOPASTIA	7	—	—
— TUNELIZACION	27	8 (Fístulas 6; Absceso-1 Insulf hepat-1)	1
— QUISTOYEYUNOSTOMIA	18	4 (Retenc. Cav. Residual 3; Síndrome febril 1)	—
— QUISTODUODENOSTOMIA	1	1 (Hemorragia)	1
QUISTECTOMIA	14	1 (Infecc. Cav. residual)	—
QUISTE-PERIQUISTECTOMIA	13	2 (Infecc. Cav. Residual-1; Insufic. hepática-1)	—
HEPATECTOMIA	6	1 (Insuficiencia hepática)	—
QUISTES TRATADOS	104	25	2

\* Departamento de Cirugía General. Clínica Universitaria de Navarra. Facultad de Medicina. Universidad de Navarra. Pamplona.

Tabla II. MEDIAS DE HOSPITALIZACION Y CURACION

	Días hospitalización	Días curación
MARSUPIALIZACION	49	100
RESECCION CUPULA PERIQUISTICA CON:		
— PUESTA A PLANO	20	20
— EPIPLOPLASTIA	17	17
— TUNELIZACION	58	72
— QUISTOYEURONOSTOMIA	18	18
QUISTECTOMIA	21	28
QUISTE-PERIQUISTECTOMIA	16	26
HEPATECTOMIA	15	27

de la anastomosis quistoentérica, somos partidarios de la utilización en los primeros días del postoperatorio de un drenaje exteriorizado para prevenir la posible retención. Al igual que otros autores<sup>6</sup> consideramos que la exteriorización del drenaje a lo Witzel podría ser teóricamente la más eficaz por introducirse en la cavidad por su zona más declive.

## Resultados

Los resultados globales obtenidos con las distintas intervenciones por nosotros practicadas en lo que a morbilidad y mortalidad se refiere, quedan recogidos en la tabla I.

En tres casos, como antes mencionábamos, se presentó un cuadro de retención en la cavidad quística que condicionó una hospitalización

prolongada si bien no se precisó reintervención. Otro paciente presentó un cuadro febril aparecido en el quinto día del post operatorio sin poderse determinar su origen, ya que se pudo comprobar el buen vaciamiento de la cavidad mediante fistulografía a través del tubo de drenaje.

Con respecto al tiempo de hospitalización, la media se ha cifrado en 18 días, similar a la obtenida por Hidalgo Pascual y cols.<sup>2</sup> De Juan y Van Der Hofstad<sup>4</sup> y superior a la presentada por García Díaz<sup>4</sup>.

## Discusión

Si bien en el momento actual somos partidarios de la utilización de técnicas de mayor radicalidad en el tratamiento de la hidatidosis hepática, en la tabla II podemos

observar, que el tiempo de hospitalización en la quistoyeuronostomía es similar al de pacientes sometidos a intervenciones más radicales y aunque la morbilidad haya sido superior, la recuperación de las complicaciones presentadas ha sido mucho más rápida.

Concluyendo, podemos afirmar que la técnica de quistoyeuronostomía depara buenos resultados cuando se cumplen las condiciones propias para su realización.

## Bibliografía

1. Cantillana J, Loscertales J, Jiménez A, Ortega JM, Garrote D y García S. *Nuestro criterio diagnóstico y terapéutico en la hidatidosis hepática*. Rev Esp Enf Ap Dig 54, 463, 1978.
2. Hidalgo M, Moreno E, Canales M y García I. *Quistes hidatídicos de hígado. Indicación y complicaciones de las derivaciones internas*. Cirugía Española 27, 503, 1973.
3. Hidalgo M, Moreno E, Ricobelas P, García I, Pérez A, Cordova H y Solís JA. *Hidatidosis hepática y vías biliares*. Rev Esp Enf Ap Dig 59, 671, 1981.
4. De Juan Martín M. *Sobre el tratamiento quirúrgico de la hidatidosis hepática*. Rev Esp Enf Ap Dig 52, 233, 1978.
5. Pegullo J y Pelissier G. *La place de la kisto-yeyunostomie dans le traitement des kistes hydatiques du foi*. Ann Chirurg 14, 577, 1960.
6. *Drenaje combinado interno-externo en los quistes hidatídicos hepáticos: quisteyeuronostomía en Y de Roux y enterostomía por catéter*. Avances en Cirugía 2, 167. Salvat S A, 1978.

## INTERNAL DERIVATIONS IN THE SURGICAL TREATMENT OF HEPATIC HYDATIDOSIS

### Summary

The results of the surgical treatment of human hydatid cyst by cystojejunostomy are presented. This technique was performed in 17,3 % of all cysts treated by the authors.

The conditions for using technique, as well as its morbidity and mortality are reviewed. The authors' conclusion is that cystojejunostomy is a valid surgical technique for hydatid cyst in some cases in which it is indicated.