Rev Clin Esp. 2023;223(Supl 1):S658

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

1047 - HIDATIDOSIS Y COMUNICACIÓN CISTOBILIAR EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

Inmaculada Izquierdo Pérez[1], *Ángela Romero Alegría*[1], *Montserrat Alonso Sardón*[1], *Amparo López Bernus*[1], *Javier Pardo Lleidas*[2], *Beatriz Ramírez Artiles*[1], *Rosa Juana Tejera Pérez*[1] *y Moncef Belhassen García*[1]

[1]*Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.* [2]*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.*

Resumen

Objetivos: Caracterizar la comunicación cistobiliar (CQB) en pacientes con hidatidosis hepática del Complejo Asistencial Universitario de Salamanca (CAUSA).

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo de una cohorte de 645 pacientes con hidatidosis en el CAUSA durante 1998-2021. Criterios de inclusión: i) Pacientes con hidatidosis hepática y CQB. Criterios de exclusión: casos de hidatidosis sin afectación hepática.

Resultados: Se revisaron 462 pacientes con hidatidosis hepática, excluimos 85 casos con hidatidosis extrahepática y 98 sin datos. Un total de 92 pacientes (19,9%) presentaban CQB; 81 (17,5%) fueron diagnosticadas preoperatoriamente y 14 (3%) en el postoperatorio (complicación postquirúrgica), 3 pacientes presentaban ambas. La edad media (± DT) fue de 55 ± 17,7 años; más frecuente entre los hombres (69,6 *vs.* 30,4). 52 casos (56,5%) presentaban clínica al ingreso: ictericia (10, 10,9%), fiebre (19, 20,7%), dolor abdominal (20, 21,7%), vómitos (2, 2,2%), eosinofilia (35, 38%), siendo el 43,5% de los pacientes asintomáticos. En cuanto a los hallazgos en ecografía, el 32,6% de los pacientes presentaban más de un quiste, los quistes se localizaban en su mayoría en el segmento hepático VII (40,2%) y 35,9% estaban en estadio WHO 2. El diámetro del quiste fue > 7 cm en el 59,8% de los casos. En el 53,3% de los casos la serología de *Echinococcus granulosus* fue positiva y el 9,8% presentaba recidiva de hidatidosis. La estancia media de los pacientes que tenían fístula fue de 19 días (± 20,5) respecto a una media de 17 (± 96,5) días en los pacientes sin fístula (p = 0,839).

Caracterización clínica, ecográfica y quirúrgica de los hallazgos encontrados en los pacientes hidatidosis hepática y comunicación biliocística		
Variables cualitativas o categóricas	Sujetos	%
	N = 92	100%

Diagnóstico		
Prequirúrgico	81	17,5
Posquirúrgico	14	3,0
Género		
Femenino	28	30,4
Masculino	64	69,6
Síntomas o signos		
Ictericia	10	10,9
Dolor abdominal	20	21,7
Fiebre	19	20,7
Vómitos	2	2,2
Sin síntomas	40	43,5
Complicación asociada		
Alérgica	5	5,5
Infecciosa	26	28,3

Eosinofilia (> 450)	35	38,0
Baja (450-999)	18	13,0
Moderada (1.000-2.999)	12	7,1
Severa (> 3.000)	5	5,4
Serología positiva	49	53,3
Recidiva de hidatidosis	9	9,8
Número de quistes		
Uno	62	67,4
Dos o más	30	32,6
Localización del quiste en el hígado		
Segmento I	2	2,2
Segmento II	9	9,8
Segmento III	17	18,5
Segmento IV	23	25,0
Segmento V	14	15,2

Segmento VI	24	26,1
Segmento VII	37	40,2
Segmento VIII	29	31,5
Diámetro del quiste		
? 6,9 cm	35	38,0
> 7 cm	55	59,8
Clasificación WHO/IWGE		
CE1	6	6,5
CE2	33	35,9
CE3	15	16,3
CE4	14	15,2
CE5	24	26,1
Tratamiento quirúrgico solo	36	39,1
Tratamiento quirúrgico y médico	52	56,5
Tratamiento médico prequirúrgico	19	20,7

Tratamiento médico posquirúrgico	41	44,6
Exitus letalis		
Total	9	9,8
Por hidatidosis	4	4,3
Variables cuantitativas	Media	± DE
Edad, años	55	17,7
Estancia media, días	19,0	20,5

Discusión: La hidatidosis es una infección endémica en España producida por el cestodo *Echinococcus granulosus*. Más del 70% de los casos tiene afectación hepática, siendo la CQB la complicación más frecuente. Se distinguen tres tipos de CQB: oculta, parcial y franca. La mayoría de los casos de ruptura oculta, en los que la comunicación es más reducida entre el quiste y las vías biliares, son asintomáticos hasta el período postoperatorio y representan el 3% de las fístulas diagnosticadas en nuestra cohorte. El paso directo del contenido cístico a la vía biliar en los casos de ruptura franca condiciona ictericia, infección del quiste o anafilaxis. El desarrollo de CQB parece asociarse con algunas variables que explicarían su formación en diferentes estudios. Los quistes hidatídicos con un diámetro superior a 7,5 cm poseen un 80% más de probabilidad de presentar fístula y hasta el 60% de los quistes se comunican con la vía biliar intrahepática derecha. El Maliki *et al.* identificaron la calcificación de la membrana periquística, la ictericia preoperatoria, los quistes CE4 y la hidatidosis recidivante como factores predictores de CQB[5]. En nuestra muestra, los quistes calcificados (CE5) y el diámetro mayor de siete centímetros (59,8%) fueron frecuentes.

Conclusiones: La CQB es una complicación frecuente en la hidatidosis. Los hallazgos de este trabajo nos llevan a concluir una serie de hallazgos clínicos, analíticos y ecográficos frecuentes en nuestra población, que nos ayudan a establecer una sospecha diagnóstica de la CQB y con ello a la elección de un tratamiento óptimo y la posibilidad de evitar complicaciones.

Bibliografía

1. Mihmanli M, Idiz UO, Kaya C, *et al.* Current status of diagnosis and treatment of hepatic echinococcosis. World Journal of Hepatology. 2016;8(28):1169.
2. Lewall DB, McCorkell SJ. Rupture of echinococcal cysts: diagnosis, classification, and clinical implications. American Journal of Roentgenology. 1986;146(2):391-4.
3. Kilic M, Yoldas O, Koc M, *et al.* Can biliary-cyst communication be predicted before surgery for hepatic hydatid disease: does size matter? Am J Surg. 2008;196(5):732-5.
4. Bedirli A, Sakrak O, Sozuer EM, *et al.* Surgical management of spontaneous intrabiliary rupture of hydatid liver cysts. Surgery Today, 2002;32(7):594-7.

5. El Malki HO, El Mejdoubi Y, Souadka A, *et al*. Predictive model of biliocystic communication in liver hydatid cysts using classification and regression tree analysis. BMC Surgery. 2010;10(1):1-10.

0014-2565 / © 2023, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.