

## Cartas al Director

### Drenaje endoscópico de un quiste hidatídico fistulizado a la vía biliar intrahepática

**Palabras clave:** Quiste hidatídico. Colangitis. Ictericia. Fístula. CPRE.

**Key words:** Hydatid cyst. Cholangitis. Jaundice. Fistulae. ERCP.

Sr. Director:

La rotura de un quiste hidatídico hacia la vía biliar constituye una seria complicación de la hidatidosis hepática. La migración de vesículas hijas y membranas hidatídicas al interior del árbol biliar ocasiona una ictericia obstructiva que puede dar origen a cuadros deolangitis, abscesos hepáticos, pancreatitis y reacciones anafilácticas. Tradicionalmente la cirugía se ha considerado como el tratamiento de elección de los quistes hidatídicos fistulizados a la vía biliar intrahepática (1-3), sin embargo, en los pacientes con elevado riesgo anestésico, que no son candidatos quirúrgicos idóneos, se están utilizando terapias alternativas eficaces como la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada (CPRE), la esfinterotomía endoscópica con irrigación transbiliar de sustancias parasiticidas y la colocación de endoprótesis biliares en el colédoco. Estas técnicas han disminuido de manera significativa la morbilidad y mortalidad ocasionada por la presencia de vesículas y membranas hidatídicas en la vía biliar (4-6).

#### Caso clínico

Se trata de un varón de 82 años que ingresa por un cuadro de ictericia obstructiva yolangitis. Al ingreso la ecografía y la TAC helicoidal objetivaron un quiste hidatídico de 7,5 cm localizado en el lóbulo hepático derecho, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática y la presencia de hidátides en el

colédoco. En el estudio analítico se objetivaron alteraciones bioquímicas de la función hepática con un patrón de colestasis y en el hemograma una leucocitosis con eosinofilia. Debido a su avanzada edad, y padecer una cardiopatía isquémica, el paciente manifestó su deseo de no ser intervenido, por tanto, se procedió a realizar una CPRE con esfinterotomía logrando extraer vesículas hijas y membranas hidatídicas del colédoco, mediante el uso combinado de un catéter de Fogarty (balón de 11,5 mm) y cestilla de Dormia. A través de una guía metálica se introdujo una cánula (*Tandem XL; Boston Scientific*) en el colédoco hasta alcanzar el conducto hepático derecho y llegar al interior del quiste. La citada maniobra permitió la irrigación de la cavidad quística con suero salino hipertónico al 10% hasta completar su limpieza y la de los radicales biliares (Fig. 1A). Este procedimiento se repitió satisfactoriamente una semana después. Del cultivo de la bilis se aislaron *Clostridium sp.*, *Citrobacter freundii*, *Enterococcus gallinarum* y *Enterococcus durans*. Se instauró, además de la antibioticoterapia, tratamiento con albendazol (15 mg/kg/d) que se mantuvo durante un mes. No se observaron complicaciones debidas a la esfinterotomía y a la introducción de la cánula en la cavidad del quiste hidatídico. El tratamiento con albendazol fue bien tolerado y no se constataron efectos secundarios al mismo. A los 36 meses de seguimiento la TAC helicoidal mostró una cavidad quística de 1,5 cm con retracción del parénquima hepático (Fig. 1B). Actualmente el paciente se encuentra libre de síntomas.

La incidencia de rotura de un quiste hidatídico hacia la vía biliar se estima entre un 5-25%. La fisuración y posterior fistulización es más frecuente en el lóbulo derecho, especialmente en los segmentos VII y VIII y representa aproximadamente el 60% de todas las complicaciones de la equinocosis hepática. Así, en los quistes grandes de larga evolución y dependiendo de su localización, central o periférica, es probable que durante el crecimiento expansivo se produzcan una o múltiples comunicaciones con el árbol biliar (1-3). Cuando el orificio fistuloso es amplio se puede producir un vaciamiento masivo del quiste pasando gran parte o todo su contenido hacia la vía biliar, lo que conlleva a una ictericia obstructiva de rápida instauración, como ha sucedido

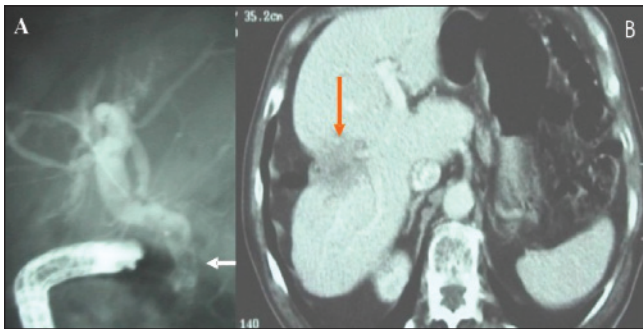


Fig. 1.- A: CPRE. Introducción de una cánula a través de una guía metálica en la cavidad quística. Se aprecian los defectos de repleción correspondiendo a vesículas hidatídicas en el colédoco (flecha). B: TAC de control a los 36 meses de seguimiento objetivó una significativa reducción en el tamaño de la cavidad quística con retracción del parénquima hepático (flecha).

en el caso que hemos comentado. En la mayoría de los casos, la fisuración del quiste ocasiona la muerte del parásito como consecuencia de la destrucción de la capa germinativa al contacto con la bilis. En ese momento surge el riesgo de una infección sobreañadida de la cavidad quística, que de producirse precisaría cirugía urgente, debido a que un vaciamiento incompleto junto con una fístula persistente predispone a una infección secundaria de la cavidad (1,3).

La efectividad de la CPRE con esfinterotomía y extracción de vesículas hijas del colédoco consiguiendo la resolución definitiva de la enfermedad hidatídica ha sido comentada en varias publicaciones. Algunos autores han añadido la irrigación transbiliar con suero salino hipertónico y ocasionalmente se han dejado endoprótesis de plástico en el colédoco para mantener un drenaje adecuado de la vía biliar. Estas terapias se han complementado con tratamiento parasiticida basado en mebendazol o albendazol (4-6). En nuestro caso, una esfinterotomía amplia evitó la necesidad inmediata de dejar un *stent*, que junto con la cateterización selectiva del orificio fistuloso y lavado con suero salino hipertónico al 10%, logró un drenaje y limpieza completa de la cavidad. Además, una vez lograda la cateterización selectiva del quiste mediante una guía de alambre, es posible dilatar el orificio fistuloso consiguiendo con esta maniobra un drenaje interno amplio o fístula biliar interna controlada. No obstante, los procedimientos invasivos en presencia de una co-

langitis no son inocuos, existiendo la posibilidad de producirse un absceso de una cavidad quística incompletamente drenada. Debido a este riesgo repetimos el procedimiento una semana después, justo antes de suspender la antibioticoterapia, lo que nos permitió confirmar la ausencia de sepsis de la cavidad residual.

En el caso que nos ocupa, la CPRE con esfinterotomía e irrigación transbiliar del quiste hidatídico constituyó un tratamiento no quirúrgico seguro para la hidatidosis hepática fistulizada a la vía biliar. Esta modalidad terapéutica conjunta, esfinterotomía endoscópica con extracción de las vesículas hijas del colédoco, la cateterización selectiva con irrigación y limpieza de la cavidad quística y la administración concomitante de albendazol durante 4 semanas, permitió la limpieza de la cavidad quística y la resolución completa de la fístula existente entre el quiste y los conductos biliares. Esta terapia podría ser considerada como una alternativa al tratamiento quirúrgico en pacientes seleccionados de elevado riesgo.

A. M. Louredo Méndez, A. Alonso Poza y F. Igea Arisqueta

*Servicio de Cirugía General y Digestiva. Unidad de Endoscopia. Complejo Hospitalario de Palencia. SACYL*

## Bibliografía

1. Ulualp KM, Aydemir I, Senturk H, Eyuboglu E, Cebeci H, Unal G, et al. Management of intrabiliary rupture of hydatid cyst of the liver. *World J Surg* 1995; 19: 720-4.
2. Hidalgo M, Barquet N. Hidatidosis hepática. Estudio de una serie de 7435 casos. Parte II: tratamiento quirúrgico, morbimortalidad, tratamiento médico, hospitalización e implicaciones socioeconómicas. *Rev Esp Enferm Dig* 1987; 71: 103-9.
3. Hidalgo M, Barquet N. Hidatidosis hepática. Estudio de una serie de 7435 casos. Parte I: aspectos generales, epidemiología y diagnóstico. *Rev Esp Enferm Dig* 1987; 71: 1-6.
4. Al Karawi MA, Mohamed AR, Yasawy I, Haleem A. Non-surgical endoscopic trans-papillary treatment of ruptured echinococcus liver cyst obstructing the biliary tree. *Endoscopy* 1987; 19: 81-3.
5. Cucinotta E, Palmeri R, Lazzara S, Melita G, Melita P. Intrabiliary rupture of hepatic hydatid cyst. *Chir Ital* 2000; 54: 249-52.
6. De Aretxabala X, Pérez OL. The use of endoprosthesis in biliary fistula of hydatid cyst. *Gastrointest Endosc* 1999; 49: 797-9.