PRESENTACIÓN DE CASO

FÍSTULA HIDATÍDICO-ENTERICA
CAUSA INFRECUENTE DE AEROBILLIA

Flavio Traverso*, Ana C. del Pozo*, Mariano Civit*, Raúl Silvinski, Carlos Castilla** MAAC FACS

DEL SERVICIO DE CIRUGÍA, HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS "SAN MARTÍN", LA PLATA, PROV. BUENOS AIRES, ARGENTINA

Existen tres tipos posibles de ruptura de un quiste hidatídico: contenida, comunicante y directa. La contenida ocurre cuando se rompen las membranas, permaneciendo la periquística intacta; esto puede deberse a degeneración, trauma, o como resultado del tratamiento médico. La comunicante implica el pasaje del contenido del quiste al árbol biliar, cuando los conductos se encuentran incorporados a la periquística. La ruptura directa ocurre hacia la cavidad peritoneal o pleural, visceras hueca o pared abdominal[2,3,4,5].

CASO CLÍNICO

Varón de 78 años de edad en mal estado general, con importante desnutrición (pérdida de 10 kg en 6 meses), que consulta por síndrome coledociano (bilirrubina total: 5,38 mg/dl, directa 3,96 mg/dl, FAL 478 U/ml). Se realizan ecografía y tomografía axial computada (TAC) de abdomen con contraste, en las cuales se constata la presencia de hepatomegalia con tres imágenes heterogéneas compatibles con quistes hidatídicos, dos de ellas calcificadas (segmento VIII), y una con tabiques en su interior (segmento IV). Además se evidencian vías biliares intra y extrahepáticas dilatadas y aerooblía.

Posteriormente, el paciente presenta episodio de colangitis el cual es tratado con antibióticos y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En esta última se realiza papilotomía, extracción de material purulento, dos litos y membranas hidatídicas y colocación de drenaje nasobiliar debido a la imposibilidad de extracción de un cálculo gigante en la vía biliar.

En estas condiciones el paciente es recibido en el Servicio de Cirugía. Se indica dieta hipercaleólicahiperproteica para mejoramiento del estado general y posterior conducta quirúrgica.

El hallazgo intraoperatorio consistió en la presencia de dos quistes calcificados en segmento VIII y fístula hidatido-enterica (entre quiste del segmento IV y las primeras asas eyuanales), la cual explicó la presencia de aerobiía en las imágenes. Se realizó deestechamiento y drenaje de dicho quiste, resección de los bordes de la brecha intestinal, cierre de la misma y coledocoduodenanoanastomosis.

El paciente evolucionó favorablemente, se le indicó tratamiento con albendazol (400 mg/12hs) durante 6 meses.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de hidatidosis puede demorarse debido a la ausencia de sintomatología. Incluso cuando el quiste alcanza un tamaño considerable, los síntomas pueden ser inespecíficos debido a la compresión de estructuras vecinas (dispepsia)[3,6].

El diagnóstico, a menudo, se debe a un hallazgo en exámenes clínicos o radiológicos solicitados por otra causa, o a complicaciones que pueden causar un cuadro agudo. La ecografía y la TAC contribuyen, junto con la clínica y la epidemiología, al diagnóstico de la enfermedad hidatídica, permitiendo la evaluación del tamaño y número de quis-
tes, la localización de éstos, su relación con estructuras intrahepáticas y extrahepáticas y la presencia de complicaciones.

La ruptura y la infección secundaria son las complicaciones más comunes. La evolución natural de un quiste hidatídico lleva a la ruptura en un 50-90% pudiendo producir manifestaciones alérgicas, como rash cutáneo, broncoespasmo o cuadros anafilácticos, producidos por el pasaje de antígenos hidatídicos a la circulación general.

La ruptura se produce hacia el árbol biliar en un 3,2 a 17%, y hacia una viscosa hueca en un 0,29-0,5%1,2,3,4,5. En la literatura nacional Velazco Suárez y col. (1931) citan un paciente con hidatidosis hepática abierta al estómago y duodeno, Brea y Santas (1943), Ferro y col. (1970) y Acevedo y col. (1998) citan también un caso cada uno1.

La comunicación al tracto digestivo puede acompañarse de hidatidoemesis o hidatidodiareia, aunque, en general, es diagnosticada durante la cirugía. En algunos casos, puede detectarse en la TAC un nivel hidroaéreo en el interior del quiste o la presencia de material de contraste oral en el mismo.

La existencia de aerobilia, como ocurrió en nuestro paciente, demostró la infrecuente doble comunicación del quiste hidatídico con el árbol biliar y con el yeyuno3,5.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS