

UTILIDAD DE LA CPRE EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLANGIOHIDATIDOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Rivas-Rivas, F. Ramírez-Navarro, V. de Lara-Bendahan, G. Santamaría-Rodríguez, E. García-Domínguez, S. Otero López-Cubero

Hospital Universitario Puerto Real, Cadiz.

Resumen

La rotura de un quiste hidatídico a la vía biliar ocurre en un 5-25% de los casos y es la complicación más frecuente de la hidatidosis hepática. Sin embargo existen pocos casos publicados en la literatura de obstrucción biliar por migración de vesículas hijas o trozos de membrana germinativa al interior de la misma, hecho llamado colangiohidatidosis. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) desempeña un papel indiscutible en el diagnóstico y tratamiento de esta entidad¹⁻³.

Palabras clave: Hidatidosis, colangiohidatidosis, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 59 años sin antecedentes médicos de interés, estable y afebril que ingresa en digestivo por presenta ictericia y dolor abdominal de un mes de evolución intensificado en las últimas semanas sin ninguna otra sintomatología acompañante. A la exploración el abdomen era blando, doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal ni masas ni megalias, el resto de la exploración física era normal salvo la ictericia franca en piel y mucosas.

CORRESPONDENCIA

Marta Rivas-Rivas
marta.rivas2@gmail.com

El hemograma y la coagulación fueron normales, destacaba la elevación de enzimas de colestasis, tales como la fosfatasa alcalina (FA) 258 UI/L, gamma glutamil transpeptidasa (GGT) 741 UI/L, glutamato-oxalacetato transaminasa (GOT) 2119 UI/L, glutamato piruvato transaminasa (GPT) 521 UI/L, bilirrubina total 8,1mg/dl y bilirrubina conjugada 6,8 mg/dl, los valores de inmunoglobulinas y los marcadores tumorales fueron normales.

La ecografía y el TAC abdominal (Figuras 1 y 2) describían una gran lesión quística de 13x10 cm en el lóbulo hepático derecho de bordes bien definidos y paredes finas con algunas tabicaciones internas, todo ello sugestivo de quiste hidatídico. Además había

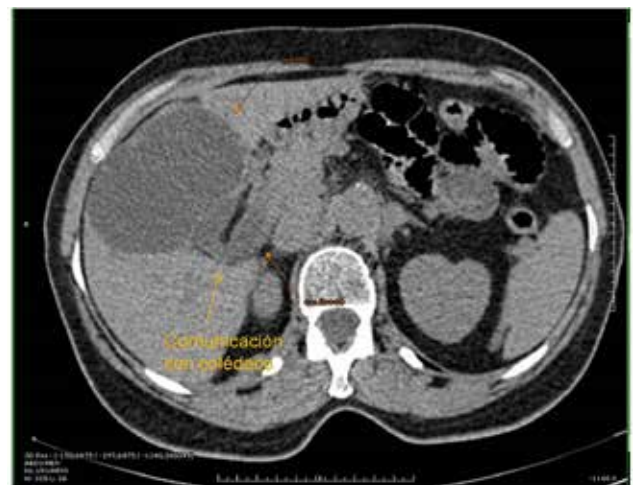


Figura 1

TC de abdomen sin contraste donde se aprecia el quiste intrahepático con finos tabiques (quiste hidatídico) y su comunicación con el colédoco que se encuentra dilatado.



Figura 2

TC de abdomen sin contraste donde se aprecia el quiste intrahepático y la dilatación del colédoco.

dilatación de la vía biliar intra y extra hepática con colédoco afilado en sentido distal y colelitiasis. Tras la sospecha clínica de las pruebas de imágenes se solicitó serología de hidatidosis que resulto negativa.

Durante el ingreso hospitalario la paciente comenzó con fiebre, rápido deterioro del estado general y alteración analítica con elevación de reactantes de fase aguda (leucocitosis y PCR), por lo que se realizó colangiografía retrograda endoscópica (CPRE). Se canuló la vía biliar y se realizó esfinterotomía (Figura 3) con esfinterotomo de pulsión con salida de material hidatídico, membranas y quistes perlados (Figura 4), por último se pasó balón de Fogarty con salida de más material hidatídico (Figura 5) asegurando la limpieza de la vía biliar.



Figura 3



Figura 4



Figura 5

Tras el diagnóstico de colangiohidatidosis se inició tratamiento médico con Albendazol (10mg/kg/d) presentando la paciente rápida mejoría clínica. Posteriormente se comentó el caso con cirugía general y se realizó hepatectomía parcial sin complicaciones.

Conclusión

El tratamiento de elección de la hidatidosis hepática es quirúrgico y farmacológico, el tratamiento farmacológico debe ser previo a cualquier manipulación endoscópica o quirúrgica^{4,5}. En determinadas situaciones como obstrucción biliar, colangitis y pancreatitis, aun sin claro diagnóstico de colangiohidatidosis, la realización de colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) está justificada. Permite confirmar el diagnóstico e identificar el trayecto fistuloso. Además permite resolver la obstrucción biliar, prevenir la aparición de colangitis y pancreatitis y disminuir las complicaciones postquirúrgicas facilitando el drenaje a duodeno por la esfinterotomía.

BIBLIOGRAFÍA

1. García Dinbier A, Sánchez Santos P.J, Vázquez Rodríguez J, Martínez Sanz G. Obstrucción de la vía biliar por quiste hidatídico fistulizado. *Emergencias*. 2006;18:190-191.
2. Ochando Cerdán F, Loinaz Seguro C, Garmendia Fernández C, Hernández Granados P, Antonio Rueda J, Fernández Cebríanet J.M, et al. Ictericia obstructiva y colangitis secundaria a quiste hidatídico hepático. *Cir Esp* 2006;80(1):54-5.
3. Manterola Delgado C, Losada H, Carrasco R, Muñoz Navarro S, Bustos M. L, Vial Gallardo M, et al. Colangiohidatidosis: una complicación evolutiva de la hidatidosis hepática. *Bol Chil Parasitol*. 2001;56(1-2):10-15.
4. Ozaslan Ersan M, Bayraktar Yusuf M. Endoscopic Therapy in the management of hepatobiliary hydatid disease. *J Clin Gastroenterol*. 2002;35:160-74
5. Alonso Casado O, Moreno González E, Loinaz Seguro C, Gimeno Calvo A, González Pinto I, Pérez Saborido B, et al. Results of 22 years experience in radical surgical treatment of hepatic hydatid cysts. *Hepatogastroenterology*. 2001;48:235-43