

# HIDATIDOSIS PANCREÁTICA. RESOLUCIÓN LAPAROSCÓPICA

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Abaca DA, Lazarte J. Hidatidosis pancreática. Resolución laparoscópica. *Rev Arg Med* 2020;8(2):142-145

## PANCREATIC HYDATIDOSIS. LAPAROSCOPIC APPROACH

Darío Adrián Abaca,<sup>1</sup> Julio Lazarte<sup>2</sup>

Recibido: 23 de marzo de 2020.

Aceptado: 18 de abril de 2020.

<sup>1</sup> Cirugía general, Sanatorio Río Negro. Cipolletti, Río Negro, Argentina.

<sup>2</sup> Cirugía hepatobiliopancreática, Sanatorio Río Negro. Cipolletti, Río Negro, Argentina.

### RESUMEN

La hidatidosis es una infección parasitaria causada por las larvas de *Echinococcus granulosus* y es endémica en países mediterráneos, Asia, América del Sur y Oceanía. Los quistes se localizan con mayor frecuencia en el hígado (50-70%) y los pulmones (20-35%), en tanto que la implantación pancreática es poco asidua, con una prevalencia del 0,2-2%. Se presenta el caso de una mujer de 27 años con dolor en el hipocondrio izquierdo. La tomografía computarizada evidenció una lesión sólido-quística de 60 mm con calcificaciones en el cuerpo y la cola del páncreas. Se realizó una esplenopancreatectomía corporocaudal (EPCC) videolaparoscópica. En el postoperatorio se encontró competencia exocrina y endocrina del páncreas. Anatomía patológica: quiste hidatídico de cuerpo y cola de páncreas. El tratamiento de referencia para la cirugía de cuerpo y cola de páncreas sigue siendo la EPCC laparoscópica, y en zonas endémicas se debe plantear la hidatidosis pancreática como diagnóstico diferencial.

**PALABRAS CLAVE.** Quiste hidatídico, páncreas, *Echinococcus granulosus*, cirugía videolaparoscópica.

### ABSTRACT

*Hydatidosis is a parasitic infection caused by the larvae of Echinococcus granulosus, being endemic in Mediterranean countries, Asia, South America and Oceania. The cysts are located more frequently in the liver (50-70%) and in the lung (20-35%), while the pancreatic location is poor, with a prevalence of 0.2-2%. We present a case of a 27-year-old woman who refer pain in the left hypochondrium. Computerized tomography shown a solid cystic lesion with calcifications in the body and tail of the pancreas of 60 mm. Distal pancreatectomy, video-laparoscopic approach was performed. After surgery, the patient was found to have exocrine and endocrine pancreas competition. Pathological anatomy: hydatid cyst of the body and tail of the pancreas. The gold standard for pancreas body and tail surgery continues to be laparoscopic distal pancreatectomy, and in endemic areas, pancreatic hydatid disease should be considered as a differential diagnosis.*

**KEY WORDS.** Hydatid cyst, pancreas, *Echinococcus granulosus*, video-laparoscopic surgery.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

### AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Darío Adrián Abaca. Santa Cruz 1468 (8332), General Roca, Río Negro, Argentina. Teléfono: (+299) 478-1225. Correo electrónico: [dario.abaca.a@gmail.com](mailto:dario.abaca.a@gmail.com).

## Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 27 años que refirió dolor en el hipocondrio izquierdo y leve dispepsia. Se realizó una ecografía que evidenció una lesión heterogénea en el cuerpo del páncreas y una tomografía trifásica de páncreas que mostró calcificaciones en la fase sin contraste y en la fase con contraste endovenoso evidenció un leve realce periférico y masa heterogénea de 65 mm en el cuerpo y la cola pancreática (Fig. 1).

Con diagnósticos presuntivos de tumor mucinoso, hidatídico y neuroendocrino y por el tamaño de la lesión, se decidió realizar una EPCC laparoscópica.

Se posicionan los puertos laparoscópicos. Se introduce la cavidad, se abre la transcavidad de los epiplones y se reconoce una masa tumoral en relación con el cuerpo del páncreas. A continuación, se moviliza el borde inferior y superior del páncreas. Se procede a la resección parcial de la raíz del mesenterio y a la tunelización pancreática en el nivel del cuello por encima de la vena porta. Se realiza transección pancreática con sutura mecánica de cartucho vascular de 60 mm. Se reconoce la arteria esplénica, que se liga mediante *clips* de polímero, y a la vena esplénica con sutura mecánica vascular; finalmente se procede a la movilización pancreática de la celda con sellador de vasos cortos. Se extraen el páncreas y el bazo con una bolsa protectora por incisión de Pfannenstiel (Fig. 2). La paciente evoluciona favorablemente. Amilasa del líquido biológico en el tercer día posoperatorio: 602, con 20 ml/día, amilasemia 91. Se retira el drenaje. Se da el alta al cuarto día posoperatorio.

Anatomía patológica: quiste hidatídico calcificado.

## Discusión

Los quistes pancreáticos son lesiones que se presentan con baja incidencia. Se pueden clasificar en quistes benignos, premalignos y malignos, y son los primeros los más frecuentes. Su etiología es variable: pueden ser inflamatorios, infecciosos, congénitos, postraumáticos o de etiología desconocida. En el último tiempo, el diagnóstico de las lesiones quísticas pancreáticas ha aumentado, lo cual se debe a dos motivos: por un lado, la mejor resolución de las técnicas diagnósticas y la más completa capacitación de los médicos especialistas en imágenes, y por otro lado, la longevidad de los pacientes. Es de suma importancia arribar a un diagnóstico temprano y un tratamiento certero, ya que algunas lesiones pueden malignizarse, por lo que el manejo de dicha patología es complejo (1).

La equinococosis humana es una enfermedad zoonótica provocada por parásitos, los cestodos del género *Echinococcus*. La equinococosis se presenta en cuatro formas: equinococosis quística, también conocida como hidatidosis, provocada por *E. granulosus*; equinococosis

alveolar, causada por la infección de *E. multilocularis*; la equinococosis poliquistica, provocada por el *E. vogeli*, y la equinococosis uniuística, debida al *E. oligarthrus*. Las dos formas con mayor trascendencia médica, que generan altos costos para la salud pública, son la quística y la alveolar (2,3). Al igual que otros cestodos, los *Echinococcus* se desarrollan en huéspedes intermediarios y definitivos; estos últimos son los perros y otros caninos. Los caninos infectados eliminan huevos en las heces que contaminan el entorno local, áreas de pastos y productos alimentarios que son ingeridos por los huéspedes intermediarios, como los humanos, las ovejas y las cabras.

Los órganos afectados principalmente son el hígado (50-70%), los pulmones (20-35%), el bazo (0,5-8%), los riñones (2-4%) y el cerebro (1,5%), mientras que la afectación pancreática tiene una prevalencia del 0,2-2% aun

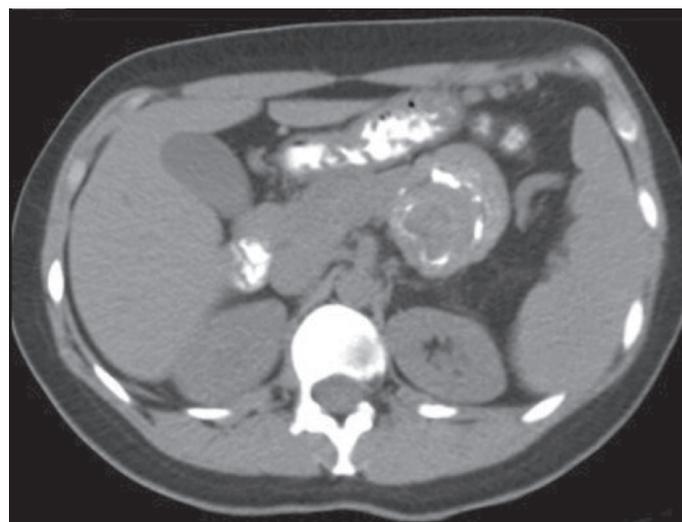


Figura 1.



Figura 2.

en zonas endémica (4,5). El 90% de las veces, la hidatidosis pancreática se presenta como quistes solitarios y de crecimiento lento (0,3-2 cm por año). Según la bibliografía publicada, su localización es 50-58% cefálica, 25-35% en el cuerpo y 15-20% en la cola. A su vez, los quistes pueden ser primarios, e involucrar en especial el páncreas, o secundarios, con compromiso de múltiples órganos. Los primarios son los más frecuentes (6).

Teniendo en cuenta el lento crecimiento de estos, la mayoría de los pacientes con hidatidosis no presentan síntomas durante años. En aquellos que son sintomáticos, las manifestaciones clínicas son variables y dependen de la localización y el tamaño del quiste; entre ellas podemos observar dolor abdominal, masa palpable, náuseas, vómitos, colangitis, ictericia, pancreatitis, absceso pancreático, fístula pancreática, anorexia, pérdida de peso, hipertensión portal y rotura espontánea en la cavidad peritoneal y choque anafiláctico.

El primer paso –y el más importante– para arribar al diagnóstico es la sospecha clínica basada en un buen interrogatorio con conocimiento de la historia de exposición en áreas endémicas. Dentro de los estudios complementarios que apoyan el diagnóstico encontramos eosinofilia periférica y pruebas serológicas, que pueden ser inmunoelectroforesis, hemaglutinación indirecta, ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*, ‘enzimoinmunoanálisis de adsorción’) e inmunofluorescencia indirecta (7). En cuanto a los métodos por imágenes, contamos con ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética. Tradicionalmente, el ultrasonido ha sido incorporado como la herramienta diagnóstica de primera línea en la hidatidosis debido a su fácil accesibilidad, su bajo costo, el hecho de no ser invasivo y su alta especificidad (90%). La principal de las desventajas con las que cuenta dicho método es su cualidad de operadordependiente. Se han propuesto diferentes clasificaciones ultrasonográficas, y en 1981 se publicó la clasificación de Gharbi (tabla 1) para quistes hidatídicos hepáticos, la cual también se emplea en tomografía y resonancia para los quistes pancreáticos y es la más utilizada.

La tomografía es útil para la visualización del tamaño del quiste, su relación con estructuras adyacentes y la presencia de hidatidosis en otros órganos y, en el seguimiento posoperatorio, para evaluar recurrencias. La resonancia es de utilidad para evaluar la relación del quiste con los conductos biliares y con el conducto pancreático (8-11).

En relación con el tratamiento, los quistes estables, asintomáticos o calcificados no requieren tratamiento específico, pero deben ser vigilados con estudios radiológicos a lo largo de los años; sin embargo, la cirugía sigue siendo el tratamiento más efectivo, y es de elección la resección completa. Los objetivos del tratamiento quirúrgico consisten en remover por completo elementos parasitarios, evitar un derrame del contenido en la cavidad

**TABLA 1. CLASIFICACIÓN DE GHARBI**

Tipo	Características al ultrasonido
I	Colección líquida pura
II	Colección líquida con membranas separada de la pared
III	Colección líquida con múltiples septos y vesículas hijas
IV	Contenido quístico hiperecoico heterogéneo
V	Quiste con pared densa más o menos calcificada

y manejar la cavidad residual con máxima conservación del órgano afectado. El tipo de cirugía varía, según la localización del quiste, desde duodenopancreatectomía cefálica (DPC) hasta EPCC, enucleación o tratamiento conservador. Dentro de las distintas alternativas terapéuticas, hay grupos que han publicado trabajos y realizaron una marsupialización, otros grupos han efectuado una quistectomía parcial y otros han publicado acerca de una quistectomía parcial con omentoplastia. Como alternativa, contamos con abordajes mínimamente invasivos (drenaje percutáneo) o tratamiento médico (4). La terapia profiláctica con albendazol o mebendazol se debe administrar entre dos y cuatro semanas antes de la cirugía, con el fin de reducir la anafilaxia y la recurrencia. Se ha comprobado que el uso de albendazol combinado con una resección quirúrgica es el tratamiento de elección para el quiste hidatídico pancreático. La EPCC laparoscópica es el tratamiento de referencia hoy en día para resecar lesiones en el cuerpo y la cola del páncreas y ofrece una morbilidad menor con la vía convencional (7,12,13).

## Conclusiones

Si bien el quiste hidatídico pancreático es raro, ante la presencia de una lesión quística pancreática se lo debe considerar dentro de los diagnósticos diferenciales, sobre todo en zonas endémicas o en pacientes que hayan migrado de dichas zonas. El tratamiento de elección es la resección completa, más la profilaxis de dos a cuatro semanas antes de la cirugía con albendazol o mebendazol, según el estadio del parásito. Este tratamiento complementario ayuda a reducir las tasas de recurrencia y de choque anafiláctico. [RAM](#)

## Referencias bibliográficas

1. Jorba R, Fabregat J, Borobia FG y col. Neoplasias quísticas del páncreas. Manejo diagnóstico y terapéutico. *Cir Esp* 2008;84(6):296-306
2. King CH. Infestaciones por cestodos. En: Goldman L, Ausiello D, editores. *Cecil, tratado de medicina interna*. 23.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009, p. 2413-18
3. Ministerio de Salud de la Nación. Epidemiología. En: *Enfermedades infecciosas: hidatidosis. Guía para el equipo de salud*. Buenos Aires: MSAL; 2012, p. 10
4. Farah A, Ramia JM, Gijón L y col. Hidatidosis extrahepática y extrapulmonar. *Cir Chil* 2017;85(2):121-6
5. Agin M, Tumgor G, Icil S y col. Causa rara de distensión abdominal aguda: apertura del conducto pancreático en un quiste hidatídico. *Arch Argent Pediatr* 2016;114(5):e346-8
6. Revoredo Rego F, De Vinatea De Cárdenas J, Reaño Paredes G y col. Quiste hidatídico de páncreas: abordaje laparoscópico. *Rev Gastroenterol Peru* 2016;36(3):264-8
7. Csendes J A, Burdiles P P, Csendes G P y col. Quiste hidatídico pancreático. *Rev Chil Cir* 2008;60(2):158-61
8. Ministerio de Salud de la Nación. Clasificaciones ecográficas. En: *Enfermedades infecciosas: hidatidosis. Guía para el equipo de salud*. Buenos Aires: MSAL; 2012, p. 15-7
9. Gharbi HA, Hassine W, Braumer MW, et al. Ultrasound examination of the hydatid liver. *Radiology* 1981;139(2):459-63
10. Pinto G PP. Actualización en el diagnóstico y tratamiento de la hidatidosis hepática. *Rev Chil Cir* 2008;60(6):561-6
11. Gijón L, Pérez-Retortillo JA. Radiology of liver hydatidosis. En: Ramia JM, Serrablo A, editors. *Liver hydatidosis*. New York: Nova Science Publishers; 2013, p. 25-9
12. Pinto G PP. Diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la hidatidosis. *Rev Chil Cir* 2017;69(1):94-8
13. Asencio Pascual JM, García Sabrido JL. Conservative surgery in liver hidatidosis. En: Ramia JM, Serrablo A, editors. *Liver hydatidosis*. New York: Nova Science Publishers; 2013, p. 148-152