

Consideraciones acerca de “Recurrencia en echinococcosis quística hepática”

Al leer el interesante artículo de revisión “Recurrencia en echinococcosis quística hepática” de los autores Manterola y Claros¹, me parece oportuno realizar algunas consideraciones respecto al tema:

A. Importancia de la Clasificación Ecotomográfica del Quiste Hidatídico Hepático (QHH)

Como bien se conoce, el año 2003 la OMS divulgó dicha clasificación con el fin de unificar los distintos tratamientos del QHH. Tal es así que *a grosso modo* los catalogó como activos (CE1-CE2), transicionales (CE3a-CE3b) e inactivos (CE4-CE5)². La importancia es que los quistes CE4 y CE5 no requieren de cirugía a menos que se hagan sintomáticos. Su proporción no es menor, pues su presencia varía entre un 11-38%³. Sin embargo, se siguen operando, teniendo en cuenta que son quistes de larga evolución, con gruesas periquísticas, que tienen el mayor índice de morbilidad post operatoria y que presentan lo que se ha denominado de diferentes maneras, vesiculación exógena, quistes extracapsulares o quistes satélites⁴; siendo estos, uno de los principales agentes de recurrencia, si es que no se realiza la extirpación completa de la periquística.

B. Vesiculación exógena, quistes extracapsulares, quistes satélites

Los quistes satélites se forman cerca, pero por fuera del quiste madre y están rodeados por su propio periquiste fibroso. Su etiopatogenia, sería la respuesta al *stress* mecánico ejercido por el quiste en su crecimiento o bien, debido a las sustancias tóxicas secretadas por el parásito, que ocasionarían pequeñas brechas en la cápsula, lo que permitiría que las células de la capa germinal escapen al tejido hepático adyacente, donde formarían un nuevo quiste, denominado quiste satélite (Figura 1)⁴.

Estos quistes satélites se encuentran en quistes de larga evolución, con gruesas periquísticas, generalmente con compromiso del árbol biliar y adheridos a estructuras vasculares. La existencia de quistes hidatídicos extracapsulares en la superficie externa de la capsula fibrosa ha sido observada por los cirujanos durante procedimientos quirúrgicos de periquistectomía total. Es posible que esta condición sea responsable de un importante grupo de recurrencias de la enfermedad. En un estudio realizado por Voros y col⁵, estos quistes satélites se encontraron preoperatoriamente en un 16%, pero los hallazgos

operatorios sugieren que la incidencia real es casi el doble.

C. Diagnóstico de recidiva o recurrencia

En general, lo más importante para el diagnóstico precoz de la recurrencia hidatídica es el seguimiento post operatorio de los pacientes, pues la gran mayoría de estas recidivas son asintomáticas⁶. Se recomienda realizar este seguimiento utilizando estudios con imágenes (ecotomografía y tomografía), pues los seguimientos serológicos no son confiables. Se debe realizar cada 6 meses el primer año y luego anualmente por un mínimo de 5 años, idealmente debe prolongarse a los 10 años.

Existe siempre el dilema de si lo que se observa en las imágenes es una cavidad quística residual o una recurrencia. Mariño y col⁷, mencionan que el 66% de las cavidades residuales desaparecen a los 6 meses y que las restantes presentan un tamaño promedio de 3 (+/-) 1 cm a los 12 meses y a los 18 meses el 86% desaparece. Las restantes pueden persistir y provocar la duda diagnóstica. Se aconseja intervenir solamente si a través del estudio de imágenes se visualiza un crecimiento de la cavidad residual⁸.

D. Tratamiento

El tratamiento ideal es la periquistectomía total por las razones dadas previamente. Si esto no es posible, se sugiere dejar pequeñas estampillas en zonas contiguas a elementos vasculares. Cabe recalcar que este tipo de procedimientos debe ser realizado por cirujanos con experiencia en cirugía hepatobiliopancreática.



Figura 1. Quiste madre y quiste satélite, ambos con su propio periquiste fibroso. El pequeño quiste calcificado de la izquierda corresponde probablemente a un segundo quiste satélite degenerado.

E. Experiencia local

El año 1989 se publicó en la Revista Chilena de Cirugía nuestra experiencia⁹. Se analizaron 193 pacientes operados por QHH, de los cuales 122 pudieron ser seguidos y controlados (63,2%). De estos, el 65% fue seguido por más de 3 años y el 30,8 por más de 5 años. La recidiva encontrada fue de 11,5%. Se consigna que el 47% tenía más de un quiste a nivel hepático y en el 53% se produjo filtración del contenido quístico durante el acto operatorio. En cuanto al procedimiento quirúrgico realizado se menciona que en el 92% se realizaron técnicas quirúrgicas no radicales. El intervalo que medió entre la intervención quirúrgica y la aparición de recidiva fluctuó entre los 6 meses y los 9 años.

Bibliografía

1. Manterola C, Claros N. Recurrencia en echinococcosis quística hepática. *Rev Cir.* 2023; 75:183-9. doi: 10.35687/s2452-454920230031744
2. Tamarozzi F, Nicoletti G, Neumayr A, Brunetti E. Acceptance of standardized ultrasound classification, use of albendazole, and long term follow up in clinical management of cystic echinococcosis: a systematic review. *Curr Opin Infect Dis.* 2014;27:425-31. doi: 10.1097/QCO.000000000000093.
3. Calame P, Weck M, Busse-Cote A, Brumpt E, Richou C, Turco C, et al. Role of radiologist in the diagnosis and management of two forms of hepatic echinococcosis. *Insights Imaging.* 2022;13: 68. doi: 10.1186/s13244-022-01190-y.
4. Stamm B, Fejgl M, Hueber C. Satellite cyst and biliary fistulas in hydatid liver disease. A retrospective study of 17 liver resections. *Human Pathology* 2018;39:231-5. doi: 10.1016/j.humpath.2007.06.007.
5. Voros D, Kalovidouris A, Gouliamos A, Vlachos L, Danias N, Papadimitrou J. The Real incidence of Extracapsular (Satellite) Cyst Of Liver Echinococcosis. *HPH Surgery* 1999;11: 249-52. doi: 10.1155/1999/62751.
6. Velasco-Tirado V, Romero-Alegria A, Belhassen-Garcia M, Alonso-Sardón M, Esteban-Velasco C. Recurrencia de equinococosis quística en un área endémica: un estudio retróspectivo. *BMC Infect Dis.* 2017; 17: 455. doi: 10.1186/s12879-017-2556-9.
7. Mariño JM, Bueno J, Fernández A, Diez-Pardo JA. Residual cavities after surgery for hepatic hydatid cyst: an ultrasonographic evaluation. *Eur J Pediatr Surg.* 1995;5:274-6. doi: 10.1055/s-2008-1066223.
8. Prousalides J, Kosmidis C, Anthimidis G, Kapoutzis K, Karamanlis E, Fachantidis E. Postoperative recurrence of cystic hydatidosis. *Can J Surg.* 2012;55:15-20. doi: 10.1503/cjs.013010.
9. Pinto P, Redondo J, Rossi E, Bravo G, Silva F, Aguayo C. Recurrencia Postoperatoria de la Enfermedad Hidatídica. *Rev Chil Cir.* 1989;41: 74-7.

Pedro Pablo Pinto Guerrero¹

¹Hospital Regional de Coyhaique
Región de Aisén, Chile
ORCID 0009-0000-3900-1316.

Correspondencia a:
Dr. Pedro Pablo Pinto Guerrero.
pedropablopatricio@gmail.com

Recibido el 2023-06-12 y aceptado
para publicación el 2023-06-14.