

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

**Facultad de Ciencias Médicas**

**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**"SITUACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y COMPORTAMIENTO POST-OPERATORIO  
DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA,  
ENERO 1990 - DICIEMBRE 2004"**

**TESIS**

**Presentada por:**

**Bach. Alex Francis Samillán Mamani**

**Para optar el Título Profesional de:**

**MÉDICO CIRUJANO**

**TACNA - PERÚ  
2006**

**UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN - TACNA**

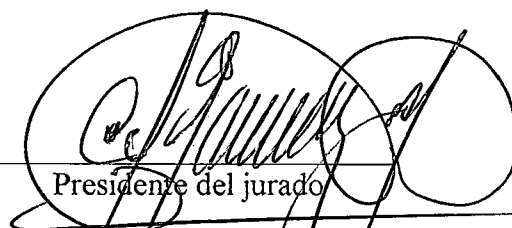
**Facultad de Ciencias Médicas**

**Escuela Académico Profesional de Medicina Humana**

**“SITUACIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y COMPORTAMIENTO POST-OPERATORIO  
DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN PACIENTES ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA,  
ENERO 1990 – DICIEMBRE 2004”**

Dr. Claudio Ramírez Atencio

:



Presidente del jurado

Dr. Jorge López Claros

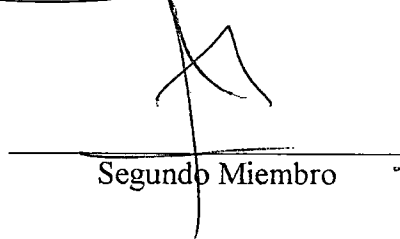
:



Primer Miembro

Dr. Luis Coronel Amorío

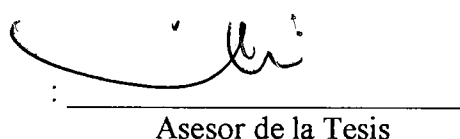
:



Segundo Miembro

Dr. Noé Flores Vizcarra

:



Asesor de la Tesis

## **DEDICATORIA:**

A mis padres y a mis hermanos por haberme apoyado e impulsado a continuar para lograr mis metas trazadas y por haber estado conmigo en las etapas más difíciles de mi vida.

A mis maestros por ser mi guía, y haberme dado la oportunidad de realizarme. Al Dr. Noe Flores por ser buen amigo y guía fundamental para la realización de este trabajo.

A mis compañeros de promoción por los momentos que hemos pasado juntos y llenar mi vida de alegría.

## CONTENIDO

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMEN</b>	
<b>CAPÍTULO I : INTRODUCCIÓN</b>	01
<b>CAPÍTULO II : MATERIAL Y MÉTODOS</b>	26
<b>CAPÍTULO III : RESULTADOS</b>	29
<b>CAPÍTULO IV : DISCUSIÓN</b>	103
<b>CAPÍTULO V : CONCLUSIONES</b>	135
<b>CAPÍTULO VI : RECOMENDACIONES</b>	138
<b>CAPÍTULO VII : BIBLIOGRAFÍA</b>	139
<b>ANEXO : FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS</b>	146

## RESUMEN

La Hidatidosis es una infección parasitaria del Hígado y otros órganos, causada por la larva del *Echinococcus granulosus*, de distribución mundial, en la que el hombre es un hospedero accidental. En nuestro país tiene alta prevalencia en regiones endémicas como el Sur y Sierra Central del Perú. En la presente nos propusimos determinar las características quirúrgicas y el comportamiento postoperatorio de la Hidatidosis Hepática en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales de Lima entre los años 1990 – 2004. Nuestro estudio es de tipo No Experimental Retrospectivo Descriptivo. Fueron intervenidos quirúrgicamente 42 pacientes de Quiste Hidatídico Hepático, representando el universo de nuestro trabajo de investigación entre los años indicados. Se recurrió a Historias clínicas y a los libros de reporte operatorio, utilizándose una ficha de recolección de datos. Los resultados se analizaron y compararon con otros estudios Nacionales y Extranjeros. Hubo un total de 57 quistes en 42 pacientes, de los cuales el 71,4% fueron del sexo femenino y 28,6% del masculino; sus edades oscilaron entre 9 y 92 años con una media de 35 años. El centro del país más Lima provincia conforman el 59,5% del lugar de nacimiento y el lugar de procedencia más frecuente fue de Lima Capital (76,2%). El síntoma y signo principal fueron Dolor Abdominal y Hepatomegalia respectivamente, de curso progresivo, con un tiempo de enfermedad menor de 6 meses. Se encontró eosinofilia en el 21%; se realizaron exámenes serológicos, siendo el Westerblot el de mayor eficacia (67%); se utilizó

la ecografía en el 98% de casos, seguido de la TAC en el 69%. La hidatidosis extrahepática asociada más frecuente fue la pulmonar. La incisión Paramediana Derecha Supraumbilical Transrectal fue la más utilizada (61,9%). En los hallazgos quirúrgicos destacan Quiste Único: 73,8%, Tamaño de 10 – 25 cm.: 47,6% y Localización en Lóbulo Derecho: 77,19%. Se utilizó el NaCl 33% como sustancia escolicida en 76,19% de los casos. Las técnicas quirúrgicas más practicadas fueron las conservadoras (97,6%); la Hidatidectomía se utilizó en el 92,9% (39 pacientes) y en el manejo de la cavidad adventicial el 71,4% (30 pacientes) fue por Quistostomía. El Albendazol fue el tratamiento coadyuvante más frecuente. La morbilidad postoperatoria global fue de 73,8%, siendo las principales complicaciones postoperatorias: la bilirragia (57%), hemorragia (50%), infección de herida operatoria (20%) y fistula biliar persistente (17%). La estancia Postoperatoria media fue de 24 días y la mortalidad fue 2,4% (1 paciente). Los pacientes con ictericia preoperatoria tuvieron mayor porcentaje de infección de herida operatoria (57%) y de fistula biliar persistente postoperatoria (57%). Los pacientes con quiste hidatídico con comunicación biliar tuvieron mayor porcentaje de infección de herida operatoria (57%), de absceso residual (29%), de supuración de cavidad adventicial (29%) y de shock séptico (14%). El 33,3% de los pacientes con anemia, el 20% en los que se utilizó la vía tóraco-abdominal y el 14% de los pacientes con quiste hidatídico con comunicación biliar tuvieron mayor porcentaje de mortalidad postoperatoria.

# CAPÍTULO I

# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

La Hidatidosis Hepática es una enfermedad que constituye un problema de Salud Pública y Economía en todos los continentes, extendiéndose desde el Norte del Círculo Ártico, hasta regiones tan australes como la Tierra del Fuego y la Isla de Stewart de Nueva Zelanda. Es una entidad prevalente en Grecia, Yugoslavia, Australia, Cercano Oriente y en algunos países de América del Sur como Brasil, Uruguay, Argentina, Chile y Perú, países en donde la cría de ovejas es importante y existe una estrecha relación entre pastores, ovejas y perros. En el Perú es una zoonosis conocida, desde hace aproximadamente 100 años, desde que Botto en 1905 describiera los primeros casos autóctonos de esta parasitosis, muchos investigadores han contribuido al conocimiento de esta enfermedad en el territorio nacional. Considerando que esta patología presenta diversos síntomas que pueden presentarse combinados o en forma separada, la presunción es posible hacerla desde luego por la epidemiología, clínica, laboratorio (Serología) e imagenología como la radiología, ecografía, tomografía y otros. Además a lo largo de las dos últimas décadas, la Cirugía Hepática se ha modificado sustancialmente, en el sentido de hacerse más radical en todas las patologías, incluida la hidatidosis.

## **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Las enfermedades parasitarias son una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en el mundo. Actualmente la hidatidosis es una de las parasitosis considerada como un problema médico, veterinario y económico muy importante.

La hidatidosis no es ajena al Perú, que siendo una afección evitable, constituye un serio problema de salud especialmente de las poblaciones rural y urbana de la Sierra que posee una variedad de regiones geográficas cuya principal actividad económica es la agropecuaria; pero nuestra capital no escapa de esta zoonosis debido a la constante migración de habitantes de la Sierra que se asientan en áreas marginales de la capital con la finalidad de conseguir un mejor estilo de vida.

En los niños esta zoonosis es más grave si se asocian con otras infecciones o malnutrición, además de presentar esta enfermedad un curso crónico requiriendo como tratamiento final la intervención quirúrgico compleja y a veces con peligro de muerte, además las prolongadas hospitalizaciones, altos gastos, exámenes clínicos y estancia post-operatoria representan cuantiosos egresos económicos familiares.

El principal método de tratamiento para la enfermedad hidatídica del hígado es la cirugía y está indicada en todos los pacientes con enfermedad sintomática, además los pacientes asintomáticos con quistes hidatídicos mayores de 5 cm. de diámetro, deben ser considerados candidatos quirúrgicos. La técnica ideal podría ser la Quistoperiquistectomía total, pero sólo se realiza en el 35% de los casos.

En este panorama nuestro propósito está orientado a conocer la evolución del tratamiento quirúrgico del Quiste Hidatídico Hepático en los últimos 15 años en el Hospital Nacional Sergio Bernales para poder relacionar o comparar con las nuevas tendencias de tratamiento quirúrgico de la Hidatidosis Hepática que se reportan a nivel mundial.

## **1.2 OBJETIVOS:**

### **OBJETIVO GENERAL:**

- Conocer la situación del tratamiento quirúrgico y el comportamiento post-operatorio de la hidatidosis hepática en pacientes atendidos en el Hospital Nacional Sergio Bernales de Lima, Enero 1990 – Diciembre 2004.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- Determinar la incidencia de hidatidosis hepática según sexo, edad, lugar de nacimiento y lugar de procedencia.
- Determinar los signos y síntomas más frecuentes de la hidatidosis hepática.
- Determinar los métodos de ayuda diagnóstica más utilizados en la determinación de hidatidosis hepática.
- Identificar las técnicas operatorias de hidatidosis hepática.
- Determinar la morbilidad post-operatoria de la hidatidosis hepática.
- Determinar la mortalidad operatoria de la hidatidosis hepática.

### **1.3 HIPÓTESIS:**

Debido a que el presente estudio es de Tipo Descriptivo y Retrospectivo no se formulará una Hipótesis.

### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

La persistencia de la hidatidosis constituye un problema de importancia en la salud pública y la economía del país, además de ser una de las principales

causas de morbilidad y mortalidad en pacientes que requieran hospitalización e intervención quirúrgica.

Debido a que este Hospital está localizado en el Cono Norte de la capital, lugar donde es asiento de habitantes inmigrantes de la serranía peruana y teniendo en cuenta que es una enfermedad crónica, con un crecimiento del quiste aproximadamente de 1cm. por año y que además casi no da sintomatología hasta que tenga un crecimiento significativo y empiece a dar su manifestación y complicaciones, por lo que hay afluencia de pacientes que presentan esta enfermedad. Al buscar bibliografía sobre algún trabajo de investigación, no se encontró trabajo alguno sobre Hidatidosis humana para esta zona. Además se sabe que en los lugares de sacrificio de ganado no hay ningún tipo de información ni control sanitario sobre esta enfermedad.

Además el manejo de elección de esta patología se sabe que es la cirugía, pero durante muchos años, esta ha sido conservadora, es decir el objeto era evacuar el parásito y la membrana y dejar la cavidad residual. Los avances técnicos de la ciencia hepática, con la idea de los cirujanos de que la extirpación completa del quiste hidatídico hepático es la única posibilidad de curar la enfermedad, esto ha permitido incrementar las operaciones radicales que están acompañadas de baja morbilidad, alta eficacia y baja estancia hospitalaria. No

obstante esta actitud no está implantada en todos los hospitales, por lo que algunos continúan con la cirugía conservadora que, aunque comporta un menor riesgo, no es la más beneficiosa para el paciente.

Por tanto es necesario un estudio que proporcione más información sobre la frecuencia de esta zoonosis y el manejo de ésta, razón por la cual se decidió realizar el presente trabajo.

## 1.5 ANTECEDENTES

- **El Dr. J. M. Miguelena Bobadilla** en su trabajo “CIRUGÍA RADICAL: TRATAMIENTO DE ELECCIÓN EN LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA. APORTACIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA”, llevado a cabo en el Hospital Clínico Universitario de Zaragoza entre 1977 – 1985 en un estudio retrospectivo con 139 pacientes sometidos a cirugía por hidatidosis hepática con técnicas radicales, denota la importancia de los estudios preoperatorios (TAC, ecografía) en vista a la elección de la técnica, concluyendo que dado al bajo número de complicaciones y los buenos resultados a largo plazo (recidiva nula), tanto la periquistectomía total y subtotal como la hepatectomía en ciertos casos constituyen las técnicas de elección en el tratamiento de la hidatidosis hepática.

- **El Dr. Pastor G.** en su trabajo “TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA EQUINOCOCCOSIS HEPÁTICA. REVISIÓN DE 340 PACIENTES OPERADOS”, llevado a cabo en el Hospital Universitario de la Princesa de España en 1967 - 1994, concluye que los avances técnicos en la cirugía hepática combinada con la idea de los cirujanos de que la extirpación completa del quiste hepático es la única posibilidad de curar la enfermedad, ha permitido incrementar las operaciones radicales. Demostrando así también una más baja morbilidad y alta eficacia, así como una más baja estancia hospitalaria en los pacientes en los que se ha realizado una extirpación completa, comparado con los que se realizó un tratamiento conservador.
- **El Dr. Gustavo A. Nari** en su trabajo “RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA NO COMPLICADA”, llevada a cabo en Hospitales de segundo nivel de Atención de Argentina en el 2001, con una población de 25 pacientes, encontrando 43 quistes, donde emplearon para su tratamiento siete técnicas quirúrgicas, de ellas la más utilizada fue la pericistectomía en 17 ocasiones seguida de lobectomía en 14. Las complicaciones observadas fueron: en tres pacientes bilirragia, dos pacientes con infección de la herida y en uno infección intraquística. Falleció un paciente (4%).

Concluyendo que la hidatidosis hepática no complicada, en su forma quística, responde adecuadamente al tratamiento quirúrgico.

- **El Dr. Rogers Olivera Hermoza** en su trabajo “HIDATIDOSIS: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO – QUIRÚRGICAS”. llevado a cabo en el Hospital Nacional Sur Este EsSalud durante el periodo 1996 – 1999, con una población de 36 pacientes, concluyeron que la técnica operatoria más utilizada fue el drenaje del quiste asociado a Quistectomía subtotal para el caso de hidatidosis hepática y Quistostomía para hidatidosis pulmonar. La localización más frecuente fue el lóbulo derecho para Hidatidosis Hepática así como para Hidatidosis pulmonar y que las complicaciones perioperatorias son poco frecuentes.
- **El Dr. Silva Morais Castro** en su trabajo “QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 14 CASOS”, llevado a cabo en el Hospital Distrital de Viseu de Portugal en 1976 – 1990, observa que el dolor abdominal y la masa palpable fueron los síntomas más frecuentemente encontrados. De estos pacientes 9 fueron operados habiendo sido la cistopericistectomía la técnica quirúrgica la más frecuentemente realizada. El resto fue tratado médicamente. Concluyendo que exceptuando un solo paciente del grupo no operado y sometido al tratamiento médico, todos los demás, hasta el momento actual, están libres de enfermedad.

- **El Dr. Wen-Han** en su trabajo “EXPERIENCIA QUIRÚRGICA Y TRATAMIENTO MÉDICO DE LA ECHINOCOCCOSIS QUÍSTICA Y ALVEOLAR HUMANA EN EL NOROESTE DE CHINA”, concluye que las técnicas quirúrgicas para los pacientes con Equinococcosis quística EQ, han sido principalmente la endocistectomía (70%), pericistectomía, hepatolectomía y simple tubo de drenaje. Desde 1956, un total de 3600 casos de EQ han sido tratados por cirugía en Xinjian Médical College., siendo la tasa de recurrencia entre 10-15%. El Peróxido de hidrógeno al 3-5%, Etanol al 70-95% y Suero salino hipertónico al 15-20% han sido usados como agentes escolicidas, siendo los dos últimos, para el autor, los más recomendados.
- **El Dr. Gustavo Salinas Sedó** en su trabajo “TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LOS QUISTES HIDATÍDICOS HEPÁTICOS”, llevado a cabo en Lima en el 2001, observa que en el tratamiento de los quistes hidatídicos hepáticos se han experimentado diversas técnicas quirúrgicas que van desde la aspiración, drenaje, capitonaje o marsupialización, hasta la escisión completa del mismo acompañada de resección segmentaria hepática. Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica se inician nuevas opciones de abordaje para esta patología relativamente frecuente en nuestro país. Concluyendo que lo que cambia básicamente es el abordaje de mínimo daño a la pared abdominal, los

cuidados y precauciones durante la cirugía son los mismos y los riesgos también. Se requiere de una adecuada comprensión y entrenamiento continuo en cirugía laparoscópica del equipo quirúrgico a fin de evitar mayores complicaciones. El éxito obtenido al tratar estos pacientes está referido al avance progresivo de las técnicas laparoscópicas del equipo quirúrgico, requisito indispensable para el manejo adecuado de esta patología.

- **El Dr. Aquino Alfredo Ángel** en su trabajo “HIDATIDOSIS HEPÁTICA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN ZONA ENDÉMICA”, llevada a cabo en el Sanatorio San Roque durante los años 1980 – 1998, concluye que los quistes hidatídicos hepáticos complicados presentan un mayor porcentaje de complicaciones postoperatorias, siendo la complicación más frecuente la fistula biliar, encontrando una mortalidad inferior al 1%.
- **El Dr. Carlos Manterola** en su trabajo “FACTORES ASOCIADOS A MORBILIDAD EN CIRUGÍA DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA”, llevado a cabo en los Hospitales Regional de Temuco y Clínico de La Frontera entre 1994 y 2001 en un estudio cohorte compuesto por 202 pacientes intervenidos por hidatidosis hepática, observó que la morbilidad promedio de la serie, con una mediana de 53 meses de seguimiento, fue de 16,4%. Seis variables se asociaron en forma significativa en los análisis

bivariados (edad, hematocrito, recuento total de leucocitos, fosfatasa alcalina, antecedente de cirugías previas por Hidatidosis Hepática y existencia de comunicaciones biliares), pero sólo 2 de estas lograron significación estadística; concluyendo que en la toma de decisiones quirúrgicas en pacientes con Hidatidosis Hepática, debe considerarse la edad como factor asociado al desarrollo de complicaciones, y al antecedente de cirugía previa por Hidatidosis Hepática como factor de riesgo de morbilidad postoperatoria.

## **1.6 MARCO TEÓRICO**

### **A.- DEFINICIÓN:**

La Hidatidosis o Equinocosis Hidatídica es una enfermedad parasitaria perteneciente al grupo de las zoonosis, caracterizada por la presencia de quistes, que constituyen la fase larvaria de la tenia del género echinococcus. Se distribuye ampliamente en el mundo y se encuentra como enfermedad endémica en ciertas zonas del mediterráneo, Asia y América del Sur.

## **B.- EPIDEMIOLOGÍA**

La Hidatidosis es una ciclozoonosis de distribución mundial, relacionada con la ganadería, infraestructuras sanitarias deficientes, asociadas generalmente a bajos niveles socioeconómicos y la ausencia o deficiente educación sanitaria. Alcanza alta incidencia en los países como Argentina, Uruguay, Chile, Australia, Nueva Zelanda, Grecia, Italia, Portugal y España.

Esta zoonosis, en nuestro país es endémica, afecta principalmente a las regiones ganaderas de la sierra central y la sierra del sur, siendo los departamentos más afectados: Pasco, Huancavelica, Junín y Puno.

## **C.- ETIOLOGÍA:**

El agente más importante de la Hidatidosis es el *Equinococcus Granulosus*. El hospedero definitivo del parásito adulto son los cánidos. Cuando éstos ingieren quistes hidatídicos de las vísceras de los animales infectados, los protoescólices se fijan a la pared del intestino delgado mediante ganchos o ventosas y sufren una estrobilización con la cual

producen segmentos ovígeros en los próximos 45 días, posteriormente eliminan proglótidos con huevos, en las heces del animal.

El hospedero intermediario es usualmente el animal herbívoro que ingiere los huevos eliminados con las heces del perro, los cuales al llegar al duodeno liberan el embrión hexacanto el que atraviesa la mucosa intestinal por acción de enzimas líticas, penetra en los vasos sanguíneos tributarios de la vena porta, donde es transportado hasta el hígado que actúa como primer filtro; si lo franquea, llega a través de las venas suprahepáticas y de la vena cava hasta el corazón derecho y desde éste pasa a los pulmones por la arteria pulmonar. Excepcionalmente, el embrión hexacanto, puede llegar al corazón izquierdo y por la circulación general ubicarse en otras vísceras o tejidos. La mayoría se alojan en el hígado. En el órgano infectado la larva sufre una evolución quística.

El hombre se infecta al ingerir huevos a través de las manos contaminadas, jugando con el perro a través de alimentos contaminados y desarrolla la fase larvaria o quística del parásito. El hombre es considerado un hospedero terminal, pero en Turkana, Kenya, donde no entierran a los cadáveres actúa como un hospedero intermediario.

#### **D.- PATOLOGÍA:**

El quiste hidatídico es el complejo patológico formado por la Hidátide y la reacción perihidatídica, denominada adventicia (periquística) que tiene el órgano parasitado con la presencia de la Hidátide. El Quiste Hidatídico está formado por una capa adventicia externa, que representa la densa respuesta fibrosa del huésped a la presencia del parásito, una capa media o nutricional que es acelular y está formada por un polisacárido mucoide elaborado por el parásito y una capa interna o germinativa, a partir de la cual se va a originar las cápsulas hijas o vesículas prolíferas que se mantienen fijas a la membrana germinal, por medio de un pedículo. En el interior de ellas se forman los escólex o cabezas de las futuras tenias. Con el tiempo las vesículas se desprenden y flotan libres en el interior del quiste, algunas se rompen y liberan los escólex que se acumulan en el fondo formando la llamada arena hidatídica. Las cápsulas hijas y los escólex constituyen el elemento infectivo del quiste.

El contenido de la Hidátide está constituida por una cantidad de líquido Hidatídico, el cual es transparente. Este líquido no es tóxico, pero posee propiedades antigénicas y elementos figurados (vesículas prolíferas, escólices, ganchitos y vesículas hijas). Las vesículas hijas presentan la

misma estructura de la Hidátide madre. Las vesículas hijas pueden ser endógenas o exógenas, según se desarrollen hacia el interior o hacia el exterior del quiste.

#### **E.- CUADRO CLÍNICO:**

Las manifestaciones clínicas dependen de su localización y del tamaño del quiste; la hepática es la más frecuente, representando el 60 - 75 % de todas las hidatidosis y su asiento predominante es el lóbulo derecho. Aproximadamente alrededor del 10 - 20 % de los quistes se desarrollan en el pulmón, las otras localizaciones varían según las series, entre 3 - 12 %. En el Perú, en cuanto a su localización los quistes hidatídicos se presentan más frecuentemente en el hígado y no como se creía anteriormente, de que la localización pulmonar era la más frecuente. (1)

Por lo común debido a su lento crecimiento de aproximadamente 1 cm por año, el paciente se mantiene asintomático durante bastante tiempo, o con síntomas banales que raramente son atribuidos a su verdadera causa.

La velocidad de crecimiento de los quistes hepáticos parece depender no solo de la relación inmunológica entre el hombre y el

parásito, sino también de la resistencia ofrecida por las estructuras envolventes.

Los Quistes Hidatídicos Hepáticos se clasifican en Quistes Primarios, Quistes Secundarios (multivesiculares). Los Quistes primarios son quistes únicos dentro de una cápsula huésped.

#### **F.- EVOLUCIÓN Y COMPLICACIONES:**

En su evolución el quiste puede presentar complicaciones. Las más frecuentes son las derivadas del efecto mecánico: compresión del parénquima hepático adyacente que se manifiesta por dolor sordo continuo en hipocondrio derecho, sensación de plenitud abdominal o trastornos dispépticos postprandiales en el 50% de los enfermos; compresión de la vía biliar, que ocasiona colestasia (20 - 30 % de los casos) o compresión vascular que origina hipertensión portal o edemas en las extremidades inferiores. En más raras ocasiones la clínica se debe a reacciones alérgicas o tóxicas por absorción de los productos parasitarios con prurito generalizado (5 %), urticaria (4 %) o shock anafiláctico (3%). Otras complicaciones son producidas por la infección del quiste, que suele acompañarse de llamativa toxicidad y evidencia de sepsis; la rotura en la

vía biliar se produce en el 22% de los casos y, dependiendo de la importancia de esta comunicación, puede ocasionar desde un cólico hepático banal, hasta un cuadro grave de colangitis. La rotura de la cavidad peritoneal, que ocurre en alrededor del 10%, conduce a la siembra en todo el peritoneo o puede causar un cuadro grave de peritonitis. Por último, la rotura en el tórax es mucho más rara, produciéndose sobre todo en los bronquios y, con menos frecuencia, en la cavidad pleural. La apertura del quiste en otras estructuras como en el tubo digestivo, la pelvis renal, el pericardio o la vena cava, es excepcional. (1, 2, 3, 4)

Puede también ocurrir una evolución del quiste a la calcificación y a la muerte por involución.

#### **G.- EXÁMENES AUXILIARES:**

Tanto la ultrasonografía (US) como la tomografía computarizada (TAC) han demostrado su utilidad en el diagnóstico, proporcionando información acerca del tamaño del quiste, su relación con los elementos anatómicos vecinos, la posible existencia de calcificaciones y las alteraciones en el hígado u otros órganos vecinos. (3, 5, 6, 7, 8)

Los modernos métodos de diagnóstico por imagen, US y TAC, permiten una gran certeza diagnóstica; sin embargo, aún sigue siendo necesario contrastar los diagnósticos clínicos y de Imagen con los resultados de las pruebas serológicas. La velocidad de crecimiento de los quistes hepáticos parece depender no solo de la relación inmunológica entre el hombre y el parásito, sino también de la resistencia ofrecida por las estructuras envolventes (3, 9, 10)

La inmunoelectroforesis Arco V en suero es actualmente el procedimiento más confiable, detecta alrededor del 90% de los individuos infectados; esta prueba continúa positiva al año de erradicar al microorganismo.

La prueba de hemoaglutinación indirecta tiene una sensibilidad del 80 %, sigue siendo positiva, varios años después de erradicar al microorganismo. La fijación del complemento tienen una sensibilidad estimada del 70 %, se vuelve negativa después de 6 meses. Doble difusión 5 (DDS) es una prueba simple, tiene una sensibilidad de 52 a 65 % y una especificidad del 95 %. Estas pruebas mejoran bastante con la contrainmunoelectroforesis, que es tan específica como las anteriores, pero mejora su sensibilidad hasta un 80 %. La prueba de ELISA, tiene una

sensibilidad alta 91%, pero tiene una baja especificidad. Actualmente una prueba muy importante es el inmunoblot (Western Blot). Esta prueba tiene una sensibilidad de 65 % y una especificidad hasta del 99 %. (8)

## **H.- TRATAMIENTO:**

El diagnóstico de Hidatidosis hepática, equivale a intervención quirúrgica perentoria. En el adulto la hidatidosis hepática complicada corresponde a casi las 3/4 partes. El diagnóstico de asiento dentro del hígado es de gran importancia para el abordaje quirúrgico preciso. (2, 3, 4)

La hidatidosis hepática, es una enfermedad esencialmente quirúrgica, existiendo una gran variedad de técnicas que han ido evolucionando a lo largo del tiempo; con el fin de conseguir una mayor eficacia en el tratamiento. En los últimos años, las técnicas más conservadoras están siendo desplazadas por otras más agresivas, que van desde el drenaje interno, las quistoperiquistectomías totales o parciales e incluso las resecciones hepáticas. En el tratamiento quirúrgico se requiere una actuación doble; por un lado sobre el parásito y, por otro, sobre la cavidad y las estructuras modificadas por su presencia, reduciendo al mismo tiempo al mínimo las posibilidades de recidiva.

La posibilidad de que el líquido Hidatídico se escape durante el acto operatorio, diseminando la enfermedad en la cavidad peritoneal es uno de los problemas que puede ocurrir, por lo cual se han utilizado diversas sustancias escolicidas como solución salina hipertónica al 15 - 20 %, etanol al 70 - 95 % o solución de cetrimida al 0,5 %. En los últimos años se ha utilizado albendazol a dosis de 10 - 14 mg/Kg/día durante 4 semanas previas a la intervención quirúrgica, con el fin de esterilizar el quiste.

Así mismo, en los últimos años, se ha dado importancia al tratamiento médico del quiste hidatídico utilizando quimioterápicos como: El Albendazol, Mebendazol y Praziquantrel. El tratamiento médico sólo asegura una curación de 37,5 %. Los pacientes tratados con Albendazol se han curado de esta enfermedad con desaparición completa y permanente del Quiste, aproximadamente 1/3 parte del total de pacientes tratados y un porcentaje de 40 a 60 % han respondido con una regresión significativa del tamaño del Quiste y alivio de los síntomas. En general se considera que los quistes pequeños (< 5 cm. ó 7 cm. de diámetro) y rodeados de una reacción adventicia mínima son los que responden mejor. (8)

El tratamiento médico también es empleado como adyuvante de la cirugía. Algunos autores sugieren administrar Albendazol a los pacientes por un periodo previo a la cirugía con el propósito de inactivar los protoescolices, alterar la integridad de las membranas y reducir la tensión de los quistes para facilitar la cirugía posterior y reducir el riesgo de aparición de quistes hidatídicos secundarios por siembra peritoneal. Otra alternativa es el uso del tratamiento médico, después de la cirugía para prevenir la recurrencia secundaria por una ruptura espontánea o iatrogenia.

Otro método terapéutico es la Punción - Aspiración - Inyección - reaspiración (PAIR) especialmente para pacientes inoperables y en casos de alto riesgo quirúrgico o como coadyuvante de la cirugía, consiste en la punción percutánea del quiste bajo guía por ultrasonido.

El principal método de tratamiento para la enfermedad hidatídica del hígado es la cirugía y está indicada en todos los pacientes con enfermedad sintomática, además los pacientes asintomáticos con quistes hidatídicos > 5 cm. de diámetro, deben ser considerados candidatos quirúrgicos. (1, 2, 3, 4)

La técnica ideal podría ser la Quistoperiquistectomía total, pero sólo se realiza en el 35 % de los casos, debido a los riesgos que comporta, en especial la hemorragia. Recientemente se ha propuesto una técnica simplificada, empleando el clampaje, para conseguir la hemostasia previa a la quistectomía.

La periquistectomía consiste en una resección que va inmediatamente por fuera de la periquística, con lo que se evita sacrificar demasiado parénquima hepático, resultando un procedimiento menos sangrante. La técnica quirúrgica en el quiste hidatídico hepático; va a depender del tamaño del quiste, localización del quiste y número de quistes y de las complicaciones que posea; dependiendo de los factores antes descritos, la cirugía de la hidatidosis puede llegar a ser muy compleja.

Durante muchos años, la cirugía de la hidatidosis ha sido conservadora, el objetivo era evacuar el parásito y la membrana y dejar la cavidad residual. Pero a lo largo de las dos últimas décadas, la cirugía hepática se ha modificado sustancialmente, en el sentido de hacerse más radical, en todas las patologías, incluida la hidatidosis. El abordaje radical disminuye, la estancia hospitalaria e impide las recidivas. Se menciona que

la cirugía radical es más larga y técnicamente más compleja, pero es el precio que debe pagar el paciente por un post-operatorio más breve. Los avances técnicos de la ciencia hepática, con la idea de los cirujanos de que la extirpación completa del quiste hidatídico hepático es la única posibilidad de curar la enfermedad, esto ha permitido incrementar las operaciones radicales que están acompañadas de baja morbilidad y alta eficacia, baja estancia hospitalaria.

La cirugía es el tratamiento de elección, el desarrollo de técnicas más agresivas con un conocimiento más preciso de la anatomía hepática, han propiciado resultados muy alentadores. Pueden considerarse dos procedimientos quirúrgicos principales:

Cirugía Radical. La técnica fundamental es la Quistoperiquistectomía total que consiste en reseca totalmente el quiste con su envoltura periquística sin resección parenquimatosa hepática sin apertura de la cavidad (Quistoperiquistectomía cerrada), una variante es la Quistoperiquistectomía abierta, que supone los mismos principios y además todas las medidas de protección y prevención de la contaminación abdominal por el parásito utilizando soluciones neutralizantes o escolicidas.

- En la actualidad los centros que tienen gran experiencia en cirugía hepática, alcanza el 80 - 85 % de pacientes a los que se realizan esta técnica quirúrgica. (9,10)
- Dentro de la cirugía radical se incluyen las Hepatectomías que están indicadas en pacientes con conglomerado de quistes y poco tejido sano, en quistes grandes que ocupan la totalidad de un lóbulo hepático, quistes periféricos en lóbulo izquierdo realizando una quisto-resección. También reciben los nombres de Hepatectomía lobular o segmentaria.

Cirugía Conservadora. Incluye la técnica de quistoperiquistectomía parcial, que a su vez engloba diversos procedimientos quirúrgicos que van desde la resección de la cúpula saliente destechamiento, la extirpación casi total de la periquística. También incluye en este grupo la cirugía paliativa que es la colocación de un tubo de drenaje para los quistes infectados o para los quistes comunicantes; otras intervenciones quirúrgicas son la quisto-yeyunostomía sobre asa en Y de Roux. (7, 9, 10)

En cuanto al tratamiento de la cavidad hepática residual se mencionan varias técnicas, entre ellas tenemos: Capsulorrafia, Marsupialización directa, quistostomía, omentoplastía, capitonaje.

Con el uso de técnicas laparoscópicas se ha ingresado progresivamente al tratamiento del quiste hidatídico hepático con Cirugía Laparoscópica. (9, 10, 12, 29)

# CAPÍTULO II

## CAPÍTULO II

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### **2.1 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:**

De acuerdo al ámbito la investigación que se realizó es una investigación de Campo.

Considerando el nivel de investigación que se llevó a cabo es una investigación de tipo descriptiva retrospectivo.

#### **2.2 POBLACIÓN:**

- Pacientes intervenidos quirúrgicamente por hidatidosis hepática en el servicio de Cirugía del Hospital Nacional Sergio Bernales de Lima durante el período Enero 1990 – Diciembre 2004.

#### **A. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes con diagnóstico de Hidatidosis Hepática intervenidos quirúrgicamente en el servicio de Cirugía.

## **B. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes con Hidatidosis que no comprenda o afecte el hígado.
- Pacientes diagnosticados de otras enfermedades tumorales del hígado que no sean hidatidosis.
- Pacientes de diagnóstico dudoso.

## **2.3 RECOLECCIÓN DE DATOS:**

Técnica e instrumento de recolección de datos:

### **a) Técnica**

Como técnica se utilizó un estudio documental de las historias clínicas de pacientes operados de hidatidosis hepática en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Sergio E. Bernaldes de Lima durante los años 1990 – 2004.

### **b) Instrumento**

Se elaboró un instrumento para la recolección de datos de las historias clínicas que fue validado por médicos de la especialidad de cirugía, el cual se encuentra en el Anexo del presente.

## **2.4 PROCESAMIENTO DE DATOS:**

En las técnicas para el procesamiento de la información y análisis de datos, se han considerado los siguientes: Discriminación, codificación y tabulación.

Pruebas estadísticas: Frecuencias absolutas y porcentuales, medidas de tendencia central y de dispersión, Chi cuadrado, Error Estándar ( $p < 0.05$ )

# **CAPÍTULO III:**

# **RESULTADOS**

**TABLA 01**  
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS**  
**HEPÁTICA SEGÚN FRECUENCIA POR AÑOS Y SEXO EN EL**  
**HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

AÑO DE ATENCIÓN	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		N°	%
	N°	%	%	N°		
1990	1	33,3%	66,7%	2	3	7,1%
1991	1	100,0%	0,0%	0	1	2,4%
1992	0	0,0%	0,0%	0	0	0,0%
1993	1	100,0%	0,0%	0	1	2,4%
1994	1	33,3%	66,7%	2	3	7,1%
1995	1	100,0%	0,0%	0	1	2,4%
1996	1	100,0%	0,0%	0	1	2,4%
1997	1	100,0%	0,0%	0	1	2,4%
1998	2	66,7%	33,3%	1	3	7,1%
1999	6	100,0%	0,0%	0	6	14,3%
2000	4	66,7%	33,3%	2	6	14,3%
2001	5	83,3%	16,7%	1	6	14,3%
2002	1	50,0%	50,0%	1	2	4,8%
2003	3	50,0%	50,0%	3	6	14,3%
2004	2	100,0%	0,0%	0	2	4,8%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>71,4%</b>	<b>28,6%</b>	<b>12</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

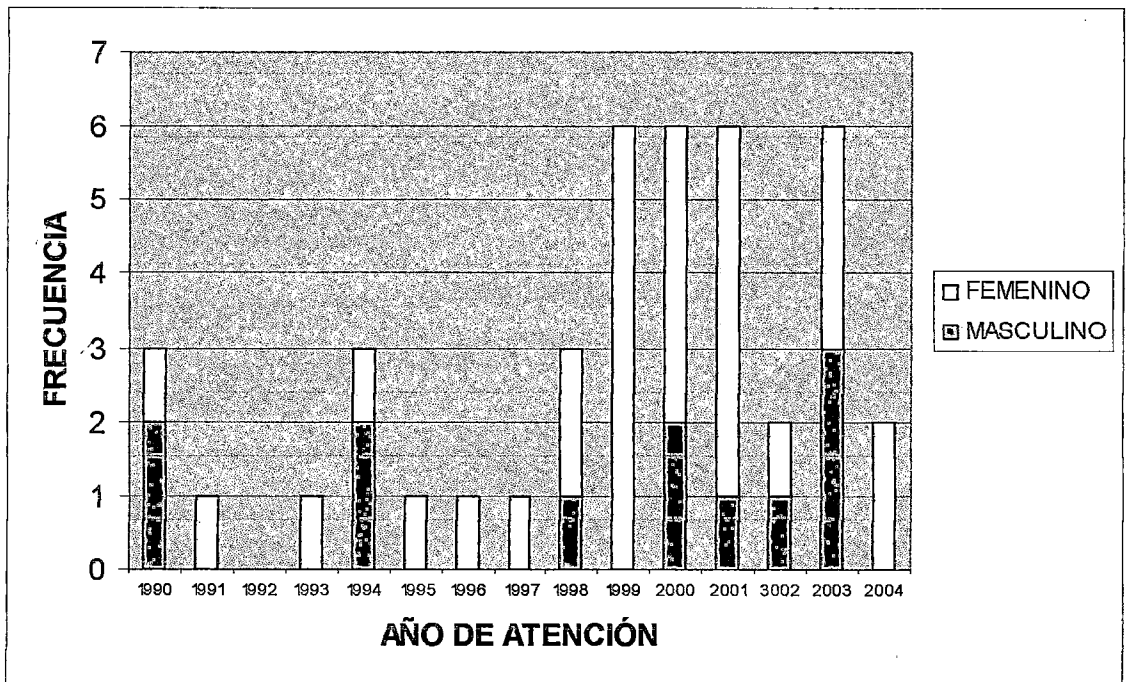
N°	Promedio/año	Desv. Standard	Minimo/año	Maximo/año
42	2,8	2,18	0	6

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004.

En el presente estudio de 15 años, se intervinieron a 42 pacientes, en promedio de 2,8 pacientes/año. Se observa que el mayor porcentaje fue en los años 1999, 2000, 2001 y 2003 con 6 casos cada uno, correspondiéndole un total de 24 casos (57,2% del total) y el menor porcentaje fue el año 1992 con 0 casos. Asimismo se evidencia que en la mayoría de los años de estudio predomina el sexo femenino, a excepción del 2002 y 2003 en el que se igualan los porcentajes, y también de 1990 y 1994 en el que predomina el sexo masculino.

### GRÁFICO 01

#### DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA SEGÚN FRECUENCIA POR AÑOS Y SEXO EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E.

Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 01.

**TABLA 02**

**DISTRIBUCIÓN DE LA FRECUENCIA SEGÚN EDAD Y SEXO DE  
PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

EDAD (AÑOS)	SEXO				TOTAL	
	FEMENINO		MASCULINO		Nº	%
	Nº	%	%	Nº		
≤ 10	1	100,0%	0,0%	0	1	2,4%
11 - 20	6	50,0%	50,0%	6	12	28,6%
21 - 30	9	81,8%	18,2%	2	11	26,2%
31 - 40	4	66,7%	33,3%	2	6	14,3%
41 - 50	0	0,0%	0,0%	0	0	0,0%
51 - 60	3	60,0%	40,0%	2	5	11,9%
61 - 70	4	100,0%	0,0%	0	4	9,5%
71 - 80	0	0,0%	0,0%	0	0	0,0%
81 - 90	2	100,0%	0,0%	0	2	4,8%
≥ 91	1	100,0%	0,0%	0	1	2,4%
<b>TOTAL</b>	<b>30</b>	<b>71,4%</b>	<b>28,6%</b>	<b>12</b>	<b>42</b>	<b>100,0%</b>

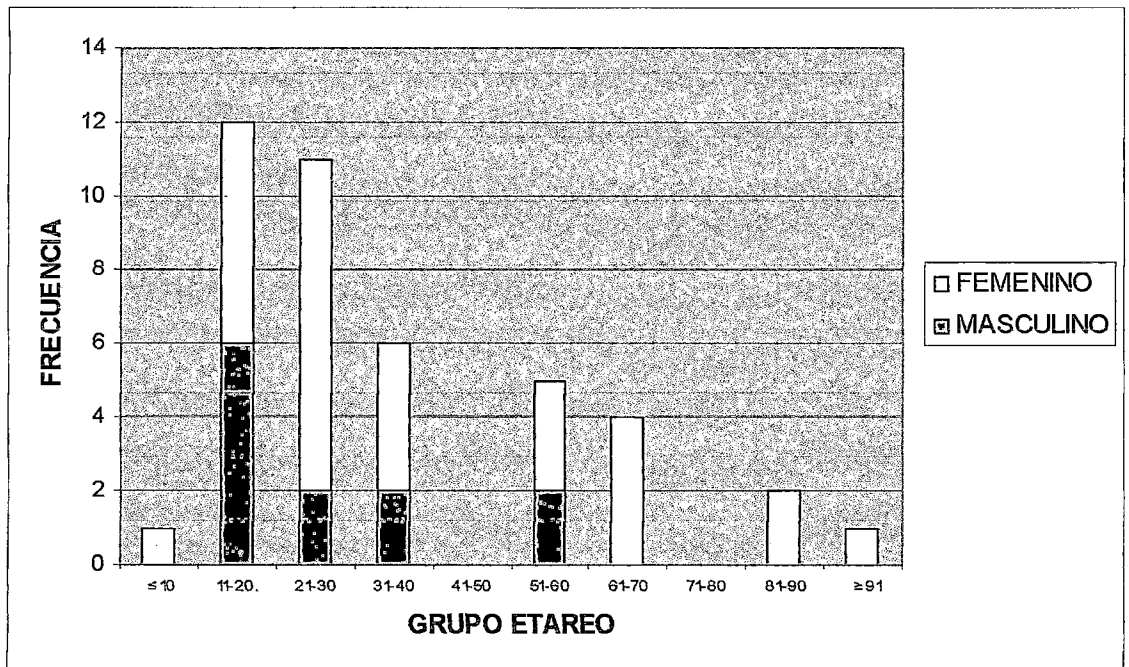
Nº	Promedio	Desv. Standard	Mínimo	Máximo
42	35,36	22,60	9	92

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En la Tabla Nº 2 se observa que el 71,4% de los pacientes fueron del sexo femenino (30 pacientes) y un 28,6% fueron del sexo masculino (12 pacientes). Con respecto a la edad, la media fue de 35,36 años. El grupo más representado fue el de 11 a 20 años con 28,6% (12 pacientes). El 69,1% (29 pacientes) corresponde al grupo etáreo de 11 a 40 años; las edades extremas correspondieron a mujeres de 9 y 92 años, tal como se demuestra en el GRÁFICO 02. Además las mujeres predominaron en todos los grupos etéreos, salvo en el de 11 – 20 años en que se igualan los porcentajes.

## GRÁFICO 02

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EDAD Y SEXO DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E.

Bernal de Lima 1990 - 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 02.

**TABLA 03**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO Y PROCEDENCIA  
DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN  
EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

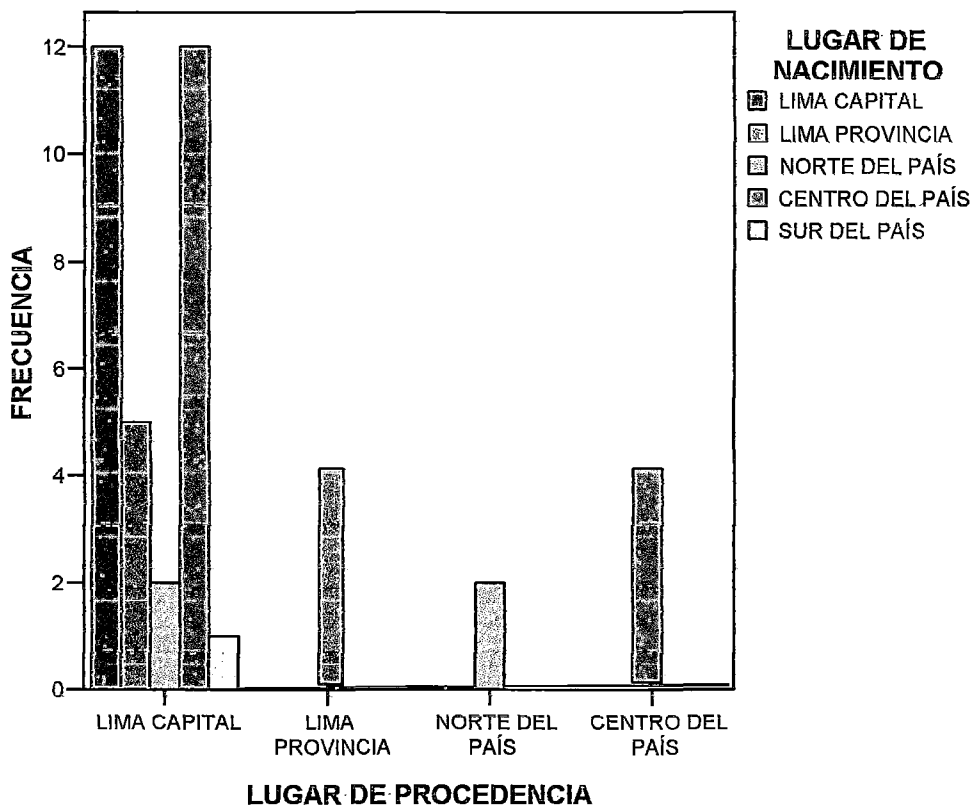
		LUGAR DE PROCEDENCIA								TOTAL	
		LIMA CAPITAL		LIMA PROVINCIA		NORTE DEL PAÍS		CENTRO DEL PAÍS			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>LUGAR DE NACIMIENTO</b>	LIMA CAPITAL	12	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	12	28,6%
	LIMA PROVINCIA	5	56%	4	44%	0	0,0%	0	0,0%	9	21,4%
	NORTE DEL PAÍS	2	50%	0	0,0%	2	50%	0	0,0%	4	9,5%
	CENTRO DEL PAÍS	12	75%	0	0,0%	0	0,0%	4	25%	16	38,1%
	SUR DEL PAÍS	1	100%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,4%
<b>TOTAL</b>		32	76,2%	4	9,5%	2	4,8%	4	9,5%	42	100%

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

La gran mayoría de pacientes (71,4%) nacieron en Lima Provincia o en otras provincias del país (Norte, centro o sur del país). El 76,2% procedieron de Lima Capital y el resto (23,8%) procedieron del Lima Provincia o demás provincias del país, observándose que más del 50% de cada lugar de nacimiento migró hacia Lima Capital. Sólo el 28,6% (12 pacientes) nacieron y procedieron de Lima Capital.

### GRÁFICO 03

## DISTRIBUCIÓN SEGÚN LUGAR DE NACIMIENTO Y PROCEDENCIA DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDA TIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 03.

TABLA 04

DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD DE PACIENTES  
 CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E.  
 BERNALES DE LIMA 1990 – 2004

TIEMPO DE ENFERMEDAD (MESES)	Nº	%
< 1	5	11,9
1 - 6	16	38,1
7 - 12	7	16,7
13 - 18	0	0,0
19 - 24	6	14,3
> 24	8	19,0
TOTAL	42	100,0

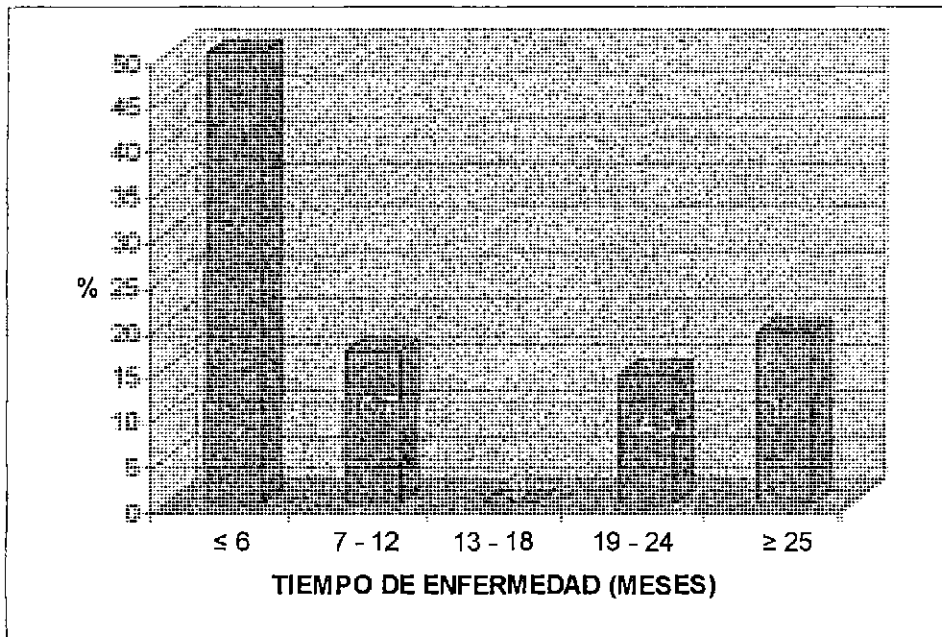
Nº	Mediana	Desv. Standard	Mínimo	Máximo
42	6,50	32,42	1	144

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
 1990 – 2004

En lo referente a Tiempo de enfermedad se observa una mediana de 6,5 meses con una desviación estándar de 32,42. El mayor porcentaje se tiene en el rango de 1 – 6 meses con 38,1% (16 pacientes). El 50% (21 pacientes) corresponde a un tiempo de enfermedad menor de 6 meses, tal como se observa en el Gráfico 04; el mayor tiempo de enfermedad correspondió a una paciente con 144 meses de evolución.

## GRÁFICO 04

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIEMPO DE ENFERMEDAD DE PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E.

Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 04.

**TABLA 05**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRINCIPALES SÍNTOMAS DE PACIENTES**  
**CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E.**  
**BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

<b>SÍNTOMAS PRINCIPALES</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>DOLOR ABDOMINAL</b>	41	98
<b>NAUSEAS</b>	22	52
<b>VÓMITOS</b>	16	38
<b>DISPEPSIA</b>	15	36
<b>PIEBRE</b>	13	31
<b>BAJA DE PESO</b>	11	26
<b>SENSACIÓN DE PESO EN HIPOCONDRIO DERECHO O EPIGASTRIO</b>	9	21
<b>ICTERICIA</b>	7	17
<b>PLENITUD POSTPRANDIAL</b>	4	10
<b>HIPOREXIA</b>	3	7
<b>SÍNTOMAS RESPIRATORIOS</b>	1	2

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

En la Tabla 05 se observa que el síntoma principal referido por el paciente corresponde al dolor abdominal en un 98% de los casos; siguiéndole en orden de frecuencia se tiene náuseas, vómitos, dispepsia, con 52%, 38%, 36% respectivamente. Algunos síntomas importantes a tener en cuenta son fiebre (31%) e ictericia (17%).

**TABLA 06**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN PRINCIPALES SIGNOS DE PACIENTES CON  
HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
DE LIMA 1990 – 2004**

<b>SIGNOS PRINCIPALES</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
<b>HEPATOMEGALIA</b>	28	67
<b>MASA PALPABLE</b>	17	40
<b>DEFORMIDAD TÓRACO-ABDOMINAL</b>	9	21
<b>DIFICULTAD RESPIRATORIA</b>	2	5
<b>URTICARIA</b>	1	2
<b>CIRCULACIÓN COLATERAL</b>	1	2

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En lo referente a los principales signos encontrados en los pacientes se aprecia que el signo más frecuente fue la hepatomegalia en un 67% de los casos; le siguen en orden de frecuencia masa palpable y deformidad tóraco-abdominal con 40% y 21% respectivamente.

**TABLA 07**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL CURSO CLÍNICO DE PACIENTES CON  
HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
DE LIMA 1990 – 2004**

<b>CURSO CLINICO</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>ESTACIONARIO</b>	1	2,4
<b>PROGRESIVO</b>	41	97,6
<b>TOTAL</b>	42	100,0

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En cuanto al Curso clínico de la hidatidosis hepática, como era lógico de esperar, se encontró en casi la totalidad el curso progresivo con un 97,6% (41 pacientes) y sólo en un 2,4% (1 paciente) se observó un curso estacionario; mas no habiendo ningún paciente asintomático. Comprendiéndose el porque en determinado momento acuden al médico al sentir el incremento de sus molestias.

**TABLA 08**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN HALLAZGOS DE LABORATORIO DE RUTINA  
DE PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL  
SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

HALLAZGOS DE LABORATORIO DE RUTINA	Nº	%
EOSINOFILIA (>5%)	9	21
LEUCOCITOSIS (>10000 /mm <sup>3</sup> ) CON O SIN DESVIACIÓN IZQUIERDA (<5%)	8	19
HIPERBILIRRUBINEMIA (>1,2 mg%)	7	17
TRANSAMINASAS ELEVADAS (>20 U/ml)	3	7
FOSFATASA ALCALINA ELEVADA (> 95 UI/L)	3	7
ANEMIA (<10g% Hb)	3	7

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

Con respecto a los hallazgos de laboratorio de rutina, en cuanto al hemograma revela que en 81% de pacientes el Recuento leucocitario estaba dentro de valores normales de 5000 a 10000. Solamente se observó leucocitosis con o sin desviación izquierda en un 19% y eosinofilia en un 21% de casos. También se aprecia Hiperbilirrubinemia en un 17% de pacientes; seguido de transaminasas elevadas, fosfatasa alcalina elevada y anemia con 7% cada una.

**TABLA 09**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EXÁMENES IMAGENOLÓGICOS  
PREOPERATORIOS DE PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA  
EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

<b>EXÁMENES DE IMAGEN</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>ECOGRAFÍA ABDOMINAL</b>	41	98
<b>TOMOGRAFÍA ABDOMINAL</b>	29	69
<b>RADIOGRAFÍA DE TORAX</b>	7	17
<b>RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN</b>	6	14

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

Se realizó Ecografía abdominal al 98% (41 pacientes), siguiéndole la Tomografía abdominal en un 69% (29 pacientes). Otros exámenes imagenológicos menos frecuentes fueron radiografía abdominal y radiografía torácica con 17% y 14% respectivamente. Demostrándose que el método ecográfico como el más importante por su inocuidad, sensibilidad, efectividad y costo.

**TABLA 10**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EXÁMENES SEROLÓGICOS DE PACIENTES  
CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E.  
BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

EXÁMENES SEROLÓGICOS	REALIZADOS		POSITIVOS		NEGATIVOS		INDETERMINADOS	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
ARCO V	26	62	7	27	19	73	0	0
WESTERBLOT	24	57	16	67	8	33	0	0
ELISA	6	14	1	17	4	67	1	17

\* 100% Población Total

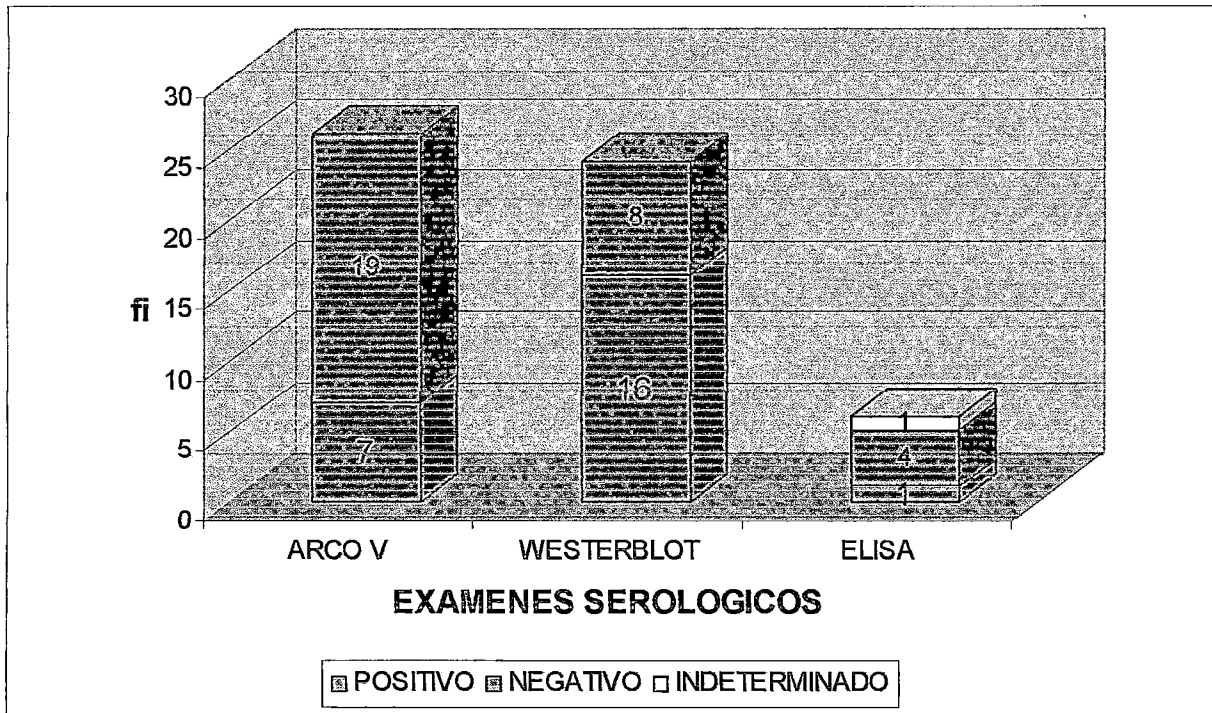
\*\* 100% Total Realizado

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En cuanto a los exámenes serológicos, se aprecia que el Arco V se realizó a 26 pacientes, correspondiéndole un 62% del total de casos, revelando positividad en sólo 27% (7 pacientes); Westerblot se realizó a 24 pacientes, correspondiéndole un 57%, de los cuales el 67% (16 pacientes) reveló positividad; y sólo se realizó ELISA a un 14% (6 pacientes), revelando positividad en 17%.

## GRÁFICO 05

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EXÁMENES SEROLÓGICOS DE PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E.

Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 10.

**TABLA 11**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE QUIRÚRGICO HIDATÍDICO  
DE PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL  
SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

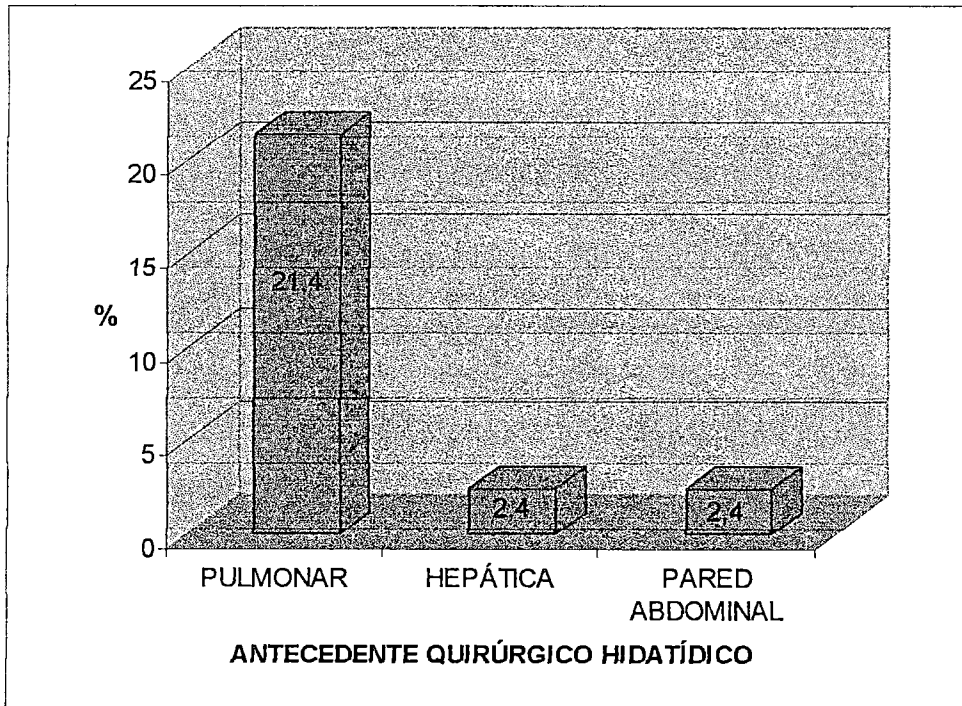
<b>LOCALIZACIÓN</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>PULMONAR</b>	9	21,4
<b>HEPÁTICA</b>	1	2,4
<b>PARED ABDOMINAL</b>	1	2,4
<b>TOTAL</b>	11	26,2

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En la Tabla 11 se observa que 11 pacientes tuvieron antecedente quirúrgico de hidatidosis, correspondiendo a un 26,2% del total de casos; el mayor porcentaje le correspondió a antecedente quirúrgico pulmonar con 21,4% (9 pacientes), seguido con menor frecuencia de antecedente quirúrgico hepático y de pared abdominal con 2,4% cada uno.

## GRÁFICO 06

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN ANTECEDENTE QUIRÚRGICO HIDATÍDICO DE PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 11.

**TABLA 12**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNOSTICO DE HIDATIDOSIS  
CONCOMITANTE EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN  
EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

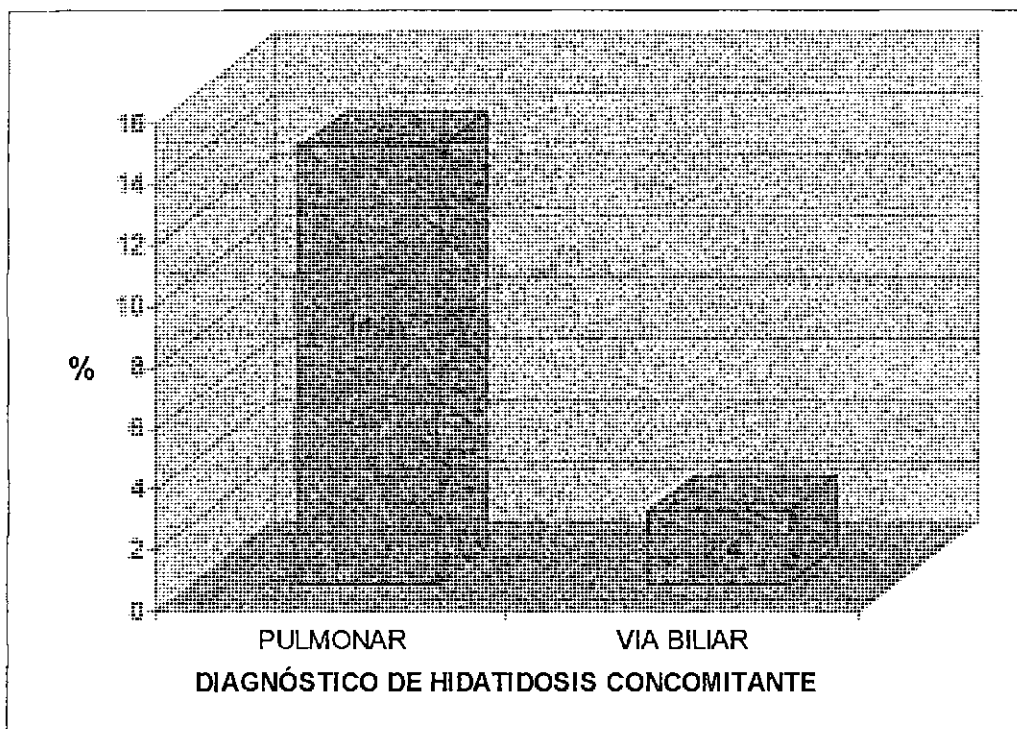
<b>LOCALIZACION</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>PULMONAR</b>	6	14,3
<b>VIA BILIAR</b>	1	2,4
<b>TOTAL</b>	07	16,7

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En la Tabla 12 se aprecia que el 16,7% (7 pacientes) tuvieron diagnóstico de hidatidosis concomitante; encontrándose el órgano comprometido concomitante más frecuente el pulmón con un 14,3% (6 pacientes), siguiéndole con menor frecuencia la vía biliar con 2,4% (1 paciente).

## GRÁFICO 07

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN DIAGNOSTICO DE HIDATIDOSIS CONCOMITANTE EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 12.

**TABLA 13**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ENFERMEDADES CONCOMITANTES EN**  
**PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**  
**SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

ENFERMEDADES CONCOMITANTES	N	%
COLECISTITIS CRONICA CALCULOSA	12	29
GASTRITIS	3	7
INFECCION URINARIA	3	7
ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC)	2	5
TUBERCULOSIS PULMONAR	1	2
EVENTRACIÓN ABDOMINAL	1	2
ESTEATOSIS HEPÁTICA	1	2
EMPIEMA PLEURAL	1	2
HIPERTIROIDISMO	1	2
HEMORRAGIA DIAGESTIVA ALTA	1	2

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

La principal enfermedad concomitante que presentaron los pacientes operados de Hidatidosis hepática fue la colecistitis crónica calculosa en 29% (12 pacientes); le siguen en frecuencia la infección urinaria, gastritis y EPOC con 7%, 7% y 5% respectivamente. Otros menos frecuentes fueron TBC pulmonar, esteatosis hepática, hipertiroidismo, hemorragia digestiva alta, eventración abdominal post-cesárea y empiema pleural debido a la protrusión del quiste hidatídico hacia el tórax, con un 2% cada uno. De estos sólo la colecistitis crónica calculosa, empiema pleural y la eventración abdominal fueron manejados concomitantemente en la intervención quirúrgica.

**TABLA 14**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO MÉDICO DE PACIENTES  
CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E.  
BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

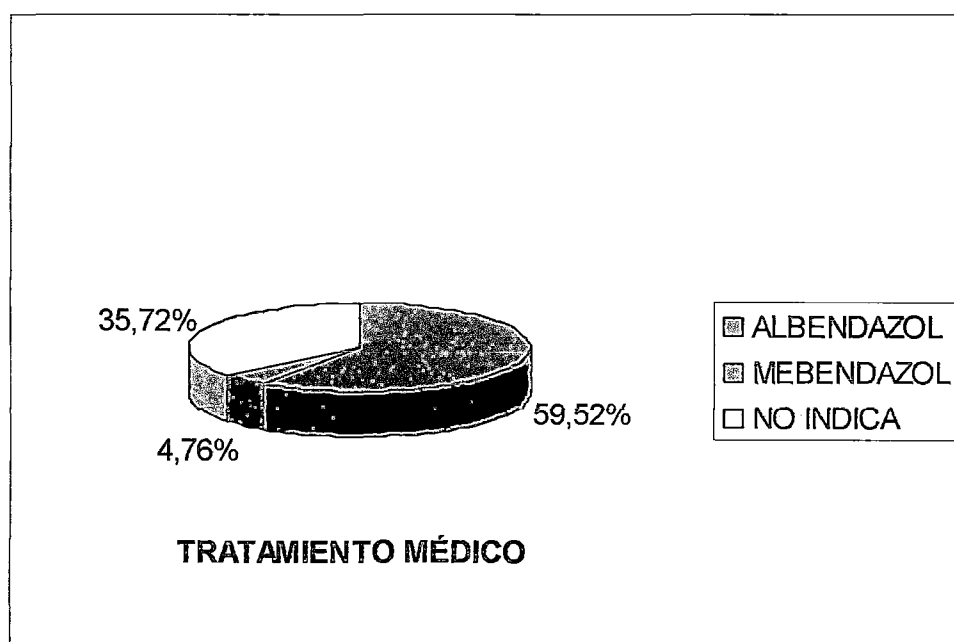
TRATAMIENTO MÉDICO	PRE-OPERATORIO		POST-OPERATORIO	
	Nº	%	Nº	%
ALBENDAZOL < 1 MES	11	45,83	3	23,08
ALBENDAZOL ≥ 1 MES	11	45,83	9	69,23
MEBENDAZOL < 1 MES	2	8,34	1	7,69
MEBENDAZOL ≥ 1 MES	0	0,0	0	0,0
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>57,2</b>	<b>13</b>	<b>30,9</b>

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

El tratamiento médico preoperatorio se realizó en el 57,2% del total (24 pacientes), de los cuales en el 91,66% se utilizó el Albendazol como antiparasitario, utilizándose en el 45,83% por un ciclo completo o más. Con respecto al tratamiento médico postoperatorio se realizó en el 30,9% del total (13 pacientes), de los cuales el 92,31% se utilizó el Albendazol como antiparasitario, utilizándose en el 69,23% por un ciclo completo o más. Sólo en el 35,72% (15 pacientes) no se indicó tratamiento médico ni en el preoperatorio ni en el postoperatorio. Con esto se evidencia el mayor uso del Albendazol como tratamiento médico en el pre o postoperatorio por su mayor eficacia como coadyuvante al tratamiento quirúrgico, dejándose con menor uso al Mebendazol, tal como se evidencia en el Gráfico 08.

## GRÁFICO 08

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO MÉDICO DE PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E.  
Bernal de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 14.

**TABLA 15**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE QUISTES DE PACIENTES  
POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL  
SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

NÚMERO DE QUISTES	CASOS	
	Nº	%
ÚNICO	31	73,8
DOS	8	19,0
TRES	2	4,8
CUATRO	1	2,4
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

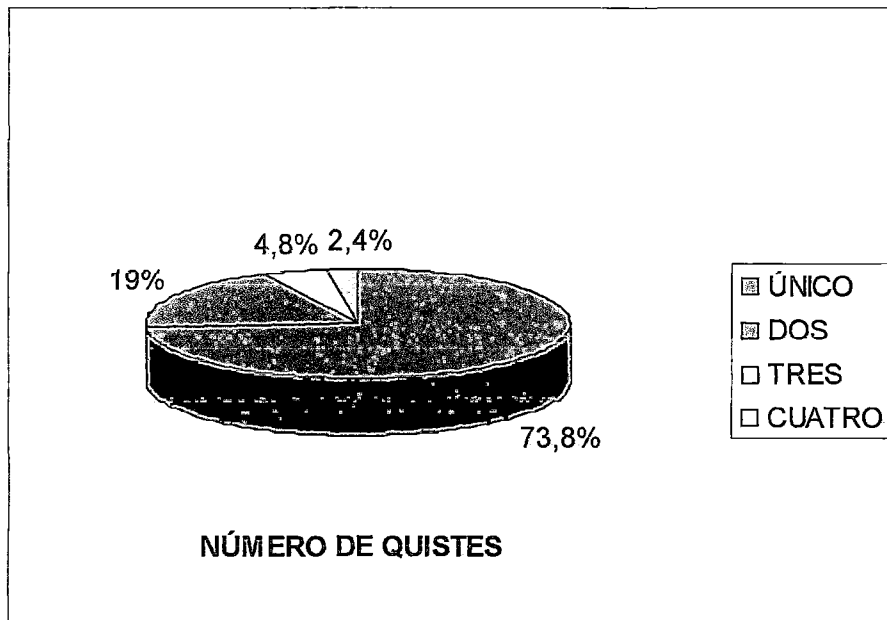
FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En la Tabla 15 se observa el número de quistes hidatídicos encontrados en los 42 pacientes (100%) operados de hidatidosis hepática siendo 54 quistes en total; el mayor porcentaje se evidenció que el quiste hidatídico fue único en el 73,8% (31 pacientes); seguido en orden de frecuencia con dos quistes hidatídicos en el 19% (8 pacientes); con tres quistes en el 4,8% (2 pacientes) y sólo se encontró cuatro quistes hidatídicos en el 2,4% (1 paciente).

**GRÁFICO 09**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN NÚMERO DE QUISTES DE PACIENTES  
POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**

**SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\***



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernaldes de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 15.

**TABLA 16**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN DE QUISTES HIDATÍDICOS  
EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**

**SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

LOCALIZACIÓN DEL QUISTE	QUISTES	
	Nº	%
LOBULO DERECHO	33	57,90
LOBULO IZQUIERDO	20	35,09
AMBOS LOBULOS	4	7,01
TOTAL	57	100,00

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernaldes de Lima  
1990 – 2004

En la Tabla 16 se aprecia que en los 42 pacientes con hidatidosis hepática se encontró 57 quistes hidatídicos; la localización lobular hepática de mayor porcentaje de quistes hidatídicos es el lóbulo derecho con un 57,90% (33 quistes); en el 35,09% (20 quistes) se evidenció en el lóbulo izquierdo; y un 7,01% (4 quistes) estuvo localizado en ambos lóbulos hepáticos.

**TABLA 17**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN SEGMENTARIA HEPÁTICA**  
**DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN**  
**EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

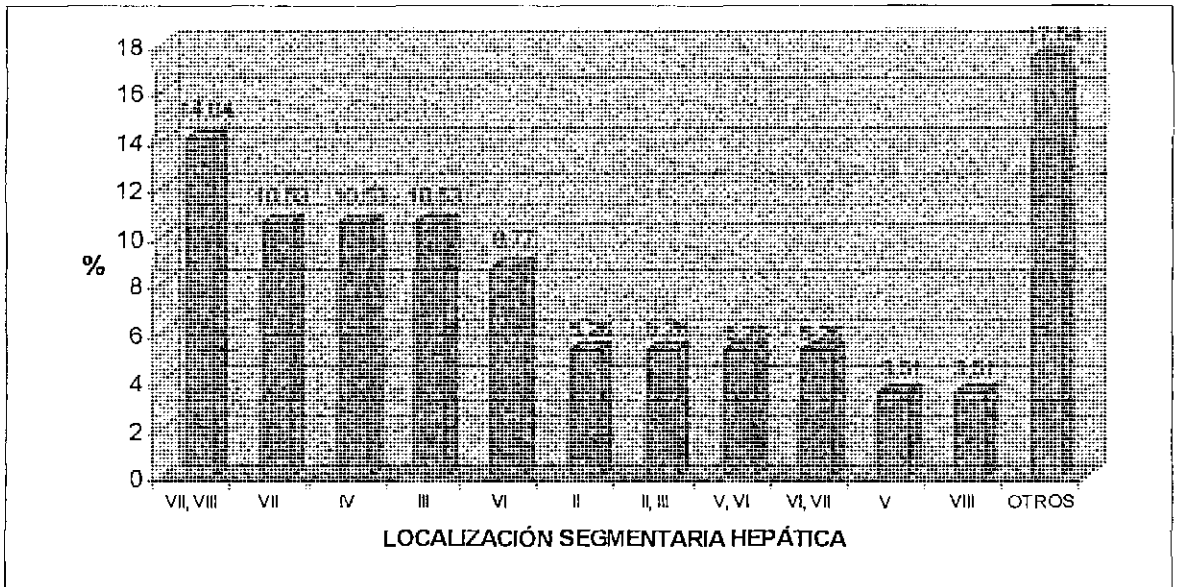
LOCALIZACIÓN SEGMENTARIA HEPÁTICA	QUISTES	
	Nº	%
VII, VIII	8	14,04
VII	6	10,53
IV	6	10,53
III	6	10,53
VI	5	8,77
II	3	5,26
II, III	3	5,26
V, VI	3	5,26
VI, VII	3	5,26
V	2	3,51
VIII	2	3,51
OTROS	10	17,54
TOTAL	57	100,00

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En relación a la localización segmentaria hepática, se observó que el mayor porcentaje de quistes se localizaron entre los segmentos VII y VIII con 14.04% (8 pacientes); seguido de los segmentos hepáticos VII, IV, III, VI con 10.53%, 10.53%, 10.53% y 8.77% respectivamente; que en conjunto integran el 54,4% del total de localizaciones segmentarias hepáticas. Del total de quistes hidatídicos hepáticos el 54,39% (30 pacientes) tuvo localización segmentaria única.

### GRÁFICO 10

#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN LOCALIZACIÓN SEGMENTARIA HEPÁTICA DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E.

Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 17.

**TABLA 18**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TAMAÑO DEL QUISTE EN PACIENTES  
POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**

**SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

TAMAÑO DEL QUISTE (cm.)	CASOS	
	Nº	%
< 5	1	2,4
[ 5 - 10 ]	17	40,5
( 10 - 25 ]	20	47,6
> 25	2	4,8
<b>NO REFERIDO</b>	2	4,8
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

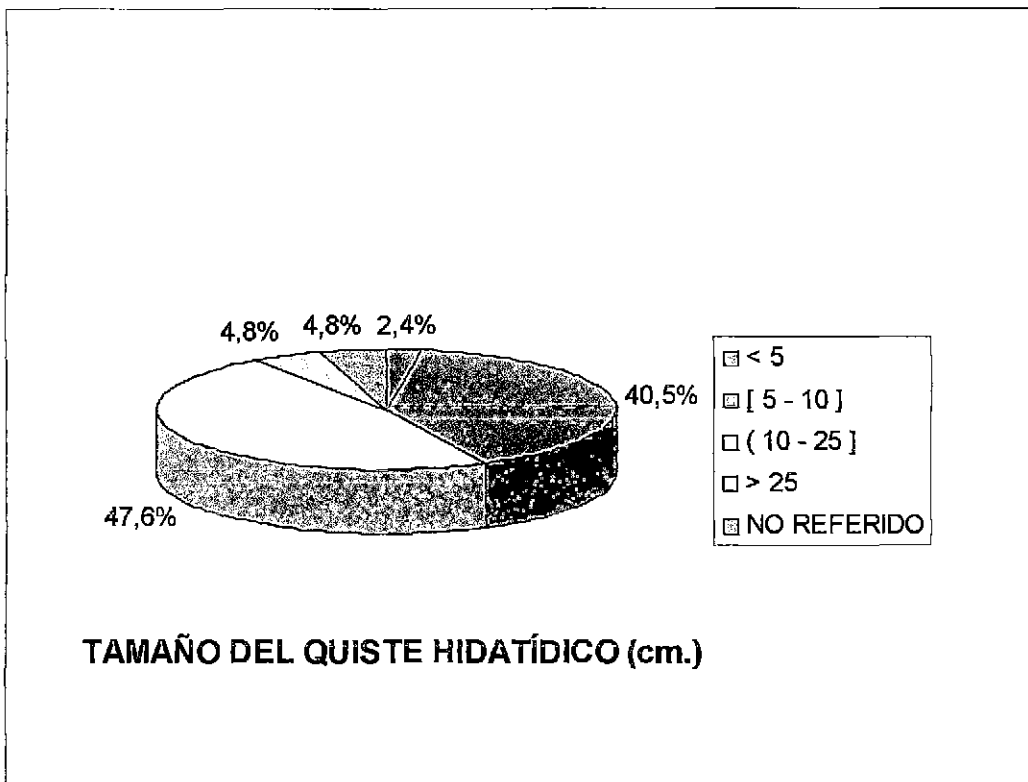
FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernaldes de Lima  
1990 – 2004

En relación al tamaño del quiste hidatídico hepático, en el presente estudio se observó que el mayor porcentaje correspondió al tamaño de 10 a 25 cm. con 47,6% (20 pacientes), seguido de el rango de 5 a 10 cm. en un 40,5% (17 pacientes); que en conjunto ambos comprenden el 88,1% del total de pacientes; también se observó en el 4,8% (2 pacientes) quistes de más de 25 cm. de diámetro; en el 2,4% (1 paciente) se observó un quiste multivesicular menor de 5 cm. de diámetro; y sólo en 2 pacientes (4,8%) no se encontró el tamaño del quiste hidatídico en el reporte operatorio. Además en esta Tabla sólo se consideró el quiste de mayor tamaño por paciente.

**GRÁFICO 11**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TAMAÑO DEL QUISTE DE PACIENTES  
POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**

**SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\***



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E.  
Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 18.

**TABLA 19**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL ESTADO DE LA HIDÁTIDE EN  
PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

ESTADO DE HIDÁTIDE	CASOS	
	Nº	%
UNIVESICULAR	24	57.1
MULTIVESICULAR	14	33.3
MEMBRANAS FRAGMENTADAS	3	7.1
NO REPORTADO	1	2.4
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>

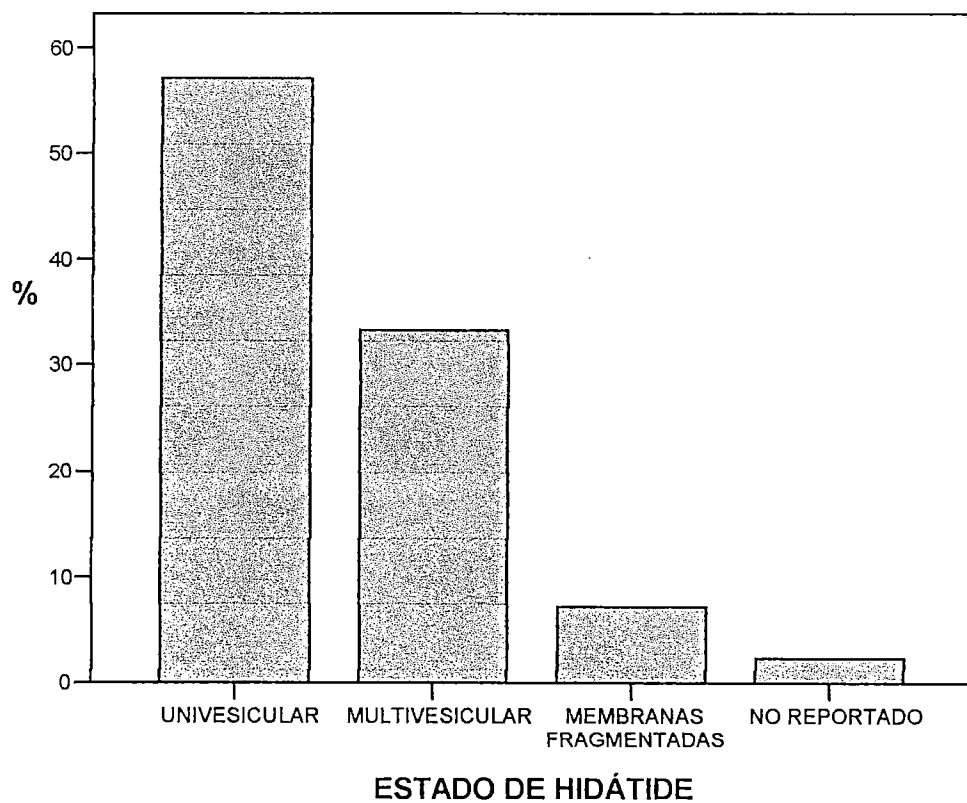
FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

Con respecto al Estado de la hidátide, se apreció que el mayor porcentaje fue el univesicular en el 57,1% del total de casos(24 pacietes); seguido de el 33,3% (14 pacientes) por contenido multivesicular; además se encontró 3 pacientes con membranas fragmentadas (7,1%); y sólo en el 2,4% (1 paciente) no se reportó el estado de la hidátide en el reporte operatorio, ni en la historia clínica.

## GRÁFICO 12

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTADO DE LA HIDÁTIDE DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL

SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E.  
Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 19.

**TABLA 20**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LÍQUIDO HIDATÍDICO DE PACIENTES  
POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**

**SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

LÍQUIDO HIDATÍDICO	CASOS	
	N <sup>o</sup>	%
LIQUIDO TRANSPARENTE	24	57.1
PURULENTO	8	19.0
BILIOSO	5	11.9
SUCIO-TERROSO-TURBIO	3	7.1
BILI-PURULENTO	2	4.8
<b>TOTAL</b>	<b>42</b>	<b>100.0</b>

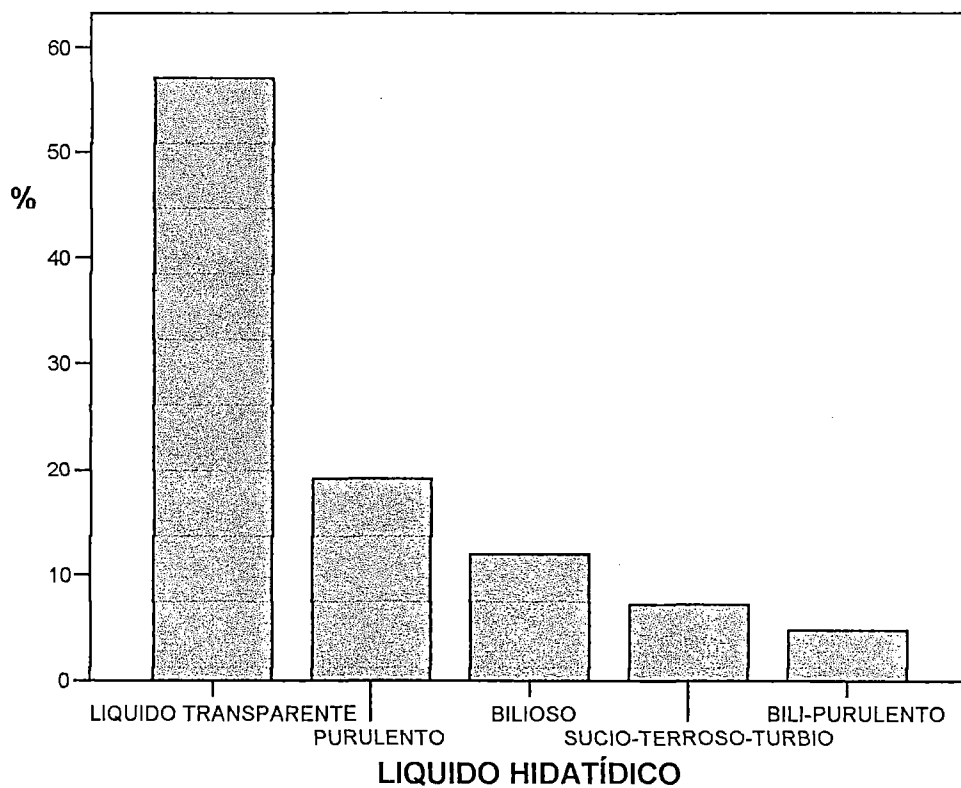
FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En cuanto al contenido líquido del quiste hidatídico, se observó que el mayor porcentaje fue líquido transparente con el 57,1% (24 pacientes); seguido del líquido purulento y el contenido líquido bilioso con el 19% y 11,9% respectivamente. Menos frecuentes fueron de contenido líquido bili-purulento y sucio-terroso-turbio.

### GRÁFICO 13

#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN LÍQUIDO HIDATÍDICO DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL

SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E.  
Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 20.

**TABLA 21**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE QUISTE EN PACIENTES  
POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL  
SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

TIPO DE QUISTE HIDATÍDICO	CASOS	
	N°	%
NO COMPLICADO	20	47.6
COMPLICADO	22	52.4
TOTAL	42	100.0

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En la Tabla 21 se refiere al tipo de quiste hidatídico hepático, donde se aprecia que con un ligero mayor porcentaje corresponde al tipo complicado con el 52,4% (22 pacientes), teniendo en cuenta todos los tipos de complicaciones que puede ocasionar el quiste con respecto a su estado y localización hepática. Con ligero menor porcentaje se tiene el tipo no complicado con el 47,6% (20 pacientes).

**TABLA 22**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN COMPLICACIONES REPORTADAS DEL  
QUISTE EN PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS  
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 –  
2004**

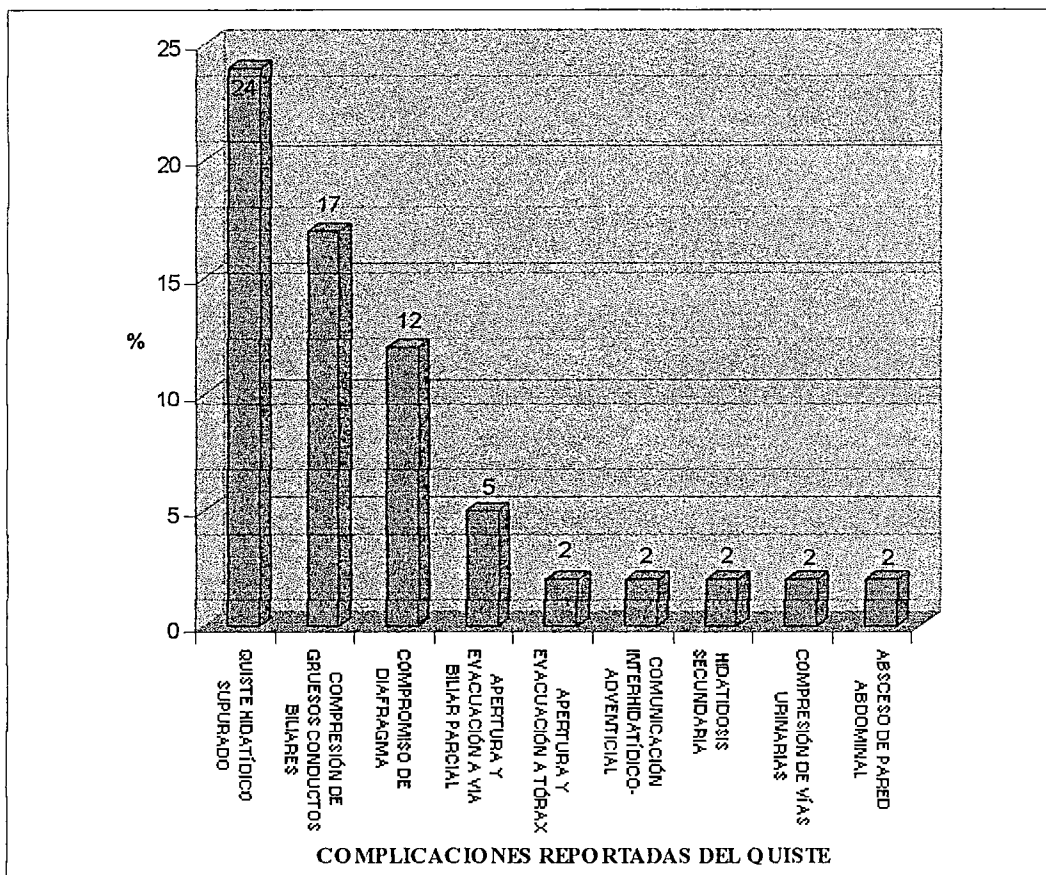
<b>COMPLICACIONES REPORTADAS DEL QUISTE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>QUISTE HIDATÍDICO SUPURADO</b>	10	24
<b>COMPRESIÓN DE GRUESOS CONDUCTOS BILIARES</b>	7	17
<b>COMPROMISO DE DIAFRAGMA</b>	5	12
<b>APERTURA Y EVACUACIÓN A VÍA BILIAR PARCIAL</b>	2	5
<b>APERTURA Y EVACUACIÓN A TÓRAX</b>	1	2
<b>COMUNICACIÓN INTERHIDATÍDICO-ADVENTICIAL</b>	1	2
<b>HIDATIDOSIS SECUNDARIA</b>	1	2
<b>COMPRESIÓN DE VÍAS URINARIAS</b>	1	2
<b>ABSCESO DE PARED ABDOMINAL</b>	1	2

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

Entre las complicaciones reportadas del quiste hidatídico hepático, resalta en mayor frecuencia el quiste hidatídico supurado con un 24% (10 pacientes); seguido en segundo lugar por compresión de grueso conductos biliares con un 17% (7 pacientes), que se hizo evidente al producir cuadros de obstrucción biliar con ictericia; en tercer lugar por compromiso del diafragma con 12% (5 pacientes), esto en relación a las múltiples adherencias del quiste hacia el diafragma y en un caso con una perforación del diafragma; seguido de apertura y evacuación parcial a vía biliar en un 5% (2 pacientes), que conllevó en 1 paciente a ictericia intermitente y otro a un cuadro de hidatidosis de vía biliar secundaria; menos frecuentes se apreciaron apertura y evacuación total a tórax (2%), que conllevó a un empiema pleural con fistula broncopleural, lo que se denomina tránsito abdómino-torácico; comunicación interhidatídica adventicial (2%) en un paciente que presentó cuatro quistes intercomunicados; hidatidosis secundaria (2%) por la evacuación parcial a vía biliar ya mencionada; compresión de vías urinarias (2%), en un paciente que conllevó a una Ectasia pélvica renal derecha; así mismo también se observó absceso de pared abdominal con un 2% del total.

GRÁFICO 14

DISTRIBUCIÓN SEGÚN COMPLICACIONES DEL QUISTE EN PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*

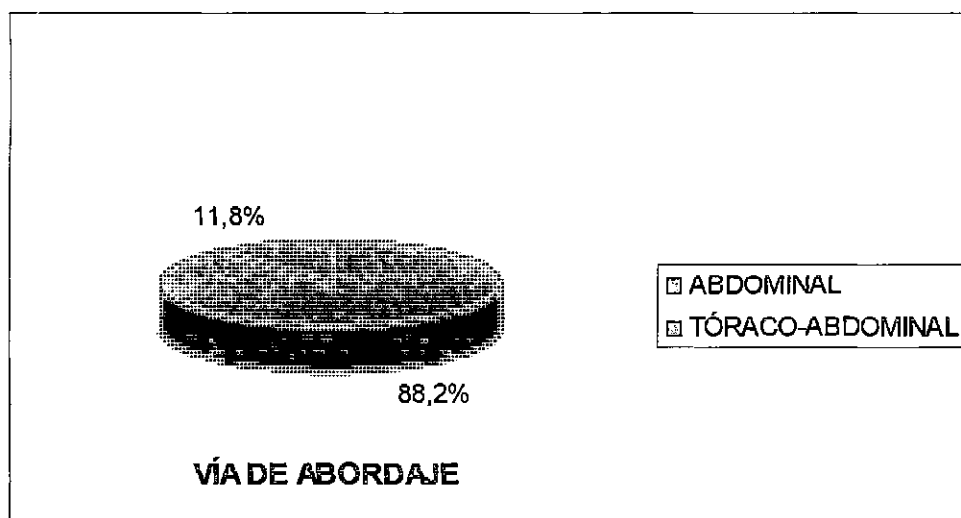


FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 22.

## GRÁFICO 15

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN VÍA DE ABORDAJE DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

En el Gráfico 15 se hace referencia a la vía de abordaje que se realizó en los pacientes intervenidos quirúrgicamente por Hidatidosis hepática, observándose que el mayor porcentaje fue la vía Abdominal con el 88,2% (37 pacientes); y con menor frecuencia se realizó la vía Tóraco-abdominal en un 11,8% (5 pacientes). Teniendo en cuenta que la elección de la vía de abordaje depende de varios factores, como la ubicación topográfica del quiste y el estado patológico del quiste.

**TABLA 23**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE INCISIÓN DE PACIENTES  
POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL  
SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

<b>TIPO DE INCISION</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>PARAMEDIANA DERECHA SUPRAUMBILICAL TRANSRECTAL (IPMDSUTR)</b>	26	61.9
<b>SUBCOSTAL DERECHA (ISCD)</b>	3	7.1
<b>TRANSVERSA SUPRAUMBILICAL BILATERAL (ITSU)</b>	2	4.8
<b>MEDIANA SUPRA E INFRAUMBILICAL (IMSU e IMIU)</b>	2	4.8
<b>SUBCOSTAL BILATERAL (ISCB)</b>	1	2.4
<b>MEDIANA SUPRAUMBILICAL (IMSU)</b>	1	2.4
<b>SUBCOSTAL IZQUIERDA (ISCI)</b>	1	2.4
<b>PARAMEDIANA IZQUIERDA SUPRAUMBILICAL TRANSRECTAL (IPMISUTR)</b>	1	2.4
<b>TORACO-ABDOMINAL (I- TA)</b>	5	11.8
<b>TOTAL</b>	42	100.0

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En cuanto al tipo de incisión realizado, se apreció que en relación a la vía abdominal, la incisión con mayor frecuencia fue la Paramediana derecha supraumbilical transrectal con el 61,9% (26 pacientes); seguido con menor frecuencia de las incisiones Subcostal derecha, Transversa supraumbilical y mediana supra e infraumbilical con 7.1%, 4.8%, 4.8% respectivamente. Otras incisiones también fueron Subcostal bilateral, Mediana supraumbilical, Subcostal izquierda y Paramediana izquierda supraumbilical transrectal. Sólo en el 11,8% (5 pacientes) se le realizó incisión Tóraco-abdominal.

TABLA 24

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN MANEJO DEL QUISTE Y ESTADO DE LA  
HIDÁTIDE DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS  
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES, LIMA 1990-2004**

		MANEJO DEL QUISTE						TOTAL	
		CONSERVADOR				RADICAL			
		CISTOPERIQUISTECTOMÍA PARCIAL		HIDATIDECTOMIA		RESECCIÓN HEPÁTICA			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
ESTADO DE LA HIDÁTIDE	UNIVESICULAR	0	0,0%	24	100%	0	0,0%	24	57,0%
	MULTIVESICULAR	0	0,0%	13	93,6%	1	7%	14	33,4%
	MEMBRANAS FRAGMENTADAS	1	33,3%	2	66,6%	0	0,0%	3	7,2%
	NO REPORTADO	0	0,0%	1	100%	0	0,0%	1	2,4%
TOTAL		1	2,4%	40	95,2%	1	2,4%	42	100,0%

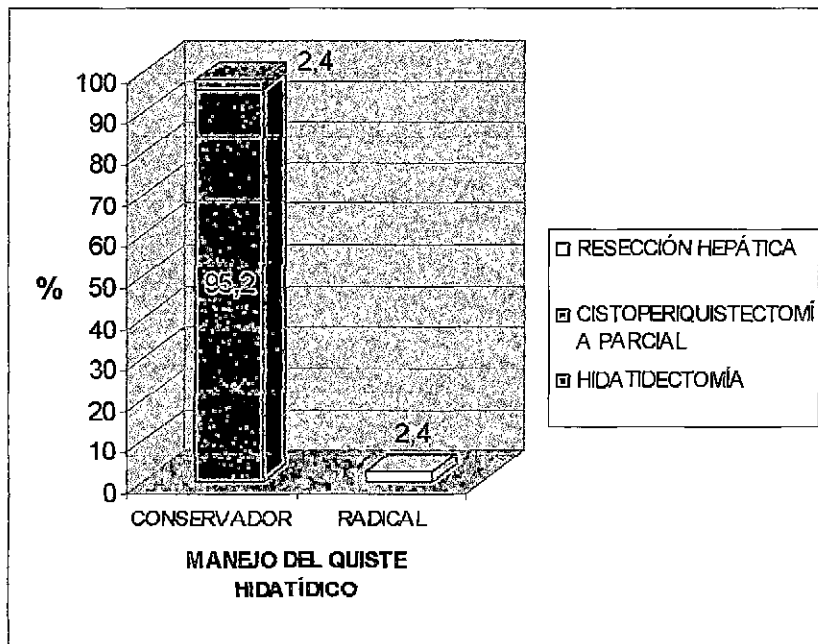
Chi-cuadrado: 15,325 g.l.: 6 p < 0.05

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 - 2004

En la Tabla 25 se aprecia que el Manejo del quiste hidatídico es conservador en un 97,6% (41 pacientes), siendo la hidatidectomía la técnica de mayor frecuencia y tan sólo radical en un 2,4% (1 paciente). Además se observa que el quiste univesicular (57% del total) es tratado en su totalidad con tratamiento conservador tipo hidatidectomía; el 93% de quistes multivesiculares es manejado con hidatidectomía y sólo el 2,4% es manejado con tratamiento radical tipo resección hepática. Se tuvo 3 pacientes con membranas fragmentadas (7,2%), de los cuales 2 fueron tratados con hidatidectomía y 1 con cistoperiquistectomía parcial.

**GRÁFICO 16**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN MANEJO DEL QUISTE DE PACIENTES  
POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL  
SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\***



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernaldes de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 24.

**TABLA 25**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE SOLUCIÓN ESCOLICIDA  
UTILIZADO EN PACIENTES OPERADOS DE HIDATIDOSIS  
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 –  
2004**

<b>TIPO DE SOLUCIÓN ESCOLICIDA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Na Cl 33%</b>	32	76,19
<b>Na Cl 20%</b>	8	19,01
<b>FORMOL 2%</b>	1	2,4
<b>NO INDICA</b>	1	2,4
<b>TOTAL</b>	42	100,0

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

La solución escolicida utilizada en el tratamiento del quiste hidatídico hepático fue la solución hipertónica al 33% en un 76,19% (32 pacientes); seguido en segundo lugar por solución salina al 20% en el 19,01% (8 pacientes); siendo tan sólo usado en un 2,4% (1 paciente) el Formol al 2%; y en un 2,4% (1 paciente) no se uso porque se manejó con tratamiento radical tipo resección hepática. Observándose que el manejo del quiste es más frecuente con solución salina hipertónica al 33% quizás por su bajo costo y efectividad elevada y dejando de lado el formol al 2% por las complicaciones que pudiera traer.

**TABLA 26**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD  
ADVENTICIAL EN PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS  
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 –  
2004**

<b>TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ADVENTICIAL</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>QUISTOSTOMÍA</b>	30	71,4
<b>QUISTOSTOMÍA + CAPITONAJE</b>	7	16,7
<b>CAPITONAJE</b>	3	7,1
<b>EPIPLOPLASTÍA</b>	2	4,8
<b>TOTAL</b>	42	100,0

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En relación al manejo de la cavidad adventicial, se aprecia que la técnica de mayor frecuencia es la quistostomía en el 71,4% (30 pacientes); seguido en segundo lugar por la quistostomía más capitonaje en el 16,7% (7 pacientes); también por capitonaje y epiploplastía con 7,1% y 4,8% respectivamente.

**TABLA 27**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TIPO DE DRENAJE DE PACIENTES  
POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**

**SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

<b>TIPO DE DRENAJE</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>TUBULAR SIMPLE</b>	33	79
<b>TUBULAR SIMPLE + LAMINAR</b>	6	14
<b>LAMINAR</b>	2	5
<b>SIN DREN</b>	1	2
<b>TOTAL</b>	42	100

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

Con respecto al tipo de drenaje utilizado en el tratamiento quirúrgico de la Hidatidosis hepática, se ve que con mayor frecuencia es utilizado el drenaje tubular simple en un 79% (33 pacientes); seguido de una combinación de dos tipos de drenes el tubular simple más el laminar en un 14% (6 pacientes); y consecutivamente por drenaje laminar en 5% (2 pacientes); tan solo en un 2% (1 paciente) no se utilizó ningún dren.

**TABLA 28**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LAS COMPLICACIONES  
POSTOPERATORIAS PRESENTADAS EN PACIENTES CON  
HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
DE LIMA 1990 – 2004**

<b>COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS</b>	<b>N.</b>	<b>%</b>
<b>BILIRRAGIA</b>	24	57
<b>HEMORRAGIA</b>	21	50
<b>INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA</b>	9	21
<b>FÍSTULA BILIAR PERSISTENTE</b>	7	17
<b>ABSCESO RESIDUAL</b>	3	7
<b>COMPLICACIONES PULMONARES</b>	3	7
<b>FIEBRE MANTENIDA</b>	3	7
<b>SUPURACIÓN DE CAVIDAD</b>	2	5
<b>EVENTRACIÓN</b>	2	5
<b>SHOCK SÉPTICO</b>	1	2
<b>SHOCK HIPOVOLÉMICO</b>	1	2
<b>ANAFILAXIA</b>	1	2
<b>TROMBOFLEBITIS</b>	1	2

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

Las principales complicaciones postoperatorias presentadas fueron: la bilirragia en un 57% (24 pacientes); seguida en segundo lugar por hemorragia en un 50% (21 pacientes); en tercer lugar se tiene a la infección de herida operatoria con un 21% (9 pacientes); seguidas con menor frecuencia de fistula biliar persistente, absceso residual, complicaciones pulmonares y fiebre mantenida con 17%, 7%, 7%, 7% respectivamente, dentro de las complicaciones pulmonares destacan atelectasia y neumotórax. Otras complicaciones también fueron supuración de cavidad, eventración, shock séptico, shock hipovolémico, anafilaxia y tromboflebitis.

**TABLA 29**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ICTERICIA PREOPERATORIA Y LA  
BILIRRAGIA POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS  
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 –  
2004**

		BILIRRAGIA				TOTAL
		SI		NO		
ICTERICIA	SI	6	86%	1	14%	7
	NO	18	51%	17	49%	35
TOTAL		24		18		42

Chi-cuadrado: 2,8      g.l.: 1      p = 0,094

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En la presente tabla se observa que los pacientes con ictericia preoperatoria tienen mayor porcentaje de bilirragia postoperatoria (86%), a diferencia de los que no presentan ictericia preoperatoria (51%); pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,094$ ).

**TABLA 30**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TAMAÑO DEL QUISTE Y LA  
HEMORRAGIA POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON  
HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
DE LIMA 1990 – 2004**

		HEMORRAGIA				TOTAL
		SI		NO		
TAMAÑO DEL QUISTE	< o = 10 cm.	7	39%	11	61%	18
	> 10 cm.	13	59%	9	41%	22
TOTAL		20		20		40

Chi-cuadrado: 1,616      g.l.: 1      p = 0,204

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En la tabla se aprecia que los pacientes con quistes hidatídicos con tamaño superior a 10 cm. tienen mayor porcentaje de hemorragia postoperatoria (59%), a diferencia de los quistes hidatídicos con tamaño inferior o igual a 10 cm. (39%); pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo (p = 0,204).

**TABLA 31**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE QUISTES Y LA  
HEMORRAGIA POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON  
HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
DE LIMA 1990 – 2004**

		HEMORRAGIA				TOTAL
		SI		NO		
NUMERO DE QUISTES	1	18	58%	13	42%	31
	> 1	3	27%	8	73%	11
TOTAL		21		21		42

Chi-cuadrado: 3,079      g.l.: 1      p = 0,079

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En esta tabla se observa que los pacientes con quiste hidatídico único tienen mayor porcentaje de hemorragia postoperatoria (58%), a diferencia de los que presentan quistes múltiples intrahepáticos (27%); pero esto en nuestra serie no es estadísticamente significativo ( $p = 0,079$ ).

TABLA 32

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ICTERICIA PREOPERATORIA Y LA INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004

		INFECCION DE HERIDA OPERATORIA				TOTAL
		SI		NO		
ICTERICIA	SI	4	57%	3	43%	7
	NO	5	14%	30	86%	35
TOTAL		9		33		42

Chi-cuadrado: 6,364

g.l.: 1

p = 0,012

Fisher: p = 0,028

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

La presente tabla hace referencia que los pacientes que presentaron ictericia preoperatoria tienen mayor porcentaje de infección de herida operatoria (57%), a diferencia de los que no presentaron ictericia preoperatoria (14%); siendo estos datos estadísticamente significativo a Chi-cuadrado ( $p < 0,05$ ), incluso también con el test de Fisher ( $p < 0,05$ ).

**TABLA 33**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL LÍQUIDO HIDATÍDICO E INFECCIÓN DE  
HERIDA OPERATORIA EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS  
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 –  
2004**

		INFECCION DE HERIDA OPERATORIA				TOTAL
		SI		NO		
LIQUIDO HIDATÍDICO TRANSPARENTE	SI	3	12,5%	21	87,5%	24
	NO	6	33,3%	12	66,6%	18
TOTAL		9		33		42

Chi-cuadrado: 2,652      g.l.: 1      p = 0,103

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En la tabla se aprecia que los pacientes con líquido hidatídico transparente tienen menor porcentaje de infección de herida operatoria (12,5%), que los pacientes sin líquido transparente (33,3%); pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,103$ ).

**TABLA 34**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL TIPO DE QUISTE Y LA INFECCIÓN DE  
HERIDA OPERATORIA EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS  
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 –  
2004**

		INFECCION DE HERIDA OPERATORIA				TOTAL
		SI		NO		
QUISTE HIDATIDICO COMPLICADO	SI	6	27%	16	73%	22
	NO	3	15%	17	85%	20
TOTAL		9		33		42

Chi-cuadrado: 0,937      g.l.: 1      p = 0,333

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

La presente tabla nos muestra que los pacientes con quiste hidatídico complicado presentan mayor porcentaje de infección de herida operatoria (27%), que los quiste hidatídicos no complicados (15%); pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,333$ ).

**TABLA 35**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUISTE HIDATÍDICO SUPURADO E  
INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA EN PACIENTES CON  
HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
DE LIMA 1990 – 2004**

		INFECCION DE HERIDA OPERATORIA				TOTAL
		SI		NO		
QUISTE HIDATÍDICO SUPURADO	SI	3	30%	7	70%	10
	NO	6	19%	26	81%	32
TOTAL		9		33		42

Chi-cuadrado: 0,573      g.l.: 1      p = 0,449

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

Los pacientes con quiste hidatídico supurado tienen mayor porcentaje de infección de herida operatoria (30%), que los quistes hidatídicos no supurados (19%); pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,449$ ).

**TABLA 36**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUISTE CON COMUNICACIÓN BILIAR E  
INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA EN PACIENTES CON  
HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
DE LIMA 1990 – 2004**

		INFECCIÓN DE HERIDA OPERATORIA				TOTAL
		SI		NO		
QUISTE CON COMUNICACIÓN BILIAR	SI	4	57%	3	43%	7
	NO	5	14%	30	86%	35
TOTAL		9		33		42

Chi-cuadrado: 6,364      g.l.: 1      p = 0,012  
Fisher: p = 0,028

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En la presente tabla se observa que los pacientes que presentaron quiste hidatídico con comunicación biliar tienen mayor porcentaje de infección de herida operatoria (57%), que los quistes hidatídicos sin comunicación biliar (14%); estos datos son estadísticamente significativos a Chi-cuadrado ( $p < 0,05$ ), incluso al test de Fisher ( $p < 0,05$ ).

**TABLA 37**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ICTERICIA PREOPERATORIA Y LA FÍSTULA BILIAR PERSISTENTE POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

		FÍSTULA BILIAR PERSISTENTE				TOTAL
		SI		NO		
ICTERICIA	SI	4	57%	3	43%	7
	NO	3	9%	32	91%	35
TOTAL		7		35		42

Chi-cuadrado: 9,909      g.l.: 1      p = 0,002  
 Fisher: p = 0,009

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

La tabla nos muestra que los pacientes con ictericia preoperatoria tienen mayor porcentaje de fistula biliar persistente postoperatoria (57%), a diferencia de los que no presentaron ictericia preoperatorio (9%); siendo estos datos estadísticamente significativo a Chi-cuadrado ( $p < 0,01$ ), incluso al test de Fisher ( $p < 0,01$ ).

**TABLA 38**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN EL NÚMERO DE QUISTES Y LA FÍSTULA BILIAR PERSISTENTE POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

		FÍSTULA BILIAR PERSISTENTE				TOTAL
		SI		NO		
NUMERO DE QUISTES	1	6	19%	25	81%	31
	>1	1	9%	10	91%	11
TOTAL		7		35		42

Chi-cuadrado: 0,616      g.l.: 1      p = 0,433

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

En la presente tabla se aprecia que los pacientes con quiste hidatídico único tienen mayor porcentaje de fistula biliar persistente postoperatoria (19%), que los que presentaron quistes múltiples intrahepáticos (9%), pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,433$ ).

TABLA 39

DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUISTE HIDATÍDICO SUPURADO Y FÍSTULA BILIAR PERSISTENTE POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004

		FÍSTULA BILIAR PERSISTENTE				TOTAL
		SI		NO		
QUISTE HIDATÍDICO COMPLICADO	SI	6	27%	16	73%	22
	NO	1	5%	19	95%	20
TOTAL		7		35		42

Chi-cuadrado: 3,742 g.l.: 1 p = 0,053

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

Los pacientes que presentan quistes hidatídicos complicados presentan mayor porcentaje de fístula biliar persistente postoperatoria (27%), que los quistes hidatídicos no complicados (5%); pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,053$ ).

**TABLA 40**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUISTE CON COMUNICACIÓN BILIAR Y  
 ABSCESO RESIDUAL EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA  
 EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

		ABSCESO RESIDUAL				TOTAL
		SI		NO		
QUISTE CON COMUNICACIÓN BILIAR	SI	2	29%	5	71%	7
	NO	1	3%	34	97%	35
TOTAL		3		39		42

Chi-cuadrado: 5,815      g.l.: 1      p = 0,016

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
 1990 – 2004

En la presente tabla se observa que los pacientes con quiste con comunicación biliar presentan mayor porcentaje de absceso residual (29%), que los quistes sin comunicación biliar (3%); siendo esto estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

**TABLA 41**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUISTE CON COMUNICACIÓN BILIAR Y  
SUPURACIÓN DE CAVIDAD EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS  
HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 –  
2004**

		SUPURACIÓN DE CAVIDAD				TOTAL
		SI		NO		
QUISTE CON COMUNICACIÓN BILIAR	SI	2	29%	5	71%	7
	NO	0	0%	35	100%	35
TOTAL		2		40		42

Chi-cuadrado: 10,500      g.l.: 1      p = 0,001  
Fisher: p = 0,024

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En la presente tabla se aprecia que los pacientes con quiste con comunicación biliar tienen mayor porcentaje de supuración de cavidad adventicial (29%), que los quistes sin comunicación biliar (0%); siendo estos datos estadísticamente significativo a Chi-cuadrado ( $p < 0,01$ ), incluso al test de Fisher ( $p < 0,05$ ).

TABLA 42

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUISTE CON COMUNICACIÓN BILIAR Y SHOCK SÉPTICO EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

		SHOCK SÉPTICO		TOTAL
		SI	NO	
QUISTE CON COMUNICACIÓN BILIAR	SI	1	6	7
	NO	0	15	15
TOTAL		1	41	42

Chi-cuadrado: 5,122      g.l.: 1      p = 0,024

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

La tabla nos muestra que los pacientes con quiste con comunicación biliar tienen mayor porcentaje de shock séptico (14%), que los quistes sin comunicación biliar (0%); siendo esto estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

**TABLA 43**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN  
PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL  
HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

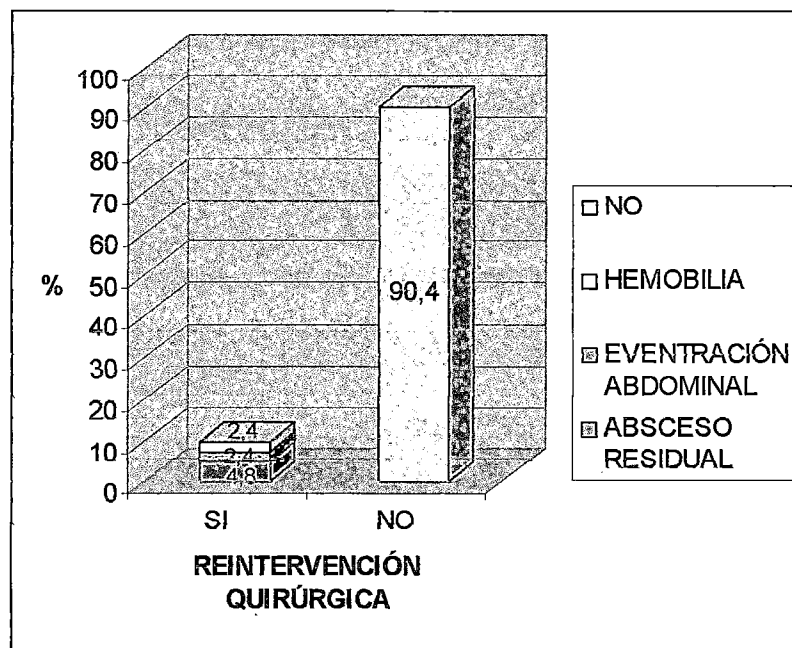
<b>MOTIVO DE REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>ABSCESO RESIDUAL</b>	<b>2</b>	<b>4,8</b>
<b>EVENTRACION ABDOMINAL</b>	<b>1</b>	<b>2,4</b>
<b>HEMOBILIA</b>	<b>1</b>	<b>2,4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>4</b>	<b>9,6</b>

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

Las reintervenciones quirúrgicas de los pacientes operados de Hidatidosis hepática corresponden a un 9,6% del total (4 pacientes); el mayor porcentaje de reintervención quirúrgicas corresponden a abscesos residuales con un 4,8% (2 pacientes); seguido de hemobilia y eventración abdominal con 2,4% cada una.

### GRÁFICO 17

#### DISTRIBUCIÓN SEGÚN REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA EN PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 43.

TABLA 44

DISTRIBUCIÓN SEGÚN CIRUGÍA CONCOMITANTE EN PACIENTES  
OPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO

E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004

CIRUGÍA CONCOMITANTE	N	%
COLECISTECTOMÍA	10	24
COLEDOCOTOMÍA + KEHR	3	7
COLECISTOSTOMÍA	3	7
RESECCIÓN DE QUISTE DE OTRA LOCALIZACIÓN	2	5
EVENTROPLASTÍA	2	5
LIBERACIÓN DE ADHERENCIAS MÚLTIPLES	1	2
EXTRACCIÓN DE MEMBRANAS HIDATÍDICAS DE VÍA BILIAR + KEHR	1	2
DRENAJE PLEURAL	1	2

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

De todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente por Hidatidosis hepática, a sólo un 38,1% del total (16 pacientes) se les realizó cirugía sobreañadida; siendo el de mayor porcentaje la colecistectomía en un 24% (10 pacientes); seguido de coledocotomía más kher, colecistostomía, resección de quiste de otra localización y eventración con 7%, 7%, 5% y 5% respectivamente. Otras cirugías sobreañadidas menos frecuentes fueron Liberación de adherencias múltiples, drenaje pleural y extracción de membranas hidatídicas de vía biliar más kher.

TABLA 45

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD  
ADVENTICIAL Y EL RETIRO DE DRENES DE PACIENTES  
POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL  
SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

		RETIRO DE DRENAJE						TOTAL	
		< 3 DIAS		3 - 7 DIAS		> 7 DIAS		N°	%
		N°	%	N°	%	N°	%		
<b>TRATAMIENTO DE CAVIDAD ADVENTICIAL</b>	<b>QUISTOSTOMIA</b>	0	0,0%	11	37%	19	63%	30	71,4%
	<b>CAPITONAJE</b>	1	50%	0	0,0%	1	50%	2	4,8%
	<b>EPIPLOPLASTIA</b>	0	0,0%	2	100%	0	0,0%	2	4,8%
	<b>QUISTOSTOMIA + CAPITONAJE</b>	0	0,0%	2	29%	5	71%	7	16,7%
<b>TOTAL</b>		1	2,4%	15	35,8%	25	59,5%	41	97,7%

Chi-cuadrado: 23,965 g.l.: 6 p < 0,01

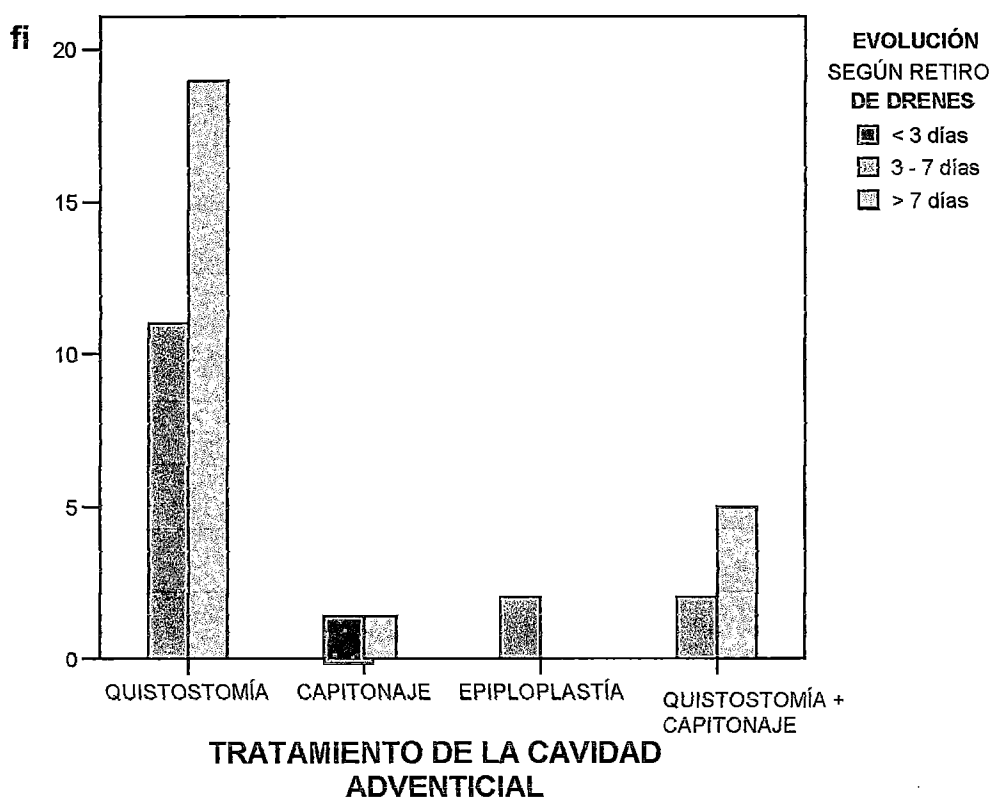
FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En relación al drenaje quirúrgico, se observa que sólo se utilizó drenaje en el 97,7% del total de pacientes; el cual fue retirado en mayor porcentaje después del séptimo día postoperatorio en un 59,5% (25 pacientes); seguido del rango entre 3 a 7 días en un 35,7% (15 pacientes); y con menor frecuencia fue retirado antes del tercer día postoperatorio en el 2,4% del total (1 paciente), el cual fue manejado por capitonaje. Observándose que 2/3 de los manejados por quistostomía sola o combinada a capitonaje el retiro del drenaje fue mayor a 7 días; el 50% de los manejados por capitonaje se retiró antes del tercer día postoperatorio; el 100% de los manejados por epiploplastía se retiró entre 3 a 7 días. Hubo un solo paciente sin drenaje quirúrgico que fue manejado por capitonaje.

## GRÁFICO 18

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN EVOLUCIÓN DE RETIRO DE DRENES Y TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ADVENTICIAL DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL

SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E.

Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 45.

**TABLA 46**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA DE PACIENTES  
CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E.  
BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

ESTANCIA HOSPITALARIA (DÍAS)		Nº	%
PRE-OPERATORIO	≤ 7	15	36
	> 7	27	64
TOTAL		42	100
POST-OPERATORIO	< 0-10	5	11,9
	11-20	16	38,1
	21-30	11	26,2
	31-40	6	14,3
	51-60	3	7,1
	61-70	1	2,4
TOTAL		42	100

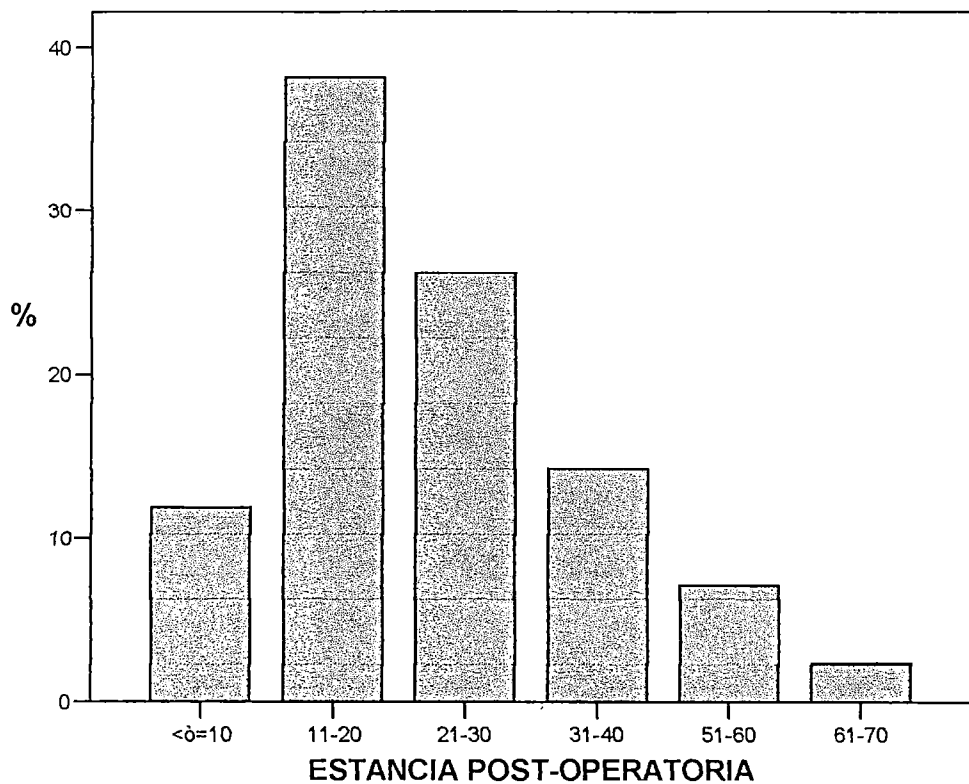
Nº	ESTANCIA POSTOPERATORIA			
	Promedio	Desv. Standard	Mínimo	Máximo
42	23,67	14,35	4	62

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

Con respecto a la estancia hospitalaria pre-operatoria se observa que el mayor porcentaje corresponde a pacientes de más de 7 días con 64% (27 pacientes); mientras el otro grupo corresponde a pacientes de hasta 7 días con 36% (15 pacientes); esto estaría en relación a la preparación prequirúrgica y al estado del paciente. En lo referente a la estancia post-operatoria osciló entre 4 y 62 días, con una media de 23,67 días y una desviación estándar de 14,35; el rango más frecuente corresponde a pacientes de 11 a 20 días en el 38,1% (16 pacientes); la estancia hospitalaria postoperatoria de 11 a 30 días corresponde a un 64,3% del total (27 pacientes).

## GRÁFICO 19

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA POSTOPERATORIA DE PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E.  
Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 46.

TABLA 47

DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA  
 POSTOPERATORIA Y MANEJO DEL QUISTE DE PACIENTES CON  
 HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
 DE LIMA 1990 – 2004

		MANEJO DEL QUISTE H.				TOTAL
		CONSERVADOR		RADICAL		
		CISTOPERIQUISTECTOMIA PARCIAL	HIDATIDECTOMIA	RESECCION HEPATICA		
ESTANCIA POST-OPERATORIA	< 10	Nº	1	3	1	5
		%	2,4%	7,1%	2,4%	11,9%
	11-20	Nº	0	16	0	16
		%	0,0%	38,1%	0,0%	38,1%
	21-30	Nº	0	11	0	11
		%	0,0%	26,2%	0,0%	26,2%
	31-40	Nº	0	6	0	6
		%	0,0%	14,3%	0,0%	14,3%
	51-60	Nº	0	3	0	3
		%	0,0%	7,1%	0,0%	7,1%
	61-70	Nº	0	1	0	1
		%	0,0%	2,4%	0,0%	2,4%
TOTAL		Nº	1	40	1	42
		%	2,4%	95,2%	2,4%	100,0%

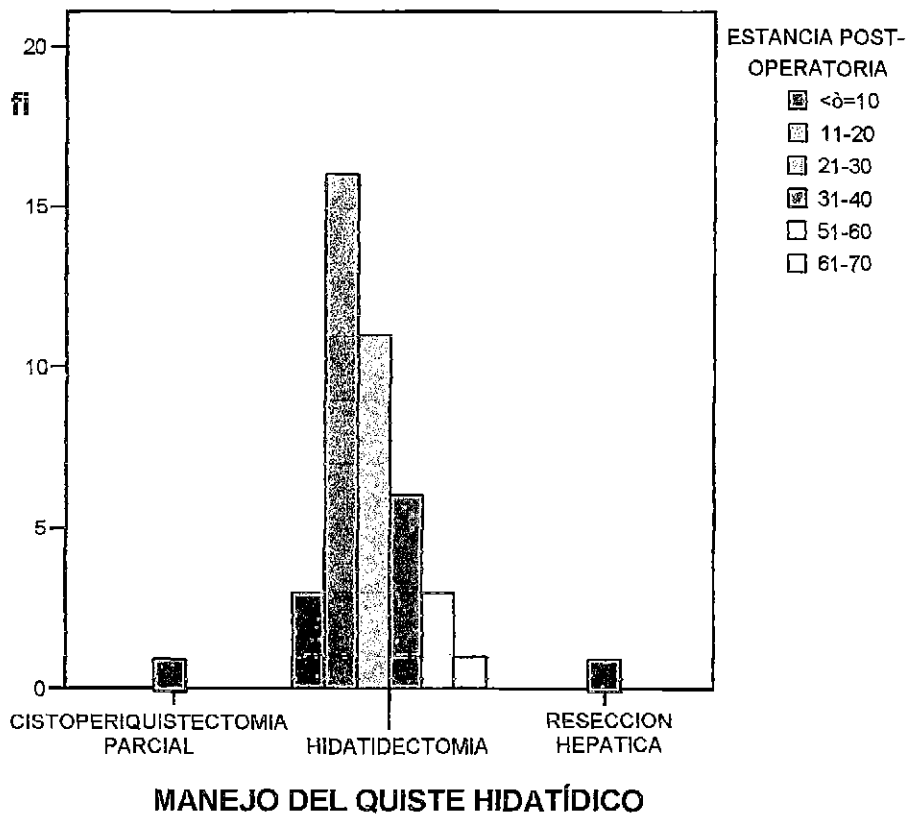
p = 11,4

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

En cuanto a la relación entre estancia postoperatoria y manejo del quiste hidatídico; se observó que a los pacientes que se les realizó hidatidectomía, 2/3 de estos su estancia postoperatoria fue entre 11 a 30 días; a los que se le realizó cistoperiquistectomía parcial o resección hepática fue < 10 días; pero esto no es estadísticamente significativo con  $p > 0,05$ .

**GRÁFICO 20**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA  
POSTOPERATORIA Y MANEJO DEL QUISTE DE PACIENTES CON  
HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
DE LIMA 1990 – 2004\***



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 47.

**TABLA 48**  
**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA**  
**POSTOPERATORIA Y TRATAMIENTO DE CAVIDAD ADVENTICIAL**  
**DE PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**  
**SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

		TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ADVENTICIAL				TOTAL
		QUISTOSTOMIA	CAPITONAJE	EPIPLOPLASTIA	QUISTOSTOMIA + CAPITONAJE	
ESTANCIA POST-OPERATORIA	<0-10	Nº: 2 %: 4,8%	Nº: 1 %: 2,4%	Nº: 2 %: 4,8%	Nº: 0 %: 0,0%	Nº: 5 %: 11,9%
	11-20	Nº: 12 %: 28,6%	Nº: 1 %: 2,4%	Nº: 0 %: 0,0%	Nº: 3 %: 7,1%	Nº: 16 %: 38,1%
	21-30	Nº: 8 %: 19,0%	Nº: 0 %: 0,0%	Nº: 0 %: 0,0%	Nº: 3 %: 7,1%	Nº: 11 %: 26,2%
	31-40	Nº: 6 %: 14,3%	Nº: 0 %: 0,0%	Nº: 0 %: 0,0%	Nº: 0 %: 0,0%	Nº: 6 %: 14,3%
	51-60	Nº: 2 %: 4,8%	Nº: 0 %: 0,0%	Nº: 0 %: 0,0%	Nº: 1 %: 2,4%	Nº: 3 %: 7,1%
	61-70	Nº: 0 %: 0,0%	Nº: 1 %: 2,4%	Nº: 0 %: 0,0%	Nº: 0 %: 0,0%	Nº: 1 %: 2,4%
	<b>TOTAL</b>	Nº: 30 %: 71,4%	Nº: 3 %: 7,1%	Nº: 2 %: 4,8%	Nº: 7 %: 16,7%	Nº: 42 %: 100,0%

Chi-cuadrado: 34,891 g.l.: 15 p < 0,01

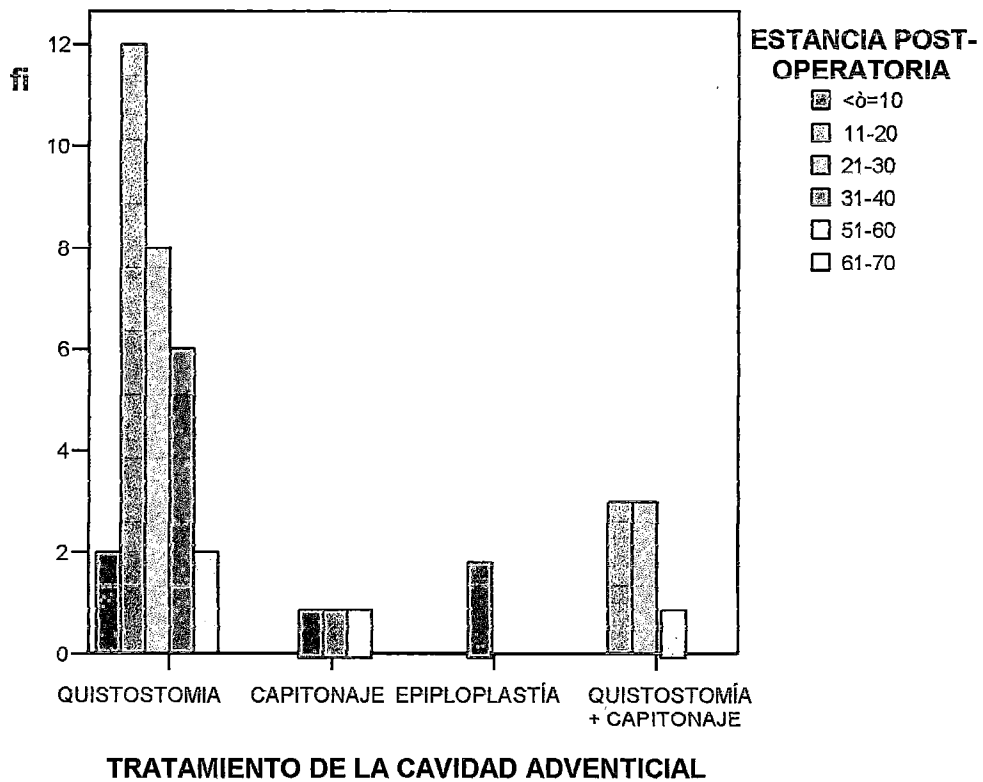
FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

En cuanto a la relación entre estancia postoperatoria y tratamiento de cavidad adventicial; se aprecia que a los pacientes que se les realizó quistostomía, 2/3 de estos fue entre 11 a 30 días; a los que a ésta se le combinó a capitonaje casi el total fue entre 11 a 30 días; a los que se les realizó capitonaje 2/3 fue de menor de 20 días; mientras que a los que se les realizó epiploplastía en su totalidad fue menor a 10 días de estancia postoperatoria; siendo estos estadísticamente significativo en comparación al manejo del quiste hidatídico.

**GRÁFICO 21**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN ESTANCIA HOSPITALARIA  
POSTOPERATORIA Y TRATAMIENTO DE CAVIDAD ADVENTICIAL  
DE PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL**

**SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\***



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernaldes de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 48.

**TABLA 49**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE ALTA DE PACIENTES  
POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL  
SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

<b>CONDICIÓN DE ALTA</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>MEJORADO</b>	40	95,2
<b>REQUIERE OTRA OPERACIÓN</b>	1	2,4
<b>FALLECIDO</b>	1	2,4
<b>TOTAL</b>	42	100,0

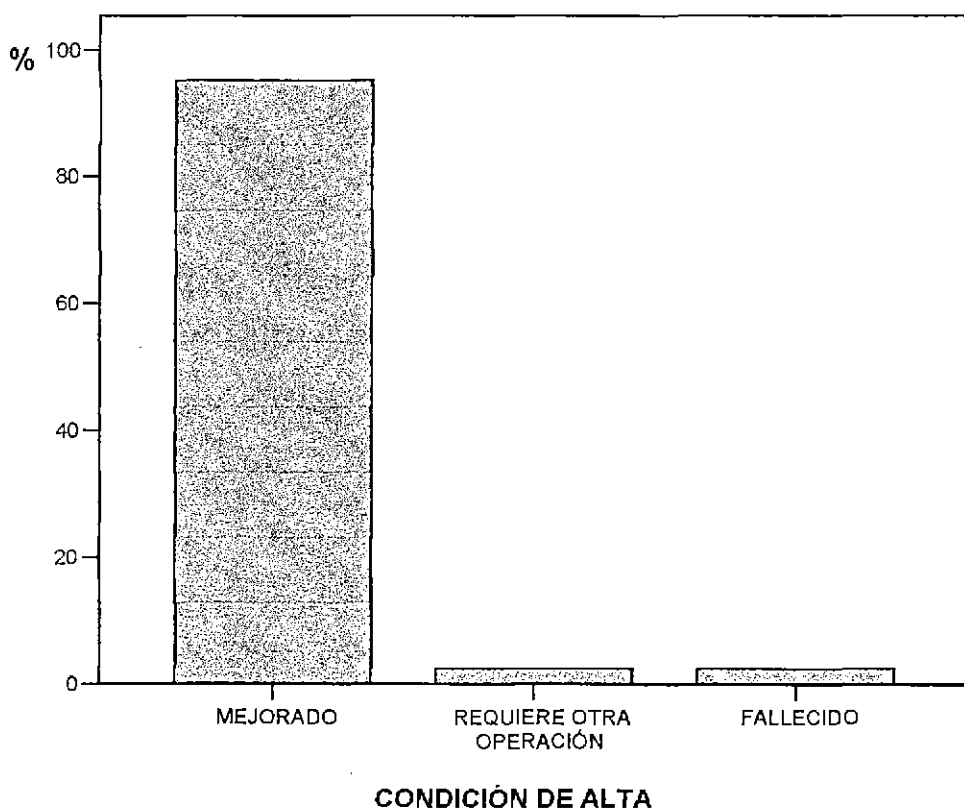
FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En la Tabla 35 se refiere a la condición de alta del paciente postoperado de Hidatidosis hepática; siendo el 95,2% (40 pacientes) su condición alta de mejorado; sólo en un 2,4%(1 paciente) al momento del alta requeriría otra operación posterior, en un paciente en el que se pasó desapercibido otro quiste hidatídico; y además se evidencia que la mortalidad del estudio corresponde a un 2,4% (1 paciente).

## GRÁFICO 22

### DISTRIBUCIÓN SEGÚN CONDICIÓN DE ALTA DE PACIENTES POSTOPERADOS DE HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL

SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004\*



FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E.  
Bernales de Lima 1990 – 2004

\*Interpretación del gráfico, adjunto a la Tabla 49.

**TABLA 50**

**DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA ANEMIA PREOPERATORIA Y LA MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004**

		MORTALIDAD POSTOPERATORIA		TOTAL
		SI	NO	
ANEMIA	SI	1	33,3%	3
	NO	0	0%	39
TOTAL		1	41	42

Chi-cuadrado: 13,317      g.l.: 1      p = 0,000

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

En la presente tabla se observa que los pacientes con anemia preoperatoria tienen mayor porcentaje de mortalidad postoperatoria (33,3%), que los pacientes sin anemia preoperatorio (0%); siendo esto estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ).

TABLA 51

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA VÍA DE ABORDAJE Y LA MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES DE LIMA 1990 – 2004

VIA DE ABORDAJE		MORTALIDAD POSTOPERATORIA		TOTAL
		SI	NO	
ABORDAJE	ABDOMINAL	0	37	37
	TORACO-ABDOMINAL	1	37	38
TOTAL		1	74	75

Chi-cuadrado: 7,590 g.l.: 1 p=0,006

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima 1990 – 2004

La tabla nos muestra que en los pacientes que se utilizó la vía de abordaje tóraco-abdominal tienen mayor porcentaje de mortalidad postoperatoria (20%), que en los que se utilizó la vía abdominal (0%); siendo esto estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ).

TABLA 52

DISTRIBUCIÓN SEGÚN QUISTE CON COMUNICACIÓN BILIAR Y  
MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES CON  
HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN EL HOSPITAL SERGIO E. BERNALES  
DE LIMA 1990 – 2004

		MORTALIDAD POSTOPERATORIA				TOTAL
		SI		NO		
QUISTE CON COMUNICACIÓN BILIAR	SI	1	14%	6	86%	7
	NO	0	0%	35	100%	35
TOTAL		1		41		42

Chi-cuadrado: 5,122      g.l.: 1      p = 0,024

FUENTE: Historias clínicas, Archivo Central del Hospital Sergio E. Bernales de Lima  
1990 – 2004

En la presente tabla se observa que los pacientes con quiste con comunicación biliar tienen mayor porcentaje de mortalidad postoperatoria (14%), que los quistes sin comunicación biliar (0%); siendo esto estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

# CAPÍTULO IV

## CAPÍTULO IV

### DISCUSIÓN

La Hidatidosis también conocida como Enfermedad Hidatídica, Quiste Hidatídico, Equinococcosis; en el hombre se caracteriza por la aparición de quistes que constituye la fase larvaria de la tenia echinococcus cuya forma adulta se encuentra en cánidos y carnívoros. Los hospederos intermediarios son herbívoros, omnívoros (especialmente ovinos, caprinos y bovinos). Esta enfermedad es endémica en muchas áreas del mundo; en el Perú también es endémica, la prevalencia nacional es de 0.07%, en Junín 53%, Lima 15%, Puno 11%, Arequipa 5%. El hígado es el lugar de ubicación más frecuente, llegando hasta el 70% de los casos, de ahí la importancia de su estudio.

En la **Tabla N° 1** se muestra una serie de 15 años de estudio, durante el período de Enero de 1990 a Diciembre del 2004, en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales; fueron intervenidos quirúrgicamente 42 pacientes de Quiste Hidatídico Hepático, representando el universo del presente Trabajo de Investigación, con una media de 2,8 pacientes/año con una desviación estándar de 2,18. Se hace evidente que el mayor porcentaje fue en los años 1999, 2000, 2001 y 2003 con 6 casos cada uno, correspondiéndole un total de 24 casos (57,2% del total), y el menor porcentaje fue el año 1992 con 0 casos. Asimismo se evidencia que en la mayoría de los años de estudio predomina el sexo femenino, a excepción del 2002 y 2003 en el que se

igualan los porcentajes, y también de 1990 y 1994 en el que predomina el sexo masculino.

En la **Tabla N° 2** se observa que el 71,4% de los pacientes fueron del sexo femenino (30 pacientes) y un 28,6% fueron del sexo masculino (12 pacientes); notándose que el sexo predominantemente más afectado por esta enfermedad es el sexo femenino con una razón de 2,5 sobre el masculino. Nuestros resultados coinciden con los estudios realizados por Velarde (37), Bustamante (38), Miranda (24) y Olivera (39), aunque en diferentes proporciones; discrepando con los resultados obtenidos por Correa (15) donde muestra mayor predominancia del sexo masculino. La predominancia del sexo femenino puede deberse a que las mujeres aparte de su trabajo en campo con el ganado, también manipulan vegetales de tallo corto al momento de preparar sus alimentos.

Con respecto a la edad, oscila entre 9 y 92 años, la media fue de 35,36 años con una desviación estándar de 22,6. El 69,1% (29 pacientes) corresponde al grupo etéreo de 11 a 40 años; esto coincide con los resultados obtenidos por Bustamante (38), Olivera (39) y Correa (15). Además se observó que las mujeres predominaron en todos los grupos etéreos, salvo en el de 11 – 20 años en que se igualan los porcentajes.

Cabe señalar que esta patología no respeta edad, pero que afecta con mayor frecuencia al adulto mayor, tal vez porque es quien está mayormente en riesgo de

infección por tener mayor contacto con labores que cursan con cuidado de ganado y manipulación de alimento vegetales con tallo corto.

En la **Tabla N° 3** muestra el Lugar de Procedencia, donde se aprecia que el mayor porcentaje proviene de Lima capital con un 76,2% (32 pacientes). La cifra de Lima capital puede ser errática en vista de que hay pacientes inmigrantes de zonas rurales, ganaderas y endémicas de Hidatidosis que se han asentado en las zonas marginales de Lima en las últimas décadas. Esta se corrobora en relación al Lugar de Nacimiento que también nos muestra la tabla, donde se observa Lima provincia más Centro del país con un 59,5% (25 pacientes), seguida de Lima capital con 28,6%; asimismo los trabajos realizados por Bustamante (38) y Velarde (37) coinciden con nuestros resultados. Además se observa que más del 50% de cada lugar de nacimiento migró hacia Lima Capital. Sólo el 28,6% (12 pacientes) nacieron y procedieron de Lima Capital; siendo evidente que las zonas endémicas son las zonas rurales y ganaderas.

En la **Tabla N° 4** muestra el Tiempo de enfermedad; observándose una mediana de 6,5 meses con una desviación estándar de 32,42. El 50% del total (21 pacientes) corresponde a un tiempo de enfermedad menor de 6 meses y el mayor tiempo de enfermedad correspondió a una paciente con 144 meses de evolución; estos datos concuerdan con los obtenidos por Bustamante (38), Velarde (37) y Olivera (39) que también muestran el tiempo menor a 6 meses. El tiempo de enfermedad está referido hasta el momento de la hospitalización, el cual es cuando

el paciente siente el aumento de sus síntomas y espera mucho tiempo para hacerse tratar, tal vez porque los síntomas inicialmente no son tan aparatosos como veremos posteriormente y por su factor cultural muy arraigado en la población que espera tener molestias graves para recién acudir a un establecimiento de salud, poniendo en riesgo su vida, por las complicaciones que pudiera traerle este. Estos datos sólo nos informan del momento en que inició los síntomas; mas no el tiempo real de la enfermedad, que puede durar varios años asintomático hasta que se hace evidente la enfermedad.

En la **Tabla N° 5** se observa que el síntoma principal referido por el paciente corresponde al dolor abdominal en un 98% de los casos, siendo el lugar más frecuente del dolor en hipocondrio derecho (69%); siguiéndole en orden de frecuencia se tiene náuseas, vómitos y dispepsia con 52%, 38% y 36% respectivamente; esto concuerda con los porcentajes obtenidos por Velarde (37), Correa (15) y Olivera (39), quienes refieren como síntoma principal al dolor abdominal mayormente ubicado en hipocondrio derecho. Algunos síntomas importantes a tener en cuenta son fiebre (31%) e ictericia (17%), que nos podría estar informando alguna complicación. Otros síntomas menos frecuentes fueron baja de peso, sensación de peso en hipocondrio derecho o epigastrio, plenitud postprandial, hiporexia y síntomas respiratorios. Los síntomas se asocian a factores como el tamaño y factores de compresión, siendo el dolor en la mayoría de veces el primer síntoma, el que se podría explicar por la distensibilidad

progresiva del quiste hidatídico en el parénquima hepático que posteriormente distiende la cápsula de Glisson produciendo el dolor correspondiente, o a la presencia misma del quiste el cual produce un proceso inflamatorio o ser el comienzo de las complicaciones.

En la **Tabla N° 6**, con respecto a los signos principales encontrados en los pacientes con hidatidosis hepática, se aprecia que el signo más frecuente fue la hepatomegalia en un 67% de los casos; le siguen en orden de frecuencia masa palpable y deformidad tóraco-abdominal con 40% y 21% respectivamente. Otros signos menos frecuentes fueron dificultad respiratoria, urticaria y circulación colateral. Lo que coincide con las series revisadas por Velarde (37) y Olivera (39) que consideran al signo más frecuente a la hepatomegalia; contradictoriamente a Correa que muestra como principal signo a masa palpable.

En la **Tabla N° 7**, en cuanto al Curso clínico de la hidatidosis hepática, como era lógico de esperar, se encontró en casi la totalidad el curso progresivo en un 97,6% (41 pacientes) y sólo en un 2,4% (1 paciente) se observó un curso estacionario; mas no habiendo ningún paciente asintomático. Comprendiéndose el porque en determinado momento acuden al médico que es al sentir el incremento de sus molestias.

En la **Tabla N° 8**, con respecto a los hallazgos de laboratorio de rutina, en cuanto al hemograma revela que en el 81% de pacientes el Recuento leucocitario estaba dentro de valores normales de 5000 a 10000. Solamente se observó leucocitosis

en un 19% y de estos el 5% tuvo desviación izquierda, de igual forma se observó en la serie reportada por Velarde (37) que el hemograma es poco útil, incluso menor con 10% de leucocitosis y desviación izquierda en el 9%. La desviación izquierda representa a pacientes con fiebre y quiste hidatídico complicado. La eosinofilia se presentó en un 21% de casos, que fue menor en comparación con la serie revisada por Velarde (37) y Bustamante (38) con 39% y 34% respectivamente, y contradictoriamente a lo referido por Correa (15) que muestra eosinofilia en el 80,95%. La eosinofilia puede existir como parte de una reacción alérgica provocada por el líquido hidatídico, se observa sólo en el 25% al 40% de pacientes y es inespecífica para hidatidosis (4). La eosinofilia se presenta en un amplio espectro y reconoce origen infeccioso y alérgico. También se aprecia Hiperbilirrubinemia en un 17% de pacientes; seguido de transaminasas elevadas, fosfatasa alcalina elevada y anemia con 7% cada una, esto contrasta con los datos obtenidos por Bustamante (38), que muestra transaminasas elevadas en el 52%, fosfatasa alcalina elevada en el 35% y hiperbilirrubinemia en el 29% del total de casos. Estos últimos exámenes aumentan en cuadros de obstrucción biliar y compromiso hepático.

En la **Tabla N° 9** se aprecia los exámenes imagenológicos realizados; siendo la Ecografía abdominal la más frecuente en el 98% (41 pacientes), siguiéndole la Tomografía abdominal en un 69% (29 pacientes). Esto concuerda con las series obtenidas por Velarde (37), Bustamante (38) y Correa (15) en los cuales la

ecografía se uso en casi el 100% de los casos. Demostrándose el método ecográfico como el más importante por su inocuidad, sensibilidad, efectividad y costo. Actualmente, gracias a la realización de exploraciones diagnósticas de alta resolución como la ecografía y la tomografía, ponen en evidencia la existencia de la masa quística en cualquier lóbulo hepático con características concretas que llevan al diagnóstico de Hidatidosis. La exploración mediante estos proporciona datos de localización, tamaño, número y su relación con estructuras vasculares, conductos biliares y otros órganos. La ecografía detecta aproximadamente el 90% o más de los quistes hidatídicos hepáticos, es eficaz con relación al costo en las regiones endémicas y cuando el diagnóstico de Hidatidosis es muy seguro, sin embargo se describe que la ecografía es menos precisa que la TAC para localizar y delinear la extensión del quiste, la sensibilidad de la TAC para el diagnóstico del quiste hidatídico hepático es del 100%, en nuestro estudio la TAC es útil cuando el diagnóstico es incierto o cuando se sospecha de complicaciones como ruptura o infección, ya que a veces es difícil diferenciar entre estos quistes complicados y los abscesos amebianos o piógenos. (15).

En la **Tabla N° 10**, con respecto a los exámenes serológicos, se aprecia que el Arco V fue el mayormente utilizado, realizándose al 62% del total (26 pacientes), revelando positividad en sólo el 27% (7 pacientes), el cual es muy bajo comparado con la literatura que refiere positividad del 90%; el Westernblot se realizó al 57% del total (24 pacientes), revelando positividad el 67% (16

pacientes); y sólo se realizó ELISA al 14% del total (6 pacientes), revelando positividad el 17%. Este resultado estaría en relación a la serie de Correa (15), que muestra un mayor uso del Arco V, pero que se obtiene una menor positividad en comparación al Westernblot que obtiene una positividad del 100%; contrariamente a lo visto por Bustamante que el más usado sería el ELISA. Observándose que el Westernblot es el método serológico más efectivo para el diagnóstico por su alta sensibilidad, que podría constituirse en el examen serológico de elección para el diagnóstico de hidatidosis, sobre todo en caso de duda diagnóstica.

En la **Tabla N° 11**, con respecto al antecedente quirúrgico de hidatidosis, se aprecia el 26,2% del total (11 pacientes); correspondiendo el mayor porcentaje al antecedente quirúrgico pulmonar con 21,4% (9 pacientes), seguido con menor frecuencia de antecedente quirúrgico hepático y de pared abdominal con 2,4% cada uno; esto en contraste con lo obtenido en la serie de Velarde (37) que muestra un predominio de antecedente quirúrgico hepático de hidatidosis en un 9%, seguido de 7% pulmonar.

En la **Tabla N° 12**, muestra el diagnóstico de hidatidosis concomitante; encontrándose el órgano comprometido concomitante más frecuente el pulmón con un 14,3% (6 pacientes), siguiéndole con menor frecuencia la vía biliar con 2,4% (1 paciente); esto similar a lo encontrado por Bustamante (38) en relación al órgano concomitante más afectado siendo el pulmón (30%), seguido del peritoneal (13%); en contraste a los resultados encontrados por Velarde (37) que

muestra una mayor frecuencia de hidatidosis concomitante abdominal en el 7%, seguido por pulmón en un 6%.

En la **Tabla N° 13**, se aprecia las principales enfermedades concomitantes que presentaron los pacientes operados de Hidatidosis hepática, encontrándose estas en el 54,76% del total (23 pacientes), ya sea una o varias patologías a la vez; teniéndose como la más frecuente la colecistitis crónica calculosa en el 29% (12 pacientes); que concuerda con el trabajo de investigación de Velarde (37), otros estudios no encuentran mayor relevancia; le siguen en frecuencia la infección urinaria, gastritis y EPOC con 7%, 7% y 5% respectivamente. Otros menos frecuentes fueron esteatosis hepática, hipertiroidismo, hemorragia digestiva alta, eventración abdominal post-cesárea, empiema pleural y TBC pulmonar con un 2% cada uno. La mayoría de estas patologías son independientes de esta enfermedad, sólo algunas son complicaciones del quiste hidatídico. La eventración abdominal conllevó a una cirugía concomitante como la eventroplastía durante la intervención quirúrgica de la Hidatidosis hepática, de igual manera que el empiema pleural y la colecistitis crónica calculosa, siendo en ésta última la cirugía concomitante más realizada; pero las 2 enfermedades concomitantes que tuvieron influencia en el comportamiento postoperatorio de la Hidatidosis hepática fueron el Empiema pleural producido en un paciente por la protrusión del quiste hidatídico hacia cavidad pleural más fistula broncopleural que conllevó a ser la de mayor estancia postoperatoria en el presente estudio, y la

Tuberculosis pulmonar a pesar de estar en pleno tratamiento, influenciando de alguna forma en el fallecimiento del paciente.

En la **Tabla N° 14**, se hace referencia al tratamiento medico coadyuvante al tratamiento quirúrgico; se observa que el tratamiento médico preoperatorio se realizó en el 57,2% (24 pacientes), de los cuales el 91,66% se utilizó el Albendazol como antiparasitario, utilizándose en el 45,83% por un ciclo completo o más. Con respecto al tratamiento médico postoperatorio se realizó en el 30.9% (13 pacientes), de los cuales el 92,31% se utilizó el Albendazol como antiparasitario, utilizándose en el 69,23% por un ciclo completo o más. Con esto se evidencia el mayor uso del Albendazol como tratamiento médico en el pre o postoperatorio como coadyuvante al tratamiento quirúrgico, dejándose de lado al Mebendazol, el mismo que se hace evidente en los resultados de Velarde (37) y Bustamante (38), en este último observándose un mayor uso preoperatorio menor a 1 semana; ya que el Albendazol es el antiparasitario de elección el cual alcanza concentraciones óptimas en sangre e intraquísticas a una dosis de 10 a 15 mg/kg/día; como consecuencia de su acción disminuye la tensión intraquística, se inactivan los protoescolices y se altera la integridad de las membranas quísticas. En el postoperatorio se utiliza para evitar la Hidatidosis secundaria postquirúrgica. (37)

Por otro lado no se ha demostrado en forma definitiva la eficacia del tratamiento farmacológico, salvo para casos de Hidatidosis Peritoneal, difícil acceso y Postoperatorio difícil, aunque la tasa de curación es pequeña. (38)

En la **Tabla N° 15**, se observa el número de quistes hidatídicos encontrados en los 42 pacientes (100%) con Hidatidosis hepática siendo 54 quistes en total; el mayor porcentaje se evidenció que el quiste hidatídico fue único en el 73,8% (31 pacientes); por lo que  $\frac{1}{4}$  de los casos presentaron quiste múltiple, lo que demuestra el carácter diseminativo de este parásito que se corrobora con los hallados en la Tabla N° 12 en el que se determinan los otros órganos más frecuentemente afectados; además se apreció que el mayor número de quistes encontrado en un paciente en el presente estudio fue de 4 quistes hidatídicos todos estos intercomunicados (2,4%); esto coincide con los datos encontrados por Bustamante (38) y Velarde (37) con respecto a predominio de quiste único, pero diferenciándose ligeramente en cuanto al número de quiste múltiples en el que la literatura menciona de 2 a 3 quistes (2). Cuando son múltiples, lo común es que existan dos a tres quistes de igual tamaño, correspondientes a una misma infección. Cuando son de tamaño desigual, el hecho se atribuye a infestaciones sucesivas o a diferente ritmo de crecimiento de los embriones y de las hidátides. La infestación masiva del hígado humano es poco frecuente. (2)

En la **Tabla N° 16**, en relación a la localización lobular hepática del quiste hidatídico; se tiene que el mayor porcentaje de quistes hidatídicos se localiza en el

lóbulo derecho con un 57,90% (33 quistes); en el 35,09% (20 quistes) se evidenció en el lóbulo izquierdo; y un 7,01% (4 quistes) estuvo localizado en ambos lóbulos hepáticos. Nuestra casuística coincide con lo obtenido por Velarde (37) y Bustamante (38), quienes refieren también predominancia del lóbulo derecho del hígado. Teniendo en cuenta que de cada 10 quistes que se asientan en el lóbulo derecho, uno lo hace en el izquierdo. La razón es que la mayor parte de la sangre de la vena porta, por donde llega el embrión, se distribuye por el lóbulo derecho en razón de su mayor masa. En relación a los criterios de profundidad del quiste y su asiento topográfico, se deduce la mayor gravedad de los quistes del lóbulo derecho clásico, en relación a los del izquierdo; por su mayor frecuencia, por el más prolongado lapso en que permanecen ocultos y por las relaciones más peligrosas que adquieren. (2)

En la **Tabla N° 17**, con respecto a la localización segmentaria hepática, se observó que el mayor porcentaje de quistes se localizaron entre los segmentos VII y VIII con 14.04% (8 pacientes); seguido de los segmentos hepáticos VII, IV, III, VI con 10.53%, 10.53%, 10.53% y 8.77% respectivamente; que en conjunto integran el 54,4% del total de localizaciones segmentarias hepáticas. Del total de quistes hidatídicos hepáticos el 54,39% (30 pacientes) tuvo localización segmentaria única. Esto debido a que la infestación llega a través de la vena Porta, y el asiento inicial del parásito se hace en el interior de un segmento hepático y no en los planos cisurales formados por las vías venosas suprahepáticas de drenaje. Se

aprecia además que la mayoría de segmentos hepáticos comprometidos por el quiste son del lóbulo hepático derecho, esto por la razón que ya se describió en el anterior cuadro.

En la **Tabla N° 18**, muestra el tamaño del quiste hidatídico hepático, apreciándose en el presente estudio que el mayor porcentaje correspondió al tamaño de 10 a 25 cm. con 47,6% (20 pacientes), seguido de el rango de 5 a 10 cm. en un 40,5% (17 pacientes); que en conjunto ambos comprenden el 88,1% del total de pacientes; estos datos son similares a los vistos por Velarde (37) y Correa (15), pero que contrasta con Bustamante (38) el que refiere que el más frecuentes es el tamaño de 5 a 10 cm.; y sólo en 2 pacientes (4,8%) no se encontró el tamaño del quiste hidatídico en el reporte operatorio, ni en la Historia clínica. Además en esta Tabla sólo se consideró el quiste de mayor tamaño por paciente. Teniendo en cuenta que el tamaño del quiste hidatídico varía con la edad del quiste, que en promedio, crece 1 cm./año. Cuando se diagnostican tienen por lo menos unos 10 cm. De diámetro y excepcionalmente alcanzan grandes volúmenes. El tamaño es también un elemento importante en lo que respecta a la gravedad del quiste; es evidente que un quiste nacido en la periferia del hígado puede, al crecer, adquirir relaciones centrales. (2)

En la **Tabla N° 19**, en relación al Estado de la hidátide, se apreció que el mayor porcentaje fue el univesicular en el 57,1% del total de casos (24 pacientes); seguido de el 33,3% (14 pacientes) por contenido multivesicular; además se

encontró 3 pacientes con membranas fragmentadas (7,1%), que estarían indicando implícitamente las relaciones del quiste hidatídico con su medio externo; resultados similares encontró Velarde (37); y sólo en el 2,4% (1 paciente) no se reportó el estado de la hidátide en el reporte operatorio, ni en la historia clínica. Sabiendo además que en los quistes hidatídicos centrales la hidátide casi siempre es multivesicular y a menudo con trastornos degenerativos.

En la **Tabla N° 20**, que señala el contenido líquido del quiste hidatídico, se observa que el mayor porcentaje fue líquido transparente con el 57,1% (24 pacientes); seguido del líquido purulento y el contenido líquido bilioso con el 19% y 11,9% respectivamente. Menos frecuentes fueron de contenido líquido bili-purulento y sucio-terroso-turbio; estos resultados estarían en relación con los encontrados por Velarde (37), que señala predominio del líquido transparente, aunque en segundo lugar refiere al líquido bili-purulento. Estos datos nos estarían dando una referencia de las complicaciones que podría estar presentando el quiste hidatídico, ya sea de infección o de comunicación con vía biliar.

En la **Tabla N° 21**, hace referencia al tipo de quiste hidatídico hepático, donde se aprecia que con un ligero mayor porcentaje corresponde al tipo complicado con el 52,4% (22 pacientes), teniéndose en cuenta todos los tipos de complicaciones que puede ocasionar el quiste con respecto a su estado, tamaño y su localización hepática; esto contrasta con los resultados obtenidos por Correa (15) y Olivera (39) que muestran ligera predominancia del quiste no complicado.

En la **Tabla N° 22**, resalta las complicaciones reportadas del quiste hidatídico hepático, objetivándose en primer lugar el quiste hidatídico supurado con un 24% (10 pacientes); seguido en segundo lugar por compresión de grueso conductos biliares con un 17% (7 pacientes), que se hizo evidente al producir cuadros de obstrucción biliar con ictericia; en tercer lugar por compromiso del diafragma con 12% (5 pacientes), esto en relación a las múltiples adherencias del quiste hacia el diafragma y en un caso con una perforación del mismo; seguido de apertura y evacuación parcial a vía biliar en un 5% (2 pacientes), que conllevó en 1 paciente a ictericia intermitente y otro a un cuadro de hidatidosis de vía biliar secundaria; menos frecuentes se apreciaron apertura y evacuación total a tórax (2%), que conllevó a un empiema pleural con fistula broncopleural, lo que se denomina tránsito abdómino-torácico; comunicación interhidatídica adventicia (2%) en un paciente que presentó cuatro quistes intercomunicados; hidatidosis secundaria (2%) por la evacuación parcial a vía biliar ya mencionada; compresión de vías urinarias (2%), en un paciente que conllevó a una Ectasia pélvica renal derecha; así mismo también se observó absceso de pared abdominal con un 2% del total.

Hay que tener en cuenta la gran importancia clínica patológica de l quiste hidatídico hepático, que si bien no es un patología maligna, si puede provocar graves complicaciones ya sea por la evolución del tamaño o su localización del quiste y las alteraciones que podría producir su adventicia, que son el resultado de la alteración del equilibrio entre la hidátide y la adventicia.

En cuanto al Quiste Hidatídico Supurado, esta complicación es parecida a la serie encontrada por Velarde (37) como la complicación quística más frecuente; teniendo en cuenta que la supuración de un quiste está determinada por la llegada de bacterias al interior de este por medio de conductos que pueden poner en contacto con el espacio interhidatídico adventicial.

La apertura y evacuación a vía biliar en nuestro estudio (5%) es un poco menor comparado a la encontrada por Velarde (37) con un 11,8%. Las consecuencias de este proceso varían según diversos factores como el grado de obstrucción de los conductos biliares, la cantidad de restos parasitarios que permanecen en la cavidad adventicial, el grado de rigidez de la adventicia y una infección sobreagregada de la cavidad adventicial. (2).

Con respecto al tránsito abdómino-torácico como hemos visto en nuestro estudio es baja, de igual manera a la presentada por Velarde (37).

En el **Gráfico 15** y en la **Tabla N° 23**, se refieren a la vía de abordaje y al tipo de incisión que se tomó en los pacientes intervenidos quirúrgicamente por Hidatidosis hepática respectivamente; observándose que el mayor porcentaje fue por la vía Abdominal con el 88,2% (37 pacientes), y de estos el tipo de incisión más frecuente fue la Paramediana derecha supraumbilical transrectal en el 61,9% (26 pacientes), esto se explica por la severidad de los casos y también por la preferencia de los cirujanos; estos coinciden con lo visto por Bustamante (38), Correa (15) y Velarde (37) con respecto a la vía de abordaje; en cuanto a la

incisión esta de acuerdo a Bustamante (38), pero contrastado por Velarde (37) y Correa (15) que muestran al tipo de incisión más frecuente a la subcostal derecha; y observándose con menor frecuencia la vía Tóraco-abdominal en un 11,8% (5 pacientes). El abordaje debe ser preciso y debe encontrarse su punto más superficial del quiste en el centro del campo operatorio (2). Además la elección de la vía de abordaje depende de varios factores, como la ubicación topográfica, el estado patológico del quiste, el número de quistes hidatídicos intrahepáticos o asociados a otro quiste hidatídico extrahepático. (37)

En la **Tabla N° 24**, se determina que el Manejo del quiste hidatídico hepático es conservador en un 97,6% (41 pacientes), siendo la hidatidectomía la técnica de mayor frecuencia y tan sólo radical en un 2,4% (1 paciente) por resección hepática; esto concuerda con los estudios de Velarde (37), Bustamante (38) y Correa (15), en quienes predomina el tratamiento conservador, pero no están de acuerdo con los avances en la Cirugía Hepatobiliar de las últimas 2 décadas (17). En relación a la técnica empleada en la cirugía conservadora es similar al visto por Bustamante (38) y Correa (15), siendo contrastado por Velarde (37) que evidencia mayor frecuencia de cistoperiquistectomía parcial.

Además se observa que el quiste univesicular (57% del total) es tratado en su totalidad con tratamiento conservador tipo hidatidectomía; el 93% de quistes multivesiculares es manejado con hidatidectomía y sólo el 7% es manejado con tratamiento radical tipo resección hepática. Se tuvo 3 pacientes con membranas

fragmentadas (7,2% del total), de los cuales 2 fueron tratados con hidatidectomía y 1 con cistoperiquistectomía parcial.

Los 2 pacientes manejados ya sea por cistoperiquistectomía parcial o resección hepática se han llevado a cabo en los últimos años del estudio, con un indicio de cambiar la técnica operatoria pero no siendo todavía significativo; esto todavía hasta lograr una mayor experiencia con la técnica y contar con el entorno adecuado; todo esto está estadísticamente significativo en base a Chi-cuadrado con  $p < 0,05$ . Las consecuencias del tratamiento conservador serían una mayor incidencia de morbilidad como cavidad residual y/o abcedación de esta, fistula biliar, pero a su vez es una alternativa válida; pero el objetivo actual de la cirugía de la Hidatidosis Hepática es extirpar tanto a la membrana germinativa como la cavidad residual; esta cirugía disminuye la estancia hospitalaria e impide las recidivas. La cirugía radical es más larga y técnicamente más compleja, pero es el precio que debe pagar el paciente por un post-operatorio breve. La Periquistectomía total es actualmente el tratamiento de elección, en algunas ocasiones por la localización y el tamaño del quiste pueden ser necesaria resecciones hepáticas o bien cistoperiquistectomías parciales. Hay que tener presente que el tratamiento quirúrgico debe adecuarse a los hallazgos, al medio en que se actúa y la capacidad del equipo. El planteamiento quirúrgico debe buscar un compromiso entre radicalidad y mínima mortalidad. (17)

En la **Tabla N° 25**, se refiere a la solución escolicida utilizada en el tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico hepático; siendo la más utilizada la solución hipertónica al 33% en un 76,19% (32 pacientes); seguido en segundo lugar por solución salina al 20% en el 19,01% (8 pacientes); y por último en un 2,4% (1 paciente) el Formol al 2%; y en un 2,4% (1 paciente) no se usó porque se manejó con tratamiento radical tipo resección hepática; estos datos coinciden con los obtenidos por Velarde (37) y Bustamante (38). Observándose que el manejo del quiste es más frecuente con solución salina hipertónica al 33% quizás por su bajo costo y efectividad elevada y dejando de lado el formol al 2% por las complicaciones que pudiera traer este.

En la **Tabla N° 26**, en relación al manejo de la cavidad adventicial, se aprecia que la técnica de mayor frecuencia es la quistostomía en el 71,4% (30 pacientes); seguido en segundo lugar por ésta combinada al capitonaje en el 16,7% (7 pacientes); también se utilizó el capitonaje y epiploplastía con 7,1% y 4,8% respectivamente; datos similares presentó Bustamante (38), Velarde (37), Correa (15) y Olivera (39), demostrándose el mayor uso de la quistostomía; contrastando con Villafana (40) en su estudio de Cohortes que compara la evolución clínica de las técnicas para tratar la cavidad y concluye que la técnica de Capitonaje es la que menos complicaciones presenta 4,5%, seguido de epiploplastía 25,8% y quistostomía con 38,2%, siendo la primera la más recomendable para tratar la cavidad residual quística. Algunos autores han demostrado que la técnica de

quistostomía para el manejo de la enfermedad hidatídica del hígado, está por debajo de capitonaje, omentoplastía, excisión del quiste, segmentación o cistoperiquistectomía (36)

En la **Tabla N° 27**, con respecto al tipo de drenaje utilizado en el tratamiento quirúrgico de la Hidatidosis hepática; se ve que con mayor frecuencia es utilizado el drenaje tubular simple en un 79% (33 pacientes); seguido de una combinación de dos tipos de drenes el tubular simple más el laminar en un 14% (6 pacientes); y consecutivamente por drenaje laminar en 5% (2 pacientes); contrastando con Bustamante (38) que refiere predominio de drenaje laminar (59,8%); tan solo en un 2% (1 paciente) no se utilizó ningún dren.

En la **Tabla N° 28**, las principales complicaciones postoperatorias presentadas fueron: bilirragia en un 57% (24 pacientes); seguida en segundo lugar por hemorragia en un 50% (21 pacientes); en tercer lugar se tiene a la infección de herida operatoria con un 21% (9 pacientes); seguidas con menor frecuencia de fístula biliar persistente, absceso residual, complicaciones pulmonares y fiebre mantenida con 17%, 7%, 7%,7% respectivamente, dentro de las complicaciones pulmonares destacan atelectasia y neumotórax. Otras complicaciones también fueron supuración de cavidad, eventración abdominal, shock séptico, shock hipovolémico, anafilaxia y tromboflebitis. Esto contrasta con los trabajos de investigación realizados por Velarde (37), Bustamante (38) y Correa (15), los cuales mencionan a la fiebre mantenida (44%) como la más frecuente, seguido de

supuración de cavidad (22%); en nuestro estudio la fiebre mantenida se encuentra en quinto lugar con 7%. Así pues la morbilidad postoperatoria global obtenida corresponde a un 73,8% (31 pacientes), que es un poco mayor comparado con los resultados obtenidos por Bustamante (38) con 50.9%, comparado con Miguelena (17) con 51.9%, comparado con Correa (15) con 66,6%; observándose la alta morbilidad que conlleva el uso del tratamiento quirúrgico conservador.

En las complicaciones postoperatorias, algunas de ellas dependen del tipo de técnica quirúrgica utilizada. La complicación más frecuente y temida es la fistula biliar así como la infección de la cavidad residual. Las fistulas biliares son más frecuentes tras las periquistectomías parciales que de las periquistectomías total o de la resección hepática, también son menos frecuente las infecciones de la cavidad residual 7% o de las zonas perihepáticas cuando se realiza cirugía radical. La anafilaxia es un cuadro clínico generalizado inmediato producido por la liberación de mediadores biológicos activos que actuando en forma simultánea sobre diversos órganos produce síntomas de dificultad respiratoria, urticaria, angioedema, colapso vascular y shock.

En la **Tabla N° 29**, se muestra la relación entre ictericia preoperatoria y bilirragia postoperatoria, observándose que los pacientes con ictericia preoperatoria tienen mayor porcentaje de bilirragia postoperatoria (86%), a diferencia de los que no presentaron ictericia preoperatoria (51%); pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,094$ ). La diferencia entre ambos es notable,

pero no pudiéndose demostrar estadísticamente esta relación debido al tamaño de nuestra población de estudio, ya que si fuera mayor y con las mismas proporciones ésta sí se demostraría.

En la **Tabla N° 30**, se muestra la relación entre el tamaño del quiste hidatídico y la hemorragia postoperatoria, observándose que los pacientes con quistes hidatídicos con tamaño superior a 10 cm. tienen mayor porcentaje de hacer hemorragia postoperatoria (59%), a diferencia de los pacientes con quistes hidatídicos con tamaño inferior o igual a 10 cm. (39%); pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,204$ ). Esta relación sería significativa teniendo las mismas proporciones, pero con una mayor población. Además a mayor tamaño del quiste hidatídico hay mayor compromiso periquístico, lo que podría explicar la hemorragia.

En la **Tabla N° 31**, se muestra la relación entre el número de quistes hidatídicos y la hemorragia postoperatoria, apreciándose que los pacientes con quiste hidatídico único tienen mayor porcentaje de hacer hemorragia postoperatoria (58%), a diferencia de los que presentan quistes múltiples intrahepáticos (27%); pero esto en nuestra serie no es estadísticamente significativo ( $p = 0,079$ ). Entonces la presencia de quiste hidatídico único da un riesgo de 2 veces más de desarrollar hemorragia postoperatoria, esto estaría en relación a que los pacientes que presentan quiste único presentan mayor tamaño en comparación a los quistes múltiples, lo que causaría mayor compromiso periquístico.

En la **Tabla N° 32**, se muestra la relación entre ictericia preoperatoria e infección de herida operatoria, observándose que los pacientes que presentaron ictericia preoperatoria tienen mayor porcentaje de hacer infección de herida operatoria (57%), a diferencia de los que no presentaron ictericia preoperatorio (14%); siendo estos datos estadísticamente significativo a Chi-cuadrado ( $p < 0,05$ ), e incluso también con el test de Fisher ( $p < 0,05$ ). Siendo evidente que la presencia de ictericia preoperatorio da un riesgo de hasta 4 veces de infección de herida operatoria.

En la **Tabla N° 33**, se muestra la relación entre líquido hidatídico e infección de herida operatoria, apreciándose que los pacientes con líquido hidatídico transparente tienen menor porcentaje de hacer infección de herida operatoria (12,5%), que los pacientes sin líquido transparente (33,3%); pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,103$ ). Los líquidos hidatídicos biliosos y/o purulentos tienen buena cantidad de microorganismos que a pesar de realizar una cirugía lo más cuidadosa posible, éstas predisponen a un mayor riesgo de infección de herida operatoria como se observa en la serie que es de hasta 2,5 veces.

En la **Tabla N° 34**, se muestra la relación entre el tipo de quiste hidatídico y la infección de herida operatoria, observándose que los pacientes con quiste hidatídico complicado presentan mayor porcentaje de infección de herida operatoria (27%), que los quiste hidatídicos no complicados (15%); pero esto en

nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,333$ ). Los quistes hidatídicos complicados tienen algún tipo de infección sobreagregada que puede ser mínima o manifiesta como en la secreción purulenta.

En la **Tabla N° 35**, se muestra la relación entre quiste hidatídico supurado e infección de herida operatoria, apreciándose que los pacientes con quiste hidatídico supurado tienen mayor porcentaje de infección de herida operatoria (30%), que los quistes hidatídicos no supurados (19%); pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,449$ ). Los quistes hidatídicos supurados tiene una frecuencia de hasta el 18% y está condicionada a la llegada de bacterias de los conductos biliares (2), esto predispondría a una infección de herida operatoria.

En la **Tabla N° 36**, se muestra la relación entre quiste hidatídico con comunicación biliar e infección de herida operatoria, apreciándose que los pacientes que presentaron quiste hidatídico con comunicación biliar tienen mayor porcentaje de infección de herida operatoria (57%), que los pacientes con quistes hidatídicos sin comunicación biliar (14%); estos datos son estadísticamente significativos a Chi-cuadrado ( $p < 0,05$ ), e incluso al test de Fisher ( $p < 0,05$ ). Teniendo en cuenta que la bilis podría comportarse como un caldo de cultivo para bacterias, y éstas a su vez podría contaminar la herida operatoria, como se aprecia en la serie con un riesgo de hasta 4 veces de infección de herida operatoria.

En la **Tabla N° 37**, nos muestra la relación entre ictericia preoperatorio y fistula biliar persistente postoperatoria, observándose que los pacientes con ictericia preoperatoria tienen mayor porcentaje de fistula biliar persistente postoperatoria (57%), a diferencia de los que no presentaron ictericia preoperatorio (9%); siendo estos datos estadísticamente significativo a Chi-cuadrado ( $p < 0,01$ ), incluso al test de Fisher ( $p < 0,01$ ). En nuestro estudio encontramos un riesgo de hasta 6 veces de desarrollar fistula biliar persistente, esto debido a que el quiste hidatídico en su crecimiento van desplazando y comprimiendo conductos biliares, siendo luego englobados por la adventicia, sufriendo procesos alterativos y necrosis (2).

En la **Tabla N° 38**, nos muestra la relación entre el número de quistes y fistula biliar persistente postoperatoria, apreciándose que los pacientes con quiste hidatídico único tienen mayor porcentaje de fistula biliar persistente postoperatoria (19%), que los pacientes que presentaron quistes múltiples intrahepáticos (9%), pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,433$ ). La presencia de un sólo quiste hidatídico conllevaría a un quiste de mayor tamaño hasta antes que inicien los síntomas, mientras va comprimiendo y alterando los conductos biliares.

En la **Tabla N° 39**, se muestra la relación entre el tipo de quiste hidatídico y la fistula biliar persistente postoperatoria, observándose que los pacientes que presentan quistes hidatídicos complicados presentan mayor porcentaje de fistula biliar persistente postoperatoria (27%), que los quistes hidatídicos no complicados

(5%); pero esto en nuestra serie no fue estadísticamente significativo ( $p = 0,053$ ). Siendo evidente la diferencia con el tipo de quiste, esto principalmente debido a la alteración de los conductos biliares por parte de la adventicia y a la infección sobreagregada que prolongarían el tiempo de la fistula biliar.

En la **Tabla N° 40**, nos muestra la relación entre quiste con comunicación biliar y el absceso residual, apreciándose que los pacientes con quiste con comunicación biliar presentan mayor porcentaje de absceso residual (29%), que los pacientes con quistes sin comunicación biliar (3%); siendo esto estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). De igual manera como ya se describió la bilis se comporta como un caldo de cultivo, predisponiendo a infección.

En la **Tabla N° 41**, se muestra la relación entre quiste con comunicación biliar y supuración de cavidad, observándose que los pacientes con quiste con comunicación biliar tienen mayor porcentaje de supuración de cavidad adventicial (29%), que los quistes sin comunicación biliar (0%); siendo estos datos estadísticamente significativo a Chi-cuadrado ( $p < 0,01$ ), incluso al test de Fisher ( $p < 0,05$ ). Siendo evidente la relación, por las razones que ya se describió anteriormente.

En la **Tabla N° 42**, se muestra la relación entre quiste con comunicación biliar y shock séptico, observándose que los pacientes con quiste con comunicación biliar tienen mayor porcentaje de shock séptico (14%), que los quistes sin comunicación biliar (0%); siendo esto estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). De igual manera

como en las anteriores tablas el quiste hidatídico con presencia de bilis predispondría a una infección, que incluso podría comprometer a todo el organismo

En la **Tabla N° 43**, hace referencia a las reintervenciones quirúrgicas de los pacientes operados de Hidatidosis hepática; que corresponden a un 9,6% del total (4 pacientes); el mayor porcentaje de reintervención quirúrgicas corresponden a abscesos residuales con un 4,8% (2 pacientes); seguido de hemobilia y eventración abdominal con 2,4% cada una; similar resultado encontró Correa (15) y Velarde (37) con relación a abscesos residuales como la principal razón de reintervención quirúrgica. Todas estas complicaciones (9,6%) que necesitaron reintervención quirúrgica fueron de pacientes operados de Hidatidosis hepática con tratamiento conservador tipo hidatidectomía. Las reintervenciones realizadas fueron culminadas a satisfacción, salvo un paciente que falleció al sexto día del postoperatorio de la reintervención por absceso residual, al cual se le complicó con shock séptico.

En la **Tabla N° 44**, corresponde a la cirugía concomitante durante la intervención quirúrgica de Hidatidosis Hepática; siendo esta un 38,1% del total (16 pacientes); al mayor porcentaje se le realizó la colecistectomía en un 24% (10 pacientes), por presentar patología vesicular litiásica; seguido de coledocotomía más kher, colecistostomía, resección de quiste de otra localización y eventración con 7%, 7%, 5% y 5% respectivamente. Otras cirugías concomitantes menos frecuentes

fueron Liberación de adherencias múltiples, drenaje pleural y extracción de membranas hidatídicas de vía biliar más kher. Nuestra casuística coincide con los resultados de Velarde (37) en relación a que la cirugía concomitante más frecuente es la colecistectomía seguida de coledocotomía más kher, aunque mostrándonos una ligera mayor frecuencia con 34% y 17% respectivamente; de igual forma con Miguelena (17), pero destacándose en segundo lugar la esplectomía junto a la coledocotomía más kher.

En la **Tabla N° 45**; muestra la evolución según el momento de retiro de drenaje quirúrgico; se observa que sólo se utilizó drenaje en el 97,6% del total de pacientes; el cual fue retirado en mayor porcentaje después del séptimo día postoperatorio en un 59,5% (25 pacientes); seguido del rango entre 3 a 7 días en un 35,8% (15 pacientes); y con menor frecuencia fue retirado antes del tercer día postoperatorio en el 2,4% del total (1 paciente), el cual fue manejado por capitonaje. Nuestros reportes coinciden con la serie de Bustamante (38) en porcentaje y en orden de frecuencia. Para el retiro del drenaje quirúrgico debe tenerse en cuenta la producción diaria de pérdida y el tipo de drenaje, casi siempre iniciando con los drenes laminares y generalmente el drenaje tubular se retira en más de 7 días y en algunos casos se retira en forma ambulatoria (38). Observándose que 2/3 de los manejados por quistostomía sola o combinada a capitonaje el retiro del drenaje fue mayor a 7 días; el 50% de los manejados por capitonaje se retiró antes del tercer día postoperatorio; el 100% de los manejados

por epiploplastía se retiró entre 3 a 7 días, siendo esto estadísticamente significativo a Chi-cuadrado con  $p < 0,01$ .

En la **Tabla N° 46**, hace referencia a la estancia hospitalaria; en el caso de la estancia hospitalaria pre-operatoria se observa que el mayor porcentaje corresponde a pacientes de más de 7 días con 64% (27 pacientes); esto estaría en relación a la preparación prequirúrgica, el estado del paciente, la programación operatoria y veces a la situación económica de este para un buen estudio que podría retrasar la intervención quirúrgica. En lo referente a la estancia postoperatoria osciló entre 4 y 62 días, con una media de 23,67 días y una desviación estándar de 14,35; el rango más frecuente corresponde a pacientes de 11 a 20 días en el 38,1% (16 pacientes); la estancia hospitalaria postoperatoria de 11 a 30 días corresponde a un 64,3% del total (27 pacientes); nuestra casuística se contrasta a lo observado por Velarde (37) con una media de 15 días con el 82% de la estancia postoperatoria entre 4 a 21 días; y a la observada por Olivera (39) con el 72,2% de la estancia postoperatoria entre 7 a 14 días.

En la **Tabla N° 47**, en cuanto a la relación entre estancia postoperatoria y manejo del quiste; se observa que a los pacientes que se les realizó hidatidectomía, 2/3 de estos su estancia postoperatoria fue entre 11 a 30 días; a los que se le realizó cistoperiquistectomía parcial o resección hepática fue  $< 10$  días; este resultado coincide con los mostrados por Miranda (24) y Miguelena (17) con respecto a la

estancia postoperatoria de la cirugía radical; pero en nuestra casuística, esto no es estadísticamente significativo con  $p > 0,05$ .

En la **Tabla N° 48**, en cuanto a la relación entre estancia postoperatoria y tratamiento de cavidad adventicial; se aprecia que a los pacientes que se les realizó quistostomía, 2/3 de estos fue entre 11 a 30 días; a los que a esta se le combinó a capitonaje casi el total fue entre 11 a 30 días; a los que se les realizó capitonaje 2/3 fue menor de 20 días; mientras que a los que se les realizó epiploplastía en su totalidad fue menor a 10 días de estancia postoperatoria, siendo estadísticamente significativo a Chi-cuadrado con  $p < 0,01$ ; Siendo evidente que en cuanto al tratamiento quirúrgico conservador demanda una mayor estancia hospitalaria, y observándose dentro de las técnicas para tratar la cavidad adventicial mejores resultados con la epiploplastía y capitonaje en comparación a la quistostomía en cuanto a estancia postoperatoria, esto también es demostrado por Villafana (40).

En la **Tabla N° 49**, nos muestra la condición de alta de los pacientes postoperados de Hidatidosis hepática; objetivándose que sólo en un 2,4% (1 paciente) al momento del alta requeriría otra operación posterior, en un paciente en el que se pasó desapercibido otro quiste hidatídico hepático; y además se evidencia que la mortalidad del estudio corresponde a un 2,4% (1 paciente); esta casuística coincide con lo reportado en los trabajos de investigación de Bustamante (38) con 3% de mortalidad, siendo ligeramente mayor comparado con Velarde (37) con

0,62%, pero que al final comparado con la literatura bibliográfica de 5 – 10% (2), se encontraría por debajo de ésta.

En la **Tabla N° 50**, se muestra la relación entre anemia preoperatoria y mortalidad postoperatoria, observándose que los pacientes con anemia preoperatoria tienen mayor porcentaje de mortalidad postoperatoria (33,3%), que los pacientes sin anemia preoperatoria (0%); siendo esto estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ). Se hace evidente que la presencia de anemia preoperatorio ya sea por la hidatidosis hepática o alguna enfermedad concomitante predispone a una mayor mortalidad postoperatoria. En nuestra serie el paciente fallecido presentó anemia y concomitantemente tenía Tuberculosis pulmonar que estaba en tratamiento.

En la **Tabla N° 51**, se muestra la relación entre vía de abordaje y mortalidad postoperatoria, apreciándose que en los pacientes que se utilizó la vía de abordaje tóraco-abdominal tienen mayor porcentaje de mortalidad postoperatoria (20%), que en los que se utilizó la vía abdominal (0%); siendo esto estadísticamente significativo ( $p < 0,01$ ). Siendo evidente que la vía de abordaje abdominal presenta menor riesgo, por lo que la vía tóraco-abdominal sólo se usa para determinados casos, coincidiendo con Velarde (37). Además el abordaje abdominal resuelve el 90% de los casos de Hidatidosis Hepática (37).

En la **Tabla N° 52**, se muestra la relación entre quiste con comunicación biliar y mortalidad postoperatoria, apreciándose que los pacientes con quiste con comunicación biliar tienen mayor porcentaje de mortalidad postoperatoria (14%),

que los quistes sin comunicación biliar (0%); siendo esto estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ). Esto podría deberse a un mayor riesgo de infección que comprometería a todo el organismo, que encontrándose ya en un mal estado, desencadenaría en la muerte del paciente.

Finalmente no se ha observado diferencias significativas en cuanto a la técnica quirúrgica utilizada en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, siendo la mayoría por tratamiento conservador a pesar de que ésta conlleve a una mayor morbimortalidad y una mayor estancia post operatoria.

En las últimas décadas, en las series reportadas a nivel mundial, la cirugía Radical se encuentra por encima del 30%, llegando en algunos casos al 80%. En algunas ocasiones el tratamiento conservador cistoperiquistectomía parcial, cuando el quiste está en relación con grandes vasos sanguíneos o vía biliar, deja una cápsula que dependiendo del lugar de las estructuras comprometidas, será el tamaño de dicha cápsula, para algunos esto puede considerarse como cirugía radical porque la periquística que se deja es pequeña. (37).

# CAPÍTULO V

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

En el presente estudio podemos concluir lo siguiente:

1. En el período de Enero 1990 – Diciembre 2004 en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, se diagnosticaron y trataron quirúrgicamente 42 pacientes con Hidatidosis Hepática, los cuales presentaron 57 Quistes Hidatídicos Hepáticos. El 71,4% fue del sexo femenino y el 69,1% de casos se encontró en los grupos etáreos de 11 – 40 años.
2. La procedencia principal fue de Lima Capital, sin embargo el lugar de nacimiento más frecuente indica de Lima Provincia más Centro del país.
3. El tiempo de enfermedad fue menor de 6 meses en el 50%, siendo el síntoma principal el Dolor Abdominal en el 98%, el signo principal la Hepatomegalia en el 67% y presentando un Curso Progresivo.
4. En los exámenes para el diagnóstico de Hidatidosis Hepática; los análisis hematológicos de rutina fueron normales en el 66,6%; eosinofilia se presentó en el 21% de casos y es inespecífica para hidatidosis; el Westerblot fue la que mostró mayor eficacia (67%) y la Ecografía Abdominal fue el método diagnóstico de imagen más usado en el 98%, seguido de la TAC en el 69%.
5. La hidatidosis extrahepática asociada más frecuente fue la pulmonar en el 14,3%.

6. La incisión más utilizada fue la Paramediana derecha supraumbilical transrectal (61,9%).
7. En los Hallazgos Quirúrgicos el 73,8% fue quiste único, siendo el tamaño más frecuente de 10 – 25cm. con 47,6% , localización en el lóbulo derecho en el 77,19%, de hidátide univesicular y líquido hidatídico transparente en el 57%. Además el quiste es complicado en el 52,4% , siendo el más frecuente el quiste hidatídico supurado (24%).
8. El NaCl al 33% se utilizó en el 76,6% como solución escolicida. La técnica quirúrgica más utilizada fue la cirugía conservadora en el 97,6% de pacientes, siendo la más frecuente la hidatidectomía (95,2%); y en el tratamiento de la cavidad adventicial la técnica más utilizada fue la quistostomía (71,4%).
9. El tratamiento coadyuvante más utilizado fue el Albendazol.
10. La morbilidad postoperatoria fue 73,8%.
11. Las principales complicaciones postoperatorias encontradas fueron la bilirragia (57%), hemorragia (50%), infección de herida operatoria (21%) y fistula biliar persistente (17%).
12. Los pacientes con ictericia preoperatoria tuvieron mayor porcentaje de infección de herida operatoria (57%) con  $p < 0,05$  y de fistula biliar persistente postoperatoria (57%) con  $p < 0,01$ .

13. Los pacientes con quiste hidatídico con comunicación biliar tuvieron mayor porcentaje de infección de herida operatoria (57%) con  $p < 0.05$ , de absceso residual (29%) con  $p < 0.05$ , de supuración de cavidad adventicial (29%) con  $p < 0.05$  y de shock séptico (14%) con  $p < 0.05$ .
14. El retiro de drenaje fue en más de 7 días en el 57,5%.
15. La estancia hospitalaria postoperatoria media fue de 23,67 días.
16. El 33,3% de los pacientes con anemia ( $p < 0,01$ ), el 20% en los que se utilizó la vía tóraco-abdominal ( $p < 0,01$ ) y el 14% de los pacientes con quiste hidatídico con comunicación biliar ( $p < 0,05$ ) tuvieron mayor mortalidad postoperatoria.
17. La Mortalidad fue de 2,4%.

# CAPÍTULO VI

## CAPÍTULO VI

### RECOMENDACIONES

El alto porcentaje de complicaciones postoperatorias analizadas, la estancia y el retiro del drenaje quirúrgico prolongado del tratamiento quirúrgico conservador practicadas en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales hacen necesario una revisión exhaustiva de la técnica operatoria por parte del especialista.

Es recomendable el uso del tratamiento médico coadyuvante tanto en el preoperatorio como en el postoperatorio en todo paciente intervenido quirúrgicamente por Hidatidosis Hepática.

La destreza y la capacitación actual de nuevas técnicas en el campo de la cirugía es fundamental para adquirir habilidad y experiencia al momento de la operación, en busca de una menor morbi-mortalidad de la enfermedad.

# CAPÍTULO VII

## CAPÍTULO VII

### BIBLIOGRAFIA

1. J. M. LITTLE; S. A. DEANE. 1990. Cirugía del Hígado y de las Vías Biliares. 1era Edición. Editorial Médica Panamericana. pp. 115 - 129.
2. VENTURINO W.; LAVIÑA R. 1993. Tratado de Cirugía. 2da Edición. Editorial Interamericana Mc. Graw Hill. pp: 304 - 322.
3. STPHEN A. BARNES; KEITH D. LILLEMOC. 1998. Operaciones Abdominales. 10ma. Edición. Editorial Médica Panamericana. pp. 1413 - 1444. .
4. BERNARD LANGER, STEVEN GALLINGER. 1999. Cirugía del Aparato Digestivo III. 3.<sup>a</sup> Edición. pp. 520 - 535
5. SAPUNAR JORGE. 1994. Hidatidosis en Parasitología Clínica 3era. Edición. pp. 341 - 353.
6. JM. HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ. 1997. Diagnóstico y tratamiento. Rev. Gastroenterología y Hepatología. Vol. 20 N° 1. pp. 27 - 30.
7. HERNÁN VILDÓSOLA G. 1997. Opciones Terapéuticas de la Sociedad de Gastroenterología del Perú. Rev. De Gastroenterología del Perú. Vol. 17 N° 3.
8. PEDRO LEGUA. 1997. Infecciones Parasitarias del Hígado. Rev. Gastroenterología del Perú. Vol. 17. Suplemento (1) 5 115 - 5 127.

9. VICENTE A. SOFÍA - ALBERTO R. LÓPEZ - ELÍAS HURTADO HOYO - PABLO GUSTAVO FERNÁNDEZ LUGEA. 1999. Hidatidosis.
10. M. HIDALGO; MJ. CASTILLO; JL. EYMAR. 1995. Hidatidosis Hepática. Abscesos hepáticos en: Tratamiento de las Enfermedades Hepáticas y Biliares. pp. 301 - 306.
11. SABINSTON. 1995. Tratado de Patología Quirúrgica. 14va Edición Editorial Interamericana. pp. 1126 - 1129.
12. BRICEÑO HUAMÁN, NORA. 2000. Tratamiento Videolaparoscópico del Quiste Hidatídico Hepático en el Hospital Guillermo Almenara I. 1995 - 1999.
13. CASMA GREGORIO, GERÓNIMO CHACALTANA. 1993. Hidatidosis Hepática. Tratamiento Quirúrgico. Hospital Militar Central. Enero 1980 - Febrero 1992.
14. CHIRIBOGA MENDOZA, LILLIA ELENA. 1990. Tratamiento Quirúrgico de la Hidatidosis Hepática. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. 1985 - 1989.
15. CORREA TINEO SANTOS - CARLOS CULQUI LÉVANO - M. PINTO PAZ. 2000. Hidatidosis Hepática: Revisión de Casos Intervenidos Quirúrgicamente en el Hospital Militar Central. Lima 1990 - 1999.

16. E. HERNANDO, JL. GARCÍA CALLEJA, E. CORDOBA, L. LAHUERTA., F. DEL RÍO Y V. FERREIRA. 1996. Hidatidosis Hepática. Revisión de una serie de 677 Pacientes intervenidos quirúrgicamente. Rev. Gastroenterología y Hepatología. Vol. 19, N° 3.
17. J. M. MIGUELENA BOBADILLA; C. B. QUERALT SOLARI; J. C., SALINAS PAYER; P. G. LAGUENS SAHUN; A. GUEMES; J. DEUS FOMBEBILLA y R. LOZANO MANTECON. 1988. Cirugía Radical: Tratamiento de elección en la Hidatidosis Hepática. Aportación de nuestra experiencia Rev. Cirugía Española. Vol. XLIV, N° 4. pp. 589 - 594.
18. FERNANDO GALINDO; ARGENTINO SEOANE; ADOLFO SÁNCHEZ; MAURICIO FELDMAN; PATRICIO TANQUE. 1999. Tratamiento resectivo de la Hidatidosis Hepática. Rev. Prensa Médica Argentina. Vol. 86. N° 1.
19. MONTOYA T. EDUARDO; VERGARA M. MARIO; SCHILDER C. JOSÉ; SANTILLANA C. JUAN; ALTA O. VÍCTOR; CAMACHO M. SOLEDAD. 1989. Tratamiento Quirúrgico del Quiste Hidatídico por medio de las resecciones Hepáticas. Rev. Cirujano. Vol.5, N° 2. pp. 9 - 12.

20. LUIS A. BUONOMO MAAC. FACS.; IGNACIO ROLDÁN MAAC; GUSTAVO ALBIZZATI MAAC; JUAN C. TABOADA MAAC; LUIS SALAS MAAC; OSWALDO NEME. 1999. Hidatidosis Hepática. Nuestra Sistematización y resultados sobre 119 casos operados. Rev. Prensa Médica Argentina. Vol. 86 N.º 1, pp. 8 - 12.
21. M. HONG NOGUYEN; MD. JAMES S. MEDITCH; JR. MD.; VÍCTOR L. YU; MD. 1993. Echinococcal Cyst of. The Liver. Therapeutic Options. Rev. Highlights From. Complications in Surgery: Vol. 14. pp. 8 - 11.
22. RIVAL MARÍA; LIDID LEONARDO; LÓPEZ BERNARDO; APT WERNER; ZULANTAY INES; DE DIEGO PEDRO. 2000. Hidatidosis Múltiple. Rev. Parasitología al Día. Vol. 24 N ° 1 - 2.
23. NARI A. GUSTAVO; MORACO EDUARDO; NASSAR MARIO; PONCE OMAR. 2001. Resultados en el Tratamiento Quirúrgico de la Hidatidosis Hepática no complicada. Rev. Cirujano General. Vol. 23 N° 1. pp. 29 - 32.
24. C. MIRANDA; J. HERRERA; C. ZAZPE; J. FERRER; A. CALVO; J. M. LERA. 1997. Tratamiento Quirúrgico Actual de la Hidatidosis Hepática. Papel de la Cirugía Resectiva. (XI Reunión Nacional de la Sociedad Española de Cirujanos. Benalmadena).

25. N. A. KAMA; M. SAHIN; E. GOCMEN; M. BAYRAK; H. KULACOGLU and A. Z. AKAT. 1998. The results of surgical techniques in hepatic hyatidosis: Tratment with drainage versus treatment without drainage a 6 years experience. pp 254-256.
26. FRIDER B.; LARRIEY E.; ODRIOZOLA M PÉREZ A. 1997. Hidatidosis Humana. Seguimiento de Casos Asintomáticos, Aportes al conocimiento de la historia natural de la enfermedad. Rev. Newsletter de la Hidatidosis N.º 15. Asociación Internacional de Hidatología.
27. BALBÍN PIMENTEL, JAVIER; LINARES POLANCO, CONSUELO; TAPIA MEJÍA, CARMEN ROSA; VÁSQUEZ ALVA, ROLANDO; PÁUCAR ALTEZ, CÉSAR. 1991. Hidatidosis en el Hospital General "El Carmen". Huancayo - Junín Perú. Rev. Cirujano. Volumen 7 N.º 1.
28. J. M. MIGUELENA BOBADILLA; A. GUEMES SÁNCHEZ; J. M. RAMÍREZ RODRÍGUEZ; E. MONCADA IRIBARREN; R. SOUSA DOMÍNGUEZ; R. CABEZALI SÁNCHEZ y R. LOZANO MANTECON. 1992. Tránsitos Hidatídicos Abdómino-torácicos. Rev. Cirugía Española. Vol. III. N.º 2. pp. 98 - 102.
29. SALINAS SEDO GUSTAVO, VELÁSQUEZ HAWKIRS, SAAVEDRA TAFUR LILI. 2001. Tratamiento Laparoscópico de los Quistes Hidatídicos Hepáticos. Rev. Gastroenterología. Perú .Vol. 21. pp. 306.

30. RODRIGO UBILLUZ DDC. y HERNÁN VILDÓSOLA G. 1987. Ultrasonografía y Enfermedad Quística Hidatídica en el Hígado y la Cavidad Abdominal: Diagnóstico y evolución bajo tratamiento con Albendazol. Rev. Gastroenterología del Perú. Vol 7. pp.102 - 111.
31. DÍAZ CONRADI ÁLVARO; JAUME MARGARITA; M. KRANEL LUCAS; TOBEÑA LUIS; GARCÍA PUIG ROGER. 2001. Hidatidosis Hepática. Rev. Pediatría Catalana. Vol. 61.
32. SEOANE, ARGENTINO; GUILLERMO P.; SÁNCHEZ, OSWALDO; TANOUE, PATRICIO. 2000. Quiste Hidatídico Hepático: Tendencia actual al tratamiento Quirúrgico Radical. Rev. Argentina. pp. 49 - 55.
33. PÉREZ B.; GUSTAVO; KREBS P., ALFRED; GUZMÁN BONDIEK SERGIO; LLANOS LÓPEZ OSWALDO; VILLARROEL DEL PINO, LUIS; ESCALONA, ÁLEX; CORREA, NICOLÁS. 1999. Hidatidosis Hepática: Resultados del Tratamiento Quirúrgico. Rev. Chilena Cirugía. Vol 51.
34. UHL W; LOFFLER H., ZIMMERMANN A.; TCHOLAKOV O.; GLOOR B.; BUCHLER MW. 1999. Tratamiento Quirúrgico de Echinococcosis del Hígado. Rev. Suizo- Cirugía. Vol. 5 pp. 26-32.
35. ALIEV MAS; SEISEMBAEV MAS; ORDABEKOV SO; ALIEV RM; BELEKOV ZHO; SAMRATOV TU. 1999. Echinococcosis Hepática y su Tratamiento Quirúrgico. Rev. Khirurgiia-Mosk Vol. 15. N.º 7.

36. BALIK AA.; BASOGLU M.; CELEBI F.; OREN D.; POLAT KY; ATAMANALP SS. et. al. 1999. Tratamiento Quirúrgico de la Enfermedad Hidatídica del Hígado. Revisión de 304 casos.
37. VELARDE RIVERA, PABLO HELEAZAR, 2002. “Situación del tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico hepático en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza Enero 1990 – Abril 2000”, UNMSM, Tesis de especialidad de Cirugía.
38. BUSTAMANTE PAREDES, HUAMAN CUEVA, 2003. “Hidatidosis hepática aspectos clínicos y quirúrgicos en el Hospita Nacional Hipólito Unanue 1995 – 2000”, UNMSM, Tesis de especialidad de cirugía.
39. OLIVERA HERMOZA, CASTELO VEGA, MORALES ALFARO, 2001. Hidatidosis: Características clínico – quirúrgicas, Rev. de Cirugía Vol. 10 N°19.
40. VILLAFANA UN. 2002. Evaluación de 3 técnicas quirúrgicas en el tratamiento de la Hidatidosis Hepática: Capitonaje, Omentoplastía y Drenaje Tubular Externo. UPCH. Tesis de maestría.

# **ANEXO**

Nº HC : \_\_\_\_\_  
Código : \_\_\_\_\_

## HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Nombre..... 2. Edad..... 3. Sexo: M ( ) F ( )  
4. Procedencia..... 5. Lugar de Nacimiento.....  
6. Tiempo de enfermedad.....

### SÍNTOMAS PRINCIPALES:

7. Asintomático ( )		
8. Dolor en: a. Epigastrio ( )	b. Hipocondrio Derecho ( )	c. Otros: .....
9. Plenitud postprandial ( )	10. Dispepsia ( )	11. Prurito ( )
12. Ictericia ( )	13. Baja de peso ( )	14. Fiebre ( )
15. Nauseas ( )	16. Vómitos ( )	17. Otros ( )
18. Sensación de peso en HCD y Epigastrio ( )		

### SIGNOS:

19. Masa palpable ( )	20. Hepatomegalia ( )	21. Urticaria ( )
22. Deformidad T-Abd ( )	23. Otros ( )	

### CURSO CLÍNICO:

24. Asintomático ( )	Estacionario ( )	Progresivo ( )
----------------------	------------------	----------------

### EXÁMENES AUXILIARES:

25. Leucocitos: a. 5000 – 10000 ( )	b. >10000 ( )	26. Desviación Izquierda ( )
27. Eosinofilia ( )	28. Hiperbilirrubinemia ( )	29. Fosfatasa Alc. Alta ( )
30. Transaminasas elevadas ( )	31. Otros .....	

### DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO:

32. Rx de Abdomen ( )	33. Ecografía Abdominal ( )	34. TAC Abdominal ( )
35. Rx de Tórax ( )	36. CPRE Preoperatorio ( )	37. Gammagrafía ( )
38 CPRE + Esfinterotomía ( )	39. Otros .....	

### DIAGNÓSTICO SEROLÓGICO:

40. Inmunoelectroforesis Arco V ( ) (+) (-)	41. Doble Difusión 5 (DD5) ( ) (+) (-)	
42. Contrainmunoelectroforesis ( ) (+) (-)	43. ELISA ( ) (+) (-)	
44. Westerblot ( ) (+) (-)		
45. Antecedente Quirúrgico de Hidatidosis: a. Hepática ( )	b. Pulmonar ( )	c. Otros: .....
46. Diagnóstico Hidatidosis concomitante .....		
47. Diagnóstico de otras enfermedades concomitantes: .....		

### TRATAMIENTO:

48. TRATAMIENTO MÉDICO: SI ( )	NO ( )	
49. Tratamiento Médico con: Albendazol ( )	Mebendazol ( )	Praziquantel ( )
50. Preoperatorio ( ) Ciclos 1 mes c/u <1 ( )	1 ( )	2 ( ) 3 ( )
51. Postoperatorio ( ) Ciclos 1 mes c/u <1 ( )	1 ( )	2 ( ) 3 ( )

### TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

52. Diagnóstico Post-operatorio: .....

### DATOS REFERENTES AL QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO:

53. NUMERO DE Q.H.H.: a. Único ( )	b. Dos ( )	c. Más de dos ( )	d. No señalado ( )
54. LOCALIZACIÓN: a. Lóbulo Derecho ( )	b. Lóbulo Izquierdo ( )	c. Ambos ( )	d. No señalado ( )
55. SEGMENTOS: I ( )	II ( )	III ( )	IV ( )
	V ( )	VI ( )	VII ( ) VIII ( )
56. TAMAÑO: a) < 5 cm. ( )	b) 5 – 10 cm. ( )	c) 11 – 25 cm. ( )	d) > 25 cm. ( ) e) No referido ( )
57. ESTADO DE HIDÁTIDE: a. Univesicular ( )	b. Multivesicular ( )		
	c. Membranas fragmentadas ( )	d. Otros ( )	e. No reportado ( )
58. LÍQUIDO HIDATÍDICO: a. Líquido Transparente ( )	b. Purulento ( )	c. Bilioso ( )	
	d. Bili-purulento ( )	e. Otros ( )	
59. TIPO DE QUISTE	No complicado ( )	56. Quiste Complicado ( )	

60. COMPLICACIONES REPORTADAS DEL QUISTE HIDATIDICO HEPÁTICO:

- a. Quiste Hidatídico Supurado ( )
- b. Adventicitis ( )
- c. Absceso Perivesicular ( )
- d. Apertura y evacuación a cavidad Peritoneal ( )
- e- Compromiso de Diafragma ( )
- f. Apertura y evacuación a Tórax ( )
- g. Apertura y evacuación a víscera adyacente ( )
- h. Compresión de gruesos conductos biliares ( )
- i. Compresión de vena Porta ( )
- j. Hidatidosis secundaria ( )
- k. Apertura y evacuación a Vía Biliar total ( )
- l. Apertura y evacuación a Vía biliar parcial ( )
- ll. Comunicación interhidatídico-adventicial ( )
- m. Hemorragia ( )
- n. Otros ( )

61. TIPO DE SOLUCIÓN ESCOLÍCIDA: a. Etanol 70 – 85 % ( ) b. Solución Salina 20 % ( )  
c. Solución Salina 33% ( ) d. Agua Oxigenada ( ) e. Otros ( )

62. VÍA DE ABORDAJE: a. Abdominal ( ) b. Tóraco Abdominal ( )

63. TIPO DE INCISIÓN: a. ISCD ( ) b. ISC Bilateral ( ) c. IPMDSUTR ( ) d. IMSU ( )  
e. Otros: .....

64. TÉCNICA QUIRÚRGICA: CIRUGÍA RADICAL: Si ( ) No ( )  
a. Cistoperiquistectomía abierta ( ) b. Cerrada ( ) c. Resección Hepática ( )

65. CIRUGÍA CONSERVADORA: Si ( ) No ( )  
a. Cistoperiquistectomía parcial ( ) b. Hidatidectomía ( )  
c. Exocleación ( ) d. Otros ( ) e. Destechamiento ( )

TRATAMIENTO DE LA CAVIDAD ADVENTICIAL:

66. Lavado de la cavidad adventicial ( )
67. Capsulorrafia ( )
68. Capitonaje ( )
69. Marsupialización Directa ( )
70. Quistostomía ( )
71. Epiploplastia ( )
72. Exocleación ( )

73. DRENAJE QUIRÚRGICO:  
Drenaje Tubular ( ) Drenaje Laminar ( ) D. Tubular + Laminar ( )

74. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS: Si ( ) No ( )
- a. Infección de herida operatoria ( )
  - b. Eventración ( )
  - c. Fiebre mantenida ( )
  - d. Comp. Pulmonares ( )
  - e. Tromboflebitis ( )
  - f. Perforación del Diafragma ( )
  - g. Supuración de cavidad ( )
  - h. Obst. Vía Biliar ( )
  - i. Hemorragia ( )
  - j. Bilirragia ( )
  - k. Anafilaxia ( )
  - l. Fistula biliar persistente ( )

75. Reintervención Quirúrgica ( ) a. Motivo:.....

76. CIRUGÍA CONCOMITANTE: Si ( ) No ( )
- a. Extracción membranas hidatídicas de vía biliar + Kehr. ( )
  - b. Colecistectomía ( )
  - c. Resección de quiste en otra localización ( )
  - d. Liber. múltiples adherencias ( )
  - e. Coledocotomía + Kehr ( )
  - g. Esfinterotomía ( )
  - h. Esplenectomía ( )

77. RETIRO DE DRENAJE QUIRÚRGICO:  
a. < 3 días ( ) b. 3 – 7 días ( ) c. > 7 días ( )

78. ESTANCIA HOSPITALARIA: .....

79. CONDICIÓN DE ALTA:
- a. Mejorado ( )
  - b. Requiere otra operación ( )
  - c. Fallecido ( )