

Pancreatitis aguda de origen hidatídico*

Dr. CRISTÓBAL GUIXÉ A.^{1,2}

¹ Servicio de Cirugía, Hospital Dr. Hernán Henríquez A., Temuco, Chile.

² Universidad Mayor, Santiago, Chile.

Acute pancreatitis of hydatid origin

Paciente de 43 años que ingresa derivado, al Hospital Regional de Temuco, con diagnóstico de colangitis aguda, donde se efectúa ecografía abdominal que muestra masa dependiente del segmento V del hígado, de 8 cm, de contenido sólido-quístico.

Ingresa con diagnóstico de probable hidatidosis con absceso hepático y colangiohidatidosis.

En pabellón se encuentra absceso hidatídico de

10 cm en segmentos VII y VIII, con una vía biliar de 15 mm, asociado a aumento de volumen difuso del páncreas, momento en el cual se recibe resultado de amilasas (1.284 U/l). Se realiza coledocotomía, periquistectomía parcial e instalación de drenaje bipolar hacia la cavidad.

El paciente es dado de alta 12 días después de la operación.

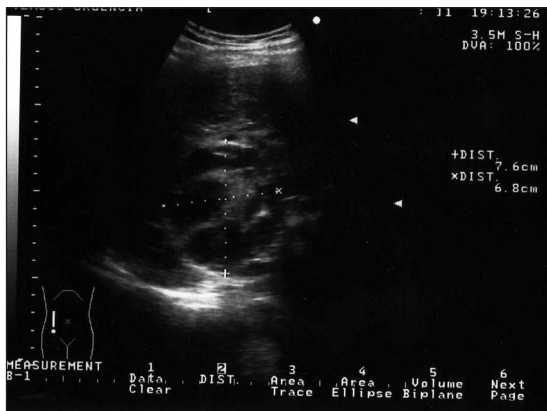


Figura 1. Ecotomografía preoperatoria.

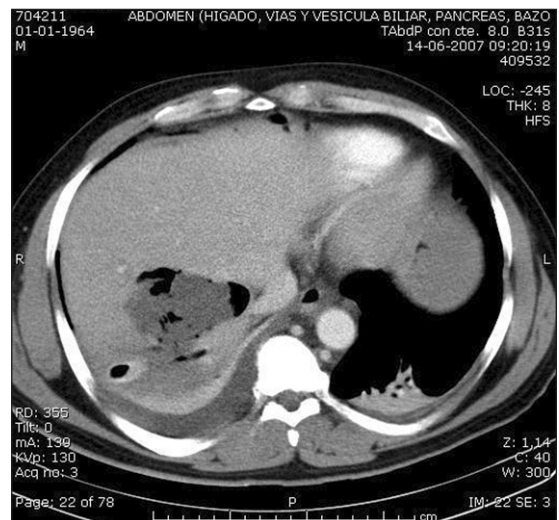


Figura 2. TAC postoperatoria, corte sagital.

*Recibido el 20 de Octubre de 2009 y aceptado para publicación el 23 de Noviembre de 2009.

Correspondencia: Dr. Cristóbal Guixé A.
Crisantemos 1010 Dpto. 51, Santiago, Chile.
E-mail: cguixe@yahoo.es

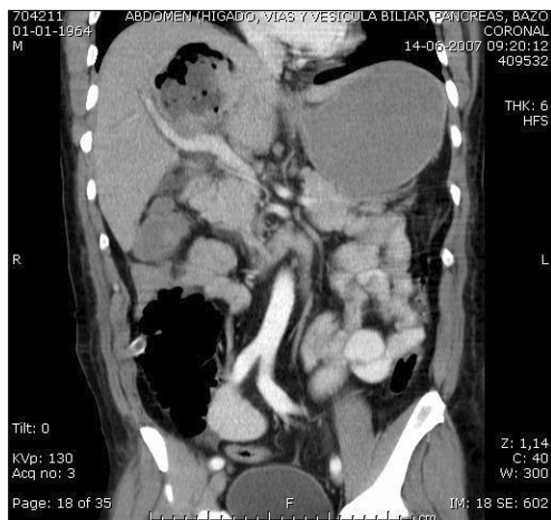


Figura 3. TAC postoperatoria, corte coronal.

Discusión

La PA (pancreatitis aguda) de origen hidatídico es una entidad poco frecuente. El mecanismo de producción es desconocido. Destacan las hipótesis de obstrucción de la Ampolla de Vater por vesículas hijas y la obstrucción de origen inflamatorio secundario a fenómenos alérgicos¹⁻³.

La presentación clínica es inespecífica. El síntoma más común es el dolor abdominal, en el contexto de una PA, asociada o no a colangitis³. Los

exámenes, como las enzimas pancreáticas, amilasa y lipasa, la serología para quiste hidatídico y, por sobre todo, el aporte de las imágenes, unido al cuadro clínico, permiten el diagnóstico.

El manejo de estos pacientes implica el tratamiento de la pancreatitis, agregándose el manejo del quiste propiamente tal, el cual es quirúrgico^{4,5} e implica: quistectomía, sutura de las comunicaciones a la vía biliar y manejo de la colangiohidatosis^{3,6}.

Referencias

1. Zeytinlu M, Coker A, Yüzer Y, Ersöz G, Aydin A, Tekeşin O, et al. Hydatid acute pancreatitis. *Turk J Gastroenterol* 2004; 56: 229-232.
2. Sakorafas GH, Tsiotou AG. Etiology and pathogenesis of acute pancreatitis: current concepts. *J Clin Gastroenterol* 2000; 30: 343-356.
3. Bellara IL, Amara H, Hablani N, Harzallah L, Abbassi DB, Kraiem C. Hydatid acute pancreatitis: a case report. *Ann Chir* 2004; 129: 372-375.
4. Sciumè C, Geraci G, Pisello F, Facella T, Vaglica R, Modica G. Acute pancreatitis during liver hydatidosis: treatment with ERCP and endoscopic sphincterotomy. *Ann Ital Chir* 2005; 76: 491-494; discussion 494.
5. Arifuddin R, Baichi M, Ullah A, Maliakkal B. Cystic echinococcus-a rare presentation of acute biliary obstruction and pancreatitis. *J Clin Gastroenterol* 2006; 40: 763-764.
6. Ghidirim G, Mişin I, Guţu E, Gagauz I, Danci A, Voşian M, et al. Intra-biliary rupture of the hydatid cyst complicated with acute pancreatitis. *Chirurgia (Bucur)* 2006; 101: 429-432.