

Case Report

AURICULAR FIBRILLATION AS THE FIRST SYMPTOM OF A HEPATIC HYDATID CYST

FIBRILACION AURICULAR COMO PRIMER SÍNTOMA DE UN QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO

Alejandro Lusilla-López¹; Mauricio Burneo-Estévez¹; Maria Dolores Pérez-Díaz^{2*}; Fernando Turégano-Fuentes²

¹Hospital Quirónsalud, Sur. Alcorcón. Madrid. Spain.

²Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

*** Corresponding Author:**

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. HGU Gregorio Marañón.

C/ Marqués de Lozoya, 38, 3^oDcha. 28007 – Madrid.

Phone: +34-659725792.

Email: lolaperezdiaz@hotmail.com

Received: 21 December 2018; Accepted: 19 February 2019; Published: March 2019

Abstract

Introduction: Hydatid cyst disease has a wide clinical spectrum going from a silent disease to severe forms such as anaphylactic shock. In addition, laparoscopic approach to the liver is increasing as it combines the same eradicating results of open surgery with the advantages of minimally invasive surgery.

Presentation of the case: We report the case of a female patient who began with an episode of atrial fibrillation secondary to a pericardial effusion from a complicated hepatic hydatid cyst. A subphrenic abscess was drained by laparoscopy, and a partial peri-cystectomy and omentoplasty was performed. The patient was discharged home on the 4th postoperative day, and she remains asymptomatic 4 years later, with no evidence of atrial fibrillation or hydatid recurrence.

Conclusion: Atrial fibrillation is a most unusual presentation of hepatic hydatidosis. A laparoscopic approach is safe and feasible in selected patients with hydatid cyst of the liver.

Resumen

Introducción: La hidatidosis hepática tiene una forma clínica de presentación muy variada desde una enfermedad asintomática hasta formas muy graves como el shock anafiláctico. Además, el abordaje laparoscópico de la enfermedad hepática está en auge ya que combina los mismos resultados erradicadores de la cirugía abierta con las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

Presentación del caso: Presentamos el caso de una paciente que debutó con un episodio de fibrilación auricular secundaria a un derrame pericárdico por un quiste hidatídico hepático complicado. Mediante el abordaje laparoscópico, se drenó el absceso subfrénico y se realizó una periquistectomía parcial y una omentoplastia. La paciente fue dada de alta el cuarto día postoperatorio y permanece asintomática 4 años después, sin evidencia de fibrilación auricular o recidiva hidatídica.

Conclusión: La fibrilación auricular es una presentación extraordinaria de la hidatidosis hepática. El abordaje laparoscópico es seguro y factible en pacientes seleccionados.

Keywords: Liver Hydatid Cyst; Minimally Invasive Surgery, Atrial Fibrillation

Introducción

La hidatidosis es una zoonosis causada por el *Echinococcus granulosus*, y aunque todavía se considera una enfermedad endémica en algunos países mediterráneos como España, su diagnóstico es excepcional. La forma clínica de presentación es muy variada desde una enfermedad silente hasta formas más graves como el shock anafiláctico. Además, el abordaje laparoscópico de la hidatidosis hepática está en auge ya que consigue los mismos resultados de erradicación de los quistes que la cirugía abierta y aporta las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

Presentamos el caso de una mujer con un quiste hidatídico hepático cuya forma de presentación fue un episodio de fibrilación auricular secundario a un derrame pericárdico por un quiste hidatídico hepático complicado. El tratamiento quirúrgico se realizó mediante abordaje laparoscópico.

Presentación del caso

Se trata de una mujer de 66 años de edad sin antecedentes personales ni epidemiológicos de interés que acudió al Servicio de Urgencias refiriendo astenia, sudoración y dolor torácico. En la exploración física presentaba palidez, sudoración, hipotensión (80/60 mm Hg) y taquicardia (150 lpm). Análíticamente destacaba leucocitosis y el electrocardiograma evidenciaba una fibrilación auricular no conocida previamente. Se realizó un ecocardiograma donde se apreciaba derrame pericárdico. Ante la sospecha de un cuadro séptico se realizó una TC toracoabdominal donde se observaban dos quistes hidatídicos parcialmente calcificados en los segmentos hepáticos IV y VIII, el último de ellos adyacente a un absceso subfrénico, se confirmó la presencia de derrame pericárdico. (Figuras 1,2).



Figura 1. Corte coronal donde se observa el absceso subfrénico y el derrame pericárdico



Figura 2 . Corte transversal donde se observa el quiste hidatídico parcialmente calcificado y el derrame pericárdico.

La paciente ingresó en UCI para estabilización y control de la fibrilación. Se realizó pericardiocentesis obteniéndose 400 cc de líquido claro que tras ser analizado descartó la presencia de anticuerpos hidatídicos y se inició perfusión de Amiodarona con lo que la paciente entró en ritmo sinusal. Se realizó serología hidatídica que fue positiva. Cuarenta y ocho horas más tarde se realizó tratamiento quirúrgico mediante abordaje laparoscópico, primero se drenó el absceso subfrénico, enviando cultivo del líquido que resultó estéril. Posteriormente, se introdujo un trocar de 11 mms en el quiste del segmento VIII para drenarlo y esterilizarlo con suero hipertónico, después se llevó a cabo una periquistectomía parcial con epiploplastia y no se realizó ninguna actuación sobre el otro quiste por estar completamente calcificado. Tampoco se evidenció comunicación con el saco pericárdico a través del diafragma. La paciente fue dada de alta al cuarto día postoperatorio con Albendazol oral durante 3 meses y permanece asintomática a los 4 años sin recidiva hidatídica radiológica ni serológica.

Discusión

El quiste hidatídico hepático se debe a la transmisión fecal-oral de la larva de *Echinococcus granulosus*. Es un proceso endémico en países mediterráneos aunque la incidencia está disminuyendo. Los órganos más afectados son el hígado (50-80%), pulmón (10-40%), hueso y cerebro.

La forma de presentación es muy variada, asintomática, dolor en hipocondrio derecho o a veces cuadros de abdomen agudo o shock anafiláctico debido a la rotura del quiste hacia la cavidad abdominal. El crecimiento del quiste puede dar lugar a una fístula quisto-biliar produciendo ictericia obstructiva y/o

colangitis(1). El tránsito hepato-torácico puede dar lugar a una fistula bilio-pleural y más raramente fistulizar a pericardio. En nuestro caso no se evidenció ninguna comunicación del quiste con el saco pericárdico a través del diafragma.

La fibrilación auricular como primera manifestación de la enfermedad es excepcional, si bien está descrito que la presencia de una masa creciente o de un proceso inflamatorio adyacente al pericardio, como ocurría en nuestro caso, puede causar esta arritmia incluso en un paciente asintomático con buena función cardíaca y sin historia previa de arritmias cardíacas.

El diagnóstico de la hidatidosis se realiza mediante técnicas de imagen y serología, y es confirmado mediante la visión de protoescolax. La ecografía es la primera prueba de elección dada su sensibilidad (90%) y bajo coste, pero actualmente la TC es la prueba preferida porque ofrece más información para planificar la cirugía. La resonancia magnética (RMN) y la colangiopancreatografía retrógrada (CPRE) pueden ser necesarias en algunos casos para conocer la relación del quiste con el árbol biliar (2). La CPRE puede ser útil para valorar la vía biliar y drenarla previamente a la cirugía aunque su uso rutinario es controvertido (3).

Por último, los objetivos del tratamiento incluyen la erradicación del parásito y la prevención de la recurrencia. La cirugía combinada con el tratamiento médico con Albendazol parece que tiene menos recidiva que la cirugía sola. El tratamiento quirúrgico puede ser radical incluyendo periquistectomía o resección hepática o conservador mediante la exéresis parcial del quiste, eliminación del contenido y esterilización de la cavidad residual como fue en nuestro caso. La cirugía conservadora es efectiva pero con más complicaciones y mayor posibilidad de recidiva. La epiploplastia es muy útil en la prevención de las complicaciones tras cirugía conservadora (4-6).

El abordaje laparoscópico es factible como se observó en nuestro caso y hay más de 900 casos descritos en la literatura. La indicación de este abordaje depende fundamentalmente de la localización del quiste, no del tamaño o del tipo de quiste. Las limitaciones y las desventajas del abordaje laparoscópico incluyen una curva de aprendizaje significativa, el miedo a la contaminación o al potencial sangrado que es más difícil de controlar por laparoscopia. La tasa de conversión publicada

varía del 0 al 66,6%. La morbilidad de la cirugía abierta varía del 12 al 63% y del 8 al 25% en cirugía laparoscópica. La tasa de recurrencia publicada con cirugía abierta es del 4,5%, mientras que es del 1,1% en la cirugía laparoscópica. A pesar de ello, hoy en día no existen estudios de coste-efectividad del abordaje laparoscópico o ensayos controlados y aleatorizados que hayan demostrado reducción de la mortalidad, morbilidad o tasa de recurrencia con respecto a la cirugía abierta. Algunos estudios han probado menor estancia hospitalaria, menor incidencia de infección de herida, menor requerimiento transfusional y menor dolor postoperatorio (6, 7).

Conclusión

La fibrilación auricular es una forma de presentación extraordinaria de la hidatidosis hepática, su tratamiento consiste en el tratamiento de la enfermedad. El abordaje laparoscópico de la hidatidosis hepática es seguro y factible en pacientes seleccionados.

Conflicto de intereses

Este trabajo no ha recibido financiación de ningún tipo. Los autores declaran que no tienen conflictos de interés por realizar el trabajo.

Referencias

1. Nunnari G. Hepatic echinococcosis: Clinical and therapeutic aspects. *World J Gastroenterol* 2012; 18(13): 1448 - 58.
2. Lantinga MA. Evaluation of hepatic cystic lesions. *World J Gastroenterol* 2013; 19 (23): 3543 - 54.
3. Dolay K. Role of endoscopic retrograde cholangiopancreatography in the management of hepatic hydatid disease. *World J Gastroenterol* 2014; 20 (41):15253 -15261.
4. Gomez I, Gavara C. Review of the treatment of liver hydatid cysts. *World J Gastroenterol* 2015; 21(1):124 - 131.
5. Bhutani N., Kajal P. Hepatic echinococcosis: a review. *Annals of Medicine and Surgery* 2018; 36: 99- 105.
6. Botezatu C., Mastalier b., Patrascu t. *Journal of Medicine and Life* 2018; 11 (3): 203-9.
7. Tuxun T, Zhang J, Zhao J, Tai Q, Abudurexti M, Ma H-Z, et al. World review of laparoscopic treatment of liver cystic echinococcosis—914 patients. *Int J Infect Dis* 2014; 24:43–50.