

QUISTES HIDATICOS CALCIFICADOS DEL HIGADO (*)

Dr. Juan Carlos del Campo

El tratamiento de los quistes hidáticos calcificados del hígado es uno de los problemas más dificultosos de la cirugía del quiste hidático.

La comunicación habitual con la vía biliar, la necrosis certificada por la calcificación y la intrincación corriente de los restos parasitarios con el parénquima definen las características de la adventicia.

El tratamiento de elección del quiste hidático, la evacuación y cierre encuentra aquí como dificultades evolutivas:

1) La dificultad o imposibilidad de retracción de la bolsa por la rigidez de la caparazón, de donde, cavidad residual patológica, relleno obligatorio, etc.

2) La persistencia o alternativa de abertura y cierre de la comunicación bilioquística, vía posible de infección para la cavidad residual, vía posible de colorragia intraquística y sus consecuencias, litiasis, etc. y vía de penetración de los productos de descamación calcárea o tisural en las vías biliares, con todas sus consecuencias lógicas.

La evacuación y marsupialización, aun con las ventajas modernas de los antibióticos por vía general o local, es seguida frecuentemente de complicaciones, fistulización interminable, colorragia o lo que es peor aun infección, hemorragia por caída de escaras, etc.

De allí que se considere que en principio lo lógico sería la extirpación de la zona lesionada, lo cual ha tratado de hacerse:

- 1) por legrado de la cavidad residual después de marsupializada

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 12 de abril de 1950.

- 2) por decorticación operatoria de la adventicia
- 3) por resección de tejido hepático.

Estas dos últimas terapéuticas, sobre las cuales habría que decidirse en el campo operatorio, tienen en contra suya la posibilidad general de determinar hemorragias y colorragias abundantes.

Estas posibilidades se aminoran a medida que el quiste se exterioriza, y aumentan por el contrario cuando el quiste se acerca a la región hiliar, agregándose a ellas la posibilidad de lesionar ramas de la arteria hepática alimentando otras zonas del parénquima y por lo tanto de provocar necrosis parenquimatosas alejadas.

Es en presencia de estas dificultades que hemos pensado que de los procedimientos que evacúan al parásito y dejan la adventicia nosotros sólo empleamos los que drenan los derrames intraquísticos o los productos de descamación al exterior (marsupialización) o aquellos que entregan a las propias paredes adventiciales deliberadamente y a la vía biliar (sin quererlo) la tarea de dar cuenta de esos productos.

Y no hemos tenido en cuenta para nada los fundamentos del antiguo **procedimiento australiano** que entrega al peritoneo y sus defensas ese mismo papel. Se entiende que el antiguo procedimiento australiano tal como está descrito no es posible emplearlo. Pero alguna modificación puede hacerlo posible. Es lo que hemos pretendido haciendo la epiploplastía intraadventicial o intraquística, es decir rellenando la cavidad adventicial con epiplón, y cerrando sobre el epiplón esa cavidad adventicial, es decir llevando los procedimientos de acción del peritoneo al interior del quiste.

¿Cómo creemos o mejor dicho cómo esperamos que actúe el relleno epiploico?

1º) Supresión o disminución del factor mecánico inicial de los derrames intraquísticos al rellenar dentro de lo posible totalmente la bolsa.

2º) Absorción de los derrames por el epiplón "in situ", antes de que lleguen a la cavidad peritoneal, (a diferencia del método australiano).

3º) Adherencia del epiplón a la pared adventicial en las zonas del brote carnososo, disminuyendo con ello la posibilidad de cavidad residual o disminuyendo las proporciones de la cavidad

residual y como consecuencia preservando en grado máximo a la vía biliar.

4º) Revascularización de la adventicia y por su intermedio posibilidad de reabsorción de los fragmentos calcificados quedados en ella.

Esta primera comunicación sólo se referirá a la factibilidad del procedimiento y a sus consecuencias inmediatas.

La evolución tardía y la razón o sinrazón de alguna de las posibilidades eventuales sólo se verá con el tiempo.

Hay variantes de técnica a tener en cuenta:

En algunos quistes exteriorizados hay conveniencia en reducir la cavidad adventicial resecaando parte de la adventicia superficial.

En algún caso la zona profunda puede ser de tan poca importancia que parezca lógico suprimir la pared externa y hacer simplemente una epiploplastía sobre la interna; no hemos tenido caso.

CONTRAINDICACIONES

Por el momento las contraindicaciones que hemos previsto son:

1º) Colerragia, comunicación con la vía biliar; es así que en un caso no lo empleamos por esta causa.

2º) Infección, no hemos tenido casos.

3º) Situación alejada del quiste.

4º) Imposibilidad de obtener un buen colgajo epiploico ya sea por mezquindad congénita del mismo o por condiciones patológicas derivadas de la enfermedad hidática o de otras.

TECNICA EMPLEADA

Después de abordado el quiste, evacuado los restos parasitarios y hecho el formolado y habiendo decidido por las consideraciones hechas más arriba, aplicar el procedimiento, se procede en la siguiente forma:

1º) Raspado de la pared interna de la adventicia con el fin de desprender de ella la capa necrótica que le adhiere y de determinar una superficie de adhesión para el epiplón.

El raspado lo hacemos frotando fuerte con gasa y después suavemente legramos, esto último por el temor de provocar colerragia y hemorragia. Taponamiento de la cavidad con gasa para cohibir la pequeña exudación sanguínea que puede seguir al raspado. En caso de necesidad se empleará trombina tópica.

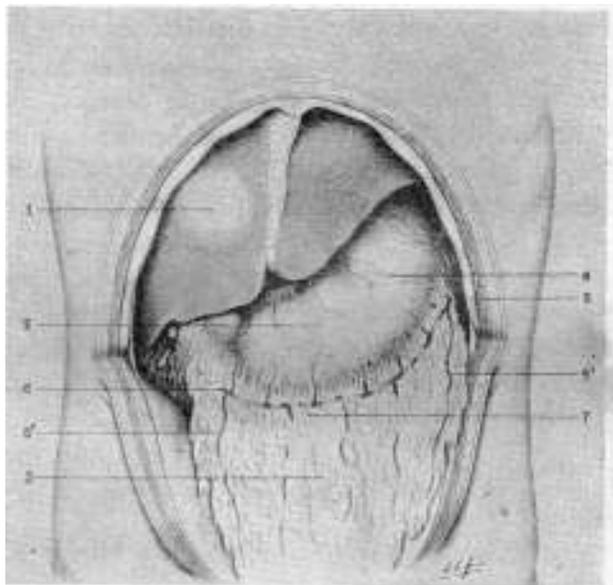


FIGURA 1

1 Hígado con quiste hidático en el lóbulo derecho; 2 Estómago; 3 Epiplon; 4 Arteria esplénica; 5 Arteria gastroepiploica izquierda con 5' arteria epiploica izquierda; 6 Arteria gastro epiploica derecha con 6' arteria epiploica derecha; 7 Arcada gastro epiploica.

2º) Formación del colgajo epiploico. Si la situación es favorable, el tamaño del quiste pequeño y el epiplón abundante se podrá utilizar directamente el epiplón.

En general habrá que hacer un colgajo.

En general (quiste hidático del lóbulo derecho y de gran parte del lóbulo izquierdo del hígado) habrá que utilizar un colgajo a pedículo derecho, haciendo el decolamiento coloepiploico, entrando a ras del colon en la retrocavidad y desprendiendo el epiplón gastrocólico de la gran curvatura gástrica y a ras de ella.

Finalmente queda un colgajo epiploico total, alimentado

vascularmente por la arteria gastroepiploica derecha con sus ramas epiploicas tratando en lo posible de que entre en el colgajo la arteria epiploica izquierda.

Necesidades menores pueden llevar a limitar la extensión del colgajo o la pediculización del mismo.

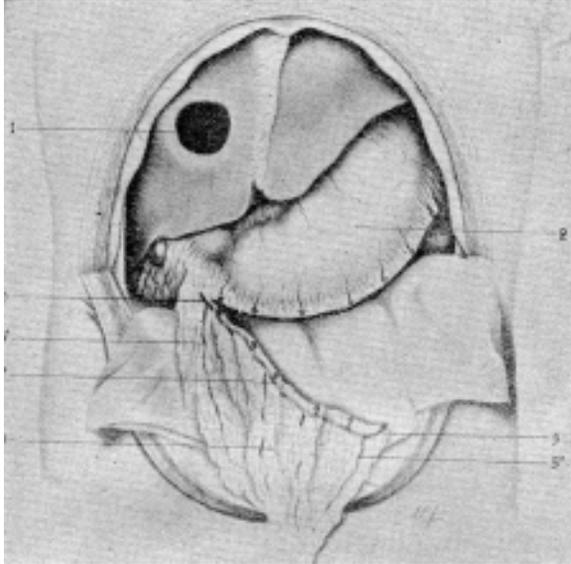


FIGURA 2

Mismos números que la leyenda anterior. El epiplón ha sido desprendido de la gran curva gástrica y del colon quedando con su pedículo gastro-epiploico derecho y sus dos arterias epiploicas. La cavidad adventicial ha sido preparada resecaando una ventana en su cara anterior, etc.

Si el quiste calcificado asienta en el hipocondrio izquierdo, el colgajo será hecho al revés, dándose como base al pedículo la gastroepiploica izquierda, tratando en lo posible de conservar la arteria epiploica derecha. Sin temer, dada la manera de confeccionar el colgajo, la necrosis del gran epiplón, hay, por lo menos, interés en obtener un colgajo con la mejor vascularización posible.

3º) El colgajo epiploico es introducido en el quiste por una amplia ventana tratando.

1) de rellenar en totalidad la cavidad residual.

- 2) de evitar toda estrangulación del epiplón en la puerta de entrada a la cavidad adventicial.

El epiplón es fijado al borde de la abertura adventicial por numerosos puntos, prolijamente hechos, de manera de no comprender en ellos, ningún vaso epiploico, utilizando zonas avasculares o de poca vascularización.

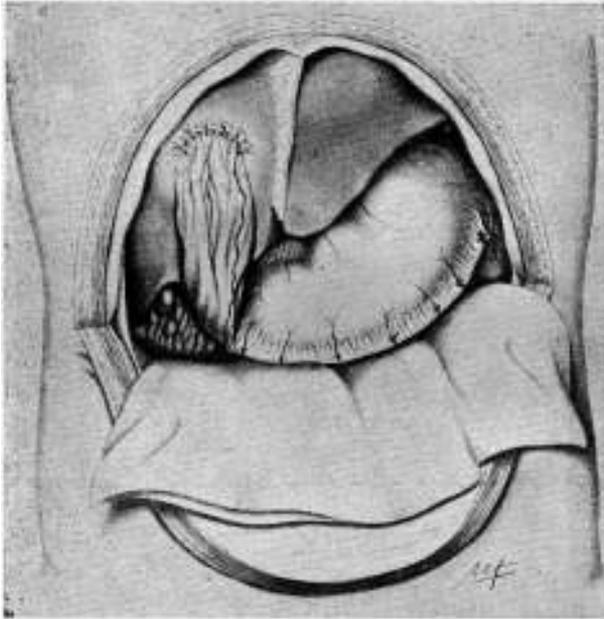


FIGURA 3

El colgajo epiploico ha sido introducido en gran parte en la cavidad adventicial y suturado a todo su contorno. No se ha dibujado el tubo de control.

Se ha tenido en cuenta, no hay por qué decirlo, las nuevas relaciones del epiplón con estómago, vesícula, de manera de evitar acciones molestas sobre ellos, de dejarles la libertad y dirección que requieren para su funcionamiento.

- 4*) Como precaución que consideramos indispensable, colocamos por 48 horas un tubo de control en la cavidad.

Ese tubo es introducido a rozamiento a través de una hendidura del epiplón en las maniobras previas a la fijación de éste a la incisión de la adventicia.

Tiene como objeto precavernos contra una bilirragia o una infección.

Es retirado a las 48 horas, suavemente, comprobando a medida que se le retira si hay líquido o no y antes de retirársele totalmente se instilan en la cavidad 100 a 200.000 unidades de penicilina en 20 c.c. de suero fisiológico.

5º) Durante los 10 o 15 días siguientes se hace tratamiento por penicilina.

EXTENSION DE LA INDICACION

Si los beneficios de esta técnica se hacen evidentes con el tiempo, si la práctica no demuestra complicaciones, estamos dispuestos a emplearlo no sólo en los quistes calcificados, indicación máxima, sino también en todos aquellos en los que el estado de la adventicia haga aparecer como discutible el cierre primario del quiste.

Hasta ahora sólo hemos aplicado el procedimiento en un caso.

C. S. Historia Nº 2515. H.

Operado el 15 de diciembre de 1949 con el diagnóstico de quiste hidático calcificado del hígado. Ver radiografía.

En la operación se encuentra un gran quiste hidático calcificado ocupando la parte posterior, superior y externa del lóbulo derecho, de un diámetro aproximado de 12 cms.; una faja de parénquima de 8 mm. lo separa de la cara inferior. Su contenido es multivesicular (vesículas unas vivas y otras marchitas). La calcificación es en placas, teniendo algunas de estas 5 a 6 cms. de diámetro y 3 a 4 milímetros de espesor. Solamente arriba y a la derecha hay una zona no calcificada de 8 a 10 cms de diámetro. No hay bilirragia. Las placas calcáreas hacen saliente en la pared interna de la adventicia.

Técnica operatoria de acuerdo con la descripción hecha.

Evolución. Se sacó el tubo a las 48 horas. Cura de primera. En previsión de posibles complicaciones, se retiene al enfermo hasta el 10 de enero de 1950 en que es dado de alta.

EVOLUCION RADIOLOGICA

Placa 1. — 24-XI-1949. Imagen calcificada preoperatoria.

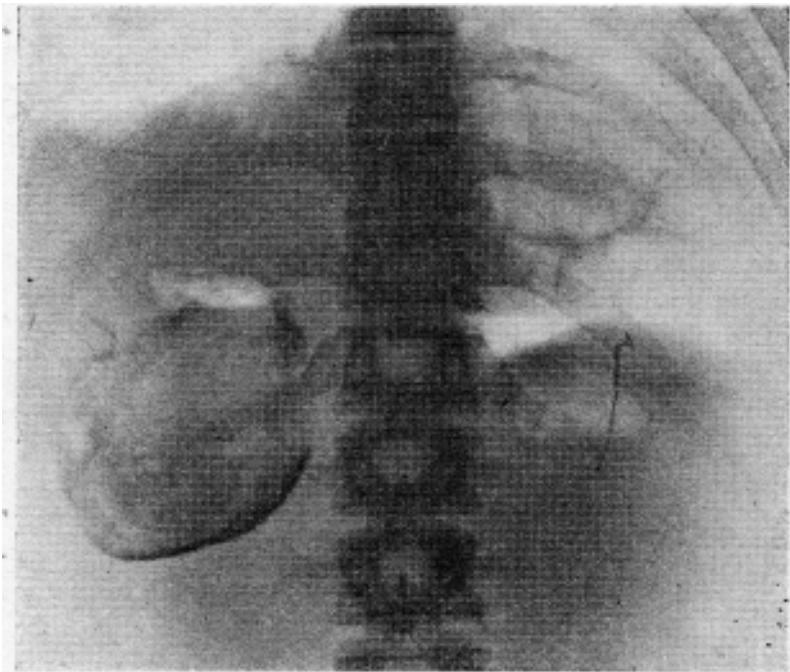
Placa 2. — 2-I-1950. Pequeño neumoqueiste residual.

En las placas posteriores el neumoqueiste desaparece. La imagen calcificada ha permanecido incambiada hasta ahora.

Anteriormente a este caso habíamos aplicado el procedimiento en otro, pero sin ajustarnos a las reglas señaladas. Con todo la enferma estaba



Antes de operado. 24/XI/1949



Después de operado. — 2/I/1950

en condiciones de ser dada de alta con una fistuleta a los 15 días, alta que se retardó hasta los 45 días; y en un caso posterior al descrito se trataba de un quiste emergente situado en la parte derecha e inferior del lóbulo derecho del hígado ofreciéndose en forma ideal para una decorticación que fué lo que se hizo.

Dr. A. Chifflet. — Las últimas manifestaciones del Dr. del Campo sintetizan indudablemente su posición que me parece que debe ser lo que debe quedar aquí en la Sociedad de Cirugía: los quistes hidáticos calcificados del hígado deben tratarse de acuerdo como lo demuestran las circunstancias y muchas veces no puede utilizarse determinados procedimientos por rutina sino los que las condiciones exigen. el Dr. del Campo después de haber ideado su procedimiento ha tenido un enfermo que estoy seguro le daba un aliciente para usar de nuevo su procedimiento, por razones fáciles de comprender y sin embargo ha preferido, en ese enfermo, utilizar otra técnica porque no creía que era técnica conveniente hacer la que había ideado. El quiste hidático calcificado del hígado debe tratarse como lo aconsejen las circunstancias.

Ahora yo no sé si la finalidad de la comunicación del profesor Del Campo es pensar en la posibilidad de que el calcio de esa adventicia calcificada sea reabsorbido a expensas del epiplón, pero en los comienzos de su comunicación el Prof. del Campo dice que va a presentar como resultado de su experiencia actual, el fundamento de su técnica y espera que el porvenir permitirá sacar conclusiones respecto a la evolución ulterior.

Me parece que nosotros debemos referirnos al problema inmediato del post-operatorio de estos quistes calcificados. La experiencia de todos nosotros demuestra que el quiste hidático calcificado drenado al exterior da en la mayor parte de las veces una fistulización difícil de cohibir. La experiencia demuestra que, cuando por algún procedimiento queda destruida la comunicación exterior, la fistulización se ha hecho en el canal biliar con todas las complicaciones de la cavidad residual en el árbol biliar. La idea de suprimir la cavidad residual y darle posibilidades al tejido adventicial residual para que se incorpore con un tejido conjuntivo sano, constituye el desiderátum desde el punto de vista de los principios del tratamiento, de lo que puede ser una cavidad residual fistulizada hacia el interior o exterior. Me parece que la solución de utilizar el epiplón ricamente vascularizado y podríamos decir casi naturalmente dispuesto a que por la técnica quirúrgica se afine su pedículo a favor de su irrigación, ofrece una ventaja que el Dr. del Campo ha sabido explotar hábilmente. Sin saber lo que va a pasar yo tengo el convencimiento que si tengo un quiste hidático calcificado de hígado en las condiciones del Dr. del Campo, yo le voy a hacer la técnica que él ha preconizado.

Dr. D. Prat. — El Dr. del Campo nos trae una técnica novedosa interesante para el tratamiento de los quistes calcificados del hígado, cosa muy

importante porque precisamente todos los cirujanos que actuamos en el Río de la Plata, sabemos perfectamente las largas y prolongadas complicaciones que hacen estos quistes calcificados del hígado, con fístulas persistentes, durante mucho tiempo y a veces con complicaciones serias y de años.

En la práctica y técnica el Dr. del Campo, parece ponerse en práctica un principio que ha establecido Leriche, de que el organismo reúne y aumenta sales calcáreas en determinados tejidos, en determinadas regiones y entonces es ahí donde el organismo, por vía arterial, recurre a esas reservas y es precisamente al epiplón que tiene una vascularización intensa al que ha recurrido el Dr. del Campo para retirar esos depósitos o concreciones calcáreas que hay en los quistes calcificados.

Hemos observado en nuestra práctica una serie de quistes calcificados sin contar los que se pueden aplicar al epiplón, donde nos parece en los que el epiplón difícilmente podría retirar toda la capa calcárea que presentan; algunos de estos quistes presentaban capas calcáreas de 1 ½ centímetro de espesor, de manera que nos parece poco probable que fuera posible la reducción o el traslado sanguíneo del calcio, de la capa calcárea de las adventicias quísticas.

De cualquier manera este planteamiento terapéutico de un método muy interesante, novedoso, como digo y que conviene tenerlo muy en cuenta. En este momento en el Instituto estamos preparando, es decir está ya en vías de publicación un trabajo de quistes calcificados, donde hemos reunido una estadística de 14 casos de quistes calcificados y que en la brevedad se publicará en el boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica.

Si la mesa me autoriza, en una de las próximas sesiones, presentaremos una síntesis de esa comunicación; en ese caso, entonces, podríamos considerar el nuevo método que ha planteado el profesor del Campo en el tratamiento de estos quistes calcificados.

Dr. del Campo. — No tengo nada que contestar; voy a agradecer a los que han hecho uso de la palabra, y a pedirles que si utilizan el procedimiento, traigan la experiencia aquí, porque todos tenemos que saber lo que puede dar.

Creo que el procedimiento es lógico, que puede compartir sus indicaciones con otros; hay diferentes grados de calcificación, hay diferentes situaciones, hay diferentes desarrollos del epiplón.

La primera vez que lo empleé, vuelvo a repetirlo, defectuosamente, la enferma se fué curada del hospital al mes y medio, pero no era exactamente lo que yo quería hacer; había un epiplón ridículo, de esos transparentes, que no servía para rellenar un quiste de más de 5 cms. de diámetro, aun introduciendo todo el epiplón.

De manera que se necesita tener volumen de epiplón.

Yo creo que la solución que he preconizado, resuelve o puede resolver el relleno de las cavidades patológicas, residuales disminuyendo la

avi ad por adherencia del epiplón las diferentes partes de la misma, evitando por lo tanto la entrada en la vía biliar de los restos parasitarios y d los restos calcáreos. Esto es quizás lo más importante que nosotros tenemos que hacer. Y puede hasta hacer desaparecer la calcificación por revascularización; esto es sólo una esperanza, doctor Prat; yo no puedo decirlo, hasta que no pase; si pasa podría decir que es lógico, y si no pasa podría decir que es demasiado lo que le pedimos al epiplón.
