

Instituto de Neurología Prof. A. Ricaldoni — Facultad de Medicina
Montevideo, Uruguay

NUEVO METODO PARA LA EXTIRPACION DEL QUISTE HIDATICO CEREBRAL (*)

Dres. J. San Julián y R. Arana Iñíguez

Nuestra experiencia quirúrgica en el quiste hidático cerebral alcanza a 13 observaciones.

Las técnicas utilizadas han sido, en 3 observaciones la técnica de Schroeder ⁽⁶⁾, en 2 la técnica de Dowling ⁽⁵⁾, en 3 observaciones la técnica propuesta por Arana, Rodríguez Barrios y San Julián ^(1, 2), en 3 observaciones, la técnica que motiva esta publicación. En 1 caso se usaron estas dos últimas combinadas.

Uno de los enfermos operados tenía un quiste hidático supurado que había sufrido y que tenía vesículas hijas. El diagnóstico se hizo en el momento de terminar la extirpación de la tumoración. La técnica utilizada fué la común para extirpación completa de un absceso. Como este último caso no puede analogarse al de los quistes hidáticos hialinos que plantean un problema quirúrgico muy diferente, debemos tener en consideración los 12 restantes.

El método de Dowling ⁽⁵⁾, se utilizó en 2 casos antes de comenzar a aplicar la técnica propuesta por nosotros con Rodríguez Barrios. ^(1,2)

En los 3 casos en que se realizó la técnica de Schroeder ⁽⁶⁾, se trataba de observaciones en que se ignoró la presencia del quiste hidático y por lo tanto éste fué puncionado al efectuar la ventriculografía o al realizar las maniobras de exposición quirúrgica.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 4 de noviembre de 1954.

En las 7 observaciones restantes se realizó 3 veces la técnica publicada anteriormente por nosotros.

En los 3 últimos casos que deseamos comentar ahora en forma especial, se ha realizado como única maniobra de extirpación del quiste hidático, la irrigación de suero entre el quiste y la periquística que apoya sobre el tejido cerebral. En una observación, se puncionó el ventrículo contralateral y se creó una ligera hipertensión inyectando aire, pero la extirpación se realizó principalmente con la maniobra del suero.

En nuestra primer publicación de abril de 1951 en la Prensa Médica Argentina (1), sintetizamos la técnica que proponíamos en ese artículo en la siguiente forma: "El método que proponemos puede resumirse así: 1º) diagnóstico y localización del quiste por la angiografía cerebral (3, 4), 2º colgajo osteoplástico sumamente amplio; 3) punción ventricular contralateral tomando todas las precauciones para no puncionar el quiste; 4º exposición del quiste por los cortes radiados de la sustancia nerviosa, episiotomías, tal como lo aconseja Dowling (5, 7), en su método del parto; 5º) colocar la cabeza en la posición más ventajosa para que la gravedad favorezca la salida del quiste para lo cual convendrá sujetar bien al enfermo a la mesa y poner la cabeza en el momento en que se va a hacer la extirpación del quiste a un nivel inferior al de los pies, lateralizada en el sentido de la gravedad; 6º) inyección suave de aire o líquido apropiado con la aguja colocada en el ventrículo del lado opuesto al quiste; 7º) irrigación suave de suero entre la superficie del quiste y la sustancia cerebral que lo alberga."

Como se ve desde nuestra primera publicación dábamos importancia a la irrigación con suero para facilitar la salida del quiste. Uno de nosotros que precisamente era el encargado de realizar la irrigación de suero, dió importancia a esta maniobra como facilitadora o provocadora de la salida del quiste. Es así que en las 3 observaciones últimas tratamos de extirpar el quiste exclusivamente con esta maniobra obteniendo resultados muy satisfactorios (Fig. 1). También es de interés señalar que en los 2 casos hechos con la técnica de Dowling, notamos que la irrigación de suero embebiendo los algodones colocados en profundidad facilitaba la salida del quiste.

La técnica que ahora proponemos incluye los siguientes tiempos: 1º) diagnóstico de localización por la angiografía cerebral; 2º) colgajo osteoplástico sumamente amplio; 3º) cortes de la sustancia cerebral, si es necesario, sin hacer una abertura muy am-

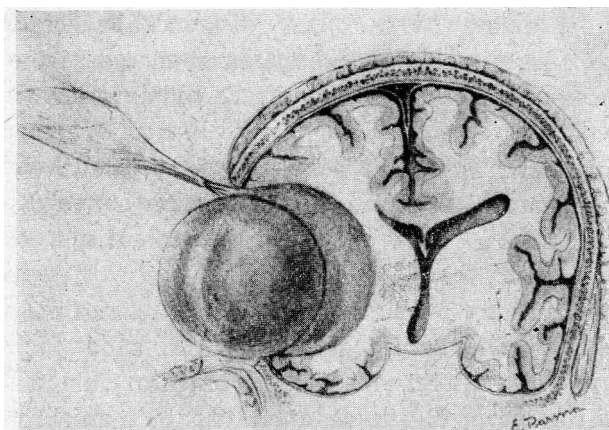
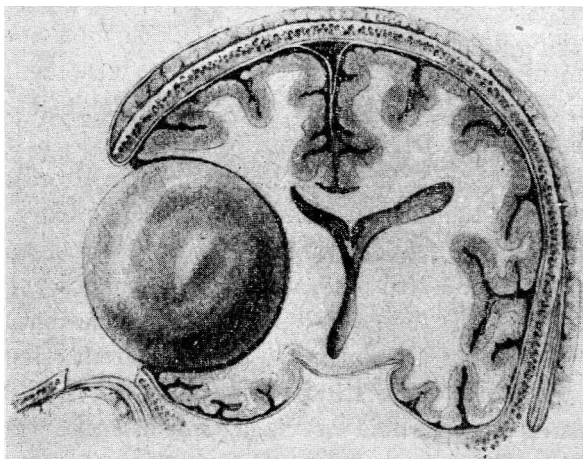


FIG. 1. — Esquemmatización de la técnica propuesta por los autores.

plia en la sustancia nerviosa, o sea que tratamos de mantener una cavidad relativamente cerrada entre quiste y la sustancia nerviosa, de manera que el líquido se acantone en este espacio; 4º) poner al enfermo en tal posición, que el quiste ocupe la parte de más declive del cuerpo y que se obtenga ventaja en la fuerza

de la gravedad. Este detalle es útil, pero es de interés señalar que aún en el caso de que no se pueda sacar beneficio de la fuerza de la gravedad, la inyección de suero resulta sumamente eficaz, y sin duda más eficaz que la punción de aire en el ventrículo contralateral; 5º) irrigación de suero entre el quiste y la sustancia cerebral.

Si en el futuro, las proximas observaciones dan razón a lo que hemos visto hasta el presente, consideramos que la maniobra del suero es superior a la técnica propuesta anteriormente de crear una ligera hipertensión endocraneana, inyectando aire en el ventrículo contralateral.

Nos basamos para afirmar esto, en las siguientes razones: 1º) se evita el orificio contralateral y la punción ventricular; 2º) si bien es cierto que el método anteriormente publicado por nosotros presentaba la ventaja de evitar durante las maniobras quirúrgicas todo contacto con la pared del quiste, en la técnica que ahora proponemos, sólo entra en contacto con ella el suero, lo que asegura la delicadeza de las maniobras, pues se evita el contacto con instrumentos sólidos o algodones; 3º) como el líquido se introduce entre el quiste y la pared de la sustancia nerviosa que circunscribe al quiste, es indudable que la ligera hipertensión que se crea, tiene menos peligro de aumentar la presión endocraneana que la inyección del ventrículo, pues tenderá más directamente a producir la salida del quiste; 4º) realiza la extirpación del quiste en forma rápida; 5º) aunque todavía el número de casos no es suficiente, parecería que la técnica actual determina postoperatorios más benignos que los que habíamos observado con las otras tres técnicas empleadas anteriormente.

Creemos que esta técnica constituye el mejor método para extirpar el quiste hidático cerebral. En el caso de quistes muy profundos, es posible que sea útil el procedimiento que propusimos anteriormente con Rodríguez Barrios (1, 2). Por esto convendrá marcar el lugar de incisión para la punción ventricular contralateral y realizar después la técnica como la proponemos aquí y sólo si fuera necesario realizar la punción ventricular para inyectar aire o suero en el ventrículo contralateral.

OBSERVACIONES

OBSERVACION 1. — J.P.D.D., 48 años, masc. Procedente de campaña. Desde hace 7 semanas cambió de carácter y cefaleas. Al examen hemianopsia lateral homónima izquierda, apraxia del vestir, agnosia de la fisonomía, agnosia espacial.

Diagnóstico clínico, tumor cerebral. La **angiografía** mostró localización en la región occipito - témporo - parietal.

Operación. — Dres. J. San Julián, A. García Guelfi, M. T. Sande, I. Villar. Colgajo parieto - témporo - occipital derecho amplio. Abierta la duramadre se comprueba gran hipertensión encefálica. Hay aplanamiento de las circunvoluciones en la zona parieto - occipital. Incisión vertical cerebral que visualiza el quiste hidático a medio cm. de profundidad. Se hace episiotomía posterior en forma de T acostada. Se inyecta suero entre el quiste hidático y el cerebro. Se produce el parto del quiste saliendo intacto. Hemostasis. Cierre por planos con drenaje extradural que se extrae a las 36 horas. Enfermo recuperado al ser dado de alta a los 10 días. Curación.

OBSERVACION 2. — A. G., 7 años, fem. Procedente de campaña. Síndrome de hipertensión intracraneana desde hace 3 meses. Edema de papila bilateral. Signo de Macewen. Inestabilidad en la marcha. La **angiografía** mostró la disposición circunferencial de las arterias cerebral anterior y media que corresponden a la imagen que consideramos patognomónica del quiste hidático cerebral.

Operación. — Dres. A. Schroeder Otero, J. San Julián, I. Villar. Colgajo frontal derecho. Abierta la duramadre se comprueba hipertensión encefálica. Se corta cerebro llegándose a visualizar un quiste hidático a pocos mms. de la corteza. Se extirpa una tapita cerebral de unos 4 cms. de diámetro. Se hace episiotomía anterior y luego se inyecta suero fisiológico con pera de goma entre el quiste hidático y el cerebro. El quiste hidático hace su parto intacto rápidamente. En este caso trabajamos contra la fuerza de la gravedad por ser frontal su localización. Cierre de la pared por planos previa hemostasis. Curación.

OBSERVACION 3. — I. P., 7 años, masc. Procedente de campaña. Desde hace un año dolores en los miembros superiores y diplopía. Hace un mes repite el cuadro doloroso y aparecen cefaleas y vómitos. Al examen, cabeza de volumen aumentado. Cráneotabes temporal derecho. Signo de Macewen. Edema de papila bilateral. Parálisis del recto externo derecho. Síndrome piramidal de la mitad derecha del cuerpo y síndrome neocerebeloso en la mitad izquierda. Temblor en ambos miembros superiores, más marcado a izquierda.

Diagnóstico clínico, quiste hidático cerebral. La **angiografía** mostró el desplazamiento de la vena de Galeno acusando la situación posterior del quiste, vasos estirados y una gran zona avascular, arterias meníngeas también estiradas localizando el quiste hidático en la zona témporo - parieto - occipital.

Operación. — Dres. R. Arana Iníguez, J. San Julián, I. Villar. Amplio colgajo parieto - témporo - occipital. Hueso temporal muy afinado. Se abre la duramadre que tiene algunas adherencias al cerebro. Se ve el quiste hidático a través de una corteza muy adelgazada. Incisión cerebral lineal con dos episiotomías. Se inyecta suero fisiológico entre el quiste hidático y el cerebro. Se produce el parto del quiste hidático intacto en un tiempo de 8 minutos. Se trata de un enorme quiste que pesa 620 grms. Cierre por planos previa hemostasis, con drenaje extradural. Curación.

OBSERVACION 4. — E. M., 4 años, fem. Procedente de campaña. Desde hace 2 meses síndrome de hipertensión endocraneana y hemiparesia derecha. Edema de papila bilateral.

Diagnóstico clínico, quiste hidático cerebral. La **angiografía** mostró la localización en la zona parieto - occipital izquierda.

Operación. — Dres. J. San Julián, M. T. Sande, A. García Guelfi, I. Villar. Colgajo fronto - parieto - temporal izquierdo amplio. Se practica orificio retrocoronario derecho para punción ventricular controlateral. Abierta la duramadre se comprueba hipertensión encefálica. Las circunvoluciones están más aplastadas adelante. Incisión cerebral vertical en lóbulo frontal llegando al quiste hidático a 1 ½ cms. de profundidad y se agregan 2 episiotomías ánteroposteriores. Se punciona ventrículo derecho y se inyecta aire llegándose a presiones de 30 cms. de agua. El quiste hidático hace hernia a través de la brecha cerebral. Se hace la inyección de suero entre quiste hidático y cerebro consiguiendo la extirpación de un quiste del tamaño de una naranja. Hemostasis. Cierre por planos. Curación.

SUMARIO

Los autores presentan 4 casos de quiste hidático cerebral extirpado por la técnica de irrigación de suero entre el quiste y el tejido nervioso. La técnica propuesta consiste, en hacer diagnóstico angiográfico, realizar un amplio colgajo osteoplástico, cortes de la sustancia cerebral no muy extensos de manera que se cree fácilmente una cámara entre el quiste y la sustancia nerviosa, hacer que por una posición adecuada la gravedad favorezca la salida del quiste e irrigación de suero entre el quiste y el cerebro.

Creen que la técnica anteriormente publicada por ellos con Rodríguez Barrios, creando hipertensión por inyección de aire o suero en el ventrículo contralateral, tal vez sea beneficiosa para localizaciones muy profundas, pero admiten que para la gran mayoría de los casos, la técnica aquí publicada, es la más satisfactoria hasta ahora conocida.

SUMMARY

Authors report four cases of cerebral hydatid cyst removed by the method of irrigation of saline solution between the cyst and the nervous tissue. This method consists in the following, angiographic diagnosis, large bone flap, small incision of the cerebral tissue in order to creat a cavity between the cyst and the nervous tissue, adecuate position of the head in order to allow gravity to assist in the delivery of the cyst and irrigation of saline solution between the cyst and the brain.

Authors believe that the technique that they published previously with Rodriguez Barrios which consists in injecting air in the contralateral ventricle, is perhaps more suitable for very deep localizations, but they admit that in most cases this method is the better.

BIBLIOGRAFIA

1. ARANA IÑIGUEZ, R.; RODRIGUEZ BARRIOS, R. y SAN JULIAN, J. — "Nueva técnica para la extirpación del quiste hidático cerebral". Prensa Méd. Arg., 38: 891 - 897, 1951 y en Bol. Soc. Cir., Uruguay, 22: 239 - 249, 1951.
2. ARANA IÑIGUEZ, R.; RODRIGUEZ BARRIOS, R. y SAN JULIAN, J. — "Surgical treatment of hidatid cysts of the brain". Transact. Neurol. Assoc., 77: 210 - 211, 1952.
3. ARANA IÑIGUEZ, R.; GORLERO ARMAS, A. y SAN JULIAN, J. — "La angiografía en el quiste hidático cerebral". Actas IV Congr. Sudam. Neuroc., Porto Alegre, 1951 (en publicación).
4. ARANA IÑIGUEZ, R., SAN JULIAN, J. — "Angiografía del quiste hidático cerebral". A Medicina Contemporânea, 73: 155 - 173; 1955. (Número especial de homenaje a Egas Moniz).
5. DOWLING, E. y ORLANDO, R. — "Quiste hidático del lóbulo frontal derecho". Rev. Arg. Neurol. Psiqu. y Med. Legal, 3: 201 - 208, 1929.
6. SCHROEDER, A. H. — "Tres casos de quiste hidático del cerebro". Nueva técnica". Arch. Pediat. Uruguay, 7: 136 - 138, 1936.
7. VIALE, S. M. — "Tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos de encéfalo. Procedimiento de Dowling. Buenos Aires, El Ateneo, 1938.