

Trabajo de la Clínica Quirúrgica Prof. Eduardo C. Palma

## A PROPOSITO DE UN QUISTE HIDATICO DE HIGADO ABIERTO EN ESTOMAGO (\*)

Dr. Wolfgang G. Goller

La comunicacion que presentaremos a continuación, creemos que tenga su interés en especial en lo que se refiera a la terapéutica quirúrgica que se ha seguido. Se trata de una complicación poco frecuente de la hidatidosis hepática, como lo es la fistulización de un quiste hidático de hígado en estómago.

### HISTORIA CLINICA

Paciente N. F., sexo fem., N° reg. 62-1818, 15 años, procedente del Depto. Durazno. Enviada por el Dr. Pedro Ibarra por tumoración dolorosa de epigastrio. Hace un mes brusco dolor epigástrico, tipo puntada, irradiado a H. D. y fosa lumbar der. Vómitos alimenticios y biliosos. El dolor, caracterizado por exarcebaciones sobre un fondo doloroso continuo, persiste durante 15 días, teniendo al final de este período un nuevo episodio de vómitos, similares a los que presentó en el episodio anterior. Consulta médico, quien le indica tratamiento, mejorando paulatinamente en los días subsiguientes.

Hace una semana nuevo cuadro doloroso que se acompañó de chuchos de frío y temperatura de 39°, sin vómitos ni alteración de su tránsito digestivo, pero sí elementos de dispepsia atípica. Adelgazamiento de dos kilos en este período con apetito conservado. No refiere sintomatología respiratoria.

Antecedentes: desde hace varios meses deformación epigástrica sin repercusión loco-regional ni general, por la cual en ningún momento consultó médico.

Examen: Deformación epigástrica y de H. D. que eleva la parrilla costal, se moviliza poco con la respiración, espontáneamente dolorosa. A la palpación tumoración que hace cuerpo con el hígado invadiendo epigastrio en H.I., que se extiende hasta 4 cm. por debajo del reborde costal. Superficie lisa, consistencia firme y dolorosa. Resto del examen: S/p.

Exámenes complementarios: Glób. rojos 4.210.000; leucocitos 10.000.

Hepatograma. discreta insuficiencia hepatocítica. Resto de exámenes de laboratorio: s/p.

Rx de H. D. Desplazamiento de la imagen aérea gástrica hacia la izquierda, como corresponde a la hidatidosis del lóbulo izquierdo del hígado.

Colecistografía: vesícula no visible. Rx de tórax: s/p.

Con el diagnóstico de quiste hidático alterado y supurado, esta enferma es intervenida a los 7 días de su ingreso.

---

(\*) Trabajo presentado en la  $\frac{1}{2}$  hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 3 de abril de 1963.

**Ficha operatoria:** 28-X-1962. Dres. Chiara y Goller, Pte. Rodríguez. Anestesia general: Dres. Silva y Friedlanderis.

Laparotomía mediana supraumbilical. Hay adherencias a la pared anterior, del quiste y del ligamento suspensor. Liberación de adherencias. La exploración muestra: la existencia de un Q. H. de lóbulo derecho, sobre el borde anterior hepático, que desplaza la vesícula. La vesícula es morfológicamente normal. El quiste es de forma ovoidea, a eje mayor transversal de unos 7 cm. Se resuelve hacer quistectomía, haciéndose sutura del parénquima hepático, con catgut y puntos hemostáticos. Se coloca Gelfoam para completar la hemostasis.

Quiste hidático en el lóbulo cuadrado, se punciona y se extrae pus. Se reseca parcialmente la adventicia. Curetaje de la cavidad quística y puesta a plano. Quiste hidático de lóbulo izquierdo. Por su cara inferior está sólidamente fijado a la región antro-pilórica. Por su cara superior hace saliencia sobre la cara superior del lóbulo hepático; en este punto se punciona y se aspira pus. A continuación se reseca parcialmente la adventicia y al explorar esta cavidad se comprueba que está abierta en el estómago, a pocos cms. del píloro, por un orificio de unos 2 cms. de diámetro. Liberación del estómago. Resección de la adventicia y del tejido fibroso que en el estómago rodea la comunicación. Se cierra la perforación gástrica por un surjet de gastergut cromado, y en el plano seroso se realizan puntos separados de lino. Sin embargo este cierre no satisface, por un lado es el propio tejido cicatricial el que estenosa este sector, y por otro la estrechez se hace más evidente por la sutura. Se decide realizar una gastroduodenostomía látero-lateral, entre región antropilórica, en situación proximal con respecto al orificio, y la porción duodenal, un poco por delante del genu superius, realizándose, pues la continuidad digestiva, por un pasaje posterior, formada por la región pilórica estenosada, el píloro y el bulbo duodenal, y un pasaje anterior formada por la mencionada gastroduodenostomía. Surjet de gastergut cromado en el plano seromuscular y puntos separados de lino en el plano sero-seroso. Se pasa una sonda gástrica a la tercera porción duodenal. Control de hemostasis. Lavado de la cavidad peritoneal. Se resuelve dejar ambas cavidades quísticas, las dos puestas a plano sin cerrar. Tubo de goma drenando las superficies quísticas puestas a plano. Cierre de la pared por planos.

**Evolución postoperatoria:** buena, al día siguiente se comienza la alimentación por la sonda y se le permite la ingestión de agua y leche al medio por boca. En ningún momento vómitos por lo que se inicia la alimentación por vía bucal al tercer día y se retira la sonda. Al 6º día se retira el drenaje y se da el alta al 14º día de operada en buenas condiciones.

A los 25 días de operada Rx de gastroduodeno de control, que demuestra un perfecto pasaje del medio de contraste del estómago al duodeno. Vista por última vez, hace 1 mes y medio la paciente goza de excelente salud, no tiene intolerancia para ningún tipo de alimentos y ha aumentado de peso, alrededor de 4 k. después de la operación.

## COMENTARIO

La abertura de un quiste hidático abdominal en las vísceras huecas digestivas es poco frecuente. El estudio de la bibliografía nacional o extranjera, demuestra, como ya lo recalcaran Chifflet y Suiffet que esta complicación era más frecuente en la era prequirúrgica del tratamiento de la hidatosis. En los últimos años esta complicación se ve cada vez menos.

El diagnóstico positivo de Q.H. abierto en estómago se basará

en la eliminación de elementos hidáticos por vía digestiva, en el examen radiológico o en la comprobación anatómica. En el caso que nosotros presentamos ni remotamente se pensó en esta complicación en el preoperatorio, ya que no existieron datos en el interrogatorio, que hicieran pensar en una fistulización. Después de la operación interrogamos nuevamente a la paciente y a los familiares, que categóricamente negaron haber reconocido elementos hidáticos expulsados por vía digestiva.

Cendán también refiere un caso de fistulización en el colon transverso, en el cual tampoco existía el antecedente de hidátidenteria. Tanto en este caso, como en el que nosotros presentamos, se hizo el diagnóstico durante el acto quirúrgico.

La perforación podría haber sido provocada por las maniobras del cirujano, pero recordemos que antes de iniciar la liberación del estómago habíamos comprobado la perforación y la consiguiente comunicación, después de la punción del quiste. La pared del estómago formando parte de la adventicia, pero hasta este momento sin solución de continuidad puede ser lesionada al realizar las maniobras de liberación, y de esa manera considerarse fistulización espontánea, lo que en realidad fué originado durante la intervención quirúrgica.

Los cirujanos que han tenido que actuar frente a esta complicación, establecen como conducta la de completar el drenaje del quiste y despreocuparse de la fístula quistovisceral. Varios de los casos relatados en la bibliografía demuestran una evolución favorable siguiendo simplemente esta conducta. La fístula cerrará espontáneamente. En nuestro caso particular la fístula se estableció en la región antro-pilórica. Después de haber liberado el quiste del estómago, apareció un orificio de comunicación, rodeado por tejido fibroso. Al intentar cerrar este orificio se planteó la posibilidad de que esta paciente hiciera una estenosis, no solamente a punto de partida del tejido alterado, con importante componente cicatricial, sino que también la estenosis se hiciera más evidente por la propia sutura. La importante alteración de la pared gástrica hizo incluso pensar en realizar una gastrectomía subtotal, que se desechó de inmediato dada la edad de la enferma. Por lo menos no se justificaba realizar una gastrectomía d'enblée, sin antes haber planteado otras conductas terapéuticas. Es casi seguro, que dada la situación tan cercana al píloro, del orificio fistuloso, rodeado de un tejido cicatricial, esta enferma hiciera en un futuro no muy lejano una importante estenosis pilórica.

Sin ánimo de depreciar la conducta terapéutica que habitualmente se seguía en estos casos, o sea el drenaje del quiste sin tocar la fístula, creemos que la gastroduodenostomía tuvo la ventaja de resolver más rápidamente la evolución postoperatoria de esta paciente. Se evitó pues, mediante la gastroduodenostomía el mantenimiento

de una fístula, que si bien hubiera cerrado espontáneamente, hubiera tardado un tiempo variable, seguramente más largo, amén de exigir cuidados de enfermería especiales, como son los que se ven cuando existe una dehiscencia de sutura.

**En resumen:** Se relata el caso de una enferma de 15 años, enviada con diagnóstico de Quiste Hidático de Hígado supurado, y en la cual en el acto quirúrgico se comprobó la comunicación de uno de los quistes con el estómago, a nivel de la región piloroantral. Liberación del estómago e independización del quiste. Cierre del orificio gástrico, que situado muy cerca del píloro, sobre un tejido alterado, podría favorecer en un futuro la aparición de una estenosis gastroduodenal. Se realiza pues, gastroduodenostomía. Evolución buena. Rx de gastroduodeno de control, realizada a los 25 días de la operación demuestra un buen pasaje del medio de contraste al duodeno.

Creemos que la terapéutica aplicada aceleró en mucho la evolución de por sí favorable en estos enfermos. De no haberse ocupado de la fístula la evolución hubiera sido más lenta, y hubiera exigido un cuidado postoperatorio más delicado.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) ARCHIVOS URUGUAYOS DE LA HIDATIDOSIS. Vol. XVI - 1957, pág. 207.
- 2) CHIFFLET, A. y SUIFFLET W. — Arch. Urug. de Med., Cir. y Esp. 22:392-405, 1943.
- 3) CENDAN ALFONZO, J. E. — Comunicación de un caso citado en los comentarios de Itrabajo de Chifflet y Suifflet.
- 4) LARGHERO, VENTURINO y BROLI. — Equinococosis hidática del abdomen. Ed. Delta, 1962.
- 5) PIAGGIO BLANCO, R. A. y SANGUINETTI, C. M. — Afecciones del hígado, de las vías biliares y del páncreas. Imp. Rosgal 1948.
- 6) ROLDAN, A. — Quiste hidático del hígado abierto en estómago. An. F. de Med. Montevideo 1922, pág. 444.