

Conductas operatorias en el quiste hidatídico de hígado abierto en vías biliares (Q.A.V.B.) *

A propósito de 58 casos

Dr. MUZIO S. MARELLA

La complicación más frecuente de la hidatidosis hepática es la apertura en los canales biliares intrahepáticos.

Para encarar las conductas operatorias en el Q.A.V.B. es necesario definir el concepto de esta complicación de la equinocosis.

Se deben distinguir tres situaciones anatómicas en la evolución del quiste dentro del parénquima hepático. Ellas ya fueron señaladas por del Campo en 1933 (7).

Primera situación (fig. 1, 2): Cuando existe una simple comunicación entre el espacio adventicial y los canales biliares. Mientras la vesícula hidatídica se mantiene tensa, el espacio perivesicular y la comunicación bilioquística son virtuales. Es posible que en este estado, productos de descaamación de la membrana hidatídica pasen a la canalización biliar, como lo pensaba Ivanissevich en 1927.

Segunda situación (fig. 1, 4): Cuando la membrana hidatídica se ha roto y el contenido quístico pasa a la vía biliar. Cendán (3) consideraba a esto como "el criterio más aceptable sobre quiste abierto en vías biliares".

Tercera situación (fig. 1, A, B y C): Cuando el contenido hidatídico ha producido una obstrucción de la vía biliar principal. Prat y Piquerez (42), en 1925, consideraban como Q.A.V.B. solamente a esta eventualidad.

Doctrinariamente en las tres situaciones la hidatidosis está comunicando con las vías biliares. Pero creemos que quirúrgicamente sólo la segunda y tercera situación deben ser consideradas como Q.A.V.B.

Las dos situaciones patológicas antedichas se manifiestan en los siguientes hechos clínico-operatorios: a) hallazgo de elementos hidatídicos en la vía biliar; b) reconocimiento de la comunicación quistobiliar; c) contenido quístico teñido en bilis; d) quistes supurados; e) quiste con evacuación parcial intrahepática; f) hidatidosis hepática con historia de síndrome

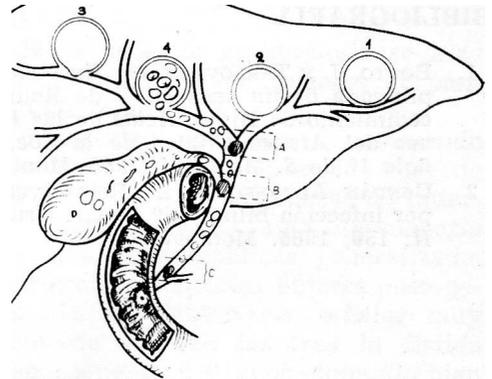


FIG. 1.—Situaciones patológicas en la apertura del quiste hidatídico en las vías biliares. 1: Quiste en contacto con el canal biliar. 2: Quiste con simple comunicación. 3: Membrana hidatídica insinuándose a través de la comunicación (Ivanissevich). 4: Quiste vertiendo su contenido en la vía biliar. A, B y C: Lugares de menor calibre normal de la vía biliar donde los restos hidatídicos pueden detenerse con preferencia.

coledociano sin litiasis. La comprobación operatoria de cualquiera de estas situaciones permite hacer el diagnóstico de Q.A.V.B.

Lo dicho anteriormente permite afirmar el concepto que la hidatidosis abierta en vías biliares es una enfermedad hepatobiliar [Chifflet (6)].

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 27 de octubre de 1966.

Como consecuencia, el tratamiento quirúrgico tendrá dos objetivos: primero, solucionar el problema hepático, el quiste; segundo, tratar el problema biliar.

MATERIAL CLINICO Y OPERATORIO

Métodos empleados.

Este trabajo está fundamentado en el estudio de 58 historias de Q.A.V.B. Un primer grupo de 13 casos sirvieron como base a nuestra tesis de doctorado (33) en 1950; pertenecen a los Servicios de los Profs. del Campo y Larghero, del Hospital Pasteur. Cuarenta historias son del Hospital de Clínicas, de los Servicios de los Profs. del Campo (1954-63) y H. Ardao (1963-66). Diecisiete pacientes han sido intervenidos personalmente en los hospitales Clínicas, C. A. S. M. U., Maciel e Italiano.

Los hechos más destacados en las conductas operatorias de los 58 casos son los siguientes:

La hidatidosis hepática fue múltiple en diecisiete casos.

Concomitantemente a la apertura en vías biliares, había comunicación con el tórax dos veces y rotura en peritoneo libre en otras dos oportunidades.

La comunicación quistobiliar era intrahepática en todos los casos. Se hizo siempre con los canales biliares, salvo en un caso con la vesícula biliar.

La quistostomía como operación única se hizo veintiséis veces, veinte de ellas por vía anterior y siete por vía posterior a través de la 11ª costilla.

Quistostomía y coledocostomía se practicó nueve veces. Una vez se agregó a ellas una colecistotomía.

Quitostomía y colecistostomía se realizaron doce veces.

Quitostomía, coledocostomía y colecistostomía se hicieron en cuatro casos.

La coledocostomía como operación única se efectuó en cuatro oportunidades. En todas ellas el colédoco estaba muy dilatado (de 4 ó 5 cm. de diámetro) y fue posible completar la evacuación del quiste intrahepático a través del hepatocolédoco. En otros cuatro pacientes la coledocosto-

mía fue una operación destinada a desobstruir la vía biliar principal que había persistido obstruida luego de una quistostomía; en tres de ellos la coledocostomía fue la segunda intervención, en el cuarto caso era la tercera intervención que recibía la paciente y falleció por ser tardía la desobstrucción de la vía biliar principal.

Colecistectomía asociada a quistostomía fue hecha tres veces, en ellas las lesiones vesiculares eran irreversibles.

Operaciones múltiples se realizaron siete veces: en seis, dos operaciones, y en una, tres.

Como parasiticida se utilizó el formol once veces y el cloruro de sodio al 33% nueve veces. En las demás historias de la serie no hay constancia del parasiticida usado.

Tres enfermos de los 58 fallecieron.

PRIMER CASO.—Mujer, 33 años. Ictericia obstructiva, quistostomía de quiste supurado por vía anterior. Persiste ictericia y fiebre. Radiológicamente se localiza proceso subdiafragmático posterior. Quistostomía de quiste supurado por vía de la 11ª costilla. Persiste obstrucción coledociana. Tercera intervención por vía anterior, coledocostomía, se evacúa membrana hidatídica obstructora. Fallece seis días después de la última intervención y ochenta y seis días después de la primera.

SEGUNDO CASO.—Quistostomía dos meses antes; se interrumpió la operación por colapso. Persiste ictericia. Coledocostomía y extracción de la membrana madre intracoledociana, extirpación de quiste peritoneal. Se provoca hemorragia al decolar la adventicia del diafragma en el quiste evacuado en la primera operación. Cuarenta y ocho horas después, reintervención por hemorragia en la zona de decolamiento interhepatofrénico. Nueva hemorragia en la misma zona y nueva reintervención 48 horas después. Trombocitopenia. Fallece.

TERCER CASO.—Hombre, 65 años. Apertura en vías biliares y rotura en peritoneo. Quistostomía, colecistostomía, drenaje de peritoneo. Fallece por peritonitis e insuficiencia hepática.

PLANES QUIRURGICOS

Se pueden distinguir tres planes quirúrgicos generales para tratar el quiste abierto en vías biliares: quistostomía como operación única, quistostomía asociada a la intervención sobre las vías biliares, y la tercera eventualidad es la exploración y drenaje de la vía biliar principal solamente.

Para adaptar estos planes quirúrgicos generales a cada situación es necesario tener en cuenta cuatro factores: localización anterior o posterior del quiste, presencia de síndrome obstructivo biliar, síndrome toxiinfeccioso y estado general del enfermo.

Plan A.—Evacuación y drenaje del quiste:
Intervención unipolar hepática (figura 2, 1).

La quistostomía es la intervención fundamental, evacúa el parásito y drena la cavidad adventicial. Trata el agente causal de la enfermedad. Algunos detalles de técnica creemos de importancia destacar. Localizado el quiste, protección del campo con empresas introducidas a presión para evitar se derrame el líquido en el peritoneo y en los planos parietales. Empapado de las compresas con parasiticida. Después de protegido el campo, punción inicial con trocar unido al sistema de tubo de goma en forma de T con jeringa (Larghero). Se degravita el quiste extrayendo 50 a 100 c.c. de líquido y se inyecta luego cloruro de sodio a saturación, esperando 3 minutos para que éste actúe. Como parasiticida usamos el cloruro de sodio al 33% [Pérez Fontana (36)]. No utilizamos personalmente el formol por considerar riesgosa la penetración de esta sustancia en la vía biliar.

Pasado el tiempo de acción del parasiticida, prensión de la adventicia con dos pinzas de dientes y entre ellas, se punciona con el aspirador de Finochietto as-

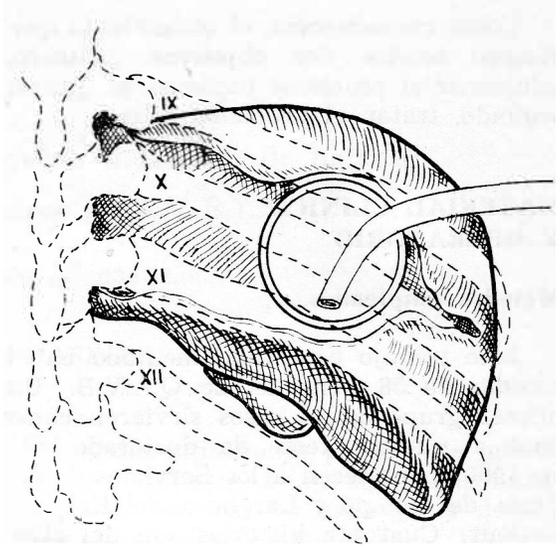


FIG. 3.—Quistostomía por vía de la 11ª costilla para quistes posteriores. Abordaje subpleural transdiafragmático.

pirando el contenido del quiste. Se rellena la cavidad adventicial con cloruro sodio hipertónico y se espera 3 minutos. Luego de evacuado el parasiticida con el aspirador se procede a explorar la cavidad adventicial con espéculo vaginal (maniobra de Arce) o con valvas vaginales en los muy profundos (Finochietto). De este modo se reconocen las anfractuosidades de la adventicia evacuada y se completa la limpieza de la cavidad adventicial.

En esta exploración se pueden encontrar vesículas hijas. Además se pueden reconocer paredes de quistes intraparenquimatosos que no se palpan por la cara externa del hígado, como nos ocurrió dos veces. Se individualizan también los orificios de los canales biliares, comunicando con la cavidad quística.

Hemos hecho en varias oportunidades el cierre de la comunicación quistobiliar plegando la adventicia sobre el canal biliar abierto. Es una aplicación, en el hígado de la conducta preconizada por Armand Ugón para el pulmón. No tenemos aún, en el parénquima hepático, criterio definitivo sobre el resultado de esta conducta.

La adventicia exteriorizada del parénquima se recorta. Más raramente puede hacerse una adventicectomía parcial intraparenquimatoso. Se termina la operación drenando con tubo de mediano calibre y

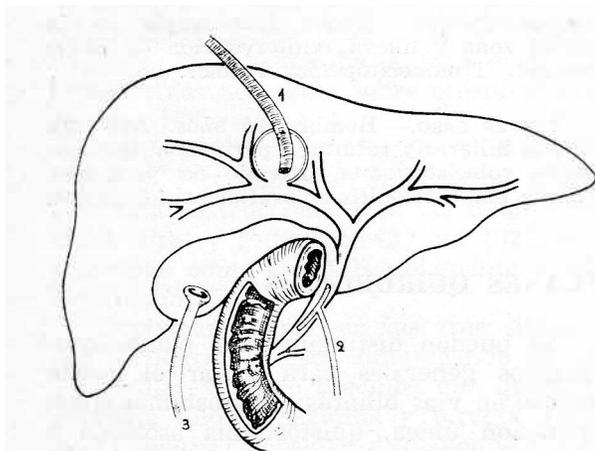


FIG. 2.—Diferentes intervenciones indicadas en el Q.A.V.B. Esquema. 1: Quistostomía. 2: Coledocostomía. 3: Colecistostomía.

cerrando la adventicia a su alrededor. Preferimos mantener el menor tiempo posible el drenaje; a veces sustituimos a los tres o cuatro días el tubo mediano por otro más delgado.

La quistostomía, tal como la hemos descrito, como operación única, la realizamos en quistes posterosuperiores abordados por vía de la 11ª costilla derecha, subpleural, transdiafragmático (fig. 3). Abordaje preconizado por del Campo desde hace muchos años.

La quistostomía como operación única muy raramente se realiza en quistes anteriores, pues en una incisión anterior se debe completar con un drenaje del colédoco o de la vesícula.

Plan B.—Evacuación y drenaje del quiste.

Exploración y drenaje de la vía biliar principal y accesoria: Intervención bipolar o hepatobiliar.

Esta es la intervención que conviene realizar en Q.A.V.B. abordados por vía abdominal anterior. Es el tipo de intervención completa que trata los dos polos de la enfermedad, el hepático y el biliar.

Incisiones: Preferimos la oblicua subcostal derecha o transversa, que pueden prolongarse hacia atrás por debajo del reborde costal, permitiendo levantarlo a éste y abordar quistes laterales y aun posteriores.

Sobre el tratamiento del quiste, la misma conducta que señalamos en párrafos anteriores.

Conducta sobre las vías biliares: Se deben distinguir dos situaciones: intervención completa que actúa sobre colédoco y vesícula, y la incompleta que interviene sobre la vesícula biliar únicamente.

Intervención biliar completa: Vía biliar principal y accesoria. Coledocostomía longitudinal, exploración instrumental con curetas maleables y Béniqué del hepatocolédoco. Las curetas pueden extraer los restos hidatídicos intrabiliares, incluso los adheridos a la mucosa del conducto. Dilatación de la ampolla de Vater con Béniqué de diámetros crecientes. En esta maniobra se pueden empujar al duodeno fragmentos obstructores del canal. La dilatación de la ampolla favorece el drenaje ulterior de la

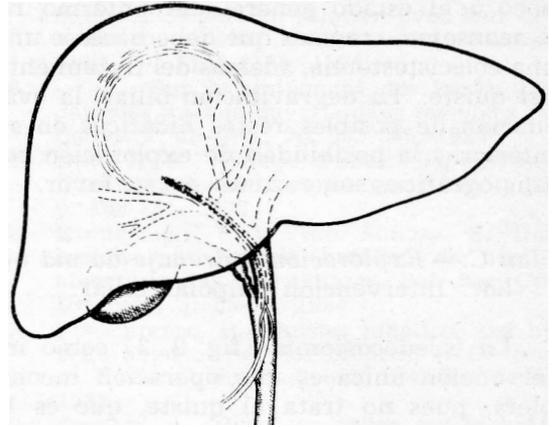


FIG. 4.—*Exploración ascendente de la vía biliar.* Con sonda Nélaton se hace lavado de la vía biliar hacia abajo y arriba y se explora la comunicación quistobiliar.

vía biliar. Lavado profuso con suero fisiológico tibio, llevado con sonda Nélaton e inyectado a presión a través de ella, dirigido hacia arriba y abajo. De este modo se trata la coledocitis catarral o supurada.

La comunicación quistobiliar se puede localizar explorando hacia arriba el hepático con Béniqué o con sonda Nélaton (fig. 4) y haciendo barbotar el suero inyectado dentro del hepático. Creemos que este lavado transcolédoco-hepatociano del quiste tiene particular importancia. La intervención se termina dejando drenaje coledociano con tubo de Kehr (fig. 2, 2).

Vía biliar accesoria: En todo Q.A.V.B. la vesícula biliar debe ser abierta y explorado su contenido, donde pueden haber elementos hidatídicos. La colecistostomía (fig. 2, 3) es la intervención más indicada en esta afección, es degravativa de la vía biliar por debajo y con ello disminuye la bilirragia por el drenaje quístico. Preferimos hacerla con sonda Pezzer fina y retirarla en cuanto se haya dominado la bilirragia quística. Por el Kehr o la Pezzer hacemos colangiografía operatoria y postoperatoria.

La colecistectomía puede estar indicada solamente en casos excepcionales en presencia de lesiones irreversibles. Creemos que, salvo estas circunstancias, debe evitarse, pues se pierde una vía de drenaje muy útil en esta afección.

Intervención biliar incompleta: Colecistostomía solamente. Cuando las condiciones operatorias impidan el abordaje del colé-

doco o el estado general del enfermo no lo aconsejen, creemos que debe hacerse una colecistostomía, además del tratamiento del quiste. La degravitación biliar, la evacuación de posibles restos hidáticos en su interior y la posibilidad de exploración colangiográfica, son razones en su favor.

Plan C.—Exploración y drenaje de vía biliar: Intervención unipolar biliar.

La coledocostomía (fig. 2, 2) como intervención única es una operación incompleta, pues no trata el quiste, que es lo fundamental. Tiene sólo algunas indicaciones excepcionales; cuando no se individualiza el quiste, hecho poco frecuente, o no se puede abordarlo por tener una localización muy posterior. A veces la coledocostomía es un segundo tiempo de un quiste que fue drenado por vía posterior y se hizo necesario reintervenir para desobstruir el hepatocolédoco en el que persistía la obstrucción biliar.

En nuestra estadística la coledocostomía como conducta única pudo realizar la intervención completa en 4 casos. Se trataba de hepatocolédocos muy dilatados que permitieron drenar el quiste a través de la canalización biliar.

Consideramos que la coledocostomía en el Q.A.V.B. debe ser acompañada de colecistostomía o colecistectomía.

RESUMEN

1) Este trabajo hace un análisis de las conductas operatorias utilizadas en 58 casos de quistes hidatídicos abiertos en vías biliares (Q.A.V.B.).

2) Se define el concepto de Q.A.V.B. de acuerdo a un criterio patológico, considerando como tales, a los quistes que han evacuado parcialmente su contenido en la vía biliar sin dar obstrucción y cuando a la evacuación se agrega la obstrucción biliar. Se considera patológica y clínicamente el Q.A.V.B. como una enfermedad hepato-biliar.

3) Se analizan las indicaciones de los tres tipos de intervención aplicables al Q.A.V.B.: a) Evacuación y drenaje del quiste. Operación unipolar hepática. Intervención mínima y fundamental. b) Eva-

cuación y drenaje del quiste asociada a exploración y drenaje de vía biliar principal. Operación bipolar o hepatobiliar. Intervención completa. c) Exploración y drenaje de la vía biliar. Operación unipolar biliar. Intervención incompleta salvo excepciones.

RÉSUMÉ

1) Dans ce travail on analyse les conduites opératoires employées dans 58 cas de kystes hydatiques ouverts aux voies biliaires (K.O.V.B.).

2) On présente la définition des K.O.V.B., d'après le critère pathologique, et on désigne sous ce nom, les kystes qui ont évacué partiellement leur contenance dans la voie biliaire sans produire son obstruction et lorsqu'à cette évacuation s'ajoute l'obstruction biliaire.

3) On analyse les indications des trois types d'intervention qu'on peut employer pour le K.O.V.B.: a) Evacuation et drainage du kyste. Intervention unipolaire hépatique. Intervention minimum mais fondamentale. b) Evacuation et drainage du kyste associés à l'exploration et au drainage de la voie biliaire principale. Intervention bipolaire hepato-biliaire. Intervention complète. c) Exploration et drainage de la voie biliaire. Intervention incomplète sauf quelques exceptions.

SUMMARY

1) A review of the operative technics utilized in 58 cases of hydatid cysts opened into the biliary tract (H.C.O.B.T.) is presented.

2) The concept of H.C.O.B.T. is defined according to pathological criteria, considering as such all those cysts that have partially evacuated their contents into the biliary tract with no obstruction of the common bile duct. When this obstruction is present then the H.C.O.B.T. is considered both clinically and pathologically as a biliohepatic disease.

3) The three different procedures available for the treatment of the H.C.O.B.T. are discussed: a) Cyst drainage. Hepatic monopolar operation. Mini-

mal but fundamental procedure. b) Cyst drainage plus surgical exploration—and drainage—of the common bile duct. Bipolar (complete) operation. c) Exploration and drainage of the common bile duct alone. Biliary monopolar operation. This is an incomplete operation, not to be used as a rule, except under very special circumstances.

BIBLIOGRAFIA

1. ANASTASÍA, H. A. Quistes hidáticos de hígado abiertos en las vías biliares. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, IV: 185-98, 1933.
2. CASIRAGHI, J. C. Tratamiento del quiste hidatídico de hígado y sus complicaciones. *Trigésimo Congreso Argentino de Cirugía*, Buenos Aires, 1: 517-726, 1959.
3. CENDÁN ALFONSO, J. E. Relaciones de la hidatidosis hepática con la litiasis biliar. *An. Fac. Med. Montevideo*, 33: 879-956, 1943.
4. ----- . Causas de muerte, complicaciones y secuelas en el postoperatorio de los quistes hidáticos del hígado. *Trigésimo Congreso Argentino de Cirugía*, Buenos Aires, 1: 727-789, 1959.
5. CERESETTO, P. L. Quistes hidatídicos del hígado abiertos en vías biliares. Edit. La Prensa Médica Argentina, 1958, 135 p.
6. CHIFFLET, A. La hidatidosis hepática es una afección hepatobiliar. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 19: 23-38, 1948.
7. DEL CAMPO, J. C. Relator de la comunicación de Anastasia, H. C.: Dos casos de quiste hidático del hígado abierto en vías biliares. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 4: 185-187, 1933.
8. DÉVÉ, F. La désobstruction spontanée du cholédoque au cours de l'obstruction biliaire hydatique. *Compt. rend. Soc. de biol.*, 87: 1149-1151, 1922.
9. ----- . Hydatidemése et hydatidenterie. *Compt. rend. Soc. de biol.*, 82: 265-267, 1919.
10. ----- . L'élimination périodique prolongée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires. *Compt. rend. Soc. de biol.*, 83: 1366-1367, 1920.
11. ----- . Il n'existe pas de kystes hydatiques primitifs de la vesicule biliaire. *Compt. rend. Soc. de biol.*, 8É: 632-634, 1921.
12. ----- . L'obstruction hydatique chronique du cholédoque. *Bull. Acad. de méd.*, 82: 282-284, 1919.
13. ----- . L'ouverture des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires. *J. méd. franc.*, 13: 343-354, 1924.
14. ----- . Siège de l'orifice de communication des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. *Compt. rend. Soc. de biol.*, 83: 1306-1307, 1920.
15. ----- . Supuration gazeuse des kystes hydatiques du foie en relation avec leur élimination biliaire. *Compt. rend. Soc. de biol.*, 90: 1143-1145, 1924.
16. ----- . Sur le traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. *J. de chir.*, 26: 593-605, 1925.
17. DEW, H. R. Hydatid disease. Hepatic cyst involving the biliary passages. Chapter XI, p. 168-181, 1927.
18. ETCHEGORRY, F. y VIGIL SÓÑORA, E. Discusión sobre quiste hidático de hígado abierto en las vías biliares. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 5: 55-58, 1934.
19. FINOCHIETTO, R. Quistes hidáticos del hígado abiertos en vías biliares. *II Congreso Nacional de Medicina*, 184, Bs. Aires, 1922.
20. FOSSATI, A. Discusión sobre quiste hidático de hígado abierto en las vías biliares. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 5: 104-109, 1935.
21. GARCÍA LAGOS, H. Quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares. *An. Fac. Med. Montevideo*, 10: 395-408, 1925.
22. GOÑI MORENO, I. y PEREYRA, F. A. Hidatidosis hepática abierta en los canales biliares. *Bol. y Trab. Soc. de Cir. de Buenos Aires*, LX: 1-22, 1956.
23. HARRIS, J. D. Rupture of hydatid cysts of the liver into the biliary tracts. *Brit. J. Surg.*, Bristol, 52: 210-14, 1965.
24. IVANISSEVICH, O. ¿Litiasis biliar? ¿Quiste hidático? Imprenta de la Universidad, Buenos Aires, 1927.
25. ----- . Tratamiento operatorio de los quistes hidáticos del hígado. Imprenta de la Universidad, Buenos Aires, 1928.
26. LAMAS POUÉY, E. A propósito de un quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 6: 16-19, 1935.
27. LARGHERO YBARZ, P. Discusión sobre quiste hidático de hígado abierto en las vías biliares. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 6: 58-72, 1935.
28. LARGHERO, P., VENTURINO, W. y BROLI, G. Equinocosis hidatídica del abdomen. Edit. Delta, 224 p. Montevideo, 1962.
29. LECENE et MONDOR. L'intervention chirurgicale dans les kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. *J. de chir.*, 12: 689-700, 1914.
30. MALLETT GUY, P. et MARION, P. Kyste hydatique du foie et des voies biliaires. *Lyon Chir.*, 3: 341-345, 1947.
31. MARELLA, M. S. La conducta quirúrgica en la hidatidosis abierta en vías biliares. 4º Congreso Uruguayo de Cirugía, I: 308-13, 1953.
32. ----- . El quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares. Montevideo, Imp Rosgal. 1955, 78 p.
33. OLIVIER, C. Chirurgie des voies Biliares. Paris, Masson. 1961, 454 p.
34. PAVLOVSKY, A. J. y BENÍTEZ CRUZ, J. C. Quiste hidatídico de hígado abierto en vías biliares. *Bol. y Trab. Soc. de Cir. de Buenos Aires*, XL: 142-149, 1956.

35. PÉREZ FONTANA, V. El formol y el cloruro de sodio en el tratamiento del quiste hidático. *Arch. Int. Hidatid.*, Montevideo, XX: 315-21, 1961.
36. PIAGGIO BLANCO, R. y DUBOURDIEU, J. Síndromes hepatovesiculares en las diversas etapas evolutivas de los quistes hidáticos del hígado. *Arch. Int. Hidatid.*, Montevideo, 5: 293-321, 1941.
37. ----- y ROGLIA, J. L. Síndrome icteroascítico con esplenomegalia por obstrucción hidática del colédoco. *An. Fac. Med. Montevideo* 23: 844-851, 1938.
38. PRAT, D. Discusión sobre quiste hidático de hígado abierto en las vías biliares. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, Montevideo, 5: 80-102, 1954.
39. ----- . Discusión sobre quiste hidático de hígado abierto en las vías biliares. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, Montevideo, 5: 80-102, 1954.
40. ----- y PAIVA. Quiste hidatídico del hígado abierto en vías biliares, y complicación de fractura patológica del fémur derecho. *Arch. Urug. Med. Cir. y Espec.*, Montevideo, 24: 376-386, 1944.
41. ----- y PIQUEREZ. Quiste hidático de hígado abierto en vías biliares. *An. Fac. Med. Montevideo*, 10: 204-290, 1925.
42. QUENU, M. De la rupture des kystes hydatiques dans les voies biliaires et spécialement de leur traitement opératoire. *Bull. et mém. de la Soc. Chirurg.*, Paris, 32: 1005-1029, 1906.