

Fístula hepatoquística tratada por derivación quisticoyeyunal * **

Dres. EDUARDO PALMA, ELIEXER FERNANDEZ
y ROMULO DANZA

La fístulas hepatoquísticas constituyen un problema de difícil tratamiento que ha dado lugar a procedimientos diversos, a menudo de compleja realización, que pueden fracasar.

Consideramos esencial recurrir a los procedimientos terapéuticos que conserven al máximo posible la integridad anatómica y funcional de la glándula hepática, por ser un órgano fundamental en la economía humana, no sólo desde el punto de vista digestivo, sino también metabólico, endocrino y humoral.

Presentamos una observación de un quiste hidático hepático gigante calcificado, que se complicó con una grave infección anaeróbica, y que, luego de su tratamiento quirúrgico, dio origen a una fístula externa crónica. Ambas complicaciones fueron tratadas quirúrgicamente con criterio conservador, obteniéndose buenos resultados.

Paciente J. A., de 62 años de edad, visto el 25-VI-1962, por ictericia, fiebre, hepatomegalia y grave estado general. Padecía de dispepsia de tipo hepatobiliar desde hacía diez años, habiendo tenido varios cólicos hepáticos y crisis de subictericia, con coluria, pero sin acolia. Los exámenes clínicos habían revelado una gran hepatomegalia asimétrica, predominantemente en el lóbulo derecho, habiéndose diagnosticado la existencia de un gran quiste hidático hepático. Las radiografías habían confirmado el diagnóstico, mostrando típicas calcificaciones adventiciales hidáticas. El paciente había rehusado todo tratamiento quirúrgico. Su cuadro actual había comenzado un mes antes con un cólico hepático, con intensa coluria, pero sin decoloración de materias A pesar del intenso tratamiento realizado, con grandes dosis de antibióticos, corticoides, reposo absoluto, vitaminas, régimen de protección hepática, hielo local, etc., su estado se había agravado progresivamente al extremo de

perder 30 kilos de peso, hacerse muy intensa su ictericia, tener fiebre de 39° y 40°, escalofríos solemnes, gran astenia, etc. El examen clínico mostró un paciente con un cuadro tóxico-infeccioso grave, mal estado general, postración, adinamia, fiebre de 39°, ictericia acentuada, anemia moderada, enorme hepatomegalia dolorosa, intensa coluria y coloración normal de las materias fecales. El estudio radiológico confirmó la existencia de una gran hepatomegalia por quiste hidático del lóbulo derecho, con extensas calcificaciones adventiciales y grandes bulas de enfisema intraquístico. El hemograma mostró una anemia moderada de 3.750.000, con 60% de hemoglobina, 0,80 valor globular, leucocitosis 8.200, neutrófilos 78%, monocitos 8%, linfocitos 14%, eosinófilos 0%, basófilos 0%. El examen funcional hepático mostró una bilirrubinemia elevada, con signos de insuficiencia hepática, pero sin elevación del colesterol, ni de la fosfatasa en sangre. Fue intervenido de urgencia con diagnóstico de quiste hidático hepático calcificado y supurado con una grave infección anaeróbica. Bajo anestesia general, se abordó mediante una amplia laparotomía mediana supraumbilical y parcialmente infraumbilical, confirmándose la existencia de un enorme quiste hidático calcificado y supurado, que ocupa prácticamente todo el lóbulo derecho del hígado. Hay grandes adherencias perihepáticas, al diafragma, colon, estómago y gran epiplón. Se liberan las adherencias y luego de proteger cuidadosamente la cavidad abdominal se evacuó con el aspirador de Finochietto el contenido del quiste hidático, extrayéndose unos 5 litros de pus biliosanguíneo (aspecto achocolatado) con restos hidáticos y gran cantidad de gas de olor pútrido. Luego de lavar ampliamente la cavidad con varios litros de suero fisiológico con antibióticos, se procedió a reseca gran número de placas calcificadas de la pared del quiste, especialmente en su parte inferior, que eran de fácil extracción, dejándose sin extraer las que se hallaban firmemente adheridas. Se efectuó una hemostasis cuidadosa y se cerró parcialmente la adventicia, dejando un grueso tubo de drenaje en la parte declive de la cavidad adventicial, que se exteriorizó mediante una contraabertura subcostal derecha. La exploración abdominal mostró que las vías biliares extrahepáticas no presentaban signos de estasis y no había litiasis biliar. Existían grandes adherencias en fosa ilíaca derecha por

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor Dr. E. Palma.

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

apendicitis crónica; se efectuó apendicectomía. Se efectuó el cierre de la pared por planos, con hilo no reabsorbible.

El postoperatorio fue favorable, mejorando progresivamente de todos sus trastornos, siendo dado de alta a los veinticinco días de la intervención.

La evolución postoperatoria alejada fue excelente, desapareciendo totalmente la ictericia, recobrando 20 kilos de peso, desapareciendo su anemia y su antigua dispepsia.

El drenaje con tubo grueso fue mantenido durante varios meses, efectuándose periódicos controles fistulográficos de la cavidad hepática que se redujo progresivamente de tamaño, hasta quedar reducida a unos 4 cm. \times 1 $\frac{1}{2}$. El tubo de drenaje fue acortándose en la medida de lo necesario, hasta retirarlo totalmente a los seis meses y medio. A pesar de todos los tratamientos instituidos, la fístula quisticobiliar externa persistió incambiada.

Finalmente se decidió reintervenir al paciente a los once meses de su primera operación. Fue operado el 10-VI-1963 bajo anestesia general, efectuándose una laparotomía transversa subcostal derecha por disociación, por fuera del músculo gran recto derecho. Previa inyección de azul de metileno por la fístula, se liberaron grandes adherencias de asas delgadas y del colon transversal y se reseco el trayecto fistuloso hasta llegar al hígado. El lóbulo derecho estaba prácticamente desaparecido, habiéndose invaginado la pared anterior y la inferior del quiste, y ascendido el trayecto fistuloso hasta cerca del diafragma. Persistía una cavidad anfractuosa irregular, con una comunicación a un canal biliar de mediana amplitud. Se procedió a efectuar una anastomosis quisticoyeyunal en Y (y griega), en la cuarta asa intestinal. Para ello se seccionó el intestino delgado entre la tercera y cuarta asa yeyunal, llevándose el cabo proximal de la cuarta asa por delante del colon y anastomosándola de manera laterolateral al orificio de la cavidad quística, mediante sutura con catgut cromado, haciendo luego un segundo plano externo con hilo no reabsorbible, fijándose el asa a la cápsula de Glisson del hígado. Se efectuó luego una yeyunoyeyunostomía, anastomosando el extremo distal de la tercera asa al pie de la cuarta asa, de manera terminolateral oblicua. Se cerró la pared por planos, dejándose drenaje subhepático con tubo. La evolución postoperatoria fue excelente, retirándose el drenaje a los ocho días y cerrándose la herida por primera.

El paciente ha continuado perfectamente, sin molestia hasta el momento actual, tres años después de haberse realizado la anastomosis quisticoyeyunal.

Debe señalarse que en ninguna de las dos intervenciones se efectuó drenaje de la vía biliar principal, a pesar de lo cual las evoluciones fueron favorables.

Preferimos mantener la indemnidad de la vía biliar extrahepática, siempre que no

haya causa que justifique su drenaje externo.

El drenaje quisticoyeyunal ha dado excelentes resultados en esta observación, al extremo de haber desaparecido no sólo la fístula quisticobiliar externa, sino también toda dispepsia. El paciente ha aumentado 35 kilos de peso desde su primera intervención y lleva una vida completamente normal.

RESUMEN

1) Se presenta un caso de quiste hidático hepático gigante calcificado y supurado, con gran infección aeroanaerobia y grave estado general, tratado con simple evacuación, drenaje externo y antibioterapia, sin drenaje de su vía biliar principal, y con excelente evolución.

2) La fístula hepatoquística externa crónica fue tratada mediante una anastomosis quisticoyeyunal en Y (y griega) en la cuarta asa yeyunal con excelente resultado.

RÉSUMÉ

1) On presente un cas de kyste hidatique géant du foie, calcifié et suppuré avec grande infection aéro-anaérobienne et un grave état général, traité avec évacuation simple, drainage externe et antibiothérapie, sans drainage de sa voie biliaire principale et avec évolution excellente.

2) La fistule hépato-kystique externe chronique, fut traitée par anastomose jéjunum, en "Y" du kyste au niveau de sa quatrième anse, avec un résultat excellent.

SUMMARY

1) A report is carried out of a case of suppurative calcified giant hepatic hydatid cyst, with severe aero-anaerobic infection and very poor general state. Treatment involved plain evacuation, external drainage—but not drainage of the main bile duct—and antibiotic therapy. The course was fully satisfactory.

2) The chronic external hepato-cystic fistula was treated by a Y-shaped anastomosis the cystic residual cavity to the 4th jejunal loop, with excellent results.