

Tratamiento quirúrgico de elección en el quiste hidático de la cara posterior del hígado

Valor diagnóstico de la gammagrafía

Dres. ROBERTO PUIG, ROBERTO RUBIO

y JUAN JOSE TOUYA (h.) *

La presentación de este caso, pone en evidencia el cambio radical que puede tener la clínica y el tratamiento del quiste hidático de la cara posterior del hígado, en relación con la precocidad y las precisiones diagnósticas que permite la gammagrafía.

Registro Nº 284.777. J. B. M. de M., mujer, 32 años. Procedente de Flores. Paciente con historia de dispepsia selectiva para excitobiliares y cuadros dolorosos de hipocondrio derecho y epigastrio, datando de unos cinco años.

Hace siete meses fue operada de quiste hidático pectoral derecho subclavicular.

Hace cinco meses crisis urticariana generalizada con estado lipotímico y dolor de fosa lumbar derecha. comprobándose una eosinofilia de 20 %.

Examen. Hepatomegalia que rebasa dos traveses el reborde costal con predominio del lóbulo izquierdo en epigastrio, indolora. Traube libre.

Estudio radiológico. Radiografía simple de hipocondrio derecho: aumento del área hepática. No hay elevaciones ni deformaciones del diafragma, ni imágenes cálcicas. Colecistografía: no se visualiza halo. No litiasis. Gastroduodeno: normal. Urografía de excreción: no hay desplazamiento del riñón derecho. Radiografía de tórax: no hay localización hidática pulmonar, normal. Gammagrama hepático: imagen de sustitución parenquimatosa de unos 5 cm. de diámetro en la cara posterior del lóbulo derecho. Gammagrama pulmonar: no hay imágenes de tromboembolismo hidático.

Diagnóstico clinicorradiológico. Quieste hidático pequeño de la cara posterior del lóbulo derecho del hígado no complicado.

Operación (Dres. R. Puig y R. Rubio. Anestesia general, Dr. Quiroz). Toracotomía posterior resecaando la XIV costilla en toda su extensión. Apertura de la cavidad pleural y del diafragma siguiendo la dirección de sus fibras.

Se comprueba: Quiste hidático en el sector lumbar de la cara posterior que invade la zona de implantación del ligamento coronario; pequeño de unos 6 cm. de diámetro; que emerge en un casquete de esfera de unos 3 cm.; univesicular, hialino; adventicia joven, delgada, plegable, sin necrosis, sin esclerosis, sin calcificaciones, sin bilirragia. Fondo de saco pleural libre.

Procedimiento: Protección del campo con compresas empapadas en suero clorurado hipertónico. Se punciona. se evacúan 10 c.c. del líquido y se inyecta el mismo suero. Apertura de la adventicia, evacuación de la hidátide. Inspección y lavado de la cavidad adventicial. Resección de la adventicia emergente. Cierre y abandono de la cavidad adventicial. Drenaje pleural.

Evolución postoperatoria. Previo control radiológico, se retiró drenaje pleural a las 24 horas. Administración preventiva de antibióticos durante 10 días. Pico febril de 38° al sexto día. Alta del hospital a los nueve días; alta definitiva al 15º.

CONSIDERACIONES

La situación clínica de esta paciente exigía la investigación de otra localización hidática por el antecedente operatorio y el accidente inmunoalérgico. Por razones de mayor frecuencia, por el antecedente de dispepsia y cuadros dolorosos de H.D. y E. y por la comprobación de una hepatomegalia a predominio de lóbulo izquierdo, aunque moderada e indolora, correspondía en primer lugar investigar el hígado. "Toda equinocosis extrahepática exige la búsqueda sistemática del quiste hidático de hígado" [Cosco (6)].

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Héctor Ardao). Clínica Médica "D" (Prof. Pablo Purriel) y Centro de Medicina Nuclear (Prof. Manlio Ferrari). Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 23 de abril de 1969.

* Médico Colaborador de Clínica Quirúrgica. Profesor Adjunto de Cirugía. Asistente de Clínica Médica (Facultad de Medicina de Montevideo).

Las localizaciones posteriores en lóbulo derecho tienen una evolución ascendente torácica o bien descendente lumbar. En el primer caso deforman el diafragma y en el segundo descienden el riñón, descenso que no permite su reintegro a la fosa lumbar durante la palpación [Chifflet y Cen-

dán (4)]. Pero en la mayoría de los casos los quistes posteriores se ponen de manifiesto por sus complicaciones: supuración, apertura y evacuación en vías biliares, tránsito torácico, apertura en espacios para o perirrenales, abertura en piel, fisuración en venas suprahepáticas o cava, etc. [Gar-

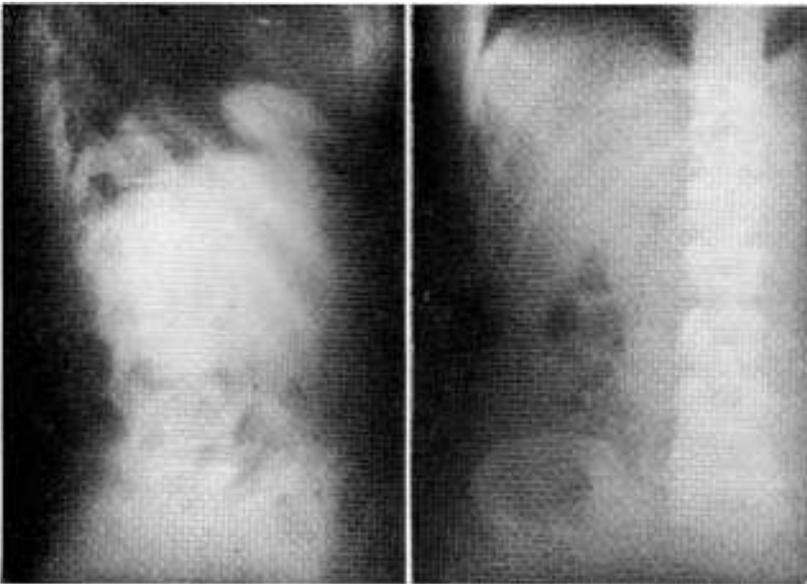


FIG. 1.— Radiografía simple de hipocondrio derecho, frente y perfil. Aumento del área hepática. No hay elevaciones ni deformaciones del diafragma, ni imágenes cálcicas.

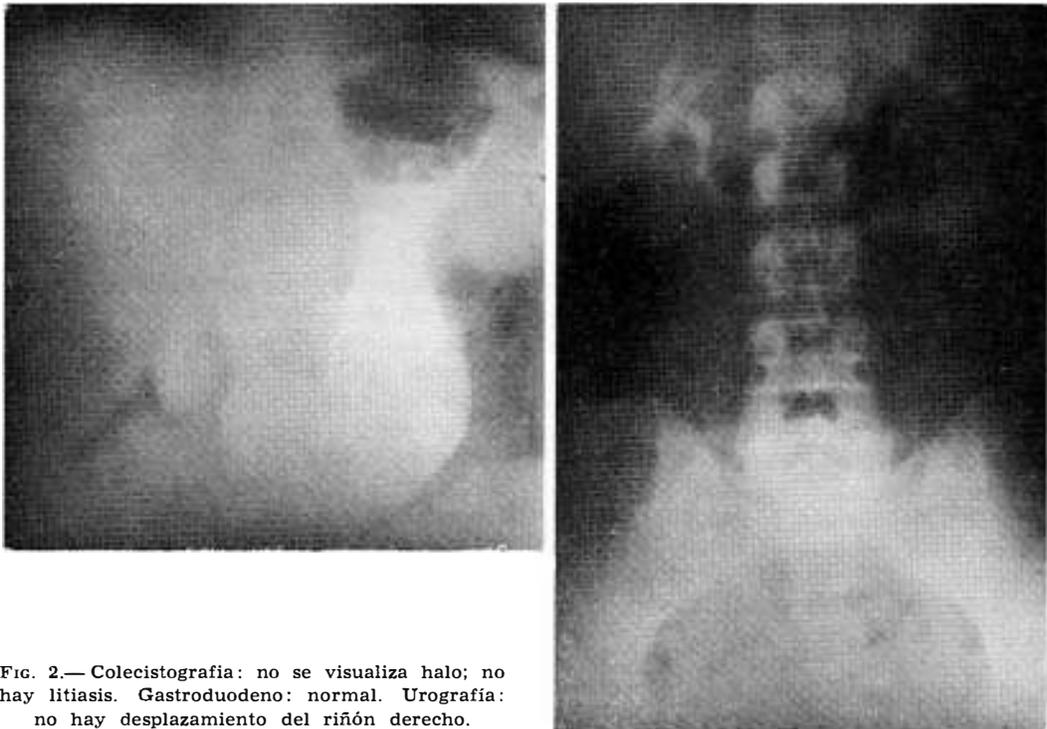


FIG. 2.— Colecistografía: no se visualiza halo; no hay litiasis. Gastroduodeno: normal. Urografía: no hay desplazamiento del riñón derecho.

cía Russich (7)], 96 % de los quistes vomitados y 42 % de los quistes evacuados en la vía biliar se encuentran en la cara posterior (7).

En esta paciente ni la clínica, ni los exámenes radiológicos habituales permitieron el diagnóstico positivo. En cambio la gammagrafía estableció el diagnóstico y además dio la localización exacta (figs. 1, 2, 3 y 4).

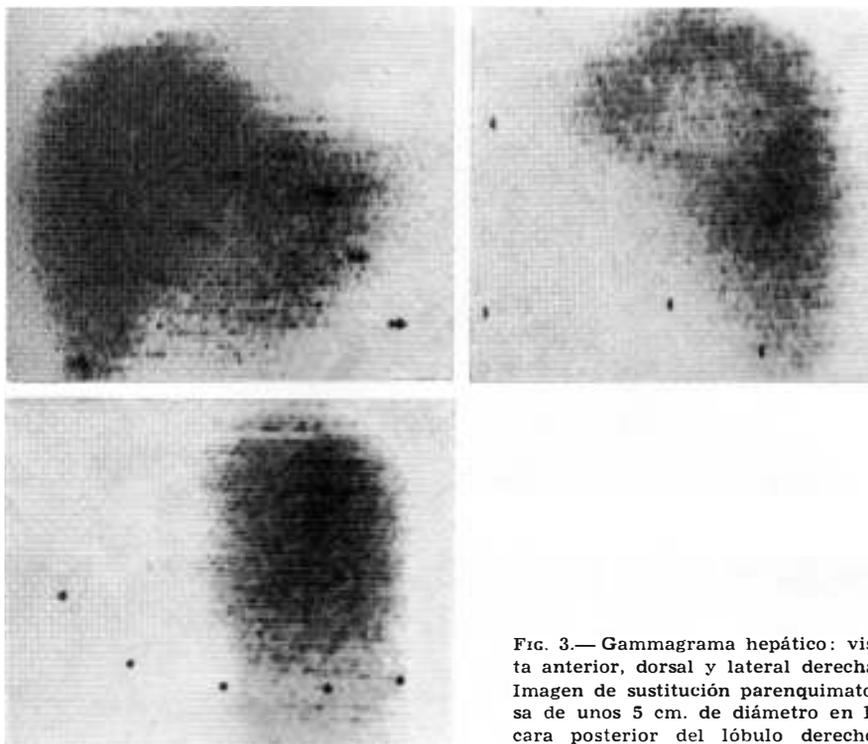


FIG. 3.— Gammagrama hepático: vista anterior, dorsal y lateral derecha. Imagen de sustitución parenquimatosa de unos 5 cm. de diámetro en la cara posterior del lóbulo derecho.

La gammagrafía hepática es el procedimiento más eficaz e inocuo para el diagnóstico de la hidatidosis. Permite reconocer la existencia de un proceso expansivo; establecer el número de procesos; su localización exacta; sus relaciones con la vía biliar; el estado funcional y el volumen del parénquima hepático; la coexistencia o no de hipertensión portal [Touya (11)].

En 291 casos estudiados en el Centro de Medicina Nuclear por probable hidatidosis hepática se halló: 184 casos con procesos de sustitución del parénquima, de los cuales 2 eran falsos, lo que dio 98,92 % de acierto en el diagnóstico de procesos de sustitución; y en 107 casos se descartó la

existencia de procesos de sustitución con un error en un quiste del ángulo cardíaco, lo que dio un 99,06 % de acierto en el diagnóstico de exclusión. De los 184 casos que mostraron un proceso de sustitución se hizo diagnóstico de quiste hidático en 101 casos por la historia y las reacciones biológicas positivas. De los 101 casos con diagnóstico clínico y gammagráfico de Q.H., 66 casos fueron operados y confirmado el

diagnóstico, lo que significó un diagnóstico correcto en el 87 % (11).

En cuanto al tamaño, la gammagrafía permite reconocer quistes pequeños de sólo 3 cm. de diámetro (11).

Los controles gammagráficos postoperatorios han permitido ver que la imagen de sustitución parenquimatosa que deja la cavidad adventicial se redujo a la mitad al cabo de tres meses y al tercio al cabo de un año o más. Estos controles permiten diferenciar las secuelas adventiciales de los nuevos quistes en crecimiento (11).

La paciente tuvo un accidente inmunoalérgico importante con crisis urticariana generalizada y estado lipotímico, lo que

justificó la investigación de la fisuración en el sistema suprahepaticocavo por intermedio del gammagrama pulmonar (fig. 4).

La gammagrafía pulmonar es el procedimiento de elección en el diagnóstico del tromboembolismo hidático. En cambio no tiene indicación en la visualización de los quistes hidáticos pulmonares, ni en el diagnóstico precoz (11).

más próximo a la pared, prescindiendo de la mayor amplitud que se exigía anteriormente para una correcta exploración, o para procedimientos operatorios más complejos [Ríos (10), García Russich (7)]. La toratomía posterior con resección de la XIª costilla está descrita por todos los autores [Christman (5), Larghero (8)]. La apertura de la cavidad pleural se conside-

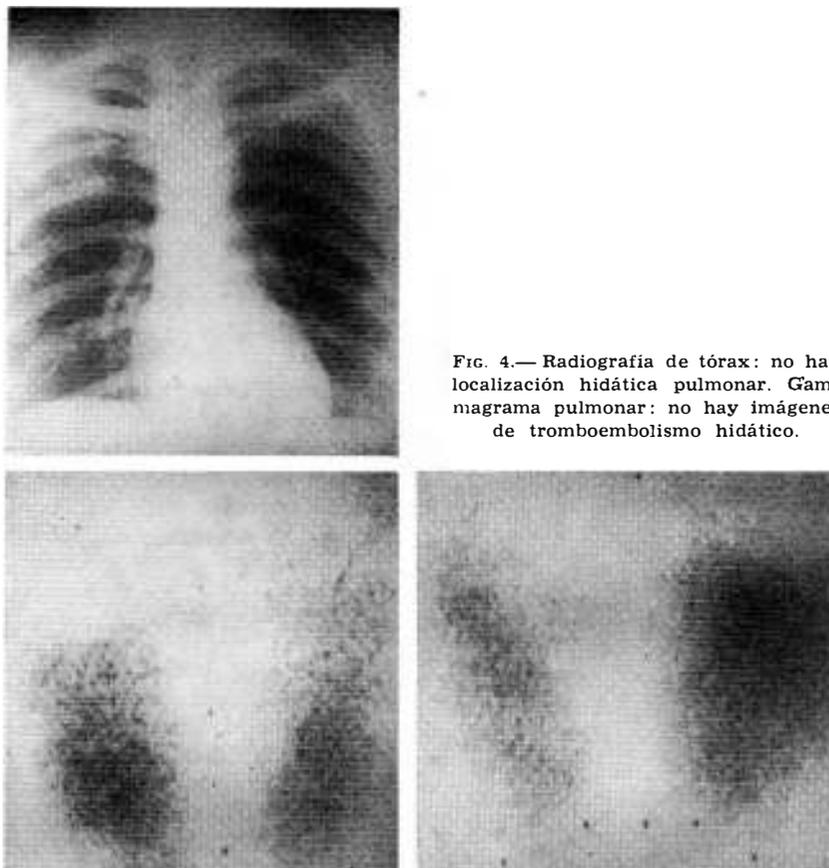


FIG. 4.— Radiografía de tórax: no hay localización hidática pulmonar. Gammagrama pulmonar: no hay imágenes de tromboembolismo hidático.

El tratamiento quirurgico realizado en esta paciente debe considerarse de elección por muchos factores:

Por la oportunidad: En base al diagnóstico precoz se actuó antes de llegar a la etapa de las complicaciones del propio quiste, antes del compromiso de la vía biliar o de la circulación suprahepaticocava, antes de la evolución torácica o lumbar. Era un quiste pequeño a contenido hialino, univesicular, con adventicia joven.

Por la vía de abordaje: Se actuó por la vía más corta y más directa, por el punto

ró más fácil, más segura y sin ninguna morbilidad. El fondo de saco pleural está adherido al diafragma y no es fácil levantarlo sin provocar su apertura. El neumotórax podría pasar desapercibido y tener sus consecuencias postoperatorias. Se puede lograr la reexpansión completa al terminar la operación y el adecuado drenaje se puede retirar a las 24 horas.

En tercer lugar se considera tratamiento de elección *por el procedimiento realizado*, sobre todo en relación con la adventicia. La patología de la adventicia está

dada por la participación del tejido conjuntivo vascular de neoformación que evoluciona con el tiempo desde el estado de degeneración granulosa hasta el de cáscara esclerocalcificada y por la existencia de canales y lagunas biliares de neoformación. En los quistes jóvenes el proceso de la adventicia se mantiene aséptico, hay degeneración hialina, gotas de grasa y cristales de colesterolina; los canales y lagunas biliares están en el espesor y fuera del contacto con el parásito [Ardao (1)]. El proceso normal de curación de la cavidad adventicial que queda después de haber suprimido al parásito se logra por colapso de las paredes y la proliferación de ese tejido conjuntivo vascular que finalmente constituye una cicatriz en forma de nódulo más o menos importante a veces difícil de localizar [Cendán (3)].

En este caso el lavado de la cavidad residual y la exploración visual mostraron una adventicia delgada, plegable, sin restos, sin calcificaciones, sin bilirragia, sin hemorragia, sin vesiculización exógena, condiciones ideales para realizar el cierre y abandono de Posadas, previa resección del área emergente [Casas Mello (2), Larghero (8), B. Ríos (10)].

CONCLUSIONES

En el año 1947, el Prof. Prat publicó un trabajo en la revista "Anales de la Facultad", donde a través de una casuística más numerosa destaca el valor del halo cálcico en el diagnóstico precoz del Q.H. de la cara posterior y describe el abordaje con anestesia local por vía parapleural posterior resecando la XIª o la XIIª costilla (9).

Sin pretender homologar la jerarquía de ese trabajo, se puede establecer, a la manera de conclusión, el progreso que se ha logrado en el diagnóstico y el tratamiento del Q.H. de la cara posterior del hígado con mejores recursos de la ciencia médica.

El gammagrama hepático es un examen obligatorio en todo paciente hidático, cualquiera sea su localización.

El tratamiento quirúrgico de los Q.H. de cara posterior de hígado se puede realizar en condiciones de elección en lo que tiene que ver con la oportunidad, la vía de abordaje y el procedimiento seguido.

RESUMEN

Se presenta un caso de quiste hidático pequeño no complicado, de la cara posterior del lóbulo derecho del hígado.

Se destaca la importancia y la necesidad de utilizar la gammagrafía hepática en todo paciente hidático para establecer el diagnóstico precoz y la exacta topografía de estas lesiones.

Se expone el tratamiento realizado considerado de elección por la oportunidad, la vía de abordaje y el procedimiento realizado según el método de Posadas.

RÉSUMÉ

Présentation du cas d'un petit kyste hydatique, sans complications, de la face postérieure du lobe droit du foie.

On souligne l'importance et la nécessité d'utiliser la gammagraphie hépatique dans tous les cas d'affection hydatique afin d'établir le plus tôt possible le diagnostic et la topographie exacte de ces lésions.

Description du traitement effectué, ayant été considéré le meilleur en l'occurrence, la voie et le procédé suivis d'après la méthode de Posadas.

SUMMARY

The paper presents a case of a small non-complicated hydatid cyst in the posterior face of the right lobe of the liver.

It stresses the importance and need of utilizing liver gammagraphy in all hydatid patients in order to arrive at an early diagnosis and establish the exact topography of these lesions.

It indicates the treatment considered as selective by reason of the moment when it was applied, the approach used and the surgery, which was performed according to Posadas' method.

BIBLIOGRAFIA

1. ARDAO, H. Los procesos de la adventicia en la evolución de los quistes hidáticos del hígado tratados por el drenaje. *IV Congreso Uruguayo de Cirugía*, 234-245, 1953.
2. CASAS MELLO, A. J. A propósito de 5 quistes hidáticos de hígado operados por el procedimiento de Posadas. *Bol. Soc. Méd. Quir. del Centro*, 51-52: 11-14, 1952.

3. CENDAN, J. E. y LATOURETTE, F. Complicaciones y secuelas del tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos del hígado. Su profilaxis y tratamiento. *IV Congreso Uruguayo de Cirugía*, 280-298, 1953.
4. CHIFFLET, A. y LLOPART, J. Equinococosis hepática y riñón derecho. *Bol. Soc. Cir. del Ur.*, 17: 147-165, 1946.
5. CHRISTMAN, F. E., OTTOLENGHI, C. E., RAFFO, J. M. y VON GROLMAN, G. *Vías de acceso al hígado. Técnica quirúrgica*, T. III: 408-14. Ed. El Ateneo, 6ª edición. Buenos Aires, 1946.
6. COSCO MONTALDO, H. Quiste hidático del hígado: contribución al diagnóstico precoz. *An. Fac. Med. Montevideo*, 39: 249-266, 1954.
7. GARCIA RUSSICH, W. *Clinica y tratamiento del quiste hidático de la cara posterosuperior del hígado*. Tesis de doctorado. Fac. de Med. de Montevideo, 1953.
8. LARGHERO, P., VENTURINO, W. y BROLI, G. *Equinococosis hidatídica del abdomen*. Abordaje de los quistes hidáticos de hígado de cara posterior, págs. 51-52. Procedimientos operatorios en relación con la adventicia: método de Posadas, pág. 61. Ed. Delta, Montevideo, 1962.
9. PRAT, D., CORREA, L. y ZERBONI, E. El halo cálcico signo de diagnóstico en los quistes hidáticos del hígado y la vía operatoria de abordaje en los grandes quistes de al cara superior y posterior del hígado. *An. Fac. Med. Montevideo*, 32: 536-562, 1947.
10. RIOS, B. Equinococosis hepática. Tratamiento. *IV Congreso Uruguayo de Cirugía*, 149-200, 1953.
11. TOUYA, J. J. (h.), OSORIO, A., TOUYA, E., BEKERMANN, C., PAEZ, A. y FERRARI, M. La centellografía hepática, pulmonar, esplénica, renal, cerebral, cardíaca y ósea en el diagnóstico del quiste hidático de estos órganos. *Symposium on Medical Radioisotop Scintigraphy* organizado por I.A.E.A. S. M. 108/8. Salzburgo, Austria, agosto de 1968.

DISCUSION

Dr. Marella: El caso que plantea el Dr. Puig es muy interesante, y en él me voy a referir a dos puntos. Destaca la importancia del gammagrama hepático en el diagnóstico del quiste hi-

dático de hígado. Estamos de acuerdo en eso, pero hay que decir también que el gammagrama no hace el diagnóstico en todos los casos, y que sirve de poco cuando el paciente ha tenido un quiste hidático. Porque el gammagrama muestra un hongo o una imagen negativa, que es imposible saber si eso corresponde a una secuela de la hidatidosis o a un nuevo quiste hidático.

El segundo punto al que me quería referir es el referente al abordaje. Nosotros hacemos desde hace unos cuantos años el abordaje por la XIª costilla, que lo aprendimos con el Prof. Del Campo para aquellos quistes que radiológicamente tienen en el perfil una deformación hacia arriba y posterior. Ahora, tomamos dos precauciones; el Dr. Puig en la técnica operatoria dice que reseca toda la costilla, nosotros tratamos de no resecar la proximidad vertebral de la costilla y la proximidad distal, porque la XIª costilla se divide en tres sectores. En el sector proximal vertebral, ahí se provoca un neumotórax y es difícil el cerrar la pleura a ese nivel, y en el extremo externo es la XIª costilla, es un sector muscular donde se insertan los músculos de la pared abdominal.

Dr. Puig: El trabajo lo hicimos en base a una observación de la Clínica Quirúrgica "F" del Prof. H. Ardao, en colaboración con el Dr. Touyá del Centro de Medicina Nuclear. Según la estadística de este Centro, tienen un diagnóstico correcto con comprobación operatoria en el 87 % de los casos.

En cuanto al diagnóstico diferencial de los quistes hidáticos y las cavidades residuales o cicatrices residuales, los autores destacan la importancia que tienen los controles gammagráficos postoperatorios a los tres meses, a los seis meses y al año, observando cómo se va reduciendo la cavidad adventicial y queda luego la cicatriz exactamente topografiada.

En cuanto al tratamiento, los autores destacan que el diagnóstico precoz, antes del desplazamiento renal o de la deformación del diafragma o de las complicaciones, se pudo realizar una cirugía de elección por el abordaje directo y el procedimiento de Posadas.