

CIRUGIA GENERAL

Equinococosis hepática (E. H.)

Análisis de 92 casos

Dres. YAMANDU PORRAS y HUGO MENDEZ ASERITO *

CONSIDERACIONES GENERALES

La E. H. es una enfermedad económico-social del trabajador rural planteando todavía hoy graves problemas sanitarios y económicos en nuestro país (17).

Analizaremos cómo se ha presentado en nuestro medio esta afección.

Nos detendremos especialmente en causas de reoperaciones, muertes y algunos aspectos del tratamiento quirúrgico.

En un lapso de casi 10 años (1962-1972) se operaron 92 pacientes, estando en igual proporción hombres y mujeres.

Este análisis está referido sólo a adultos.

Entre la segunda y la quinta década de la vida observamos la más alta incidencia.

24 pacientes (26 %) sufrieron 52 operaciones entre las que incluimos la primera intervención realizada en otros servicios antes de llegar al nuestro.

Hubo 4 muertes que analizaremos en detalle.

En 7 pacientes se comprobó equinococosis pulmonar y en 2 esplénica asociada.

En el mismo lapso (10 años) se operaron 100 enfermos con equinococosis pulmonar.

El mayor número de casos de H.P. es más aparente que real. El quiste hidático de pulmón se complica más precozmente, lo que lleva a la consulta y al diagnóstico precoz, a lo que se suma los grandes estudios en masa por abnegografía realizados en nuestro medio (17).

Los estudios necrópsicos muestran un claro predominio de la localización hepática sobre la pulmonar (17).

CUADROS CLINICOS PREDOMINANTES

1. Tumor abdominal	44.5%
2. Sufrimiento hepatobiliar	22.6%
3. Ictericia febril	8.7%
4. Sufrimiento de base derecha. Dolor frénico. Elevación del diafragma (fig. 1)	6.4%
5. Cuadro tóxico febril con dolor en hipocondrio der. y hepatomegalia	4.3%
6. Gruesos vientres	2.1%
7. Toracotomía derecha y exploración del diafragma	3.2%
8. Hallazgo operatorio	2.1%
9. Cuadro agudo de abdomen	2.1%
10. Alergia post-traumática y dolor en H.D.	1 caso

11. Vomica (tránsito hepatotorácico)	1
12. Supuración metastásica	1
13. Sufrimiento epigástrico	1
14. Diarrea crónica	1
15. Síndrome urinario por E.P.P.H. de origen hepático	1 "

La enumeración que antecede es como se nos ha presentado en la clínica la E.H. en sus formas complicada y no complicada. En una zona de alta infestación como la nuestra siempre, en todo enfermo, pensamos en la hidatidosis.

En general la consulta más frecuente se debe a síntomas de la esfera hepatobiliar, la palpación de un tumor abdominal (hepatomegalia regular o irregular, tumor pelviano, etc.)

A veces una radiografía ocasional de tórax o de hipocondrio derecho muestra una calcificación hepática o una elevación del diafragma, que el neumoperitoneo nos aclarará su significado. No es frecuente en la actualidad



Fig. 1.—Esta enferma fue tratada durante 1 año por sufrimiento de hombro derecho sin otra sintomatología.

ver los gruesos vientres de siembras hidatídicas masivas que se veían hace unos años. A veces durante una toracotomía derecha para tratar un Q.H. de pulmón se explora el diafragma y se comprueba un Q.H. superior de lóbulo derecho de hígado. Hay dos casos de hallazgos operatorios en el curso de laparotomía por otra causa y que justificaron tratamiento pero es mucho mayor la presencia de pequeños Q.H. calcificados que no justifican ninguna actitud terapéutica.

Se operaron dos pacientes con cuadros de abdomen agudo:

R. M. sexo F. 69 años. Ingresó con cuadro de peritonitis aguda a predominio en el hipocondrio derecho, se piensa en perforación vesicular y en la intervención se comprueba un Q.H. hialino posterosuperior de lóbulo derecho de hígado con ruptura de la adventicia y de la membrana parasitaria.

J.R. sexo M. 29 años. Ingresó con peritonitis difusa aguda, se piensa en úlcera duodenal perforada. La exploración muestra un Q.H. hialino de 10 cms. de diámetro con adventicia gruesa correosa del mesenterio que se había perforado en abdomen libre. El hígado no presentaba ninguna secuela anatómica de hidatidosis.

Otro paciente joven se opera a las pocas horas de caer de un caballo luego de lo que presentó erupción urticariana y dolor en hipocondrio derecho.

Tenemos un caso de la llamada "supuración metastásica" por Chifflet y Suiffet (5) en un hombre que operado de Q.H. de pulmón izquierdo presenta intensísimo dolor en hipocondrio derecho y hepatomegalia de crecimiento rápido que obligó a la intervención inmediata.



FIG. 2.—E. peritoneal primitiva heterotópica. Existía una cicatriz en el lóbulo derecho del cual radiaban en "paracaidas" adherencias epiploicas a la pelvis.

Un enfermo consulta por diarrea crónica; el colon por enema muestra imagen sospechosa de neoplasma. La intervención puso en evidencia un viejo Q.H. subhepático calcificado y fistulizado en el colon derecho.

Operamos una equinocosis peritoneal primitiva heterotópica de origen hepático en un hombre joven de campo que consultó por síntomas de irritación vesical y dolor ureteral (fig. 2).

Solamente hubo un solo caso de tránsito hepatobronquico.

No empleamos todo el arsenal diagnóstico actual [gammagrama hepático (16), reacciones inmunológicas, etc.] por falta de disponibilidad de dichos métodos de estudio. Creemos que se deben realizar en cuanto no signifiquen pérdida de tiempo para el enfermo. Pensamos con Larghero (7) "que una amplia incisión abdominal que se pueda ampliar sustituye con ventajas en la mayoría de los casos a todas las exploraciones destinadas a la localización de la E.H."

E.H. no complicada.

Q.H. únicos	39
Q.H. múltiples	13

Seis de estos 13 pacientes (46 %) sufrieron reoperaciones, la mayoría por siembra operatoria mientras que se reoperaron sólo 2 (5 %) enfermos de los portadores de un solo Q.H. de hígado.

El riesgo operatorio, la hemorragia posoperatoria inmediata y las posibilidades de siembra se multiplican a pesar de técnicas cuidadosas.

E.H. complicada.

Es muy difícil definir nítidamente lo que es complicación en la localización hepática de la hidatidosis, además la realidad anatomopatológica no se corresponde a la realidad clínica. Otras veces complicaciones de la evolución natural de la enfermedad (fistulas biliares, etc.) se hacen ostensibles en el postoperatorio. Nosotros entendemos por formas complicadas, aquellas hidatidosis que:

- por su topografía (formas yuxtahiliares);
- por su tamaño (independientemente del estado del Q.H.);
- por el estado del quiste (calcificación, etc.);
- por el compromiso parenquimatoso, biliar o vascular;
- por la presencia de infección;
- o por la posibilidad de comprimir, involucrar o romperse en estructuras extrahepáticas, y además la capacidad de producir agresiones de tipo inmunológico agudas (shock anafiláctico) o crónicas (fibrosis).

De acuerdo a este concepto incluimos casi la mitad de nuestros enfermos dentro de las formas complicadas.

En la evolución de la hidatidosis en nuestro país nuestra actuación es breve (10 años). Revisando estadísticas anteriores (1, 2, 3, 18) llega a manos del cirujano menos "complicada"

y complicaciones menos evolucionadas a pesar de que el índice de incidencia de nuevos casos sigue elevado sin modificarse.

El cirujano de Montevideo ve cada vez menos casos de E.H. pues éstos se resuelven en los centros quirúrgicos del interior mejor montados en la actualidad.

Evidentemente los enfoques epidemiológicos aplicados no han resuelto el problema en nuestro país.

Las formas graves y complicadas se ven en sujetos de más de 60 años sobre todo mujeres. En 150 casos estudiados por Kourias (6) de pacientes añosos se recoge la misma experiencia.

Pasamos a enumerar las formas complicadas vinculándolas a las complicaciones postoperatorias, reoperaciones y causas de muerte aunque al final haremos un estudio detallado de estas últimas eventualidades.

E.H. complicada.

- 1) *C. generales:*
 - Caquexia hidática 1 (reop. 2)
 - Alergia hidática 1 (" 2)
- 2) *C. del parásito:* calcificación . 6 3)
- 3) *C. del hígado:* por E. H. múltiple 2 (5)
(por E. hepática y perihepática)
- 4) *C. torácicas* 1
- 5) *E. H. y vías biliares:*
 - a) Litiasis vesicular 7
(Hubo una supuración y una siembra operatoria.)
 - b) Litiasis coledociana
(1 paciente tuvo una bilirragia importante.)
 - c) Q. H. abierto en V.B. 5
(Hasta ahora con evolución excelente.)
 - d) Q.H. que involucra la vesícula . 1
- 6) Q.H. supurado 6
3 evolucionaron bien.
1 se reoperó por cavidad residual.
1 presentó un empiema de base derecha que fue drenado.
1 falleció luego de 3 reoperaciones.
- Apertura en vena cava inferior* 1
Fue un paciente de más de 50 años con hidatidosis múltiple pulmonar bilateral que fue operado por toracotomías cesivas. La evolución fue buena. Cinco años después (sin secuelas pulmonares) se reoperó por cáncer gástrico se comprobó calcificación hepática yuxtacava.
- C. peritoneales* 9
E. peritoneal primitiva heterotópica 2
Peritonitis h. crónica con bilis 1 (fallece)
Seudo tuberculosis hidática. 1
E. peritoneal secundaria ... 5 (reop. 5)
(formas de germinación.)

Analizando estas cifras se observa que las formas supuradas las complicaciones peritoneales y las hidatidosis múltiples gravan el pronóstico aumentando sobre todo la morbi-mortalidad.

REINTERVENCIONES

Veinticuatro enfermos sufrieron 52 operaciones, vale decir que un 26 % debieron sufrir una o más reoperaciones. Estas cifras tienen un valor relativo para enjuiciar nuestros errores terapéuticos. Muchos enfermos fueron intervenidos por primera vez en otros servicios y nuestro criterio ha ido cambiando en estos últimos años, además la aplicación de mejores técnicas diagnósticas, anestésicas y de reanimación.

En 11 de los 24 enfermos creemos le cabe alguna participación al equipo quirúrgico, pues 7 se reoperaron por siembras operatorias. En dos casos que pasamos a relatar hubo error de técnica quirúrgica:

—Una enferma a la que se le trató un Q.H. hialino gigante de lóbulo derecho, fue reoperada por un absceso subfrénico postoperatorio. El espacio subfrénico derecho se drenó incorrectamente creándose condiciones favorables para dicha complicación.

—A otra paciente se le realizó una quistectomía en block por Q.H. calcificado de lóbulo derecho. La hemostasis fue incorrecta lo que permitió la colección hemática y la infección subfrénica.

Paro cardíaco intraoperatorio ocurrió en un enfermo muy grave con hidatidosis múltiple supurada intra y perihepática. Se suspendió la intervención por el paro, para ser reintervenida más tarde en peores condiciones.

Error de indicación operatoria hubo en una paciente hiperemotiva en la que apareció una calcificación en el sector posterosuperior de hígado a la que atribuimos la causa de su sufrimiento. Se abordó por toracofrenotomía derecha. Debió sufrir 2 nuevas intervenciones para tratar la infección parietal. La anatomía patológica del Q.H. no justificaba el sufrimiento clínico ni la intervención.

Tres pacientes debieron ser reintervenidos por cavidad residual, 2 por quiste hidático calcificado en los que fácilmente se extirpó la adventicia excocleada. Otra enferma operada 7 años antes ingresa con mal estado general por infección biliar, la reintervención no nos mostró ninguna secuela pero la colangiografía intraoperatoria puso en evidencia una cavidad residual en comunicación con el hepático izquierdo. La situación fue resuelta con la técnica de R. Praderi (13, 14). Se enhebró la cavidad residual por coleocotomía a través del hepático izquierdo sacándose al exterior un tubo de polietileno transhepático, que junto con un Kehr permitieron el buen avenamiento de la cavidad y de la vía biliar (fig. 3). La evolución fue excelente. Otras veces en situaciones similares hemos resuelto el problema cerrando la coledocotomía y dejando un drenaje transhepatoquisticocoledociano.

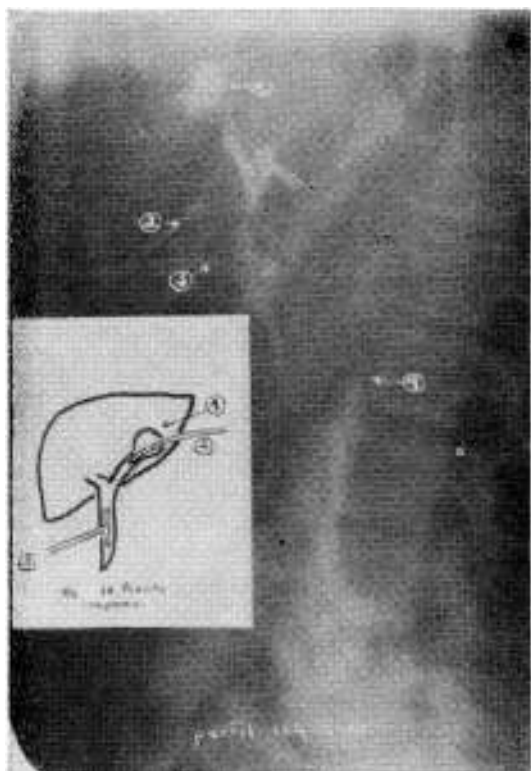


FIG. 3.—Hepatoquistocolangiografía a través del hepático izquierdo. 1) cavidad residual hidática, drenaje transhepático que llega al hepático izquierdo (13), coledocotomía y tubo de Kehr, 4) ángulo duodenoeyunal.

Q.H. con complicaciones graves.—Son formas anatomoclínicas en las que la larga evolución hace inevitable complicaciones postoperatorias y la posibilidad de reintervenciones.

Hay 4 casos:

- 1 Q.H. supurado gigante de cara posterior.
- 1 colepióhidatidoperitoneo en 1 paciente caquéctico.
- 1 enfermo con E.H. y perihepática masiva.
- 1 Q.H. supurado con abscesos hepáticos múltiples.

Las formas múltiples obligan por sí solas a reintervenir para tratar otros Q.H. por nuevas incisiones.

A veces se debe reintervenir por complicaciones alejadas del primer acto operatorio y de difícil interpretación etiopatogénica. Tal es el caso de un paciente operado cuatro años antes por hidatidosis subhepática y que reingresa con cuadro de ictericia obstructiva. En la exploración se comprobó colédoco fino con fibrosis pericoledociana. El drenaje prolongado con tubo de Kehr solucionó esta situación. La colangiografía postoperatoria no mostró cavidad residual ni otro tipo de secuela. Creemos que en la base de esta complicación esté en juego alguna reacción de tipo inmunoalérgico o séptica (4).

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

—Abscesos subfrénicos	2
—Fístulas purulentas	2
(por Q.H. calcificados)	
—Bilirragias	2
(no necesitaron reintervención)	
—Hemorragia	1
—Empiema	1
—Accidente transfusional	1

No tenemos cifras exactas de hernias incisionales aunque evidentemente son de mayor incidencia que en el resto de la cirugía abdominal. Desde que usamos hilos no reabsorbibles monofilamento de nylon (Nº 3) y a puntos separados todos los planos esta complicación disminuye apreciablemente.

Preferimos las incisiones transversas y las medianas. Creemos que la paramediana debe ser desechada en el tratamiento quirúrgico de la E.H.

MUERTES

Analizando diferentes estadísticas tenemos los siguientes porcentajes de mortalidad:

- B. Ríos (18): 8 %.
- Larghero (7): 5.5 %.
- Diez estadísticas consultadas por Larghero (7): 8 %.
- Purriel (17): 6 %.
- Kourias (6): 6 % (en 1013 casos).
- Kourias (6) (en pacientes de más de 60 años): 11 %.
- Casiraghi (2): 5.5 % (en 345 casos).
- Nuestra serie: 4.3 % (en 92 casos).

Resumimos brevemente las 4 muertes que tuvimos.

- J. B. de R.: accidente transfusional.
- G. S.: colepióhidatidoperitoneo, sepsis.
- C. A.: hidatidosis múltiple, hepática y perihepática, algunos Q.H. supurados, accidente anestésico, paro cardíaco que obliga a suspender la intervención. Se reopera más tarde en peores condiciones. Fallece con cuadro grave de insuficiencia hepática y sepsis.
- L. G. de A.: Q.H. supurado gigante, posterosuperior de lóbulo derecho, litiasis vesicular y coledociana, pancreatitis crónica, pilitis, angiolitiasis.

1ª operación: quistostomía, colecistectomía, coledocotomía y Kehr, duodenostomía y papilofinterotomía. Buena evolución después de postoperatorio difícil.

2ª operación: 5 meses después se reopera por vía posterior de cavidad residual supurada (fig. 4).

3ª operación: 2 meses más tarde se drena por vía anterior un absceso angiolítico de lóbulo izquierdo.

4ª operación: a los 20 días peritonitis difusa aguda. Se reopera, abscesos hepáticos múltiples, uno de ellos roto en el peritoneo. Fallece.

Como vemos el factor infección jugó un rol preponderante en el desenlace de 3 de los 4 pacientes. La evolución tormentosa y grave ocurre sobre todo cuando se agrega infección



FIG. 4.—Cavidad residual. Q.H. supurado postorossupurador que fue mal abordado.

e hidatidosis múltiple que conducen fatalmente a la insuficiencia hepática y a la sepsis generalizada.

ALGUNOS ASPECTOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Juicio quirúrgico.—El Q.H. más simple, menos complicado debe ser intervenido con premura con la mejor técnica operatoria y anestésica, y responsabilidad por parte del equipo quirúrgico.

Incisiones.—Bien planeadas y bien cerradas.

Exploración operatoria.—Debe ser cuidadosa buscando todas las localizaciones posibles de la hidatidosis abdominal y sobre todo patología biliar asociada. La colangiografía operatoria debe ser obligatoria (11).

Movilización hepática.—Debe ser completa, favorece la correcta exploración y permite tratar muchos Q.H. por vía anterior. La sección de ambos ligamentos triangulares, de los ligamentos redondos y falciforme y el decolamiento duodenopancreático sumados a una completa relajación anestésica permiten una amplia movilización. La sección de adherencias patológicas la favorece y además evita el "estacamiento" de las cavidades.

Soluciones parasitocidas.—Usamos solamente la solución de C1Na a saturación (33 %) preconizada por Velarde Pérez Fontana (10). La creemos menos agresiva y más efectiva que el formol. Hemos tenido resultados espectaculares en el tratamiento de la hidatidosis ósea, luego de mantener lavados con C1Na al 33 % durante un mes. Una enferma que sufrió seis

reintervenciones en las que se había usado el formol como solución parasitocida permanece libre de síntomas y con radiología normal luego de cinco años de haber aplicado dicho procedimiento.

Quistostomía.—Aunque no es la operación ideal, los problemas más difíciles y graves de la E.H. han sido resueltos en nuestra casuística por este método, rápido y poco agresivo pero no menos difícil de indicar y manejar. Consideramos como elementos fundamentales en la realización de la quistostomía las siguientes maniobras:

- Exploración cuidadosa de la cavidad.
- Resección de la adventicia emergente con hemostasis cuidadosa de los bordes.
- Manejo correcto de los tubos de avenamiento.

Podría traer a colación la frase del Prof. Del Campo referente a la cirugía de colon: "al fin de cuentas el éxito de una intervención depende de una sutura". En la E.H. depende de un tubo. Usamos tubos gruesos, con buena luz y consistentes. Deben ser correctamente ubicados en la cavidad adventicial (zonas declives), bien llevados y bien sacados por la pared abdominal siempre por una contrabertura amplia y sin angulaciones.

Hemos visto tubos estrangulados por la pared abdominal en el postoperatorio. *El orificio de contrabertura se hace más pequeño y más alto cuando el paciente es descuarizado y recupera el tono muscular.* En cavidades grandes y altas utilizamos 2 tubos para realizar lavados. Esto lo hacemos diariamente con suero fisiológico y antibióticos. Cada vez usamos más la aspiración continua sobre todo en las primeras 72 horas. Cada 3 días realizamos controles bacteriológicos y modificamos la administración de los antibióticos de acuerdo al antibiograma. A la semana cambiamos el tubo por otro del mismo diámetro, luego realizamos esto más frecuentemente para tener drenadas las cavidades con tubos recientemente esterilizados. La quistografía postoperatoria es la norma y de ella depende el momento en que se debe retirar el tubo.

Quistectomía.—Puede ser en block (a lo Napalkoff) o previa apertura y evacuación (a lo Vigneron). Puede ser total o parcial dejando un trozo en la zona profunda cerca de los principales pedículos, para evitar la lesión de los mismos. Para nosotros es una intervención ideal pero no debemos olvidar que del punto de vista anatómico quirúrgico es una hepatectomía parcial en un hígado sangrante y con distorsión de elementos. Es difícil y de técnica cuidadosa y lenta. Ligamos con pinza de Cames de punta fina, canales biliares, vasos y pequeños trozos de parénquima hepático. Esta maniobra se ve facilitada al alejarnos algo de la adventicia lo que nos permite individualizar fácilmente los elementos por digitoclasia. Cuando queda mucha superficie cruenta drenamos la vía biliar que disminuye la bilirrubinemia y la hemorragia postoperatoria. Se deben dejar buenos drenajes perihépáticos.



FIG. 5.—Q.H. calcificado del lóbulo de Spiegel. 1) Restos de adventicia calcificada. 2) Tubo de quistostomía.

Hemos realizado 19 quistectomías. 17 tuvieron una evolución excelente. Una enferma debió ser reintervenida por absceso subfrénico debido a una mala hemostasis. Tuvimos otra paciente con una pequeña bilirragia que cedió espontáneamente en unos pocos días.

Hepatectomía.—No hemos realizado hepatectomías regladas. Hemos efectuado hepatectomías parciales del lóbulo izquierdo (sectoriectomía lateral) y resecciones atípicas. Sin entrar a discutir esta cirugía en la hidatidosis actual de nuestro medio creemos que la cirugía de exéresis tiene un lugar muy limitado en esta patología. En cirugía tumoral pero sobre todo en los traumatismos de hígado creemos que están sus indicaciones más importantes.

Q.H. calcificado.—Cuando su tratamiento está justificado optamos por la quistectomía total o parcial. Si ésta es imposible por la profundidad del quiste realizamos quistostomía y

reintervenimos después de los dos meses para extraer la adventicia excocleada lo que termina la fístula purulenta, como se muestra en las R.X. del enfermo M.G. portador de un enorme Q.H. calcificado del lóbulo de Spiegel (figs. 5 y 6).

Q.H. abierto en vías biliares.—Se deben abordar el quiste y la vía biliar. Es imperdonable hoy en día no dejar expedita la vía biliar principal en función de una operación "rápida y salvadora" como puede ser el simple drenaje del quiste. Los métodos modernos de reanimación pre e intraoperatoria permiten realizar una cirugía acabada en enfermos graves.

Q.H. supurado.—Con ellos hemos tenido las complicaciones más graves. Es una situación de extrema urgencia. Se debe presumir casi siempre en ellos un tránsito hepatotorácico in-



FIG. 6.—Colecistocolangiografía después de excocleación secundaria. 1) Resto de adventicia calcificada adherida a la vena cava inferior. 2) Tubo de quistostomía. 3) Colecistostomía.

minente y participación más o menos importante de la vía biliar. El manejo de los tubos y el buen uso de la antibioterapia gravitarán en el pronóstico.

H. múltiple.—Su tratamiento admite sólo incisiones amplias. No dudamos en cambiar de posición el enfermo y hacer un abordaje a través de la 11ª costilla, por ejemplo, después de una laparotomía en el mismo acto operatorio para tratar todos los quistes. La posibilidad de severas complicaciones postoperatorias: tránsitos, supuraciones, supuraciones metastásicas, obstrucciones de la vía biliar nos han hecho más agresivos en esta cirugía.

La E.H. múltiple a veces con complicaciones diversas plantea un desafío al buen juicio del cirujano.

H. peritoneal secundaria.—Es la forma de H. peritoneal en la que tenemos mayor experiencia. Hemos tratado y tenemos en tratamiento varios pacientes que serán motivo de una publicación ulterior. En general hemos abordado en primer lugar las localizaciones pelvianas debido al severo compromiso reno-urteral que ellas implican. Preferimos como primera incisión una mediana xifopúbica que nos permite valorar la situación y tratar el mayor número de quistes posibles. Resecamos los epiploicos y los que están más o menos pediculados.

La mayoría los tratamos por amplia apertura de la adventicia, que luego dejamos abierta al peritoneo, aspiramos la membrana parasitaria y lavamos generosamente con "suero salado" y luego con suero fisiológico. No hemos tenido accidentes anafilácticos. Usamos altas dosis de hidrocortisona intraoperatoria. La administración de suero glucosado isotónico intra y postoperatoria debe ser generosa para eliminar el ClNa absorbido en exceso. La diuresis de las primeras horas debe sobrepasar los 70 c.c. horarios para eliminar la hemoglobinuria que se produce con el suero alado. La E. peritoneal secundaria de abdomen superior (periesplénica y perihepática) y hepática primitiva las hemos resuelto por amplias incisiones transversas bilaterales. Con gran sorpresa hemos visto en varios enfermos tratados de este modo, al ser reintervenidos años después por otra causa, la ausencia total de hida dosis en actividad, encontrando solamente pequeños granulomas de involución (seudotuberculosis miliar hidatídica).

El cierre de las incisiones debe ser extremadamente cuidadoso.

Drenajes perihepáticos.—El espacio subfrénico derecho debe ser bien drenado sobre todo en Q.H. gigantes de lóbulo derecho cuya evacuación deja un enorme acio, que sumado a las condiciones tensionales fa orece la acumulación de sangre, exudados y bilis con su consecuencia; el absceso subfrénico. Un grueso tubo permite la salida de los exudados (mejor aún con aspiración continua las primeras 48 horas) y la entrada de aire que permite "reacomodar" el contenido de la región. Hemos tenido 2 abscesos subfrénicos por no seguir estas directivas.

CONCLUSIONES

De acuerdo al análisis efectuado podemos concluir:

—La alta incidencia de esta afección en nuestro medio debido a la no aplicación de las más elementales normas de profilaxis.

—El estudio clínico de nuestros enfermos comparado con el de series anteriores hace que estos lleguen a nuestras manos con formas clínicas menos evolucionadas.

—La mayor morbi-mortalidad en relación a la E. Pulmonar que surge de la comparación del estudio que sobre dicha localización efectuamos nosotros, referida principalmente a la E.H. múltiple y supurada.

—La mayoría de nuestros enfermos fueron resueltos por quistostomía y quistectomía y un buen manejo de los tubos de drenaje en el postoperatorio.

—No hemos encontrado indicaciones corrientes de hepatectomías regladas y amplias en las formas anatomopatológicas que nos ha tocado resolver.

—Somos entusiastas en el uso exclusivo del suero salado avalado por los resultados obtenidos últimamente en la E. peritoneal secundaria y ósea.

—En lo posible tratamos todos los quistes en la E.H. múltiple para evitar las graves complicaciones postoperatorias.

RESUMEN

Se presenta un trabajo estadístico del Servicio de Cirugía del Hospital Mercedes sobre 92 casos de E.H. que abarca un período de 10 años. Se analizan formas clínicas, complicaciones, causas de morbilidad y mortalidad. Al final se extraen las conclusiones terapéuticas en el manejo de los enfermos.

RESUME

Présentation d'un travail statistique du Service de Chirurgie de l'Hôpital Mercedes portant sur 92 cas de d'Echinococose Hépatique pendant 10 ans. Analyse des formes cliniques, des complications, des causes de morbidité et de mortalité, d'où sont déduites les conclusions thérapeutiques concernant la conduite à suivre avec les malades.

SUMMARY

Statistics presented by the Surgery Service of the Mercedes Hospital comprise 92 cases of Hepatic echinococcosis over a 10-year period. Clinical features, complications, morbidity causes and death-rate are analyzed and conclusions regarding therapy employed are consigned.

BIBLIOGRAFIA

1. CALLERI, E. M. Quistes hidáticos del hígado abiertos en vías biliares. 4º Congreso Uruguayo de Cirugía, 1: 201, 1953.
2. CASIRAGHI, J. C. Tratamiento del quiste hidatídico del hígado y sus complicaciones. 30º Cong. Argen. de Cirugía, Buenos Aires, 1: 517, 1959.

3. CENDAN ALFONZO, J. E. Causas de muerte, complicaciones y secuelas en el postoperatorio de los quistes hidáticos de hígado. 30º Cong. Argen. de Cirugía, Buenos Aires, 1: 727, 1959.
4. CHIFFLET, A. Equinococosis hidatídica del hígado. Patología. En Muñoz Monteavaro, C.: Hepatología. Montevideo, Oficina del Libro, p. 295, A. E. M., 1967.
5. CHIFFLET, A. y SUIFFET, W. Supuración metastásica en las equinococosis múltiples. An. Fac. de Med. de Montevideo, 23: 958, 1938.
6. KOURIAS, B. G. Kystes Hydatiques Chez Le Vieillard. 23º Cong. Soc. Internat. Chir., Buenos Aires, 211, 1969.
7. LARGHERO, P., VENTURINO, W. y BROLI, G. Equinococosis hidatídica del abdomen. Delta, Montevideo, 1962.
8. MARELLA, M. S. Conductas operatorias en el quiste hidático de hígado abierto en vías biliares. Cir. del Uruguay, 37: 100, 1967.
9. PALMA, E., FERNANDEZ, E. y DANZA, R. Fístula hepatoquística tratada por derivación quístico-yeyunal. Cir. del Uruguay, 37: 107, 1967.
10. PEREZ FONTANA, V. El formol y el cloruro de sodio en el tratamiento del quiste hidatídico. Arch. Int. Hidatid., Montevideo, 20: 315, 1961.
11. PIQUINELA, J. A. Quiste hidático del hígado abierto en vías biliares. Bol. Soc. Cir. del Uruguay, 26: 62, 1955.
12. PRADERI, L. y CASSINELLI, D. Tránsitos hepatotórácicos de origen hidático. Experiencia personal sobre 11 casos. (Comunicación personal).
13. PRADERI, R. Aplicaciones de los drenajes transhepáticos. Cir. del Uruguay, 35: 21, 1965.
14. PRADERI, R. Coledocostomía transhepática. Bol. Soc. Cir. del Uruguay, 32: 237, 1961.
15. PRADERI, R., LOPEZ, E. y RAGO, M. Formas subagudas de la equinococosis peritoneal heterotópica: pseudoascitis hidática y hematocele peritoneal enquistado con hidátide íntegra. Cir. del Uruguay, 40: 142, 1970.
16. PUIG, R., RUBIO, R. y TOUYA, J. J. (h.). Tratamiento quirúrgico de elección en el quiste hidático de la cara posterior del hígado. Valor diagnóstico de la gammagrafía. Cir. del Uruguay, 40: 158, 1970.
17. PURRIEL, P. y col. Hidatidosis en el Uruguay. Estudio epidemiológico (1962-1968). El Tórax, 19: 1, 1970.
18. RIOS, B. Equinococosis hepática. Tratamiento. 4º Congreso Uruguayo de Cirugía, 1: 149, 1953.
19. VALLS, A. Complicaciones peritoneales crónicas de la hidatidosis peritoneal. Contribución de la Cirugía del Uruguay en el tratamiento de las complicaciones peritoneales de la hidatidosis. Cir. del Uruguay, 41: 378, 1971.

DISCUSION

DR. RAÚL PRADERI.—Quiero felicitar a los comunicantes de este trabajo, al igual que del anterior, por el interés de haber traído esta casuística tan honestamente presentada y mostrando un cúmulo de enfermos operados en los cuales hay alguna observación de gran interés.

Pero antes de eso quisiera señalar un hecho curioso. Hace poco en Buenos Aires comentábamos con los cirujanos de allí que ellos casi no operan quistes hidáticos en la capital. Se operan en las provincias, sobre todo en la Provincia de Buenos Aires en otras ciudades, porque el nivel técnico quirúrgico es muy bueno. La presentación que se ha hecho y la anterior nos muestran exactamente eso: cómo en una ciudad del interior, se ha podido resolver ese problema obteniendo muy buenos resultados con una técnica correcta.

El otro hecho interesante es que Soriano, donde actúan los colegas, es un departamento sobre todo de ganado vacuno, no de ganado ovino. Es la zona de invernada de ganado vacuno, y las características del campo de esa región hacen que haya muy poco ganado ovino. Clásicamente todos los cirujanos sabemos que los departamentos más proveedores de quistes hidáticos son otros. Tal vez lo que suceda es que los enfermos del Depto. de Soriano se quedan en Mercedes para ser intervenidos, o que los cirujanos operan un caudal muy importante de enfermos entre los cuales encuentran gran número de enfermos hidáticos.

Pero la otra cosa a señalar es la frecuencia de la infestación de ganado vacuno con quiste hidático. Cuando nosotros estudiábamos parasitología prácticamente se ignoraba este hecho o se le daba poca trascendencia. Los trabajos de Purriel y de Stajano y de algunos veterinarios, en investigaciones en los frigoríficos demostraron la gran contaminación hidática que existe en el ganado vacuno. Ello vendría a explicar la frecuencia en el Depto. de Soriano.

Sobre las distintas formas clínicas el único comentario que voy a hacer es señalar uno de los casos presentados que es muy interesante. Era una estenosis hidática extrahepática, una fibrosis pedicular. Nos interesan especialmente esos casos pues pese a su rareza hemos reunidos varias observaciones, algunas acompañadas de hipertensión portal.