

Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones biliares de la hidatidosis

Dr. MUZIO S. MARELLA

I. CONCEPTOS PATOLOGICOS

Este aspecto del tema lo veremos de modo sucinto por haber sido ya tratado por el relator Dr. Porras.

—Patológicamente un quiste hidatídico está complicado con la vía biliar en las tres situaciones definidas por Del Campo (48) hace cuatro décadas y que nosotros analizamos en 1955 (89).

Esas tres situaciones son: 1º) simple comunicación o abertura bilioquística; 2º) cuando la comunicación ha permitido el pasaje de elementos hidatídicos a la vía biliar; 3º) cuando existe una obstrucción equinocócica de los canales excretorios.

—Toda equinocosis hidatídica que ha alcanzado cierto desarrollo dentro del parénquima hepático está comunicando con las vías biliares.

—Esta comunicación será única o múltiple, con canales de distinta importancia pero será más precoz cuanto más central sea su localización o más próxima se encuentre a un canal principal. Esto nos lleva a precisar el concepto de quiste comunicado y quiste abierto en vías biliares.

a) *Quiste comunicado o fisurado* (271) figuras 1 B y 2 A es la situación de todo quiste que al crecer compromete la pared del canal biliar en la adventicia, sufriendo los procesos obstructivos de ésta. La pared del canal biliar está sometida a la acción mecánica, infecciosa y tóxica. Al necrosarse cae ese segmento de pared del conducto, pero el orificio es ocluido por la membrana hidática que está a tensión. El equinococo ha actuado así de dos modos sobre el canal; cerrándolo y abriéndolo a la vez (Ivanishevich). Cerrándolo, al comprimir sus paredes y abriendo en él una solución de continuidad. De acuerdo a este hecho paradójico se constituye la comunicación entre el espacio perivesicular y la canalización biliar.

Es asimilable esta etapa a la primera situación descrita por Del Campo.

b) *Quiste abierto o evacuado* (74) o *fistulizado* (271) en vías biliares. En una etapa evolutiva posterior, ese quiste vierte parte de su contenido en la canalización biliar transitando por ella al duodeno (fig. 1 B).

Este pasaje de los elementos hidatídicos pueden determinar como expresión máxima una obstrucción de la vía biliar principal (fig. 1 C).

Estas etapas evolutivas corresponden a la 2ª y 3ª situación descrita por Del Campo.

Este criterio de quiste abierto en vías biliares es aceptado por Cendán, el cual comparativos.

En suma: patológicamente se distinguen dos situaciones: la de simple comunicación o fisura-

ción y la de quiste abierto o evacuado o fistulizado.

—Este criterio patológico permite unificar todas las etapas evolutivas de la equinocosis y su compromiso biliar.

—Ello tiene su traducción clínica y sus consecuencias terapéuticas.

II. DIAGNOSTICO

El diagnóstico de las dos modalidades de relación bilioquística se basa en las siguientes comprobaciones:

—*Quiste comunicado o fisurado en vías biliares* cuando:

- a) la membrana está íntegra y el contenido es hialino. La membrana madre puede estar teñida en bilis en una zona de su cara externa o existe algún proceso alterativo o supurado perivesicular;
- b) cuando evacuado el parásito aparece bilis durante la intervención o por el drenaje en el posoperatorio;
- c) si la exploración quirúrgica de la cavidad adventicial muestra un canal abierto, o esta comunicación se reconoce por la quistografía o colangiografía per o posoperatoria.

—*Quiste abierto en vías biliares* (Q.A.V.B.) o *evacuado o fistulizado*.

Esta etapa se diagnostica en las siguientes circunstancias:

- a) frente a una equinocosis hepática que ha hecho síndromes coledocianos recientes o alejados y no hay una litiasis concomitante;
- b) cuando la vesícula hidatídica está parcial o totalmente evacuada, supurada o ha sufrido un proceso de regresión (271);
- c) si la intervención demuestra la existencia de elementos hidatídicos en las vías biliares principales o accesorias;
- d) cuando la exploración quirúrgica o radiológica, comprueban la existencia de una comunicación que justifique ser la causa de la evacuación del quiste.

III. CONDUCTAS TERAPEUTICAS

Partimos del concepto que toda hidatidosis cuando adquiere algún desarrollo o profundidad en el parénquima *tiene una relación estrecha con canales biliares* de cierta importancia.

—Teóricamente cuando en la adventicia de una hidatidosis se abre un pequeño canalículo biliar ya se estaría ante una comunicación quistobiliar (74).

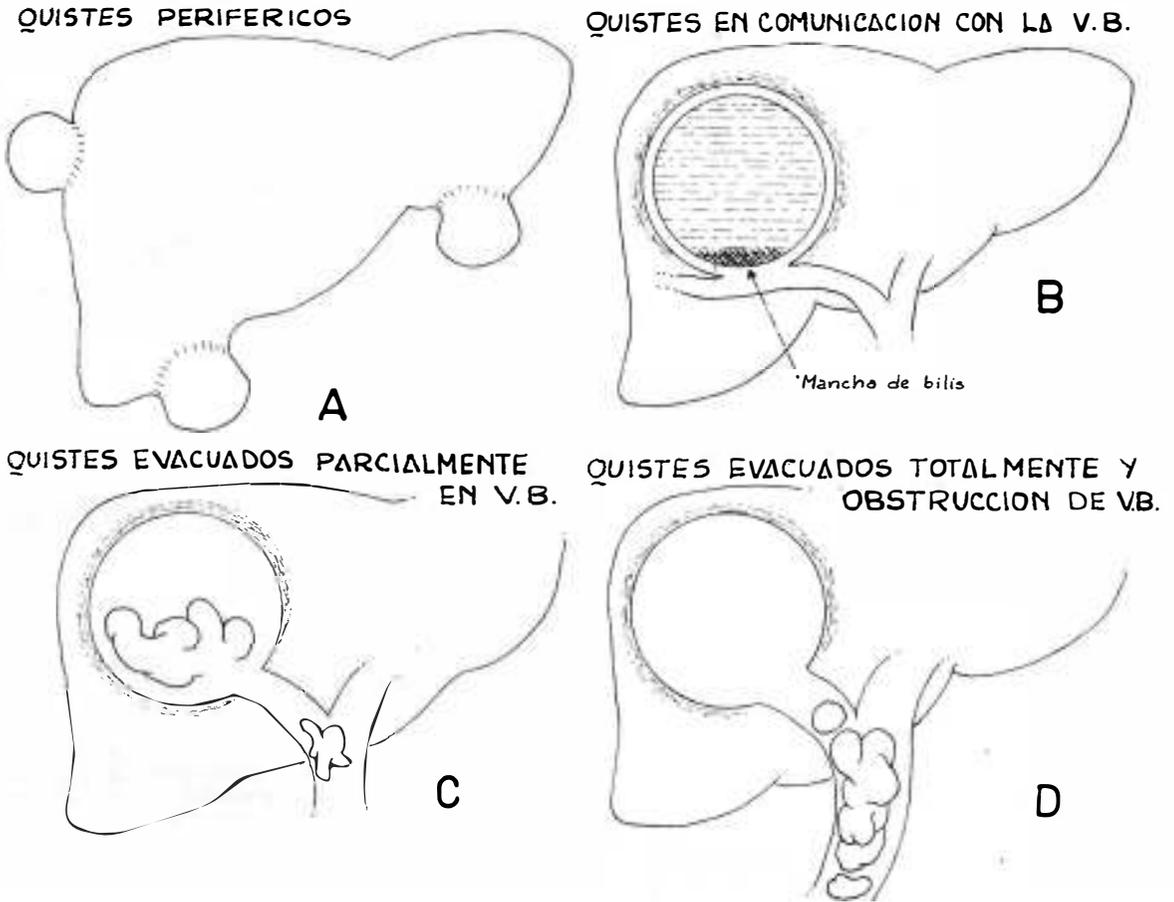


FIG. 1.— A) Quistes periféricos en que la quistectomía o adventicectomía total es posible porque están comunicados con pequeños canales biliares. B) Quiste central con membrana íntegra pero comunicado con la vía biliar. La mancha de bilis lo testimonia. C) Quiste evacuado parcialmente. D) Quiste evacuado con obstrucción del hepato colédoco.

—Prácticamente esta comunicación tiene entidad clínica, cuando ella es capaz de tener repercusión patológica.

—Se comprende que las precisiones no son posibles en este terreno biológico.

El tratamiento quirúrgico estará basado en el concepto patológico que distingue dos situaciones definidas: a) la comunicación o fisuración; y b) la apertura, o evacuación o fistulización.

1) **Conducta quirúrgica frente al quiste hidatídico comunicado o fisurado.**

—La intervención lógica es la evacuación y drenaje del quiste.

—Consideramos que el *avenamiento* o *drenaje aun de los quistes que aparentan no tener vinculación biliar, es la única operación segura, la cual evita las complicaciones posoperatorias determinadas por la bilirragia intraquistica.*

No es previsible conocer cuál será el comportamiento de los canales biliares integrados

al proceso adventicial, luego de evacuado el parásito. Suprimido éste, se genera un sistema de presiones, negativas intraadventicial que va a facilitar una bilirragia ex vacuo (fig. 2B). Esta se va a mantener hasta que el gradiente biliar se restablezca y el complejo mecanismo de curación de la cavidad adventicial posibilite el curso normal de la bilis (fig. 2C).

La necesidad de mantener este criterio quirúrgico está avalado por experiencia propia y ajena.

Puede ser ilustrativo una situación clínica en la cual no se observó esta conducta. Esta intervención fue realizada hace algunos años por un cirujano de gran experiencia.

Paciente de 15 años. Cuadros dolorosos de H.D. Deformación de hemitórax derecho. Tumoración de H.D. de 10 cms. de diámetro.

Intervención. Incisión transversa de H.D. Gran q.h. de cara superior de lóbulo der. de hígado con adventicia emergente laxamente, adherida al diafragma. Evacuación y 1.500 c.c. de líquido cristal de roca. Formolización. Apertura de adventicia. Extracción de membrana. Restregado de cara interna de adventicia

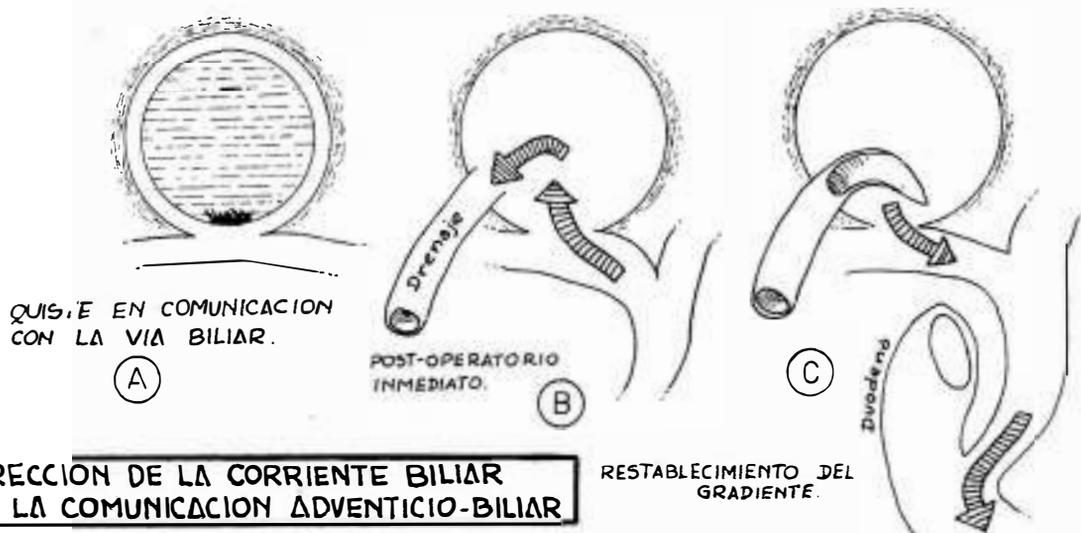


FIG. 2.— A) Quiste comunicando con la vía biliar, membrana sana y mancha de bilis. B) Evacuado el quiste quirúrgicamente se produce una bilirragia "ex vacuo" en la cavidad adventicial. Esta es drenada por el avenamiento. C) Cuando se restablece el gradiente biliar, si la comunicación persiste amplia, el contenido adventicial puede pasar al canal biliar. La curación dependerá de la capacidad en retraerse de la adventicia.

con torunda. Adventicia delgada que se colapsa. No se visualizan canales biliares ni se reconoce teñido en cavidad adventicial.

Cierre parcial de la brecha adventicial dejando la parte superior abierta. No se considera necesario poner drenaje.

Primer posoperatorio. 2º día, 38º, submatidez de base derecha, sucusión hipocrática, radiografía de perfil. Imagen hidroaérea intrahepática. 11º día, palidez 39º 4 radioscópicamente cavidad hidroaérea subdiafragmática. Elevación diafragmática derecha. Diagnóstico. Retención en cavidad adventicial hidática. Biloniumoquiste. Se decide reintervenir ese día.

Reintervención. Gran hepatomegalia con cavidad adventicial a tensión. Evacuación de gran cantidad de líquido bilioso claro, no fétido. Drenaje del quiste y del espacio subfrénico.

Segundo posoperatorio. Grave shock, hipertermia. Es superado el cuadro con medicación intensiva. Abundante drenaje biliar por los dos tubos, que va disminuyendo progresivamente. Alta 20 días después.

Vemos a la paciente 11 años después encontrándose libre de todo sufrimiento (M.M.).

Esta enferma, una adolescente, tenía un q.h. considerado por un cirujano de la máxima solvencia, como no teniendo relación con las vías biliares y le hizo una operación de Mabit. Pese al aspecto "inocente" de esa adventicia, la bilirragia intracavitaria determinó una grave complicación, posoperatoria, que requirió reintervención y drenajes.

Como consecuencia consideramos que toda cavidad adventicial residual debe ser drenada, pues ella fatalmente está comunicando con las vías biliares.

Sobre la posibilidad de otras intervenciones en quistes periféricos; adventicectomías, quistectomías o hepatectomías, indicaciones y técnicas nos remitimos al relato central de este tema.

Del mismo modo, cuando se ha procedido a una adventicectomía parcial o total junto a la pared hepática se debe poner un drenaje aspirativo con tubo pues la posibilidad de una bilirragia siempre está presente.

2) Conductas quirúrgicas en el quiste hidatídico abierto en vías biliares (Q.A.V.B.) evacuado o fistulizado.

—Para esta etapa evolutiva de la equinocosis establecemos tres planes quirúrgicos.

La aplicación de estos planes a cada situación debe tener en cuenta cuatro factores:

- a) estado general del enfermo; b) síndrome tóxico infeccioso; c) síndrome obstructivo biliar; d) localización anterior o posterior del quiste.

PLAN A.—Evacuación y drenaje del quiste (quistostomía). Intervención unipolar hepática.

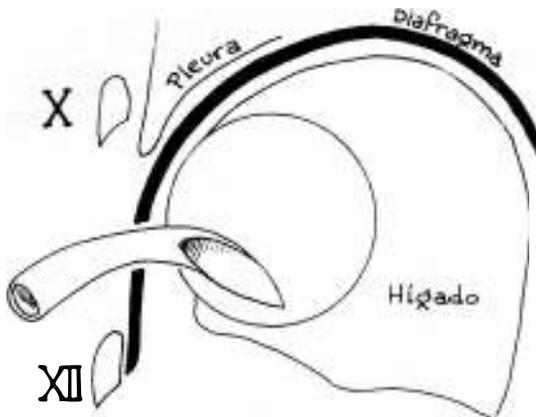
Es la intervención fundamental, evacúa el parásito y drena la cavidad adventicial (264, 139, 48, 90). Trata el agente causal. Resuelve la mayor parte de las situaciones.

Es la única indicada en quistes posterosuperiores que se abordan por la vía posterior [(91) figs. 3 y 4]. Es el máximo gesto quirúrgico a realizar en quistes supurados, con cuadro tóxico infeccioso o en enfermos con cuadro general grave.

Debe efectuarse con una técnica precisa, punción con aguja conectada a tubo en T. [Técnica de Larghero y col. fig. 5)] aspiración parcial, inyección de cloruro de sodio al 33 %. Evacuación total del quiste. Exploración de cavidad adventicial, con espéculo vaginal (Arce) o valvas (Finochietto).



FIG. 3.—Esquema de quiste hidatídico posterosuperior drenado por vía de la 11ª costilla, transdiafragmático, subpleural. Vista posterior.



ABORDAJE POR LA 11ª C

FIG. 4.—Corte esquemático lateral del drenaje por la 11ª costilla.

Usamos como parasitocida el cloruro de sodio hipertónico (126). No utilizamos el formol, por ser riesgosa su penetración en la vía biliar (21, 274, 90).

Desde hace algunos años además restregamos la cara interna de la adventicia con una torunda empapada en alcohol yodado al 1 o 2%. De este modo reforzamos la acción parasitocida del cloruro de sodio y posiblemente la posterior excocleación espontánea de la adventicia.

1. Conducta frente a la comunicación quistobiliar.

En la exploración cuidadosa de las paredes adventiciales se pueden reconocer las comunicaciones o fistulas quistobiliares. También ello

es posible por la exploración ascendente de la vía biliar con sonda Nelaton cuando se ha hecho coledocostomía (fig. 6).

Hemos cerrado dicha comunicación con resultado variable. A veces es fácil y sin riesgo; en otros existe la posibilidad de lesionar un elemento vascular vecino y no es aconsejable intentarlo. Es particularmente difícil cuando la adventicia es fibrosa o calcificada. Creemos que la sutura de la comunicación quistobiliar está destinada al fracaso la mayor parte de las veces, por ser un tejido involutivo y de muy pobre irrigación.

El comportamiento de una amplia comunicación depende de varios factores; primero, si existe una buena permeabilidad de la vía biliar principal; segundo, si la cavidad adventicial ha quedado bien evacuada de restos hidatídicos; tercero, de la mayor o menor rigidez de la adventicia; cuarto, del drenaje que tenga esa cavidad.

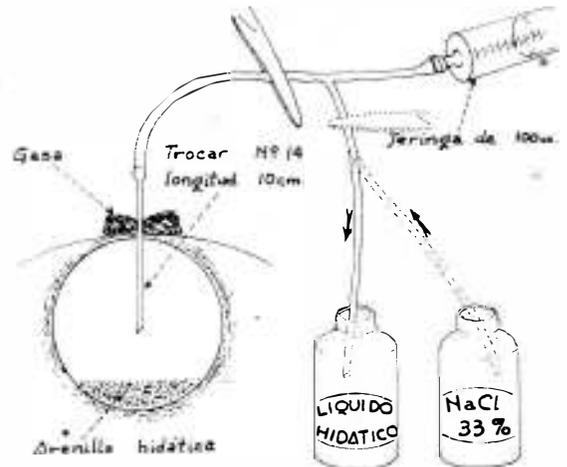


FIG. 5.—Representación de la técnica de punción, aspiración, inyección de cloruro de sodio hipertónico y evacuación de un quiste hidatídico. (Imitado de Larghero-Venturino y Broli).

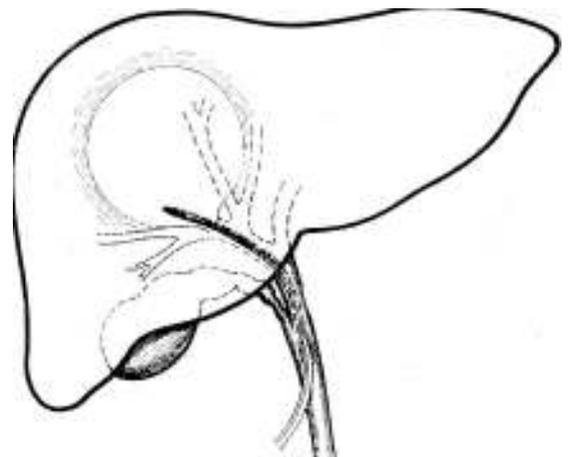


FIG. 6.—Cateterismo ascendente de la vía biliar con sonda Nelaton que permite lavarla y reconocer la comunicación quistobiliar.

QUISTOSTOMIA Y COLEDOCOSTOMIA TRANSCAVITARIA.



FIG. 7.—Drenaje transhepatoquístico del colédoco y quistostomía. (Técnica de Porras y Méndez).

Como lo dijimos antes, la comunicación quistobiliar puede funcionar en un doble sentido (fig. 2); en una primera instancia generando una bilirragia intraadventicial, más tarde puede drenar hacia el hepatocolédoco el contenido intracavitario.

Este juego de presiones a nivel de la comunicación quistobiliar y sus consecuencias dentro de la adventicia destaca la importancia del drenaje con tubo de dicha cavidad como elemento de seguridad.

Para el manejo de comunicaciones bilioquísticas amplias y rígidas, una solución muy ingeniosa es el drenaje transhepatoquístico-coleodociano de Porras y Méndez [(133) fig. 7]. Permite drenar la bilis directamente al exterior cuando existe hipertensión, hacer coleodocclisis y explorar la permeabilidad de la vía biliar principal por colangiografía. Este drenaje da tiempo a que el proceso involutivo de la cavidad adventicial se desarrolle.

2. Asociaciones lesionales.

En este punto tratamos las derivadas de la propia enfermedad hidatídica y las asociadas:

a) *Hidatidosis múltiples*, hecho frecuente que puede inducir a error, tratando un quiste que no es el evacuado en la vía biliar e ignorando otro, generalmente posterosuperior, que es el causante de la complicación. En nuestra estadística ocurrió tres veces; una de ellas falleció por diagnóstico tardío.

b) *Q.A.V.B. y apertura torácica o ruptura en peritoneo*, ambas situaciones son graves, necesitan un estudio aparte por su complejidad pero en la cual hay un proceso patológico central el quiste complicado de hígado y procesos torácicos o peritoneales, que tendrán en mayor o menor grado su propia autonomía. La terapéutica tendrá que resolver el factor original, el quiste, y luego las complicaciones según su jerarquía patológica evaluada en cada caso.

c) *Q.A.V.B. y litiasis biliar*. La conducta deriva de tratar al mismo tiempo las dos enfermedades.

3. Conducta con el tubo de quistostomía.

El correcto manejo del tubo es fundamental en la evolución de la cavidad residual y del enfermo. Usamos tubos gruesos y largos semiduros, preferimos los de latex y nos atenemos a las siguientes indicaciones. Extremo abierto en media caña, puesto en zona declive del quiste, exteriorizada por contraabertura por la zona parietal más vecina, evitando largos recorridos intraperitoneales. Cierre herético de la adventicia alrededor del tubo y fijado a la piel. Debe mantenerse en toda su longitud para poderlo conectar a un drenaje bajo agua o al vacío. Controles radiológicos por quistografía periódicos de posición del tubo, efectividad de su evacuación y existencia o no de colección intraquística y posible excocleación de adventicia.

No retiramos el tubo hasta no tener un dominio de la bilirragia o la supuración y reducción a pequeña cavidad residual de la adventicia.

4. Colorragias pos operatorias.

Generalmente las colorragias de las cavidades adventicias disminuyen al cabo de pocos días y no alteran el estado general. Ellas ceden al restablecerse la corriente biliar hacia el duodeno. Pero hay colorragias grandes y persistentes con importante repercusión general y decoloración de materias. Estas sí, requieren la intervención del cirujano. La causa principal de ella es la persistencia de una obstrucción de la vía biliar principal que no se desobstruye después del primer acto quirúrgico o se estableció en el posoperatorio por restos hidatídicos o fragmentos de adventicia.

La obstrucción coleodociana puede comprobarse a veces por quistografía.

La colorragia también puede ser grande cuando hay un canal biliar importante abierto y la adventicia es muy fibrosa o calcificada haciendo rígido el orificio.

Cuando la colorragia es con obstrucción biliar, la reintervención sobre el colédoco está indicada.

Repetidas veces ante la persistencia de colorragias sin decoloración de materias, hemos reintervenido abordando la adventicia encontrando fragmentos excocleados en la cavidad, en otros hemos provocado esa excocleación con maniobras suaves.

En una y otra situación han terminado en general la bilirragia.

No hemos recurrido personalmente al drenaje de la cavidad adventicial al yeyuno, es decir a la quistoyeyunostomía de los argelinos Pegullo y Pellicier, similar a la anastomosis en Y para los pseudoquistes de páncreas.

En las dos estadísticas que presentamos nunca se hizo esa intervención. Creemos que a ella no se debe recurrir en una primera instancia y tampoco le hemos encontrado indicación hasta ahora, en cavidades residuales. El tiempo dirá si esta operación tiene lugar en el arsenal terapéutico de la hidatidosis.

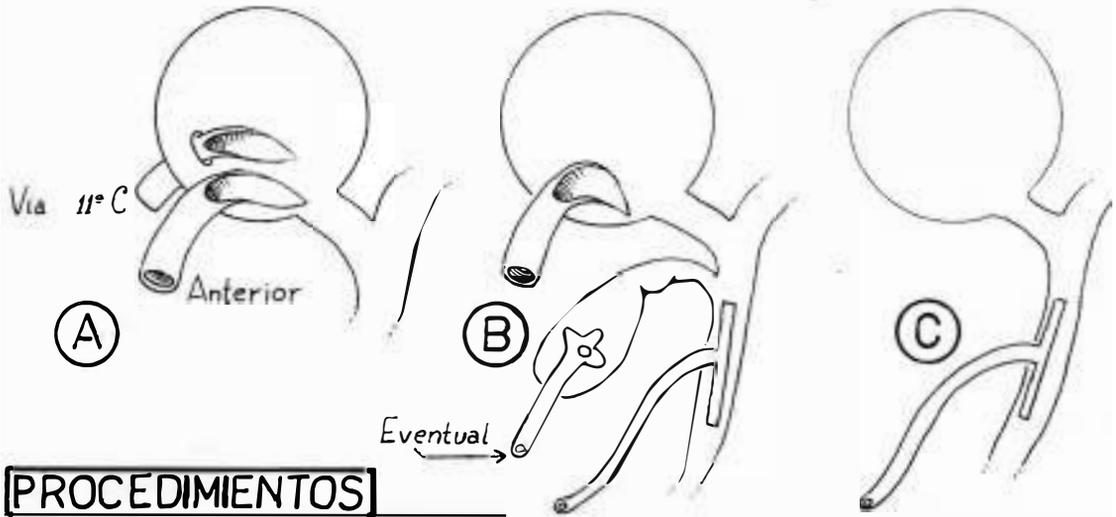


FIG. 8.—Esquema de los procedimientos quirúrgicos en los quistes evacuados en las vías biliares. A) Quistostomía por vía anterior o posterior. Intervención unipolar hepática. B) Quistostomía y drenaje del hepatocolédoco. Colectistomía eventual. Intervención bipolar o hepatobiliar. C) Coledocostomía como operación única. Intervención unipolar biliar.

CUADRO 1

Quistes hidatídicos de hígado abiertos (evacuados o fistulizados) en vías biliares (1)

75 casos

Lesiones fundamentales:			
Comunicación con canales intrahepáticos		74	
Comunicación con vesícula biliar		1	
Lesiones concomitantes:			
Hidatidosis múltiple		20	
Rotura en bronquios		3	
Rotura en peritoneo		3	
Tipos de operación			
Operación unipolar hepática:			
Quistostomía		36	
por vía anterior	29		
por vía posterior	7		
Quistostomía y colectomía derecha (2)		2	38 50,6 %
Operación bipolar o hepatobiliar:			
Quistostomía y coledocostomía		14	
Quistostomía y colecistostomía		12	
Quistostomía, Coledocostomía y colecistostomía		3	33 44 %
Quistostomía y colecistectomía		3	
Quistostomía, coledocostomía y colecistostomía		1	
Operación unipolar biliar:			
Coledocostomía		3	
Coledocostomía y colecistostomía		1	4 5,4 %
Operaciones diferidas:			
Curetaje secundario de adventicia		6	
Coledocostomía post quistostomía		4	
Fallecidos			
		4	

(1.) Estadística fundamentada en historias cuya evolución hemos en su mayoría seguido personalmente.
 (2.) Colectomías por neoplasma de colon derecho.

En suma: la evacuación y el drenaje del quiste hidatídico evacuado en las vías biliares sigue siendo como lo preconizó Finochietto en 1922 la operación fundamental.

PLAN B.—Evacuación y drenaje del quiste. Exploración y drenaje de la vía biliar. Intervención hepatobiliar o bipolar.

Es el tipo de intervención completa que trata los dos polos. Abordaje por incisión oblicua subcostal o transversa que puede prolongarse hacia atrás y movilizar el reborde costal.

Sobre el tratamiento del quiste ya lo precisamos anteriormente.

Conducta sobre la vía biliar principal.

Pueden darse dos situaciones. Quistes hidatídicos presuntamente comunicados o evacuados, con hepatocolédoco delgado. Si disponemos de colangiografía la hacemos por punción directa coledociana o vesicular. Si no se tiene

al alcance este medio de diagnóstico, adoptamos el siguiente criterio: si la vía biliar principal es delgada y de paredes flácidas, no la incidimos pues su cierre es difícil, riesgoso y puede dejar una estenosis secundaria de consecuencias graves. Un colédoco fino es índice que no hay obstrucción y nos guiamos por un principio general en la cirugía de la vía biliar principal; no actuar sobre un hepatocolédoco delgado.

Cuando la hidatidosis se ha evacuado en vías biliares, ella está dilatada, entonces sí se puede hacer coledocotomía, y exploración instrumental. Las pinzas curvas y las curetas romas de mango maleable, pueden extraer restos hidatídicos. Dilatar la ampolla de Vater con beniqué de diámetros crecientes. Lavado profuso con suero fisiológico, tibio, llevado con sonda Nelaton dirigido hacia arriba y abajo e inyectado a presión. Se trata así la coledocitis catarral o supurada. Atribuimos a este lavado coledocohepaticiano particular importancia.

CUADRO 2

Quistes hidatídicos de hígado abiertos (evacuados o fistulizados) en vías biliares (1)

46 casos

Lesiones fundamentales:			
Comunicación con canales intrahepáticos	46		
Lesiones concomitantes:			
Rotura en pleura y peritoneo	2		
Rotura en peritoneo	2		
Rotura en pleura y bronquios	1		
Rotura en bronquios	1		
Tipos de operación			
Operación unipolar hepática:			
Quistostomía	13		
Quistostomía y pleurotomía (2)	3		
Quistostomía y esplenectomía (3)	1	18	39,1 %
Quistectomía	1		
Operación hepatobiliar o bipolar:			
Quistostomía y coledocostomía	8		
Quistostomía y colecistostomía	7		
Quistostomía, coledocostomía y colecistectomía	5		
Quistostomía y colecistectomía	4	26	56,5 %
Quistostomía, coledocostomía y colecistostomía	1		
Quistostomía, quistectomía y colecistostomía	1		
Operación unipolar biliar:			
Colecistostomía (5)	2	2	4,3 %
Operaciones diferidas:			
Curetaje secundario de adventicia	4		
Fallecidos	0		0 %

(1) Tomada del Archivo de la Clínica Quirúrgica "1" Prof. W. Suiffet, Facultad de Medicina, entre los años 1963-1973.

(2) Por rotura en pleura.

(3) Hidatidosis esplénica concomitante.

(4) Hidatidosis de segmentos 2 y 3 de Couinau.

(5) Drenaje de dos supuraciones vesiculares en las cuales se encontraron elementos hidatídicos al estudio microscópico. No se reconoció la hidatidosis primitiva ni per ni post operatoria.

La comunicación quistobiliar se puede localizar explorando hacia arriba el hepático y sus ramas con exploraciones metálicas o sonda Nelaton e inyectando suero.

Se puede dejar drenaje con Kehr o un drenaje transquisticohepático de Porras y Méndez.

No hemos recurrido a la papilotomía ni a la coledocoduodenostomía. Creemos que estas intervenciones sólo pueden tener indicaciones en reintervenciones por odditis residuales y no en el proceso agudo, cuando se ignora el comportamiento del esfínter una vez suprimido el factor irritativo. Por lo tanto no creemos indicado hacer intervenciones agresivas profilácticas.

Conducta sobre la vía biliar accesoria.

—La vesícula biliar puede tener variable participación en el q.a.v.b. Hemos comprobado colecistitis por reflujo de contenido coledociano puriforme, alteraciones parietales importantes. En dos oportunidades de nuestra estadística se encontraron vesículas hidatídicas hijas dentro del colecisto, y una vez el quiste se había evacuado en la vesícula.

—La conducta puede variar de la colecistotomía a la colecistectomía y ello debe resolverse en cada situación.

—La colecistostomía provee un medio de drenaje indirecto de una vía biliar principal no abordable, permite el control de hipertensiones biliares y la exploración colangiográfica.

PLAN C.—Exploración y drenaje de la vía biliar principal. Intervención unipolar biliar.

La coledocostomía como operación única es casi siempre una intervención incompleta, pues no trata el quiste que es lo fundamental. Tiene sólo algunas indicaciones excepcionales. Cuando no se individualiza la equinococosis, hecho poco frecuente o no se puede abordarla por tener una localización posterior. En estos casos la mejor conducta es ubicar el quiste y en el mismo acto quirúrgico cambiar de posición al enfermo y drenarlo por vía posterior. Este segundo acto puede ser diferido, si el estado general no lo permite, para otra intervención, en un plazo muy breve, de días. Preferimos el abordaje posterior por la 11ª costilla.

A veces la coledocostomía es un segundo tiempo de un quiste que fue drenado y se hizo necesario reintervenir para desobstruir un colédoco que persiste obstruido o se obstruyó después de la quistostomía por restos parasitarios o adventiciales.

En nuestra estadística la coledocostomía como operación única pudo realizar la operación completa en 4 casos. Se trataba de hepatocolédocos muy dilatados, de un diámetro de 2 ½ a 3 ½ cms., que permitieron drenar el quiste a través de la comunicación quistobiliar.

SINTESIS ESTADISTICA

Total de casos de quistes hidatídicos abiertos (evacuados o fistulizados) en vías biliares:

Total de casos	121	
Operaciones unipolar hepática	56	45,4 %
Operaciones bipolares o hepatobiliares..	59	48,7 %
Operaciones unipolar biliar	6	4,9 %
Fallecidos	4	3,3 %

RESUMEN

Toda hidatidosis hepática está en relación con las vías biliares adquiriendo dos formas: a) la de comunicación o fisuración quistobiliar; y b) la de quiste abierto o evacuado o fistulizado en vías biliares.

Existen dos situaciones quirúrgicas según el grado de compromiso biliar.

A) En el quiste comunicado o fisurado, la evacuación del parásito y el drenaje de la cavidad es la intervención indicada.

B) En el quiste abierto o evacuado o fistulizado se pueden seguir tres planes quirúrgicos:

- a) La quistostomía, que es la operación fundamental.
- b) La quistostomía y el drenaje de las vías biliares: la intervención completa.
- c) La coledocostomía es casi siempre incompleta como conducta única, o es complementaria de una quistostomía preveia.

El autor documenta su experiencia con dos estadísticas que fundamentan este trabajo.

RÉSUMÉ

Toute hydatidose hépatique est en rapport avec les voies biliaires et se présente sous deux formes: a) l'hydatidose de communication ou de fissuration kystobiliaire; b) le kyste ouvert, évacué ou fistulisé dans les voies biliaires.

On distingue deux situations chirurgicales suivant l'importance de la complication biliaire.

A) Dans le cas de kyste communiqué ou fissuré, l'évacuation du parasite et le drainage de la cavité est l'intervention indiquée.

B) Dans le cas de kyste, ouvert, évacué ou fistulisé l'intervention se situe sur trois plans chirurgicaux:

- a) La kystostomie, qui est l'opération fondamentale.
- b) La kystostomie et le drainage des voies biliaires, ou intervention complète.
- c) La cholédocostomie est presque toujours incomplète en tant que consulte unique, ou bien elle est complémentaire d'une kystostomie préalable.

Comme fondement de ce travail, l'auteur documente son expérience par deux statistiques.

SUMMARY

All cases of hepatic hydatidosis are related to the biliary tract and appear in two forms: a) cystobiliary communication or fisurisation and b) open, evacuated or fistulized cyst of biliary tract.

Two surgical situations arise, according to the degree of biliary involvement:

A) In the case of communicated or fisurized cyst, it becomes necessary to evacuate the parasite and drain the cavity;

B) In open, evacuated or fistulized cysts, three surgical procedures are applicable:

- i) Cystostomy, which is the fundamental operation.
- ii) Cystostomy and drainage of biliary tract: this is the complete surgical procedure.
- iii) Choledochostomy. This procedure is generally incomplete as sole conduct, but it may also be complementary to prior cystostomy.

Experience is documented by the two statistics on which this paper is based.

BIBLIOGRAFIA (ver al final del relato).