

Quite hidático del hígado abierto en las vías biliares

(En discusión)

Dr. Prat. —

En lo que se refiere a la terapéutica de los quistes hidáticos abiertos en las vías biliares, mucha tinta se ha vertido en la discusión de este tema, sin llegar los cirujanos a ponerse de común acuerdo. Creemos sin embargo, que el problema terapéutico está ya perfectamente resuelto y agotado, con la experiencia amplia y completa que se tiene del tema en cuestión. A continuación nos permitiremos dar nuestra opinión personal sobre la terapéutica de los quistes hidáticos hepáticos rotos en vías biliares.

Dos escuelas terapéuticas se disputaban el método de elección en el tratamiento de los quistes hidáticos abiertos en vías biliares: a) la escuela francesa, que preconiza como acto quirúrgico capital y suficiente, el drenaje directo y primitivo del hepato - colédoco y b) la escuela argentino - uruguaya, que con la simple quistostomía o drenaje del quiste hidático, pretende curar radicalmente la lesión equinocócica y drenar perfectamente las vías biliares. A estas dos escuelas ha venido muy recientemente a sumarse una tercera, creada por Costantini de Argel (1934). Costantini después de haber criticado los tratamientos sistemáticos puesto que en 1928 había dicho: "Creemos que es un error proponer un medio único de intervención para todos los casos" y en 1934 agregaba: "Si los autores continúan oponiendo las dos escuelas a tendencias extremas, esto por rutina y para la mayor confusión del espíritu, que permitan agregar una tercera escuela quirúrgica que pide se sepa ser ecléctico y según la cual nos esforzaremos por plantear exactamente las indicaciones de la quistectomía o de la coledocotomía, dejándose conducir por las circunstancias clínicas. Esta tercer escuela, sería la escuela ecléctica o Escuela de Argelia".

La creación de estas escuelas quirúrgicas que los cirujanos pretendieron poner en pugna y como rivales, es lo que ha provocado discusiones escolásticas, discusiones en las que a veces se olvidó el imperativo categórico del principio absoluto de la indicación clínica u operatoria, para subordinar la terapéutica a un método sistemático y general de tratamiento.

En nuestra memoria de 1925, hablando de la terapéutica de los quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares, decíamos: "Somos partidarios del abordaje y drenaje directo y primitivo del quiste, sin dejar de reconocer que el drenaje inicial o complementario del hépato-coledoco, tiene también sus indicaciones" y agregábamos: "La cirugía es un arte que obedece a indicaciones y preceptos categóricos y precisos; aquel que sepa aplicar y ajustar las indicaciones a los casos clínicos, es el que tendrá mayores éxitos en la práctica, que es la finalidad que debe guiar a todos los cirujanos."

En esta fórmula está comprendido el criterio ecléctico de que nos hablaba Costantini y hoy día, nueve años después de aparecida nuestra monografía, no tendríamos inconveniente en mantener el mismo criterio terapéutico ecléctico, pero, en el que una experiencia mayor de nuestra parte, nos permitirán, gracias al perfeccionamiento de los métodos de examen radiológico, establecer con mayor precisión las indicaciones clínicas, que se traducirán en un perfeccionamiento evidente del tratamiento. Antes de entrar de lleno al tratamiento, permítasenos tratar una cuestión previa. ¿Cuál es el mejor drenaje de un quiste hepático infectado abierto en las vías biliares? O, en otros términos: un quiste hidático abierto en las vías biliares, ¿cómo cura mejor? ¿con la marsupialización o quistostomía directa o por medio del drenaje indirecto de la vía biliar principal?

Los cirujanos que tienen experiencia en la cirugía de la hidatidosis siempre tratan de realizar una quistostomía directa para vaciar y drenar ampliamente un quiste hidático del hígado, lo mismo que cuando quieren drenar un hepático o colédoco lo hacen directamente y no a través del cístico, o cuando se quiere drenar una colección renal se hace directamente el drenaje del saco de la pionefrosis y nunca por el drenaje indirecto a través del uréter. Es por esta razón que los cirujanos argentinos y uruguayos, que tienen experiencia grande en el quiste hidático, siempre que pueden, realizan la marsupialización directa en los quistes infectados y saben bien que estos quistes no se vacían y se drenan correctamente, si no se les practica marsupializaciones amplias y en el sitio de máximo declive. A pesar de todo esto, ellos saben bien que a menudo, estos quistes tardan mucho en curar y que suelen quedar fístulas residuales que requieren a veces varias operaciones iterativas antes de obtener su curación.

A veces suele ocurrir que en una formación quística del hígado, el cirujano no ha podido encontrar la vesícula germinativa que luego puede salir espontáneamente días más tarde: otras veces se ha evacuado a

conciencia un quiste multivesicular, que hemos creído vaciarlo completamente y sin embargo, en los días sucesivos, han salido una infinidad de vesículas de una cavidad quística que juzgábamos operatoriamente absolutamente limpia. Hay que confesar que la técnica de la aspiración implantada y generalizada por Firochietto, con el instrumental de su invención, ha mejorado y perfeccionado notablemente la práctica de evacuación de los quistes, sin embargo no podemos decir que estemos completamente a cubierto del olvido intra quístico de los elementos hidáticos. Todo esto nos explica por qué los cirujanos del Río de la Plata son entusiastas partidarios del drenaje directo de los quistes hidáticos supurados del hígado, que prefieran la quistostomía o marsupialización amplia, que les permite hacer un vaciado directo y por aspiración del quiste y que sólo en los contados casos en que esa cirugía directa es imposible, se resignan a realizar un drenaje indirecto, practicando una tunelización del quiste o drenándolo a través de la vía biliar principal en los enfermos de quistes abiertos en las vías biliares.

Si analizamos el problema más a fondo se explica que esto sea así, pues el cirujano que conoce bien la anatomía patológica del quiste multivesicular supurado y abierto en las vías biliares, sabe bien las enormes dificultades que se presentan para el regular drenaje del quiste y la triste experiencia de los fracasos, lo ha obligado a seleccionar y elegir siempre, el método mejor, el que da una fácil y rápida curación o sea el método de elección, la marsupialización amplia y directa. Mientras la quistostomía evacúa amplia, totalmente y de primera intención el quiste, el drenaje indirecto deja librada la evacuación a la evolución automática y espontánea de la hidatidosis, drenaje que dependerá fundamentalmente de las características anatómo - patológicas del mismo quiste y de la localización de su abertura en las vías biliares.

Por lo pronto, si se tratara de un quiste con mucho líquido y univesicular, el líquido purulento tendrá una marcada tendencia a eliminarse con cierta facilidad por la comunicación biliar, no así la membrana madre, que no podrá ser eliminada hasta que la descomposición orgánica, la reduzca a papilla o a pequeños fragmentos que le permitan pasar por la comunicación quisto - biliar, cosa que puede tardar meses o años en producirse. Si en cambio se trata de un quiste multivesicular como ocurre frecuentemente, sabemos bien que las vesículas hijas pueden perdurar mucho tiempo intactas, nadando en el líquido séptico y que no podrán ser eliminadas porque siendo más voluminosas que el diámetro de la comunicación biliar, no podrán pasar por ella y estarán conderadas a quedar prisioneras hasta que se rompan las vesículas y su disminución de volumen les permita pasar a las vías biliares. Sabe-

mos bien qué cantidad de meses o años, pueden persistir estas vesículas en el quiste primitivo y eso nos permitirá darnos una pobre idea de lo que podemos esperar del drenaje indirecto de un quiste por la vía biliar.

Tenemos que tener en cuenta todavía la importancia que tiene para el drenaje, la localización del quiste, explicándonos la fácil derivación del contenido de un quiste, cuando se encuentre en la parte alta del hígado y entonces la gravedad permitirá el fácil deslizamiento del contenido por su trayecto descendente, contrariamente a un quiste localizado bajo, en la parte inferior del hígado y cuyo contenido tiene que hacer para evacuarse, una marcha ascendente y contraria a la gravedad.

Pero, a todo esto, debemos darle una importancia principal a la forma y al volumen de la comunicación, al sitio preciso de su localización. El tipo de comunicación quisto - biliar cónica o en embudo es que la adventicia quística se continúa sin solución de continuidad con el canal biliar, es el que más favorece el drenaje, contrariamente a las fisuras o pequeñas aberturas que difícilmente dan paso a los elementos hidáticos. Si la abertura está situada en el punto de máximo declive del quiste, los elementos hidáticos presentarán una tendencia espontánea y continuada a drenarse por las vías biliares, estando regido este pasaje, por el mayor o menor volumen de las membranas y vesículas hidáticas. Pero, si la comunicación con el árbol biliar se ha establecido en la parte media o alta del quiste, el pasaje hacia los canales, sólo se hará del líquido y parcialmente y con muchas dificultades de las membranas y vesículas; este drenaje podrá ser más posible en ciertas posiciones del paciente, como ser en el decúbito dorsal, lateral, etc. Podremos imaginarnos todavía lo difícil que será que las vesículas llenas, puedan pasar por un orificio colocado en tan críticas y difíciles condiciones de drenaje. Hay más todavía, la presencia de membranas y vesículas en la canalización biliar provoca corrientemente la obstrucción parcial o total de la vía biliar principal por medio del tapón hidático, lo que origina la éstasis de todo el árbol biliar y en consecuencia, falta de drenaje, reflujo de bilis en el quiste, argio colitis e ictericia progresiva por retención. Si esta situación se prolongara cierto tiempo, a la acción patógena de la infección hepato - biliar, se agregará la falta de drenaje y de aprovechamiento de los fermentos de las glándulas digestivas, por parte del intestino y una desnutrición progresiva, llevará rápidamente hacia la caquexia al enfermo. Para terminar diremos que el drenaje indirecto de un quiste hidático del hígado hecho en las condiciones más propicias, se hará muy lentamente y en forma defectuosa y deficiente, pudiendo quedar en el quiste, elementos residuales que obliguen ulteriormente a una nueva intervención. Por los

comentarios que acabamos de hacer, de una evidente realidad, sin exagerar ni amplificar los hechos que estamos habituados a observar, ellos demuestran con evidencia meridiana, por qué los cirujanos del Río de la Plata prefieren unánimemente el drenaje primitivo y directo de los quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares.

Y sin embargo, es evidente también, que existen casos de estos quistes que han curado perfectamente gracias a su comunicación espontánea con las vías biliares (15 a 42 % según Dévé) y que existe igualmente un porcentaje grande de casos curados quirúrgicamente con el drenaje del hepato-colédoco. En ciencia a menudo ocurre así, los hechos más contradictorios se ponen frente a frente y es misión del clínico saber inclinarse del lado de la verdad, guiados por la luz de la experiencia y del contralor de los hechos; es por eso que los cirujanos argentinos y uruguayos no han tenido duda alguna en esta compleja cuestión terapéutica, en erigir como tratamiento general y de elección, la marsupialización amplia y primitiva del quiste o quistostomía, en los quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares. Finochietto (R.) en el 2.º Congreso Argentino de Medicina de 1922, fué el primero en preconizar sistemáticamente, la quistostomía como indicación esencial y suficiente en la terapéutica de estos quistes.

“Sin hacer paradoja, afirmaba Finochietto, podemos decir que la marsupialización y drenaje del quiste es, al mismo tiempo, la operación mínima y la operación máxima.” Debemos estarle gratos al profesor Finochietto (R.) al proporcionarnos esta fórmula terapéutica, que han aceptado y seguido casi todos los cirujanos rioplatenses.

Después de este preámbulo, podemos entrar de lleno al estudio del tratamiento de los quistes hidáticos abiertos en vías biliares, cosa que haremos en forma sirtética. Las eventualidades que se nos pueden presentar prácticamente, en la terapéutica de estos quistes, dependen de dos circunstancias fundamentales: 1º que se haya hecho el diagnóstico preciso de la lesión hidática y su complicación, y 2º que se haya podido localizar o no, el quiste hepático.

A fin de simplificar los hechos con el propósito de establecer indicaciones categóricas y conductas terapéuticas precisas, trataremos de agrupar en tres series distintas o grupos, los casos que nos puede depurar la casuística profesional y que dividiremos del modo siguiente:

1.er grupo. — Quistes hidáticos del hígado abiertos en vías biliares con diagnóstico establecido. — Se pueden presentar tres variedades:

a) El síndrome pseudo litiásico de obstrucción hidática biliar ha existido pero desapareció, presentándose el enfermo en condiciones normales y con su quiste localizado.

b) El síndrome de obstrucción hidática biliar está en plena actividad, bien agudo y el quiste localizado.

c) El diagnóstico de quiste hidático abierto en vías biliares, ha sido establecido, pero no se ha podido localizar el quiste.

2.o grupo. — Síndrome de ictericia por retención provocado por quiste hidático abierto en las vías biliares, cuyo diagnóstico no ha sido hecho. — Se pueden presentar cuatro variedades.

a) El cirujano recién hace el diagnóstico al efectuar la hepaticotomía o drenaje de la vía biliar principal.

b) Existe un quiste abierto en la vía biliar y accesible por la vía abdominal.

c) El quiste en comunicación con la vía biliar, está localizado en la parte postero superior del hígado.

d) No se encuentra el quiste abierto en la vía biliar.

3.er grupo. — Quiste hidático abierto en vías biliares localizado y accesible, pero además existe una evolución particular de la hidatidosis de las vías biliares que requiere un tratamiento especial. (Hidatidosis secundaria de las vías biliares o invasión hidática retrógrada de las vías biliares).

1.er grupo. — Quistes hidáticos hepáticos abiertos en las vías biliares, con diagnóstico establecido.

a) El síndromeseudolitiásico y de obstrucción hidática biliar ha existido pero desapareció, presentándose el enfermo en condiciones normales y con su quiste localizado.

En este caso el quiste hidático abierto en las vías biliares, por lo tanto infectado, se reduce al tratamiento de un simple y vulgar caso de quiste hidático supurado, que trataremos por la marsupialización amplia y el drenaje. Si el quiste es posterior o de la bóveda diafragmática, lo operaremos con anestesia local por vía transtóraco - diafragmática, en uno o dos tiempos según las particularidades y características del caso.

Si el quiste es anterior o inferior, la operación se realizará con anestesia local o general y también el acto operatorio consistirá en la marsupialización y drenaje del quiste como si se tratara de un quiste común. Cualquiera sea la localización del quiste, se tratará de realizar un vaciamiento lo más completo posible y por aspiración del quiste, a fin de aminorar las probabilidades de que las membranas o vesículas vuelvan a invadir y obstruir las vías biliares. En este tipo de hidatidosis abierta en las vías biliares, su terapéutica se confunde completamente fuera del drenaje, con la del quiste simple sin complicación.

De este grupo sólo hemos tenido dos casos. Uno de ellos operado,

curó la enferma, pero ha quedado con una fístula residual por calcificación del quiste; el otro es de curación reciente.

b) El síndrome de obstrucción hidático-biliar está en plena actividad, bien agudo, y el quiste localizado. En estas precisas circunstancias y por todas las razones expresadas en la parte de tratamiento general, somos partidarios entusiastas, de la marsupialización o quistostomía primitiva del quiste, de acuerdo con la práctica de la cirugía rioplatense. Haremos pues en este caso, la operación con **anestesia local**, el abordaje del quiste por la vía más directa, transtóraco-diafragmática o abdominal, según su localización y de acuerdo con la técnica especificada en el párrafo anterior. El vaciamiento del quiste se hará lo más completo y cuidadosamente posible y se establecerá un amplio drenaje. Este es el procedimiento clásico que realizan los cirujanos de las tierras hidáticas y que tienen gran experiencia de la equinocosis; es la técnica que he empleado hasta poco ha y que creo que hoy día debe complementarse con procedimientos más perfeccionados.

Cuando operamos los enfermos de este grupo, ellos se presentan con el síndrome de retención hidática completa, vale decir: ictericia, decoloración de materias fecales, coluria, fiebre, chuchos, etc. El drenaje del árbol biliar y del quiste, que se ha establecido a través de este último, basta generalmente para drenar rápidamente la bilis aglomerada y retenida en el aparato hepato-biliar y que al producir la congestión de sus canales, permite habitualmente que se desobstruya espontáneamente el hepato-colédoco, de su tapón hidático, restableciéndose entonces la libre circulación de la bilis al intestino.

Pero si bien es la regla que el simple drenaje del quiste baste para desobstruir a menor o mayor plazo la vía biliar principal del obstáculo hidático, como lo ha probado la experiencia, esta misma experiencia nos demuestra que existen casos bien comprobados de quistes marsupializados en que ha persistido durante mucho tiempo después de realizada esta operación, la obliteración hidática del hepato-colédoco, persistencia de lesión que ha llegado hasta ocasionar la muerte del paciente.

Finochietto afirmó en 1922 que no conocía ejemplo en que se haya tenido que reintervenir secundariamente sobre el colédoco después de la quistostomía, pero está el caso de Rausch en el que este cirujano reintervino tres semanas después de la marsupialización por una coelerragia total y encontró la vía biliar principal obstruída por membranas hidáticas. En nuestra memoria de 1925 reunimos 17 casos de quistes hidáticos abiertos en vías biliares, de ellos en 2 enfermos (casos Morquio y Ruvertoni - Piquerez), — 11.6 % — se pudo constatar en la autopsia una gran dilatación de la vía biliar principal y

su obliteración completa por las membranas hidáticas, no obstante la operación previa sobre el quiste.

En la clínica del Prof. Mérola según datos personales del Dr. Vigil Sónora, hubo un caso exactamente igual, operado con drenaje del quiste, muere al mes y medio con el hígato colédoco, lleno de membranas y obliterado. Carayannopoulos publica también un caso en el Lyon Quirúrgico de 1934, en que habiendo operado al enfermo de un quiste que marsupializó, tres meses después tuvo que hacerla una hepaticostomía.

Estos hechos autorizan y obligan al cirujano que opera un quiste



Fig. 1. Colangiografía con yodinol hecha por inyección en el quiste. Se ve la vía biliar principal inyectada, y obliterada. (Etchegorry y Vigil).

hidático abierto en vías biliares con síndrome de obstrucción coledociana a establecer lo más pronto posible el estado de permeabilidad de la vía biliar principal. Los progresos de la radiología nos permitirán obtener fácilmente este dato; para ello bastará que días después de la marsupialización del quiste, se haga una colangiografía con yodinol.

que inyectado a través del quiste, nos permitirá establecer si el h pato colédoco est  obliterado o permeable. Las hermosas colangiograf as quísticas que presentaron en esta Sociedad los doctores Etchegorry y Vigil Sónora, ponen bien en evidencia la comprobación de lo que afirmamos y su fácil realización.

Quiere decir pues, que en presencia de un síndrome de obliteración hidática del colédoco, el cirujano podrá saber en el momento que lo



Fig. 2. Otro quiste inyectado con yodiol una vez marsupializado. Se ve la vía biliar y la vesícula inyectadas y el coled co obliterado. (Etchegorry y Vigil).

desea, si este canal est  libre o si persiste obliterado después de la marsupialización del quiste.

Es claro que una vez marsupializado el quiste, no iremos de inmediato a drenar la vía biliar principal, puesto que la práctica corriente nos ha enseñado que la desobstrucción espontánea, se realiza habitualmente después del drenaje quístico, pero sabemos también, que la permeabilización completa del colédoco, tarda generalmente una serie de días, que otras veces se prolonga por uno o más meses y que también

puede no desobstruirse en un porcentaje muy limitado de casos. Los cirujanos partidarios del drenaje primitivo y sistemático del quiste, olvidan un poco estas posibles oscilaciones de la evolución de la obliteración hidática del colédoco en los quistes drenados y por eso establecen que ese drenaje es excelente y suficiente y se limitan a esperar indefinidamente que la bilirragia quística desinfecte y desobstruya definitivamente las vías biliares.

Entusiastas partidarios como somos de la marsupialización primitiva de los quistes infectados abiertos en vías biliares, creemos en cambio, que el cirujano que ha tratado por el drenaje uno de estos quistes, no puede ni debe despreocuparse de la rápida desobstrucción del hígato - colédoco, porque la persistencia de esa obliteración total de la vía biliar principal puede acarrear serios trastornos.

Por lo pronto, los enfermos atacados de la complicación de la hidatidosis que estamos considerando, son enfermos generalmente delicados y graves, ictericos febriles muy denutridos, con marcada tendencia a la insuficiencia hepática y a la hemorragia. Cuanto más tarde en hacerse el pasaje normal de la bilis al intestino, más se retardará el funcionamiento normal de este órgano tan importante para la absorción y nutrición, impidiendo la asimilación de las grasas, con la correspondiente falta de recuperación del estado general y de las fuerzas del paciente. Más todavía, la obliteración hidática del colédoco puede ser tan baja, que alcance la misma ampolla de Vater y entonces la digestión intestinal lamentará, no sólo la falta de la bilis sino también la del jugo pancreático, pudiéndose producir una rápida y progresiva caquexia. En estos casos, un oportuno cateterismo duodenal nos ilustrará de la presencia o ausencia del jugo pancreático y de la bilis en el duodeno, y es claro, que cuando se constate la ausencia del pasaje de estos dos importantes elementos de secreción, la espera no puede ser tan prolongada y fundamental como cuando sólo falta la bilis.

Es bien conocida la tendencia a la insuficiencia hepática y a la hemorragia de los ictericos, por el exceso de ácidos biliares en la sangre. de aquí el consejo clásico de Kehr de operar estos enfermos, antes de que la ictericia llegue a las seis semanas, plazo que Rovsing y Petréu reducen a 2 o 3 semanas. En el quiste hidático, fácilmente se espera uno, dos o tres meses después de la quistostomía, plazo exagerado, porque podemos encontrarnos ya con una insuficiencia hepática muy avanzada o irreductible, sobre todo si tenemos en cuenta lo que opina Seifert, quien sostiene que la diátesis hemorrágica en los ictericos, se debe a una reabsorción defectuosa de las grasas del intestino por ausencia de la bilis, de donde resulta la falta de vitaminas y trastornos

del metabolismo del calcio, que originarán la insuficiencia hepática y su consecuencia lógica, las hemorragias.

Todo esto nos revela la conveniencia de que en la terapéutica del quiste hidático abierto en las vías biliares, nos preocupemos de restablecer oportunamente el drenaje normal de la bilis en el intestino, cosa que el cirujano puede indicar y realizar a voluntad cuando lo juzgue oportuno, valiéndose de la colaboración preciosa de la colangiografía. Entretanto no se produce la desobstrucción biliar, se hará el tratamiento de la ausencia biliar, con el suministro de bilis de buey o los productos similares que nos proporciona la farmacopea universal.

En suma, los quistes hidáticos abiertos en vías biliares con ictericia por retención, consecutiva a la obliteración hidática de la vía biliar principal, después de la marsupialización primitiva y drenaje del quiste, deben ser cuidadosamente vigilados por el cirujano; si la desobstrucción biliar no se produce en un término prudencial de 8, 15 o 20 días, el cirujano teniendo fundamentalmente en cuenta, el estado general del enfermo que persiste estacionario o empeora, deberá investigar con una colangiografía, el estado de permeabilidad del hepato-colédoco, dato que complementado con la investigación de la presencia o ausencia de la bilis y jugo pancreático del duodeno, le permitirán establecer con toda seguridad y precisión, la persistencia o ausencia del tapón hidático en la vía principal y la necesidad urgente de ir a realizar la desobstrucción y drenaje del colédoco. En esta forma razonada y lógica, no dejaremos ya que transcurra el tiempo esperando que las vías biliares se desobstruyan espontáneamente, sino que el cirujano, si lo cree necesario y con pleno y exacto conocimiento de sus condiciones de permeabilidad, las desobstruirá y las drenará en el momento oportuno y cuando juzgue que una espera más prolongada pueda ser inconveniente o fatal para el paciente.

De este grupo hemos operado tres casos, todos enfermos graves, con ictericia por retención, fiebre y mal estado general. Los tres casos fueron operados con anestesia local, uno por vía abdominal anterior y los otros dos por vía transpleuro-diafragmática posterior, se les hizo vaciado del contenido quístico, marsupialización amplia y drenaje. Curaron todos.

c) El diagnóstico de quiste hidático abierto en vías biliares ha sido establecido, pero no se ha podido localizar el quiste.

La sospecha del diagnóstico verdadero en estos casos se evidencia generalmente por la comprobación de la hidatidentería o presencia de membranas hidáticas en las materias fecales. El cirujano ha tratado de localizar el quiste hepático, que ha provocado la obliteración hidática

coledociana, pero no lo ha logrado. La clínica ni la radiología no han conseguido establecer la localización del quiste y entonces al cirujano sólo le quedan dos últimos recursos para intentar la localización del quiste: la punción y la investigación radiológica con el thorotrast.

La punción exploradora abdominal, aún la del hígado a través de la pared, está universalmente contraindicada y condenada; en este caso particular, la podríamos realizar una vez hecha la celiotomía y previamente a la abertura de la vía biliar principal.

La exploración con thorotrast, últimamente ha sido criticada por varios experimentadores y en casos como el que está en discusión, enfermos graves, ictericos y con insuficiencia hepática, creemos que la visualización por el torio está fundamentalmente contraindicada.

La única solución que nos queda es ir directamente a la abertura del hepato-colédoco. Anestesia local o general, según las resistencias del enfermo; vía transrectal derecha o mediana, según las preferencias del cirujano. Antes de abrir el hepático, el cirujano explorará cuidadosamente las regiones accesibles del hígado, porque en caso de encontrar el quiste, tendría que resolver previamente si es más conveniente el abordaje primitivo del quiste o de la vía biliar principal, aún en el caso en que aquel hubiere que abordarlo por otra incisión. Consideramos tan superior la cura del drenaje primitivo del quiste que en presencia de tales circunstancias, vientre abierto por vía anterior, para drenar el hepático y localizado el quiste en la cara posterior del hígado, no titubearíamos en cerrar la brecha anterior para abordar directamente el quiste. No localizado el quiste en la exploración intraabdominal, se realizará la hepaticotomía y con un clamp o una pinza apropiada, se facilita la salida de las membranas y vesículas del hepato-colédoco. Estas maniobras se harán con una cuidadosa protección con compresas del abdomen, pues se trata de una maniobra sucia y séptica en que se corre el riesgo de infectar el peritoneo.

Se deja un grueso drenaje en el hepático; nosotros preferimos el tubo de Kehr, pues tiene la ventaja de que podremos dejarlo en actividad todo el tiempo que lo juzguemos necesario.

Unos días después de establecido el drenaje del hepático y de acuerdo con la evolución post operatoria del paciente, haremos una colangiografía por drenaje del hepático, visualización de las vías biliares que nos permitirán localizar el quiste causante de todos los trastornos. Según la localización del quiste, volumen, etc., se procederá o no, según las circunstancias, a su marsupialización y drenaje. Nosotros, hoy día, somos partidarios del drenaje secundario del quiste, porque nos dará una curación más segura y completa. Opinamos así porque hemos

tratado en el año 1927 un caso de quiste abierto en vías biliares en el cual, después de haber hecho el diagnóstico por la hidatidentería, no pudimos en forma alguna localizar el quiste. Como la radiografía puso en evidencia un hígado grande, principalmente en la parte pósterosuperior, le hicimos varias punciones negativas, por lo cual se practicó una celiotomía mediana con anestesia general al éter; después de una exploración negativa se le hizo una hepaticotomía que dió salida a gran cantidad de membranas y líquido purulento. Drenaje del hepático. Esta señora curó perfectamente, pero años más tarde ha vuelto a tener dolores pseudo litíasicos e ictericia, que seguramente fueron provocados por el mismo quiste tratado anteriormente y que no fué totalmente evacuado y curado. Investigué nuevamente e infructuosamente la localización del quiste sin poder establecerla, por eso no se operó la enferma, pues sus molestias eran tan marcadas que estaba completamente decidida a operarse. Luego mejoró y ha seguido bien hasta ahora, o sea un año y medio después de su segunda crisis.

Como se ve, este caso de quiste hidático abierto en vías biliares nos pone en evidencia dos cosas: 1.º) que el drenaje y evacuación del quiste a través de la vía biliar principal, no es tan completa y segura como la marsupialización primitiva del quiste; y 2.º) que los quistes drenados por el hepático pueden y suelen dar recidivas.

La conclusión terapéutica a deducir de estos hechos, es que cuando nos veamos obligados a llenar la indicación del drenaje primitivo del hepático, se debe practicar a breve plazo la colangiografía de las vías biliares para localizar el quiste y marsupializarlo en seguida, días más tarde o ulteriormente; creemos que sea ésta la conducta más lógica.

2.º grupo. — Síndrome de ictericia por retención provocado por quiste hidático abierto en las vías biliares, cuyo diagnóstico no ha sido hecho.

1.ª variedad: a) El cirujano recién hace el diagnóstico al efectuar la hepaticotomía o drenaje de la vía biliar principal. La operación se ha efectuado por posible litiasis biliar, se tiene la primera sorpresa al constatar que no existe litiasis vesicular y el diagnóstico verdadero se establece al practicar la hepaticotomía y comprobar la salida de membranas y vesículas hidáticas por el hepático.

Establecido el diagnóstico, este caso en lo que se refiere al tratamiento queda comprendido en la última variedad (c), del grupo anterior.

b) Existe un quiste abierto en la vía biliar y accesible por la vía abdominal. En este caso hemos operado sospechando una litiasis biliar que no existe, pero aún cuando existiera llama inmediatamente la aten-

ción a la exploración, una tumefacción quística, quiste que es el causante de la obliteración coledociana y que una vez realizado el diagnóstico y localizado el quiste, se transforma en un caso del grupo 1.ª variedad b). Corresponde marsupializar y drenar el quiste y continuar la observación del caso con la investigación biliar como lo hemos indicado ya.

c) El quiste en comunicación con la vía biliar, está localizado en la parte pósterosuperior del hígado. En esta variedad, casi siempre, el diagnóstico se ha establecido después de la abertura y drenaje de la vía biliar principal. La exploración consecutiva es la que nos ha permitido localizar el quiste en la región pósterosuperior del hígado y entonces la indicación queda establecida. Si no hubiésemos llegado a abrir el hepático y la simple exploración nos permitió el diagnóstico, iremos a la marsupialización primitiva, transtóraco diafragmática. En caso de haber realizado ya el drenaje de la vía biliar principal, podremos aprovechar la anestesia general para realizar el primer tiempo torácico de la operación o dejar para realizarla, en uno o dos tiempos, ulteriormente.

d) No se encuentra el quiste abierto en la vía biliar. Establecido el diagnóstico hidático con la hepaticotomía o colicistotomía, la exploración externa del hígado y las punciones han sido negativas, no pudiéndose establecer la localización del quiste abierto en las vías biliares. Por el drenaje del hepático se realizará en los días sucesivos a la operación la colangiografía, la que nos establecerá con seguridad el diagnóstico topográfico del quiste y el caso queda transformado en los quistes de la variedad e) del primer grupo, que trataremos de acuerdo con los preceptos técnicos ya indicados.

De esta variedad hemos tenido un caso, el que operamos en colaboración con el Dr. Roldán. Se operó por litiasis biliar; al proceder a la evacuación de la vesícula biliar encontramos en ella una vesícula hidática que nos permitió establecer el diagnóstico de quiste hidático de las vías biliares. Como la vesícula biliar no tenía comunicación alguna con un quiste, los elementos hidáticos tenían que venir a la vesícula por reflujo del cístico y la exploración no nos permitió establecer la localización del quiste hepático. Hicimos una colecistostomía que drenó vesículas y membranas, y el enfermo fué dado de alta curado.

Debemos declarar que este enfermo fué atendido por nosotros cuando aún no teníamos experiencia en la patología de los quistes hidáticos abiertos en vías biliares; eso explica que hayamos realizado la operación de la colicistostomía, operación poco práctica e ilógica, puesto que el drenaje de las vías biliares principales se iba a realizar

5 través del reducidísimo calibre del cístico. Si el drenaje del quiste hidático abierto en vías biliares a través del hepatocolédoco puede considerarse insuficiente o deficiente, mucho más deficiente será el drenaje de ese quiste por la colicistostomía, que realmente no nos permite explicarnos cómo ese drenaje puede producir la cura de un quiste abierto en las vías biliares. Nuestro caso se fué del hospital aparentemente curado, pero es lo más probable que el quiste le haya provocado nuevos accidentes, pero el paciente fué perdido de vista.

Esto quiere decir, que la conducta terapéutica debió haberse complementado con la hepatocolocotomía y por intermedio del drenaje de este canal practicar la colangiografía que habría localizado el quiste, y habríamos estado entonces en condiciones de tratar directamente el quiste por la marsupialización y el drenaje.

La colicistostomía primitiva como tratamiento de los quistes hidáticos abiertos en vías biliares, es sólo aceptable en los quistes abiertos directamente en la vesícula biliar, vía que puede ser causa de un drenaje incompleto o de complicaciones ulteriores, por eso quizás convenga más drenar el quiste directamente y la vesícula independientemente. El drenaje vesicular o colicistostomía complementaria sólo se explica y se justifica en los casos de la llamada colicistitis hidática de Viñas, cuando la vesícula esté muy aumentada de volumen e infectada. En general, el drenaje primitivo del quiste o del colédoco hace innecesario el drenaje vesicular, prácticamente muy inferior a los otros dos drenajes.

3er. grupo. — Quiste hidático abierto en las vías biliares localizado y accesible, pero además existe una evolución particular de la hidatidosis de las vías biliares que requiere un tratamiento especial. (Hidatidosis secundaria de las vías biliares o invasión hidática retrógrada de las vías biliares).

En estos casos el diagnóstico que se hace habitualmente, es el de quiste hidático supurado del hígado, que a veces, por la presencia del síndrome pseudo litiásico y la ictericia, nos harán sospechar la comunicación del quiste con la vía biliar y haremos el diagnóstico exacto. Hasta la fecha no hemos tenido ningún caso de hidatidosis secundaria de las vías biliares, pero hemos tenido, en cambio, dos casos de invasión hidática retrógrada de las vías biliares. En estos casos la superficie hepática, distante del quiste abierto en vías biliares, presentaba una región rugosa con dilataciones estásicas de los canales, que estaban rellenas de membranas y vesículas. En estos enfermos hemos tratado el quiste por el método clásico de la marsupialización y el drenaje, y la región hepática invadida, por la abertura de las dilataciones bi-

liares quísticas y resección parcial del parénquima hepático enfermo. Como se comprende, en estos casos la resección hepática está subordinada a la extensión y localización del proceso de la invasión hidática biliar, teniendo que ser siempre bastante restringida la acción quirúrgica sobre esta complicación hidatidósica, pues basta que ella se extienda un poco extensamente en el parénquima hepático para que esté fuera del alcance de la acción quirúrgica, por lo menos para ser extirpada y curada en una sola intervención. Esto quiere decir, que este tipo de la complicación de la hidatidosis, puede necesitar dos o más operaciones iterativas, sin que se tenga la seguridad de lograr la extirpación total de la lesión.

Hemos tenido ocasión de tratar dos casos de este tipo de hidatidosis; en ambos se realizó la marsupialización y drenaje de los quistes multivesiculares infectados y en comunicación con las vías biliares; además se hizo en los dos, la abertura y vaciamiento de varias dilataciones biliares quísticas y resección de un trozo de parénquima hepático. Ambos casos tuvieron una excelente evolución, aunque son recientemente operados (datan de 1 y 2 años). El que fué operado primero tuvo que ser reoperado por una hidatidosis secundaria de la cicatriz, algún tiempo después volvió a tener crisis hepáticas.

Estos dos casos serán motivo de una próxima comunicación especial a la Sociedad de Cirugía, razón por la cual no insistimos sobre esta rara complicación de la hidatidosis hepática.

Y con esto damos fin a nuestras consideraciones sobre el tratamiento actual de los quistes hidáticos abiertos en las vías biliares, basándose nuestra experiencia en 9 casos, que fueron operados y que curaron todos.

Como se ve, lo que rige su terapéutica no es una fórmula rígida y sistemática, sino la precisa indicación clínica, que en cada grupo y en cada tipo de hidatidosis se plantea de acuerdo con sus características clínicas y anatómo-patológicas. Nos parece ésta una orientación terapéutica más lógica y más perfeccionada, que permite actuar al cirujano con orientaciones quirúrgicas precisas, donde cada acto operatorio está justificado por una indicación plenamente establecida y precisada previamente. Como alguien ha dicho de nuestra ya citada monografía, que al lado de las ideas de Dévé, los autores publicaban observaciones propias y de otros cirujanos del Uruguay y se declaraban partidarios de las ideas de Finochietto, lo que en buen romance quiere decir que nuestro trabajo no tenía originalidad alguna; contra lo cual deseamos destacar que nuestra memoria era bien original, puesto que

hasta esa fecha no se había publicado en nuestro país, ni trabajo ni comunicación de importancia sobre el tema y que, por otra parte, nuestras ideas terapéuticas eran bien personales, y nos congratulamos ahora al poder confirmar plenamente nuestro criterio terapéutico del año 1925, y poder establecer, con rigurosa precisión clínica, junto al mayor éxito en los resultados, el perfeccionamiento técnico del tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos abiertos en las vías biliares.

OBSERVACIONES RESUMIDAS

Del primer grupo. (variedad a. Dos casos)

Observación 1.a — Señora de A., 56 años. hace años que sufre de trastornos hepáticos, con dolores y fiebre en crisis que han sido catalogados de cólicos hepáticos. Ha tenido trastornos intestinales con diarreas y eliminación de pellejos blancos sospechosos de membranas hidáticas. Crisis de subictericia. Radioscopia. Hígado grande, lóbulo derecho muy levantado, que proyecta el diafragma.

Operación. — Drs. Prat e Iraola. Anestesia local. Vía transtorácica diafragmática posterior. Resección de la 9.a costilla. Sección del diafragma. Punción y evacuación de un gran quiste supurado, multivesicular con gran bilirragia. Drenaje. Pared del quiste calcificada. Curación. La enferma tiene aún actualmente una pequeña fistuleta en la herida, debido a la calcificación del quiste.

Observación 2.a — F. L. de B., 74 años. Enferma que nos llega con un examen radiológico de neutro quiste del hígado y que establecemos el diagnóstico de pionemo quiste hidático supurado del hígado. Hace 10 años que no ha estado en campaña, antecedentes de dolores pseudo litíasicos, ictericia, fiebre y chuchos. Trastornos gastro intestinales muy marcados. Radiografía. Neumo quiste del hígado. Cassoni, positivo.

Operación. — Prat y Piquerez. Anestesia local. Vía de abordaje, transtorácico diafragmática anterior. Resección de la 10.a costilla. Sutura de la pleura y diafragma después de incididos. Salida de gases mal olientes al puncionar un quiste de la cara superior del hígado. Quiste hidático supurado, con gases y bilis. Quiste multivesicular, vaciado ya en gran parte. Drenaje y cierre de la brecha. Curación a los 2 meses.

Primer grupo (variedad b). —

Observación 3.a — F. M., de 25 años. Dolores fuertes de vientre, fiebre, ictericia intermitente y chuchos. Radioscopia. Hígado grande con levantamiento de la parte derecha del diafragma.

Operación. — Eter. Se opera por vía abdominal anterior y después de explorar el hígado y vías biliares, se cree en una cirrosis y se cierra la celiotomía.

Una hidatidenteria confirma el diagnóstico de quiste hidático abierto en vías biliares.

2.a Operación. — Prat. Anestesia local. Vía trans pleuro diafragmática. Resección 10.a costilla. Punción y evacuación de un gran quiste supurado de la cara superior del hígado, con contenido bilioso

Drenaje. Erisipela en el post operatorio. Pleuresía purulenta, por la cual requiera una pleurotomía con drenaje en sifón. Curación.

Observación 4.a — F. B., 21 años. Molestias abdominales, pesadez del estómago, picazón y chuchos. Ictericia y decoloración de materias fecales. Fiebre, decaimiento y mal estado general.