

Quiste hidatídico abierto en vía biliar

Tránsito por vía biliar no dilatada

Dres. Ciro Ferreira, Carmelo Alvarez,
Héctor Geninazzi, Carlos Bertolini, Alvaro Ruocco,
Alberto Carbó y Roberto Perdomo.

A propósito de una observación de Quiste Hidatídico abierto en Vía Biliar periférica se pretende destacar la importancia de reconocer la abertura y evacuación de pequeñas cantidades de material hidático en la vía biliar, sin que éstas se traduzcan en dilatación canalicular. Se enfatiza la importancia que debe tener este hecho en la conducta del cirujano para evitar complicaciones postoperatorias.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Echinococcosis, Hepatic.

SUMMARY: Hydatid cyst in communication with biliary tract. Evacuation by a non dilated biliary tract.

Referred to an observation of hydatid cyst in communication with the peripheric biliary tract, the importance of been aware of the same is pointed out and of the evacuation of hydatid material to the biliary tract without canalicular dilatation. Also the importance of this fact should have in operatory procedures trying to avoid postoperative complications is pointed out.

Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. Luis Praderi) y Clínica de Nutrición y Digestivo (Director Prof. Dr. Moisés Wasserstein). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

RÉSUMÉ: Kyste hidatique ouvert dans la voie biliaire. Transit par voie biliaire non dilatée.

A propos d'une observation de kyste hidatique ouvert dans la voie biliaire périphérique, on prétend souligner l'importance de reconnaître l'ouverture et l'évacuation de petites quantités de matériel hidatique dans la voie biliaire, sans que celles-ci se traduisent par une dilatation canaliculaire. On émet l'importance de ce fait sur la conduite du chirurgien pour éviter des complications postopératoires.

INTRODUCCION

El Q.H. abierto en vías biliares ha sido motivo de múltiples comunicaciones en nuestro medio; destacándose los aportes de Larghero y Col.⁽⁶⁾, Del Campo⁽¹⁾, Marella⁽³⁾, Piquinella⁽⁵⁾ y uno de nosotros⁽⁴⁾. En el plano internacional recordamos fundamentalmente los trabajos de Devé⁽²⁾.

Mediante los recursos que aporta la paraclínica moderna, en los últimos años se han puesto de relieve nuevos elementos que importan al mejor conocimiento diagnóstico y patogénico.

Es así que se destaca la posibilidad actual de reconocer la dilatación de la V.B. intra y extrahepática como dato de significación en el diagnóstico de apertura quística en ellas.

Sin embargo, en el caso que pasamos a relatar —donde se ponen en juego todos los recursos de la imagenología disponibles— se observa como la falta de tal dilatación no debe invalidar ese diagnóstico en nuestro medio.

Presentado como Tema Libre ante el 36º Congreso Uruguayo de Cirugía. Tacuarembó, Diciembre de 1985.

Asistente Interino, Postgrado y Prof. Adjunto de Semiología Quirúrgica. Asistentes de la Clínica de Nutrición y Digestivo, Asistente de Radiología, Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Dr. Enrique Pouey 2518 Ap. 004, Montevideo. (Dr. C. Alvarez)

CASUISTICA

67 años, sexo masculino, Montevideo.

M.I.: Dolor abdominal e ictericia.

EA: Tres días antes del ingreso dolor en H.D. e ictericia con orinas hipercoloreadas. No fiebre.

AP: Operado por neoplasma de colon derecho hace 2 años, efectuándose hemicolectomía derecha.

A.A: Vivió en zona rural hasta los 50 años, tomaba agua de pozo y daba achuras crudas a sus perros.

EXAMEN: icterico, apirético, buen estado de hidratación. Pulso regular de 80 pm. PA: 130/70.

ABDOMEN: Se moviliza con la respiración. Cicatriz transversal de H.D. continente. Duele espontáneamente el hipocondrio derecho. Se palpa hígado a 4 cm del reborde costal, borde ro-mo. Traube conservado.

OPERACION: Incisión transversa de H.D. Se aborda quiste de lóbulo derecho de hígado que emerge por cara superior a nivel de segmentos 7 y 8 adhiriendo laxamente al diafragma; atrás y abajo se ve y se palpa en segm. 7. Punción con trocar no extrae líquido.

Aspiración evacuación con trocar de Ochsner de contenido gelatinoso con múltiples vesículas hijas flácidas y redondas, *teñido en bilis*.

Adventicia correaosa en sector calcificada. Divertículo superior (segm. 8) ciego, comunicando con cavidad principal por zona orificial estrecha y cuyo contenido es similar al de la gran cavidad. Se interpreta como una Colección Hidática Secundaria Intraadventicial.

Luego de la evacuación se esteriliza la cavidad con H₂O₂.

Se busca cuidadosamente comunicación con vía biliar, no lográndose ponerla en evidencia.

Vía biliar fina. Se palpa cálculo vesicular. Colecistectomía. Al introducir explorador por vía transcística vienen trozos de material fácilmente disgregable, de consistencia blanda, con los caracteres de trozos de membrana hidática alterados que se recogen para estudio A.P. (el cual certifica el diagnóstico).

Coledocotomía extrayéndose abundantes restos de membrana hidática con caracteres similares.

Colocación de tubo de Kehr. Se realiza colangiografía peroperatoria con contraste y azul de metileno que muestra una vía biliar principal fina con buen pasaje a duodeno. No se rellena la cavidad hidática como tampoco se tiñe de azul.

COMENTARIOS

En este paciente se multiplicaron las dificultades para el diagnóstico de Q.H., en virtud del antecedente de operación por neoplasma de colon y la posibilidad que la tumefacción hepática no fuera más que una gran metástasis lobar.

Muestra la importancia de los elementos de la paraclínica moderna y su complementación a los efectos de orientar el diagnóstico, pese a que éste no se formuló con precisión en el preoperatorio.

a) *La Ecografía:* vista en detalle mostraba una imagen circunscripta a contenido inhomogéneo.

b) *La Centellografía:* agregaba además, aspecto doble de la imagen que hizo plantear falsamente un doble proceso. Se trataba en realidad de una imagen diverticular, de frecuente

comprobación en las Q.H. multivesiculares hepáticos.

c) *La T.A.C.:* destacaba también el carácter circunscripto y diverticular de la imagen. En su interior se reconocen formaciones redondeadas que sugieren el carácter vesiculoso de su contenido.

d) *La C.P.R.E.:* muestra su utilidad para topografiar la tumefacción y la delimita en segmento 7 con desplazamientos laterales al 6 y 8.

El desplazamiento excéntrico en estos casos sin invasión sugiere fuertemente el carácter expansivo y benigno del proceso.

No se pudo demostrar la comunicación quisto biliar que seguramente existía dado el hallazgo operatorio de contenido bilioso en la cavidad quística.

En las *Colangiografías Postoperatorias:* se observa también el fino calibre de la vía biliar.

Como *Corolario* de lo expuesto corresponde destacar:

a) Que frente al diagnóstico de un Q.H. de hígado acompañado de ictericia episódica debe mantenerse en pie la hipótesis de la migración biliar de los elementos hidáticos. En este sentido la clínica mantiene todo su valor.

b) Nuestra observación tiene como finalidad principal mostrar que ello es posible (cuando la apertura se hace en canales segmentarios periféricos de pequeño calibre) aún no existiendo dilatación de la vía biliar reconocible por la paraclínica más sofisticada. ni por la exploración operatoria.

c) El Cirujano estará obligado a partir de tal conocimiento a explorar cuidadosamente la vía biliar en búsqueda de pequeños elementos hidáticos que transitan por ella.

Estos elementos transitan hacia el duodeno, pero constituyen siempre riesgos de obstrucción en el post operatorio, de mantenerse la vía biliar no drenada en estas condiciones.

d) Esta observación destaca el aporte positivo al diagnóstico de Q.H. de hígado de los nuevos procedimientos imagenológicos: proceso expansivo, diverticular, a comportamiento de tipo benigno con los conductos que la rodean, y contenido multivesicular.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. DEL CAMPO J.C. — Relator comunicación de anastasia. H.C. Dos casos de quiste hidático abierto en vías biliares. Bol. Soc. Cir. Urug. 4: 185. 1933.

2. DEVÉ F.L. — L'ouverture des kystes hydatiques du foi dans les voies biliares. *J. Méd. Fr.*, 13: 343, 1924.
3. MARELLA M.S. — Diagnóstico y tratamiento de las complicaciones biliares de la hidatidosis. *Cir. Urug.*, 43: 498, 1973.
4. PERDOMO R., BALBOA O., MORELLI R., MELOGNO S. — Quiste hidático de hígado abierto en las vías biliares. Desconexión quisto biliar por coledocostomía transhepática quística. *Cir. Urug.* 46: 33, 1976.
5. PIQUINELA J.A. — Quiste hidático de hígado abierto en vías biliares. Colangiografía preoperatoria. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 26: 62, 1955.
6. LARGHERO P., VENTURINO W., BROLI G. — Equinococosis hidática del abdomen. Montevideo, Delta. 1962.