

Tratamiento de la hidatidosis hepática por cirugía radical

Nuestra experiencia

Dr. Bolívar Delgado

Resumen

Se presenta la experiencia de nuestros servicios en el tratamiento de la hidatidosis hepática mediante procedimientos radicales. En 39 pacientes se realizaron 42 de estos procedimientos con una mortalidad del 5,1% y un promedio de estadía hospitalaria posoperatoria de 13 días.

Se analiza esta conducta en comparación a series nacionales y extranjeras concluyendo que la cirugía radical es la de elección, exigiéndose para ello un terreno aceptable del paciente y sobre todo un entrenamiento del equipo quirúrgico en la cirugía hepática.

Palabras clave: Quiste hidático de hígado-mortalidad
Quiste hidático-terapia
Uruguay

Summary

The author presents his clinic's experience in the treatment of hepatic hydatidosis by radical procedures. 42 of these procedures were carried on in 39 patients with a mortality of 5,1% and an average post-operative hospitalization of 13 days. This treatment is analysed by comparing it to national and foreign series.

Introducción

Desde 1980 a la fecha han sido operados en nuestros servicios por los diferentes integrantes de los mismos

y siguiendo directivas comunes, 39 pacientes por hidatidosis hepática a los que se realizó un tratamiento radical de su afección. Durante ese mismo período raramente se utilizaron métodos conservadores (quistostomía).

El objeto de este trabajo es analizar algunos aspectos referentes a la conducta seguida y su fundamentación.

Dentro del grupo de operaciones radicales entendemos: 1) a la quistectomía abierta o cerrada. Aquellas operaciones en las que se deja un pequeño fragmento de adventicia profunda sin que quede cámara parasitaria⁽¹⁾ y por tanto sin significado patológico⁽²⁾; también fueron consideradas como radicales. Cuando en una segunda operación se realiza una adventicectomía secundaria⁽²⁾ de una adventicia que se había dejado en una primera operación conservadora (quistostomía) también la incluimos dentro de los procedimientos radicales.

2) A la resecciones hepáticas atípicas, es decir cuando se incluyen en la quistectomía pequeños fragmentos de parénquima laminado y atrofiado (Cendan)⁽²⁾ y a las resecciones típicas en las que el plano de resección sigue el plano cisural (Larghero)⁽³⁾. Cuando el quiste hidático (Q.H.) ha sustituido la totalidad o la casi totalidad de un lóbulo hepático, sobre todo el derecho, el plano medial de la quistectomía corresponde al plano cisural mayor. Si al terminar la quistectomía no queda nada del lóbulo se ha completado una hepatectomía derecha. Es aceptable denominar a esta situación como de quiste-hepatectomía.

Creemos que los términos de periquistectomía usado por Belli⁽⁴⁾ y de quistoperiquistectomía por Hidalgo⁽⁵⁾ como sinónimos de quistectomía son confusos y redundantes y no los usaremos.

Material y método

En el período 1980-1988 fueron operados de cirugía radical 39 pacientes efectuándoseles 42 de estos procedimientos (Tabla 1).

Clinica Quirúrgica «1» (Director Profesor Dr. Bolívar Delgado), Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina y Departamento de Cirugía del Círculo Católico (Jefe de Departamento Dr. Bolívar Delgado), Montevideo, Uruguay.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 9 de marzo de 1988

¹Profesor Director de Clínica Quirúrgica

Correspondencia: Dr. B. Delgado. Brito del Pino 1554. 11300 Montevideo, Uruguay.

Tabla 1. Hidatidosis hepática. Tratamiento radical 39 (42 op.)

Sexo M	18	F	21	Edad	46.9 años (14-79).
				10%	70 años o más
				27.7%	60 años o más

Tabla 2. Hidatidosis hepática. Topografía radical.

Topografía	Segmentos	
L.D.24 (61%)	I:2	V:7
L.I.11	II:8	VI:9
Ambos 4	III:10	VII 17
	IV:4	VIII 20 (47.6%)

Tabla 3. Tamaño de los quistes

Promedio	10.8 cm (4-20)
76%	8 cm o más.

Tabla 4. Estado del quiste

Todos multivesiculares	
Calcificados	15
Abiertos en vías biliares	6
Supurados	9
Tránsito HT (o pretránsito)	4
Budd-Chiari	

Tabla 5. Exámenes

Rx simple	4	RX + Eco + TAC	1
Ecografía	16 (41%)	Eco + TAC	6
TAC	2	Gamagr. + Eco	1
Gamagrama	3	Suprahepaticografía	1
CER			
Ecografía total: 24 (61,5%)			
TAC total: 8			

Tabla 6. Vías de abordaje

Oblicua de HD	9º ó 10º espacio: 69% (27/39)
Oblicua de HD	10%
Mediana	15%
Paramediana	5%

Predominó el sexo femenino 21/18. La edad promedio de los operados fue de 46.9 años (14-79); 10% de los pacientes tenían 70 años o más y 27.7% 60 o más (Tabla 1).

24 pacientes (61%) tenían Q.H. en el lóbulo derecho, 11 en el izquierdo y 4 en ambos lóbulos (1 cisural). (Tabla 2).

El segmento hepático afectado fue el VIII en 20 casos (47.6%) lo siguió en orden decreciente el VII con 17, el III con 10, el VI con 9, el II con 8, el V con 7, el IV con 4 y el menos afectado fue el I en 2 casos.

El Q.H. ocupó solo un segmento en 15 casos (VIII:6; III, IV y VII:2; I, V, VI:1 cada uno); en 17 casos sustituyó 2 segmentos (II-III:8; VII-VIII: 7; V-VI:2); 3 segmentos en 5 casos (V-VI-VII:2; VI-VII-VIII:2; IV-VII-VIII:1); un quiste cisural sustituyó 4 segmentos (I-III-IV-VIII) y 4 todo el lóbulo derecho. El tamaño promedio de los Q.H. resecados fue de 10.8 cm (4.20) el 76% tenía 8 cm o más (Tabla 3).

El 22% de los pacientes presentaba antecedentes de una operación anterior conservadora por hidatidosis hepática.

Todos los Q.H. tratados eran multivesiculares y 15 estaban calcificados; en 6 existía una apertura en la vía biliar; 4 estaban transitados al tórax ⁽⁴⁾ o en pretránsito ⁽²⁾; 1 presentó un síndrome de Budd-Chiari y 9 supuración (Tabla 4). Como procedimientos auxiliares de diagnóstico la Rx simple se usó en 4 casos; la ecografía sola en 16 (41%); la TAC en 2, el gamagrama en 3, la asociación de Rx, ecografía y TAC en 1; la ecografía y TAC en 6; el gamagrama y la ecografía en 1. A 1 paciente se le efectuó una colangiografía endoscópica terograda y a otro una suprahepaticografía (Tabla 5).

En total se estudiaron 8 pacientes con TAC y 24 (61.5%) con ecografía que es para nosotros el procedimiento de elección por su sensibilidad y costo efectividad siendo el único utilizado en los últimos 12 casos.

En 19 pacientes (48%) se realizaron operaciones asociadas: 1 resección de membrana hidática pulmonar, 13 colecistectomías: en 10 casos por litiasis vesicular asociada y en 3 por haber quedado la vesícula suelta luego de la quistectomía; en 4 un drenaje externo de la vía biliar principal: 2 coledocotomías, 1 hepaticotomía, y 1 drenaje transcístico.

La duración del acto operatorio fue estimada promedialmente en 2 horas y se requirió 1 1/2 l de sangre (estos datos no fueron registrados en todos los casos).

La incisión de elección fue una oblicua o transversa del hipocondrio derecho prolongada al tórax al 9º ó 10º espacio (27/39: 69%); esta misma incisión sin prolongación torácica en 4 casos (10%). En los Q.H. topografiados en el lóbulo izquierdo se prefirió incisiones verticales: mediana en 6 casos (15%) y paramediana derecha en 2 (5%) (Tabla 6).

En los 39 pacientes operados se efectuaron 42

Tabla 7. Procedimientos operatorios (42)

Quistectomías	24	57%
Hepatectomía izq. clásica (II-III)	8	19%
Quistohepatectomía derecha	7	16%
Segmentectomía IV	2	4.7%
Adventicectomía 2 ^o		2.3%

Tabla 8. Mortalidad

Total	2/39	5.1%
Vinculada a la técnica de la cirugía radical	1/39	2.5%

Tabla 9. Hospitalización posoperatoria

Promedio	13.3 días
(4 d. quistohepatectomía D.)	
(60 días tránsito hepato-T).	

Tabla 10. Mortalidad: estadística nacional

	n	Mortalidad
Cendán	67	4.47%
Porrás	19	0
Tortero	37	0
Autor	39	5.1%
Promedio	162	2.39%

procedimientos quirúrgicos radicales: quistectomías (casi todas abiertas) 24 (61,5%); quistohepatectomías derechas 7; hepatectomía izquierda clásica (segmentectomía II-III) 8, segmentectomías del IV en 2 y adventicectomía secundaria en 1 (Tabla 7).

Durante el acto operatorio el accidente más frecuente fue la herida de una vena suprahepática lo que obligó en 5 casos a sutura de la misma. En aquellos canales biliares gruesos, abiertos lateralmente en la adventicia, se procedió igualmente a su sutura aunque esto no pensamos que deba considerarse como accidente sino como un hecho que forma parte del procedimiento; lo mismo para la ligadura de los canales que terminan en la adventicia o la apertura de la pleura al prolongar la incisión al tórax.

Fallecieron en la serie 2 pacientes (5.1%): uno de ellos se trataba de una paciente añosa ya operada por hidatidosis hepática que presentaba una colangitis grave por un Q.H. supurado y abierto en las vías biliares. La biopsia hepática mostró múltiples abscesos co-

langíticos. La paciente falleció por una sepsis incontrolable a pesar de haberse realizado una quistectomía y un drenaje externo de la vía biliar principal. El otro fallecimiento estuvo vinculado directamente a la técnica operatoria y producido por una herida venosa en el intento de una segmentectomía II-III, hecho atribuible a la poca experiencia del cirujano actuante y entendible en un Servicio de formación docente. Por tanto la mortalidad directamente atribuible a la técnica quirúrgica radical es en nuestra serie del 2.5% (Tabla 8).

La complicación posoperatoria más frecuente fue la infección de la herida operatoria ((8/39:20.5%) hecho no sorprendente en el medio hospitalario donde existe un alto porcentaje de infecciones aun para la cirugía limpia. Ninguna de ellas fue grave pero fue un factor que incidió en la duración de la estadía hospitalaria posoperatoria. 3 pacientes desarrollaron un cuadro febril sin foco demostrado que cedió con tratamiento médico; 2 tuvieron un TEP controlado, 1 una insuficiencia respiratoria, 1 antritis erosiva, 2 ictericia y 1 una biliopitosis.

En total podríamos evaluar la morbilidad total en 46% (19/39). Ningún paciente debió ser reoperado en el posoperatorio por complicaciones. Y el promedio de internación fue de 13.3 días (Tabla 9).

Discusión

Si bien hay acuerdo general en que la quistectomía es la operación de elección en el tratamiento de la hidatidosis hepática⁽²⁻⁷⁾ durante mucho tiempo su indicación se limitó a los quistes emergentes de topografía periférica. Se insistía en el alto riesgo que significa la resección de la zona profunda de la adventicia con estrechas relaciones canalículo-vasculares⁽³⁾

Se sostenía incluso que era necesario para poder realizar este tipo de operaciones el disponer de estudios vasculares invasivos de hígado⁽⁸⁾.

En el momento actual muchos de estos hechos han cambiado. En primer lugar los cirujanos han logrado un mejor conocimiento de la anatomía quirúrgica del hígado, lo cual permite una más amplia maniobrabilidad operatoria. A ello se ha sumado los adelantos en anestesiología, reanimación hemodinámica, antibióticos y unidades de cuidado intensivo para el posoperatorio.

La ecografía y la TAC proveen actualmente excelentes imágenes para topografiar con precisión al Q.H. y sus relaciones vasculares.

Es por ello que la tendencia actual es erradicar al complejo patológico parasitario mediante quistectomía o resección hepática cuando el Q.H. ha sustituido un segmento o un lóbulo⁽⁴⁾.

Todo ello ha conducido a una drástica disminución de la mortalidad de la cirugía radical que en estadísticas extranjeras descendió desde un 12% para las

hepatectomías por Q.H. de Bourgeon⁽⁹⁾. EN 1960 hasta el momento actual con 4.1% para Belli⁽⁴⁾ y 2.26 para Hidalgo⁽⁵⁾ (1987). Señalemos a propósito de esta última estadística su valor, pues se trata de un estudio multicéntrico que corresponde a 2351 operaciones radicales.

En la casuística nacional debemos destacar en primer término a Cendán⁽²⁾ como un pionero de esta cirugía. Su experiencia de 67 quistectomías pasó de una mortalidad del 17% para el período 1938–1944 a 4.47% en 1973. Porras⁽⁸⁾, en 1973 publicó 17 casos sin mortalidad y lo mismo Torterolo⁽⁷⁾ en 1987 con 37 casos.

Si sumamos la experiencia nacional publicada hasta el momento tendríamos para 162 casos de cirugía radical una mortalidad promedio de 2.39% la cual, en nuestra opinión, es una expresión cierta, en nuestra opinión, del resultado de esta cirugía en manos entrenadas. Esta mortalidad —por otra parte— no es significativamente mayor que la que se logra con procedimientos conservadores^(2,5,7). (Tabla 10).

Así, Hidalgo⁽⁵⁾, sobre una serie extensa de 4483 casos de cirugía conservadora tuvo un 2.31% de mortalidad, es decir, superior que la de la cirugía radical (2.26%) en esa misma serie.

En la experiencia nacional la serie más extensa de cirugía conservadora corresponde a Cendán⁽²⁾ con 358 casos y 3% de mortalidad.

Pero en lo que existe una diferencia significativa en favor de la cirugía radical es en la morbilidad y estadía posoperatoria hospitalaria. Hidalgo⁽⁵⁾ señala en su extensa serie ya referida una estadía hospitalaria promedio de 18.7 días para la quistectomía, 24.7 para las hepatectomías y 31.5 para la cirugía conservadora.

En nuestro medio Cendán⁽²⁾ 36 días para la cirugía radical y 249 para la conservadora, Torterolo⁽⁷⁾ 13 días para las quistectomías y 32.5 para las quistostomías, cifra esta última, que llega a 480 días si se incluye una fístula biliar externa de 8 años de duración. Nosotros no realizamos un estudio comparativo por el pequeño número de casos de cirugía conservadora que tuvimos en el mismo período estudiado, logrando con el tratamiento radical un promedio de internación de 13.3 días, es decir igual a Torterolo⁽⁷⁾.

El tratamiento radical ha disminuido —según Belli⁽⁴⁾ e Hidalgo⁽⁵⁾— enormemente los cuidados posoperatorios inmediatos y los gastos totales de asistencia médica.

Es por todo esto que en nuestro Servicio consideramos al tratamiento radical como el de elección⁽¹⁰⁾. Destacamos que para realizarlo es necesario ante todo un diagnóstico completo y correcto de la hidatidosis hepática, especialmente en lo que se refiere a su topografía.

No pensamos que el hecho de estar complicado el Q.H. sea un argumento para desaconsejar el tratamiento radical, pero sí es un factor a considerar sobre todo en relación al terreno general del paciente.

Es fundamental para planear esta cirugía el tener entrenamiento en la cirugía hepática resectiva y disponer además de una infraestructura hospitalaria suficiente, hecho este último en el cual no es imprescindible ser extremadamente exigente. Nuestros enfermos no son tratados habitualmente en el posoperatorio en unidades de cuidado intensivo sino en salas comunes de un Hospital que como el Pasteur carece seguramente de muchos recursos de los que disponen los Hospitales del Interior de nuestro país.

Diríamos que considerando todos los elementos señalados hemos progresivamente ampliado las indicaciones del tratamiento radical, utilizando los procedimientos conservadores en casos excepcionales y fundamentalmente vinculados al estado del Q.H. a un terreno desfavorable del paciente y sobre todo si el equipo no estaba entrenado en esta cirugía.

Bibliografía

1. **Chifflet A.** Equinococosis hidática del hígado. Patología. En: Muñoz Monteavaro C Hepatología. Montevideo Oficina del Libro AEM: 1967.
2. **Cendán Alfonso JE.** Estado actual de la cirugía de la hidatidosis hepática. Arch Int Hidat 1973; 25: 97.
3. **Larghero P, Venturino W, Broli G.** Equinococosis hidática del abdomen. Montevideo: Delta 1962.
4. **Belli L, Aseni P, Rondinara GF, Bertini M.** Improved results with pericystectomy in normothermic ischemia for hepatic hydatidosis. Surg Gynecol Obstet 1986; 163: 127.
5. **Hidalgo PM, Bouquet EN.** Hidatidosis hepática. Estudio de una serie de 7435 casos. Rev Esp Enf Ap. Digest 1987; 71 103.
6. **Porras Y.** Complicaciones hepatobiliares de la hidatidosis. Cir Uruguay 1973; 43 441.
7. **Torterolo E, Perrier JP, Aizen B, Piacenza G, Catiiglioni JC, Piñeyro A, Peyroulou A, Mira C, Vergara M.** Estudio comparativo del tratamiento de la hidatidosis hepática por quistectomía y procedimientos conservadores. Cir Uruguay 1990; 60(1–3): 51–6.
8. **Davidenko N, Tiscornia E, Silva García E, Davidenko A.** La cavo-suprahepatografía en el quiste hidático de los segmentos superiores del hígado. Cir Uruguay 1980; 50: 219.
9. **Bourgeon R, Guntz M.** La place de la hepatectomie dans le traitement du kyste hydatidique du foie. rev Int Hepatologie 1960; 10 1021.
10. **Delgado B.** Tratamiento radical de la hidatidosis hepática. Jornadas de Atualização em Cirurgia Do Aparelho digestivo, 5ª e Forum de Debates em Cirurgia Geral, 4ª. Porto Alegre 1987 (inédito)