

Exploración endoscópica de la cavidad hidática hepática. Comunicación preliminar

Dres. Alberto Beguiristain¹, Alberto Estefan²

Resumen

La exploración endoscópica con coledoscopio rígido de las cavidades hidáticas hepáticas es un procedimiento adicional en la elección del tratamiento de la equinocosis hepática; es sencillo, rápido y lo puede efectuar el propio cirujano actuante. Se puede efectuar en la operación por vía quística o coledociana a través de la fístula bilio-quística y en el posoperatorio a través de los túneles de quistostomía.

Palabras clave: Equinocosis hepática. Endoscopia.

Summary

Endoscopic exploring of hepatic hydatid cavity with rigid choledoscopiography is an additional procedure when choosing treatment for hepatic echinococcosis; it is simple, quick, and can be carried out by the surgeon in charge. It can be done intra-operatively by way of the hydatid cyst or by way of the choledochus through the bilio-cystic fistula and post-operatively through cystostomy tunnels.

Introducción

Le corresponde a J. Arce en 1928⁽¹⁾ la originalidad de efectuar la exploración visual directa de la cavidad hidática hepática en el peroperatorio. El procedimiento consiste en la introducción de un espéculo vaginal en la o las cavidades hidáticas y la exploración visual correspondiente, es la maniobra de Arce⁽²⁻⁴⁾.

Fue Prat que agregó a la maniobra de Arce el uso de valvas especiales provistas de luz⁽⁵⁻⁹⁾.

Con la misma finalidad nosotros hemos utilizado

el coledoscopio rígido en el intraoperatorio y en el posoperatorio mediato y alejado. En la revisión bibliográfica efectuada no hemos encontrado referencias sobre la aplicación del coledoscopio rígido para la exploración endoscópica de las cavidades hepáticas^(3,10-19).

El propósito de esta comunicación es: 1) describir la técnica; 2) reportar los resultados alcanzados; 3) discutir la utilidad y sus indicaciones.

Técnica

Utilizamos un coledoscopio rígido Storz angulado de 6 cm de brazo con sistema óptico Hopking y fuente de luz fría por fibra de vidrio. Observamos la cavidad evacuada o en medio líquido transparente.

Con delicados movimientos de vaivén y rotatorios se enfocan las superficies parietales de la cavidad y el contenido remanente de la misma. El mayor inconveniente es el largo del brazo explorador que nos limita técnicamente.

Hemos dividido la exploración endoscópica de las cavidades hidáticas hepáticas (quistoscopia) en dos tipos:

1) Intraoperatoria. Luego de esterilizado, evacuado y abierto el quiste, exploramos la cavidad, sus paredes, anfractuosidades, y si hay comunicaciones con otros quistes, su topografía y relaciones. Esto es la quistoscopia intraoperatoria por vía quística (figura 1).

Cuando hay comunicación quisto-biliar o fístula bilio-quística podemos evaluar, bajo visión directa, su tamaño, tipo, topografía y gasto de la misma.

Al tratar en forma bipolar los quistes hidáticos hepáticos abiertos en vías biliares, podemos explorar la misma (coledoscopia) y fácilmente la fístula bilio-quística y a su través la cavidad hidática. Así realizamos la quistoscopia intraoperatoria a través de la fístula bilio-quística (figura 2).

2) Posoperatorio. Cuando el tratamiento del quiste

1. Profesor Adjunto Clínica Quirúrgica «3»

2. Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica «3»

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «3» Prof. Raúl C. Praderi Facultad de Medicina - Hospital Maciel

Montevideo - Uruguay

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de noviembre de 1986.

Correspondencia: Dr. A. Beguiristain, Covinuvi Vlv. 29 CP 97000. Durazno, Uruguay

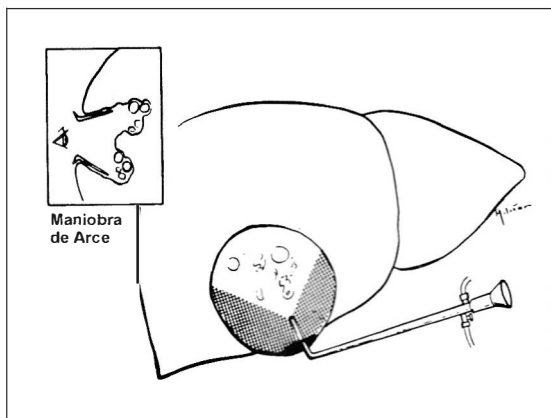


Figura 1 Quistoscopía intraoperatoria por vía quística. Arriba en recuadro, el procedimiento precursor: maniobra de Arce

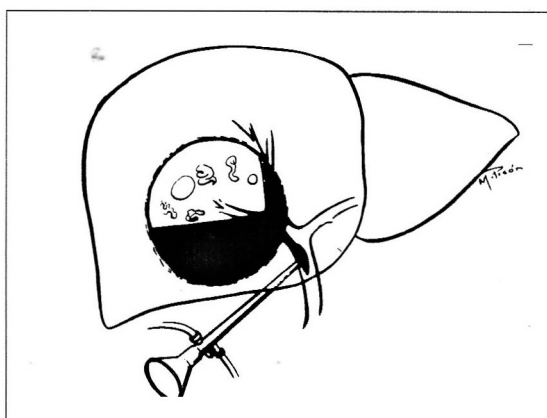


Figura 2 Quistoscopía intraoperatoria a través de la fístula bilio-quística

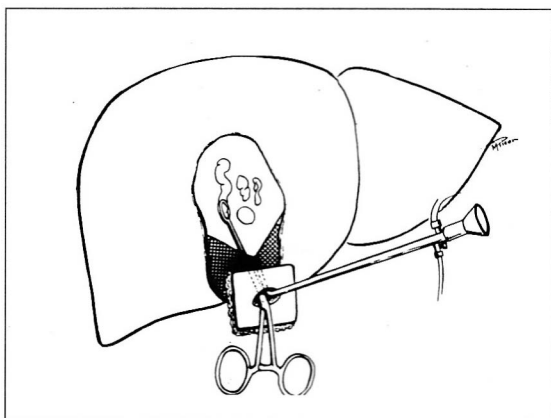


Figura 3 Quistoscopía posoperatoria a través del túnel de la quistostomía

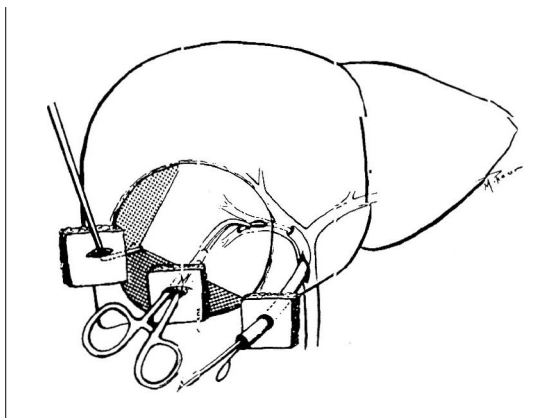


Figura 4 Desconexión bilio-quística incruenta combinando al método de Mazzariello y la quistoscopía posoperatoria.

hidático hepático ha sido por quistostomía, podemos explorar la cavidad residual a través del traecto del tubo de drenaje (figura 3).

La quistoscopía posoperatoria a través del túnel de la quistostomía permite realizar maniobras intracavitarias incruentas y bajo visión directa cuando hay un segundo túnel (quistostomía con doble tubo) usamos ambos, mientras hemos extraído restos hidáticos por uno, guiados bajo visión directa por el otro.

Planteamos una segunda posibilidad en los quistes hidáticos hepáticos abiertos y evacuados en vía biliar y tratados con drenaje bipolar en los cuales persiste o aparece una bilirragia importante en el curso del posoperatorio, sin tendencia a disminuir. Es la combinación del método de Mazzariello ⁽²⁰⁾, quien usa sondas y tubos por el túnel del drenaje y la luz de la vía biliar bajo pantalla de televisión, y la quistoscopía posoperatoria (figura 4).

Si siguiendo, Mazzariello, en forma incruenta, se

puede introducir un drenaje por vía biliar y a través de la fístula bilio-quística llegar a la cavidad residual, luego extraerlo en sedal ⁽²¹⁾ por el túnel de quistostomía, bajo visión directa (por quistoscopía simultánea) y producir la desconexión bilio-quística ^(17, 22).

Y, por último, por qué no pensar en la posibilidad de efectuar el procedimiento por vía percutánea transhepática en un futuro no muy lejano.

Casuística

Solo mostraremos las dos primeras observaciones en cada uno de los tipos de quistoscopía:

Caso n° 1. D.V. hombre de 86 años. Ingresó por descompensación de su EPOC, con dolor abdominal y tumoración en hipocondrio derecho. Luego de prolongado tratamiento médico se logra compensar, mientras se estudió con centellografía hepática y pool sanguíneo e inmunologicamente, arribándose al diagnóstico de quiste hidático hepático de lóbulo derecho (borde inferior) y renal. Dadas las precarias

condiciones del paciente y la superficialidad del quiste hidático hepático en sufrimiento se operó el 14 de enero de 1982 con anestesia local. Abordaje del quiste hidático, esterilización, evacuación, dejando dos tubos de drenaje de quistostomía. En ese momento se hizo la Maniobra de Arce constatando enorme cavidad antero-posterior ascendente de 15 cm aproximadamente. El posoperatorio es tórpido, persistiendo varios días un corrimiento hemato-biliario y restos hidáticos llegando a obstruir uno de los tubos de drenaje. La exploración radiológica mostró amplia comunicación con la vía biliar intrahepática y algunos restos hidáticos en la cavidad. Luego se procedió a retirar uno de los tubos, y por el trayecto del mismo se extrajo, a ciegas, pequeñas concreciones y restos hidáticos. Fue seguida de una profusa hemorragia que cesó espontáneamente. El 21 de enero de 1982 se exploró endoscópicamente la cavidad hidática residual y se pudo limpiar la cavidad bajo visión endoscópica. Seguido en policlínica por dos años la evolución fue muy buena.

Caso N° 2. O.E.M. mujer de 52 años. Paciente operada en varias oportunidades por quistes hidáticos hepáticos. Luego de un estudio radiológico de rutina que mostró el hemidiafragma derecho elevado, se confirmó ecográficamente la presencia de un quiste hidático en el segmento VIII. Constatamos en la operación dicho quiste, luego del tratamiento del parásito, efectuamos la exploración endoscópica que mostró: paredes anfractuadas, calcificaciones y una comunicación redondeada con otro quiste superior (o una lobulación del mismo) que permitió el tratamiento adicional. No se observó comunicación bilio-quística.

Discusión

La exploración endoscópica empleando el coledoscopio rígido de la o las cavidades hidáticas hepáticas es un recurso adicional para la elección del tratamiento quirúrgico de la equinococosis hepática.

Se trata de un procedimiento técnicamente sencillo, que insume poco tiempo en el intraoperatorio y que en el posoperatorio puede realizarse junto a la cama del enfermo. Además por ser un procedimiento de visión directa y no requerir entrenamiento previo puede ser usado por el propio cirujano actuante.

Los mayores inconvenientes que hemos detectado dependen exclusivamente de las limitaciones propias del coledoscopio rígido. Seguramente éstos son fácilmente superables con el empleo del fibrocoledoscopio (que nosotros lamentablemente no disponemos).

A pesar de nuestra poca experiencia no registramos morbimortalidad vinculada al procedimiento.

Pensamos, primariamente, que sus utilidades son:

1) en la «limpieza» de la cavidad hidática hepática residual bajo visión endoscópica, sobre todo en el posoperatorio inmediato, alejado o ambos; 2) estudio de

las eventuales comunicaciones bilio-quísticas⁽²³⁾; 3) evaluación de la fístula bilio-quística⁽²⁴⁾; 4) la posibilidad de completar el tratamiento en el posoperatorio de los quistes hidáticos abiertos y evacuados en vías biliares tratadas por drenaje bipolar (quistostomía más coledocostomía)^(18,19,22,25-27).

Bibliografía

1. Arce J. Obras completas de A. Posadas. Buenos Aires. Imp. de la Universidad, 1928.
2. Arce J. Quistes calcificados del hígado. Tratamiento. Bol Soc Cir Bs As 1937; 21:255.
3. Pérez Fontana V. Técnica quirúrgica general en el tratamiento del quiste hidático. Arch Intern Hidatid 1953;189:206.
4. Burgeon R, Guntz M. Traitement chirurgical du kyste hydatique du foie. Encycl Med-Chir. Techniques chirurgicales. Appareil Digestif. París. 3.14.02, 40775 (1-10). 1974.
5. Prat D. Vías de abordajes para el tratamiento del quiste hidático de la cara superior del hígado. Arch Intern Hidatid 1953;13:206.
6. Cendan Alfonso J, Latourrette F. Complicaciones y secuelas del tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos del hígado. Congreso Uruguayo de Cirugía, 4º Montevideo, 1953;v.1:280.
7. Cereseto P. Quistes hidáticos del hígado abiertos en vías biliares. Buenos Aires: López, 1958.
8. Chifflet A. La hidatidosis hepática es una afección hepatobiliar. Bol Soc Cir Urug 1948;19:23.
9. Chifflet A. Equinococosis hidática del hígado. Patología. In: Muñoz Monteavaro C. Hepatología. Montevideo: Oficina del Libro AEM, 1967.
10. Burgeon R. Comunicación personal. 1985.
11. Casiraghi JC. El tratamiento del quiste hidático del hígado y sus complicaciones. Congreso Argentino de Cirugía. 1956;30:517-726.
12. Cendan Alfonso J. Estado actual de la cirugía en la hidatidosis hepática. Arch Intern Hidatid 1973;25:97-103.
13. Deve F. L'áchinococose primitive. Paris: Masson, 1949.
14. Ivánisovich O, Rivas CI. Equinococosis hidática. Buenos Aires: Ministerio de Educación y Justicia, 1961.
15. Larghero P, Venturino W, Broli G. Equinococosis hidatídica del abdomen. Montevideo: Delta. 1962.
16. Pérez Fontana V. Bibliografía uruguaya de la hidatidosis (1937-1956) Arch Intern Hidatid 1956;15:459.
17. Praderi R. Hidatidosis. Tratamiento quirúrgico. In: Findor J. y col. Enfermedades del hígado y las vías biliares. Buenos Aires: Akadia. 1985. Cap 44.
18. Saidi F. Surgery of hydatid disease. London: Saunders, 1976.
19. Yap P, Atacador M, Yap A, Yap R. Cholelithotomy as a complementary procedure to operative cholangiography in biliary syrgery. Am J Surg 1980;140:648.
20. Mazzariello R. Actualización y progresos en la extracción instrumental de cálculos biliares residuales. Bol Acad Argent Cir 1974;58:370.
21. Praderi R. Aplicaciones de los drenajes transhepáticos. Cir Uruguay 1965; 35:21.
22. Perdomo R, Balboa O, Morelli R, Mellgno S. Quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares. Desconexión quisto-biliar por coledocostomía transhepático quística. Cir Uruguay 1976;46:33.
23. Porras Y, Menéndez H. Equinococosis hepática. Análisis de 92 casos. Cir Uruguay 1973;43:255.
24. Perdomo R, Morelli R, Cariquiry L, Chifflet J, Bergalli L. Cholelithotomy transhepaticokystique e n cas de kyste hydatique ouvert dans les voies biliaires. Nouv Presse Med 1977;6:747.
25. Perdomo R, Geninazzi H, Santana C, López J, Castro D, Morelli R, Bertolini C, Ruocco A, Carbo A. Abertura lateral de conductos biliares principales en la adventicia hidática. Su tratamiento por desconexión quisto-biliar. Cir Uruguay 1984;54:84.
26. Porras Y. Complicaciones hepatobiliares de la hidatidosis. Cir Uruguay 1973;43:441.
27. Praderi R, Gómez Fossatti C, Praderi L. Ictericia por compresión hidática de las vías biliares. Cir Uruguay 1973;43:506.