

# Tratamiento del quiste hidático hepático.

## Estado actual

Dr. Marcos Torres Amorín\*

### Resumen

Se analiza el estado actual del tratamiento del Q.H.hepático. Se expone el tratamiento quirúrgico más aceptado en las diferentes formas evolutivas de la hidatidosis hepática y sus complicaciones con la vía biliar principal.

Se resumen los estudios serológicos e imagenológicos y el tratamiento médico.

Con respecto a los procedimientos quirúrgicos, se siguen los criterios de Larghero quien los dirige al tratamiento del parásito, de la adventicia y las lesiones de los tejidos donde asienta.

Se mencionan técnicas clásicas conservadoras pero vigentes, técnicas microinvasivas y tratamientos resecionistas radicales.

Se confrontan las posiciones entre partidarios de la hidátido – adventicectomía total y quienes defienden procedimientos conservadores totales o parciales con respecto a la adventicia.

Se hace una somera descripción de la cirugía máxima resecionista en el Q.H. hepático, y se hace hincapié en que debe ser encarada por un equipo multidisciplinario, entrenado y con estricta protocolización.

Con respecto a los procedimientos sobre las vías biliares en caso de apertura del Q.H. en éstas, se mencionan las técnicas de desconexión quisto – biliar y

por el contrario, la comunicación de la cavidad paracitaria con el tubo digestivo, dejando expedita la vía biliar principal.

Se recurre a tres casos clínicos como exponentes de distintas situaciones patológicas.

**Palabra clave:** Equinococosis hepática

### Abstract

In this paper we have included an updated analysis of treatment for patients suffering from hydatid cyst of liver and preferred surgical treatment with reference to the various evolutive forms of liver hydatidosis and its complications affecting the main biliary tract. It also contains a summary of serologic studies and scanning procedures, as well as description of medical treatment.

The criteria applied follows Larghero's surgical procedure, aimed at treatment of parasite, adventitia and lesions of tissues where it attaches itself. There is also a review of conservative, classic but still valid techniques, micro invasive techniques and radical resection treatments.

There is a comparison of positions among those in favor of total hydatid-and-adventitia resection and those who defend total or partial conservative procedures regarding the adventitia.

There follows a brief description of maximum resectionist surgery of liver hydatid cyst, highlighting the fact that it requires a multidisciplinary and specially trained team and strict protocol.

Concerning the biliary tract, mention is made of cases of aperture of hydatid cyst into them, with reference to

---

Presentado en la Sesión Científica de la Sociedad de Cirugía del Uruguay realizada en Paso Severino - Florida en junio de 1998.

\* Cirujano del Hospital del Depto. de Florida.

Correspondencia: González 875. Florida.

CP. 94000 - Depto. de Florida.

*cysto-biliary disconnection while concomitantly connecting the parasitic cavity with the digestive tube, leaving the main biliary duct free.*

*By way of example there is a description of three clinical cases considered typical of the various pathologic situations.*

**Key Words:** *Echinococcosis, Hepatic*

El tema que nos han encargado desarrollar es el estado actual del tratamiento del QH hepático.

Cada tanto el tema es motivo de Congresos, Mesas Redondas, Exposiciones, se publican centenares de trabajos al respecto, por lo que paradójicamente, resulta fácil encontrarse con ellos, pero muy difícil hacer una puesta al día de los mismos.

Pero hay puntos que siguen en controversia, adelantos imagenológicos que facilitan los diagnósticos, el tratamiento quirúrgico, el seguimiento; situaciones complicadas que aceptan distintos enfoques; adelantos de especialidades que rodean el entorno del equipo quirúrgico propiamente dicho, que lo llevan a operaciones cada vez más complejas con una morbimortalidad decreciente.

Asimismo técnicas que tienden a ser mínimamente invasivas, con mínimos riesgos, con resultados predecibles, y que también aspiran a reducir la morbimortalidad.

Situaciones como la apertura de un quiste hidático en la vía biliar, se enfoca de manera totalmente opuesta; para unos, desconexión quisto-biliar; para otros, poner en comunicación la cavidad parasitaria con el tubo digestivo dejando expedita la vía biliar principal (VBP), es suficiente.

Para muchos, no nos resignamos a abandonar técnicas que a pesar de clásicas, tienen buenos resultados.

La implantación, el crecimiento, las complicaciones la muerte de la larva de la tenia equinococo no tiene paralelo con las injurias resultantes de la acción de ningún otro agente patógeno. <sup>(1)</sup>

El quiste hidático es el complejo patológico formado por la larva de la tenia equinococo y la re-

acción que el órgano parasitado opone a su presencia, la adventicia hidática.

Nuestro país poseía en 1972 <sup>(2)</sup> el mayor índice de infestación del mundo, 20/100.000 habitantes pero, considerando solamente el medio rural alcanzaba a 78/100.000 habitantes. Desde 1965 está catalogada como plaga nacional. Su elevada mortalidad teniendo en cuenta que es una afección benigna, muchas veces se ve relacionada con las dificultades terapéuticas que genera.

El objetivo de este relato es exponer el tratamiento quirúrgico más aceptado en las diferentes formas evolutivas de la hidatidosis hepática y sus complicaciones con la VBP. Limitaremos entonces el tema, no se considerarán las complicaciones tales como la torácica, la peritoneal, la ruptura en grandes venas, la hipertensión Portal.

## Estudios serológicos

A pesar de que nos apartamos del motivo de este relato, no podemos pasar por alto las variaciones que han sufrido los estudios serológicos usados para el diagnóstico de esta afección. Para Langer y Gallinger <sup>(3)</sup> los estudios serológicos son la ayuda más confiable para los exámenes por imágenes en la confección del diagnóstico de la equinococosis hepática. La Prueba de Fijación del Complemento es + en cerca del 65% de los pacientes. La de Hemaglutinación llega al 85%.

Otras pruebas disponibles son la Inmunofluorescencia Indirecta, los estudios Inmunoabsorbentes de enzimas fijadas (ELISA) y la fijación del látex.

Aunque útiles para el diagnóstico, la ausencia de pruebas serológicas positivas, no excluye la presencia real de la equinococosis.

Otros autores <sup>(4, 5, 6, 7, 8, 9)</sup> utilizan técnicas de aglutinación indirecta prescindiendo del "arco 5" por considerarla una técnica superada. Torterolo <sup>(10)</sup> no usa exámenes de laboratorio para el diagnóstico de hidatidosis sino para la valoración de la suficiencia hepática.

## Ecografía

En cuanto a la imagenología a cobrado gran valor el uso de la ecografía. En la serie de Tortero (10) de 121 pacientes el diagnóstico se hizo por ecografía en 116 (96%).

La tomografía sólo fue usada en nueve casos. Sostiene que la ecografía da datos suficientes y satisfactorios cuando la compara con la cavohepatografía, método del cual prescinde actualmente.

## Ecografía intraoperatoria

La ecografía intraoperatoria aporta precisión topográfica continua para permitir o facilitar la resección. Tiene ventajas sobre la ecografía percutánea (11): las exploraciones con altas frecuencias pueden usarse sin pérdida de energía por el pasaje de los ecos a través de la pared abdominal lo que permite una mejor definición. Identifica los segmentos por sus relaciones vasculares, de particular valor en la cirugía reseccionista por hidatidosis.

Lesiones que no son detectadas por el cirujano, lo son por la ecografía intraoperatoria.

El siguiente es el caso de una paciente B. D., No. Registro 6955, COMEF, de 70 años, portadora de QH hepático de S VII, de 80 x 60 mm., diagnosticado por ecografía, con arco 5 negativo. Alérgica a las dipironas.

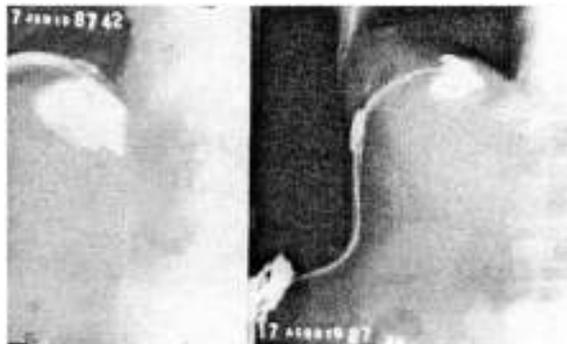
Se opera el 21/5/87. Difícil acceso a la adventicia emergente, adherido al diafragma. Se realiza punción, esterilización, evacuación del quiste, drenaje interhepatofrénico.

En el postoperatorio: fiebre, erupción maculopapulosa, derrame pleural derecho. Se drena derrame pleural. Persiste febril; nueva ecografía informa probable absceso de la cavidad hidática drenada.

Se reinterviene el 5/6/87 (15 días después). Se confirma otro quiste vecino al anterior, adherido a

la Vena Cava, multivesicular y absceso en cavidad ya tratada. Se drena el quiste a través de ésta.

Nuevamente fiebre, reinstala el derrame. Evacuación de este, cambio del plan antibiótico. Evolución satisfactoria. Alta el 2/7/87 (42 días después) portando drenaje de quistostomía.



**Foto 1** – Quistografía realizada a los 11 días y a los 2 meses de la reintervención que muestra la disminución marcada del tamaño de la cavidad hidática.

En policlínica: lavados periódicos por el tubo. Se retira el 26/8/87 (95 días). Un mes después se drena absceso a nivel de cicatriz de emergencia del drenaje anterior. Buena Evolución.

Estudiada años después por dispepsia con ecografía, no aparecieron imágenes compatibles con cavidad residual.

De haber contado con ecografía intraoperatoria, suponemos que el segundo QH no hubiera pasado desapercibido en el primer acto operatorio.

En cuanto a su reacción alérgica cutánea, en una paciente alérgica a las dipironas, se interpretó en principio, fuera una reacción a los antibióticos usados, pero luego de reintervenida, lo atribuimos a una reacción inmunológica creada por los antígenos específicos contenidos en el quiste. Reacción desencadenada por el masaje de la zona (1). El derrame pleural se produjo en forma reaccional por irritación frénica del propio proceso y mantenido por el tubo de drenaje, quien a pesar de no

haber quedado en la parte más declive para cumplir con su función, fue efectivo.

### Tratamiento médico

Con respecto al tratamiento médico los esfuerzos se han dirigido a través de dos sistemas fundamentales. Según Lozano <sup>(9)</sup>:

- 1) Tratamiento de los individuos afectados, por drogas que alteren fundamentalmente el metabolismo parasitario respetando el hospedero. Las acciones farmacológicas son más nítidas sobre las formas adultas de *E. Granulosos*, mientras que las formas larvares que afectan al ser humano, son poco afectadas por los niveles tolerables de las drogas.

Las diferencias metabólicas entre el parásito y el hospedero no son tan radicales como para que un agente terapéutico afecte únicamente al parásito. Los niveles efectivos son muy próximos a los tóxicos para el ser humano.

- 2) Estímulo inmunogénico (tratamiento biológico), mediante inoculaciones de antígenos hidáticos. La aplicación y efectividad de este tratamiento, es muy discutida.

Aún se está acumulando información sobre la seguridad y eficacia a largo plazo del albendazol. Se absorbe con más facilidad que el mebendazol, permite dosis más bajas y su metabolito activo, el sulfóxido, alcanza concentraciones "eficaces" en la pared del quiste y el líquido.

Según Hidalgo <sup>(12)</sup> en una Serie de 7.435 casos tratados quirúrgicamente, el tratamiento médico sólo fue válido en el 32% de los casos.

Para Tierney y Papadakis <sup>(13)</sup> el tratamiento definitivo de los quistes hidáticos aún consiste en la resección quirúrgica.

Hasta que se disponga de mejores agentes, la terapia sistémica sólo seguirá siendo un adyuvante de la cirugía <sup>(14)</sup>.

### Procedimientos operatorios

Según Larghero, los procedimientos operatorios para tratar un QH de cualquier localización, deben estar dirigidos a los tres componentes fundamentales del mismo:

- el parásito
- la adventicia
- las lesiones de los tejidos donde se aloja.

### Procedimientos al tratar el parásito

Sin entrar en detalle de técnica tan conocidos por el cirujano, solamente queremos resaltar que a pesar de la experiencia y de lo fácil que se presente el acto quirúrgico, siempre hay que cumplir con los pasos fundamentales dirigidos a evitar la contaminación de los tejidos por el contenido hidático.

El CI Na al 33% sigue teniendo vigencia. En la serie de Hidalgo <sup>(12)</sup> 6.834 casos estaban localizados en el hígado, 36 cirujanos de los 75 que actuaron en 46 centros hospitalarios distintos, usaron el CI Na hipertónico. Llama la atención que 23 cirujanos, usaron formol. Assadourian <sup>(15)</sup> describe en 1980 en dos pacientes, los inconvenientes del uso prolongado del formol, con shock reversible horas después de la intervención.

Autores uruguayos <sup>(16)</sup>, sobre animales de experimentación, han confrontado las acciones del CI Na y el formol con el agua oxigenada. Concluyen que esta causó alteraciones anatomopatológicas mínimas, que en ningún caso llevó a la muerte del animal. Su mecanismo de acción parasitocida es la liberación de oxígeno nascente, menos propicio a causar toxicidad locoregional o sistémica. Hidalgo recomienda el control intraoperatorio exhaustivo por los problemas que pueden derivar de una hipertensión biliar.

En cambio los autores <sup>(8)</sup> que usan la técnica mínimamente invasiva que luego comentaremos, prefieren el uso de alcohol al 95%. Pero si en el estudio

contrastado, confirma la comunicación con vía biliar o con venas, optan por el Cl Na hipertónico.

Perdomo <sup>(17)</sup> refiriéndose a las estenosis biliares poshidatídicas, supone que ninguno de estos casos sea debido al producto parasitizado empleado, y que muchas de las llamadas colangitis estenosantes secundarias a la esterilización de un QH, deben ser revisadas a la luz de los conocimientos que aporta la imagenología biliar.

Estos mismos autores <sup>(18)</sup> testan la vitalidad de los protoescolises (PE) investigando la fertilidad de cada estado del parásito, evaluando la posibilidad de siembra o recidiva en quistes hialinos pequeños, con vistas al tratamiento por punción guiada por ecografía o cirugía laparoscópica. Y a su vez la infertilidad de algunos estados evolutivos frente a la indicación de tratamientos farmacológicos.

Concluyen que la fertilidad es decreciente desde el Q. Hialino (90%) hasta el mastic (0%), el QH es fértil desde los 2cm. de diámetro y las vesículas desde los 5mm.; el estado adventicial no tiene relación con la fertilidad del parásito. Las complicaciones pueden acelerar la muerte parasitaria, aunque pueden quedar vesículas con PE vivos. Desaconsejan la punción evacuación bajo ecografía.

Como hecho curioso Langer y Gallinger <sup>(3)</sup> protegen la zona operatoria previo a la punción del quiste, suturando una lámina de plástico impermeable a la pared de este. Citan a Saidi y Nazarian quienes usan un cono criogénico para aislar la zona operatoria.

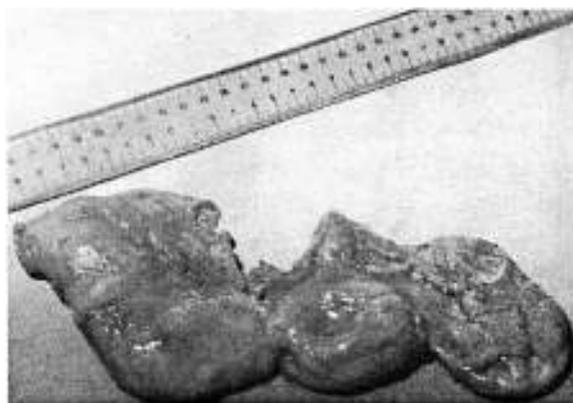
El siguiente es el caso de una paciente de 32 años, No. Registro 3237, COMEF, que hace ocho años fue intervenida en el MSP por un QH de segmentos V-VI-VII, con epiplón adherido. Se punciona el quiste luego de protección con Cl Na hipertónico, viene escaso líquido purulento. Se intenta entonces, aspirar con Finochietto, no funciona el aspirador.

Se extrae gran membrana hidática luego de lograr una apertura en la adventicia, que permita extraerla. Lavado de la cavidad, resección de adventicia emergente, quistostomía.

En abril de este año, consulta por síndrome urinario bajo y es tratada por su infección urinaria, pero el médico tratante, teniendo en cuenta sus antecedentes, solicita ecografía abdominal. Informa varias imágenes quísticas de aspecto QH, perihepáticas inferiores.

Se opera el 15/5/98 por incisión transversa sobre la cicatriz anterior, liberación dificultosa de adherencias, varios QH con contenido univesicular en el espesor del epiplón mayor y en íntimo contacto con la rama transversa de ángulo derecho de colon y vesícula.

Se realiza omentectomía y colesistectomía.



Fotos 2 – Epiplón mayor con varios Q.H.



Fotos 3 – Visualización de las vesículas

Evidentemente en esta paciente, a pesar que el cirujano actuante bloqueó el campo correcta-

mente y usó soluciones parasitizadas adecuadas, no se testó antes de comenzar el acto quirúrgico, algo tan simple como el funcionamiento de un aspirador. La consecuencia fue grave, poniéndose de manifiesto ocho años después.

Barsabás Ríos <sup>(19)</sup> decía en el año 1953: “Parece superfluo pero es común ver, aún en clínicas de jerarquía, recurrir a medios de fortuna por no estar acondicionados los útiles de elemental uso en las situaciones contingentes en el tratamiento del quiste”.

Es aquí donde debemos analizar los procedimientos dedicados exclusivamente al tratamiento del parásito.

A pesar que la TÉCNICA DE POSADAS, descrita en 1895, que consiste en el cierre y abandono de la cavidad adventicial es una técnica clásica, la mencionamos porque aún tiene vigencia. La hemos realizado y sabemos de muchos colegas que la tienen incorporada a su arsenal terapéutico. Se reserva para adventicias laxas y colapsables. Larghero la aconsejaba también en quistes multivesiculares con adventicia sana.

Para Perdomo <sup>(20)</sup> en la mayoría de los casos, los quistes hidáticos multivesiculares son una expresión de la equinocosis secundaria local. Citando a Devé <sup>(37)</sup>, el quiste multivesicular suele presentar una cavidad adventicial irregular, en ocasiones diverticular, constituyendo formas de multisaculación exógena o laberíntica.

Resalta el componente migratorio de las colecciones hidáticas secundarias intradventiciales y que su evacuación es frecuente en las vías biliares.

Por lo tanto y razonando con Perdomo, esto nos limitaría el método de Posadas solamente al QH univesicular y que no existan elementos que hagan sospechar una comunicación quisto-biliar.

Esto último también es aconsejado por Porras <sup>(21)</sup>.

## Técnicas Microinvasivas

Teniendo como ayuda siempre el esquema de Larghero sobre procedimientos sobre el parásito, es oportuno tratar sobre las técnicas microinvasivas.

Nos extenderemos algo más en su descripción ya que se trata de un método novedoso.

Agradecemos la colaboración del Dr. Doasans que nos hizo llegar su trabajo y nos cedió gentilmente las imágenes.

El grupo dirigido por Larre Borges <sup>(8)</sup> publica en 1993 una técnica quirúrgica mininvasiva, aplicable con mínimos riesgos, con resultados predecibles y que tiende a mejorar los mismos reduciendo la morbimortalidad.

Recorre a métodos biológicos que corten el ciclo parasitario y/o la infestación humana, quimioterápicos (derivados benzo-imidazólicos) e intervencionistas.

Se basan en experiencias de autores como Ben Amor y Gharby <sup>(22, 23)</sup> en la enfermedad hidatídica hepática no complicada.

La técnica fundamentalmente consiste en cobertura quimioterápica, anestesia local, punción percutánea según técnica de Seldinger. La reservan para los QH hialinos, grados I y II de la clasificación ecográfica de Gharby (univesiculares, membrana ondulante). El tipo III es multivesicular; IV sólido quístico, V sólido.

La técnica se realiza en block quirúrgico y en máximas condiciones de asepsia.

La técnica consiste en:

- 1) Cobertura previa y postpunción (20-30 días) con derivados Benzo-imidazólicos (mabendazol-albendazol).
- 2) Anestesia local.
- 3) Punción percutánea transparenquimatosa guiada por ecografía.
- 4) Control del procedimiento bajo guía radiológica continua (ampliación de imágenes y contraste hidrosoluble). Se aspira el contenido hidático.

- 5) Contrastografía para descartar comunicación biliar o sanguínea.
- 6) Inyección de alcohol al 95% en relación de 1/3 con lo aspirado.
- 7) A los 30 minutos, evacuación máxima obtenible por aspiración.
- 8) Recambio de catéter de drenaje dejando el de mayor diámetro posible.
- 9) El paciente se retira por sus propios medios.
- 10) Control ambulatorio con ecografía.

Los autores insisten en realizar la maniobra transhepática para evitar el estallido del quiste en cavidad libre. No puncionan la adventicia emergente.

Por maniobras basadas en los métodos de Mazzariello realizan licuefacción, lavado, aspiración, control endoscópico continuo con coledocoscopios, así como con métodos biológicos, mediante el uso de enzimas proteolíticas, intentan subsanar las complicaciones acarreadas por la retención de membranas.

Autores argentinos combinan esta técnica descrita con la resección posterior por vía laparoscópica.

Maglione <sup>(24)</sup> en junio de 1997 en la 1ª Jornada del Capítulo del Interior de la Sociedad de Cirugía realizada en Tacuarembó, nos mostraba un video en el cual se detallaba la técnica de la quistectomía por vía laparoscópica.

### **Procedimientos operatorios en relación con la adventicia y el órgano**

Ya adelantamos una de las tantas conductas que se pueden adoptar con respecto a la cavidad adventicial al hablar de la técnica de Posadas.

Conviene ahora, simplemente como ordenamiento de la exposición, hacer un breve resumen de las alteraciones a las que se somete la adventicia hidática como introito a las técnicas que se sugieren y que se prestan a discusión entre el tratamiento conservador y el radical.

La adventicia alterada sometida a presiones irregulares debido al sufrimiento del parásito, se diverticuliza <sup>(17, 25)</sup> constituyendo cámaras anexas a la principal y en comunicación más o menos aparente con ella. No se ven en los quistes hialinos ni son ellas mismas quistes hialinos puros. En el espesor de la adventicia modificada y engrosada se hallan vasos venosos trombosados; ello está de acuerdo con la ausencia de sangre dentro de la cámara parasitaria, en contraste con la abundancia de vascularización activa que rodea la adventicia.

Según Ardao <sup>(26)</sup> la integridad de la adventicia asegura la hemostasis y en ciertas condiciones peligrosas, exige ser respetada.

Distinto es el comportamiento de los ductos biliares, se mantienen siempre permeables y terminan comunicando con la cavidad adventicial, formando las fístulas quisto-biliares.

De esta forma según Del Campo, el quiste puede comunicar, abrirse o evacuar su contenido en la vía biliar <sup>(27)</sup>. En esta última complicación se produce el síndrome coledociano. La adventicia modificada de los quistes hidáticos del hígado tolera mal la infección y es su consecuencia la producción de fístulas y supuraciones persistentes en el postoperatorio.

A su vez, evacuado el parásito y no existiendo comunicación biliar, una adventicia puede quedar expuesta en el peritoneo sin dar complicaciones, como es el MÉTODO DE MABIT. Larghero lo recomienda para adventicias con poca estructura, que tienen quistes univesiculares hialinos o con vesículas hijas hialinas, situadas en el borde hepático.

El dejar abierto el saco tiene la intención de evitar la colección de exudado plasmático, facilitado por la absorción peritoneal. Se puede complementar con la epiploplastia intracavitaria con un sector de epiplón pediculizado a la manera de Del Campo <sup>(28)</sup> o simplemente rotando un sector de epiplón como lo hemos realizado.

Para Bourgeon <sup>(29)</sup> la periquística traduce toda la historia de la enfermedad; es la zona frontera

entre el parénquima hepático atravesado por sus canales biliares y vasos de una parte, y el parásito por la otra parte. El estado de las formaciones que le bordean y su propia vida presentan un relieve diferente con los años del quiste. La periquistectomía que consiste en separar la capa adventicial del ambiente parenquimatoso que la rodea, no es posible si la periquística no es una realidad anatómica. Esta excocleación también puede realizarse en otros procesos expansivos a evolución lenta como es un absceso crónico, pero no es realizable en un quiste simple de hígado, donde la adventicia es muy fina.

Opina que en el debut de los QH hepáticos, una periquistectomía no es posible. En la edad adulta presenta una hipervascularización que asegura la vitalidad del quiste, mas ello crea una dificultad operatoria por su riesgo hemorrágico.

Para Bourgeon las exploraciones operatorias y sus documentos histólogos, dejan en evidencia 4 nociones importantes:

- El ambiente vascular que rodea la periquística hace que su ablación sea una intervención con peligro de hemorragia.
- La travesía constante de la periquística por canales biliares, mayor cuanto más anciano es el quiste, implica una colorragia.
- La rigidez aumentada por la ancianidad y calcificación crean un problema de cavidad intrahepática residual.
- Existe el riesgo de un injerto equinocócico espontáneo en toda periquística gruesa.

Esto resume los hechos que nos ponen en el camino de la gran discusión que motivan desechar los tratamientos conservadores o, por los problemas que origina el estado del parénquima restante, lo mismo que la topografía del quiste y sus relaciones vasculares y biliares, recurrir a ellos o a modificaciones de los tratamientos reseccionistas.

En el 4to. Congreso Uruguayo de Cirugía realizado en el año 1953 el Dr. Arturo Berhouet<sup>(30)</sup> en su discurso como delegado de los cirujanos del

Interior, decía: "...porque sabemos que hay puntos en controversia, lo que aumenta el interés del tema, y porque los tratamientos actuales de ciertos casos particularmente malos, dejan mucho que desear, como ocurre con la hidatidosis múltiple o con algunos de los casos de calcificaciones de la periquística. La resolución exitosa y rápida de todos estos casos son tarea para el futuro."

En la serie de Hidalgo<sup>(12)</sup> de 7.435 casos tratados quirúrgicamente de los cuales 6.834 estaban localizados en el hígado, la cirugía radical representa el 34.4% de todo el tratamiento quirúrgico, mientras que la cirugía conservadora es del 65.6%. En esta serie la técnica más empleada en la cirugía radical fue la quistoperiquistectomía total como él la denomina.

Cuando se hizo hepatectomías -14% dentro de la cirugía radical, 5% en el total- la mayoría fue atípica.

Es de destacar que engloba en la cirugía conservadora, actitudes que van desde la resección de la adventicia emergente a la extirpación casi total de la periquística.

Perdomo<sup>(25)</sup> argumentando a favor de técnicas conservadoras, excluye a los quistes involucionados, no fértiles, de mediano volumen, en topografías de escaso riesgo. Aconseja tratarlos mediante quistectomía cerrada o abierta, ya que no se preveen mayores inconvenientes. Pero destaca que estos ejemplares integran estadísticas reseccionistas y tendrían que ser discriminados.

Volviendo a la serie de Hidalgo, cuando se realizó hepatectomía reglada (5% de todos los pacientes), la hepatectomía izquierda se hizo en 70 casos contra 41 casos a derecha; en 6.834 casos.

Cendan (citado por Porras), refiriéndose a este estado del quiste, dice que: "cuanto más fibrosis calcárea, más interesa eliminarla y más fácil resulta a su clivaje y su extirpación". Asimismo recomienda las adventicectomías en general para los segmentos periféricos y lejanos a los pedículos glissoniano y suprahepático-cavo.

21

, poco agresivo, pero no menos difícil de indicar y manejar.

Un grupo de autores nacionales <sup>(31)</sup> en una experiencia de seis años y en una serie de 71 pacientes comparables, confrontan los resultados entre hidátido-adventisectomía total y procedimientos conservadores totales o parciales con respecto a la adventicia.

Afirman que: realizar una correcta quistectomía lleva más tiempo (promedio 33min.más); se necesita una mayor reposición volémica total; no sucedieron fístulas biliares; no hubo mortalidad ni intra ni postoperatoria hasta 30 días después del acto quirúrgico.

En cambio, el sangrado local y las colecciones hemáticas son más fáciles de ver en las quistectomías.

Insisten en que la morbimortalidad exige un seguimiento de hasta diez años ya que es dentro de ese período que se ven las complicaciones de la enfermedad adventicial. Muy difíciles de solucionar son la insuficiencia hepática, hipertensión Portal, síndrome de Budd Chiari, las reoperaciones.

Las diferencias más significativas fue el tiempo de estadía hospitalaria y el de curación ostensiblemente menores.

Bolívar Delgado <sup>(32)</sup> a propósito de un caso de enfermedad secular post drenaje de un QH hepático abierto en vías biliares, señala el altísimo riesgo de la adventisectomía secundaria como argumento más a favor de la resección primaria.

Dentro del grupo de operaciones radicales, entiende a la quistectomía abierta o cerrada, a las que queda un fragmento de adventicia profunda sin cámara parasitaria y a la adventisectomía secundaria <sup>(33)</sup>.

Asimismo a las resecciones hepáticas atípicas y a las regladas.

A su vez pauta el tratamiento:

- Objetivo ideal: Quistectomía.
- QH medianos, periféricos y alterados (Stos. II-III-IV-V-VI) es la operación de elección.
- QH con grandes riesgos vasculares (Stos. posteriores superiores o de Spiegel) – quistectomía casi total dejando casquete profundo de adventicia contra los vasos.
- QH de los Stos. II, III: resección segmentaria (hepatectomía izquierda clásica).
- No excluye la quistostomía en los segmentos I y VIII y/o supurados, o por las condiciones del paciente.

Tortero <sup>(10)</sup> presenta una serie de 121 pacientes en los que realizó adventisectomía total. En 14 casos se realizaron hepatectomías lobares por razones vasculares. De las vísceras vecinas involucradas, el diafragma lo fue en 39 casos.

## Cirugía radical

Cabe entonces, así como nos detuvimos en las técnicas mininvasivas, hacer una somera descripción de la cirugía máxima reseccionista en el QH hepático, ya que:

- El aumento de la cirugía radical en los últimos años, es estadísticamente mayor frente a la que se practicaba en los primeros años de ella.
- Servicios con amplia experiencia y con estadísticas numerosas, arrojan cifras de cirugía radical muy superiores a aquellos otros donde la frecuencia de la hidatidosis es menor.
- El avance de la cirugía en sus diversas pautas, así como la trama acompañante de cualquier acto quirúrgico (anestesia, hemoterapia, recuperación, antibióticoterapia, imagenología), posibilitan un tipo de cirugía más agresiva y quizás más eficaz en sus resultados a largo plazo <sup>(12)</sup>

Simplemente enumeraremos los pasos a seguir en la MOVILIZACIÓN HEPÁTICA. La incisión preferida por Tortero <sup>(10)</sup>, es la oblicua bilateral

en “Boca de Horno” que se puede complementar con resección del noveno cartílago costal. Se realiza una liberación hepática con total exteriorización <sup>(34)</sup>.

Para esto se seccionan los ligamentos redondo, suspensorio, triangular izquierdo, ligadura de vena diafragmática izquierda que permite rodear la cava suprahepática.

Sección del triangular derecho, exposición de cava infrahepática con movilización de duodeno, sección de hoja derecha del peritoneo precavo, ligadura y sección de vena suprarrenal derecha, lo mismo la vena diafragmática derecha.

Se carga la VC infrahepática, se libera la VC suprahepática.

La liberación total de la VC retrohepática sólo se logra si se secciona el engrosamiento fibroso que une el Spiegel con el lóbulo derecho, por detrás de la cava.

Se disecciona pedículo hepático y se identifica la arteria cargándola.

Aún sin entrar en detalles del procedimiento de la resección de la adventicia, tenemos idea de la magnitud de esta cirugía simplemente por la descripción de la movilización hepática, preparación de la finalidad quirúrgica.

Es fácil coincidir entonces, luego de lo expuesto, con los distintos autores reseccionistas en que esta cirugía debe ser encarada por un equipo multidisciplinario, que comparta responsabilidades, bien entrenado en cirugía hepática, con estricta protocolización.

Meditar a la hora que nos planteemos esta cirugía, si contamos con la infraestructura necesaria y el entrenamiento suficiente.

Tal vez la infraestructura puede solucionarse con esfuerzos económicos creando Centros dedicados a esta cirugía que para el interior de nuestro País pueden ser Regionales, y que no sólo estuvieran dedicados al quiste hidático sino a la cirugía hepática en general.

Pero la curva de aprendizaje debe obtenerse con expertos dispuestos a concurrir al Centro, las series de pacientes se verían incrementadas y se disminuirían el número de complicaciones y la morbimortalidad como ya ha sido demostrado por Equipos entrenados.

### Procedimientos sobre las vías biliares

Para Larghero la evacuación del quiste es suficiente a veces como operación más simple y breve, para el drenaje retrógrado de la vía biliar.

Según Finochietto, citado por Calleri <sup>(35)</sup>, con la marzupialización por el drenaje, se cumplen dos indicaciones: evacuación del parásito y drenaje temporario de la vía biliar.

El tratamiento clásico bipolar consiste en evacuación del quiste y drenaje de la V.B.P.

La coledocostomía como operación única es casi siempre una operación incompleta al decir de Marella <sup>(27)</sup>, pero a veces es un segundo tiempo de un quiste que fue drenado y se hace necesario reintervenir para desobstruir un colédoco que persiste obstruido, o se obstruyó posteriormente al tratamiento del quiste por restos parasitarios. O tiene su indicación, cuando no se individualiza la equinocosis, hecho poco frecuente.

El caso clínico No. 3, No. de Registro 12.747, COMEF, que relataremos, es el de un paciente R.H.A., de 71 años, colesistectomizado, portador de gran eventración.

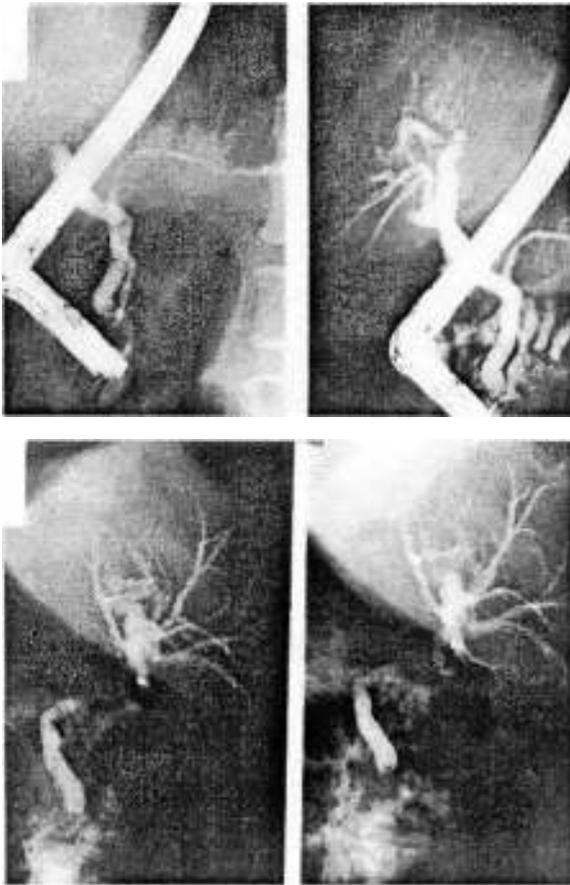
Varios episodios de síndrome coledociano que retroceden con tratamiento médico. Una ecografía del 27/10/95 informa a nivel de S IV y V hepáticos, una imagen de 46 mm, calcificada, con contenido inhomogéneo. Afirma que corresponde a un QH calcificado.

Se hizo papilotomía por vía endoscópica el 23/11/95 por parte del Dr. Sojo, luego que ve “diminutos cuerpos extraños en el colédoco”.

La CLG hecha en esa oportunidad ve el hepático izquierdo comunicando con una cavidad resi-

dual intrahepática, en la cual penetra el contraste. Observa el Dr. Sojo que realiza la papilotomía para de esa manera, asegurar la salida de cualquier resto hidático.

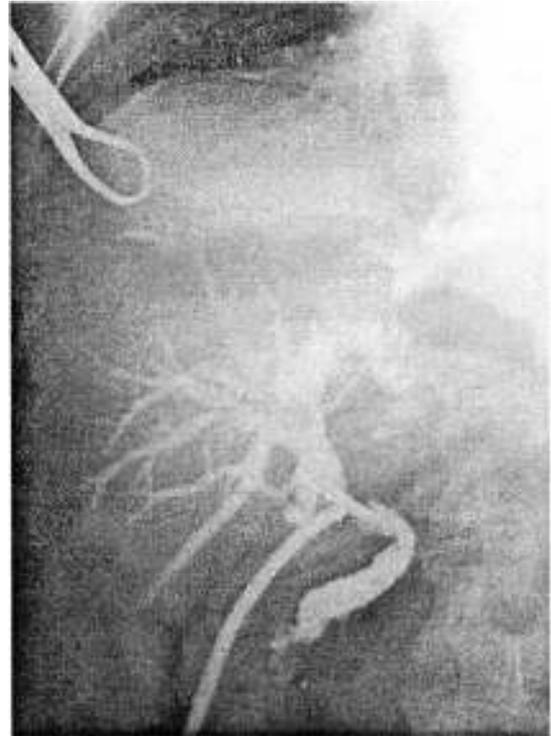
Nosotros agregamos, viendo el documento radiográfico, que la cavidad que se rellena mide cerca de 20 mm., ostensiblemente menor que las dimensiones descritas por la ecografía.



**Foto 4 y 5** – Colangiografía por vía endoscópica en la que se ve la imagen quística comunicando con el hepático izquierdo

El 23/2/96 (tres meses después), síndrome coledociano. Tratamiento antibiótico, se opera al día siguiente. Incisión mediana siguiendo cicatriz anterior donde existía una gran eventración. Liberación de adherencias, colédoco dilatado, coledocotomía: gleras, barro biliar, no existen restos hidáticos.

No se palpa el quiste ni existe adventicia emergente a la vista. Se dilata papila en forma progresiva pasando benické grueso. Coledocostomía sobre Kehr. CLG i/op: pasaje al duodeno, se tiñe cavidad de 15 mm.



**Foto 6** – Colangiografía intraoperatoria

El paciente no ha repetido cuadros obstructivos biliares.

Evidentemente que en este paciente el QH se abrió en la VBP y dio origen a los síndromes coledocianos intermitentes.

En el plazo que medió entre la realización de la ecografía y la colangiografía endoscópica, la cavidad redujo ostensiblemente su tamaño; y las imágenes de esta última rellenan las paredes de la cavidad no observándose elementos agregados en su interior, al igual que puede observarse una comunicación amplia.

Los síndromes coledocianos intermitentes, lo mismo que el que motivó la internación, se debieron a la evacuación de restos parasitarios en la

VBP, y a pesar de tener una papilotomía, esta fue insuficiente.

El tratamiento sólo fue dirigido a la VB, con drenaje externo y dilatación del pasaje colédoco duodenal.

No se actuó sobre el quiste, por no poder ubicarlo, una de las contingencias enumeradas por Marella para optar por este tratamiento. Pero por todo lo dicho anteriormente, el poseer un drenaje amplio quisto-biliar por un lado y bilio-digestivo, también complaciente, por la maniobra realizada, fue efectivo.

Si la comunicación quisto-biliar hubiera sido de menor calibre y existieran restos del contenido dentro del quiste, ¿qué se podría haber realizado?

- Reintervenir al paciente y tratar el QH intentando su ubicación con el uso de la ecografía intraoperatoria como ya fue tratado.

- Intentar dilatar la comunicación Q. B. desde el colédoco y colocar un tubo de Kehr, con la rama ascendente a su través (peligro de falsa ruta, según Perdomo).

Para Perdomo<sup>(17)</sup> la fístula bilio-adventicial lateral del conducto biliar, es el equivalente a una herida de la vía biliar iatrogénica y deberá evolucionar como tal, por lo que aconseja la intubación en agudo para favorecer su cicatrización.

El autor defiende una técnica que denomina **DESCONEXIÓN QUISTO-BILIAR**. Si se quiere evitar la "Estenosis Biliar posthidatídica" y sus complicaciones, es necesario la desconexión quisto-biliar.

Desaconseja tanto cuando la estenosis está constituida, como en el tiempo de tratamiento inicial de un QH yuxtahiliar o hiliar abierto en vías biliares, establecer una derivación colédoco-duodenal por la colangitis residivante y la estenosis biliar proximal a la derivación, como consecuencia de la primera<sup>(17)</sup>.

La técnica consiste en la colocación de drenaje tipo Kehr en el ducto biliar, extracción subadventicial, permitiendo recorrer al drenaje, un muy

corto trayecto intradventicial evitando el centro del vacío cavitario que dificulta la exclusión biológica.

Con respecto a la cavidad adventicial, recomienda no drenarla, pues la bilirragia está controlada, y la comunicación de la cavidad con el exterior, por medio de un tubo, sólo es una inducción a la infección de afuera hacia adentro; sólo lo hace cuando la adventicia está supurada. Sería una variante a la técnica de Mabit.

Méndez y Porras<sup>(21)</sup> describen el método del drenaje transhepato-quisto-coledociano colocando por coledocotomía un tubo de polietileno (del equipo de transfusión) multifenestrado que se extrae a través del orificio de comunicación con el quiste; se fija a este nivel, atraviesa la cámara parasitaria y luego el parénquima hepático, extrayéndose por contrabertura parietal. Agregan quistostomía.

No lo dice, pero pensamos que si por CLG *in op.* realizada desde el orificio en el quiste, no existen restos en colédoco, se puede obviar la coledocotomía y pasar el tubo desde arriba hacia el colédoco, para luego extraer el otro extremo a través del hígado y la pared.

Sostienen que la cámara parasitaria se cierra con la comunicación permeable, y se mantiene un drenaje interno natural de los canales distales.

El drenaje coledociano transquístico evita la bilirragia por el tubo de quistostomía, al mantener tutorizada y limpia la VBP.

Beguiristain y Estefan<sup>(36)</sup> publican en el año 1995 una comunicación preliminar sobre la combinación del método de Mazzariello y la quistoscopía con coledocoscopio en el drenaje bipolar al cual se dejaron 2 tubos en la quistostomía.

Por este método se puede introducir un drenaje desde el colédoco al quiste a través de la comunicación bilioquística y luego extraerlo en sedal por uno de los túneles de quistostomía, bajo visión directa.

De esta forma logran la desconexión quisto-biliar.

Se han desarrollado vanos intentos en controlar esta enfermedad. El impacto de actividades comandadas por la Comisión Nacional de Lucha Contra la Hidatidosis con fuertes componentes de educación sanitaria, dosificación de perros, en algunos casos el sacrificio de perros infectados, ha sido efectivo.

En 1972 se presentaba una tasa de prevalencia quirúrgica de 20.3/100.000 (552 casos), con una tasa de mortalidad del 10%.

La recopilación de datos quirúrgicos en la red hospitalaria muestra 367 casos en 1993 y 284 casos en 1996 (reducción del 23%).

Como han podido ver a lo largo de este Relato, se han tratado técnicas quirúrgicas descritas a finales del siglo pasado como es la de Posadas y a mediados de este siglo, como es el Mabit. Pero son técnicas que aún se siguen usando en muchos medios donde se realiza la Cirugía del QH e integran por lo tanto, el estado actual del tratamiento del mismo.

La gran discusión es entre técnicas totalmente reseccionistas, con una mortalidad similar a la no reseccionista en Centros Especializados y una morbilidad inferior, con curación a los pocos días de operado.

Entendemos que es lo ideal, pero exige entrenamiento. Es una cirugía que puede transformarse en una Emergencia vascular, en una zona de muy difícil acceso si no se toman las providencias de exponer antes los grandes vasos y tener controlada la situación. Esto, ya es una maniobra que implica riesgos.

Por lo tanto, creemos que debemos ser más reseccionistas en segmentos que no impliquen todos esos riesgos, y ser conservadores en QH de los segmentos peligrosos. Tal vez, con el tiempo y la experiencia, seamos cada vez más reseccionistas. Pero insistimos en la formación de Centros en que se realice la cirugía hepática en forma habitual por todas las ventajas que lleva implícitas.

Con respecto a la vía biliar, la desconexión quisto biliar, cuando lo que se drena es un orificio que

corresponde a la sección total de un conducto, lo que se busca es drenar la VBP evitando su obstrucción por restos parasitarios, mantenerla limpia.

Pero luego de extraído ese tubo, lo que se logra es una verdadera conexión quisto biliar a través de un orificio con diámetro satisfactorio porque estuvo tutorizado, vamos a tener una cavidad limpia porque también fue drenada. La secreción seguirán volcándose a la vía biliar y el proceso de regeneración irá haciendo disminuir el diámetro de la cavidad.

Distinto es lo que se busca en la solución de continuidad lateral de un conducto biliar englobado por la adventicia. Aquí se pretende que el conducto biliar mantenga su diámetro luego de cicatrizado y drene los segmentos vecinos, tratando de evitar las alteraciones parenquimatosas en esos segmentos

Tal vez, y es lo deseado, para generaciones futuras, el QH sea a diferencia de lo que decía el Dr. Berohuet en el año 1953, una patología erradicada de nuestro país y sólo nos quede el recuerdo de que fue el tema central de estas reuniones.

## Comentarios

-Vamos a pasar a los comentarios. En primer término le vamos a pedir a los tres comentaristas nombrados por la Sociedad de Cirugía y después quedará abierto para la discusión con los presentes.

**-Dr. Delgado Bolívar.** Agradezco en primer lugar la distinción de haberme encomendado esta tarea. Me pareció que la presentación del Dr. Torres fue muy completa, muy juiciosa. Lamentablemente yo solamente de este problema puedo dar una sola versión. Y el hecho es que independientemente de la discusión de que si la cantidad de enfermos que hemos operado es poca o es mucha, lo que sí es importante, es que hace más de veinte años que hacemos una sola cosa que es la resección de la adventicia. Quiere decir que yo no puedo opinar de otros procedimientos porque diría yo que no tenemos experiencia. Desde hace

más de veinte años nosotros creemos que en la hidatidosis hepática hay dos situaciones muy claras: el quiste hidático hialino, donde la enfermedad es el parásito y, el quiste hidático alterado donde la enfermedad es la adventicia. Y yo creo que los cirujanos deben tratar de sacar la enfermedad que tiene el enfermo y no drenar la enfermedad que tiene el enfermo.

Entonces yo diría que hace más de veinte años que hacemos en los servicios que hemos actuado nada más que resecciones de la adventicia, lo más completa posible como lo dijo muy bien el Dr. Torres, a veces dejando fragmentos en la profundidad, en la confluencia de los hepáticos, en la confluencia suprahepático-cava derecha, ahí hemos dejado fragmentos de adventicia. No hemos dejado nunca cavidad adventicial en estos veinte años. Nunca cavidad adventicial. Y entonces lo importante sería decir, después de estos veinte años transcurridos, qué opina el Dr. Delgado de lo que ha pasado. Y yo diría que nosotros si tuviéramos la posibilidad de seguirtrabajando veinte años más, seguiríamos haciendo resecciones de la adventicia. Nos ha parecido el procedimiento mejor, es un procedimiento seguro, contra todo lo que alguien pueda pensar y hay que saber hacerlo nada más, pero como todas las cosas en la cirugía. No requiere otra cosa.

Cuando hablamos de infraestructura, de centros de referencia, yo le diría Dr. Torres que nosotros la experiencia mayor la hicimos en el Hospital Pasteur y la infraestructura del Hospital Pasteur es muy pobre, muy pobre. No disponíamos de muchas de las cosas que él cree que se necesita para hacer esta cirugía.

En el curso de estos años nosotros hemos operado, lo revisamos hace ya bastante tiempo, más de ciento cincuenta enfermos, a los cuales les hicimos resección de la adventicia, quistectomías abiertas, quistectomías cerradas, resecciones de cavidades adventiciales residuales, transitadas al tórax, transitadas a la vía biliar, cavidades residuales tratadas previamente.

18% de los enfermos que operamos ya habían sido operados por procedimientos conservadores. Y esto es un dato que ustedes tienen que recordar porque es muy importante.

Y ¿cuál ha sido la mortalidad que ha tenido esta cirugía? porque eso es una cosa muy importante. Yo diría que en los últimos cien enfermos no se murió ninguno. Los que se murieron, se murieron en la primera parte de la experiencia. Los que se murieron, ¿de qué se murieron?: Por errores técnicos vinculados al procedimiento se murieron dos enfermos. Uno de los primeros enfermos que tenía una hidatidosis de los segmentos 2 y 3, al cual uno de los residentes estaba haciéndole una hepatectomía izquierda clásica, se produjo una herida en la suprahepática izquierda que no pudo ser solucionada. Fue un error técnico en los principios de la estadística. Porque estos enfermos no los operé todos yo, los operaron muchos de los colaboradores que están acá. Los operó toda la gente de la Clínica, los operaron los residentes de la Clínica.

El segundo enfermo que se murió por error técnico fue una quistohepatectomía derecha total, en donde se produjo una peritonitis biliar por falla de la ligadura del hepático derecho que terminaba en la cavidad quística.

Fueron los dos únicos enfermos que se murieron, en nuestra opinión, vinculados directamente al procedimiento. Los otros cuatro, porque en total son seis enfermos en ciento cincuenta y ocho quistectomías, los otros cuatro enfermos se murieron en situaciones que eran muy graves. Me acuerdo de una enferma que trató el Dr. Tortero, cuando estaba en la Clínica, una señora de casi 80 años con un quiste hidático supurado y abierto en la vía biliar. La enferma tenía una colangitis grave, la biopsia hepática que le hizo el Dr. Tortero mostró que tenía microabscesos múltiples en el hígado. Se le hizo una quistectomía y se hizo un drenaje de colédoco. La enferma murió por evolución de la colangitis. Pero esa enferma se hu-

biera muerto, pienso yo, si se le hubiera hecho una quistostomía exactamente igual.

Quiere decir que esas muertes nosotros no las discutimos, y no las consideramos vinculadas al procedimiento. Pero yo recalco esto, y tal vez la curva de aprendizaje sea cierta y valga, en las últimas cien quistectomías que hemos hecho, no ha habido ningún muerto. Y lo de la morbilidad postoperatoria hay enfermos que hacen colecciones después de operados, algunos que eventualmente sangran, pero quistohepatoctomías derechas totales, a los cuatro días están en la casa. Y de esas hay varias, no más, sino de la gente de mi servicio.

Quiere decir que si yo hago una reflexión a través de todos estos años, creo que efectivamente hay que eliminar la hidatidosis hepática por medios de profilaxis y de control, en eso estoy totalmente de acuerdo, pero para el quiste hidático alterado nosotros creemos que después de estos veinte años que la única operación valedera es la quistectomía.

**-Dr. Torterolo.** Yo quedé gratamente sorprendido, no sorprendido porque lo conozco al Dr. Torres, por esta magnífica revisión que hizo. Yo creo que ha sido una notable revisión y trabajosa. Yo sé el trabajo que le ha dado tanto al Dr. Torres como a los colegas de Florida revisando toda esta bibliografía, que ha sido una magnífica revisión y, digo yo, pensaba que yo no he sentido un relato en los congresos argentinos de cirugía en ese sentido de hidatidosis tan bueno como éste, una revisión tan amplia del tema. Entonces vayan las felicitaciones al Dr. Torres y a todo el grupo que lo apoyó.

Yo no puedo agregar mucha cosa. Lo que les voy a decir es que como dijo el Dr. Delgado, el tratamiento de la hidatidosis es el tratamiento del parásito y el tratamiento de la adventicia y hay situaciones en que la adventicia no es una adventicia patológica y que vaya a llevar a la enfermedad adventicial que es lo que hay que lograr redu-

cir. Y esa es fundamentalmente la adventicia del niño y del joven. La adventicia del niño y del joven, o del quiste hidático joven por así decirlo, es una adventicia que es fina, que no tiene vinculación biliar, que tiene muy poca vascularización y que no tiene un componente fibroso importante. Si eso se desarrolla en un hígado sano, seguramente el tratamiento del quiste hidático es solo el tratamiento del parásito y no de la adventicia. Y así lo hacemos, digamos en esa situación. Pero que quede muy claro no hay vinculación biliar, no tiene una esclerosis periadventicial, y es un hígado sano. Seguramente y en el quiste hidático del niño ustedes ven que frecuentemente se drena el parásito y el niño anda bien y no tiene complicaciones a largo plazo porque la adventicia no ha adquirido los elementos patológicos que hacen la *súper existencia* o que hacen a su posible complicación postoperatoria, y que esa complicación postoperatoria, como acá muy bien se ha dicho, es una complicación que nosotros tenemos que esperar en los años. Nosotros hemos tenido complicaciones hasta veinte años después de la cirugía de la hidatidosis primaria y esas complicaciones son las recidivas, las más frecuentes, son las litiasis intrahepáticas, son las estenosis de la vía biliar, son los tránsitos hepatotorácicos, hepatopulmonares. Son complicaciones que son realmente importantes y que generalmente se acompañan de un enfermo que va a tener un hígado alterado con hipertensión portal, que ya va a tener una insuficiencia hepatocítica y que la cirugía en ese enfermo es realmente compleja y que tiene una morbi mortalidad en las mejores manos enormemente alta. Entonces por todo eso, es importante en esa situación, como acá se dijo, hacer el tratamiento de la adventicia, el tratamiento completo de la adventicia.

En la serie nuestra, que es una serie que nosotros recolectamos desde el año 79, de 411 quistes hidáticos sólo el 4% de ellos, que nos llegaron a nosotros, eran quistes hialinos de paredes finas,

es decir fundamentalmente de los adultos. Es decir que ese quiste es para tratamiento conservador y aún quizás para tratamiento médico, porque como se dijo acá, el tratamiento con Albendazol, los parasiticidas, es tanto más eficaz cuando más llega a la adventicia y al quiste la droga. Entonces en los quistes de paredes gruesas y calcificadas parece no ser tan eficaz el tratamiento, como en los de paredes finas.

Nosotros ahora estamos haciendo un trabajo prospectivo que vamos a ver lo que da. Y desde ya les digo que la sensación preliminar que tenemos es que el tratamiento en los quistes hidáticos de paredes gruesas calcificadas con Albendazol no esteriliza totalmente al parásito.

En nuestra experiencia, yo me voy a permitir pasar una diapositiva que en cierto modo está tomada en el 95, en la cual ustedes arriba ven el número de enfermos que fueron operados. Hicimos tres etapas, porque fueron tres etapas diferentes en la manera de tratar la hidatidosis que tuvimos. En la primera etapa, sólo el 37% recibió tratamiento radical. En la segunda etapa, del 90 al 92, fundamentalmente nos animamos más a la cirugía del hígado en base al trabajo ese que mostró Torres en el cual era mucho más mórbida la quistostomía que la quistectomía, entonces ya nos animamos más a hacer cirugía resectiva. Y en el período final no cambia mucho, las indicaciones de cirugía resectiva son más o menos las mismas. La contraindicación que nosotros aún tenemos para la cirugía resectiva es el terreno del enfermo. Es el terreno. Fundamentalmente las complicaciones sépticas de la hidatidosis o las repercusiones multisistémicas de la misma.

Ven ustedes que la mortalidad también fue bajando con el tiempo, hasta que en el momento actual, en la última serie no tenemos mortalidad. El porcentaje de reoperaciones también ha bajado y la hospitalización también. Es decir que, estos que son buenos resultados en el tratamiento de la hidatidosis no es un resultado sólo quirúrgico y yo en eso discrepo con el Dr. Bolívar Del-

gado. El trabajo de un equipo de cirugía del hígado es un equipo, el cirujano es parte del equipo nada más, el anestesista es importantísimo, el hemoterapeuta es importantísimo, el que recibe el enfermo en tratamiento intensivo también porque las complicaciones de estos enfermos en los cuales se moviliza el hígado, son múltiples, es la falla hepatocítica postoperatoria que hay que saberla manejar. Si esa falla hepatocítica se maneja según protocolización, estos enfermos andan muy bien y no tienen problema, pero tiene que haber todo un equipo detrás de eso, del cual el cirujano es uno más. Yo creo que nosotros los cirujanos somos uno más del equipo y que eso hace que la cirugía sea mejor.

Yo creo que no tengo más nada que decirles, simplemente los felicito por la magnífica revisión.

**-Dr. Porras, Yamandú.** Quiero agradecer, me siento complacido totalmente, muy feliz de la invitación de la Sociedad Uruguaya de Cirugía, de los compañeros de Florida de estar acá con ustedes. Le pedí que dejara hablar al Dr. Torterolo primero porque siempre que lo escucho aprendo cosas con él. En lo que tiene referencia al relato fue magnífico. A través de todos los puntos que tocó, me hizo recordar los enfermos que fueron pasando a través de los años por nuestras manos a través de los años. Y cómo lentamente las cosas van cambiando. Yo me adhiero totalmente desde el punto de vista conceptual con algunas pequeñas discrepancias a lo que dice el Prof. Delgado y a lo que dice el Prof. Torterolo.

Lo primero que quiero decir, a los cirujanos jóvenes, si algún día tienen que resolver una situación de extrema urgencia, con un enorme quiste hidático supurado que ocupa el lóbulo derecho y lo tienen que operar en lugares de Salud Pública, no se sientan derrotados si tienen que hacer un drenaje y salvarle la vida al paciente. El tema de la autocrítica, en toda la cirugía, como en el tratamiento de la equinococosis es un elemento fundamental. Estoy de acuerdo con las indicaciones precisas que hace el Dr. Bolívar Delgado, sí reseca-

la adventicia, cuando se puede toda mucho mejor, pero hay lugares topográficos donde la adventicia involucra la vena supra hepática. Hace poco operamos un paciente, mejor dicho el Dr. Campos y yo lo ayudé, en Dolores. hizo una quistectomía extrahepática e intrahepática y deja un medallón, o sea que hace una quistectomía parcial y deja abierto eso. No hicimos una quistostomía y nos preocupamos mucho, eso sí de ligar los canales biliares. Es muy difícil hablar de indicaciones de los distintos procedimientos, o de indicaciones precisas de las quistectomías, o de los distintos procedimientos. Es tan variable y se presenta y lo dice Larghero y lo sabemos todos los que hemos actuado, es tan variable la patología hídática por un lado, por el otro lado hay un armamentario de procedimientos quirúrgicos y el tema reside en saber qué hacemos en cada situación, porque hay situaciones en que es imposible hacer una quistectomía, es evidente, y además lo otro es que no se puede diferenciar el hígado, y lo dijo Torterolo recién, de las complicaciones torácicas, de las complicaciones peritoneales y de la repercusión en todas las estructuras que hay dentro del hígado. Ya lo expresó el Dr. Torterolo en lo que tiene que ver con modificaciones vículo-biliares. No sé es muy complejo.

Solo voy a decir dos o tres cosas, porque lo ha dicho muy bien el relator y los compañeros. No puedo opinar en los procedimientos laparoscópicos y mínimamente invasivos porque no tengo experiencia.

No tenemos experiencia en cuanto a las drogas supuestamente parasiticidas, pero a pesar de los años que se están usando, en el momento actual, da la sensación de que no se ha logrado nada ideal en este momento. Cuando yo llegué a Mercedes por el año 65, estaban los cirujanos y se usaba el formol y nosotros habíamos empezado en el lugar donde estábamos y siguiendo a Larghero utilizamos el cloruro de sodio y revisamos 10 siembras hídáticas postoperatorias de esos años. En 7 se había usado el formol, en 3 no se pudo

determinar. Y hay un trabajo que lo menciona Velarde y que lo hizo Fiandra, en perros, sobre la acción parasiticida del formol y la acción parasiticida del cloruro de sodio hipertónico, donde el formol coagula, en cambio el cloruro de sodio crea corrientes osmóticas y es un eficaz parasiticida. No hemos tenido problemas por lavar profusamente las cavidades.

El procedimiento de Posadas, lo empezamos a hacer en los niños y con excelente evolución y después en enormes quistes centrales en enfermos de alto riesgo del lóbulo derecho, forzamos la indicación de Posadas con adventicia gruesa. Estábamos en un medio mal montado y no teníamos mucha experiencia en la gran cirugía hepática y hemos forzado a veces las indicaciones de Posadas, o sea abrir, lavar, lavar, lavar y evacuar, estar absolutamente seguros que no existe diverticulización.

Chifflet insistía en que la diverticulización es la causa fundamental de la equinocosis secundaria intracavitaria y que la cavidad residual se convierte en un saco evolucionante. Lo otro fundamental es la colangio intraoperatoria, la colangio o la inyección de azul de metileno y la búsqueda de las fístulas biliares. En esos casos hemos conseguido buena evolución ligando cuidadosamente, cerrando la cavidad y no haciendo quistostomía a enfermos que llevan seguimiento de 15, 20 y más años aún.

Quiere decir que nuestra filosofía radica en dos cosas: en no hacer quistostomía y tratar de hacer quistectomías, que pueden ser totales o parciales, lo que sea.

La quistostomía en un quiste hídático hialino profundo convierte a la cámara parasitaria en un saco visceral evolucionante porque se infecta. Y tratamos de hacer adventisectomías y evitar en lo posible la quistostomía.

Hay situaciones especiales, cada vez estamos viendo situaciones más simples y menos volumen de pacientes, mucho menos volumen de pacien-

tes, este es un hecho que lo comentó Torres y creo que todos tenemos el mismo concepto. Pero lo notable del caso es que la infestación del ganado lanar aquí en Florida sigue tan alta como siempre y la infestación en perros sigue alta, probablemente la disminución de la equinocosis en el ser humano se deba a los logros conseguidos con la educación y el contacto del perro con los niños.

Quería agradecer y felicitar a Torres por la excelente exposición y agradecer a los compañeros y a la Sociedad de Cirugía. Muchas gracias.

-Muchas gracias Dr. Porras, queda abierta la discusión del tema de actualización presentado por el Dr. Marcos Torres sobre el Tratamiento de la Equinocosis Hidatídica del Hígado.

**-Dr. Campos.** Primero quería felicitarlo a Torres porque realmente un tema árido como es la hidatidosis para todos los uruguayos, solo haber hecho esto, felicitaciones por el esfuerzo. Y simplemente hacer unos comentarios de lo que fui tomando nota sobre algún aspecto que me llevó a la reflexión.

Nosotros en el año 1994, el 19 de febrero, presentamos un póster a una jornada de un día que tuvo la Sociedad de la Lucha contra la Hidatidosis en el Banco República, juntamos los dos últimos 5 años de los quistes hidáticos que se habían operado en Salto, y daba justamente 22 quistes hidáticos por año, que justamente da, todavía teníamos hasta ese momento infestación de 20 por 100.000 habitantes. Es decir que todavía creo que tenemos una infestación alta, sin embargo estamos viendo que viene descendiendo el nombre hidatidosis. Con respecto a la serología, quería decir que hemos trabajado el tema ya que en Salto está el Laboratorio de Inmunología que depende de la Facultad de Química y que han hecho trabajos muy importantes en todo lo que tiene que ver con la inmunología inclusive con publicaciones a nivel del exterior y ahí llegamos a la conclusión, lo más importante y lo hemos utilizado es la serología como screening. Trabajamos en dos comunidades de la campaña de Salto, sacamos sangre a todos los

pobladores y los que eran positivos se pasaron por imagenología y viendo y haciendo el diagnóstico. Así que hoy por hoy, yo creo que la serología es lo más importante para el screening poblacional. Y fundamentalmente ya lo que dijo con respecto a las técnicas de Elisa y algunas otras modificadas. Lo que nos queda todavía que estamos viendo la evolución, son algunos casos, serología positiva e imagenología negativa, esos enfermos los tenemos localizados para tratar de ver si en el futuro aparece o no aparece o si fueron falsos positivos.

Con respecto al alcohol absoluto para la esterilización, la semana pasada tuvimos las Jornadas de Cirujanos de Entre Ríos y el grupo del Hospital Italiano de Buenos Aires, justamente comentaron que tuvieron casos donde tuvieron la necesidad de realizar trasplantes hepáticos por destrucción de la vía biliar por el alcohol intraquístico. Digo esto un poco, porque estamos en la era mínimamente invasiva y no embalsamos mucho con unas técnicas en las cuales creemos que puedan tener indicaciones muy precisas y complicaciones muy graves.

Con respecto al tratamiento médico, con el Albendazol fundamentalmente, bueno, hemos intentado hacer trabajo pero no hemos podido conseguir la medicación porque creo que a la propia industria no le interesa que se hagan trabajos porque seguramente van a ser muy dudosos, si realmente sirve o no sirve la utilización del Albendazol en el tratamiento de estos enfermos.

Pensamos que el tratamiento médico tiene una indicación precisa que es cuando la cirugía no puede erradicar la enfermedad. Tenemos pocos casos, fundamentalmente una siembra miliar hidática pulmonar en el cual le hicimos durante tiempo y no sabemos si se curó espontáneamente o lo curó el medicamento. Intentamos hacer sabiendo que la contaminación intraoperatoria lleva alrededor de un 6%, según viejas estadísticas, sería lo ideal hacer Albendazol en el preoperatorio para tratar de disminuir esa siembra. Entonces intentamos hacer una dosificación dentro del quiste, de la droga, lamenta-

blemente empezamos a hacer la prueba y nos quedamos sin droga para seguir haciéndola.

El otro tema que quería comentar con respecto a la técnica, pensamos que el cirujano debe tener, como toda cirugía, un armamentario amplio para poder tratar las enfermedades y pienso que poner de un lado la quistectomía y del otro la quistostomía es una falsa oposición. Yo pienso que hay que adecuar a cada caso el tratamiento y desde luego, y estamos totalmente de acuerdo, que cuando mejor tratemos al enfermo seguramente va a ser con una cirugía radical. Y seguramente uno con el transcurso del tiempo cuanto más ducho se va poniendo, se va poniendo más radicalizador, pero no por eso pienso que tenemos que hacer una cruz a una cirugía no tan radical.

El otro tema que quería comentar es cuando el enfermo queda con una quistostomía, que antiguamente por lo menos teníamos casi en forma rutinaria antes de retirar el tubo hacer una quistografía. Personalmente no hacemos más quistografías porque pensamos que tiene más complicaciones que beneficios ya que en la quistografía hay que tener en cuenta que muchas veces una cavidad que no está infectada se la infectamos nosotros.

Nada más.

**-Dr. Hernán Parodi.** Simplemente quería intervenir para realizar un aporte sobre algunos aspectos que me parecen fundamentales. Por supuesto, los maestros que hablaron antes tienen mayor experiencia que nosotros en el tema, pero nosotros también hemos observado durante años a otros maestros, particularmente hemos tenido por lazos familiares, vasta experiencia en el tema.

Yo quiero señalar algo que es muy importante que lo dijo el Dr. Campos recién y que es no desechar los procedimientos de quistostomía, en el quiste hidático posterior que tiene la mitad de la adventicia en el diafragma hacer una ostomía si la adventicia es blanda es un procedimiento muy eficaz. Habida cuenta que se drenen en el sector declive, o sea hacer una movilización hepática lobar derecha que no implica la movilización com-

pleta que citó el Dr. Marcos Torres pero que provee un mecanismo de declive, de drenaje y una ostomía con excelente evolución.

Pero el aporte fundamental, perdón, otro aporte que creo no se debe desechar verdad, es cuando el hígado remanente proveedor de la bilirragia puede ser resecado, conviene a veces realizar la hepatectomía típica distal y no introducir drenajes biliares verdad, si no es necesario.

Pero el aporte, como decía, que me parece fundamental, es a la luz de los nuevos procedimientos miniinvasivos, llamados miniinvasivos verdad, por la literatura, que se fundamentan en el procedimiento de la sigla PAIR, que es punción, aspiración, inyección, y reaspiración, que por supuesto acaba de citar el Dr. Campos la alarma que existe frente a la necrosis hepática y biliar por la inyección del alcohol. Pero está perfectamente estipulado por la Organización Mundial de la Salud, que los quistes donde se deben practicar esos procedimientos son aquellos menores de 10 cm de diámetro hialino con adventicia fina que sean perfectamente abordables y que siempre tiene que tener una cobertura con Albendazol.

El Albendazol se debe administrar por lo menos 4 días antes. A la luz verdad de lo que todos estamos hablando siempre sobre costos-beneficio, el tratamiento con Albendazol debe ser de 10 a 15 mlgrs/kilo peso, 28 días de serie. Parar una serie, y después reiniciar otro mes de tratamiento. Parar otro mes y realizar otro mes más. Esa es la recomendación.

En una mutualista de Montevideo, no sé del Interior, pero la mutualista de Montevideo no lo banca. El día de Albendazol, sale más o menos entre 100 y 200 pesos, dependiendo del peso del enfermo porque trae dos blister de 200 mlgrs. cada uno, que son 400 mlgrs. que da para un enfermo de 40 kgs. de peso. Un hombre estándar de 70 kgs. requiere 2 cajas, 2 tickets de medicación mutual.

Esta advertencia simplemente quiere llegar al punto de que a veces nosotros podemos estar ha-

ciendo planteos pero nos pasa siempre que o el enfermo no los toma porque no dispone de ese dinero, o se nos acaba ese medicamento como señaló el Dr. Campos recién, se inicia la línea de trabajo pero no se puede seguir.

Entonces este enfermo a la luz del costo-beneficio, ¿es realmente tratable, del punto de vista económico?

Segunda pregunta: ¿no es mucho más corto realizar una cirugía estándar que una punción percutánea riesgosa?, ¿realizar una agresión del parénquima hepático y de la vía biliar con inyección de sustancias que agreden? Tenemos el formol está perfectamente tipificado una enfermedad que acá no se señaló, pero que seguramente todo el mundo conoce que es la colangitis esclerosante secundaria por hiatrogenia del formol. Es decir de muy difícil manejo. El alcohol absoluto también da colangitis. Entonces yo quisiera un poco volver a las fuentes, porque además el resultado que señala la Organización Mundial de la Salud para el Albendazol es una efectividad del 37%. En el momento actual no es para la tenia equinococo granuloso que es la que nosotros tenemos, sino fundamentalmente para la oligartus y las otras, la alveolar, la equinocococis alveolar tiene indicación formal de Albendazol. Pero la equinocococis hidatídica del equinococo granuloso que nosotros sufrimos, creo yo que el tratamiento quirúrgico es el terapéutico, mientras que el verdadero tratamiento va a ser la profilaxis adonde están apuntando los mecanismos sanitarios.

Y para resumir un poco el aporte, creo que la terapéutica sigue caminando por la cirugía abierta estándar. Debe ser realizada por el cirujano con sumo cuidado con vistas, por supuesto, a hacer la cirugía radical más adecuada del enfermo, que puede ser incluso una ostomía si estamos considerando un quiste hepático supurado. En ese caso nosotros no encaramos un quiste hidático, sino una supuración hepática secundaria. Y vamos a tratar la supuración hepática con un simple drenaje y no matar al enfermo por una hemorragia o por otro tipo de complicación.

Así que creo yo que el lugar del cirujano sigue estando y creo que sigue caminando en pos del tratamiento convencional de la hidatidosis hepática.

**-Dr. Oscar Balboa.** Primero que nada me sumo a las felicitaciones a la presentación realizada que hizo una puesta a punto del tema, realmente muy buena.

Yo estuve con el lápiz y la hoja de papel pronta para escribir alguna cosa y lo único que escribí es vinculado a la desmitificación de la movilización hepática.

Lo que quiero transmitir con esto es que cuando nosotros empezamos con la cirugía, el hígado era una cosa que no se movía, que no se tocaba. Es decir que toda la cirugía del hígado se hacía in situ y entonces eso condicionaba los procedimientos a realizar ya que no se podía movilizar el hígado. Después que aparecen publicaciones con las hepactetomías y la movilización hepática, ya las nuevas generaciones que se están formando, se forman en que cuando se hace cirugía hepática se moviliza el hígado. Es decir que la movilización hepática constituye ya un procedimiento que en cualquier medio quirúrgico medianamente desarrollado, entra en lo que puede ser corriente en la cirugía hepática. Entonces los temores que uno puede tener, o las dificultades que uno puede tener son las mismas que puede tener en cualquier otro tipo de topografía quirúrgica, donde si no conoce la región, no la debe de operar.

En lo que se refiere al tema de si son centros especializados o no, toda la cirugía nos ha demostrado en los últimos años, que toda la cirugía importante no depende más del cirujano. El cirujano es, como dijo el Dr. Torterolo, un elemento más, un integrante de un equipo, que tiene que estar por supuesto el cirujano actual no ser un operador, pero que está integrado a un equipo. Y toda la cirugía importante, toda la cirugía mayor, alta cirugía, no importa de qué topografía sea, precisa un apoyo logístico, correcto de la gente que lo rodea que es el anestesista, el hemoterapeuta y que

eso debe existir en cualquier centro quirúrgico que debe hacer una cirugía mayor.

Con esto qué quiero decir, pienso que no es absolutamente imprescindible la existencia de un centro que tenga que hacer cualquier tipo especial de cirugía, porque lo que es más importante es que el centro hospitalario donde se realiza esa cirugía, tenga un buen nivel de calidad general. Porque si el centro hospitalario no es bueno, no importa que vaya a ese centro hospitalario un grupo de gente que sepa hacer bien un procedimiento porque le va a fallar algo de la imagenología, le va a fallar algo del laboratorio, le va a fallar otro tipo de cosas que son necesarias. Entonces digo, yo lo que quiero es generar un poco la idea de que bueno mover un hígado no constituye una cosa para elegidos, o para gente que sea muy especialmente preparada, y que es una situación que va a llegar a poderse realizar porque todos los residentes que se formen lo van a poder hacer sin ninguna dificultad.

No entro a discutir los procedimientos, ya se ha dicho todo. No hay ninguna cosa que agregar a lo ya dicho. Solamente eso era lo que quería señalar. Muchas gracias.

-Sigue a consideración de los socios, la presentación.

**-Dr. Perdomo.** Me voy a sumar a las felicitaciones al Dr. Torres. Me ha parecido que ha hecho un trabajo muy meritorio y ha adoptado una posición ecléptica al presentarla dejando abierta las puertas para que cada uno use las que quiere.

En primer lugar, los comentarios que quiero hacer, es pensar que los cirujanos tenemos un compromiso muy grande con la hidatidosis en este país, porque los quistes hidáticos siguen llegando a los cirujanos. No van a ninguna otra especialidad, van a los cirujanos. Los cirujanos no han hecho más nada que operar, no se han ocupado de otros aspectos que hubieran podido tener mucho más interés si se hubieran mancomunado las posiciones de lucha y hubieran levantado más las posibilidades de que esto desapareciera, que es lo que queremos todos. Pero la verdad, ya que tenemos que seguir con la cirugía, vamos a elegir para estos

enfermos, que no los cuidamos para evitarles que tengan la hidatidosis, vamos a hacer por lo menos que no los matemos; que podemos tratarlos y tratarlos de la manera más linda posible. Porque yo creo que es una enfermedad benigna que debe tener un tratamiento benigno.

Yo creo que sí, que se puede hacer todo lo que se quiera con el hígado, pero no creo que sea necesario. Y si uno tiene que hacer una cirugía, y la puede hacer simplemente, no la va a complicar buscando cosas que no vienen al caso. Yo creo que vale la pena saberlas hacer, pero no hacerlas sistemáticamente porque eso crea un riesgo que es inútil.

Por otra parte hay que tener en cuenta lo que significan las estadísticas. A mí me llama la atención porque cuando empecé a hacer estadísticas, es curioso, porque tiene que ver con la manualidad, tiene que ver con el conocimiento cada vez más profundo del tema pero siempre se presenta en las estadísticas una etapa primera donde se va mal. Otra etapa intermedia donde se va mejor, una etapa última que se va fantástico. Yo dudo de esas cosas porque realmente me impresiona que se pueden mejorar, pero que la cosa no es tan radical. Hay una cosa que es ecléptica, que permite comparar una cosa con la otra y sacar conclusiones que no siempre son tan terminantes.

Yo pienso que se puede llegar a tratar el quiste hidático, hablando de las estadísticas, y hablando de las estadísticas, quiero decir también que no veo claramente, que no se pongan algunos quistes que existen en el lóbulo izquierdo, que se sacan «con la uña», que se podían poner como quistectomías totales, pero hay que ponerlas aparte porque no corresponde ponerlas con las otras. Y cuando se dice quistectomía total tiene que ser total, porque si es subtotal, es lo mismo que hacer una quistectomía emergente, no es mayormente una cosa mayor. Se puede decir que hay que especificar claramente si hacemos una quistectomía total o una quistectomía subtotal porque de eso hay una trampa, que se deja muy a menudo un casquete

de adventicia en el lugar peligroso y se completa la quistectomía del resto. Y después se le pone quistectomía total. Ya eso crea un problema que realmente hay que tenerlo en cuenta.

Yo pienso que verdaderamente podemos manejar el quiste hidático de hígado de una manera sencilla y simple si procedemos a tratar la cavidad evitando que se drene la bilis hacia ella y evitando que quede cerrada. Dejarla abierta y enhebrar cualquier canal biliar que se encuentre en la superficie adventicial, drenarlo y excluirlo para que podamos manejar la bilirragia postoperatoria.

Si no hay bilirragia postoperatoria, si la cavidad queda abierta y no se es contaminada por un tubo de drenaje que viene de afuera hacia adentro con la infección, si se consiguen esos elementos tan simples, se puede dejar realmente la adventicia sin ningún problema y el enfermo se va a curar con toda seguridad.

Muchas gracias.

**-Dr. Amorín.** Primero algún aviso. Sobre la mesa delante tuyo Gateño, el Dr. Ugarte ayer me llamó para mandarnos algún material que hace referencia a la hidatidosis. Los dos son trabajos de la Comisión Honoraria, uno referido a la estadística del quinquenio de la cirugía del quiste hidático de Montevideo, que Perdomo y sus colaboradores hicimos fotocopias para distribuirlo y el otro es un librito que se distribuye a los pacientes operados y que están allí a disposición de ustedes, si quieren levantar esa bibliografía. La otra es que hemos previsto, desde el punto de vista administrativo, entregar una constancia de la asistencia al curso, que de repente necesitan. De manera que al terminar pueden pasar por Secretaría y además recibirán un pequeño obsequio.

Yo me encuentro necesitado de hablar de esta patología, porque la hemos manejado desgraciadamente. En el último trabajo que publica la Comisión Honoraria después del departamento de Cerro Largo, Florida y con algún otro siguen siendo los de más prevalencia quirúrgica por 100.000 habitantes. La prevalencia quirúrgica, como lo

señalaba Torres en una diapositiva, ha venido disminuyendo notoriamente por quinquenios y nosotros estimamos que la acción de la Comisión Honoraria contra la Hidatidosis viene cumpliendo una importante función y con el nuevo procedimiento de dosificadores de perros ha mejorado enormemente la parasitación de los perros y de los animales.

El tratamiento del quiste hidático, cuando uno dice tratamiento de quiste hidático se refiere a una enorme cantidad de cosas, una gran variedad de quistes, en una gran variedad de pacientes que tienen distintas edades y en una gran variedad de localizaciones dentro del quiste. De manera que decir éste es el mejor procedimiento, y éste es el peor procedimiento es imposible. Yo creo que hay que tener una serie de procedimientos y aplicarlos en cada caso, de acuerdo a la situación clínica en que se viva. Si nosotros hiciéramos los extremos, un caso un niño que tiene un quiste hidático grande del lóbulo derecho que prácticamente no tiene adventicia, el método de Posadas es excelente. En el otro extremo, pacientes que tienen una equinococis, inclusive operadas y reoperadas que tienen quistes nuevos en un lóbulo izquierdo, a nadie se le ocurriría terminar la operación con Posadas. Ahí hay que hacer una resección total. En ese blanco y negro hay una cantidad de grises, hablando sólo del quiste, en el cual el parásito y la adventicia pueden tener distintos estados anatómicos y uno debería adecuar la táctica quirúrgica al estado del quiste, al estado del enfermo y fundamentalmente, al estado de la adventicia. Nosotros hemos utilizado todos los procedimientos: de Posadas, quistostomías, quistectomías, hepatectomías fundamentalmente del lóbulo izquierdo no tanto en el derecho, y creo que como decía Perdomo, el tratamiento debe adecuarse al estado del quiste y al estado del paciente.

Nosotros creemos que dentro del blanco y del negro hay una cantidad de situaciones que son las más, en las cuales la adventicia del quiste, una vez que uno lo evacúa, lo dreña, lo aspira, lo abre, lo

mira por dentro, lo refriega con una torunda de cloruro de sodio, ve que no hay comunicaciones biliares, ve que no hay adventicias duras, creo que perfectamente esa operación se puede terminar con una quistostomía.

Yo lo digo acá delante donde hay mucha gente joven, porque creo que es un buen procedimiento que tiene sus indicaciones. Entonces ahí entra el problema: ¿cuál es la adventicia, o en qué momento la adventicia necesitamos resecarla? Porque a veces cuando hacemos una quistostomía, no es por no resecar la adventicia, sino porque nos parece innecesario hacerlo. El hecho de que tenga una adventicia blanda, o un poquito más dura, eso no quiere decir que sea necesario resecarla, por lo menos ese es el punto. En qué momento deberíamos resecar la adventicia que pueda significar un riesgo para el paciente.

De manera que, evidentemente es difícil el tema, porque se trata de un epónimo para designar una cantidad de situaciones clínicas en cuanto a quistes, número de quistes y demás.

Para nosotros en este momento el tratamiento del quiste hidático que puede llevar a una situación difícil, de riesgo para el paciente, son contados. Nosotros creemos que el quiste hidático hoy, con procedimientos relativamente sencillos, puede ser perfectamente bien tratados, con excelentes resultados y hay un trabajo que no está ahí, publicado por la Comisión Honoraria que en el año 93 hicieron un relevamiento de todos los Centros Quirúrgicos Públicos y Privados del País, de Montevideo e Interior, en el cual analizaban 377 casos con un 97% de localización única en un órgano, de todos los casos, con un casi 80% de ellos localizados en el hígado y que tiene globalmente una mortalidad en todo el país del 1 y decimales de mortalidad.

Me parece que la enfermedad hidática, en una gran proporción, puede ser tratada por procedimientos conservadores. Mismo la operación de Posadas, como decía Porras, que la usábamos durante un tiempo porque operábamos muchos

niños, después se nos fue la mano, quizás nos pasaba. Pero muchos adultos que tenían una adventicia que no tenía comunicación biliar y que era relativamente blanda, también le hicimos un Posadas y tuvieron buena evolución.

Yo creo, que es difícil, difícil decir de una sola palabra qué es lo que hay que hacer frente a situaciones tan variadas y que el cirujano debe tener en su armamentario todos los procedimientos y aplicarlos de acuerdo al caso clínico y fundamentalmente también a la infraestructura que tenga disponible. No creo que sea un pecado si la infraestructura o la experiencia del cirujano no es la suficiente, solucionar al paciente con la quistostomía y si surge un problema someterlos a una reintervención.

Me parece que no es ningún pecado, sobre todo en centros más chicos.

Bueno muchas gracias.

-Sigue a consideración de los señores asociados el trabajo presentado por el Dr. Marcos Torres de revisión de equinocosis hidática del hígado.

-Yo no quería hablar mucho de la técnica, pero uno se llega a envenenar del asunto.

Yo pienso que el problema terapéutico de los quistes hidáticos se plantea en dos topografías: **Son los quistes hidáticos centrales hepáticos**, que van a comprometer la confluencia y van a comprometer al árbol vascular y son los que generan la hipertensión portal hidática y las grandes lecciones y estenosis posthidáticas; y los quistes hidáticos que están localizados en la cara posterior en el confluente cavo supra hepático.

Creo que en el resto de quistes hidáticos las posibilidades terapéuticas pueden ser múltiples y las soluciones pueden ser múltiples, algunas mejores o peores, y yo no voy a dar mi opinión en lo que yo hacía, y yo me adhiero plenamente en lo que dijo el Dr. Bolívar Delgado en sus lineamientos generales terapéuticos.

Pero creo que en particular esas dos topografías sí generan preocupaciones particulares, don-

de es muy importante, y ahí quiero hacer énfasis en lo que he aprendido del Prof. Perdomo del manejo de hidatidosis, y hacer énfasis en proteger los canales biliares, proteger los canales de la confluencia, con variables posibilidades terapéuticas que bueno, se tienen que ver e insistir en la utilización de la imagenología intraoperatoria.

Se habló acá de la ecografía, pero no olvidar también la colangiografía intraoperatoria que nos da muchos elementos también para ver qué manejar, cómo manejar los canales distales, y lo que también dijo creo que fue Parodi, no dudar en algunas situaciones donde hay amputación de canales distales en hacer algunas resecciones hepáticas.

Pero lo único que quería señalar, es que la topografía, y para mí hay dos topografías, condicionan visiones terapéuticas que son diferentes, son las centro hepática y la que está en el confluente cavo supra hepática. El resto de las topografías, como también lo dijo Perdomo, los quistes hidáticos emergentes no hay duda, no hay problema, esos no son problema. Nada más

-Sigue a consideración de los consocios el trabajo.

**-Prof. Delgado.** Es interesante lo que decía Balboa y con respecto a eso yo quiero aclarar alguna cosa, porque alguno podría pensar que las quistostomías que hacemos son las que están en el lóbulo izquierdo, por eso yo quiero hacer alguna referencia a los números, números que son viejos, tienen varios años ya, quiere decir que la serie de ahora es mucho más grande pero en el momento en que esto fue publicado teníamos 158 quistectomías. De esas, 50 eran del segmento 8, de esas que dice Balboa, de ellas dos tenían un Budd Chiari, una de ellas la he visto recientemente y lleva 12 años de operado, la hepatomegalia se ha reducido y el paciente está asintomático. Un Budd Chiari con una compresión de la supra hepática derecha y de la cava casi con oclusión de la misma. Se le hizo una quistectomía.

Otras situaciones, hay 8 en el segmento 4, de esas que hacían referencia recién. En dos de ellas

la convergencia de los enfermos hepáticos estaba totalmente comprometida. Una fue reparada con una plastia de adventicia y a la otra se le hizo una hepático-yeyunostomía sobre los dos canales que estaban abiertos en el confluente hepático.

Digo esto porque quiero que se den cuenta de los enfermos que operamos, que no son quistes hidáticos de la punta del lóbulo izquierdo que se sacan con el dedo. No estamos hablando de eso.

Tenemos 5 enfermos que tenían quistes hidáticos del medio del hígado, de la cisura mayor, que comprometían ambos lóbulos. En esos enfermos después que se termina la quistectomía, el hígado queda partido en dos: un hígado derecho y un hígado izquierdo. Y después los juntamos y los cerramos.

18 fueron quistohepatectomías derechas, por quistes hidáticos que sustituían todo el lóbulo derecho, de varios segmentos, con adventicias viejas, calcificadas, fibrosas. Solamente se hicieron 18 del lóbulo izquierdo, de 158

Otra cosa que quería decir que es un hecho de la patología, que por supuesto todos ustedes la saben, que nosotros la hemos visto y la hemos documentado y es que en el espesor de la adventicia que sacamos hay granulomas, hay absesos y hay vesiculación exógena.

-Sigue a consideración a los consocios el trabajo presentado.

Bueno, nosotros queremos unirnos en representación de la mesa, a la felicitación de todos los socios, al relator de este trabajo. Es un trabajo enjundioso sin lugar a dudas. Nos llena de alegría y de satisfacción el haber concurrido y escuchar esta puesta a punto del tema que está al máximo nivel científico que uno pueda considerar. Eso creo que además de hacerlo constar, es un poco rescatar el valor de la Sociedad de Cirugía del Uruguay.

Este es un trabajo hecho en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, hecho en un Centro del Interior de la Sociedad de Cirugía del Uruguay. Agradecemos y felicitamos.

Segundo, yo me quería unir con un par de reflexiones también como como viejo que soy. 30 años de ejercicio de la cirugía, a uno le permiten hacer alguna reflexión.

La primera reflexión que surge y estando casi de acuerdo con todo lo que se ha dicho, la enfermedad hidatídica, la equinococosis hidatídica del hígado es una enfermedad que en términos generales, operada en oportunidad, es una enfermedad benigna, es una enfermedad que no mata. Y uno de los elementos de costo-beneficio a considerar es que las complicaciones, la morbi mortalidad del acto quirúrgico no puede superar, o no es aceptable que supere la morbi mortalidad de la historia natural de la enfermedad o de la enfermedad presuntamente residual que se deje.

En este sentido no voy a repetir, quiero rescatar la importancia de contar con todo el armamentario.

Yo quiero referirme a dos cosas, porque si creo que hay algo que le hace mal a la cirugía es la polarización. Primero, yo no creo que haya estado en el ánimo de ninguno de los exponentes hacer dos grandes grupos cuando hablan de resección de la adventicia, en todo o nada. Lo dijo muy bien el Dr. Bolívar Delgado, cuando hizo los comentarios y lo dijo muy bien el relator, que los tres principios fundamentales eran tratar el parásito, tratar la adventicia y tratar las lesiones en el órgano.

## Bibliografía

1. Larghero, P.; Venturino, W.; Broli, G. "Equinococosis Hidática del Abdomen" Montevideo: DELTA, 1962
2. Lloyd, S.; Schantz, P.; Coltori, E.; Muzio, F.; Larrieu, E. Grupo Consultor. Cooperación Técnica de la OPS con la CNH de Lucha contra la Hidatidosis a través del MSP. Informe preliminar. Evaluación del Programa Nacional de Control de Hidatidosis de la ROU. Montevideo, Uruguay. 28 al 31 de enero de 1998
3. Langer, B; Gallinger, S. "Enfermedad Quística del Hígado". En Zuidema. Cirugía del aparato digestivo. 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana, 1993.
4. Bradstreet, C. M. P. "A Study of two Immunological Test in the Diagnosis and Prognosis of Hydatid Disease." J. Med. Microbiol. 1969; 2, 419-33
5. Capron, A.; Yarzabal, L.; Vernesand, A. "Le Diagnosticque Immunologique de L'Equinococose Humaine" Path. al Biol. Paris 1970; 18, 357-65.
6. Conder, G.A.; Andersen, F.L.; Schantz, M. "Immunodiagnostic Test for Hydatidosis in Sheep; an Evaluation of Double Diffusion, Immunoelectrophoresis, Indirect Hemagglutination and Intradermal Test" J. Parasitol. 1980; 66, 577-84.
7. Craig, P.S. and Rickard, D. "Studies on the Specific Immunodiagnosis of Larval Cestode Infections of Cattle and Sheep using Antigens Purified by Affinity Chromatography in an Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (Eli-sa)." Int. J. Parasitol. 1981; 11, 441-9.
8. Larre Borges, U.; Bisio, H.; Doassans, C.; Sánchez, L. "Nueva Estrategia Terapéutica en el Quiste Hidático" Clín. Quir. "B", Hospital de Clínicas. 1993.
9. Lozano, W. "Eficacia de la Terapéutica Biológica de la Hidatidosis. Valoración Clínico-Immunológica" Gran Premio Nacional de Medicina. 1980.
10. Torterolo, E. Vergara, M., Covic, V. Leites, A. Aizen, B. Czarnericz, D. et al. "Tratamiento Radical de la Hidatidosis Hepática: Adventicectomía Total" Cir. del Urug. mar. 1994; 64 (1): 56-65.
11. Torterolo, E.; Kaitazoff, A.; Fernández, W. "La Ecografía Intraoperatoria en Cirugía Hepática: Comunicación Preliminar" Cir. Uruguay ene-mar. 1994; 64 (1): 52-55.
12. Hidalgo, M.; Barquet, N. "Hidatidosis Hepática. Estudio de una serie de 7435 casos. Parte II: Tratamiento Quirúrgico, Morbimortalidad, Tratamiento Médico, Hospitalización e Implicaciones socioeconómicas" Rev. Esp. Enferm Apar Dig. , 1987; 71, (2) 103-9.
13. Tierney, L.Jr.; Papadakis, M.; McPhee, S. Current Medical. Diagnosis and Treatment. S. Francisco, California. 1996.
14. Morris, D.L. "Pre-Operative Albendazole Therapy for Hydatid Cyst" Br. J. Surg. 1987; 74: 805
15. Assadourian, R.; Leynaud, G.; Dufour, J.; Atie, N. "Traitement du Kyste Hydatique du Foie. Notre Attitude Actuelle" J. Chir. (Paris), 1980, 117, (2), p. 115-20.
16. Fernández, G.; Bianchi, G.; Palacios, G.; Piazza, A.; Keuchkerian, S. "Efecto de Distintos Parasiticidas sobre la Vía Biliar" Cir. Urug. 1988. 58 (1): 41-4. en-feb.
17. Perdomo, R.; Alvarez, C.; Tiscornia, E.; Zubiaurre, L.; Geninazzi, H. "Estenosis Biliares Posthidatídicas. Formas Anatómorradiológicas y Tratamiento. A Propósito de una Observación con Absceso Angiolítico" Cir. Uruguay. 1993; 63: 158-64.
18. Alvarez, C.; Perdomo, R. "Implicancia Terapéutica de la Fertilidad del QH en los Distintos Estados Evolutivos de la Hidatidosis Humana" Forum Cir. Uruguay. 1994; 64: 231-4.

19. Ríos, B. "Equinocosis Hepática-Tratamiento" Congreso Uruguayo de Cirugía, 4º. Montevideo, 1953. p. 149.
20. Perdomo, R.; Ferreira, C.; Chiesa, A.; Alvarez, C. "Forma Multivesicular y Migración de los Quistes Hidáticos del Hígado" Cir. Uruguay. 1988; 58 (2/3): 61-71.
21. Porras, Y. "Complicaciones Hepatobiliares de la Hidatidosis". Relato al Congreso Uruguayo de Cirugía, 24º. Cir. Uruguay, 1973; 43 (6): 441-89.
22. Ben. Amor N.; Gargouri, M.; Gharbi, A.A.; Golvan, Y.J.; Ayachi, K.; Kchouk, H. "Essai de Traitement par Ponction des Kystes Hydatiques Abdominaux Inoperables" Ann. Parasitol. Hum. Compt.; 1986; 61: 689-692.
23. Ben Amor, N.; Kchouk, H.; Ayachi, K. et al. "Interet de la Ponction dans le Traitement du Kyste Hydatique Journées D'Imagerie Francophone du Thorax et des Vaisseaux" Montpellier. 13-15 mai. 1987
24. Maglione, H. "Cirugía Laparoscópica de QH Hepático" Capítulo de Cirujanos del Interior. Soc. de Cir. del Urug. 1ª Jornada. Tacuarembó. Junio, 1997. (Video).
25. Perdomo, R.; Ferreira, C.; Alvarez, C. "Operación Radical versus Conservadora en algunos Quistes Hidáticos Hepáticos, Conducta con la Adventicia" Cir. Uruguay 1996; 66: 192-7.
26. Ardao, H. "Los Procesos de la Adventicia en la Evolución de los Quistes Hidáticos del Hígado, Tratados por el Drenaje" 4º Congreso Uruguayo de Cirugía, 4º. Montevideo, 1953. p. 234.
27. Marella, M. "Diagnóstico y Tratamiento de las Complicaciones Biliares de la Hidatidosis" Cir. Uruguay; 1973; 43 (6): 498-505.
28. Del Campo, A. "Quistes Hidáticos Calcificados del Hígado" Bol. Soc. Cir. Uruguay; 1950; 21; 143.
29. Bourgeon, R.; Isman, H.; Brisard, M. "Le Périkiste et la Perikystectomie au Cours du Kyste hydatique du Foie. A Propos de 178 Observations personnelles" J. Chir. (Paris), 1979; 116 (12): 693-8.
30. Berhouet, A. Discurso del Delegado de los Cirujanos del Interior. Congreso Uruguayo de Cirugía, 4º Montevideo. Nov. 1953.
31. Torterolo, E. y Col. "Estudio Comparativo del Tratamiento de la Hidatidosis Hepática por Quistectomía" Cir. Uruguay. 1990; 60: 51-6.
32. Davezac, V.; Delgado, B.; Salisbury, S.; Folle, E. "Hidatidosis Hepática. Enfermedad por Persistencia de la Cámara Parasitaria" Cir. Uruguay. 1991; 61: 44-7.
33. Delgado, B. "Tratamiento de la Hidatidosis Hepática por Cirugía Radical. Nuestra Experiencia" Cir. Uruguay. 1991; 61: 25-8.
34. Torterolo, E. y Col. "Consideraciones Técnico-Tácticas de la Cirugía Hepática" Cir. Uruguay. 1994; 64: 116-24.
35. Calleri, E. "Quistes Hidáticos del Hígado Abiertos en VV.BB." Congreso Uruguayo de Cirugía, 4º. Montevideo, 1953.
36. Beguiristain, A.; Estefan, A. "Exploración Endoscópica de la Cavidad Hidática Hepática. Comunicación Preliminar" Cir. Uruguay. 1995; 65: 32-4
37. Devé, F. "L'Equinococose Primitive" Paris: Masson, 1949.