

LA SACULIZACION HIDATIDICA COMO AGENTE DE RECIDIVA Y DE RETARDO EN LA CURACION DEL QUISTE HIDATICO

Prof. D. Prat

Algunos cirujanos se han preocupado de llamar la atención y en particular los cirujanos australianos, sobre la saculización, por vesiculización exógena, que puede ser causa de recidiva del quiste hidatídico o que ella puede retardar su cicatrización o ser causa de fistulización.

En nuestra práctica profesional hemos tenido un caso muy demostrativo que presentamos a la consideración de los colegas de la Sociedad de Cirugía.

Poco tiempo ha, tratamos en nuestra clínica, al paciente E. M., uruguayo, de 38 años que ingresa al Servicio por asma y dolores del hipocondrio derecho. Su enfermedad data de 14 años y se inició simultáneamente con ataques de asma y dolores en el hipocondrio derecho; estos dolores se iniciaban cuando le daban los ataques de asma y persistían al mismo tiempo que sus crisis asmáticas, pudiendo persistir a veces, durante 2 a 3 días.

En 4 años ha tenido, tres episodios y la primer crisis fué seguida de fiebre y de ictericia, que nunca más se repitió. El enfermo presenta un síndrome evidente de dispepsia biliar, no tolerando la carne de puchero, huevos, manteca, grasas y frituras. Presenta un ligero levantamiento de la pared abdominal en el hipocondrio derecho y epigastrio. Se palpa en esta misma región una tumefacción redondeada, que forma parte del hígado y que se moviliza con la respiración. Presión arterial: Máx. 11 ½. Mín. 7.

Exámenes: Sangre: G. R. 5.250.000; G. B. 11.200; Hemog. 94 %; V. G. 0.89; Eosinófilos 7 %. (22/V/43).

Urea 0gr.60. Tiempo de coagulación 5'. Tiempo de sangría 1'30". Leucocitos 15.700. Eosinófilos 7 %. 24/VI/43. Wassermann: negativo. Reacción de Cassoni: positiva.

Radioscopia: Ligera deformación de la parte más anterior del hemidiafragma derecho. Movilidad conservada. Pleura y pulmón: libres.

Con el examen clínico y el resultado de las investigaciones del Laboratorio, se hizo el diagnóstico de quiste hidatídico del hígado, planteándose la intervención quirúrgica.

La operación se realizó con anestesia crepuscular y local, por vía transrectal derecha, que permite poner al descubierto la cara anterior superior del hígado, donde se reconoce la tumefacción redondeada que corresponde al quiste. Este es puncionado y evacuado por aspiración, con el grueso trocar de quiste. Salen gran cantidad de membranas, vesículas y líquido hidático. Formolización con solución de formol al 2 % que se aspira a los 8 minutos. Ampliamos la brecha quística y observamos que se ha evacuado completamente. Limpieza de su cavidad con mecha embebidas en formol y secado. Desinfección con mercurio-cromo. Se explora la cavidad quística colocando un espéculo en su brecha y no se ve en su interior ningún elemento hidático, al parecer la cavidad quística está completamente vaciada. Sin embargo, como el quiste es profundo, tiene unos 10 a 12 centímetros y el espéculo no llega a su fondo, lo exploramos con valvas largas, que nos permiten ver cierta irregularidad en el fondo de la cavidad quística que bien examinada, parece ser un orificio de varios milímetros de diámetro y que al hacer presión, da salida a una pequeña vesiculita hidática. Con el extremo de una pinza americana, ampliamos la brecha de este pequeño orificio, de donde viene líquido hidático y vesicular. Se introduce por esa brecha el tubo de aspiración y se extraen vesículas y membranas, dejando una cavidad del tamaño de una mandarina. Un examen cuidadoso en la parte derecha del fondo de la cavidad quística, nos permite encontrar otro orificio, que ampliamos también y que la aspiración nos permite extraer a través de ella membranas y vesículas, dejando una cavidad, que tiene también el tamaño de una mandarina. Comprobamos que ambas cavidades comunican entre sí y entonces, seccionamos transversalmente la adventicia del fondo de la cavidad quística, desde un orificio al otro, estableciendo una única cavidad del quiste con sus divertículos. Entonces con esta amplia brecha podemos evacuar completamente su contenido de membranas y vesículas y esterilizarlo con la solución formolada. Esta cavidad diverticular, tenía el tamaño de una naranja pequeña. Totalmente evacuado el quiste, dejamos en su interior una sonda Pezzer-Prat y se cierra la adventicia a su alrededor. Sutura de la pared abdominal por planos.

En resumen, hemos tenido ocasión de tratar un quiste hidático que presentaba en su parte inferior o fondo, **dos saculizaciones** formadas por vesiculización exógena, que comunicaban con el quiste primitivo por dos pequeños orificios y que pasaron inadvertidos a pesar de nuestro examen y exploración de la cavidad intraquística, con el espéculo y que recién pudimos investigar bien, con la exploración por medio de **valvas largas**, que nos permitieron **desplegar la adventicia** quística en su fondo y encontrar los dos orificios que representaban la comunicación con la saculización intra hepática.

Se realiza un examen de la cavidad quística, rellena con yodinol.

Esto quiere decir que a veces la simple exploración por medio el espéculo de las cavidades quísticas evacuadas de su contenido parasitario, que ha preconizado el profesor Arce, no constituyen una garantía absoluta, para encontrar estas *saculizaciones intra-*



Fig. 3.

E. M. — Radiografía de la cavidad con yodinol después de la operación. Se observa un divertículo inferior que corresponde a la saculización exógena.

hepáticas, en quistes grandes y que habrá que recurrir a valvas largas que lleguen al fondo de la cavidad, para poder realizar una exploración completa, o mejor aun habrá que recurrir a los medios endoscópicos de exploración como podría ser el citoscopio de Luys o el rectoscopio. Estas saculizaciones hidáticas, tan bien investigadas y estudiadas por Dévé, se producen por *vesiculización exógena*, lo que quiere decir, que ella es más común de lo que la creemos y por eso debe investigarse siempre en la terapéutica de los quistes hidatídicos, lo que quiere decir, que el ciru-

jano debe realizar una cuidadosa y completa exploración endoscópica del quiste ya evacuado.

Si no hubiésemos comprobado la existencia de estas saculizaciones en este caso, con toda seguridad, que el paciente hubiera retardado muchísimo, varios meses, la evacuación de su quiste, y hasta podría habernos dejado una fístula residual o seguir la evolución de esos quistes originados por vesiculación exógena, haciéndonos admitir una hidatidosis múltiple del hígado o una nueva inoculación hidatídica. Por el contrario, con la exploración completa realizada, que nos permitió efectuar un tratamiento radical del quiste, el paciente ha curado bien en dos meses.

Quiere decir pues que el cirujano en la terapéutica del quiste hidático, debe explorar cuidadosamente la cavidad quística para pesquisar toda posible saculización de vesiculación exógena, que conspira contra la rápida curación del quiste operado. Esta saculización es más frecuente aún en la hidatidosis esplénica, y constituye una característica especial y muy importante de la equinocosis de esta víscera que consideraremos en otra oportunidad.
