

*HIDATIDOSIS MULTIPLE SECUNDARIA DEL
PISO SUPRAMESOCOLICO**

*Dr. Ignacio Carrera (1)**

Traemos esta observación a consideración de los consocios de la Sociedad de Cirugía, por estimarla de interés por los siguientes motivos:

1º) — Vía de abordaje. Incisión transversa.

2º) — Conducta y táctica operatoria frente a la multiplicidad y localización de las lesiones.

3º) — Neumotórax con grave estado de choc como complicación post-operatoria inmediata. Su tratamiento.

He aquí un resumen de la historia clínica:

V. L.. Enfermo de 29 años de edad, de campaña, sin antecedentes patológicos de importancia; sano hasta hace 3 años, época en que presenta después de una comida abundante de carne de cordero, cuadro doloroso de hipocondrio derecho, seguido de ictericia, por lo cual estuvo internado diez días en un hospital del interior.

Continúa desde entonces con dispepsia de tipo hepatovesicular hasta hace un mes en que nuevamente presenta síndrome doloroso de hipocondrio derecho. Al examen físico, hepatomegalia irregular a varias lobulaciones. Tumoración redondeada en flanco derecho. Tacto rectal: tumores redondeadas pequeñas en Douglas, adherentes, a pared anterior.

El estudio radiográfico de tórax, estómago y duodeno, vesícula y colon, no arrojó datos de mayor interés.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 9 de junio de 1948.

(1) Observación de la Clínica Quirúrgica "F". Profesor Pedro Larghero Ybarz.

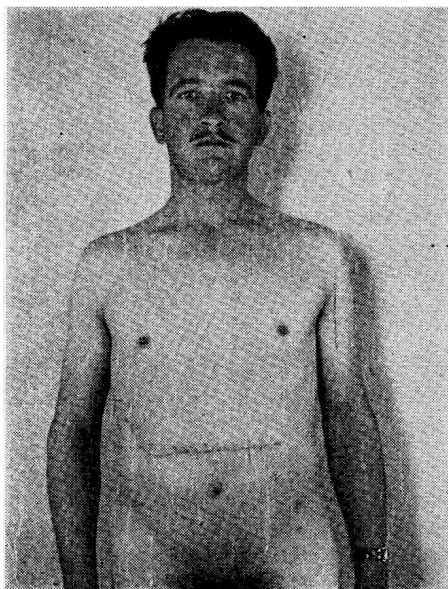
Reacción de Cassoni positiva precoz y tardía.

En la fórmula leucocitaria, eosinofilia de 8 %.

Hecho el diagnóstico de hidatidosis secundaria de peritoneo, por probable ruptura de quiste hidático de hígado, se resolvió intervenir.

PROBLEMA DE LA INCISION DE ABORDAJE

Teniendo en cuenta la multiplicidad de las lesiones aparentes clínicamente, y suponiendo la existencia de otras más pequeñas por la naturaleza del proceso, se consideró que la incisión de elec-



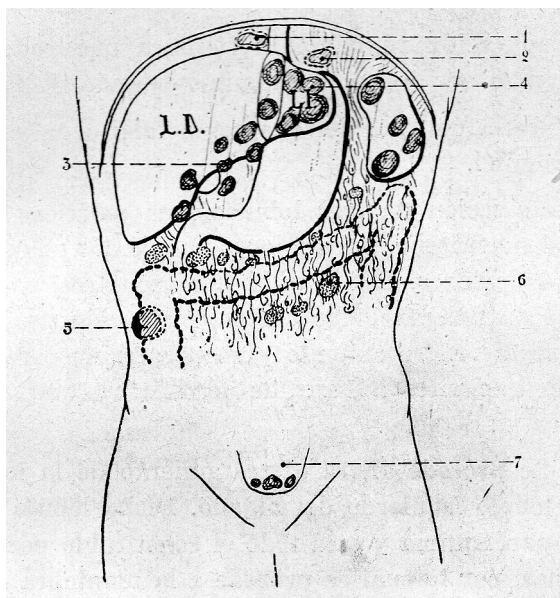
ción era la transversa supraumbilical, seccionando ambos rectos del abdomen.

En efecto, este tipo de incisión (Pean) preconizado por el Prof. Larghero, en casos de herida de arma blanca de vientre superior, y algunos casos de gastrectomía permite un abordaje amplio del piso supramesocólico, pudiendo hacerse un inventario prolijo de las lesiones y proceder en consecuencia. Por otra parte, prolongada por debridamientos laterales hacia la izquierda o derecha, permite actuar de uno a otro hipocondrio (ver fotografía).

CONDUCTA Y TACTICA OPERATORIA FRENTE A LA LOCALIZACION Y MULTIPLICIDAD DE LAS LESIONES

Transcribimos el protocolo operatorio tal como fué escrito por el Prof. Larghero, después de operar al enfermo.

“La lesión está constituida por una equinocosis visceral, peritoneal, ligamentosa y diafragmática del piso supramesocólica del vientre. Existen además nódulos hidáticos duros en el fondo del saco de Douglas, y la tumoración del flanco derecho, que se



palpaba clínicamente, corresponde a un tumor del tamaño de una naranja chica, retrocólico, y cuya naturaleza definitiva no pudo ser aclarada, dado que el tratamiento de los quistes del piso supramesocólico insumió un tiempo demasiado largo.

Descripción de las lesiones. — Siembra del epiplón mayor a nódulos de tamaño variable, desde el de una aceituna a un huevo de paloma; siembra peritoneal que rodea el borde inferior del hígado con quistes dentro del surco del ligamento redondo. Estas tumoraciones se continúan con quistes en el espesor del ligamento falciforme, y con nódulos situados en la parte posterior de la cú-

pula diafragmática, por detrás del cardias y delante del mismo. Existe, además una equinocosis multilobar que ocupa todo el lóbulo izquierdo del hígado, que ha desaparecido como tal, y finalmente una equinocosis múltiple del bazo. Una vez hecho el inventario de las lesiones se resuelve proceder a la exeresis en block de esta siembra hidática visceral epiploica peritoneal y subfrénica. (Ver esquema).

Tiempos de la operación. — 1º) — Resección total del epiplón con decolamiento colo epiploico y sección del epiplón a ras de la gran curvatura en su totalidad, desde el duodeno hasta el bazo.

2º) — Separación roma de la siembra que rodea el borde hepático que pudo ser hecha fácilmente quedando el hígado limpio.

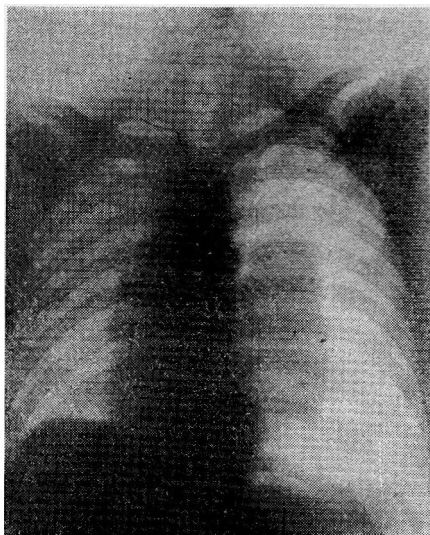
3º) — Resección total del ligamento falciforme con los quistes incluídos en él.

4º) — Resección de tres lobulaciones quísticas en racimo, adherentes al diafragma, para lo cual nos vemos obligados a despegar las lobulaciones de los pilares musculares y a nivel del centro frénico a reseca dicho centro, produciéndose un neumotórax que exigió un tratamiento postoperatorio sobre el cual se hablará más adelante. Sutura de la brecha diafragmática a puntos separados de seda.

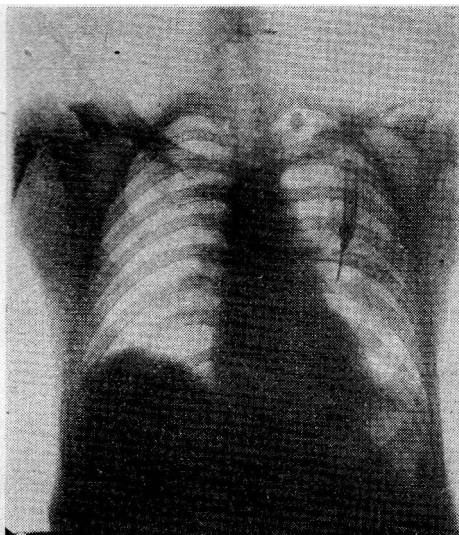
5.º) — Se procede ahora al tratamiento de la lesión multiquistica del lóbulo izquierdo del hígado. Dicho lóbulo ha desaparecido como parénquima y está todo él constituido por un racimo de lobulaciones, por lo cual se procede a la maniobra de enucleación y resección; los pedículos vasculares y canaliculares que van del parénquima hepático a la adventicia, son en número de cinco o seis, y se ligan separadamente. La hemostasis de la "tranche" hepática se hace afrontando las caras inferior y superior, con puntos separados de algodón, y tomando para hacer sólida esta sutura, lo que queda en la cara dorsal del peritoneo del ligamento falciforme, de acuerdo con la técnica que describimos, (1) para el tratamiento de las heridas del hígado.

(1) P. Larghero Ybarz. — Ruptura de hígado por contusión de abdomen. Técnica de sutura hemostática. Bl. de la Soc. de Cirg. Año V. N° 11 - 1935.

6º) — Una vez aislado el epiplón, los quistes perihepáticos, los quistes incluídos en el ligamento falciforme y los quistes subfrénicos, toda la parte liberada queda adherente al bazo. Se procede entonces al último tiempo que es la esplenectomía. Quedó solamente un conglomerado de nódulos quísticos adherentes al diafragma, que fueron resecados independientemente, obligando a una nueva resección parcial del centro frénico y sutura del



Radiografía 1



Radiografía 2

diafragma. Lavado amplio de la fosa frénica y del piso supramesocólico con suero caliente. Exploración del lóbulo derecho del hígado que no muestra quistes. La vesícula biliar que estaba envuelta por epiplón con su siembra hidática, presenta sus paredes normales y se vacía perfectamente. Cierre de la pared en un plano con alambre de acero y catgut cromado”.

NEUMOTORAX CON GRAVE ESTADO DE CHOC COMO COMPLICACION POSTOPERATORIA INMEDIATA. SU TRATAMIENTO

La operación se lleva a cabo sin incidentes y sólo se presentó discreto choc al final, a pesar de haberse transfundido 900 c.c.

de sangre en el curso de la misma. Llevado a sala el enfermo y a pesar de continuar la transfusión, el estado de choc aumenta; la presión baja llegando la máxima a 5; el pulso es débil y acelerado, 140; enfriamiento y colapso venoso periférico.

Sospechándose la existencia de un neumotórax que mantiene y agrava el choc, se hace placa de tórax, comprobándose, en efecto, gran neumotórax izquierdo con desplazamiento del mediastino (Radiografía 1).

Se instala de inmediato la aspiración del neumotórax con la bomba de Stedman, obteniéndose rápidamente la reexpansión del pulmón (radiografía 2).

Desde este momento el enfermo se repone, mejorando la presión y el pulso, así como el aspecto general. A las 6 horas de la operación, su estado es plenamente satisfactorio.