

SINDROMES VESICULARES AGUDOS EN LA HIDATIDOSIS HEPATICA

Dres. Prof. Abel Chifflet, Carlos Ormaechea y Rubén Varela

En un parasitado hidatídico se puede producir un síndrome vesicular agudo independiente del proceso parasitario o vinculado a éste. Más frecuente la segunda posibilidad. En cualquier caso el enfermo tiene dos procesos que no pueden ser considerados por separado.

El tratamiento de estos enfermos está regido por tres prin-

cipios fundamentales que no se aplican a las colecistopatías agudas fuera de la hidatidosis:

- 1º) operación obligatoria;
- 2º) drenaje sistemático;
- 3º) ataque bipolar.

1º) **Operación obligatoria.** — Dejemos de lado los casos en que hay indicación operatoria por el propio proceso vesicular. En los otros enfermos el tratamiento incruento puede silenciar el proceso vesicular, pero el proceso hidatídico seguirá actuando, en forma a veces rápida, sobre el parénquima hepático y sobre el sistema canalicular principal. Se llega así a estados graves, de difícil solución terapéutica.

Todo enfermo con una colecistopatía aguda debe ser operado si tiene una Hidatidosis del Hígado.

2º) **Drenaje sistemático.** — Este principio deriva de dos hechos: evitar la hipertensión biliar en el post-operatorio inmediato y dar salida fácil al exterior de restos parasitarios y adventiciales.

En las colecistopatías agudas, la colecistectomía sin actuar sobre el quiste es una operación desastrosa: no soluciona el problema fundamental que es el quiste; moviliza un foco séptico dejando al órgano enfermo; suprime la vesícula, que aun enferma puede ser un elemento importante para un drenaje biliar; origina una hipertensión biliar seria.

La hipertensión biliar resulta: del aumento de bilis, provocado por la congestión hepática, por el quiste y por la agresión operatoria; de la habitual hipertonía del Oddi en estos casos y de la supresión de la vesícula que deja de actuar como órgano de absorción y como cámara de distensión para la regulación tensional biliar. Las consecuencias de la hipertensión biliar se hacen sentir: a) en la célula hepática a la cual comprime; b) sobre el foco operatorio originando bilirragias y fístulas en el lecho vesicular y en la ligadura del cístico; c) sobre la zona parasitada donde origina una bilirragia intraquística con un variado cortejo de complicaciones a continuación.

Si el enfermo sale de este período, el quiste no operado dará

pasaje a restos hidatídicos y adventiciales al árbol biliar desgajado de la vesícula, originando complicaciones coledocianas. La operación en estos antiguos colecistectomizados, infectados, con gran hepatomegalia es siempre difícil y grave.

La operación a realizar en las colecistopatías agudas en los enfermos con Quiste Hidatídico del Hígado debe ser fundamentalmente de drenaje. Comenzamos por explorar la vesícula. Si ésta está anulada como vía de drenaje, vamos a drenar el colédoco, haciendo o no al fin la colecistectomía. Si la vesícula es útil como drenaje hacemos colecistostomía pero tratamos de agregar una coledocostomía porque el drenaje vesicular no es siempre satisfactorio. En esta aspiración por drenar el colédoco nos detiene a veces el mal estado general del enfermo y otras veces los procesos locales inflamatorios y adherenciales.

3*) **Ataque bipolar.** — El quiste y el sistema canalicular extrahepático son los dos puntos de posible acción quirúrgica. Entre uno y otro hay una red de vías biliares que no aseguran vías suficientes de drenaje cuando se actúa aisladamente sobre un polo.

Llevado el enfermo con colecistopatía aguda a la operación, descartada la intervención de exéresis pura, realizado el drenaje biliar por colédoco o vesícula, el quiste mantiene su potencial patogénico sobre la vía biliar. Si ya no existe pasaje parcial del quiste al árbol biliar, ese pasaje se producirá después, eternizando su agresión al sistema hepato canalicular.

La operación dirigida solamente al quiste, cuando existe un proceso patológico evidente en las vías biliares, como en el caso que nos ocupa hoy de colecistopatía aguda, no soluciona totalmente la situación. Es posible que la colecistopatía, aún originada por el proceso parasitario se haya desvinculado en el sentido de tener autonomía en su evolución. Aunque así no fuera, la lesión canalicular no es influida por el tratamiento del quiste. En fin, la derivación biliar quística sin drenaje vesicular o coledociano, conduce a bilirragias y a fístulas. En estos casos el sondeo duodenal o la colecistostomía constituyen el tratamiento de elección. *Por estos motivos en la Hidatidosis Hepática con vesícula enferma practicamos el drenaje biliar concomitante con*

el tratamiento del quiste para gobernar dócilmente el corrimiento biliar.

En fin, en ningún momento debemos olvidar la frecuencia de la Hidatidosis Múltiple del Hígado, que puede llevarnos a tratar uno o más quistes y dejar sin tratar o aún sin reconocer el quiste complicado con las vías biliares. En los casos de complicaciones pleuro pulmonares, por ejemplo, el quiste responsable se localiza yendo por la complicación (vía torácica); pero en casos de complicaciones biliares no se puede tener la seguridad absoluta del quiste responsable.

Los enfermos con colecistopatías agudas en el curso de una Hidatidosis Hepática deben ser todos operados; debe atacarse ambos polos del proceso; debe ser una operación esencialmente de drenaje.

PLAN TERAPEUTICO

En un hidatídico con proceso vesicular pueden presentarse dos posibilidades:

- a) Hay diagnóstico topográfico del quiste.
- b) No hay diagnóstico topográfico.

A) **Con diagnóstico topográfico.** — El cirujano puede hacer un plan operatorio. Se basa en la topografía del quiste y en las condiciones generales del enfermo.

1º) Si el quiste está en la región vecina a las vías biliares, el acto operatorio permitirá atacar ambos polos: quiste y canales biliares extrahepáticos.

2º) Si el quiste no está dominado por la incisión para vías biliares, pero el estado general es bueno y la topografía permite una fácil operación sobre el quiste, hacemos el tratamiento por dos incisiones en un solo acto operatorio.

3º) Si el quiste está fuera del campo de las vías biliares y el estado general del enfermo es precario o la topografía del quiste obliga a una operación de importancia (quistes superiores y posteriores) el tratamiento debe ser hecho en dos actos operatorios sucesivos. Si el quiste es de fácil abordaje será el primer motivo operatorio y después las vías biliares. Si hay dificultades técnicas para el quiste se abordarán primero las vías biliares.

B) **Sin diagnóstico topográfico.** — El cirujano se dirige a las vías biliares. En su exploración hepática reconoce el quiste

cuya existencia se conocía o no. Si está en la zona operatoria, hará su tratamiento, completando la acción sobre vías biliares. Si está fuera del campo operatorio y el estado del enfermo lo permite, hará otra incisión. Si no es posible, terminará con drenaje biliar y dejará trazado el plan para una nueva operación dirigida al quiste.

Las particularidades terapéuticas propias a las colecistopatías en el curso de la Hidatidosis Hepática, obligan en nuestro país, a recordar esta posibilidad frente a todo síndrome vesicular agudo.

Comenzar con el análisis de los antecedentes, hacer un buen estudio clínico, pedir los análisis respectivos y sobre todo pedir buenos estudios radiológicos y no olvidar, en el acto operatorio, la exploración hepática.

Veremos dos historias clínicas elegidas con el fin de hacer evidentes los conceptos expuestos:

N. M., 22 años (2949). Operación en 1946 por colecistitis aguda. La radiología mostraba un quiste de la cara superior que fué confirmado en la operación. Ignoramos el estado de la vesícula. El cirujano practica colecistectomía.

Nos informaron que el post-operatorio fué muy grave y prolongado. Abundante bilirragia y supuración en la región operatoria. Al fin cierra la herida y es dada de alta.

La operación realizada estaba contraindicada. Se dejó el quiste sin tratar y no se hizo drenaje biliar. En el post-operatorio inmediato se hicieron evidentes las consecuencias en la zona operatoria. El resultado final fué el bloqueo fibroso subhepático que frena al hígado en sus movimientos normales y en sus distensiones reaccionales. Además dificulta cualquier operación ulterior.

Treinta días después vemos por primera vez a esta enferma con mal estado general, fiebre, ictericia intensa. Ordenamos su ingreso inmediato, pero por asuntos personales lo hace al día siguiente. El estado es entonces calamitoso, casi en coma. Por una incisión supraumbilical, perforamos el parénquima hepático hacia la cara superior, obteniendo pus y bilis. Doble tubo de goma. Sale de su estado grave y se va de alta con un tubo.

La complicación en el quiste fué provocada por la colecistectomía. El ambiente infeccioso y la falta de vesícula influyeron en ese sentido. La insuficiencia hepática grave resultó del bloqueo subhepático y de la ausencia de vesícula.

En 1947 consulta por vómitos biliosos. El proceso de adventicitis siguiendo su evolución se abrió en los bronquios. La cavidad residual tiene

ahora tres salidas: el tubo operatorio, el árbol biliar, el árbol brónquico. El contenido bilioso sale por el más fácil. Periódicamente se cohibe el corriente bronquial.

Tercera operación. Toracotomía, liberación del pulmón, resección local, resección del área diafragmática enferma, buen drenaje de la cavidad hepática por vía subdiafragmática, cierre del diafragma, cierre del tórax. El tubo del quiste se retira a los cuatro meses, estando bien la enferma.

En 1949 consulta por retención biliar completa. El drenaje por sondeo duodenal no es posible. Las cicatrices operatorias no denuncian nada. Ante un cuadro prolongado que no muestra solución incruenta, operamos a la enferma a través de la primera vía, por la que se hizo la colecistectomía. El hígado es grande, congestivo, duro y está rodeado de adherencias firmes. No podemos reconocer restos del quiste. Vamos al colédoco. El block de adherencias consecutivo a la supuración post-operatoria de la colecistectomía hace difícil la operación. Cuando de difícil se torna riesgosa por la región operatoria y el estado precario de la enferma, dejamos la búsqueda del colédoco y terminamos haciendo una hepatostomía externa. En el post-operatorio la disminución de la tensión biliar mejora a la enferma. A los 10 días el obstáculo coledociano ha desaparecido y la enferma entra en vías de curación. Actualmente puede considerarse una persona normal.

La hepatostomía externa es un drenaje en el sector intermedio a los dos polos quirúrgicos: quiste y vías biliares extra-hepáticas. Su indicación surge de la imposibilidad de actuar sobre ellos.

J. M. B., 35 años (4942). Colecistitis aguda con cólicos hepáticos a repetición e ictericia en mayo de 1951. Investigando antecedentes de hidatidosis se recuerdan varios empujes de ictericia en el año anterior, sin dolores. Al examen, hígado grande pero regular. El Laboratorio no sugiere idea de hidatidosis. Los exámenes radiológicos muestran sólo la hepatomegalia. Dos días después del ingreso, al terminar un cólico hepático, vomita membranas hidatídicas y luego elimina otras con las materias fecales. Con diagnóstico de Hidatidosis tratamos de topografiarlo y no se consigue.

En estas circunstancias, a pesar de haber mejorado el estado vesicular, planteamos la operación inmediata. Se hará drenaje biliar, si es posible bipolar.

Operamos. La vesícula está con un proceso inflamatorio parietal, intenso. El colédoco está dilatado. En la búsqueda del quiste, encontramos al riñón derecho empujado hacia abajo que no podemos reintegrar a su logia. Diagnosticamos quiste posterior bajo. Hacemos colecistostomía y coledocostomía.

El desplazamiento del riñón derecho hacia abajo, con imposibilidad para reintegrarlo en su logia, traduce la ocupación de la región renal. En la hidatidosis hepática, esta ocupación la dan los quistes posteriores bajos. El abordaje de estos quistes es por vía posterior, con enfermo en decúbito ventral, por lo cual no tratamos el quiste en esta operación, para evitar el riesgo importante de dar vuelta a un enfermo anestesiado. Nos conformamos con el drenaje de la vía biliar, que colocamos en el colédoco y en la vesícula.

El enfermo mejora rápidamente, pero a los 6 días hace un nuevo cólico hepático con ictericia. La exploración manométrica de las vías biliares muestra una obstrucción de la rama superior del tubo de Kehr. Al día siguiente se aspiran algunas membranas por este tubo y el enfermo mejora.

El líquido inyectado por el tubo pasaba fácilmente y no volvía, lo que demostraba la normalidad de la vía hacia el duodeno. La aspiración no daba bilis, lo que demostraba la obstrucción del cabo superior del tubo en T. Este proceso demuestra la importancia del drenaje del quiste, pues el tubo en el colédoco puede no ser suficiente para obtener la supresión del obstáculo biliar.

A los 10 días se opera en decúbito ventral. Resección de XI costilla. Vía mixta sub y transpleurodiafragmática. Proceso extraperitoneal como una mandarina a contenido hidatídico bilioso. Evacuado este proceso, se encuentra su orificio de emergencia en la cara posterior del hígado. Se agranda el orificio y se entra en la cavidad quística primitiva. Tubos. Post-operatorio sin particularidades. Está bien.

El quiste se había roto en el retroperitoneo, originando así una nueva formación quística en comunicación con el primitivo quiste. La persistencia del orificio sin agrandar no hubiese permitido drenar bien al quiste. La dilaceración del orificio no tiene los riesgos propios de las comunicaciones quísticas intrahepáticas porque era un orificio en la corticalidad del hígado donde no hay que temer gruesos vasos sanguíneos.

La resección de la XI costilla fué impuesta por la topografía alta del quiste. Preferimos la resección de la XII para ir por vía subpleurodiafragmática, cuando el quiste puede ser alcanzado abajo. La resección de X, conduce por vía transpleurodiafragmática en una operación de más jerarquía que la resección de XI.