

Sr. PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Eduardo M. Calleri para presentar su correlato sobre Quistes Hidáticos del hígado abierto en las vías biliares.

QUISTES H. DEL HIGADO ABIERTOS EN VIAS BILIARES

Dr. Eduardo M. Calleri

Médico-Cirujano del Hospital Durazno.

Nos proponemos señalar las normas que nos parecen convenientes para tratar los Quistes Hidáticos del hígado abiertos en vías biliares (Q. V. B.) Referiremos así, la táctica quirúrgica que hemos seguido en el Hospital Durazno cada vez que hemos tenido que actuar frente a esta complicación. La brevedad del espacio y del tiempo de que podemos disponer, no nos permite aportar historias clínicas. Tampoco podremos hacer todas las referencias que quisiéramos a los trabajos que hemos consultado y que citamos al final de éste. Debemos expresar a sus autores nuestro agradecimiento por la ayuda que nos han prestado.

Para desarrollar nuestro tema nos resulta cómodo suponer nos actuando en las distintas situaciones clínicas que pueden presentarse. Se opera bajo la presión o por la sugestión de circunstancias variables, que esbozan cuadros clínicos o síndromes más o menos definidos. En el origen de cada combinación y signos hay sin duda hechos anatómicos y condiciones patológicas que pueden inferirse con variable precisión. El entendimiento procura sintetizar los datos suministrados por los sentidos, por la evolución de la enfermedad, por los aportes del laboratorio y la Radiología, etc. De la idea final, verdadera resultante conceptual que hayamos elaborado, surgirá la táctica terapéutica que se seguirá. Es decir que nos parece razonable para la exposición del tema que nos incumbe, partir de los variados síndromes bajo los que se revela la complicación para inferir de ellos conducta operatoria.

Encarado así el tema, eludimos la cuestión teórica de qué se entienda por Q. V. B. Sólo entenderemos incluidos a nues-

tro tema, aquellos quistes que tienen expresión clínica de abertura en vías biliares y que además pueden solicitar especial tratamiento. En quistes hidáticos que, antes de ser operados, no manifestaban esta complicación, puede ella hacerse ostensible ulteriormente en variadas formas: como coleragia de persistencia insólita; como tardío síndrome de obstrucción o de oclusión coledociana, como cuadro de infección biliar en relación con una cavidad quística persistente, etc.

No estructuramos, pues, nuestro tema, partiendo de las premisas de lesiones y factores patogénicos supuestamente conocidos, para establecer la conducta terapéutica que corresponde. Nuestro material primordial y nuestro punto de partida es la situación clínica concreta frente a la que nos vemos precisados a actuar.

SITUACIONES CLINICAS

El Q. V. B. puede manifestarse según síntomas y signos que configuran 3 o 6 síndromes bastante definidos.

A) Síndrome completo que permite el diagnóstico preoperatorio de suma probabilidad: 1º) Percepción del tumor (visual, táctil o radiológica); 2º) Presencia de signos canaliculares: ictericia con decoloración de las heces, dolor, fiebre; 3º) Reacciones biológicas positivas; 4º) Percepción de ganchos en el líquido de sondeo duodenal o de vesículas hidáticas en las deposiciones (Hidatidenteria).

A') Se conoce la existencia y la ubicación del quiste. Es dudosa la comunicación quisto-biliar; o admitida la existencia de la comunicación, no parece necesaria ni conveniente la exploración de la vía biliar principal (quistes supurados —y en especial piogaseosos— con fiebre, dolor e ictericia intermitentes) quistes con expectoración hidato biliar.

B) Síndrome de obstrucción coledociana, con ictericia total o parcial, fiebre y dolor. El origen hidático de la ictericia está certificado por la hidatidenteria. No se percibe el tumor hidático.

B' Síndrome hepatobiliar de origen no definido: ictericia intermitente, dolor, fiebre. Constituye un agrupamiento importante de enfermos tomados con frecuencia como litiasicos.

B'') Hidatidenteria como síntoma actual único.

C) Bilirragia postoperatoria persistente.

No nos parece conveniente aumentar la subdivisión según los matices clínicos. Por el contrario: sintetizando las distintas situaciones clínicas que pueden ofrecerse, podemos ordenarlas en función del sintoma tumor quístico en dos combinaciones:

A) Casos en los que el quiste hidático ha sido diagnosticado preoperatoriamente; comprende los síndromes A y A'.

B) Casos en los que el tumor no fué ubicado —ni siquiera diagnosticado a veces— preoperatoriamente: síndromes B, B' y B''.

Esta diferenciación es fundamental ya que en ella se basa la táctica terapéutica.

Serán útiles algunas consideraciones generales referentes al diagnóstico del quiste hidático del hígado, o más bien a las dificultades que pueden presentarse para este diagnóstico en particular cuando el quiste se ha evacuado parcial o totalmente en la canalización biliar.

El quiste hidático es una masa esférica de líquido bajo tensión. Hemos medido algunas veces su tensión con el aparato de Claude —no disponemos de otro—, obteniendo cifras que varían entre 40 y 70 mms. de mercurio. Actúa, necesariamente, en el sentido centripeto, la fuerza elástica de la periquística, equilibrando la fuerza expansiva de la masa larvaria. Esa masa redonda de líquido tenso no puede ocultarse ante la exploración de nuestros sentidos. Cuando está ubicado en la zona anterior del hígado —y cuando se ha anteriorizado por su crecimiento— se ve por la deformación de los hipocondrios, del epigastrio y del reborde condral. Cuando es un quiste ascendente se ve por la deformación de la silueta diafragmática a la radioscopia. Cuando está calcificado, se muestra al examen de la película radiográfica. Cuando se desarrollan gases en su interior, el quiste se revela por el nivel horizontal. Pero los signos esenciales que delatan al quiste, son percibidos por el sentido del tacto: su forma y su dureza.

El quiste hidático no abierto en la canalización biliar —ni en la vía digestiva ni en la arborización bronquial, etc.— se presenta como una masa que la palpación distingue bien del parénquima hepático. En los grandes quistes posteriores del cuerpo hígado y particularmente en los posteroascendentes, puede explorada por el tacto la masa entera del hígado desplazada

mecánicamente por el tumor y tal vez endurecida y engrosada por el proceso inflamatorio y por la ingurgitación de la canalización biliar. En los quistes del "orillo hepático" —adoptamos la expresión feliz de Chifflet—, se siente por delante del quiste como una cuerda con movilidad en bisagra: el borde anterior del hígado no modificado patológicamente, signo casi patognómico de hidatidosis hepática.

No importa que el borde anterior del órgano pase al nivel del ombligo: la masa quística escondida bajo el reborde costal puede ser inaccesible por la laparatomía anterior. La probabilidad de tratar adecuadamente un quiste ascendente por vía anterior nos es indicada por la percepción clara en la parte alta de la masa quísticohepática, del polo inferior de la bola quística.

Nos hemos detenido en este concepto del quiste revelado como una masa tensa a la palpación, para decir que este signo principal de los quistes sanos, falta o es mal percibido en los quistes abiertos. El quiste se manifiesta entonces como una vaga masa fluctuante con variaciones en su tensión, relacionadas con el distinto grado de obstrucción coledociana.

La desaparición repentina de la bola quística anteriormente percibida, acompañada de signos que se pueden referir a la abertura en la vía biliar —estado de shock, subictericia, fiebre, vómitos acuosos—, es signo cierto de abertura en el árbol biliar, si no han aparecido simultáneamente los signos siempre llamativos de la rotura del quiste en el peritoneo, sea en su estado inicial (contractura), sea en el estado ulterior, pero precoz, de enquistamiento peritoneal de los elementos salidos del quiste roto.

Hemos encontrado así un caso de retención seca de la membrana hidática: se diagnostica quiste hidático anterior del hígado. Vuelve para ser operada un mes después. Pero la masa quística ha desaparecido, habiendo pasado en el intervalo por un cuadro agudo incierto en el que predominaba la hipotensión con pulso filiforme, vómito y diarrea, subictericia y dolor (Dr. Etcheverrito). La operación halla un quiste arrugado que sólo contiene una gruesa membrana hidática sin líquido. La enferma curó simplemente por marsupialización que fué seguida de una discreta bilirragia (enferma Hilda R. B.; mayo de 1950).

La desaparición de la masa humoral dificulta el diagnóstico en la etapa de la exploración clínica: dificulta el diagnóstico

en la etapa de la exploración quirúrgica: cuando el diagnóstico es evidente —hidatidemesis, hidatidenteria, verificación de elementos hidáticos por la coledocotomía— dificulta el hallazgo del quiste.

Pero la localización precisa de esta escondida bolsa semi-evacuada, tiene importancia fundamental, puesto que la marsupialización del quiste responsable de la enfermedad, será el acto operatorio esencial.

Queda, pues, admitido, que la finalidad primordial de la operación por un caso de Q. V. B., es la marsupialización del quiste. Queremos expresarlo con las palabras de Ricardo Finochietto: "Con la marsupialización y el drenaje del quiste, el cirujano lleva a un tiempo dos indicaciones igualmente importantes: la evacuación segura, completa y rápida del parásito y el drenaje temporario del árbol biliar. El drenaje de las vías biliares a través del quiste es excelente. La persistencia de la decoloración de las heces no quiere decir que el colédoco esté obstruido por membranas. Para convencerse de ello, basta taponar el trayecto con gasa vaselinada: la bilis seguirá su curso normal. Sin hacer paradoja, podemos decir que la marsupialización y drenaje del quiste es al mismo tiempo la operación mínima y la operación máxima; la que aúna la mayor sencillez (mínimum de traumatismo) a la evacuación total del parásito y el drenaje de las vías biliares (máximum de eficacia). Ventajas incalculables".

Los 30 años transcurridos no han quitado validez, en lo fundamental, a los conceptos que anteceden. Sin duda alguna, el acto esencial en el tratamiento de un quiste abierto en vías biliares, es la marsupialización del quiste. Pero la evacuación de un tapón hidático en un colédoco dilatado puede constituir —y lo constituye cada vez que se presenta— otro objetivo esencial de la operación. Según las circunstancias clínicas ambas objetivas podrán cumplirse o no, en el mismo acto operatorio. La táctica operatoria que combina la marsupialización del quiste con la coledocotomía cuando es presumible la existencia del tapón hidático, ha tenido desde 1925, su máximo propugnador en el Maestro Prat.

La lectura detenida de las numerosas historias clínicas que hemos podido procurarnos y nuestra propia experiencia, nos afir-

man en la idea de que es necesario enfrentar decididamente y sin retardos el tapón hidático, cada vez que la obstrucción coledociana se manifiesta con nitidez. La realidad de casos en los que ni la operación complementaria ni la necropsia encontraron tapón hidático, pesa menos que aquellos totalmente convincentes, en los que la comprobada existencia de la obstrucción biliar fué decisiva para la suerte del enfermo. "Drenado el quiste y persistiendo la obliteración biliar, debe desobstruise esta vía concomitantemente con la operación del quiste, o después, pero sin perder tiempo en ningún caso" (Prat y Piquerez).

Nuestra personal convicción de la necesidad de atacar el colédoco en casos indicados, se estableció desde nuestra primera observación de Q. V. B. en 1928:

José M. C.: 35 años. Se opera por hepatomegalia con Cassoni positivo. Se toca una tumoración subhepática móvil con la respiración. Incisión transversa alta. Hígado duro, grande. El tumor infrahepático percibido preoperatoriamente es un grueso riñón descendido. Se amplía la incisión para explorar mejor la cara convexa. Se punciona repetidamente la masa parenquimal; finalmente desde cierta profundidad viene líquido hialino. Incisión sobre el trocar. No "se entra" en el quiste, porque la abundante hemorragia obliga a terminar la operación por un taponamiento. El enfermo se repone y es dado de alta.

Vuelve a los 8 meses con ictericia y hepatomegalia. Decoloración de las heces. Dolor permanente y crisis de exacerbación del dolor. Dados los antecedentes pensamos en la obstrucción de las vías biliares por membrana hidática. La operación, con mala anestesia, no confirma el diagnóstico: colédoco no dilatado. Se termina con una colecistotomía (necesariamente ineficaz).

Volvemos a verlo un año después. Ha pasado por alguna Clínica de Montevideo con el diagnóstico de cirrosis biliar. Fallece en el Servicio. Necropsia: el colédoco tiene la amplitud del colon ocupado por una enorme membrana monovesicular. El quiste vacío es posterodescendente. La comunicación del quiste con la rama derecha del hepático, tiene dos centímetros de diámetro.

Comentario: Se sumaron errores. No se puede puncionar a ciegas para hallar un quiste, ni intentar evacuar por vía anterior un quiste posterior. La enorme membrana hidática no había pe-

netrado en el colédoco en nuestra segunda intervención; en este acto, la curación habría resultado del drenaje por vía lumbar del quiste, si se hubiera ubicado. En nuestro sujeto, en su última etapa, hubiera sido muy fácil la coledocotomía y tal vez todavía eficaz.

Trataremos de referirnos concretamente a situaciones clínicas esquemáticas:

A) Casos en los que el Quiste Hidático ha sido diagnosticado y topografiado preoperatoriamente. — Debemos cumplir la norma fundamental de abordar el quiste por su zona tangencial o quirúrgica para evacuarlo y para marsupializarlo directamente. La incisión está indicada por la localización.

Laparatomía anterior en los quistes anteriores o anteriorizados.—Según la ubicación del quiste y la conformación del sujeto, se usarán incisiones diversas: longitudinales, medianas o paramedianas; transversas; combinadas. En los quistes anteriores del lóbulo derecho, preferimos una incisión transversa que eleve su extremidad interna hacia el apéndice xfoides. En los casos que nos parecen apropiados --músculo espeso y no muy extendido hacia el flanco— liberamos el recto anterior de su vaina aponeurótica, para reclinarlo hacia la línea media con separadores (incisión de Del Campo). Pero con mayor frecuencia seccionamos transversalmente el recto anterior, por lo menos en su mitad externa.

Nuestra laparatomía anterior nos permitirá el acceso al quiste y al pedículo hepático. Si el colédoco se presenta dilatado, se procede a su vaciamiento y drenaje (marsupialización del quiste). Alguna vez la comunicación de la vía biliar con el quiste o viceversa es accesible y pueden ser pasados entre una y otra estructura, instrumentos o tubos de drenaje. Nosotros hemos preferido, en tal situación, el drenaje aislado del ducto principal y del quiste. Dos anotaciones: a) **Sobre la extirpación de la adventicia:** Hemos supuesto que se trata de un quiste anterior o anteriorizado por la expansión de su crecimiento. Se ha establecido que estos quistes son precozmente reconocidos y operados y que no dan, por tanto, complicaciones. Están, además, alejados de los elementos peligrosos del hilio hepático. Se prestan a la extirpación de la adventicia. Pero, en la eventualidad de un quis-

te anterior abierto en las vías biliares **no creemos que esté indicada la extirpación de la adventicia.** La obturación del canal biliar comunicante mediante sutura, debe ser sumamente insegura y riesgosa. Es en cambio fácil y seguro el drenaje biliar a través del quiste. Sólo admitimos la extirpación de la parte subperitoneal de la adventicia que practicamos habitualmente en los casos no complicados y que sólo tiene ventajas. b) **Respecto a la coledocotomía:** No nos sentimos inclinados a abrir el colédoco sistemáticamente; sabemos que la exploración visual y táctil del ducto principal es insuficiente. Parece que la conducta preconizada por Lahey en la litiasis: podría tener validez en nuestro caso: abertura del colédoco, exploración instrumental, dilatación con beniqués hasta 8 milímetros, del trayecto coledocovateriano. Si hubiéramos abordado el quiste por vía transpleural o por vía lumbar es obvio que este problema de la exploración de la viabilidad coledocovateriano, no se hubiera planteado siquiera. Pero nuestra laparatomía anterior nos ha permitido el acceso al pedículo hepático y nos ha enfrentado al problema. Nosotros no abrimos el colédoco —ni por lo tanto, lo exploramos con instrumentos— si no hallamos anormalmente dilatado y relleno. Consideramos que un colédoco distendido y ocupado por un tapón hidático tiene pocas probabilidades de evacuarse por la sola acción de su comprometida contractilidad ni en el sentido del duodeno ni en el sentido del quiste: aquí nos parece clara la indicación de la coledocotomía ‘d’emblée” como realización operatoria complementaria de la quistostomía. Tras la coledocotomía, comprobación de la permeabilidad hacia el duodeno.

Por el contrario, toda vez que el colédoco no se presenta dilatado nos parece inconveniente el traumatismo de su exploración: primeramente por ser probable que los restos hidáticos que contuviere podrán ser eliminados espontáneamente; en segundo lugar, porque creemos que tal vaciamiento no pone de ningún modo a cubierto de una ulterior obstrucción procedente del quiste mismo o de la canalización retrógrada. El drenaje de la canalización biliar por medio de la marsupialización del quiste es más eficaz que el que realiza la coledocotomía. **La mayor indicación sería la extracción del tapón coledocciano, cuando existe.** Se practica desde la primer intervención cuando la incisión practicada ha permitido la verificación de la construcción; o

en un segundo tiempo operatorio —operaciones por vía transpleural o lumbar— en los pocos frecuentes casos en que la persistencia de la bilirragia y una demostrativa colangiografía lo indican.

Paradigma de la situación clínica A).— Rosalío F. P.; febrero de 1944. Desde algún tiempo sentía malestares “en la boca del estómago”. Desde hace un mes: dolor y fiebre. Después de una semana de enfermedad, sobrevino un episodio muy doloroso, seguido de ictericia. Todo mejoró y el Dr. Valerio lo envía, señalando la existencia de un tumor quístico en el epigastrio. Al examen nuestro, el quiste sólo se percibe como una vaga masa fluctuante; no tiene ictericia ni fiebre. Materias fecales coloreadas. Pero el examen visual de sus heces muestra la presencia de vesículas hidáticas, que firma el diagnóstico. Operación: incisión mediana. Caemos sobre la bolsa quística, sin tensión. La abrimos y extraemos con la cuchara una enormidad de vesículas muy pequeñas. Marsupialización. No se explora, por parecer innecesario y riesgoso, el colédoco. P.Op.: fistula biliar que cura pronto. Alta al 9º día.

Operación de Israel, en dos tiempos, en los quistes ascendentes.— En esta situación clínica la existencia y el asiento del quiste, fueron resueltas por la radiología: hemidiafragma ascendido o mostrando la prominencia de un arco de radio menor que deforma la cúpula. Esta última imagen, más significativa, permite ubicar topográficamente al quiste sea en el sentido vertical —entre la 5ª y la 10ª costilla—, sea en el circunferencial —anterior, lateral, posterior—. El estudio radiológico de cualquier enfermo “hepatovesicular” no debe ser diferido; tal imagen demostrativa de quiste ascendente puede quedar mañana borrado por un derrame pleural.

El tumor quístico mismo puede presentar rasgos que hacen presumir la abertura biliar. A veces el nivel horizontal y la expectoración biliosa delatan simultáneamente las comunicaciones biliar y brónquica. Pero la comunicación biliar es informada en primer término por la ictericia, la febre y el cólico hepático.

En todos los quistes ascendentes realizamos desde 1928 la operación de Israel en dos tiempos. En los presuntamente infec-

tados, la indicación es mayor. La asentábamos en el estudio experimental de la misma que resumíamos así: "En seis operaciones practicadas para excluir la cavidad pleural por la sutura freno-parietal, hemos obtenido éxito franco: se forma una sólida ventana diafragmática adherida al plano costal que permite el abordaje directo de la cara convexa del hígado o del bazo o aún del estómago. La sólida adherencia no se extiende centrifugamente; queda bien limitada a la línea de sutura. Esta adherencia es sólida, verdaderamente cicatricial, a los 15 días".

Habíamos sido inducidos a esta operación por habernos ocurrido la dehiscencia de la sutura freno-parietal cuando era seguida inmediatamente por la marsupialización del quiste. "Entre el 5º y el 10º día, cuando las puntadas ceden y cuando se ha desarrollado en la herida el proceso inflamatorio o supurativo puede producirse el neumotórax abierto e inocularse la serosa pleural".

A todo lo largo de nuestra práctica en el Hospital Durazno, hemos realizado la operación de Israel en dos tiempos, en una cantidad de 70 casos aproximadamente sin que hayan ocurrido complicaciones pleurales. Aunque los nuevos elementos terapéuticos pueden justificar el Israel en un tiempo, nosotros hemos continuado en la práctica antedicha. En la emergencia del quiste calcificado con manifestaciones patológicas, la táctica que seguimos nos parece imprescindible. Hacemos notar que en el Hospital Durazno se emplea rutinariamente la anestesia en circuito cerrado desde hace varios años.

En la situación clínica que dejamos planteada no realizamos la exploración operatoria del colédoco. Comprendemos que la nominación de "Q. V. B.", aplicada a la mayoría de estos quistes ascendentes supurados acompañados de ictericia, resulta insuficientemente informada —en los casos seguidos de curación— cada vez que la hidatidenteria no ha sido constatada.

Operación por vía lumbar en los quistes posteroinferiores.—

Los quistes posterodescendentes abiertos en vías biliares acumulan las mayores dificultades para el diagnóstico. Pero existen, y debemos esforzarnos en diagnosticarlos y en tratarlos por la vía adecuada para evitar "exitus letalis" que no son inevitables.

Consideramos que es difícil distinguir por el examen clínico y el radiológico, aún incluyendo la pielografía, un quiste hepá-

tico de localización infero-posterior, de un quiste alto del riñón. Cuando tales quistes no han alcanzado la etapa de sus complicaciones peculiares —rotura en bronquios, vía biliar o peritoneo en su caso; comunicación pieloureteral o subperitoneal en el otro— deben operarse por vía lumbar aún con diagnóstico incierto. Cuando ha ocurrido la abertura en vías biliares, aumenta la dificultad de ubicarlos preoperatoriamente. Como operaciones por vía lumbar entendemos las que no abren el f. de s. pleural. Hemos realizado la operación clásica del abordaje del riñón agregando, por necesidad, la resección de la 12^a costilla. Pero hay técnicas afinadas para abordar estos quistes posteriores, que comienzan por la resección de la 11^a o de la 12^a costilla y elevan con el diafragma el fondo pleural: "...hemos utilizado la vía de abordaje subpleurodiafragmática subperitoneal, tomando como guía el lecho de resección de la XI o XII costilla. La técnica que detallamos en un trabajo anatómico de la región, nos ha dado tan excelentes resultados por la facilidad de su realización como por la perfección del drenaje ulterior que la consideramos de elección en los quistes que empujan el riñón, es decir en los posteriores lumbares" (Chifflet). "...Yo no sólo abordo por esa vía los quistes en los cuales clínicamente puedo afirmar que son posteriores sino aquellos quistes que clínicamente no se puede afirmar que son anteriores"... "Cuando no se individualiza una situación anterior radiológicamente o clínicamente es porque ésta es posterior y la vía de abordaje debe ser posterior" (Del Campo).

La punción exploradora es un recurso en los casos inciertos. si la ubicación lumbar del quiste no ha sido establecida como cosa probable, queda configurada para nosotros la situación B): laparatomía anterior que permite explorar la vía biliar y ubicar el quiste, seguida inmediatamente de la contraabertura lumbar para drenar la adventicia.

Casos en los que el Tumor Quístico no ha sido ubicado, y a veces ni siquiera diagnosticado.— La decisión operatoria está informada por un síndrome de vías biliares al que la hidatidenteria ha puesto la marca de su origen (B), o está informada sólo por un síndrome de ictericia dolorosa de origen no definido (B').

En la carpeta B se acumulan las historias clínicas en las que la nota dominante es la ictericia dolorosa. Entre estos casos son

frecuentes los errores de diagnóstico. Si el examen radiológico completo ha sido omitido resultan indebidamente archivados aquí los casos en que el quiste hepático es sólo revelable por Rayos X. Este síndrome suele ser llamado "seudo litíásico", aunque tal expresión no aporte útiles sugerencias.

Pero un cólico hepático no deja de serlo porque se origine en la distensión de la canalización biliar provocada por la migración o el atascamiento de hidátidas; ni porque sea causado por un quiste calcificado habitado por vesículas vivas. No debiera hablarse pues de falsos cólicos hepáticos —ni de pseudo litiasis— frente a los auténticos dolores paroxísticos —acompañados casi siempre de ictericia y fiebre—, causados por la abertura de un quiste en la vía biliar.

El rótulo de "seudo litiasis" tiene, no obstante, su utilidad: ayuda a explicar errores explicables —tal vez ponga en guardia contra tales errores— y ayuda a justificar los no justificables debidos a la omisión de exámenes obligados.

Antes de referirnos al tratamiento de estos casos haremos dos anotaciones: 1º) **Sobre la ictericia:** Es variable en su intensidad, en su continuidad y en los signos concomitantes tanto como lo es su patogenia. La ictericia del tipo obstructivo parcial o subtotal —decoloración de las heces, jugo duodenal amarillo (Varela Fuentes)— que se encuentra en los Q. V. B. no supone necesariamente el tapón coledocciano. Puede ser causada por la angiolocolitis (hepatocoloangitis) concomitante.

En un portador de quiste hidático, el dolor y la ictericia pueden ser debidos totalmente a un mecanismo funcional: dis-sinergia biliar con espasmo del Oddi y retroestasis (Cendán). No obstante los conceptos antedichos, una ictericia con decoloración completa de materias, que se prolonga, constituye una sospecha de tapón coledocciano definitivo. 2º) **Sobre la hidatidenteria:** Síntoma cardinal de la entidad que tratamos, su presencia pasa inadvertida por la omisión del examen a simple vista de las heces. Sólo la hemos anotado en tres casos en que la observación estuvo a cargo de los propios enfermos. La presencia de vesículas en las materias fecales es precedida de un cortejo sintomático que traduce la migración colédoco vateriana de vesículas con el concomitante bloqueo parcial e intermitente de la vía principal: aumento de dolor, de la fiebre, de la ictericia y de la

tumefacción hepática. Hay notables variantes en la intensidad de la escena clínica que acompaña y precede la hidatidentería. En los escalones más bajos de la escala de gravedad, se hallan en la literatura observaciones repetidas de enfermos que eliminan a intervalos variables, a veces muy alejados, vesículas hidáticas por la vía anal sin que se manifieste el cortejo sintomático de la obstrucción parcial ni el de la colangitis. Se produce la migración indolora de vesículas a través de una vía colédoco vateriana ensanchada por evacuaciones anteriores. Recuerdan los "pondeurs de pierres". La cesación definitiva de todos los síntomas del Q. V. B. en casos raros, ha establecido la posibilidad teórica de la curación de los Q. V. B. por la vómica coledocovateriana. Es sumamente importante la verificación de la hidatidentería. "Devé ha estudiado la hidatidentería en 154 casos. Solamente 18 de ellos no eran quistes de hígado. En los 136 quistes de hígado restantes la hidatidentería fué producida por abertura directa en las vías digestivas en el 45 % de los casos; y por vía indirecta, coledocovateriana en el 55 %. De esta estadística concluye Devé que "en clínica la constatación de una hidatidentería acompaña o no de hidatidemesis permite diagnosticar la evacuación de un quiste hidático a través de las vías biliares por poco que el enfermo presente o haya presentado anteriormente ictericia o "a fortiori", crisis de cólico hepático".

"La hidatidentería por quiste hepático infectado abierto directamente en las vías digestivas a veces sólo puede diferenciarse del quiste en vías biliares por detalles en los síntomas concomitantes. Los pequeños trastornos pseudolitiásicos precursores son idéntico en uno y en otro caso. En la abertura directa el síndrome coledociano es más a menudo incompleto y menos persistente; las colangialgias que acompañan a la fase del bloqueo no son tan intensas; los síntomas intestinales son más marcados: el neumiquiste consecutivo mucho más frecuente y neto. etc." (Tomado de Finochietto).

La situación clínica B' se repite con frecuencia. Enfermos procedentes del campo con ictericia, fiebre y dolor. No hay síntomas positivos de quiste hidático del hígado. No se ha observado hidatidentería. El cuadro clínico tiene gravedad variable. **En los casos de evolución aguda nos vemos forzados a intervenir sin haber llegado a una convicción ni a una preferencia entre los diag-**

nóticos de litiasis biliar o de hidatodosis de vías biliares: Pueden ayudar los antecedentes y las reacciones biológicas, pero los síntomas actuales objetivos son inciertos: hígado doloroso y aumento de volumen. Percepción de una masa subhepática imprecisa, variable en sus caracteres.

Los signos generales no permiten la dilucidación: la **ictericia** por angiocolitis o por obstrucción coledociana intermitente y parcial, no ofrece matices diferenciales: el **dolor** (cólico hepático) es idéntico; también la **fiebre** hepatálgica.

Esta situación clínica relativamente frecuente es resuelta por la evolución en los casos en que la expectativa es oponible. En los casos agudos, la situación clínica será resuelta por la laparotomía. Hemos dicho que preferimos la transversa alta. La exploración operatoria es objetivo primordial. Nuestra incisión puede ampliarse según las necesidades. Es probable que una vulgar colecistitis calculosa dé la clave del síndrome. Nuestra incisión nos ha dado un cómodo acceso sobre la vesícula y sobre el pedículo hepático; en semejante actuación operatoria no cabe reconocer error alguno.

(La existencia de cálculos vesiculares no puede justificar una exploración demasiado somera. Con la complicidad de anestesia insuficiente han sido realizadas colecistostomías más que inoperantes).

Pero nuestra exploración puede hallar un colédoco ingurgitado de vesículas hidáticas. En el cuadro agudo de ictericia febril que hemos supuesto —queda connotada la colangio hepatitis grave— la mayor esperanza de curación será dada por la localización del quiste responsable de la enfermedad y su drenaje directo. La colecistostomía, en esta situación, es ridícula; la coledocostomía, casi seguramente ineficaz. Poco puede esperarse del valor curativo de evacuar un colédoco atiborrado de vesículas y establecer su drenaje. Es seguro que una nueva irrupción de vesículas restablecerá la situación patológica anterior. En semejante caso, la mayor probabilidad de curación será dada por el hallazgo del quiste culpable y por su marsupialización directa.

(1ª eventualidad): Si el quiste culpable es accesible por la laparotomía anterior, podremos realizar el ataque bipolar de la enfermedad por la misma incisión.

Paradigma de esta situación clínica: Isolina F. de A.; 36 años. Noviembre de 1946. Se siente enferma desde 5 meses atrás. Episodios dolorosos acompañados de fiebre e ictericia que evolucionan en pocos días. Ultimamente su enfermedad se ha acentuado. Permaneció internada 20 días en un servicio de Cirugía de Montevideo. Regresa a Durazno. Presenta ictericia acentuada con decoloración de heces y dolor epigástrico. La palpación de la zona vesicular es negativa. Los Rayos X no aportan datos útiles. No se constata, en varios días de observación, hidatidenteria. Casson: positivo. Fiebre 39°. Operamos con el diagnóstico probable de Q. V. B. Incisión de Mayo. Se ubica un quiste anteroascendente flácido. Colédoco dilatado. Evacuación del quiste, multivesicular. Se evacúa el colédoco relleno de vesículas muy pequeñas —con una sonda béquille se asciende hasta el quiste desde el colédoco. Marsupialización indirecta del quiste —y coledocostomía—. Cura sin dificultades (la expresión “ataque bipolar” la tomamos Chifflet).

(2ª eventualidad): **La exploración quirúrgica permite localizar el quiste hidático en una zona alejada de la incisión anterior.** En esta eventualidad admitimos la norma siguiente: el quiste debe ser abordado por una contraabertura o incisión independiente colocada exactamente frente a la zona quirúrgica del quiste para permitir su marsupialización directa (el drenaje indirecto de un quiste alejado de la pared por intermedio de un tubo sobre lecho de compresas es un “pisaller”, expuesto a complicaciones graves).

Tal contraindicación se realizará en el hipocondrio izquierdo en la región lumbar o sobre la costilla que corresponde exactamente a la saliente del quiste: cualquiera, entre la 5ª y la 10ª en el segmento adecuado (anterior, lateral o posterior). Nuestra laparatomía anterior —preferentemente transversa— ha cumplidamente su finalidad de exploración dejando a la contraabertura la misión de evacuación y drenaje.

Llamaremos **incisiones lumbares** a las incisiones posteriores que no abren el f. de s. pleural. En primer término la incisión lumbar clásica de acceso al riñón, sin abertura del peritoneo. En segundo lugar la misma incisión de los planos musculares con la abertura del peritoneo posterior que puede permitir el acceso de un

quiste póstero descendente sin coalescencia con el peritoneo lumbar. En 3er. lugar, algunas técnicas especiales que elevan con el diafragma el fondo de saco pleural y resecan la 12ª o la 11ª costilla.

En los quistes ascendentes hemos dado preferencia franca a la operación de Israel en dos tiempos. Procedemos del modo siguiente: por la inicial incisión operatoria hemos localizado un quiste póstero ascendente semievacuado. En el mismo acto operatorio colocamos al enfermo en decúbito lateral izquierdo (maniobra rápida y fácil para un equipo auxiliar entrenado) y realizamos la contraabertura pósterolateral sobre la costilla señalada. Extirpación de un segmento costal adecuado, incisión del diafragma y sutura de sus bordes con los correspondientes espacios intercostales. Queda creada una cómoda y segura ventana a través del diafragma. Termina la operación por la colocación de una compresa en la herida en cuyo fondo está el quiste. Varios días después abrimos el quiste a través de esta ventana diafragmática. El intervalo depende de la gravedad del cuadro. Algún caso grave nos ha obligado a abrir un quiste piogaseoso desde el primer momento; alguna vez hemos hecho la quistomía al 3er. día. Pero habitualmente la realizamos entre el 7º y el 10º día.

Cuando la exploración previa nos muestra que tenemos opción entre varias costillas, por haber una extensa zona tangencial quistohepática, elegimos una costilla baja que nos permita abrir el diafragma cerca del vértice del ángulo diedro que forma en su implantación costal, para disminuir el tironeamiento de la sutura frenoparietal, y para reducir en el futuro las perturbaciones de la dinámica del diafragma. Quiero adelantarme a la objeción que estará en el espíritu de muchos contra el Israel en dos tiempos: admito que es fácil con el auxilio de la baronarcosis, abordar un quiste ascendente con tórax abierto a través del diafragma. La dificultad se presenta cuando se trata de drenar la bolsa quística evacuada. El desideratum al abocamiento directo por el más corto camino, supone el drenaje transpleural. Hay una alternativa: después de evácuar con tórax abierto, el drenaje subdiafragmático, poco satisfactorio como norma. Admitiendo la ventaja del abocamiento directo transpleural, decimos que la impregnación de la herida reciente por el líquido bi-

aseptico proveniente del quiste, interferiría con el proceso de cicatrización y que es conveniente lograr, previamente a este contacto injurioso la firme coalescencia frenoparietal que protegerá la serosa pleural.

C) Bilirragia post-operatoria persistente. Hidatidosis residual del colédoco (Masciottra).—Realizada la indicación esencial de marsupializar el quiste, sea que la abertura en la V.B. esté bien establecida, sea que haya sido insospechada, la persistencia de la bilirragia constituye un desafío inquietante. La demora en atacar la vía principal ha sido considerada causa de repetidos "exitus letalis". La necropsia ha confirmado esta inculpación. Pero recordamos también los casos en que la reintervención —y la necropsia— hallaron el camino biliar expedito. Y recordamos también los casos muy frecuentes en los que tras varias semanas de rezumamiento intravascular la corriente biliar tomó bruscamente su cauce natural. **En la emergencia a que nos referimos, el estudio radiológico del trayecto biliar tras la repleción del mismo por aceite yodado, es un recurso imprescindible.** Puede dar categórica respuesta a la pregunta de si debemos reintervenir sobre la vía principal.

La reintervención ha hallado restos de membranas hidáticas (hidatidosis residual: Masciottra). Nosotros hemos encontrado en tal eventualidad un colédoco transformado en cordón fibroso, en su extremidad distal.

Hemos pensado que la inyección parasiticida de formol pudo ser la causa de este hallazgo operatorio.

A. N.; 22 años. Procede de Paso de los Toros. Ingresa porque tiene una fistula biliar total desde su operación por un quiste anterior del hígado. Decoloración completa de materias. El aceite yodado no penetra en el duodeno. La exploración quirúrgica muestra que un cordón fibroso ocupa el lugar del colédoco en su porción distal. Practicamos una colecistoduodenostomía. Curación.

Datos numéricos.—Con criterio riguroso, nosotros sólo podemos hablar de Q. V. B. en 12 casos. En cuatro casos, se verificó la presencia de vesículas en el colédoco. En tres casos se constató hidatidenteria. En un caso, la evacuación del líquido hidático configuró la retención seca de la membrana hidática en el

quiste. En dos casos se trataba de pionesmoquiste con vomica biliohidática e ictericia total. Varios casos dudosos de quistes ascendentes con ictericia —dos fallecidos sin necropsia—. Un caso de bilirragia persistente con fibrosis del colédoco.

Para un número de quistes hepáticos que en la actualidad se acerca a 400, esos 12 casos de Q. V. B. representan el 3 %.

En nuestra estadística publicada en 1947, las complicaciones peritoneales de los quistes hepáticos alcanzaban la cifra porcentual de 14. Es decir que en las historias clínicas del Hospital Durazno, la abertura en V. B. viene lejos —como cantidad porcentual— después de la rotura en peritoneo.

Pero nos es imposible establecer una cifra fehaciente de los Q. V. B. que han pasado por el Servicio: a) Porque no hay criterio unívoco para esta designación; b) Porque, no examinándose sistemáticamente las materias de los "hepatobiliares", las hidatidenterias pasan inadvertidas; c) Porque se omite la necropsia en los "éxitus letalis"; d) Porque un considerable número de Q. V. B. curan por la simple marsupialización, quedando por tal causa la complicación V. B. no demostrada, y, frecuentemente, ni sospechada.

BIBLIOGRAFIA AUXILIAR

- Ardao, (Héctor).**—Contribución al estudio de la adventicia en los quistes hepáticos drenados (Bol. de la Sec. de Cirug. del Uruguay, 1948).
- Atlas y Kamenev.**—Ruptura of echinococcus cyst into the bile ducts simulating stones in the common duct. (Am. J. Med. V. 13, pág. 384-86, 1952).
- Bourgeon, (R.).**—Kyste Hydatique du foie et voies biliaires (Arch. Intern. de la Hidatidosis, pág. 219, año 1953).
- Bourgeon y Pietri.**—Les ouvertures a minima ou fissurations dy kyste hydatique dans les voies biliaires. (Rev. Chir. Paris. V. 71, pág. 186-200. 1952).
- Bourgeon, Huguenin et Pietri.**—La suture endo kystique d'emblée des importants fistules biliaires. (Arch. Internac. de Hidatid., 1953).
- Calcagno y Manfredi.**—Qusite H. calcificado del hígado abierto en vías biliares (Bol. y trab. argent. cir. V. 25, pág. 2116-2118; 1941).
- Calleri, (E. M.).**—Abordaje operatorio de los quistes hidáticos de la cara superior del hígado. (Boletín de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Centro. Año 1937).

- Callen, E. M.**.—El quiste hidático en el Hospital Durazno (Archivos Internacionales de la Hidatidosis. Montevideo. Vol. VII, pág. 177).
- Cerdan Alonzo, (J. E.)**.—Relaciones de la hidatidosis hepática con la estasis biliar. (A. F. Medicina, tomo XXXIII: 1948).
- Chifflet, (Abel)**.—La hidatidosis hepática es una afección hepato-biliar. Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay: año 1948).
- Chifflet, Ormaechea y Varela**.—Síndromes vesiculares agudos en la hidatidosis hepática. (2º Congreso Uruguayo de Cirugía, año 1952).
- Chifflet y Llopart**.—Equinococosis hepática y riñón derecha. (Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay, año 1946).
- Chifflet y Swiffet**.—Quiste hidático abierto en vías digestivas. (Boletín de la Soc. de Cir. del Uruguay, año 1942, pág. 459).
- Clerza Rodriguez**.—La abertura de los quistes hidáticos del hígado en las vías biliares. (Prensa Méd. Argent.: V. 21, págs. 2116-2118: 1934).
- Constantini, (M. H.)**.—La place de la kystectomie dans la Chirurgie des kystes hydatiques du foie. (Arch. Internac. de la Hidatidosis: 1953).
- Constantini, Bourgeon y Pietri**.—Kyste hidatique du foie: marsupialisation; chute spontanée de la membrane perikystique. (Africa fr. chir., N° 1, pág. 58-61: 1951).
- D Amelio, (F. E.)**.—Quiste H. abierto en vías biliares. (Rev. de A. M. A., Vol. 54, pág. 1157, año 1940).
- Del Campo y Otero**.—Neumatosis espontánea de las vías biliares. (Bol. de la Soc. de Cir. de Montevideo; año 1940).
- Del Campo, (J. C.)**.—Sobre una modificación a la incisión transversa. (Bol. de la Soc. de Cirug. de Montevideo, año 1935).
- Del Campo, (J. C.)**.—Quistes H. calcificados del hígado. (Archivos Uruguayos: 1950, pág. 429).
- Del Campo, (J. C.)**.—Abdomen Agudo (Montevideo: Sind. Méd. del Uruguay: 1940).
- Del Campo, (J. C.)**.—Relator de la comunicación de: Anastasia H. C. Dos casos de quiste H. del hígado abierto en vías biliares. (Bol. Soc. Cirg. del Uruguay: V. 4, pág. 185-197: 1953).
- Del Rio, (José M.)**.—Contribución al tema Hidatidosis residual del cólecodo. (Rev. A. M. A., V. 54, pág. 472, año 1940).
- De Nicola, Ferreira y Carpanelli**.—Hidatidosis abierta en vías biliares. (Bol. y trabajos de la Academia argentina de Cir.: 1948: págs. 402-419).
- Deve, (Felix)**.—L'Echinococcuse secondaire. (Paris: Masson y Cie.; 1946).
- Deve, (Felix)**.—La colique hepatique hydatique. La valeur sémiologique. (C. R. Société Biologie: 1919, pág. 242).

- Deve, (Félix).**—L'Obstruction hydatique chronique du choledoque. (Bull. Acad. de Med.; V. 82, pág. 282-84: 1919).
- Deve, (Félix).**—L'ouverture des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires. (J. Međ. Franc.; V. 13. págs. 343-354. año 1924).
- Deve, (Félix).**—Sur le traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. (J. de Chir.; V. 26. págs. 593-605. año 1925).
- Etcheberry y Vigil Sónora.**—Discusión sobre Q. V. B. (Bol. Soc. Cir. del Uruguay: V. 5. págs. 55-58. año 1934).
- Finochietto y R. Ayas Eduardo.**—Laparatomía transtorácica extrapleural. P. M. Arg. 36: 1045: 1949.
- Finochietto, (R.).**—Quistes hidáticos del hígado abiertos en vías biliares. (2º Congreso Nal. de Medicina. año 1922. pág. 184).
- Garralda Goyena, (C.).**—Kyste Hidatique des voies biliaires. (Arch. Intern. de Hidatidosis. año 1953).
- Garcia Baron, (A.).**—Sobre la ruptura del quiste H. del Hígado en las vías biliares. (Rev. Clín. Españ.; Vol. 38. págs. 436-38. año 1950).
- Graña y Gaudiano.**—El mecanismo de las pseudo litiasis biliar de origen hidático. (Bol. de la Soc. de Cirug. del Uruguay. año 1945).
- Graña, (Alfonso).**—Investigaciones biológicas en el quiste hidático del hígado, abierto en vías biliares. (Bol. Soc. de Cirug. del Uruguay. año 1943).
- Haran, (Antonio Maria).**—Pneumo quiste hepático residual post rotura peritoneal. (Bol. de la Soc. de Cirug. de Montevideo, año 1938).
- Ivanisovich, (O.).**—Litiasis biliar. Quiste hidático. (Bol. del Instituto de Clínica Quirúrgica: tomo II. V. 19. año 1927).
- Larghero Ibarz.**—Discusión sobre quiste h. de h. a. en vías biliares. (Bol. Soc. Cir. del Uruguay: V. 6. pág. 58-72. año 1935).
- Marella, (Muzio S.).**—El quiste h. del hígado abierto en vías biliares. Tesis de Doctorado; Montevideo. año 1950).
- Masciottra, (Eduardo).**—Hidatidosis residual del colédoco. (Revista de A. M. A., pág. 466. año 1940).
- Morador, (J. L.).**—Vías de abordaje de la cara superior del hígado. (Anales del Ateneo de Clínica Quirúrgica, año 1936).
- Morador, (J. L.).**—Los quistes H. de la cara superior del hígado. (Anales de Ateneo de Clínica Quirúrgica, año 1935).
- Otero, (José P.).**—Pioneumoquiste de hígado. (Archivos Uruguayos. pág. 408, año 1950).
- Otero, (José P.).**—Pioneumoquiste hidático del hígado. (Bol. de la Soc. de Cirugía de Montevideo, pág. 116. año 1937).
- Palma, (Eduardo C.).**—Toraco freno laparatomía parapleural. (Bol. de la Soc. de Cirug. de Montevideo, año 1939).

- Praggio Blanco, (Raúl), y Dubourdieu, (J.).**— Síndromes hepatovesiculares en las diversas etapas evolutivas de los quistes hid. del h. (Arch. Intern. de Hidatidosis, año 1941).
- Praggio Blanco y Roglia.**— Síndrome ictero-ascílico con esplenomegalia por obstrucción hidática del colédoco. (An. Facultad de Med. de Montevideo, Vol. 23, págs. 844-851, año 1938).
- Petri, (Henrie).**— Cholangiographie et kystocholangiographie dans la Chirurgie du kyste hydatique du foie. (Arch. Intern. de Hidatidosis: año 1953).
- Prat y Paiva.**— Quiste H. del H. abierto en vías biliares y comprobación de fractura patológica. (Bol. de la Soc. de C. del Uruguay, año 1943).
- Prat y Piquerez.**— Quiste H. del higado abierto en las vías biliares. (A. F. M., pág. 204, año 1925).
- Prat, (Domingo).**— Sobre algunas complicaciones del quiste H. del H. abierto en las vías biliares. (Bol. de la Soc. de Cirug. de Montevideo, pág. 85, año 1935).
- Prat, (Domingo).**— Tratamiento de los Q. H. del H. abierto en V. biliares. (Bol. Soc. Cirugía de Montevideo, año 1934).
- Soca, (F.).**— Sobre los cólicos hepáticos y sus máscaras gástricas. (An. Fac. de Med. de Montevideo, V. 4, págs. 31-60, año 1919).
- Varela Fuentes, Coronel y Rubira.**— Particularidades de la ictericia en el quiste hidático abierto en vías biliares. (Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay: año 1943).
- Varela Fuentes y Canzani.**— El síndrome de la "obstrucción subtotal de las vías biliares". Su diferenciación con la "obstrucción total". (Bol. de la Soc. de Cirugía de Montevideo, año 1938).