

Sr. PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Abel Chifflet.

LOS ABORDAJES EN LA HIDATIDOSIS HEPATICA EN RELACION CON LA PATOLOGIA DE LAS VIAS BILIARES

Dr. Abel Chifflet

Profesor de Clínica Quirúrgica.

En 1947 sostuvimos el criterio de que la Hidatidosis Hepática es una enfermedad originada por la presencia del parásito y constituida fundamentalmente por procesos del parénquima hepático y de las vías biliares intra y extraglandulares. Concluíamos en la necesidad de estudiar las vías biliares extrahepáticas en todos los enfermos parasitados o que habían sido parasitados, recurriendo a la investigación clínica, la colecistografía, el sondeo duodenal y la exploración operatoria. (*)

En 1951, refiriéndonos a los enfermos con hidatidosis y procesos de las vías biliares extrahepáticas sostuvimos la necesidad de tratarlos con dos directivas fundamentales: 1º) que es necesario hacer el tratamiento bipolar, es decir, del quiste y del sistema biliar extrahepático, y 2º) que el hecho fundamental de dicho tratamiento es el drenaje al exterior de ambos polos patológicos. (**)

Hoy nos vamos a referir al abordaje en los enfermos con Hidatidosis en relación a la posible exigencia del tratamiento directo del sistema biliar extrahepático.

1º) Quiste Hidatídico sin manifestaciones canaliculares.

En estos casos creemos que debe plantearse siempre la posibilidad de realizar un estudio del sistema biliar por colecistografía y por sondeo duodenal.

Este estudio puede no ser posible por el estado del enfermo o por la exigencia urgente de la operación en procesos supurados. En estos casos el abordaje debe ser directo al quiste, utilizando

* Abel Chifflet.— La hidatidosis hepática es una afección hepatobiliar. (Bol. C. de la Soc. de Cirugía del Uruguay. T. XIX. 1948, págs. 23-35).

** Abel Chifflet, C. Ormaechea y R. Varela.— Síndromes vesiculares agudos en la Hidatidosis Hepática. (Segundo Congreso Uruguayo de Cirugía; 1952).

la vía correspondiente a su topografía. La vesícula puede ser explorada a veces. La existencia de adherencias, el mal estado general del enfermo, el foco supurado pueden contraindicar esta exploración operatoria. El tratamiento es la quistostomía.

Si es posible el estudio del sistema canalicular por colecistografía y sondeo duodenal y no surge allí ninguna indicación operatoria, el abordaje debe ser directo al quiste por la vía más sencilla y directa y que permita un mejor drenaje. Consideramos sin embargo que en la elección de estas vías directas al quiste debe tenerse en cuenta siempre la posibilidad de la exploración operatoria de la vesícula. Hay a veces lesiones, que no habian sido reconocidas por la investigación preoperatoria, como la colesteatosis, que pueden requerir tratamiento cruento.

Utilizamos en la práctica tres grandes vías: a) la vía abdominal anterior; b) la vía transpleurodiafragmática; c) la vía subpleurodiafragmática por resección de XII costilla. En todos estos abordajes podemos estudiar la vesícula.

2º) Quiste Hidatídico con manifestaciones canaliculares.

Las manifestaciones patológicas canaliculares pueden ser de orden clínico o resultar del estudio colecistográfico y el sondeo duodenal. La exigencia del abordaje bipolar (quiste y vía biliar) nos obliga a investigar cuidadosamente la topografía exacta del quiste antes de ir a la operación. No nos ocuparemos de la conducción de esta investigación topográfica preoperatoria. Digamos solamente que después de realizada la búsqueda del quiste podremos haberlo localizado con precisión más o menos aproximadamente, pero que a veces no es posible hacer tal localización y otras veces el quiste topografiado no es el responsable de la manifestación hepatobiliar en juego. Estos hechos nos conducen a plantear toda operación con un criterio interrogante sobre la verdadera topografía del quiste a tratar.

Pasaremos en revista las diferentes posibilidades que nos ofrece la práctica asistencial.

Primera posibilidad: Quiste topografiado antes de la operación, en zona alcanzable por un abordaje para vías biliares.— El abordaje único en estos casos debe hacerse por una incisión adaptada a diversas circunstancias, donde interviene seguramente la

topografía del quiste, pero donde es importante la edad del enfermo, la conformación de la base del tórax, el sexo, etc.

En esta elección de incisión debe dominar el concepto de que lo fundamental es tener una buena exposición del sistema canalicular, ya que el quiste puede ser tratado aún sin buena exposición o por una pequeña incisión complementaria que permita un drenaje eficaz.

Segunda posibilidad: Quiste topografiado antes de la operación, en zona no alcanzable por un abordaje para vías biliares— En estos casos es necesario hacer dos abordajes. Estos dos abordajes pueden realizarse en el mismo acto operatorio, solamente en los enfermos que no tienen estado general grave y con quistes abordables por vía abdominal. La incisión primera debe ser para las vías biliares porque permite la exploración de esta región haciendo ya un correcto plan terapéutico y porque permite la localización exacta del quiste en vistas a la mejor incisión.

La necesidad de practicar dos actos operatorios nos obliga a precisar el orden de su realización. Preferimos comenzar por el ataque al quiste, si tenemos la seguridad de tener topografiado al responsable del cuadro. Este abordaje permite evacuar el contenido de membranas y líquido, pus, etc. Además, el drenaje del quiste tiene el efecto de un drenaje biliar, como si fuese una hepatorstomía externa, la cual mejora las condiciones del hígado y disminuyendo la tensión en el árbol biliar puede permitir la disgregación y eliminación de membranas hidatídicas coledocianas. La mejoría del enfermo es evidente, pero debe mantenerse la indicación del abordaje sobre las vías biliares, salvo que se demuestre por sondeo, colecistografía y quistografía, su absoluta normalización.

Tercera posibilidad: Quiste no topografiado antes de la operación.— El abordaje debe hacerse para las Vías Biliares con la idea de explorarlas y tratarlas.

A) Es muy frecuente que ese abordaje permita tratar el quiste en el mismo acto operatorio por la misma incisión o por otra.

B) Otras veces permite topografiar el quiste para ser operado en otro acto operatorio y corresponde actuar sólo sobre las Vías Biliares en la primera operación.

C) Es posible que no se localice el quiste responsable, en cuyo caso debemos conformarnos con el drenaje canalicular y buscar en el postoperatorio la topografía, valiéndonos de la colangiografía.

D) Si el abordaje para las Vías Biliares no permite encontrar el quiste ni las Vías Biliares (Colecistectomizados, adherencias firmes, deformaciones regionales, mal estado general del enfermo) queda el recurso de la hepatorstomía externa.

Resumimos nuestra conducta frente a los enfermos con Hidatidosis y procesos quirúrgicos de las Vías Biliares en una conclusión sobre abordaje y una conclusión sobre tratamiento. Parecerían contradictorias.

- 1) El **abordaje inicial** preferible es para las vías biliares. Hacen excepción solamente los enfermos con quistes topografiados en el preoperatorio en las regiones posteriores y con mal estado general.
- 2) El **tratamiento inicial** preferible es para el quiste. Hacen excepción solamente los enfermos con quistes no topografiados en el preoperatorio, que no se les reconoce en la operación, o se les reconoce en lugar alejado de la incisión para vías biliares.