

Sr. PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Julio R. Mezzera.

LA VIA TRANSPLEURO - DIAFRAGMATICA EN LA HIDATIDOSIS HEPATICA

Dr. Julio R. Mezzera.

Esta comunicación, como aporte al tema "Tratamiento de la hidatidosis hepática" tiene por objeto puntualizar la técnica y las indicaciones de la vía transpleuro-diafragmática seguida en el Servicio de Clínica Quirúrgica del profesor Chifflet, en algunas de las localizaciones del Quiste Hidático de Hígado.

En el curso de estos últimos tres años, en los que hemos dedicado especial atención a la cirugía del tórax, hemos podido practicar el abordaje transpleuro-diafragmático, en múltiples oportunidades, valorando así la colaboración eficaz que esta vía de abordaje brinda al cirujano que desea alcanzar la región diafragmática y la parte más alta de supra meso cólica.

La concavidad del diafragma, permite realizar a los órganos abdominales una verdadera penetración torácica, circunstancia que los vuelve profundos y de muy difícil abordaje por las vías abdominales anteriores. El hígado pasa a ser una viscera de topografía torácica.

Esta región tóraco-abdominal, se encuentra protegida por la parrilla costal y recubierta por los fondos de sacos pleurales. Esta circunstancia constituyó durante muchos años, una dificultad real para los abordajes amplios de los órganos situados inmediatamente por debajo del diafragma. (Figura N° 1)

Los cirujanos de las últimas décadas del siglo pasado, desarrollaron en el cadáver técnicas anatómicas magistrales tendientes a facilitar su abordaje, pero que resultaban por muchos motivos impracticables en el vivo.

En el momento actual las objeciones dependientes del neumo tórax operatorio han pasado a ser del dominio de la leyenda, y apoyándose en los progresos de la anestesia, los antibióticos y la técnica especializada, las vías traspleurales alcanzaron el margen de seguridad suficiente como para permitir su realización en el vivo.

Su empleo cada día más frecuente para conseguir abordajes amplios de la cara superior del hígado, zona cardio-tuberositaria, bazo o riñón, ha permitido formar clara experiencia acerca de las ventajas indudables que en estos abordajes, ofrece la vía transpleuro diafragmática.

En lo que se refiere en particular a su empleo como abordaje para los quistes hidáticos del hígado, debemos decir desde ya que cumple con una de las directivas fundamentales del tratamiento quirúrgico de la hidatidosis, tal como es el abordaje del quiste en el punto más emergente de la glándula hepática.



Fig. N° 1

Preparación anatómica que muestra que el hígado, en particular su lóbulo derecho, ocupa topográficamente una posición torácica. Solamente la presencia del diafragma lo transforma en un órgano abdominal.

Trataremos en particular, de precisar la técnica seguida en el Servicio y haremos luego un sumario de las indicaciones de aquellos casos en los que se encuentra justificado su abordaje transpleuro-diafragmático.

TECNICA

La técnica quirúrgica empleada se encuentra regida por los principios fundamentales de la cirugía del tórax. La funcionalidad pulmonar está regida por la funcionalidad parietal. El acto

quirúrgico altera esta relación funcional, que deberá ser restablecida totalmente tan pronto como sea posible.

La prolijidad en la técnica operatoria permitirá un cierre correcto, a prueba de aire, facilitando una reexpansión pulmonar total, con una recuperación funcional precoz.

POSICION DEL ENFERMO

Siempre hemos utilizado la posición de decúbito lateral sobre el lado izquierdo, fijando al enfermo según las circunstancias, con esparadrapo o con bretes especiales para cirugía del tórax.

Conocemos los inconvenientes y las críticas que se le han hecho a esta posición operatoria, particularmente por la escuela de Overholt, en el sentido de que permite la posibilidad del pasaje de secreciones en los casos de "Pulmón húmedo" hacia el sistema bronquial del lado sano.

La advertencia del anestesista, y en algunos casos el empleo de sondas de intubación especiales, ha permitido solucionar este inconveniente y no hemos tenido dificultades ni operatorias ni post operatorias debidas al pasaje de secreciones o membranas.

Una vez fijado el enfermo, la rotación lateral de la mesa de operaciones, permitirá inclinarlo algo hacia nosotros, haciendo más abordable la región ántero-lateral derecha del abdomen.

Esta posición lateral, tiene para Sweet, la ventaja de que durante el acto operatorio, la gravedad, alejará el intestino delgado, evitando así manipulaciones viscerales y la necesidad de emplear grandes compresas.

ANESTESIA

En todos los casos intervenidos hemos empleado la anestesia general con intubación endo-traqueal.

Creemos que a ello se debe en buena parte la posibilidad de utilización de esta vía, ya que permite el control del neumotórax operatorio, la reexpansión pulmonar una vez terminado el acto y el control y aspiración de las secreciones.

El abordaje amplio sin necesidad de manipuleos viscerales permite mantener al enfermo en un grado relativamente ligero de anestesia.

INCISION

Realizamos la clásica toracotomía póstero-lateral.

Seccionamos los planos musculares después de haberlos individualizado, lo que permitirá su fácil reconocimiento en el momento de proceder a la reconstrucción de la pared.

Habitualmente colocamos dos dedos por debajo del plano muscular a seccionar provocando su estiramiento; seccionamos a tijera entre ambos dedos, esto permite ver las secciones vasculares a medida que se van produciendo y su inmediata hemostasis, lo que se traduce en un campo exangüe y más prolijo. Nunca hemos utilizado los clamps de Crafford.

Hemostasis, de ser posible, por electrocoagulación.

Separamos la masa de los músculos espinales en una extensión de 10 centímetros tomándola con separadores anchos, lo que nos permite descubrir el ángulo posterior de la costilla. Colocamos a este nivel una mecha de gasa. Este volado, constituido por la masa de los músculos espinales movilizados, lo emplearemos para cerrar el triángulo a base vertebral, que resulta una vez reseca la costilla.

Algunos autores preconizan realizar la toracotomía intercostal. Nosotros siempre hemos realizado la resección costal, lo que unido al empleo del separador de Finochietto nos ha dado un amplio abordaje de la cara superior del diafragma. Entendemos que la resección costal proporciona un campo más exangüe y más amplio, así como también la hoja de periostio permite un cierre mejor de la brecha operatoria.

La costilla a reseca, varía según la topografía radiológica particular del enfermo, y ha sido habitualmente la X o la IX costilla, para aquellos casos de hidatidosis exclusivamente hepática; siendo más alta V o VI cuando se planea también una resección pulmonar.

Una vez abierta la pleura en toda su extensión colocamos el separador de Finochietto protegidas sus ramas con compresas y podemos realizar la exploración.

EXPLORACION

Es éste un tiempo fundamental de la operación. Debemos realizar un inventario completo de las lesiones del pulmón, diafragma o hígado.

La exploración pulmonar deberá comprender la totalidad de los lóbulos y sus cisuras.

Sabemos que en el 25 % de los casos de los enfermos que tienen hidatidosis pulmonar esta va acompañada también de una hidatidosis hepática. Esta hidatidosis del hígado puede ser desconocida hasta este momento de la exploración.

Debe darse especial atención a la exploración de la base pulmonar, precisando el grado de participación patológica del diafragma, modificaciones que pueden variar de jerarquía desde la simple adherencia hasta la formación de una verdadera "chimenea" en los casos de tránsito hepato brónquico bien establecido.

Paralelamente con la base pulmonar ha de realizarse la exploración de la cúpula diafragmática en toda su extensión con la intención de demostrar una irregularidad que nos permita localizar el quiste hidático del hígado subyacente, pudiéndose ver en algunas circunstancias la zona de adherencia del diafragma a la zona hepática donde asienta el quiste.

La exploración del hígado la completaremos una vez abierto el diafragma.

Terminada esta exploración tenemos un inventario completo, que sumado a los datos clínicos y radiológicos pre operatorios nos permitirá conocer el estado de pulmón, diafragma e hígado con conocimiento de la magnitud de las lesiones que presenta cada uno de estos tres componentes del campo operatorio.

De este inventario surge la táctica quirúrgica, que seguramente es diferente para cada caso en particular. Los enfermos portadores de quistes hidáticos de la cara superior del hígado, aún cuando no tengan complicación pulmonar evidente, suelen ser enfermos portadores de quistes viejos, evolucionados, a lo que se suma muy amenudo un estado general precario.

Creemos que en estos enfermos, que deben pasar una intervención de jerarquía, ésta se debe escalonar de modo tal que pueda ser abandonada en cualquier momento.

Esta directiva nos lleva a tratar en primer lugar el quiste hidático de hígado, con lo que eliminamos el riesgo de rotura, infección o abertura en los bronquios. Una vez realizado el tratamiento y drenaje del quiste hidático del hígado podremos realizar el tratamiento de las lesiones pulmonares si las hubiera. Si el estado general del enfermo no lo permite podremos cerrar el diafrag-

ma y dejar el tratamiento de las lesiones pulmonares para una segunda intervención, con un enfermo mejorado desde todo punto de vista.

ABERTURA DEL DIAFRAGMA

Abrimos el diafragma siguiendo la dirección de sus fibras y poniendo particular atención, a realizar la hemostasis cuidadosa de los vasos diafragmáticos que se seccionan y que suelen retraerse una vez seccionados.

Tomamos los bordes del diafragma, con pinzas de Allis o bien con hilos tractores cuyos extremos largos pueden ser sacados hacia afuera del campo operatorio.

Abordada de esta manera la cara superior del hígado puede procederse con facilidad al abordaje y tratamiento del quiste.

Protección completa de la cavidad abdominal y pleural con compresas humedecidas en suero fisiológico.

Punción y evacuación del quiste hidático con formolado de su cavidad.

Exploración tan completa como sea posible de la totalidad de la glándula hepática intentando localizar otros quistes hidáticos.

Evacuado el parásito exploramos digitalmente la cavidad del quiste tratando de localizar con el dedo índice el punto más declive, en el cual colocaremos el drenaje. Llama la atención que habitualmente se alcanza con cierta facilidad, contrariamente a lo que pudiera creerse, debido probablemente a la presión que se ejerce con la mano sobre la cara superior del diafragma.

COLOCACION DEL DRENAJE

Creemos que este es un tiempo fundamental.

Habitualmente drenamos los quistes hidáticos del hígado, vista la bilirragia que se produce en el post operatorio. Creemos que con mayor razón deben drenarse los quistes hidáticos de la cara superior, habitualmente quistes viejos, evolucionados y en los cuales se pueden ver modificaciones más o menos importantes a nivel de su adventicia.

Drenaje subdiafragmático anterior.

Elegimos el punto más declive para situar el drenaje, colocando uno o dos tubos de goma sin fenestrar.

Localizado el punto declive con el dedo índice introducido dentro de la cavidad quística, realizamos una pequeña incisión sub costal de tres o cuatro centímetros, a nivel del extremo anterior de la X o XI costilla atravesando los planos musculares por disociación. Orientados por el dedo que se encuentra dentro del quiste, podemos realizar por esta incisión el drenaje en el punto precisamente elegido. Volvemos a insistir que en esta maniobra tenemos la impresión de que el reborde costal no constituye un obstáculo mayor, y que se alcanza el quiste con relativa facilidad.

De esta manera podemos abrir el quiste por la incisión abdominal subcostal y pasar los tubos hacia el exterior.

Alfileres nodrizas en los tubos y cierre de la herida por planos.

TRATAMIENTO DE LAS LESIONES PULMONARES

Si bien creemos que este capítulo desborda la órbita de este trabajo, debemos decir que en este momento debe procederse, siempre que el estado del enfermo lo permita, a realizar el tratamiento de la lesión pulmonar, pudiendo variar de jerarquía según el grado de lesión encontrado.

CIERRE

Debe realizarse un cierre prolijo del diafragma, con catgut y puntos en U anudados hacia la cavidad abdominal

Insistimos en la prolijidad del cierre diafragmático, ya que de no ser completo, puede permitir la entrada del aire al tórax, proveniente del drenaje del quiste hacia el exterior.

Lavado pleural con suero fisiológico dejando 500.000 unidades de penicilina.

Dejamos drenaje de la cavidad pleural en punto declive, quedando el extremo del tubo en el vértice del tórax. Este drenaje lo conectamos con una bomba de aspiración continua.

Cierre de la toracotomía por planos, sin puntos paracostales, utilizando el aproximador de Bailey, y realizando un meticuloso afrontamiento de los planos musculares. Algodón en la piel.

INDICACIONES

Creemos que las indicaciones para el empleo de la vía transpleuro diafragmática en el tratamiento de los quistes hidáticos

del hígado son múltiples, pudiéndose presentar situaciones diversas en las que será necesario realizar un balance de sus ventajas y posibles inconvenientes.

Será difícil dictar normas absolutas y perfectamente establecidas, ya que en muchos casos se podrá argumentar con fundamentos atendibles, la indicación de esta vía transpleural o de algún otro tipo de abordaje.

Creemos que tiene, desde este punto de vista, importancia la modalidad de cada uno y el dominio que se posea de la vía transtorácica.

Creemos que todos los inconvenientes, que en otra época se atribuían a la vía transpleural han sido en el momento actual dominados, apareciendo así como una vía infinitamente superior a todas aquellas maniobras que trataban de ampliar hacia el tórax una vía de laparotomía, ya sea por colgajos o por sección sobre el reborde costal.

En todas estas maniobras es posible herir la pleura, con posibilidades de infección, neumotórax, etc. pero sin haber tenido la ventaja enorme del amplio abordaje a cielo abierto, que permitirá un inventario lesional, con la posibilidad de realizar el tratamiento más correcto y completo, hemostasis, lavado y cierre perfecto de la cavidad pleural.

Vamos a considerar en particular varias situaciones clínicas que hemos tenido oportunidad de observar en enfermos portadores de quistes hidáticos de hígado.

1° — Cuando existiendo una hidatidosis pulmonar derecha, la tóracotomía amplia permite localizar por exploración diafragmática un quiste en el hígado.

Esta situación plantea en realidad una indicación de necesidad, ya que al abordar un quiste hidático de pulmón por tóracotomía encontramos como consecuencia de la exploración un quiste hidático de la cara superior del hígado que pudo haber pasado inadvertido al examen clínico del enfermo.

La relativa frecuencia, 25 % de situaciones en que se encuentran hidatidosis pulmonar asociada a hidatidosis hepática, nos lleva a insistir en la importancia fundamental que para la terapéutica del enfermo, posee esta disciplina de exploración.

La exploración de la cúpula diafragmática por inspección y palpación meticulosa y aún mismo por la frenotomía en los ca-

sos de duda, debe ser considerada un tiempo fundamental en el tratamiento de las hidatidosis pulmonares derechas.

Caso clínico: Sra. F. G. de P. Quiste hidático pulmón derecho. Abordaje por tóracotomía. Quiste hidático cara superior lóbulo derecho del hígado tratado en el mismo acto operatorio. Quiste hidático lóbulo izquierdo del hígado, dejado para ser tratado en otra oportunidad. Presentación de radiografías. (Figuras Nos. 2, 3 y 4)

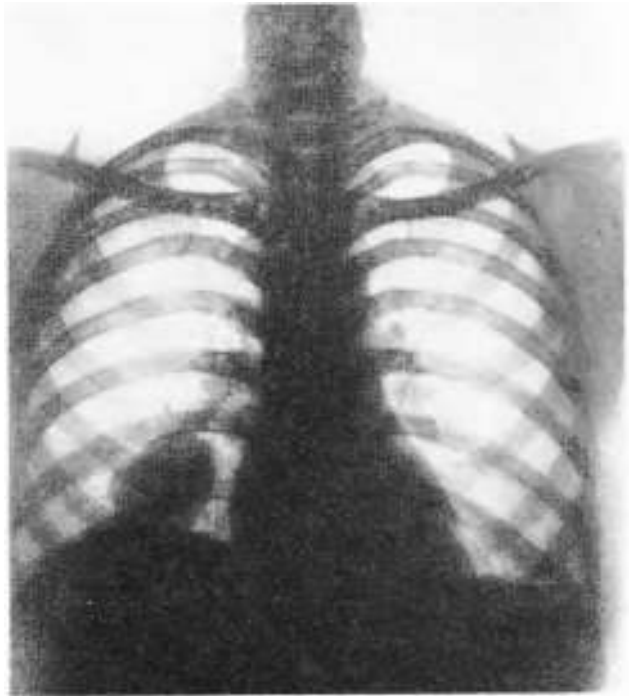


Fig. Nº 2

Sra. F.G. de P.

Radiografía de frente: En la operación por Q. Hidático pulmonar se muestra un quiste de cara superior de lóbulo derecho de hígado que se trata en el mismo acto: Presenta un quiste de lóbulo izquierdo que será tratado en otra oportunidad por vía abdominal.

2º — En aquellos casos en que el cirujano que ha abordado por laparotomía un quiste hidático del hígado localizado en la cara ántero inferior, encuentra en la exploración operatoria un segundo quiste localizado en la cara superior del hígado.

Creemos que en estos casos está justificado realizar solamente la exacta topografía por vía abdominal de este segundo quiste, para ser tratado en una segunda intervención, en el momento oportuno, por vía transpleuro diafragmática.



Fig. Nº 3

Sra. F. G. de P.

Mismo caso anterior.
Radiografía de perfil.
Se aprecia la
modificación de la
cúpula diafragmática



Fig Nº 4

Sra. F. G. de P.

Mismo caso anterior.
Hepatomegalia. Vesícula biliar visualizada por tetrayodo

Creemos que esto es más seguro y de menor riesgo que pretender realizar abordajes alejados del quiste hidático superior, lo que nos obligaría a colocar drenajes largos, sinuosos, que resultarán todavía más largos cuando una vez evacuado el quiste, se produzca la ascensión global del hígado.

Sumado a este inconveniente de mal drenaje, estaremos imposibilitados, por vía abdominal de tener una exacta noción de la participación en el proceso del diafragma y de la base pulmonar.



Fig. Nº 5

Sra. I. P. de B.

Quiste hidático de cara antero inferior de hígado. En la operación se encuentra otro de cara superior que se topografía para ser abordado luego por vía transpleuro-diafragmática. Radiografía tomada después de la primera operación. Deformidad de la cúpula diafragmática en su parte media.

Caso clínico: Sra. I. P. de B. Quiste hidático anterior del hígado. Laparotomía y drenaje. Se localiza un quiste hidático de la cara superior. Topografía. Se deja para ser abordado por vía transpleuro diafragmática. Se muestran las placas. (Figura 5 y 6)

3º — Cuando el estudio radiológico permite diagnosticar un quiste de la cara superior del hígado que levanta el diafragma en cualquier punto de su superficie.

Cuando el estudio radiológico completo del enfermo, estudiado con placas de frente y perfil, nos permite diagnosticar el quiste de su cara superior, creemos que pueden presentarse tres situaciones diferentes de acuerdo a la posición que este ocupe en relación con las paredes anterior y posterior del tórax.

En primer lugar, los quistes que ocupan la parte media y más alta de la cúpula diafragmática, ocupando en realidad una situación equidistante de ambas paredes, deberá ser siempre abordados por vía transpleuro-diafragmática. (Caso anterior. Figuras 5 y 6)

La indicación puede ser discutible en aquellos quistes que si bien localizados en una posición superior, se acercan hacia la pared anterior o posterior del tórax.

En los anteriores, algunos cirujanos podrán preferir el abordaje abdominal, contando con la posibilidad, si su abordaje re-



Fig. Nº 6

Sra. I. P. de B.

Mismo caso anterior. Radiografía de frente de hipocóndrio derecho.

sulta insuficiente, de realizar una tóracolaparatomía prolongando su incisión hacia el tórax siguiendo el VIII espacio intercostal, previa sección del reborde.

Si bien creemos que ésta puede ser una posición aceptable, creemos también que la sección del reborde costal puede traer aparejada ciertos inconvenientes, como ser dolores post operatorios, y en los casos de quistes hidáticos supurados la aparición de una condritis a nivel de la sección cartilaginosa del reborde lo que puede dar inconvenientes post operatorios que se prolongan durante cierto tiempo.

Creemos pues que salvo en aquellos casos en que el gran volumen del quiste lo aproxime en forma significativa a la pared abdominal anterior, será más seguro realizar en esos enfermos su abordaje por vía transpleuro diafragmática.

Condiciones más o menos similares se plantean en los casos en que el estudio del quiste le confiere una topografía pósterosuperior.

No vamos a tratar en detalle, ya que es objeto de otra comunicación, los abordajes realizados por la vía de la XI o XII costilla; pero sí queremos destacar que es una vía excelente de abordaje y exploración para todos aquellos procesos subdiafragmáticos posteriores.

La resección de la XII costilla permite realizar el abordaje sub pleuro-diafragmático permitiendo el buen drenaje y tratamiento del quiste.

La resección de la XI, con las variaciones que dependen de su longitud y el hecho frecuente de que el fondo del saco pleural se encuentra obliterado por un proceso pleural previo en relación con el quiste hidático del hígado, permite también su tratamiento por esta vía sin mayores inconvenientes.

4º — Cuando en una hepatomegalia regular existe manifestaciones de sufrimiento pleural o pleuro pulmonar.

Hemos tenido el caso de que el motivo de consulta es una manifestación pleural o pleuro pulmonar como primer síntoma de un quiste hidático localizado en la caja superior del hígado.

En estos casos creemos de fundamental importancia realizar el abordaje por vía traspleuro diafragmática. En otros casos se suman signos pleurales y hepatomegalia.

Caso clínico: Sra. C. R. de L — Cólicos a repetición. Estado febril y chuchos de frío.. Subictericia. Urticaria. Bronquitis hace dos años. Casoni positivo. Síndrome de menos en la base derecha. Gran hepatomegalia regular. Derrame pleural derecho. Sondeo duodenal: Ganchos hidáticos en el sedimento. No hay ganchos en el líquido pleural.

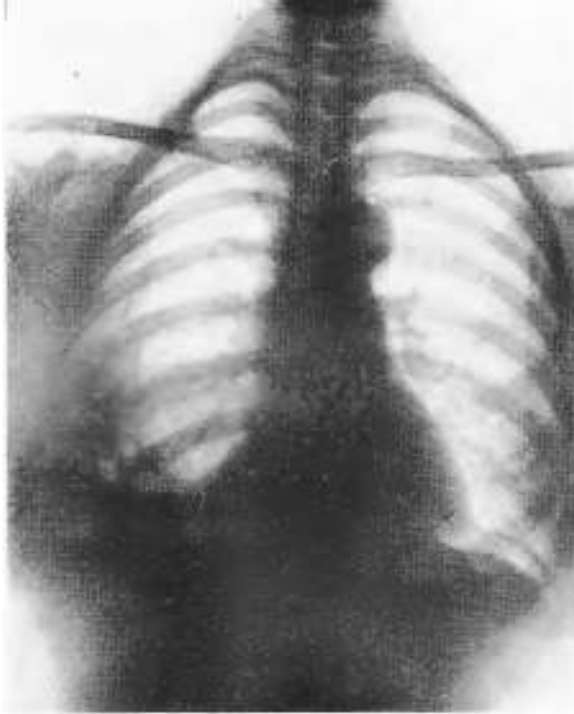


Fig. N° 7

Sra. C. R. de L. —
Radiografía de frente. Neumo peritoneo y neumo tórax, diagnóstico. Hepatomegalia regular con adherencia en una zona del diafragma. Reacción y niveles pleurales.

Abordada con resección de la X costilla. Quiste hidático de la cara superior del hígado, asomando la membrana por una brecha diafragmática.

Derrame pleural. Paquipleuritis. No hay lesión pulmonar.

Evacuación del quiste. Drenaje subdiafragmático subcostal. Cierre de la brecha diafragmática. Decorticación pulmonar. (Figuras Nos 7 y 8)

5º — Tránsito hepato-brónquico.

Constituye un entidad perfectamente conocida por lo cual y por el hecho de desbordar nuestro tema, no insistiremos sobre sus características. Pero debemos decir que desde el punto de vista del abordaje solamente podrá ser realizado por vía trans-



Fig. Nº 8

Sra. C. R. de L.

Mismo caso anterior:
Radiografía de perfil

pleuro-diafragmática. En estos casos se suman todos los factores topográficos ya considerados y la lesión pulmonar que deberá ser tratada.

En resumen: Creemos haber puntualizado la técnica y las indicaciones de la vía transpleuro diafragmática en el tratamiento de la hidatidosis de la cara superior del hígado así como también sus ventajas y sus inconvenientes.