

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. W. García Russich.

CLINICA QUIRURGICA DEL PROF. ABEL CHIFFLET

LA VIA SUBPLEURODIAFRAGMATICA POR RESECCION DE XII COSTILLA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIDATIDOSIS HEPATICA

Dr. Walter García Russich

Vamos a hacer una breve comunicación, como adhesión al tema “Quiste hidático de hígado”.

El objeto de la misma, es puntualizar la técnica y las indicaciones de la vía supleurodiafragmática, seguidas en el Servicio del Profesor Chifflet, para los abordajes de la cara posterior del hígado, y en forma principal, para el tratamiento de la hidatidosis hepática a dicha localización.

TECNICA

1) **Posición del enfermo:** Colocamos al enfermo en posición decúbito ventral y no en decúbito lateral izquierdo, como lo hacemos cuando abordamos la cara superior del hígado por tóracotomía, pues mientras es éste un abordaje lateral a la cúpula diafragmática, aquél es un abordaje eminentemente posterior.



Fig. 1. — Posición del enfermo.

En algunas oportunidades, hemos colocado sólo una pequeña almohadilla, para levantar algo el lado derecho del enfermo.

El decúbito ventral coloca al paciente en posición de hacer un abordaje pósterio-anterior, que es lo que pretendemos, permitiendo al cirujano y a los ayudantes, actuar con absoluta comodidad, sin necesidad de adoptar posiciones forzadas, yendo directamente a abordar la cara posterior del hígado, dando facilidad para explorar la cavidad quística.

2) **Equipo quirúrgico.** Debe estar compuesto por un cirujano y dos ayudantes; pues mientras el segundo ayudante es el encargado de separar, el primero queda libre para colaborar con el cirujano.

3) **Anestesia.** Empleamos en forma corriente la baronarco-sis con intubación, lo que nos pone a cubierto de cualquier contingencia; pues no debemos olvidar que si bien hacemos un abordaje subpleurodiafragmático, nos encontramos con el fondo de saco pleural que se nos puede abrir.

En algunas circunstancias, puede ser utilizada la anestesia local.

4) **Incisión.** Se repera la XII costilla, que ya hemos comprobado por los estudios radiológicos previos que es una costilla larga. Practicamos luego la incisión, que partiendo de unos 5 cms. de la línea media, y del borde inferior de la XI costilla, se dirige en curva hacia abajo y afuera, para tomar la XII y seguir su dirección en una extensión de aproximadamente 15 cms.

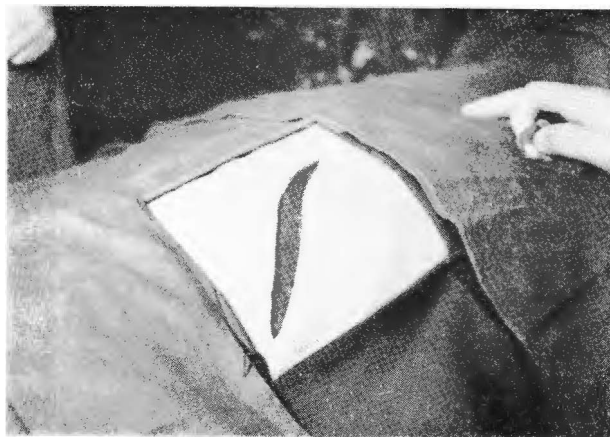


Figura 2
Incisión.

5) **Planos quirúrgicos; primer tiempo operatorio. — Primer plano.** Se secciona la piel y el tejido celular subcutáneo hasta el plano muscular, practicando la hemostasis correspondiente.

Segundo plano. Llegados al gran dorsal, verdadera tapa muscular, cuyas fibras cruzan en x la XII costilla, lo seccionamos siguiendo la dirección de ésta. Es un grueso músculo, que individualizamos fácilmente y que sangra bastante, debido a su gran vascularización; por ello, debemos hacer hemostasis correcta.

Por debajo, encontramos el Serrato Menor Posterior e inferior, que seccionamos en la misma dirección. Es un músculo pequeño, poco irrigado, sin mayor trascendencia quirúrgica.

Tercer plano. En esta forma llegamos al plano de la XII costilla. Seccionamos a bisturí el periosteo, que siempre sangra discretamente, pero cuya hemorragia se cohibe luego de la resección costal. Con rugina hacemos la desperiostización en forma prolija. Se reclina la masa de los músculos espinales hacia la línea media y

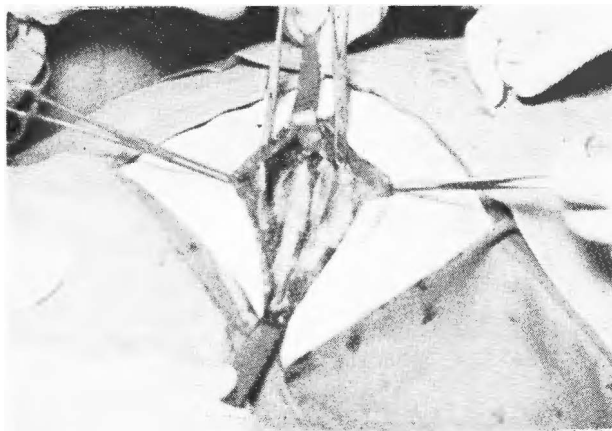


Figura 3
La XII costilla está
al descubierto.

se secciona la costilla a la altura de su cuello, haciendo su extirpación. En este tiempo, podemos ampliar la brecha, haciendo la sección quirúrgica del cuello de la XI costilla, y la ligadura del paquete vásculo-nervioso correspondiente, lo que evita su desgarro y la neuralgia a posteriori.

Cuarto plano. Está constituido arriba del lecho costal por el diafragma con el fondo de saco pleural y abajo del lecho costal por el músculo transverso.

Siguiendo el lecho costal, reclinamos hacia abajo el transverso con el ligamento lumbo-costal de Henle y hacia arriba el diafragma con el fondo de saco pleural adherido a su cara torácica. Si es necesario, seccionamos siguiendo la dirección de las fibras del diafragma en una pequeña extensión de algunos centímetros.

En esta forma abrimos el espacio célula-adiposo pararenal de Gérota. Separamos hacia abajo y adentro este tejido adiposo y nos encontramos con la hoja retrorrenal de Zuckerkandl, que separa la grasa peri de la parrenal. Es de naturaleza conjuntiva den-

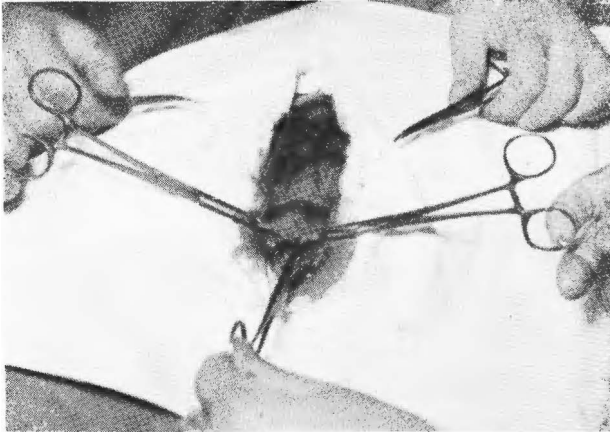


Figura 4
Hoja de Zuckerkandl
a seccionar.

sa en su parte superior, donde va a perderse en la cara inferior del diafragma, mezclando sus fibras con el perimio muscular. Practicamos la abertura del espacio perirrenal, seccionando esta fascia en su parte alta, con el bisturí.

Y así llegamos al:

6) **Segundo tiempo operatorio: que es de exploración.** — El riñón, es frecuente encontrarlo descendido, no siendo posible en los casos de equinocosis de la cara posterior del hígado, reintegrarlo a su lugar habitual, al revés de lo que sucede en las ptosis renales simples. Una vez explorado el riñón y comprobada su indemnidad, lo reclinamos con una valva hacia abajo y a la línea media y con facilidad podemos explorar la cara posterior del hígado, que en su parte baja es intraperitoneal y por arriba está en comunicación con retroperitoneo a través del ligamento coronario, que es mucho más amplio de lo que se podría suponer y que fija

al hígado no como bisagra de su cara posterior, sino suspendiéndolo e invadiendo en parte la cara superior.

El receso superior de la fosa subhepática de Morrison, con frecuencia presenta adherencias que facilitan hacer un abordaje extraperitoneal de los quistes intraperitoneales.

Pero además, hay algo en la exploración que queremos resaltar, y es la relativa facilidad de exploración de las vías biliares con la técnica que proponemos.

La propia anatomía explica la razón de esta afirmación. Si consideramos que la esfera hepática se encuentra en su mitad posterior o algo más, por detrás de un plano frontal que pase por la cara anterior de los cuerpos vertebrales, alojándose en la gran gotera costovertebral; teniendo en cuenta además que el pedículo



Figura 5
Riñón expuesto en su polo superior

hepático aborda la cara inferior del hígado en la unión de sus dos tercios anteriores con su tercio posterior y que sus elementos van a colocarse luego inmediatamente por delante del peritoneo parietal posterior, haciéndose la mayoría retroduodenopancreáticos; vemos pues que entre el películo y el peritoneo parietal posterior, al que ya hemos llegado, queda un espacio prácticamente virtual: el hiato de Winslow.

Esta nos demuestra que pasando por fuera de la vena cava, es de relativa facilidad la exploración de las vías biliares, con la técnica que empleamos.

Es indudable, que cuando el quiste es de gran tamaño, puede hacer dificultosa o imposible esta maniobra.

7) **Abertura del quiste.** Una vez practicado el inventario cuidadoso que acabamos de describir, previa protección correcta con compresas de las paredes de la brecha, procedemos a la punción del quiste y a la evacuación de su contenido mediante el aspirador de Finochietto.

8) **Drenaje.** Habitualmente colocamos un grueso tubo de drenaje; pero cuando la cavidad es muy grande, o el quiste acusa un sufrimiento muy importante y en su cavidad abundan las mem-

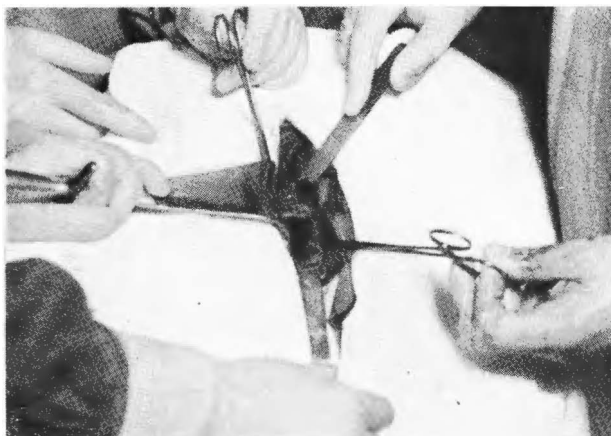


Figura 6
Cavidad quística
abierta.

branas, o bien cuando existen dudas de la correcta y total evacuación del contenido de la cavidad, colocamos 2 tubos de drenaje: uno grueso y otro fino, que nos permiten practicar lavados de la cavidad con doble corriente y facilitan la desobstrucción de los mismos.

Colocamos una pequeña mecha en el lecho, fuera de la cavidad.

9) **Cierre.** Controlamos cuidadosamente el fondo de saco pleural y luego reconstruimos la pared en los siguientes planos:

- a) Sutura del diafragma si ha sido necesario seccionarlo.
- b) Sutura del plano transversal diafragmático con puntos simples o en X de material irreabsorbible.
- c) Reconstrucción de la tapa del dorsal ancho, al que solidarizamos al pequeño serrato posterior e inferior.
- d) Cierre de la piel.



Figura 7
Operación
terminada.

INDICACIONES

La vía de abordaje antes descrita, la practicamos en los siguientes casos:

1) Luego de una laparotomía anterior, con la finalidad de abordar un quiste accesible por esta vía, y al hacer la exploración hepática, encontramos otro quiste localizado en la cara posterior del hígado.

Es el caso de la enferma:

F. G. de P., de 36 años, que fué intervenida previamente, primero mediante toracotomía de una hidatidosis pulmonar y más tarde, fué abordada por vía anterior abdominal, por hidatidosis hepática. Se le drenan dos quistes hidáticos de hígado y en la exploración se comprueba un riñón derecho descendido y llevado hacia adelante. Algún tiempo después debe ser intervenida nuevamente y se aborda su quiste posterior por la vía de la XII costilla.

2) Luego de una laparotomía exploradora, con o sin diagnóstico previo de hidatidosis hepática, pero sin haber podido precisar su localización previamente, o cuando la hepatomegalia nos lleva a confusión.

Es el caso del enfermo:

H. R., de 53 años de edad, al que se le diagnostica una hidatidosis hepática. Presentaba una hepatomegalia dolorosa y radiológicamente un hígado muy agrandado con una elevación marcada de la cúpula diafragmática derecha. Se le aborda con una paramediana derecha supraumbilical

y se corrobora la hepatomegalia que llega casi a la cresta ilíaca, pero se comprueba que el quiste es posterior, rebasa al XII costilla y desplaza hacia abajo al riñón derecho. Es reintervenido a las dos semanas por la vía de la XII costilla.

3) Cuando la clínica o la radiología comprueban el cuadro de riñón empujado, al que se agregan clínica de hidatidosis hepática o hepatomegalia simple y ptosis renal irreductible, no mostrándonos la pielografía, alteración patológica de la cavidades renales y no habiendo tampoco una funcionalidad comprometida del riñón derecho.

La silueta renal, por otra parte, tampoco se encuentra modificada:

4) En los casos en que radiológicamente se comprueba un quiste calcificado de cara posterior de hígado:

Es el caso del enfermo:

F. V., de 64 años, que consulta por cuadros dolorosos de hipocondrio derecho, presentando clinicamente una hepatomegalia regular y del que el estudio radiológico muestra un gran quiste calcificado de cara pósterosuperior de hígado. También fué intervenido por vía de XII costilla.

5) Cuando frente a una hepatomegalia regular y con presunción de hidatidosis hepática, practicamos un neumoretroperitoneal, que nos localiza el quiste en la cara posterior del hígado.

6) Abordamos por esta vía aquellos enfermos que se nos presentan con una hepatomegalia regular, con cuadro infeccioso o de tipo supurativo, con un dolor posterior y una zona edematosa con la misma localización, en los que además tenemos elementos de laboratorio o clínicos para el diagnóstico de hidatidosis hepática.

Y para finalizar, diremos que: todo enfermo con hidatidosis hepática, cuya tumoración quística no es palpable semiológicamente por el abdomen sin que incidan razones de orden físico para ello, y cuando un prolijo estudio radiológico de cúpula hepática nos descarta la posibilidad de esta localización, debe ser abordado por la vía de la XII costilla, si ésta presenta una longitud adecuada.