

Sr. PRESIDENTE: Tienen la palabra los Dres. J. E. Cendán Alfonso y F. Latourrette.

TRABAJO DE LA CLINICA DEL Prof. J. C. DEL CAMPO.

COMPLICACIONES Y SECUELAS DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LOS QUISTES HIDATICOS DEL HIGADO SU PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

Próf. Agr. Juan E. Cendán Alfonso y Dr. Federico Latourrette

Los operados de Q. H. del H. están expuestos a numerosas complicaciones más o menos frecuentes según el caso de que se trate, localización, estado del quiste, técnica y táctica operatorias usadas, incidentes durante la intervención, etc., etc.

Tales son por ejemplo las infecciones, las contaminaciones con elementos hidatídicos fértiles (peritoneal, pleural, parietal, de vías biliares, etc.), las hemorragias operatorias por lesión de gruesas venas, (quistes centrales, quistes múltiples); la equinocosis secundaria local, las eventraciones (frecuentes por el drenaje y la marsupialización), etc., etc.

Aquí sólo queremos referirnos a dos grandes tipos de complicaciones que no son en general directamente imputables al cirujano. Ellas son:

A) La insuficiencia hepatocítica postoperatoria.

B) Complicaciones derivadas de la necesidad de dejar la adventicia en el hígado.

A) LA INSUFICIENCIA HEPATOCITICA POSTOPERATORIA

Siendo la equinocosis hepática un proceso circunscrito en el cual el parénquima hepático restante cubre las exigencias funcionales, se explica que no exista insuficiencia hepatocítica en esta afección en las condiciones habituales.

Pero ella puede sobrevenir en diversas situaciones:

1º Es un hecho de observación relativamente frecuente, las manifestaciones de ictericia a veces fugaces, o de corta evolución,

acompañadas o no de dolor de tipo hepatálgico, y coincidiendo muy amenudo con manifestaciones alérgicas (prurito, urticaria, edemas, aumento de la eosinofilia). En esos casos el examen físico permite comprobar un hígado de tamaño y consistencia aumentados, algo doloroso, síntomas que tienen fluctuaciones más o menos simultáneas con las de la ictericia y las manifestaciones alérgicas y dolorosas.

El laboratorio muestra también en estas situaciones, la existencia de un toque hepático, con manifestaciones de insuficiencia hepatocítica más o menos pronunciada.

La intervención permite comprobar a veces, una dehiscencia en vías biliares, o signos de sufrimiento en el parásito, que demuestran que ha habido irrupción de alergenios hidatídicos hacia el huésped.

Otras veces, el parásito está intacto, aún bajo su forma univesicular hialina, pero se observa edema del hígado, a veces congestión y aún esplenomegalia, y en las vías biliares, edema, especialmente apreciable en la vesícula y en el pedículo, y aún adenopatías de aspecto inflamatorio inexplicadas por las comprobaciones operatorias.

Es lógico invocar como factor etiopatogénico de estos fenómenos, a la alergia hidatídica.

2º Menos frecuentemente, a consecuencia de alguna de las complicaciones que sobrevienen en la equinococosis hepática, se produce una insuficiencia hepatocítica más o menos importante que incluso puede ser causa de muerte. Es el caso de observación frecuente en las formas supuradas graves, especialmente en los pnoneumoquistes; en las obstrucciones hidatídicas ya sea por la infección concomitante y o por grave y prolongada colerragia postoperatoria.

3º Pero a lo que deseamos referirnos especialmente en este momento, es a las insuficiencias hepatocíticas agudas, muy graves, que pueden llevar rápidamente a la muerte, que sobrevienen en el postoperatorio, en forma en cierto modo inesperada.

Se trata en estos casos de enfermos portadores de enormes quistes a veces múltiples, que han destruido todo el lóbulo derecho y aún parte del izquierdo. El parénquima hepático restante ha quedado reducido a las cantidades mínimas suficientes para asegurar hasta ese momento una correcta función hepática. Ello

explica que ni la clínica, ni el laboratorio permiten descubrir elementos de insuficiencia hepatocítica. Este hecho se observa también como es fácil comprender, en la equinocosis secundaria perihepática, donde los quistes de siembra se engarzan por así decir en el parénquima y lo destruyen en su crecimiento.

En la intervención el hecho más llamativo es la **escasez de parénquima hepático**, que en algunas de nuestras observaciones ha llegado a un grado tal que es difícil comprender cómo es posible que no haya habido manifestaciones de insuficiencia hepatocítica, y muestra qué poca cantidad de parénquima hepático basta para mantener la función en condiciones de poca exigencia. Se trata de una suficiencia hepática límite.

El estado de los quistes es muy variable, pudiendo ir desde el enorme quiste hialino, hasta los múltiples quistes o los quistes multiloculares, en mayor o menor grado de alteración.

En el postoperatorio, bruscamente, se desencadena la insuficiencia hepática aguda, generalmente grave, y amenudo fatal, con su cortejo sintomático habitual:

El primer día el enfermo lo pasa agitado, no duerme, está molesto, sudoroso, con pulso rápido, e hipotensión más o menos marcada, y si no fuera que no es lo habitual en el postoperatorio del Q. H. del H., poco llamaría la atención, atribuyéndoselo a problemas de shock postoperatorio, anestésico, etc.

Pero el segundo día los síntomas son más claros: al desasosiego y al insomnio se agregan la deshidratación rápida, la oliguria, el aumento o la persistencia de la taquicardia, el balonamiento abdominal, y, como signo llamativo, la aparición de una ictericia más o menos importante (y que por otra parte no es obligatoria en el cuadro).

Al tercer día, la sintomatología es aún más manifiesta y adquiere preponderancia la sintomatología neurológica de tipo depresivo o de excitación, pudiendo aparecer manifestaciones hemorrágicas.

Si existía colerragia por el drenaje, es frecuente observar su brusca disminución y hasta desaparición.

Amenudo la sintomatología se precipita; el enfermo entra en coma, hipotermia, y fallece poco tiempo después.

Los exámenes de laboratorio muestran las manifestaciones corrientes de las insuficiencias hepatocíticas graves.

La patología de estos fenómenos creemos puede ser explicada por:

1º Desencadenamiento de la insuficiencia hepatocítica —hasta entonces latente— por el shock operatorio y anestésico.

2º Abertura de las vías biliares con la colerragia consiguiente.

3º Fenómenos alérgicos desencadenados por el pasaje de elementos hidatídicos a las vías biliares y al parénquima, durante o después de la operación.

4º La infección casi siempre presente en estos casos.

5º Fundamentalmente la influencia del desequilibrio tensional brusco ocasionado por el vaciamiento del o los quistes, causando grave trastorno en la circulación parenquimatosa.

Este factor de desequilibrio tensional brusco que repercute sobre la circulación arterial, venosa —especialmente portal— y biliar, es, en nuestra opinión, el factor desencadenante por excelencia, de la insuficiencia hepatocítica aguda, en especial en los casos de equinocosis múltiple, hepática o perihepática secundaria. En ellas, el parénquima restante, además de reducido a su mínima expresión, se encuentra ahogado entre los quistes, precariamente nutrido a través de tabiques conjuntivo-fibrosos e imposibilitado de hipertrofia compensadora.

De esto podemos sacar importantes **deducciones terapéuticas:**

a) Evitar la anestesia general, las grandes incisiones y las operaciones prolongadas, en los casos que estudiamos.

b) Evacuar los quistes múltiples en forma sucesiva —en varias sesiones operatorias— y no pretender tratar todos los quistes en un solo acto quirúrgico.

c) Tratándose de quistes complicados, que exigirían intervención laboriosa y traumatizante, recordar que es preferible en ciertos casos limitarse a la evacuación con el Finochietto y el drenaje simple con grueso tubo, o la marsupialización, sin empeñarse en la completa evacuación. Nuestra experiencia nos inclina en favor de esta táctica. En el postoperatorio se completa espontáneamente la eliminación del contenido en forma progresiva, la cual si fuere necesario, puede ser solucionada con maniobras posteriores. La gravedad de la complicación estudiada, justifica que se opte por los inconvenientes de un prolongado postoperatorio y los peligros inherentes.

B) COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA NECESIDAD DE DEJAR LA ADVENTICIA EN EL HIGADO

Consecutivamente a la eliminación quirúrgica o espontánea del parásito equinocócico, se produce, a partir de la adventicia en proceso de cicatrización que tiene por fin la supresión del espacio vacío dejado por el parásito, mediante el colapso de las paredes y la proliferación conjuntivo-vascular de la adventicia. El resultado final es la desaparición de la cavidad adventicial y su sustitución por una cicatriz que persiste en forma de nódulo fibroso más o menos importante, a veces difícil de localizar en su ubicación primitiva. Este proceso normal de curación puede ser trastornado por diversos factores que venen a continuación y que originan las complicaciones y secuelas que hemos de estudiar. Ellas son:

- La colerragia.
- La hemorragia.
- La supuración.
- La fistulización.
- La cavidad residual.

1. La colerragia postoperatoria.

No es el momento de hacer un estudio completo de la colerragia postoperatoria, tema muy interesante por varios conceptos del punto de vista práctico y doctrinario. Nos hemos de referir a ella sólo en grandes líneas.

La colerragia supone la existencia de **comunicaciones entre el quiste y las vías biliares**. Estas comunicaciones pueden ser pre-existentes, manifestándose: por colerragia perivesicular o por colerragia intraquistica preoperatorias; o por colerragia operatoria, al disminuir la tensión que mantiene aplicada la membrana parasitaria y descomprimir los canales biliares de la adventicia.

Pero pueden aparecer también "a posteriori" manifestándose al cabo de 2 o 3 días por que la curación comienza a teñirse más o menos intensamente de bilis; esta última eventualidad es tan frecuente que de no ser de intensidad grande, no se acostumbra a considerarla como patológica.

Basta recordar la anatomía patológica de la adventicia para comprender el mecanismo de las diversas eventualidades consideradas.

Evidentemente, la extracción del parasito, deja una cavidad que no ofrece dificultades al corrimiento de la bilis por los canales biliares abiertos o en vías de abrirse de las paredes de la adventicia. Seria una colerragia "a vacuo" según la expresión de Wechselsmann.

El simple factor mecánico, citado, basta para comprenderlo, y explica la gran frecuencia de la colerragia postoperatoria tanto en los quistes drenados y marsupializados, como en los cerrados.

Pero en los quistes marsupializados, intervienen frecuentemente con evidencia otros factores: traumatismo de los tubos de drenaje, curaciones, curetajes; y **sobre todo la infección** de origen exógeno pero que también puede ser de origen endógeno y explicaría también la colerragia en los quistes cerrados.

Todos los tipos que hemos analizado, se caracterizan por ser colerragias parciales, que no dan gran sintomatología general ni local, que no se acompañan de decoloración de materias, y que en general ceden espontaneamente o por taponamiento en pocos días, sin interferir mayormente con el proceso de cicatrización.

Al lado de este tipo, de colerragia poco importante, hay que distinguir las colerragias grandes, a veces totales, dando sintomatología local y general más o menos importante, interfiriendo con la curación y acompañándose de decoloración de materias, y requiriendo la intervención del cirujano.

Este tipo de colerragia puede sobrevenir inmediatamente después del acto quirúrgico e incluso se la puede considerar preexistente en los casos de obstrucción hidática de las vías biliares. Puede sobrevenir también consecutivamente, y precisamente, corresponden a este tipo, las colerragias sobreviniendo semanas, meses o hasta más de un año después de la operación. La causa de estos tipos de colerragia ha sido buscada en el **obstáculo en las vías biliares**; sea hidático (membranas, vesículas) sea litiasico (infección, litiasis parahidática, litiasis hidática) sea por coágulos, sea, como hacen notar Terrier y Dujarier, por simple inflamación del códoco o ampolla de Vater. Al lado de ellos debe colocarse, en nuestra opinión, el espasmo del esfinter de Oddi, como manifestación más saliente del síndrome de dissinergia biliar por el quiste, de origen posiblemente alérgico. Se comprende el peligro del método del cierre y abandono a lo Posadas en estos casos. Pero tampoco la marsupialización los resuelve todos, y si hay casos en que

el colédoco se desobstruye por eliminación por vía retrógrada de vesículas o membranas, como lo ha demostrado la escuela ríoplataense en el tratamiento de la obstrucción hidática del colédoco. Otras veces la obstrucción resiste al drenaje simple del quiste, ya sea por su naturaleza (cálculo, etc.) ya por su importancia (atacamiento por membranas hidáticas). En esos casos hay que poner en práctica otras maniobras terapéuticas que veremos rápidamente.

a) Quisto-colangioclisis mediante la inyección de sueros, novocaína, antibióticos, sustancias aceitosas, etc. Con este fin conviene usar de preferencia los aceites yodados que permiten seguir, con control radológico, la evolución de la obstrucción biliar.

b) El taponamiento de la fístula, continuo o discontinuo, con el fin de elevar la tensión biliar intracavitaria y promover su corrimiento hacia el duodeno.

c) El sondeo duodenal, con inyección de diversas sustancias (sulfato de magnesia, aceite de olivas, novocaína, comida de Boyden, etc.).

d) La aspiración continua con trompa de agua, a través de un tubo de drenaje en la cavidad quística, método que hemos usado con pleno éxito en casos de fracaso de los métodos anteriores, solo o asociado a ellos, y cuando la colangiografía hace pensar en dissinergia biliar como causa de la persistencia de la colerragia.

e) Intervención sobre el colédoco: para extraer el obstáculo (cálculo, o más raramente vesículas o membranas hidáticas atascadas) para corregir un acodamiento o drenarlo para combatir la infección.

f) Exploración para buscar otro quiste que hubiera podido ser olvidado y actuara por compresión extrínseca de la vía biliar.

Por último, no debe olvidarse que es a veces posible lo que podríamos llamar la "profilaxis" de estos tipos serios de colerragia, cuando en el acto quirúrgico se busca la obstrucción coledociana y se le da su justo valor; o cuando se liga un canal biliar grande que se abre en la cavidad quística. Y conviene recordar que el cierre sin drenaje de la adventicia, que evita la infección exógena y crea adecuadas condiciones tensionales locales, disminuye considerablemente la colerragia intracavitaria.

Las grandes colerragias en los quistes tratados por cierre y abandono a lo Pasadas, pueden obligar a la reintervención, sobre

todo si hay infección del contenido cavitario. Esta se observa con frecuencia en los grandes quistes con adventicia fibrosa poco apta para el colapso de la cavidad. Las punciones evacuadoras resuelven a veces la situación. Otras veces se requiere la reintervención y el drenaje amplio. (Si se ha seguido la técnica de Llobet-Varasi, esta maniobra es fácil). En casos donde las condiciones hagan dudar del cierre y abandono completo puede practicarse un drenaje con sonda tipo Pezzer fina que se mantiene pinzada para control durante unos días.

2. La hemorragia.

La hemorragia, sobreviniendo en el momento de la operación, o apareciendo en el postoperatorio, no es una complicación frecuente, pero cuando se produce y alcanza ciertas proporciones, puede llegar a ser sumamente grave, haciendo peligrar la vida del enfermo.

La causa de la hemorragia, es generalmente la ulceración, de un vaso y su mecanismo puede ser de dos naturalezas:

a) En los quistes hialinos, el crecimiento del parásito involucra en la adventicia las estructuras adyacentes, las somete al doble proceso, primero de fibroplastia, luego de degeneración hialina y necrosis. La adventicia que ha sufrido este proceso de laminación y hialinización, conserva su resistencia hasta que sobreviene la necrosis y desagregación granulosa. La presión sanguínea (sobre todo si se trata de un vaso arterial) por un lado, y la evacuación del parásito por otro, que por su tensión apuntalaba la resistencia de la pared vascular convertida en adventicia, hacen el resto. Establecida la comunicación, la hemorragia se producirá sin posibilidades de mecanismos de hemostasis espontánea, sea por el calibre mayor del vaso, o aún en vasos menores por que la contracción del vaso involucrado no puede ejercerse (porque él está envuelto en la reacción fibroplástica que lo mantiene abierto; posición ésta semejante a lo que ocurre con las gruesas arterias abiertas en el fondo de una úlcera gastroduodenal crónica).

Este proceso de englobamiento de las paredes vasculares por la reacción adventicial, es pues semejante al que se observa para los canales biliares.

Es muy difícil o imposible de prever esta complicación y es también amenudo difícil resolver la situación. A veces se tiene la suerte de poder ligar el vaso que se ve sangrar, con un punto transfixiante. Otras, puede plantearse la extirpación de la adventicia si se trata de un quiste suficientemente exteriorizado. Pero en la mayoría de los casos, y especialmente en el postoperatorio, el único recurso es el taponamiento, que en general puede ser bien realizado, pues la adventicia más o menos fibrosa, da apoyo sólido a las mechas.

b) El segundo mecanismo se observa en los quistes infectados y supurados, ya previamente, ya consecutivamente a la operación y marsupialización. La ulceración vascular responde entonces al proceso común de las ulceraciones vasculares secundarias a los procesos supurados. Pero las hemorragias de este tipo, frecuentes en el quiste hidático del pulmón, no lo son en la localización hepática, y si se presentan son generalmente de escasa entidad, pudiendo permanecer desconocidas, enmascaradas por la colorragia concomitante. Hay un punto muy importante a recordar, y es que, cuando se han observado estas hemorragias en el postoperatorio, muy amenudo han sido incriminadas al uso indebido de tubos de drenaje rígidos, gruesos y largos, que traumatizan las paredes de la adventicia con ocasión de los movimientos del enfermo y en especial los golpes de tos. Por ello se aconseja, ya sea rodear el tubo de gasa, ya usar tubos poco traumatizantes, o realizar el drenaje con una sonda Pezzer-Prat.

3 La supuración.

La infección secundaria de la bolsa quística en los quistes tratados por drenaje o marsupialización, es frecuente. Cuando ella es abundante y prolongada debe hacer pensar en retención por mal drenaje, o en la existencia de restos parasitarios o adventiciales que haciendo de cuerpos extraños mantienen la infección.

a) Muy amenudo la causa es la multisaculación, o la evacuación a través de la cavidad drenada, de otros quistes vecinos que supuran en el postoperatorio, complicación que como es sabido se observa con frecuencia en la equinocosis múltiple del hígado.

Un brusco ascenso febril, y la instalación de una curva térmica de tipo supurativo, suele indicar estas complicaciones.

Su tratamiento ofrece problemas:

—La evacuación por raspado es un procedimiento peligroso que expone a graves hemorragias de difícil control. En general conviene limitarse a asegurar un amplio drenaje y amenudo se consigue con ello la eliminación de los restos hidatídicos o de los trozos de adventicia exfoliada. Pero en muchos casos puede plantearse la necesidad de la extirpación secundaria de la adventicia.

b) A veces la supuración crónica obedece simplemente a la persistencia de la cavidad. Este importantísimo problema de la cavidad hidatídica residual, lo veremos más adelante.

4. La fístula.

Es un hecho de observación frecuente que los quistes drenados y en especial los marsupializados, demoran mucho tiempo en cerrar. Ello puede obedecer a:

a) Drenajes insuficientes (mala ubicación, drenaje a distancia, tubos muy finos) evitables mediante tácticas quirúrgicas correctas.

b) Obstrucción litiásica o hidatídica de las vías biliares, o compresiones extrínsecas de éstas, (por otros quistes) con colerragia persistente, (fístulas biliares) a las cuales nos hemos referido antes al estudiar la colerragia.

c) Pero frecuentemente se trata de grandes quistes con cavidades anfractuosas en los que ha sido difícil la evacuación completa, y con adventicias poco o nada colapsables. Aquí la fístula es ya función del problema de la persistencia de la cavidad que pasamos a estudiar.

5. La cavidad residual.

Los dos procesos esenciales de la cicatrización, es decir, el colapso parietal y la neoformación conjuntiva a partir de la adventicia, pueden ser trastornados por diversos factores que actúan aislados o combinados.

Entre ellos se destacan fundamentalmente:

a) La **falta de colapso parietal** por:

—Rigidez de la adventicia (esclerosis, calcificación, etc.).

- Fibrosis radiante perihidatídica.
- Adherencias perihepáticas (frénicas, parietales, viscerales, etc.).

b) Los **procesos inflamatorios crónicos** por:

- Cuerpo extraño (quítinosa hidática, exfoliación de la adventicia, litiasis intracavitaria).
- Infección banal de origen endógeno (por vía canalicular biliar) o exógeno (por el drenaje quirúrgico).

Estos factores determinan la persistencia de la cavidad con sus consecuencias, la colerragia, la supuración y la fístula, ya estudiadas.

Ello explica la necesidad de encarar el tratamiento de la adventicia, ya como profilaxis de la cavidad residual, ya como tratamiento de ésta cuando es causa de complicaciones. Es lo que vamos a estudiar a continuación.

PROFILAXIS Y TRATAMIENTO

Lo que antecede nos permite comprender que en muchos casos las complicaciones y secuelas del tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos del hígado pueden ser evitadas mediante una adecuada táctica quirúrgica, la que debe ser resuelta en función de:

- a) Topografía y localización del quiste.
- b) Estado del quiste y complicaciones eventuales.
- c) Estado de las vías biliares y de la función hepática.
- d) Otras localizaciones hidatídicas (especialmente pulmón).
- e) Importancia de la repercusión general

Recordando estos diversos puntos se encarara entonces el tratamiento quirúrgico, en el cual hay que considerar los siguientes problemas que no hacemos más que enumerar:

1. La preparación preoperatoria
2. La elección de la anestesia.
3. La operación, que comprende dos problemas fundamentales:
 - a) El abordaje.
 - b) El tratamiento del quiste.

Este a su vez, nos ofrece a considerar:

—La supresión del parásito, y

—El tratamiento de la adventicia.

Por razones de espacio nos limitaremos al estudio de este último punto.

TRATAMIENTO DE LA ADVENTICIA

Del estudio de las complicaciones y secuelas dependientes de la persistencia de la adventicia en el hígado, se deduce que la conducta con dicha adventicia no puede ser unívoca, y que en cada caso habrá que considerar las particularidades.

Ya que no nos es posible considerar todas las situaciones que pueden presentarse, nos limitaremos a analizar los distintos procedimientos que pueden seguirse y sus indicaciones más corrientes.

A) Abandono de la adventicia.

Esta conducta está indicada en los casos de quistes de tamaño no muy grande, no complicados, en los que se tiene la seguridad de haber hecho una evacuación perfecta del parásito, y cuando la adventicia es delgada. En esos casos es de esperar que la expansión del parénquima comprimido y la formación de tejido conjuntivo, rellenarán rápidamente la cavidad, llevándola a la curación por cicatrización. Por lo tanto no podrá aplicarse esta conducta a la menor sospecha de permanencia de restos hidatídicos, de colérragia abundante o de infección.

El abandono puede hacerse de varios modos:

1º **Cierre y abandono a la manera de Posadas.**— Método muy usado y muy bueno, con o sin capitonnage de la cavidad, maniobra peligrosa y sin ventajas sobre el cierre simple.

2º Cierre y fijación a la pared; método de Llobet Varsi, variante del Posadas, de indicaciones muy limitadas y que tiene inconvenientes (dolores, colapso insuficiente por tironeo, demora de la cicatrización).

B) Drenaje.

El drenaje está indicado en todos los casos en que se supone que el proceso de obliteración de la cavidad va a ser dificultoso por:

—Supuración, que exige el drenaje.

—Hemorragia importante por rotura de vasos adventiciales que obliga a taponamiento.

—Colorragia abundante, especialmente si hay posibilidad de obstrucción hidatídica de vías biliares.

—Adventicias fibrosas y calcáreas que no se colapsan manteniendo por mucho tiempo, si se las abandona, un contenido hidroneumático que expone a serias complicaciones. En estos casos el drenaje se realizará cuando no sea posible practicar tratamientos más completos (adventicectomía, epiploplastia).

—Cavidades muy grandes, donde no se puede tener la seguridad de la evacuación completa y con mayor razón cuando se sabe que han quedado restos hidáticos, para permitir su eliminación.

El drenaje puede ser realizado de dos modos, directo e indirecto.

1° Marsupialización (drenaje directo). Procedimiento de Lindemann, 1871. Puede ser realizada previamente a la evacuación (adventicias gruesas, con el fin de evitar contaminación peritoneal) o luego de limpieza de la cavidad adventicial (marsupialización última).

Tiene inconvenientes: prolongación del postoperatorio; expone a eventraciones, cicatrices deformes, trayectos fistulosos, etc.

Pero todos estos inconvenientes están ampliamente compensados porque se evitan serias complicaciones que se producen cuando se olvidan las indicaciones imperativas de este método.

2° Drenaje indirecto, con tubos gruesos o finos, únicos o múltiples, para lavado a doble corriente) con o sin mechas protectoras del trayecto.

Tiene sobre la marsupialización la ventaja del cierre en plazo más corto.

Una variante de este método, que toma una de las ventajas de la concepción de Posadas, consiste en drenar la cavidad adventicial suturada con una sonda tipo Pezzer, delgada, que se mantiene pinzada y permite el control postoperatorio de la cavidad (Drenaje de derrames, control radiológico contrastado, insuflaciones endocavitarias, lavados, etc.).

C Extirpación de la Adventicia.

Es evidente que la extirpación de la adventicia constituye el tratamiento ideal, ya que, al suprimir las posibilidades de la persistencia de la cavidad, evita las complicaciones que acabamos de estudiar. Pero constituye una maniobra que evidentemente aumenta considerablemente el riesgo quirúrgico lo que hace que deba ser practicada sino en los casos de indicación neta.

Dado que este procedimiento es aún motivo de controversias, y que todavía en nuestro medio no hay criterio uniforme al respecto, creemos conveniente dedicarle algunos párrafos.

La extirpación de la adventicia tiene su indicación en todos aquellos casos en que es posible practicar la decorticación sin penetrar demasiado profundamente en el parénquima hepático, y sin acercarse a las vecindades peligrosas del hilio o de las venas suprahepáticas y cava. Es el caso de los quistes localizados en el borde anterior, en las lengüetas hepáticas derecha e izquierda, y de aquellos que son pediculados o se han exteriorizado, al crecer en la mayor parte de su circunferencia.

Interviene también en la indicación, y fundamentalmente, el estado de la adventicia, y en ese sentido es muy importante recordar que cuando más interesa eliminarla para prevenir las complicaciones y secuelas derivadas de su permanencia en el hígado, es decir, cuanto más fibrosa y calcárea, más fácil resulta su clivaje y extirpación. Es precisamente en función de esas dos razones que hemos ido extendiendo las indicaciones de la quistectomía a casos de quistes calcificados aun poco exteriorizados, siempre que el balance de los riesgos, derivados del tamaño, localización, y vecindades venosas importantes, sea favorable frente a los problemas de las secuelas postoperatorias inmediatas y alejadas.

Dentro de las indicaciones incluimos también aquellos casos que por su localización, o en razón del abordaje practicado, se prestan mal para el drenaje. Es el caso de los quistes superiores y posteriores del domo hepático, y los del borde posterior del lóbulo izquierdo.

La extirpación de la adventicia puede practicarse de diversos modos, que pueden clasificarse así:

EXTIRPACION DE LA ADVENTICIA

1º **Quistectomía** ("D'emblée").

2º **Adventicectomía total** (previa extirpación total).

3º **Adventicectomía parcial:**

—Extravisceral.

—Extravisceral y parcialmente intravisceral (adventicectomía subtotal).

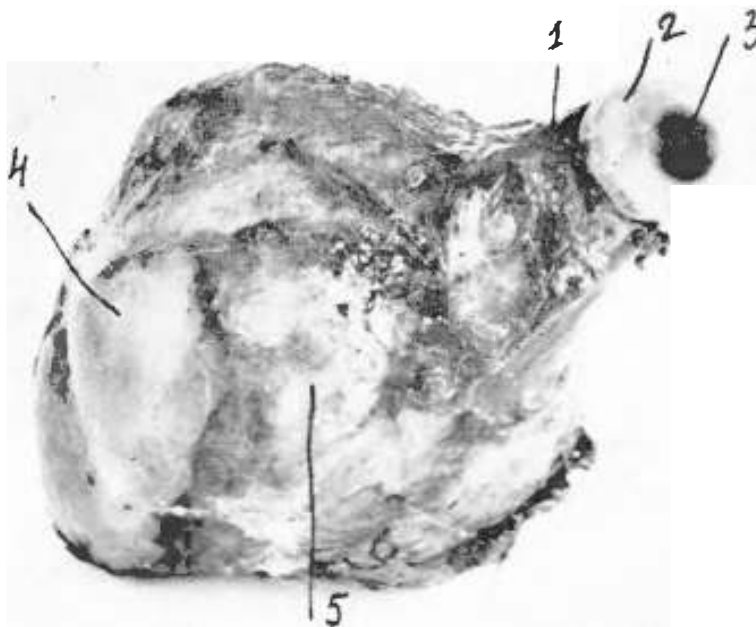
4º **Adventicectomía secundaria:**

(Extirpación en un segundo acto quirúrgico).

—Diferida.

—Para tratamiento de complicaciones.

—La **quistectomía** no debe ser practicada sino en aquellos casos en que el tamaño y forma del quiste, y sobre todo el es-



Pieza de quistectomía de Q. H. univesicular, hialino de izquierda del hígado con adventicia calcificada. Tamaño: 10 cms de diámetro.

En 1, la adventicia se continúa con un grueso canal biliar que fue ligado. A través de esta zona hace hincapié la membrana biliar 2 que hacia de tapón en el canal biliar y aparece pigmentada por la bilirrubina. Es la primera etapa de la dehiscencia en vías biliares.

En 4, se ve la única zona del quiste que afloraba a la superficie del hígado, y en 5 las gruesas calcificaciones de la adventicia.

pesor y resistencia de la adventicia --especialmente si es calcificada-- ponen a cubierto de un eventual accidente de ruptura.

—En los demás casos, debe preferirse la **evacuación previa del quiste**, con formolado y toilette de la cavidad, procediéndose luego al **clivado de la adventicia** y llevándolo a cabo, **ya sea totalmente, ya limitado a las zonas donde la maniobra no ofrece peligro**. El abandono en el seno del parénquima hepático, de un sector de la adventicia, no ofrece mayores problemas y en cambio pone a cubierto de los riesgos de la extirpación en zonas peligrosas.

—Muchas veces basta con la **extirpación de la adventicia extrahepática**, a la manera de Armand Ugón para el Q. H. del Pulmon, practicando el cierre con o sin "capitonnage" del resto, y abandono o pequeño drenaje de la cavidad restante. Cuando la cavidad ha sido completamente cerrada, y pueden quedar dudas respecto a su evolución, conviene dejar un drenaje de vecindad para control.

El cierre de la adventicia restante es siempre importante para ponerse a cubierto del coleperitoneo postoperatorio.

—La **extirpación de la adventicia en un segundo acto quirúrgico**, puede obedecer:

a) A que ella haya sido deliberadamente diferida en la primera operación por razones de anestesia, abordaje inadecuado, contraindicaciones de orden general o hepatobiliar, complicaciones supurativas, obstrucciones de vías biliares, etc.).

b) A que sea impuesta secundariamente por las secuelas: persistencia de la cavidad, de la supuración, de fistula, dolores, repercusión biliar, etc. Constituye en estos casos el mejor tratamiento de estas complicaciones y secuelas.

La extirpación de la adventicia, ya por quistectomía, ya después de evacuación, da lugar a una hemorragia en general importante, especialmente en los quistes no exteriorizados, y grandes, que obligan a amplios clivajes. Para disminuirla en lo posible conviene conocer los recursos de que se dispone:

Diseción roma, manteniéndose contra la adventicia y no desgarrar el parénquima, utilizando el dedo, tijera roma (cuando la adventicia es calcificada y ofrece firmeza).

2° A veces es posible individualizar los vasos y practicar su ligadura progresiva.

3° Pero cuando no se descubre fácilmente la fuente de la hemorragia, no conviene insistir en esta maniobra, en cuyo caso es preferible la decorticación por maniobras rápidas, y cohibir la hemorragia por taponamiento con compresas calientes, seguido de ligaduras y "capitonnage" simple o con interposición de materiales hemostáticos (oxycel, gelfoam). De no ser posible el capitonnage, puede recurrirse a los diversos métodos de tratamiento de las heridas de hígado.

La hemorragia es prácticamente venosa, pues las arteriolas, incorporadas a la adventicia, han sufrido un proceso de obliteración por trombosis y hialinización, que las convierte en cordones fibrosos.

En cuanto a los canales biliares, los quistes con adventicia fibrosa o calcificada son en su gran mayoría quistes en comunicación con un grueso canal biliar, que se debe buscar y se encuentra fácilmente, pues es el sitio en que no puede continuarse el clivaje. Este canal debe ser ligado para evitar la colorragia, que prácticamente no se observa cuando se tiene esta precaución, como lo demuestra la ausencia de corrimiento por el drenaje de control.

Hay que puntualizar que la extirpación de la adventicia es una maniobra que exige: experiencia por parte del cirujano; condiciones adecuadas de anestesia, abordaje y material quirúrgico; transfusión de sangre a disposición; y condiciones generales del enfermo (edad, resistencia orgánica, etc.) condiciones todas que deben ser cuidadosamente consideradas.

Quiere decir que no puede ni debe ser prodigada y que sólo debe ser realizada cuando las ventajas que puede reportar para la evolución futura, justifican el aumento del riesgo operatorio, que ella significa.

La epiploplastia.— De no ser posible la extirpación frente a adventicias fibrosas o calcificadas, y para evitar los inconvenientes de la cavidad residual, tratándose de quistes a evolución abdominal, está indicado el procedimiento de del Campo, de epiploplastia intraadventicial, es decir, el relleno con epiplón de la

cavidad adventicial. Este procedimiento, además de suprimir mecánicamente la cavidad, y asegurar la absorción de los derrames por el epiplón, asegura una actividad cicatrizal mayor en la adventicia.

CONCLUSIONES

El estudio de las complicaciones postoperatorias de los Q. H. del H. a que nos hemos referido demuestra que el tratamiento de esta afección no puede ser encarado con criterio simplista y uniforme, y que la táctica y técnica quirúrgica deberán ser adaptadas a cada caso particular.

—La insuficiencia hepatocítica postoperatoria, sobreviniendo como complicación en los casos de equinocosis hepática con parénquima restante escaso, es de extrema gravedad cuando se produce, y debe ser prevista y evitada en lo posible, con una adecuada preparación preoperatoria y el desarrollo de una táctica quirúrgica que reduzca al mínimo las consecuencias de la anestesia, el shock operatorio, la descompresión brusca, y todo aquello que signifique un aumento de las exigencias en materia de función hepática.

En cuanto a las complicaciones y secuelas del tratamiento quirúrgico de los Q. H. del H., derivadas de la presencia en el hígado de la adventicia hidatídica y su incapacidad de colapso y cicatrización, ya hemos visto que la mejor conducta para su profilaxis y tratamiento, es la extirpación de la adventicia, en las condiciones que hemos puntualizado.

BIBLIOGRAFIA

(Sólo se enumera la bibliografía nacional consultada).

- 1 **Armand Ugón, Victor.** — Tratamiento del Quiste Hidatídico del Pulmón y de sus Complicaciones, 2º Congr. Urug. de Cir. 2: 220-222 y 227-228; 1951.
- 2 **Casas Melo, A. J.** — A propósito de 5 casos de Q. H. de H. operados por el procedimiento de Posadas. Bol. Méd. Quir. del Centro de la R. Nº 51-52; 1952.
- 3 **Cendán Alfonso, J. E.** — Relaciones de la hidatidosis hepática con la litiasis biliar. Anales Fac. de Med. Montevideo. 33: 879-956; 1948.
- 4 **Cendán Alfonso, J. E.** — Dissinergia biliar de origen hidatídico. Bol. Soc. Cir. del Urug. 14: 129-130; 1943.

- 5 **Chifflet, Abel.** — Equinococosis. Imp. Mercant. Montevideo. 1936.
- 6 **Chifflet, A. y Musso, R.** — "El desprendimiento de la adventicia en los quistes operados del hígado". An. Fac. Med. Mont. **23**: 1938.
- 7 **Chifflet, A. y Suiffet, W.** — Supuración metastática en los equinocosis múltiples. An. Fac. Med. Mont.; **23**: 1938.
- 8 **Chifflet, A.** — La hidatidosis hepática es una afección hepatobiliar. B. S. C. U. **19**: 23-35: 1948
- 9 **Del Campo, Juan C.** — Quistes hidáticos calcificados del hígado. Bol. Soc. Cir. del Urug. **21**: 143-153: 1950.
- 10 **Lasiner, E. P.; Ardao, H. y Cassinelli J. F.** — Estudio del tejido de granulación de la adventicia de un antiguo quiste hidático del hígado operado. B. S. C. U. **17**: 449-464: 1946.
- 11 **Larghero, Ibarz, P.** — Hemorragia espontánea en un Q. H. del H. con hidatide intacta. B. S. C. U. **19**: 388-391: 1948.
- 12 **Larghero, P. y Ardao, H.** — Hemorragias mortales fulminantes en el Q. H. del Pulmón. **21**: 673-689: 1942.
- 13 **Liesegang, W.** — Consideraciones sobre la hidatidosis. B. S. C. U. **21**: 64-70: 1950.
- 14 **Mernies Germán.** — Quiste hidático del hígado. Congreso Uruguayo de Cirugía. **1**: 146-157: 1950.
- 15 **Otero, J. P.** — Pionumo quiste hidático del hígado. A.U.M.C.E. **11**: 682-699: 1937.
- 16 **Piaggio Blanco, R. A. y Sanguinetti, C. M.** — Las afecciones del hígado, de las vías biliares y del páncreas. Montevideo, Rosgal: 1951
- 17 **Piaggio Blanco, R. A. y Dubourdieu, J.** — Síndromes hepatovesiculares en las diversas etapas evolutivas de los Q. H. del H. Arch. Intern. de la Hidatidosis. **5**: 1941.
- 18 **Prat, D.** — La Saculación hidática como agente de recidiva y de retardo en la curación del Q. H. -- B. S. C. U. **14**: 401-404: 1943. (aplicaciones quirúrgicas). Arch. Intern. de la H. **2**: 421-437: 1937.
- 19 **Purriel, P.** — Complicaciones y Secuelas del Quiste hidático del pulmón (Complicaciones quirúrgicas). Arch. Intern. de la H **2**: 421-437: 1937.
- 20 **Rios, B.** — La extirpación total de los quistes hidáticos del hígado. -- Bol. S. M. Q. del Centro de la Rep. **47**: 81-82: 1948.
- 21 **Suárez Melendez, J.** — Q. H. Calcificado de hígado. Formas fistulizadas. — B. S. C. U. **17**: 562-568: 1946.
- 22 **Urioste, J. P.; Piaggio Blanco, R. A. y Dubourdieu, J.** — Atrofia hepática lobar y exclusión vesicular secundaria a la evolución de la adventicia quística después de evacuación quirúrgica de un Q. H. del H. Trabajos de Clínica Médica. Rosgal. Montevideo. **1**: 342-344: 1943.
- 23 **Yannicelli, R.; Suarez, H. y Castro, E.** — Granuloma hidatídico pulmonar en un adolescente. B.S.C.U. **17**: 441-448: 1946.