Sr. PRESIDENTE: Tienen la palabra los Dres. Federico Latourrette y Omar Berreneche.

CLINICA QUIRURGICA DEL Prof. JUAN C. DEL CAMPO

EQUINOCOCOSIS HEPATICA
ESTUDIO ESTADISTICO Y DEDUCCIONES

Dres. Federico Latourrette y Omar Barreneche.

El análisis de un número importante de casos de una determinada enfermedad, tiene la utilidad de revelar algunos detalles de importancia, de los que no siempre se tienen ideas exactas Permite deducir, modificar o programar los métodos de estudios útiles y sacar conclusiones terapéuticas.

Hemos estudiado 100 historias solamente, que además de excluír las de quistes hidatídicos abiertos en vías biliares, no constituyen la totalidad de la casuística del servicio.

Como se puede apreciar en el cuadro adjunto, el **sexo** se distribuye en el porcentaje de 44 % para los hombres y del 58 % para las mujeres.

La **edad** ha oscilado entre los 14 años para un caso, y 85 años para otro. En el servicio no ingresan sino enfermos desde los 15 años en adelante.

En lo que a **sintomatología** se refiere, una cosa llama de inmediato la atención: la alta frecuencia de la **dispepsia selectiva**, llamada bepato-vesicular (61 %).

Junto con la dispepsia el **dolor**, en sus dos formas: de tipo cólico hepático y hepatalgia 38 % y 67 % respectivamente En el 19 % de los casos se presentan en el mismo enfermo.

El síntoma dolor está pues presente en el 86 % de los casos El período de sufrimiento del enfermo es muy variable, encontrándose casos que arrastran esos síntomas desde muchos años y otros en los que su aparición es reciente.

El tumor existe en el 72 % de los casos. La **Hepatomegalia** en el 51 %. Hepatomegalia sola sin tumor palpable en el 19 %

El acto quirúrgico corrobora que la tumoración es debida al quiste en la gran mayoría de los casos, pero muchas veces era dada por un sector de la glándula hipertrofiada por compensación. En

este sentido es que es útil el estudio radiológico sistemático, porque el que el quiste sea superior o póstero superior y la hipertrofia palpable anterior, puede ocasionar un incómodo e incorrecto abordaje. En aquellos casos en que ésto ha sucedido se ha cerrado la primera incisión para proceder al abordaje adecuado. Cuando así no se procedió surgieron dificultades de técnica lo que redundó en post-operatorios mas prolongados.

La **Ictericia** figura en el 19 % de los casos, a veces obstructiva, otras por hepatitis y en otras no está definida la causa. Su frecuencia relativa y la presencia de algunas manifestaciones de insuficiencia hepatocítica en varios enfermos durante el post-operatorio, nos habla de que algunos tienen una disminución de su suficiencia hepática, no siempre revelada o manifiesta previamente.

Dentro de los **síntomas respiratorios** destacamos la presencia en dos casos con **espectoración hemoptoica**, repetida por empujes coincidentes con la sintomatología infradiafragmática de dolor y dispepsia, sin ninguna lesión respiratoria demostrable clínica y radiológicamente en repetidos estudios, con la particularidad de haber desaparecido el síntoma una vez evacuado quirúrgicamente el quiste. Tal vez la causa sea de índole alérgica. Como conclusión práctica, en enfermos con espectoración hemoptoica, de campaña, en los que no se encuentre causa respiratoria, convendría tener presente esta posibilidad, y buscar un quiste hepático.

De los **exámenes y estudios complementarios** queremos referirnos solamente al estudio radiológico para destacar una vez más su reconocida utilidad. En los casos estudiados, muchos de los diagnósticos se le debieron.

Es costumbre actualmente en el servicio obtener placas que incluyan al mismo tiempo, el contorno hepático con colecistografía, se tiene así en la misma radiografía el estado funcional vesicular y la eventual topografía del quiste.

Como hecho de interés encontramos, que dos deformaciones de la cúpula diafragmática derecha en la zona yuxta cardíaca, correspondía a quistes del lóbulo izquierdo situados contra el ligamento suspensor y emergentes en la cara póstero superior.

Para los otros exámenes de laboratorio así como a los hallazgos de los caracteres propios de los quistes, su número, tamaño, estado, complicaciones ver el cuadro adjunto.

CUADRO ESTADISTICO

Estado de las vías biliares. Las vías biliares son exploradas siempre que las condiciones operatorias lo permitan (vías de abordaje, tipo de anestesia). En las historias que hemos analizado hay constancia del estado de las vías biliares en 39 casos, de los cuales con litiasis 4, edema 7, vesícula luxada de su lecho por el quiste 3, colecistitis alitiásica 1 caso. En los 24 restantes la vía biliar era normal.

En los casos de litiasis se practicó colecistectomía en 3 y colecistostomía en 1. En la colecistitis no litiásica, colecistostomía, aunque lo correcto hubiera sido su extirpación. Se exploró y drenó el colédoco en los casos en que estaba indicado.

En dos casos en que la vesícula había sido luxada de su logia por el crecimiento del quiste en el lecho vesicular, se practicó colecistectomía. Una por ser además una vesícula fresa, y en el otro caso las adherencias del quiste (calcificado y emergente) al colon hicieron que al liberarlo, se decolara también la vesícula, que quedó finalmente suspendida del cístico. Esta conducta fué circunstancial y no deliberada.

Catalogamos como **disinergias** aquellos casos en que habiendo tenido sufrimientos referibles a las vías biliares, la exploración no reveló alteraciones capaces de explicarlos.

La conducta seguida en los casos de apertura de los quistes en las vías biliares, no es analizada en esta serie.

Antecedentes de otras localizaciones de quistes en el mismo enfermo.

En 13 casos había antecedentes de operaciones previas por quistes hidatídicos de hígado. ¿Equinococosis hepática múltiple sucesiva?, o ¿equinococosis simultánea y no hallada en el primer acto quirúrgico? Como deducción: hay que insistir sobre la importancia de una completa exploración de toda la víscera hepática en toda intervención por hidatidosis.

En 4 enfermos había antecedentes de haber sido operados por quistes del pulmón. Y en otros dos se comprobó coexistencia simultánea de quistes en otras vísceras (pulmón en uno, corazón en otro).

Clasificación topográfica, anestesias, vías de abordaje, ver el cuadro.

Las vías de abordaje se han ajustado a la topografía del quiste. **La vía de la 11ª costilla** fué seguida en 13 oportunidades y en

un caso se empezó por la once, pero por interponerse la pleura hubo que descender y resecar la 12ª costilla. Incluyendo este caso, sumamos 14 observaciones. Es una vía subpleural transdiafragmática. En todos los casos fué usada para quistes que tenían contacto con la pared posterior, esto es, posteriores o grandes quistes que ocupan casi toda la región tóraco abdominal derecha. Su objetivo es obtener un abordaje más directo y lograr un drenaje declive permanente, que favorezca el vaciado y con ello el cierre de la cavidad. Fué usada en 4 quistes calcificados, en 4 hialinos, en 5 multivesiculares y en un pioneumoquiste. Casi todos (13), tuvieron un postoperatorio prolongado entre 30 y 180 días. En 4 casos hubieron fístulas, dos de ellas por cavidad residual. Hubo exfoliación de adventicia en 2, colerragia y supuración de importancia variables en los restantes casos. En un caso se produjo un neumotórax operatorio y luego pleuresía purulenta enquistada. En 3 casos la evacuación del quiste fué incompleta.

Todas estas complicaciones no son todas imputables a la vía, al hablar del drenaje abierto lo comentaremos.

Tratamiento del quiste.

a) La **quistectomía** se practicó en 12 casos. 11 veces en quistes calcificados, 1 vez por quiste multivesicular no calcificado del lóbulo izquierdo. Comentaremos estos casos a propósito de los quistes calcificados.

b) La **evacuación** fué **completa** en 76 casos, e **incompleta** en 10.

Tratamiento de la adventicia.

Extirpación parcial de la adventicia: se realizó en 5 casos, resecándose la zona extra hepática emergente de la misma. En un caso de los mismos, se pudo extirpar el 80 % de la adventicia y realizar la sutura del resto. Alta al 9º día, sin complicaciones.

Procedimiento de Posadas: (Evacuación, cierre y abandono).

Se aplicó en 17 casos: en 10 hialinos, en 7 multivesiculares de los cuales uno con calcificaciones en la adventicia y uno degenerado.

En cuanto a la **evolución postoperatoria:** en 2 casos se complicó con exfoliación de la adventicia y supuración de la cavi-

dad obligando a reoperaciones, en las que se hizo drenaje abierto uno de ellos con alta recién a los 120 días con fístula. El otro falleció 4 meses después por tuberculosis pulmonar en sala de medicina.

En uno de los casos se produjo un derrame pleural derecho. se trataba de un voluminoso quiste total del lóbulo derecho. Alta curado a los 27 días.

Los 14 restantes fueron dados de alta sin haber tenido complicaciones entre 6 y 17 días después de operados.

Epiploplastia intracavitaria. La comentamos al tratar en conjunto los quistes calcificados.

Evacuación con drenaje abierto: (Evacuación completa, formolado, espéculo, secado de la cavidad y drenaje con tubo grueso atraumático).

El total de estos casos es de 68, habiendo sido aplicado a quistes de todo tipo y tamaño y de cualquier localización.

52 tuvieron complicaciones postoperatorias: **Colerragia** 39, como complicación única en 18 casos; fué leve en 8 e importante en 31 casos. **Exfoliación de la adventicia** en 7; **cavidad residual** en 6; **apertura en vías biliares comprobada por quistografía** en 4; **supuración sola** en 18 casos.

En muchos de los casos de colerragia importante y prolongada se produjo por expoliación, un desequilibrio humoral y general serio (el mal llamado shock crónico) que requiere una terapéutica de reposición enérgica. Para prevenirlo se controla el balance hidro salino, el estado general circulatorio y humoral diariamente.

La **hospitalización postoperatoria** de estos 68 casos, osciló entre 8 y 180 días, siendo las cifras más corrientes entre 30 y 60 días.

Otros métodos: Capitonaje 1 caso, drenaje cerrado 2, marsupialización 1.

ESTUDIO DE CONJUNTO DE LOS 80 CASOS DE QUISTE CALCIFICADOS

En la serie que se presenta, se encontraron 30 casos con adventicia calcificada, variando el grado de calcificación en su intensidad, pero siendo siempre macroscópica o radiológicamente evidentes

El contenido: El estado del contenido de los quistes nos permite observar detalles de interés: a) Efectivamente 4 de ellos a contenido hialino y 2 a contenido multivesicular no alterado, permiten deducir que un porcentaje importante mantiene un estado vivo, evolutivo del parásito, con lo cual se reafirma que calcificación no es sinónimo de muerte del parásito.

b) En 12 observaciones el contenido estaba constituído por los elementos hidatídicos degenerados, con ese aspecto conocido de magma gelatiniforme, en evidente evolución regresiva. Se sabe que aún en estos casos el contenido sigue teniendo elementos fértiles.

c) **Tres casos complicados** además con supuración y colerragia intraquística, nos hablan de que el estado de calcificación está muy lejos de poner al portador al abrigo de complicaciones peligrosas.

El **estado de la adventicia** y su potencial también evolutivo, se aprecia en los dos casos de apertura y comunicación con los bronquios y las vías biliares, originando situaciones de alta gravedad y difícil tratamiento.

En 5 casos existían manifestaciones de **periquistitis adhesiva**, caracterizadas por adherencias de la adventicia a las formaciones vecinas ocasionales, dependientes de la topografía del quiste.

Todo esto nos permite deducir que frente a la modalidad de la adventicia calcificada, no puede ni debe discutirse el valor absoluto de la afirmación de que el tratamiento de los quistes hidatídicos es esencialmente quirúrgico. El problema que persiste para el cirujano, se reduce entonces a la indicación operatoria, esta será **inmediata** cuando sobrevenga una complicación ostensible, y **permanente** cuando no la tenga.

La conducta adoptada en esos 30 casos se resume de la siguiente manera:

a) **Operados por la táctica de la extirpación completa de la unidad parásito-adventicia (Quistectomía):** 11 casos. En ningún caso hubo complicaciones operatorias importantes, siendo la hemorragia siempre de fácil control.

En 8 de estos casos no hubo complicaciones postoperatorias y la evolución fué muy corta, oscilando entre 5 y 18 días.

En los tres casos restantes, el postoperatorio se prolongó debido a la evolución de otros quistes no calcificados y tratados simultaneamente con evacuación completa y drenaje abierto. A este respecto queremos hacer resaltar, la interesante observación del caso 17 del cuadro, de equinococosis hepática múltiple con un quiste calcificado del lóbulo izquierdo extirpado, y uno multivesicular del lóbulo derecho, tratado con evacuación y drenaje abierto. En el postoperatorio sólo originó trastornos y complicaciones, este último, con colerragia importante, exfoliación de la adventicia y supuración que prolongaron hasta 60 días el posoperatorio.

En cuanto a la **topografía de los quistes tratados,** 10 estaban en lóbulo derecho y 1 en el izquierdo. De los primeros, 5 eran anteroinferiores y 5 posteriores y superiores. Su **tamaño** entre medianos y chicos. Superficiales en algún sector de su adventicia y a veces emergentes. La **edad** varió entre 21 y 60 años.

La situación superior con exteriorización parcial importante y adherencias firmes freno adventiciales obligó en 2 de estos casos a la resección del segmento del diafragma correspondiente a la zona adherencial.

La razón de esta táctica obedeció a que el diafragma en las zonas adheridas estaba completamente incorporado a la adventicia constituyéndola, haciendo impracticable su decolamiento.

Finalmente en cuanto a la **táctica operatoria,** en 5 casos no se dejó drenaje, en 3casos, drenajes con tubo de control simple y mechado hemostático, en 4 casos tubo de control solamente.

b) **Operados por el procedimiento utilizado por el Prof. del Campo** (consistente en rellenar la cavidad adventicial con el gran epiplón (Epiploplastia): 4 casos. 2 multivesiculares no alterados y 2 multivesiculares degenerados. Los 4 eran ántero inferiores, 3 del lóbulo derecho y uno del izquierdo. Tamaño: uno mediano, dos chicos y uno grande.

La **evolución postoperatoria:** En dos casos sin complicaciones con alta a los 9 y 21 días.

Uno, dado de alta a los 35 días, en policlínica se le evacuó por punción una retención biliosa de 800 grs.

Finalmente el cuarto falleció al día siguiente por causa no imputable al método (Infarto miocárdico).

c) **Operados por el procedimiento de Posadas:** Por este procedimiento se operó un caso de calcificación parcial, multivesicular, anteroinferior derecho, y que evoluciono sin complicaciones con alta al décimo día.

d) **Operados por evacuación y drenaje abierto:** 10 casos. Todos tuvieron complicaciones postoperatorias variables: supuración, colerragia, exfoliación adventicial, cavidad residual y fístulas, con convalescencias prolongadas entre 30 y 120 días.

En un caso fué necesario hacer varios curetajes.

Un caso falecido que se comenta aparte.

e) Finalmente en dos casos se consideró **no indicada la operación** en atención a la edad, (85 y 56 años) y sobre todo a la ausencia de complicaciones y de síntomas.

Análisis de los casos fallecidos.

En 96 operados hubieron 5 muertes: 5.30 %. (Incluyendo 1 caso fallecido fuera del servicio a los 4 meses). Un fallecido entre los 6 no operados.

Entre los primeros uno por infarto de miocardio ya comentado. Uno falleció al 12º día con un cuadro de **insuficiencia hepática aguda grave**. Se trataba de una equinocosis hepática múltiple, con 3 voluminosos quistes del lóbulo derecho y uno calcificado, tratados por evacuación y drenaje y por quistectomía el calcificado simultáneamente. Enfermo de 54 años.

El tercer caso, enferma de 33 años, operada de un quiste calcificado por evacuación y drenaje y que en el postoperatorio tuvo expulsión de gran cantidad de vesículas hijas y pus, seguramente provenientes de otro quiste vecino abierto en el drenado. Posteriormente hace un absceso sufrénico que migra y se abre en bronquios. En etapa ulterior hace un cuadro de obstrucción coledociana total por elementos hidatídicos, con ictericia, febril y cuadro tóxico prolongado, habiendo sufrido varias intervenciones sucesivas. Pero con signos al final de insuficiencia hepática. Falleció a los 97 días.

El cuarto caso, **pioneumoquiste voluminoso del lóbulo derecho,** con evolución arrastrada durante muchos días, de 41 años, con cuadro de profunda intoxicación, y que a pesar del drenaje fallece a los 28 días. Presentaba signos de insuficiencia hepática.

El quinto caso, enferma de 58 años, con quiste voluminoso del lóbulo izquierdo tratado por un Posadas previa extirpación parcial de la adventicia, que se complicó con supuración de la cavidad residual, reoperada y drenada. Esta enferma mantuvo un cuadro febril prolongado y pasó a sala de medicina por una tuberculosis evolutiva, donde falleció a los 4 meses.

El fallecido no operado, presentaba además de su quiste hepático, una insuficiencia cardíaca por la que pasó a medicina donde falleció después de una hemoptisis fulminante. Se comprobó en la autopsia un quiste de miocardio.

CONSIDERACIONES ACERCA DE LOS METODOS QUIRURGICOS EMPLEADOS

Evidentemente el procedimiento con mejores resultados postoperatorios ha sido la quistectomía. El procedimiento de Posadas indicado oportunamente, también ha dado buenos resultados. Lo mismo podemos decir de la epiploplastia para el caso de los quistes calcificados pasibles de ser tratados por dicho procedimiento.

Recaen los peores resultados sobre el procedimiento del drenaje abierto. Pero no siempre son imputables al método en sí las complicaciones, las que han estado vinculadas amenudo a factores dependientes del quiste (calcificaciones, adventicias fibrosas rígidas, comunicaciones con vías biliares, necrosis y exfoliaciones adventiciales); o a dificultades técnicas (drenajes a distancia, no declives, evacuación incompleta, etc.).

Ha sido el más corrientemente empleado, es sencillo y poco riesgoso, pero es evidente que no siempre soluciona de un modo satisfactorio el problema. Es un método sujeto a revisión y es posible que técnicas más audaces y más adecuadas, vayan reduciendo cada vez más su uso en el futuro.