

Sr. PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Muzio Marella.

(CLINICA QUIRURGICA DEL PROF. JUAN C. DEL CAMPO)

LAS CONDUCTAS QUIRURGICAS EN LA HIDATIDOSIS ABIERTA EN VIAS BILIARES

Dr. Muzio S. Marella.

Traemos a este Congreso un resumen de las conductas operatorias utilizadas en enfermos con quiste hidático de hígado abierto en vías biliares (Q. A. V. B.), tratados en la Clínica del Prof. J. C. del Campo.

Para no incurrir en repeticiones, por habernos ocupado anteriormente sobre el tema,* sólo mencionaremos sintéticamente los lineamientos generales que rigen el criterio quirúrgico frente a esta enfermedad, que son los adoptados en la Clínica Quirúrgica en que actuamos y que han sido preconizados por el Jefe del Servicio.

Consideramos al Q. A. V. B. como una enfermedad hepato-biliar grave, donde hay dos problemas: uno hepático y otro de vías biliares.

El problema hepático determinado por la zona de asiento original del quiste, con dos componentes patológicos:

—el parásito (vesícula hidática) siempre con múltiples vesículas hijas, prácticamente siempre roto con mucha frecuencia infectado.

—la adventicia muy frecuentemente fibrosa, espesa; con cierta frecuencia calcificada, total o parcialmente.

El problema de vías biliares foco patológico secundario en el tiempo, estando evolutivamente supeditado al foco primario a veces, otras teniendo individualidad propia y evolucionando por sí mismo de modo independiente, persistiendo aún cuando aquél ha sido tratado. En sus estados mórbidos hay lesiones de vía biliar principal y puede haber de vía biliar accesoria.

* El Quiste Hidático de Hígado abierto en las Vías Biliares. Tesis 1950.

El Tiempo Biliar en la Intervención por Quiste Hidático abierto en Vías Biliares. "El Día Médico Uruguayo". Nov. 1953.

Con este criterio patológico se han intervenido los pacientes cuyas historias clínicas presentamos en forma de esquema, destacando los hechos importantes.

A) Esta complicación de la equinocosis hepática se nos presentó, salvo en un caso, en personas jóvenes todas ellas.

B) El diagnóstico positivo lo hicimos: por la existencia de una ictericia obstructiva persistente o pasajera, por cólicos hepáticos, por hidatidemesis (1 caso) o por signos de evacuación parcial del parásito, radiológico u operatorio.

C) En cinco de las doce observaciones la hidatidosis era doble. Es un factor que puede llevar a atribuir la apertura en la vía hiliar a un quiste e ignorar el real causante de la complicación. La evacuación quirúrgica de un parásito puede dar la falsa tranquilidad que la obstrucción coledociana se resolverá, mientras la bilirragia en la cavidad del quiste extirpado y la infección en el que persiste ignorado, van debilitando el organismo. Su descubierta llega a veces cuando se ha perdido un tiempo precioso.

Eso ocurrió en la observación 5, donde se evacuó un quiste anterior quedando ignorado uno póstero-superior. Este siguió su evolución abriéndose posteriormente en el espacio subfrénico y evacuándose por el bronquio, mientras mantenía por debajo la obstrucción biliar. Estos factores nos hacen lamentar la única muerte de esta estadística en una mujer de 33 años.

El mismo caso se nos reprodujo en la observación 7, pero la lección aprendida, nos hizo ser más expeditivos y tuvimos éxito en un hombre de 71 años.

Creemos pues, se debe plantear siempre la posibilidad de una hidatidosis hepática múltiple y sobre todo investigar la zona póstero-superior del lóbulo derecho.

D) La vesícula hidática tuvo en todos los casos un contenido infectado o alterado, con múltiples vesículas hijas: la adventicia, fibrosa o calcificada, a veces en vías de exfoliación que permitieron al cirujano completar el proceso o éste se hizo espontáneamente en el post-operatorio.

E) Cuando las condiciones del campo operatorio lo permitieron la exploración manual de las vías biliares las mostró; a veces evidentemente patológicas, dilatadas por obstrucción o edematosas por alergia.

Otras veces palpatoriamente normales, siendo sobre este hecho que pondremos particular énfasis por ser causa de error, pues pequeños restos hidáticos intracoledocianos, residuos de una migración hidática, pueden persistir. Sólo la apertura del colédoco puede ponerlos en evidencia. En una oportunidad fué evidente este error. Observación 5.

En consecuencia la apertura y exploración del hepatocolédoco es lo adecuado en esta afección, siempre que se tenga la posibilidad de hacerlo.

La vesícula biliar se presentó litiásica en tres casos (litiásis parahidática). El edema vesicular anotado en tres observaciones es seguramente una manifestación alérgica.

F) Las incisiones anteriores tienen la gran ventaja de permitir una amplia exploración del hígado, el vientre superior y sobre todo examinar y tratar convenientemente las vías biliares.

El abordaje posterior, que en todos los casos fué por vía de la 11ª costilla es el indicado en quistes a crecimiento superior y posterior del lóbulo derecho. Es una vía muy sencilla, muy práctica, casi siempre la hacemos con anestesia local y es la indicada en aquellos enfermos con mal estado general, donde el traumatismo operatorio debe ser mínimo. Observaciones 6 y 7.

G) El tratamiento del parásito fué siempre evacuación y drenaje.

H) Un criterio cada vez más firmemente adquirido, es que la adventicia debe ser extirpada todas las veces que se pueda. Ello elimina un cuerpo extraño que prolonga muchísimo el post-operatorio, haciendo persistir una cavidad donde se derrama bilis, siendo además un foco de infección y de fistulas residuales. Observación 7. Cuando se hizo su extirpación, ello abrevió el post-operatorio y éste fué más sencillo.

I) Ya enunciamos anteriormente nuestra posición con respecto al hepatocolédoco y su necesidad de exploración instrumental, condicionada naturalmente, por la circunstancia de cada caso.

J) Con lesiones vesiculares irreversibles se hizo colecistectomía. La colecistostomía se hizo en dos oportunidades por causas circunstanciales, hemorragia dentro de la luz vesicular. Ob-

servación 11 y por muy mal estado general de la enferma. Observación 5. Hecha en vesícula sana, si se deja muchos días termina por enfermar el órgano. La colecistotomía permite inventariar bien el estado del reservorio. Observaciones 2 y 13.

El orificio quistobiliar se pudo observar en tres oportunidades. Observaciones 3, 4 y 13 por medio del cateterismo ascendente con sonda Nelaton o beniqué.

K) En cuanto al postoperatorio, el mayor problema fué la bilirragia en la cavidad residual. Factor de exfoliación hidromineral y de grave alteración en la fisiología digestiva por privación de bilis. Las cifras del cuadro son elocuentes y hubo necesidad de recurrir enérgicamente a la terapéutica sustitutiva en muchos de los casos. Pero en aquéllos en que se hizo extirpación de la adventicia, esto permitió el colapso de la cavidad, la bilirragia fué mínima y el postoperatorio breve.

L) Lo mismo sucedió cuando en el postoperatorio hubo exfoliación espontánea de la adventicia, rápidamente se terminó el problema del enfermo. Observaciones 4, 6 y 9.

Las fístulas residuales la vimos persistir más de un año en un enfermo con adventicia muy esclerosa y parcialmente calcificada. Observación 7.

La colangiografía postoperatoria se hizo siempre que se pudo, con el objeto de tener una mejor noción del estado residual de las vías biliares.

M) El tiempo de internación de estos pacientes fué siempre muy prolongado, encima de los 60 días de promedio. Esta cifra es imputable en parte a la lentitud de nuestros sistemas hospitalarios. Descontado este factor ciertamente importante, la afección en sí, además de ser grave es larga y siendo la hidatidosis una enfermedad social que ataca predominantemente al trabajador rural, destacamos la importancia económica de ella desde el doble punto de vista: como pérdida de días de trabajo para el paciente y por lo onerosa de su asistencia prolongada.

N) En cuanto a la evolución, sólo perdimos un enfermo. La paciente que falleció, tenía una doble hidatidosis y la demora que se tuvo en descubrir su segundo quiste, hizo perder un tiempo precioso, durante el cual se agotaron las reservas de la enferma.

Dos veces vimos cuadros febriles alejados en relación con su hidatidosis; uno, un año después, que obligó a una reintervención pensando en un absceso. La exploración fué negativa. Observación 7. Otro, un empuje de ictericia obstructiva dos y medio años después, que retrocedió con terapéutica médica. Deben ser interpretados estos dos episodios, creemos, como caída en la canalización biliar de fragmentos de la adventicia que provocan una angiolitis.

En Suma: Como tratamiento de esta afección hepato-biliar grave consideramos como plan terapéutico ideal: para el hígado, la supresión del quiste (parásito y adventicia), para la vía biliar principal; apertura, exploración instrumental y drenaje del hepatocolédoco. Para la vesícula; colecistectomía o colecistostomía, según las lesiones del reservorio, evitando en lo posible la colecistostomía.

Como otra posibilidad operatoria que ya la hemos planteado, aunque aún no realizado, es el cierre de la comunicación quistobiliar, a semejanza de lo que preconiza Armand Ugón para la comunicación quistobronquial en la hidatidosis pulmonar.

Estas son las sugerencias que extraemos de los casos vividos en la Clínica de equinocosis hepática abierta en vías biliares, en que hemos actuado distintos cirujanos. Son nuestros deseos contribuir en algo a mejorar el tratamiento de estos enfermos, pero teniendo mi esperanza puesta en que la profilaxis de la enfermedad causal erradique definitivamente de nuestro país este mal, que muchas muertes aún produce y tantas secuelas deja.