

CONDUCTA QUIRURGICA EN EL QUISTE HIDATIDICO DEL BAZO

Dr. BARSABAS RIOS

En el deseo de contribuir al tema oficial "Esplenopatías quirúrgicas" ofrecemos nuestra experiencia en el tratamiento de la hidatidosis del bazo, fundada en ocho casos operados personalmente. Esa experiencia se cumplió en dos períodos, bien diferenciados en el tiempo, en el criterio asistencial, en los recursos operatorios puestos en juego, y en los resultados terapéuticos alcanzados.

Los cuatro primeros pacientes corresponden al período comprendido entre los años 1930 y 1945. El criterio quirúrgico que dominaba entonces en el tratamiento de los quistes era el formolizado, evacuación, y marsupialización. Personalmente no contábamos con baronarcosis, ni transfusiones generosas, ni sin duda, habíamos madurado nuestra técnica operatoria.

En dos de esos casos, un niño y una mujer joven, con quistes hialinos emergentes en la superficie esplénica, hicimos formolización, evacuación, extracción de la germinativa, cierre y reducción.

En los dos restantes, un hombre joven y otro adulto, con grandes quistes multivesiculares hicimos vaciado y marsupialización.

Todos curaron, tardando la cicatrización de los marsupializados cinco y siete meses respectivamente.

Los cuatro últimos pacientes pertenecen a otra época, bien distinta por cierto. Dos son de 1952; dos de 1955. Resumimos a continuación sus historias:

CASO I.— S. G., 48 años. Ingresado al Hospital Tacuarembó en 14-X-1952. Operado por nosotros en 1937 en gravísimo estado por pnoneumotórax

hidatídico consecutivo a quiste multivesicular de cara superior de hígado abierto en pleura y pulmón. Lobectomizado años después en Montevideo. Ahora vuelve con tumeración muy grande de flanco e hipocondrio izquierdos. Se interviene bajo anestesia de gases y transfusión, se confirma gran quiste de bazo adherente a diafragma, lóbulo izquierdo de hígado y colon. Se evaéa por aspiración extrayendo vesículas y membrana. Y se extirpa la periquística conjuntamente con el bazo, liberándola con cuidado de las adherencias. Drenaje de la fosa esplénica. Alta hospitalaria a los dos meses y cicatrización definitiva un mes después.

CASO II.— E. R. de C., 29 años. Ingresada al Hospital Tacuarembó el 3-XI-1952. Gran tumoración de flanco e hipocondrio izquierdos. Se interviene bajo anestesia de gases. Laparotomía transversal izquierda. Se comprueba gran quiste de bazo muy adherente a diafragma, colon y mesos. Se formoliza y evaéa por aspiración extrayendo vesículas y germinativa degeneradas. Temiendo comprometer la irrigación cólica dada la intensa adherencia de la adventicia a los mesos, y no habiéndose producido trauma parenquimatoso se opta por detener ahí la intervención, colocando grueso dreno en la cavidad residual. Postoperatorio normal. Alta hospitalaria a los veinte días y cicatrización a los tres meses de la operación.

CASO III.— M. de R., 28 años. Enviada al Hospital Tacuarembó el 2-III-1955, por el Dr. Fernández Lascano, de Tambores, con diagnóstico de quiste hidatídico. Gran tumoración de epigastrio e hipocondrio izquierdo. A rayos X hemitórax izquierdo elevado. Se interviene bajo anestesia de gases. Incisión paramediana izquierda supraumbilical. Se comprueba el gran quiste al parecer implantado en el bazo, pero muy emergente en cavidad abdominal y cubierto de adherencias epiploicas. Lo liberamos progresivamente procurando exteriorizarlo. Hay adherencias muy íntimas a colon transverso. El intento de liberación provoca el desgarramiento de la periquística con hernia de la germinativa hidática a tensión, en inminencia de estallido. En tal situación ampliamos el desgarramiento de la adventicia con sumo cuidado y obtenemos el parto de la gran vesícula intacta que mide quince centímetros de diámetro. Luego continuamos la liberación de la adventicia de evidente asiento en bazo, completando la intervención con una esplenectomía. Quedan dos pequeñas porciones de periquística adherentes a diafragma y lóbulo izquierdo de hígado. Se reparan las brechas de los mesos y se termina dejando un dreno en la fosa esplénica que retiramos a las cuarenta y ocho horas. Postoperatorio normal. Alta curada a los diez días.

CASO IV.— A. F., 34 años. Ingresa al Hospital Tacuarembó el 4-VI-1955. Procedente de Pueblo Ansina, por tumoración subdiafragmática izquierda que emerge en el tórax y fue descubierta por los Dispensarios Móviles de la Cruzada Antituberculosa Nacional. Casoni francamente positivo. Se interviene bajo anestesia de gases intubado. Tóraxofrenolaparotomía con resección costal.

Se libera el pulmón de sus adherencias muy íntimas al diafragma. Se confirma que el quiste asienta en el bazo pero con sólidas adherencias a diafragma y lóbulo izquierdo de hígado. Se evacúa por aspiración su contenido multivesicular y se hace conjuntamente esplenectomía y adventicectomía subtotal. Queda una porción de periquística adherente a diafragma y lóbulo izquierdo de hígado. Cerramos las brechas diafragmáticas y parietal torácicas con reexpansión pulmonar controlada, sin drenaje del tórax. Dejamos grueso dreno en la fosa esplénica. En el postoperatorio supuración por el drenaje hasta eliminación total de los restos de adventicia. Alta hospitalaria a los cuarenta días de operado en franco proceso de cicatrización, para seguir curándose en la Policlínica de origen. Fuimos informados de su curación definitiva un mes después.

CONSIDERACIONES

Entendemos que en el quiste hidatídico del bazo adquieren especial jerarquía las concepciones patológicas y terapéuticas modernas de la hidatidosis. Cuando un quiste esplénico se acusa, su tamaño es ya considerable y las relaciones topográficas naturales del órgano están alteradas en el grado del desarrollo, y según el estadio evolutivo del proceso parasitario.

Así vemos que en la hidatidosis del bazo las eventuales adherencias a las formaciones circundantes de la logia esplénica, diafragma, lóbulo izquierdo de hígado, estómago, páncreas, colon, mesos, etc. se hacen a expensas de la adventicia y no propiamente del órgano.

Se comprueba, además, que tales adherencias son más íntimas a las vísceras huecas, colon; o comunicantes con el exterior, pulmón, a través del diafragma, confirmando el empeño de biología patológica del organismo, que hemos señalado otras veces, por expulsar fuera el parásito.

De todo ello resulta que el bazo pierde categoría ante el quiste en él originado al punto que podríamos situar el problema terapéutico que plantea al cirujano la hidatidosis esplénica en los siguientes términos: no tratar un bazo que tiene un quiste hidatídico, sino tratar un quiste hidatídico que asienta en el bazo.

El quiste hidatídico es lo importante, el bazo es lo accesorio. de este modo en la localización esplénica el concepto moderno de la hidatidosis que sitúa en la adventicia y en sus contornos el máximo interés, alcanza su mayor vigencia.

Con esas directivas la acción del cirujano se orientará de acuerdo a la información que levante del reconocimiento quirúrgico del quiste y su estudio evolutivo. Y este reconocimiento le hará ver, las más de las veces, que el quiste es multivesicular, degenerado o supurado, y con una adventicia irreversible y muy vinculada a las formaciones vecinas. Ee impondrá entonces su extirpación.

Desde luego, tratándose del bazo, no se podrá hacer la *quistectomía* (entendida así la resección de la adventicia y parásito intactos conservando el órgano), porque la friabilidad del parénquima esplénico no lo permite.

No se podrá hacer tampoco la *adventicectomía total* conservando el órgano por la misma razón.

Habrà de hacerse, pues, siempre y cuando la resección esté indicada, conjuntamente la *adventicectomía y la esplenectomía*.

¿De qué manera?

Aislado el quiste y cumplidos los tiempos previos de rigor, formolizado y evacuación, se procurará ir directa o progresivamente, según el caso, al pedículo esplénico para ligarlo y dividirlo, y luego se liberará la adventicia de sus adherencias para extraerla con el bazo. Cuando su extirpación total se estime riesgosa podrá dejarse alguna porción adherente a órganos vecinos. Debe tenerse especial cuidado co las adherencias a los mesos intestinales para no comprometer la irrigación sanguínea cólica.

Eventualmente, en casos favorables, quistes de reducido tamaño, hialinos, podrá hacerse la evacuación con cierre y reducción de la cavidad residual.

Por excepción, igualmente, en quistes supurados con compromiso del estado general, o por inconvenientes de orden técnico, se hará marsupialización de la cavidad remanente.

En cuanto a la incisión de abordaje estará condicionada por la topografía clínica y radiológica de la tumoración. Las hemos empleado muy diversas pero tienen nuestra preferencia las abdominales, transformables en abdominotorácicas.

En definitiva, estimamos que en el quiste hidatídico del bazo la *esplenoadventicectomía* es la operación que cura mejor y en menos tiempo.

Naturalmente, su realización es laboriosa. Como puede verse en las historias resumidas, lá realizamos tres veces en grandes quistes muy adherentes con buen resultado. El parto de la enorme vesícula hidática, cuya fotografía enseñamos, no debe verse como un alarde de técnica. Fue una solución de emergencia ante la rotura accidental de la adventicia. Adjuntamos radiografías correspondientes a la historia IV que ilustran sobre las complicaciones pulmonares de un quiste del bazo.