

TACTICA Y TECNICA QUIRURGICA EN LA EQUINOCOCOSIS PERITONEAL *

Dr. OMAR R. BARRENECHE

Presentamos la opinión y la experiencia del Servicio del Prof. del Campo en el tratamiento de la equinococosis peritoneal. No nos ocuparemos de los episodios agudos iniciales (la ruptura del quiste primitivo), ni de la equinococosis peritoneal heterotópica, que no plantea de por sí, problemas especiales.

Nuestros puntos de vista coinciden, en muchos aspectos, con lo expresado por el Prof. Chifflet en 1939.

Uno de los pilares del tratamiento es la patología, y ésta nos destaca, en primer término, al *hígado*, fuente proveedora principal (a veces, también, el bazo), de la lesión que estudiamos. En él persiste, frecuentemente, el quiste original y, muchas veces, es asiento de una *hidatidosis múltiple*.

En segundo término, la *equinococosis peritoneal perihepática*, con sus sectores interhepatofrénico y subhepático.

En tercer lugar, la *hidatidosis pelviana*, en la que se destaca la localización retrovesical.

En cuarto lugar, la más vasta, la del resto del abdomen: subdiafragmática izquierda, supramesocólica, de los mesos, del epiplón, de las paredes abdominales, etc.

Por último, la *peritonitis hidática crónica, con o sin bilis* (hidatoperitoneo), forma especial de la hidatidosis peritoneal por su vasta cavidad previsceral, pero que, teniendo origen común con las localizaciones precedentes, con ella coexisten la hidatidosis hepática y perihepática, la pelviana, la de los mesos, etcétera.

* Trabajo de la Clínica del Prof. Del Campo.

Cada localización tiene sus peculiaridades patológicas derivadas de la acción de los quistes sobre las vísceras, con las que toman contacto, y de las características anatómicas y funcionales de la región.

En la exposición que nos ha precedido, el Prof. del Campo ha mostrado las graves alteraciones que los quistes de la región hepática provocan sobre el hígado, la insuficiencia hepática que es su resultado y su gravitación en la evolución de la enfermedad y del tratamiento.

En las localizaciones pelvianas, pueden comprimir y aún erodar las vísceras (tenemos un caso de abertura en colon) (Reg. 1784), pero lo más importante es la repercusión sobre las vías urinarias: retención de orina por compresión uretral o insuficiencia renal por compresión ureteral. Surraco estudió muy bien la acción de los quistes retrovesicales. Los divide en altos y bajos. Los segundos son los más importantes. Se insinúan entre vesículas seminales y vejiga y comprimen hacia adelante al triángulo y a la uretra, y hacia los lados a los uréteres.

También los quistes pelvianos de otra localización pueden, por su tamaño, comprimir al uréter contra las paredes pelvianas, como ocurría en nuestra historia (Reg. 3853).

La consecuencia de la compresión ureteral es la uréterohidronefrosis que, con o sin infección sobreagregada, puede llevar a la insuficiencia renal.

Los quistes del resto del abdomen, creciendo entre vísceras móviles (mesos, intestinos) o de menor gravitación patológica (bazo), son tolerados durante mayor tiempo. Si bien por su número, tamaño y adherencias pueden llegar a ocasionar oclusiones (no tenemos casos), su complicación más frecuente y seria es la ruptura, originando nuevas siembras. Tenemos dos casos que originaron cuadros abdominales agudos y debieron ser operados, uno del hipocondrio derecho y, otro, del flanco derecho. Ambos por traumatismos.

La insuficiencia hepática, la insuficiencia renal, la ruptura, son los caracteres salientes que fundan la conducta terapéutica.

El viejo concepto de que el paciente portador de una equinocosis peritoneal está expuesto a varias operaciones, perma-

nece válido todavía. En nuestros casos el número de operaciones oscila entre dos y cuatro, a veces una sola y, en un caso, 11 intervenciones.

La anestesia y los métodos de recuperación permiten operaciones más prolongadas y eficaces, disminuyendo el número de las mismas.

Esta necesidad de varias intervenciones obliga a un planteo táctico previo.

Siguiendo las orientaciones del Jefe del Servicio, en nuestra clínica se ha establecido la regla siguiente:

El *primer abordaje* debe ser hecho sobre los quistes de la *región hepática*; luego se tratarán los *pelvianos* y, finalmente, los del resto del abdomen. Proceder de otro modo puede significar llegar al hígado cuando la glándula esté irremediablemente destruida.

Es una norma flexible que se altera cuando las características del caso lo exigen, siempre que no haya insuficiencia hepática.

Son varias eventualidades:

- 1º) Cuando hay compresión ureteral. Empezar por los pelvianos.
- 2º) Cuando hay un quiste supurado de cualquier localización.
- 3º) Cuando la clínica y los medios auxiliares del diagnóstico no evidencian una localización hepática.
- 4º) En las peritonitis hidáticas crónicas, en que por razones técnicas hay que comenzar tratando la colección.

En cualquier caso, el tratamiento debe continuar con los quistes de la región hepática.

Dentro de cada localización hay zonas de preferencia.

En la región hepática se recomienda comenzar por los interhepatofrénicos. Son los quistes que se engarzan en el hígado repelidos por el diafragma, los que erodan el diafragma en tránsito hacia el tórax, y los que, también, pueden ser luego olvidados.

En las *localizaciones pelvianas*, los que no deben dejar de tratarse son los que comprimen o pueden comprimir el uréter.

En las *otras localizaciones* son los más voluminosos.

El plan previo puede modificarse en la operación. El primer acto de la cirugía es la exploración. Del inventario completo pueden surgir variaciones a la táctica inicial. Por ejemplo, decidir un abordaje por 11ª costilla, etc., etc. De cualquier modo, el cirujano que, por error, o conscientemente, no comienza por la región hepática, no debe omitir la exploración de la misma.

Empleamos la *anestesia general*. Pero preferimos la *local*, a veces asociada a la *crepuscular*, en aquellos pacientes de serio riesgo quirúrgico.

Vías de abordaje, incisiones. Preferimos las incisiones amplias y adecuadas.

Los quistes de la *región hepática* han sido abordados mediante incisiones subcostales derechas, paramedianas transrectales derechas, 11ª costilla y 10º espacio.

Consideramos que la mejor incisión es la *subcostal*. Trazada paralelamente al reborde, habitualmente seccionando el recto anterior y disociando en breve trecho los músculos anchos por fuera de la vaina, puede ser ampliada, en caso de necesidad, hacia la izquierda abriendo la vaina del recto y, hacia la derecha, hasta la 11ª costilla e, incluso, se puede reseca un fragmento de ésta.

La incisión transrectal puede ser útil, pero, a menos de una excesiva prolongación hacia abajo, no presenta las ventajas de la anterior.

La vía de la 11ª costilla o de la 12ª, con reacción costal y extrapleurál, excelentes para el drenaje de los quistes que contactan con la pared posterior. No pueden ser empleadas de entrada.

La vía del 10º espacio fue empleada en un caso grave, evacuándose a través de ella tres quistes subdiagramáticos.

Para los *quistes pelvianos*, preferimos la *mediana infraumbilical* o, mejor, la paramediana con reclinamiento del recto hacia afuera y sección de las dos hojas de la vaina rectal.

Estas incisiones permiten una buena exposición del abdomen, además de la pelvis, y pueden ser ampliadas hacia arriba hasta el xifoides.

La incisión de Pfannestiel ha sido poco empleada y sólo en aquellos casos de diagnóstico preciso hecho en operación anterior. Puede ser ampliada hasta los flancos con disociación de tipo Mc Burney, como recomienda Palma.

Los quistes de la *región subdiafragmática izquierda* han sido abordados mediante incisiones *subcostales izquierdas*, similares a la derecha o *transrectales*. Excepcionalmente se ha empleado la de Constantini. Las dos primeras permiten una buena exposición de la región.

Los quistes de *otras localizaciones* han sido abordados mediante incisiones medianas infraumbilicales.

En algunos casos, en el mismo acto operatorio se han hecho nuevas incisiones más adecuadas que la inicial.

La incisión xifopubiana, las transversas, pueden ser útiles.

La vía *subperitoneal*, recomendada por Surraco para el tratamiento de los quistes retrovesicales y, por Chifflet, para los de la pared abdominal anterior, no la hemos utilizado.

Las vías *vaginales y rectales* han sido utilizadas como recursos de excepción.

Las *eventraciones*, frecuentes en este tipo de enfermos, obligan a una técnica cuidadosa, a buena selección de las incisiones y a utilizar contraberturas en los drenajes.

El *tratamiento de los quistes* no ofrece mayores dificultades. Hay que aplicar el procedimiento más adecuado y de menor riesgo.

En el mismo acto operatorio se han hecho quistectomías; evacuación, formolado y adventicectomía parcial (cuando adhiere a una víscera, vaso o meso); evacuación, formolado y cierre (la experiencia demuestra que la adventicia se reabsorbe); exéresis de epiplón con sus quistes; evacuación, formolado y drenaje o marsupialización.

Para ahorrar tiempo se puede pasar de quiste en quiste dejando en cada uno, provisoriamente, una gasa formolada, para luego volver desde el primero a aplicar el procedimiento elegido.

En casos favorables se pueden tratar dos o más quistes a través del primero para unificar el drenaje.

Recordar que estos quistes se rompen con facilidad. En varias de nuestras historias está consignado el accidente. Ello obliga a actuar con suavidad y a proteger el peritoneo.

Se tratará el mayor número de quistes que permitan la incisión y la prolongación razonable de la operación.

En los casos en que hay *insuficiencia hepática*, presente o inminente, Cendán aconseja evitar la anestesia general, las grandes incisiones y las operaciones prolongadas. Evacuar los quistes múltiples en forma sucesiva, en varias operaciones, y si se trata de quistes laboriosos y complicados que exigirían intervención laboriosa y traumatizante, limitarse a la evacuación con el Finochietto y el drenaje simple con grueso tubo, o la marsupialización, sin empeñarse en la completa evacuación.

Las mismas directivas pueden aplicarse a casos graves por otra causa.

En el tratamiento de las *peritonitis hidáticas crónicas*, empezamos por la gran colección. Esta es, habitualmente, una enorme bolsa previsceral, extendida desde el hígado y el diafragma a la pelvis y, a veces, de flanco a flanco. Puede presentar divertículos.

Hemos empleado incisiones transrectales derechas paraumbilicales, infraumbilicales, prolongadas o no luego hacia arriba. La evacuación y limpieza de la cavidad debe ser cuidadosa, deben reconocerse divertículos, formolado. Se explora por la palpación la región hepática y se abre la hoja posterior. Llama la atención lo fácil que se separa de los intestinos y lo libre que está el peritoneo. Se tratan los diversos quistes que se encuentran. Luego se sutura la membrana y se deja drenaje de la cavidad. A veces conviene colocar más de un drenaje.

En otra sesión operatoria se tratan los quistes hepáticos.

En cuanto a los *resultados* debemos anotar:

—1 fallecido, por insuficiencia hepática. Era un hombre de 54 años, portador de equinocosis de la región hepática y múltiple del peritoneo desde los 9 años. No consintió operarse hasta que la insuficiencia respiratoria lo llevó a ello;

- 1 caso, el paciente fue operado de quiste hepático roto. Un año y medio después, de siembra pelviana. Dos años más tarde, tiene una ruptura de un quiste de la retroca-
vidad que no se supo si era hepático o peritoneal;
- 1 caso con insuficiencia hepática fue dada de alta en grave estado. Suponemos que falleció;
- 1 caso de absceso pelviano por abertura en colon, dado de alta en grave estado;
- 3 pacientes no volvieron a completar;
- 15 pacientes fueron dados de alta aparentemente curados.

Para terminar, subrayamos la gravedad frecuente de esta complicación, la frecuencia de las curas aparentes, y recordemos que Dévé comienza el capítulo del tratamiento hablando de la profilaxis, refiriéndose a la necesidad de operar los quistes apenas diagnosticados y al correcto tratamiento del episodio de la ruptura.

En cuanto al tratamiento biológico, no enemos experiencia suficiente como para terciar en la discusión.

En cambio, es de frecuente uso en nuestro Servicio la desensibilización preoperatoria.