

TRATAMIENTO DE LA EQUINOCOCOSIS PERITONEAL SECUNDARIA

Prof. ABEL CHIFFLET y Dr. GONZALO MAQUIEIRA

La ruptura intraperitoneal de un quiste hidático (habitualmente de hígado, también de bazo, riñón, etc.) es capaz de provocar una siembra peritoneal, seguida o no de la germinación de esa simiente hidática. Dicha germinación se traduce en uno de los cuadros más terribles de la afección hidatídica: la equinocosis peritoneal secundaria.

Nos referiremos, esquemáticamente, a las consideraciones terapéuticas que merece la equinocosis peritoneal múltiple, es decir aquella en que aparecen múltiples quistes por infestación secundaria del peritoneo, distribuidos en la cavidad abdominopelviana.

Los adelantos que se anotan en dicha terapéutica en estos últimos treinta años, reciden en hechos colaterales a la propia biología del parásito (si exceptuamos la terapéutica de Calcagno). Las mejoras en el tratamiento de estos pacientes, parecen depender más directamente del mejor dominio del cirujano en las distintas situaciones que se le ofrecen, de los adelantos anestésicos y antibióticos, etc., que de hechos más íntimos de la propia enfermedad hidatídica.

Disponemos actualmente para el tratamiento de esta entidad, primordialmente de la cirugía, pero se plantean las posibilidades de un tratamiento biológico que no debe ser perdido de vista.

Consideraremos sucesivamente: el tratamiento quirúrgico y el tratamiento médico o biológico.

A) TRATAMIENTO QUIRURGICO

A ELEMENTOS PARA RESOLVER LOS ABORDAJES

El cirujano colocado frente a un paciente afectado por una hidatidosis abdominopelviana, una vez determinada la distribución de los quistes, se hace una primera interrogante referente al ordenamiento operatorio, o sea qué quistes deberá abordar en primer término.

Dicho ordenamiento deberá basarse, fundamentalmente, en tres hechos:

- 1) Existencia de complicaciones, asentando en uno o varios quistes.
- 2) Compresión ocasionada por los quistes sobre órganos vecinos.
- 3) Distribución topográfica de los quistes.

1) La complicación de un quiste (torsión, ruptura, supuración), puede hacer imperativo su abordaje en primer término y aun mismo esa terapéutica puede asumir caracteres de urgencia, a despecho de toda topografía.

2) Lo mismo ocurre con el quiste que provoca, por compresión, el compromiso funcional de un órgano: casos de quistes yuxtahiliares que comprimen colédoco, con importantes ictericias obstructivas, como sucedió en dos de nuestras observaciones, o de compromiso ureteral en quistes pelvianos, con posible repercusión sobre la funcionalidad renal, etc. Es en estos casos el sufrimiento visceral el que comanda las directivas del abordaje quirúrgico, diciendo por cuál sector debemos comenzar.

3) Pero cuando no existen problemas propios del quiste o de compromiso visceral, entonces, el cirujano se guiará en su abordaje por la amenaza que signifique tal o cual topografía hidatídica en sus posibles complicaciones. En la consideración topográfica es clásico separar tres sectores:

- a) Supramesocólico.
- b) Pelviano.
- c) Mesoabdominal.

a) *Sector supramesocólico.*— En el espacio supramesocólico y sobre toda perihepático, los quistes encuentran resistencias para su desarrollo. Existen órganos macizos, que unidos a las condiciones dinámicas de la región hacen que los quistes se encastren en las vísceras adyacentes. Se crean problemas graves de insuficiencia hepática, de compresión de la vía biliar, de supuración, de extensión del proceso a tórax, etc., todo lo cual hace que sea éste el sector que abordemos en primer término, de no existir el imperativo dado por la complicación de un quiste o por la compresión que éste ocasiona.

Las incisiones a utilizar variarán con la topografía del quiste, pudiendo ser abdominales puras o combinadas con abordajes de tórax; siempre deberán ser cómodas y permitir su ampliación.

b) *Sector pelviano.*— En segundo término, abordamos a los quistes pelvianos bajos. Se desarrollan en una zona de grandes resistencias, enmarcados en una celda ósea que acrecienta su acción compresora y la esclerosis alrededor de los quistes. Son una constante amenaza para vejiga y uréter con la consecuente repercusión sobre la funcionalidad renal. Los abordamos en segundo término y preferimos hacerlo por vía abdominal hipogástrica y no por vía perineal, donde suelen encontrarse más inconvenientes que ventajas.

c) *Sector mesoabdominal.*— Los quistes mesoabdominales se desarrollan en zona de poca resistencia, lo que hace una adventicia fina. Ofrecen una gran facilidad para su ruptura, con el grave riesgo que ésta significa como nueva siembra y como posible factor anafiláctico. Su abordaje en general no ofrece dificultades y habitualmente algunos son tratados (en la medida que pueda hacerse con comodidad) por las incisiones que se practiquen para los sectores anteriores, o bien por incisiones especiales, hechas de acuerdo a la distribución de los quistes. Elegimos las menos eventrantes y, a veces, hecha la incisión principal que nos permite explorar y localizar otros quistes, hacemos, frente a éstos, pequeñas incisiones adecuadas para efectuar sólo su drenaje. Los quistes mesoabdominales son muy frágiles y, por lo tanto, una constante amenaza de ruptura: si bien a falta de complicaciones operamos primero los sectores supramesocólicos y pelvianos, nunca damos el alta a un paciente portador de un quiste mesoabdominal, sin solucionarlo previamente.

B) CONDUCTA CON LOS QUISTES

Una vez decidido el sector a abordar en primer término, interesa plantear la conducta a seguir con los quistes:

1) En este sentido, lo ideal es la *quistectomía*. Pero ésta no siempre puede ser realizada, a no ser a costa de grandes riesgos y dificultades, sobre todo para los quistes supramesocólicos y pelvianos que tienen gran tendencia esclerógena. Será fácil en los quistes pediculados, o en los que asientan en un órgano que puede ser extirpado con los quistes, como por ejemplo el epiplón.

Los sesiles, aun mismo los que aparentan ser de fácil extirpación, podrían traicionar al cirujano que no recuerde que la adventicia no se ofrece en un mismo quiste con igual grosor y resistencia en todas las zonas y que la esfera no siempre se guarda en las formaciones hidatídicas que pueden presentar prolongamientos que faciliten la ruptura en el afán de hacer una extirpación completa.

2) Cuando no podemos, o es de riesgo extirpar el quiste "in toto", preferimos *extirpar sólo la hidátide* y lo que sea posible de adventicia, yendo luego al cierre de ésta, o al drenaje, de acuerdo a lo que signifique como cavidad residual, como cuerpo extraño (calcificación, etc.).

No ignoramos que esta terapéutica no es completa. Dejamos a la adventicia que por sí mismo puede ser origen de enfermedad: corremos el riesgo de dejar persistir la enfermedad hidatídica en forma de una vesiculización exógena, sobre la cual poco o nada podrán hacer las sustancias parasiticidas.

3) Puede, por último, el cirujano, encontrarse frente a una equinocosis múltiple a pequeños quistes diseminados, donde la extirpación de todos es imposible o circunstancias diversas no permiten realizarla.

En ese caso, se podrá abocar al tratamiento de los quistes con sustancias parasiticidas (cloruro de sodio al 33 %, formol al 2 %) y hacer abandono del cadáver hidatídico.

Este procedimiento de "*momificación*" no debe dejarnos satisfechos: no siempre hace un cadáver de la hidátide y puede ser el origen de irritaciones peritoneales o de procesos plásticos.

Su uso debe reservarse para casos excepcionales en que la acción quirúrgica está impedida.

En suma: la conducta frente al quiste podría resumirse así: quistectomía lo ideal; de no ser posible, extirpar la hidátide, tratando la adventicia por cierre o drenaje; momificación como procedimiento de excepción.

B) TRATAMIENTO BIOLÓGICO

El tratamiento biológico creemos tiene su indicación en la equinocosis múltiple, si bien no tenemos experiencia sobre el mismo. En manos de quienes lo hacen sistemáticamente, da hechos positivos en lo referente a su acción desensibilizante y profiláctica de la siembra hidatídica. Sobre esta última, es muy demostrativo el siguiente cuadro tomado de Casiraghi:

42 RUPTURAS QUISTICAS PERITONEALES

23 no tratadas:

- 22 desarrollan hidatidosis peritoneal secundaria;
- 1 desarrolla siembra miliar.

19 tratadas:

- 3 por operación sólo = 3 hidatidosis secundarias;
- 16 con tratamiento biológico solo o asociado:
 - 13 no hacen hidatidosis secundaria,
 - 3 sin información.

Su efecto no sería tan positivo en cuanto a su acción anti-quística, pero, como el mismo autor lo dice, no podrá pedírsele a la terapéutica biológica más de lo que ella puede dar en el momento actual, ni tampoco negarle lo que la experiencia ha demostrado que es capaz de realizar.

En suma, creemos que esta terapéutica, que es inocua, siempre deberá asociarse a la cirugía en la equinocosis peritoneal múltiple.

Como tratamiento único, sólo persistirá en base a la imposibilidad de realizar la cirugía, sea por mal estado general del paciente, por negativa a operarse, o porque se comprueba una hidatidosis muy diseminada a quistes pequeños.