

TRATAMIENTO DE LA PERITONITIS ENQUISTANTE HIDATIDICA

Dres. ABEL CHIFFLET y BOLIVAR DELGADO

Entendemos con el nombre de peritonitis enquistante hidatídica al proceso peritoneal de formación de una membrana de enquistamiento que rodea los productos resultantes de la ruptura de un quiste hidatídico en el abdomen. Se constituye así una bolsa más o menos extendida cuyo contenido puede ser biliar o no, graso o no, con hidátidas o sin hidátidas, hechos estos que interesan poco desde el punto de vista del tratamiento. Los objetivos del tratamiento son: la bolsa de enquistamiento, el estado del órgano que originó el proceso y la presencia de elementos parasitarios evolutivos fuera de la bolsa hidatídica.

La conducción de la operación depende de la importancia que en el enfermo tiene cada uno de estos tres objetivos. Si la viscera parasitada, en general el hígado, tiene manifestaciones serias de sufrimiento por otro quiste, por infección canalicular, por pasaje parasitario al árbol biliar, etc., la operación debe iniciarse por este objetivo. Si hay una infección del contenido de la bolsa hidatídica en una enfermo con mal estado general, puede estar indicado comenzar por el drenaje de la bolsa con anestesia local. En fin, la presencia de quistes secundarios agresivos en la pelvis o suprahepáticos puede llevar hacia ellos el ataque quirúrgico.

Si no hay objetivo principal, la operación debe comenzar por una incisión longitudinal transrectal derecha que permite el tratamiento de cualquier proceso hepático o canalicular, explorar la posible existencia de quistes secundarios y a veces tratarlos y terminar con el tratamiento de la bolsa hidatídica.

A) EL ORGANNO PARASITADO

Nos referiremos solamente al hígado que es el órgano habitualmente responsable. Tres grupos de problemas nos plantea: el estado visceral, la hidatidosis múltiple y el estado del quiste roto.

Hemos sostenido que la hidatidosis hepática provoca alteraciones viscerales en el hígado y en las vías biliares que obligan a considerar al enfermo fundamentalmente como un enfermo visceral. El hígado puede presentar procesos diversos que deben ser diagnosticados y considerados al plantear la conducta quirúrgica: congestiones, abscesos miliares por angiocolitis, hipertrofias regionales. Las vías biliares pueden presentar fenómenos diversos de tipo disquinésico, compresivo o litiásico o procesos de obstrucción coledociana parasitaria. Además de lo que corresponde como tratamiento de cualquiera de estos procesos, debemos considerar la necesidad de dejar en estos casos un drenaje correcto del árbol biliar.

La hidatidosis hepática múltiple es frecuente y no debe dejarse sin explorar bien el hígado en busca de otros quistes, que podrían supurar en el postoperatorio provocando cuadros que desorientan.

El quiste roto pudo haber desaparecido como tal, transformado en una cicatriz fibrosa en cuyo caso no justifica ningún tratamiento, pero puede mantenerse la cavidad adventicial en cuyo caso está en amplia comunicación con la bolsa peritoneal (complejo quistoperitoneal). Es fundamental el tratamiento de esta cavidad adventicial, lo que puede hacerse por adventicectomía o hepatectomía parcial si la topografía del quiste y el estado del enfermo permite y si no se trata de un proceso muy supurante o en franca comunicación con el árbol biliar. En todos estos casos debe separarse la cavidad adventicial de la bolsa hidatídica peritoneal y drenarla directamente al exterior.

B) LA BOLSA HIDATIDICA

En las bolsas pequeñas (sesiles o pediculadas) es posible desprender la periferia de la bolsa de las vísceras vecinas y

extirparla entera con su contenido habitualmente parasitario o evacuar primero este contenido y luego extirpar la membrana de enquistamiento.

En las bolsas mayores la extirpación de la membrana es prácticamente muy difícil y no se justifica hacerla porque después de evacuación del contenido es suficiente hacer correctos drenajes que conducen a su reabsorción.

C) LOS QUISTES SECUNDARIOS

Los elementos parasitarios del interior de la bolsa hidatídica deben ser totalmente evacuados, dejando además, un drenaje cuando no se extirpa la membrana de enquistamiento, para permitir la posible destrucción o evacuación. Hay que recordar además que elementos fértiles microscópicos pueden quedar en la superficie interior de la bolsa, para cuya destrucción es necesario actuar por medio de sustancias parasiticidas. Hemos empleado la solución de cloruro de sodio al 33 %.

En el espesor de la membrana pueden encontrarse hidátidas que deben ser extirpadas.

Por fuera de la bolsa pueden presentarse quistes peritoneales secundarios sembrados en el accidente de ruptura que condujo a la peritonitis enquistante. No vamos a referirnos al tratamiento de estos quistes si no solamente a recordar que deben buscarse antes de la operación del proceso enquistante y en el curso de ésta, ya sea por palpación por dentro de la bolsa en las formas anteviscerales o por fuera de la bolsa en las formas pequeñas o medianas. La hidatidosis secundaria debe tratarse en el primer acto operatorio si presenta complicaciones importantes o puede quedar para un acto ulterior si así no fuese.