

# COMPLICACIONES DE LOS DISTINTOS METODOS DE TRATAMIENTO DE LOS QUISTES HIDATICOS DEL HIGADO \*

*Dr. ALFONSO SANTOS DUBRA*

A efectos de facilitar la exposición, dividiremos el tratamiento del quiste hidático del hígado, en procedimientos quirúrgicos directos sobre el quiste y procedimientos mixtos, bipolares (Del Campo); los que admiten algunas subdivisiones.

TRATAMIENTO QUIRURGICO	Procedimientos quirúrgicos directos sobre el quiste . . . . .	Drenaje externo (marsupialización, quistostomía). Método de Posadas y sus variantes. Adventicectomía . . . . . Quistectomía. Segmentectomía. Lobectomía.								
	Procedimientos quirúrgicos mixtos, bipolares . . . . .	<table style="border-collapse: collapse; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">{</td> <td style="padding-left: 10px;">a) Sobre el quiste más</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="font-size: 3em; vertical-align: middle;">}</td> <td style="padding-left: 10px;">b) Sobre la vía biliar . . . . .</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td style="padding-left: 10px;">} accesoria, } principal.</td> </tr> </table>	{	a) Sobre el quiste más		}	b) Sobre la vía biliar . . . . .	{		
{	a) Sobre el quiste más									
}	b) Sobre la vía biliar . . . . .	{								
		} accesoria, } principal.								

Es nuestra finalidad, realizar un análisis crítico de las complicaciones a que exponen los distintos tratamientos quirúrgicos de que disponemos con tal fin. Con esta contribución, se aporta la experiencia recojida en los Servicios de los Profs. Stajano y Piquinela.

\* Trabajo de la Clínica del Prof. Piquinela.

## DRENAJE EXTERNO

Bajo la denominación de drenaje externo, se considerarán en conjunto los casos marsupializados así como los tratados por métodos simples de drenaje. El drenaje externo, con o sin marsupialización, ha sido el procedimiento más utilizado en el tratamiento del quiste hidático de hígado. Su mayor ventaja es la simplicidad con que puede realizarse.

Aparte de cualquier complicación inmediata o mortalidad, la principal objeción al drenaje externo, es que el procedimiento deja la adventicia y con ello una serie de posibles complicaciones fáciles de comprender si se recuerda la anatomía patológica de esta membrana, muy especialmente el problema que representa la abertura de los canales biliares, con el consiguiente pasaje de su contenido a la cavidad adventicial y viceversa. Como consecuencia, persiste un trayecto fistuloso que a menudo se infecta y supura, que a veces se prolonga meses, años o aun en forma indefinida, todo lo cual repercute sobre el enfermo, determinando disminución de la capacidad de trabajo, con graves repercusiones individuales, familiares y colectivas. Además, a través de esa fístula se producen pérdidas de líquidos, bilis, electrolitos y enzimas digestivas que alcanzan, en ocasiones, proporciones graves y determinantes con no poca frecuencia de irritación cutánea.

Por otra parte, un cierre prematuro del trayecto puede determinar los inconvenientes de una cavidad cerrada, por la acumulación de líquidos, secreciones y aire. Inversamente, la persistencia de la fístula o complicaciones en el quiste pueden hacer necesaria una segunda intervención. En tres ocasiones hemos observado importante hemorragia a través de la fístula.

En los quistes alejados de la pared y en especial en aquellos con alteraciones inflamatorias, la quistostomía no da seguridad contra la peritonitis.

## METODO DE POSADAS Y SUS VARIANTES

El método de Posadas es de realización difícil, por el peligro que supone la rotura de la hidátide, con la consiguiente inundación del campo operatorio.

La objeción fundamental a este procedimiento, es que deja una bolsa quística cerrada, donde por las frecuentes comunicaciones bilioquísticas se producen retención de bilis, sangre, serosidad, aire e infección.

Por otra parte, las variantes al método original de Posadas, en especial la técnica de capitonaje de Delbet, exponen a peligros, especialmente el que se relaciona con la colocación de los puntos con la posibilidad de herida vascular o biliar.

Además, como dice Chifflet, el procedimiento no impide las complicaciones resultantes de la persistencia de la adventicia, capaces de originar alteraciones de grado variable, en especial su repercusión directa o refleja sobre el sistema hepatobiliar.

### QUISTECTOMIA, ADVENTICECTOMIA

Las complicaciones a que exponen estos procedimientos, las estudiaremos en su conjunto; entendemos que en esta forma nos será más fácil señalarlas, con lo cual evitaremos repeticiones.

A pesar de las ventajas que desde el punto de vista conceptual ofrece la quistectomía, no son pocos los autores que refieren los malos resultados de la operación, citando algunas estadísticas y ofreciendo los resultados de sus operados. Según su opinión, la quistectomía es una operación que siempre empieza bien, pero que puede terminar mal.

Accidentes muy graves son citados, algunos de los cuales hemos tenido oportunidad de presenciar:

- muerte por hemorragia per o postoperatoria;
- herida operatoria accidental de gruesos canales biliares rechazados y aplastados por el crecimiento del quiste, que el bisturí o la tijera hieren en varios centímetros, obligando a su reconstrucción sobre tubo de politene introducidos por el colédoco, con la consiguiente bilirragia operatoria o postoperatoria;
- herida de gruesas venas, en especial la cava inferior y las suprahepáticas, en las tentativas de liberación del quiste.

La exéresis de la adventicia exteriorizada se realiza habitualmente en forma laboriosa, pero sin peligro en general de

herida vascular ni biliar, pero no bien se penetra dentro del parénquima hepático la hemorragia se va acentuando, en ocasiones imposible de controlar por el taponamiento, y su constante renovación aumenta el peligro de herida de un grueso vaso o canal intrahepático.

Teóricamente, la extirpación total es el tratamiento ideal del quiste hidático del hígado, pues representa el tratamiento quirúrgico integral de la enfermedad, base de un mejoramiento de los resultados y prevención de las complicaciones; sin embargo, en la práctica produce un alto índice de mortalidad. Esta es la objeción principal a la extirpación como operación de elección, y se debe sin duda a las dificultades técnicas de su realización. Los planos de clivaje, no bien definidos entre el quiste y las estructuras contiguas, hacen que la disección en semejante campo sea por lo general tediosa y prolongada, y que se acompañe, como ya lo señaláramos, de hemorragia profusa y de exponer inevitablemente a las estructuras canaliculares vasculares y biliares adyacentes, al riesgo de una lesión grave. La mortalidad, comparativamente alta de esta operación en el conjunto de las series, es quizás un reflejo de su dificultad técnica.

En estas condiciones, la adventicectomía parcial, más o menos extendida, realizada de acuerdo a un plan determinado que no es el caso de señalar aquí, sería no sólo el procedimiento de elección, sino también el más simple y práctico.

La sistematización y depuración de la técnica, la no utilización de pinzas, curetajes, la no colocación de drenajes con tubos gruesos y rígidos en el interior del quiste, han contribuido a una franca disminución de las complicaciones inmediatas del postoperatorio.

## SEGMENTECTOMIA Y LOBECTOMIA HEPATICA

El criterio actual, basado en las escasas estadísticas, es que se trata de una intervención grave y riesgosa, que tiene rarísimas indicaciones y que no puede plantearse como tratamiento habitual. Como dice Casiraghi, la terapéutica a emplear no puede ser más grave que la afección que se desea tratar.

## PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS MIXTOS

Esta posibilidad se plantea en el quiste abierto en las vías biliares, con síndrome de obstrucción biliar.

Las directivas terapéuticas fundamentales pueden ser desarrolladas de la manera siguiente:

- 1º) Es indicación de intervención quirúrgica, ya que no puede contarse con la posible curación natural, aunque en algún caso la membrana madre de un quiste univesicular, haya podido eliminarse en totalidad por las vías naturales.
- 2º) La intervención será lo mas precoz posible.
- 3º) La intervención será lo más completa posible, y de acuerdo al plan siguiente:
  - a) abertura, desobstrucción hacia arriba y hacia abajo, y drenaje externo de la vía biliar principal;
  - b) verificación del contenido de la vesícula biliar, incluso con abertura de la misma, seguida de ostomía y en algún caso cuando las alteraciones lesionales vesiculares sean irreversibles en ectomía (raramente);
  - c) abertura directa y evacuación del quiste hepático. Las veces que éste no ha podido ser descubierto en la operación, debe vigilarse prolongadamente al operado antes de establecer su curación definitiva.

Razones de orden general o de índole topográfica (localización del quiste), pueden hacer variar el criterio que en principio debe ser el de *la triple exploración*, o el triple drenaje si es necesario (tripolar). Con los medios actuales (anestesia, sostén y reparación), la triple operación es a menudo posible.

En aquellos casos de desconocimiento clínico de la topografía del quiste, o en enfermos graves, el concepto precedentemente desarrollado puede modificarse. Se han publicado casos de curación con operaciones que actúan ya sea sobre la vía biliar

principal o sobre el quiste, por simple quistostomía, que al mismo tiempo que evacúa el quiste, permite el desagüe retrógrado transquístico de las vías biliares.

### BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. ARDAO, H. A.—Los procesos de la adventicia en la evolución de los quistes hepáticos drenados. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 19: 39-50; 1948.
2. -----.—Los procesos de la adventicia en la evolución de los quistes hidáticos del hígado tratados por el drenaje. "4º Congreso Uruguayo de Cirugía", 4: 234-245; 1953.
3. BARRENECHE, O.—"Tratamiento del quiste hidático calcificado del hígado". Fac. Med. Montevideo, 1955.
4. CALLERI, E. M.—Quistes hidáticos del hígado abiertos en vías biliares. "4º Congreso Uruguayo de Cirugía", 4: 201-221; 1953.
5. CASIRAGHI, J. C.—El tratamiento del quiste hidático del hígado y sus complicaciones. "Trigésimo Congreso Argentino de Cirugía", 517-726; 1959.
6. CENDAN ALFONZO, J. E.—Causas de muerte, complicaciones y secuelas en el postoperatorio de los quistes hidáticos del hígado. "Trigésimo Congreso Argentino de Cirugía", 727-789; 1959.
7. COSTANTINI, H.—De l'individualité anatomopathologique du sac fibreux periparasitaire dans les kystes hydatiques du foie et deson pouvoir calcipexique. La kystectomie par délamination a la rugine pour les kystes supurés. "Arch. Int. Hidat.", 11: 39-48; 1950.
8. CHIFFLET, A.—La hidatidosis hepática es una afección hepatobiliar. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 19: 23-38; 1948.
9. DEL CAMPO, J. C.—Relato de la comunicación de Anastasia, H. C.: Dos casos de quiste hidático del hígado abierto en vías biliares. "Bol. Soc. Cir. Urug.", 4: 185-197; 1933.
10. LAGROT, F. et CORIAT, P.—Justification et valeur de la resection du dome saillant dans les kystes hydatiques du foie. "Lyon Chirurgical", 55: 826-837; 1959.
11. MARELLA, M.—El quiste hidático abierto en las vías biliares. Tesis. "An. Fac. de Med. Montevideo", 40; 1955.
12. RIOS, B.—Equinococosis hepática. Tratamiento. (Relato.) "4º Congreso Urug. de Cir.", Montevideo, 4: 149-200; 1953.