

# COMPLICACIONES Y ACCIDENTES DE LOS QUISTES HIDÁTICOS DEL ABDOMEN

## Discusión

Dr. DEL CAMPO.— No voy a discutir estos temas que se han tratado en la tarde de hoy, porque son múltiples, y podría decir a propósito de muchos de ellos, nuestra manera de pensar, más o menos parecida; y si insistimos en lo de más o menos parecida, entraríamos en la discusión.

Pero voy a hacer una pequeña rectificación al Dr. Ritorni, cuando se refirió a la peritonitis crónica hidática sin bilis, término con el cual yo escribí ya el tercer o cuarto artículo, y denominación que veo que acepta el doctor Chifflet. El Dr. Ritorni dice: "hidatidoperitoneo de Dévé y Del Campo", lo que quiere decir que le da la paternidad al Dr. Dévé y el segundo puesto a mí. Yo tengo pocos hijos, pero honrados e inscriptos en el Registro. Esa entidad fue descrita por primera vez por mí en el año 1927, dándole el nombre de hidatoperitoneo; después por Dévé que le dio el nombre de hidátidoperitoneo; y tercero por Velarde Pérez que le dio el nombre de equinococosis vesiculosa enquistada, habiendo una diferencia con el Dr. Velarde Pérez en el sentido de considerar que los elementos hidáticos infestantes podían ser, no vesículas hijas, como creía Dévé, y como creía yo, sino elementos menores, microscópicos, como los escólicies.

La paternidad en este caso, está afirmada, podría decirse por tres cosas: 1º) por el afinamiento a distancia, uno en Rouen y otro en Montevideo, de los supuestos padres, durante la gestación, sin comunicación entre sí; 2º) por la aparición a distancia, en dos revistas donde fue publicado: en los "Anales de la Facultad de Medicina" de Montevideo y en la "Revue de Chirurgie" de París; y 3º) por la propia confesión del Dr. Dévé, cuya versión publiqué yo en una de mis comunicaciones. Habiendo él admitido la paternidad de este hecho, creo que merece una rectificación.

Dr. PALMA.— Voy a decir solamente dos cosas. Una primera, respecto al tratamiento de los quistes hidáticos calcificados, con gran calcificación en la adventicia hidática del hígado; y a ese respecto, durante muchísimos años, nosotros creemos que actuamos con el criterio de la gran peligrosidad de la quisteotomía; y realmente es así, tal como lo ha dicho uno de los ponentes, es de gran peligrosidad porque al efectuar la disección de la adventicia, las

arteriolas que son voluminosas y múltiples, se retraen dentro del hígado, más que los vasos venosos; y luego si se pretende hacer la hemostasis por compresión, se comprime el parénquima, pero las arterias se quedan en el fondo y siguen sangrando, y también se originan compresiones venosas que aumentan la estasis y la hemorragia, y si se pretende hacer hemostasis por coagulación, se coagula el parénquima hepático, y no el vaso; lo que hace que haya habido grandes accidentes, gravísimos, hasta muertes; y es por esto que nosotros hemos insistido hace unos años en la técnica actual, que es bastante útil, que transforma la adventicectomía de una operación gravísima en una operación perfectamente tolerada, claro está, con gran paciencia, efectuando 40, 50, 60, 100, 150 ligaduras, si es necesario; el campo queda exangüe.

El segundo punto que quería aclarar es, siguiendo el ejemplo de nuestro maestro, el Prof. Del Campo, sobre asuntos de paternidad, puesto que hemos oído hablar de la importancia que en la cirugía de pelvis, tiene el Pfannestiel ensanchado, y hemos oído el nombre de Mc Burney. No tengo la fecha exacta de la publicación que hicimos hace quince años, en que revisamos la totalidad de la literatura al respecto, y en ese momento no existía más que el Pfannestiel clásico, que terminaba en el borde externo del recto; el artículo nuestro fue publicado en los "Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades"; y describimos el Pfannestiel ensanchado con disección hasta la cresta ilíaca, que da un abordaje amplísimo, y que permite la cirugía por debajo del ombligo, en todo el bajo vientre, y que se completa con el uso del separador gigante. Sigo en este sentido, el deseo de honestidad científica.

Dr. HOFFMAN.— Quisiera decir unas palabras, porque creo que es honesto hablar de lo que se hace, aún cuando es en un pequeño medio. Yo voy a hablar prácticamente en nombre de todo el equipo quirúrgico de San Carlos, integrado por el Dr. Mautone, la Dra. Almandoz, y el que habla. Desde hace cinco años, por sistema hemos venido haciendo la quistectomía, o la adventicectomía, sin diferenciarlas fundamentalmente; nos ha resultado una operación de gran utilidad; llevamos realizadas actualmente 50 intervenciones, 50 quistectomías, en quistes calcificados, semicalcificados y no calcificados; en quistes chicos, medianos y en quistes grandes; aprendimos primeramente la estructura hepática interna y estudiamos, del punto de vista de las disecciones; y le hemos perdido el miedo a medida que hemos ido realizando y hemos ido aumentando el número de resecciones en las quistectomías; el peligro no es tan grande. El equipo nuestro, es un equipo muy modesto; lo hacemos sabiendo que realizamos una gran operación; no se puede abordar un hígado con el mismo criterio que cuando se va a drenar un quiste hidático: hay que saber que se va a realizar una gran operación, hay que tener buena anestesia y buena cantidad de sangre. Tenemos la pretensión de hacer incisiones sumamente amplias, con muy buena luz, porque el peligro está siempre en el mismo lugar, está atrás de los gruesos vasos suprahepáticos; el pedículo de la vena porta, no es de riesgo, son perfectamente aislables y ligables, son pedículos gruesos, la ligadura de la vena porta comprende la ligadura conjunta de la arteria y del canal biliar que van dentro de la vaina de la vena porta; en cambio, más para atrás, hacia las venas suprahepáticas, las venas son mucho

más frágiles, pero también son aislables y ligables y extirpables. Aprendimos otra cosa sumamente interesante: dónde y cuándo debemos detenernos; no siempre hemos realizado quistectomías totales; a menudo hemos dejado una cáscara de quiste, fijado a la vena cava, porque nos parecía riesgoso seguir insistiendo; otras veces, por el estado general del enfermo, nos ha parecido prudente no hacer quistectomía y sí drenaje; pero hemos hecho 50 quistectomías con 0 de mortalidad; el único enfermo fallecido fue más bien por culpa del cirujano y no de la técnica, fue el único enfermo que se perdió; el quiste hidático tiene su índice de mortalidad por cualquier método; se considera de 8 a 10 %; nosotros, en los primeros 50 casos de quistectomías, no tenemos prácticamente ningún fallecido, pero extendiendo las cosas, se puede hablar de una muerte.

Otra cosa que decía uno de los contribuyentes, del riesgo de las lobectomías, la lobectomía izquierda sobre todo, cuando está llena de quiste hidático es fácil de realizar; el lóbulo izquierdo tiene prácticamente tres pedículos para ligar y son fáciles de hacer; tenemos realizadas cuatro, sin ninguna incidencia, es más, en alguna oportunidad, después de haber hecho una lobectomía, hemos quitado otro quiste hidático del lóbulo derecho; estamos hablando de lobectomías en el término clásico, actualmente ha cambiado un poco el concepto de lóbulo izquierdo y derecho.

De manera que quiero plantear esta posición, porque es la posición que hemos desarrollado en San Carlos, y no me parecería honesto no decirlo cuando la realizamos.

Dr. RIOS.— Son unas placas de un enfermo operado en octubre de este año, para mostrar algunas complicaciones, ésta es para mostrar como un quiste de pulmón, puede también propagarse hacia el vientre. (Muestra placas.)

Otra cosa que quería decir es que entendemos, en base a alguna experiencia realizada, absolutamente probatoria, que el tratamiento biológico de la hidatidosis secundaria no debe ser de ninguna manera considerado opcional, sino que debe ser considerado de hecho en el tratamiento, no desde luego para sustituir la cirugía, sino como coadyuvante de la cirugía; conviene que se haga en este sentido, criterio, criterio terapéutico; entendemos que el tratamiento biológico, hecho como lo pensaba Calcagno y su escuela, tiene que ser francamente incorporado, sin duda alguna al tratamiento de la peritonitis hidática secundaria que es un gran tratamiento como coadyuvante de la cirugía.

Dr. CHIFFLET.— Primero, el Dr. Del Campo, cuando argumentó sobre la paternidad del hidatoperitoneo, se olvidó de dar el argumento más convincente que fue la conferencia que Dévé pronunció en Montevideo, en 1931: "... vine a Montevideo, me mostraron un enfermo que tenía una peritonitis enquistada producida por la rotura de un quiste hidático del ligamento gastrosplénico, por lo tanto retiro lo que decía a sostener, y confieso que la posición de Del Campo es la justa..."

El segundo asunto, es que no voy a acompañar al Dr. Lockhart en sus indicaciones de punción de quiste con fines diagnósticos; creo que la punción de un quiste hidático puede ser acompañada, aún cuando no se atraviesa el

peritoneo, aún cuando sea subcutánea, o intramuscular de grandes accidentes, incluso la muerte; yo personalmente no me dejaría puncionar nada que sea un quiste hidático en ninguna parte del cuerpo; más que el lujo del diagnóstico, considero mejor ir al lujo del tratamiento.

Y el tercer asunto, pediría que al terminar esta sesión, o cuando sea conveniente, tratarlo, en la reunión de Asamblea, se envíe un telegrama al Sr. Ministro de Salud Pública, haciéndole saber que el 11º Congreso Uruguayo de Cirugía, con gran dolor, ve que se siguen operando quistes hidáticos.

Dr. MERNIES.—Creo que como médico del interior estoy obligado a hablar. En primer lugar, he visto que en realidad, se han hecho aquí afirmaciones que en general han estado en boca de gente que tiene realmente una extraordinaria experiencia, y que aún esa experiencia y conocimientos están llevados a la gente joven; y quería puntualizar una cosa: que en el año 1950 yo había presentado un pequeño trabajo de 11 casos de quistectomías en quistes calcificados y no calcificados, y en él precisamente, había hecho hincapié que era necesario mirar todos aquellos elementos, como tejido conjuntivo, pero que adherían a la adventicia, y que era necesario siempre ligar, y ligar y ligar. Ese es asunto pasado, pero lo que me duele y que creo que aquí, a pesar de la brillantez con que ha sido expuesto, a pesar de saber que la gente domina esto que estamos debatiendo aquí, es una vergüenza nacional; no es posible que nosotros sigamos haciendo congresos respecto a cuál es el mejor método para curar una enfermedad, cuando su profilaxis no se realiza, nos está diciendo que existe esto como una rémora, en un país que se titula de civilizado; no puede ser que sigamos debatiendo aquí cuál es su tratamiento y la mejor manera de curar al individuo después de infestado; tenemos un medio que es extraordinariamente fácil de llevar a cabo con la voluntad y el empeño que es necesario, todos los médicos, pero los cirujanos que son los que ven las consecuencias de todo esto, debían ser los primeros para decir, en este país, no puede existir dentro de diez años, ningún caso de hidatidosis, nada más que como una rareza, o un caso esporádico.

# 11º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

---

MESA REDONDA

NEUROCIRUGIA

Miércoles 7 de diciembre. Hora 9 y 30

TEMA:

HIDROCEFALIAS

COORDINADOR:

Dr. JORGE SAN JULIAN

PONENCIAS:

- 1) "Clínica": *Dra. M. A. Rebollo.*
- 2) "Diagnóstico radiológico": *Dra. Lia Zeiter de Carlevaro.*
- 3) "Tratamiento": *Dr. A. García Guelfi.*

PREGUNTAS

DISCUSION