

QUISTE HIDÁTICO DE CARA POSTERO-SUPERIOR DE HIGADO (*)

Dres. N. Cerruti, J. C. Echeverría y R. Fuente Méndez

(Carmelo)

El caso que vamos a presentar en estos diez minutos previos, se trata de un voluminoso quiste hidático de cara pósterosuperior de hígado, estudiado y operado en el Sanatorio Regional de Carmelo. Por su frecuencia, su técnica de abordaje conocida y lo mucho que se ha escrito sobre el particular, este caso no ofrece mayor interés científico para los distinguidos consocios de la Sociedad de Cirugía; simplemente lo hemos traído por las siguientes razones: 1ª) Porque es un caso muy demostrativo de los beneficios de la colaboración científica entre el cirujano, el médico, radiólogo, anestesista, laboratorista, instrumentista, etc.; 2ª) Porque dicha colaboración se realiza actualmente en Carmelo, como felizmente se realiza en muchos puntos del interior de la República, siguiendo el avasallante ritmo de la ciencia moderna; 3ª) Finalmente, porque venimos a aprender, a sacar provecho de algún posible error cometido, recogiendo enseñanzas de colegas más experimentados.

Veamos ahora el breve resumen del caso en cuestión:

U. B. S., 21 años. Desde su nacimiento reside a 30 kilómetros de Carmelo, en plena campaña; fué operada de quiste hidático de lóbulo izquierdo de hígado hace 4 años. En 1950 consulta por dolores en H. D., fiebre, vómitos y discreta hepatomegalia; se le hace la 1ª radiografía, que mostrará el Dr. Echeverría. Les cuesta decidirse por la intervención; no vemos a la enferma durante 2 años, en que consulta nuevamente por

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa de la sesión del 1º de octubre de 1952.

signos similares y crisis urticarianas. El examen clínico muestra una enorme hepatomegalia, palpándose una tumoración redondeada de la cara anterior del lóbulo derecho; hay una discreta subictericia, está apirética y conserva un buen estado general (se le toman radiografías simples y contrastadas: pielografía y neumoperitoneo). Se diagnostica quiste hidático de cara pósterosuperior de hígado con la duda de otro probable quiste anterior, o de un lóbulo traidor. Se decide intervenir, con ciertas dudas en la elección de la vía de abordaje, siendo tres las planteadas 1ª) **Vía anterior**, y en el mismo acto operatorio o en un segundo tiempo, la vía superior o posterior si eran necesarias; 2ª) **Vía transpleural**, resecaando 9ª o 10ª costilla; 3ª) **Vía posterior**, resecaando la 12ª costilla que era larga y la 11ª si era necesaria, que fué la que elegimos. Decidida la operación se hacen los siguientes análisis:

Glóbulos blancos 10.700 por m.³; Eosinófilos 8 %; Glóbulos rojos 4.180.000 por m.³; Hemoglobina 80 %; Valor globular 0.97; Tiempo coagulatorio 10'; Tiempo sangría 4'; Grupo sanguíneo A; Rh negativo; Orina normal; R. de Cassoni positiva intensa; Presión arterial Mx. 13 Mn 8; Peso 66 kgrs.

Protocolo operatorio: Dres. Cerruti, Oliveri, F. Méndez. Instrumentista: Sra. Olga O. de Oliveri. Anestesia en C. C. con intubación. Pte. Eyheralde. Resección de 12ª y 11ª costilla. Imposible replegar el peritoneo por lo que se abre; se decola pleura hacia arriba sin abrirla; voluminoso quiste hidático de cara pósterosuperior de hígado, protección con numerosas compresas; abertura del quiste, se aspira 1 litro $\frac{1}{2}$ de líquido hialino, acéfalocisto, extracción de la membrana germinativa, formolado de la cavidad y drenaje con sonda Pesser N° 20. Exploración de todo el hígado, enormemente agrandado pero regular, sin comprobar nuevos quistes; vesícula biliar normal. Cierre por planos. Lino en la piel. Transfusión sanguínea operatoria 500 c.c. (Sr. U. Castillo). Accidente post-operatorio inmediato: urticaria generalizada, taquicardia, hipotensión, cianosis de las uñas; se interpreta como de origen anafiláctico y se trata con adrenalina, sulfato de magnesio I. V., oxígeno y se recupera lentamente. Alta al 8º día, se retira la sonda a los 18 días y se coloca un tubo fino; desde entonces comienza a hacer temperatura y las radiografías tomadas en ese momento muestran un nivel líquido con elevación del diafragma (las expone el Dr. Echeverría). Se instituye un tratamiento con terramicina (una cápsula cada 4 horas) que mejora a la enferma aunque continúa la fiebre, y se instala un derrame pleural que se punciona, dando salida a un líquido sero-fibrinoso. Con una sonda de cateterismo ureteral se llega a la cavidad evacuándose unos 300 grs. de bilis ligeramente turbia, que siguió drenando en los días sucesivos, aunque cada vez en menor cantidad; se hizo el control radiográfico periódico de la sonda y del tamaño de la cavidad, cada vez más reducida, hasta que se retira definitivamente la sonda a los dos meses de operada; las radiografías tomadas unos días después (las muestra el Dr. Echeverría) revelan la curación del proceso.

Preguntas que formulamos

a) ¿Conviene o no abrir el peritoneo en los abordajes posteriores? b) ¿Es necesario desensibilizar previamente al enfermo para evitar serios accidentes anafilácticos operatorios o post-operatorios? c) ¿Fué o no un absceso subfrénico post-operatorio?

Enseñanzas que hemos sacado de este caso

1ª) Cuando la resección de la 12ª costilla no permite un abordaje correcto, de inmediato se resecará la 11ª y aun la 10ª si es necesario. 2ª) La abertura involuntaria e inevitable del peritoneo, nos permitió una amplia exploración de todo el hígado, mostrando la ausencia de otros quistes, de la vesícula biliar, etc. sin traer complicaciones peritoneales post-operatorias. 3ª) Estimamos que el tubo o sonda de drenaje del quiste que se pone en el acto operatorio, debe dejarse mucho tiempo (quizás más de un mes) sobre todo en quistes voluminosos, porque es difícil colocar después un nuevo tubo que llegue bien a la cavidad, en un trayecto largo, oblicuo y algo sinuoso; de esa manera se hubiera evitado el mal rato que pasamos después de retirar la sonda a los 18 días, las dificultades de poner una nueva, no obstante intentar hacerlo con sondas Nélaton y Béquille de distintos diámetros, empleando hasta conductor, y que finalmente pudimos solucionar con una sonda de cateterismo ureteral que permitió un buen drenaje, su fácil control radioscópico, y la rápida recuperación de la enferma. 4ª) Y para terminar diremos que la terramicina fué muy útil y bien tolerada.

Dr. Hughes. — Quiero hacer uso de la palabra para decir algo a propósito de la comunicación de los doctores Cerruti y Echeverría. En primer lugar para decir con qué placer nosotros, los miembros de la Sociedad de Cirugía de Montevideo, vemos la llegada hasta aquí de los colegas del Interior a traer sus casos interesantes, a plantear sus dudas y a sugerirnos a nosotros ideas.

En segundo lugar me quiero referir al caso presentado. El demuestra la importancia que tiene el estudio radiológico del riñón en los procesos del hipocondrio. En este caso el estudio del riñón derecho por medio de la urografía, a mi juicio establece en forma casi terminante que este quiste hidático del hígado era un quiste hidático de la cara posterior.

El Dr. Chifflet y el Dr. Llopart pusieron este tema y estos datos al día hace unos años y el Dr. Del Campo ulteriormente presentó un caso muy curioso de un quiste hidático del hígado que elevaba el riñón hacia

arriba. Nosotros personalmente no hemos visto este último tipo de desplazamiento, pero el Dr. Del Campo describió esta modificación. A propósito de los desplazamientos del riñón por quistes hidáticos del hígado, hace unas reuniones el Dr. Chifflet, en esta Sociedad, estudió otro caso interesante desde el punto de vista radiológico. Se trataba de un quiste hidático que no era de la cara posterior, que hizo una abertura en el peritoneo y un derrame en la cara posterior del peritoneo parietal posterior, sobre la cara anterior del riñón, dando la imagen radiológica de los procesos retro-peritoneales, aunque en realidad se trataba de una abertura intraperitoneal.

Ahora, en lo referente al problema del abordaje, a mi juicio, estuvo perfectamente correcto; es lo que se hace en estos momentos en todas partes, abordando la cara posterior del hígado en los casos como este, como lo han hecho los comunicantes.

Vuelvo a insistir en que frente a un quiste grande que plantea posibilidades de abordajes diversos, el estudio del riñón adquiere una importancia fundamental. Y para terminar voy a decir dos palabras a propósito de la abertura del peritoneo. Nosotros que nos hemos ocupado del abordaje de los órganos del hipocondrio derecho e izquierdo desde el tórax, cuando queremos llegar a esos órganos sin entrar en la cavidad peritoneal hacemos la incisión del diafragma, lo más cerca posible de su inserción costal, pero en ningún caso hemos tenido ningún problema cuando hacemos la incisión un poco más central y abrimos el peritoneo. En este caso especial de un quiste hidático grande, donde era importante el estudio del resto del hígado, me parece que la abertura del peritoneo se imponía.

Quiero repetir el placer con que hemos visto la llegada de estos colegas a la Sociedad de Cirugía.

Dr. Cosco. — Debemos agradecer la visita de los distinguidos colegas del Interior, ya que, gracias a su iniciativa, se cumplirá una de las más gratas aspiraciones de nuestra Sociedad de Cirugía: el intercambio científico.

Referente al caso presentado por el Dr. Cerruti con tanta justeza y competencia, yo desearía preguntar al radiólogo si se realizó una radiografía de perfil de hígado.

Dr. Echeverría. — ¿En qué momento? ¿Antes de operar, doctor? No

Dr. Cosco. — Porque la radiografía de perfil en casos de quiste hidático posterior y superior, constituye un documento de inestimable valor para el diagnóstico. Por eso habría sido más práctico que el radiólogo practicara un enfoque de perfil de hígado antes de llevar a cabo un neumoperitoneo donde tampoco le practicó el perfil.

De manera standard, frente a una posible localización posterior de quiste hidático, ordenamos la radiografía de frente y perfil con lo que resolvemos el problema sin acudir al neumoperitoneo. El Dr. Cerruti ha logrado con plausible esfuerzo rodearse de la colaboración de un equipo para la anestesia.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

A los centros quirúrgicos del Interior que no cuentan con este equipo no se les puede negar la posibilidad de que practiquen éstas y otras intervenciones. En efecto, existe una serie de operaciones que pueden llevarse a cabo sin necesidad de la indispensable colaboración del anestesista, siempre que se domine la técnica de la anestesia local. Una de ellas es la que motiva esta comunicación. Al respecto, nosotros hemos realizado abordajes transtorácicos del abdomen, resecano la 12ª la 11ª y hasta la 10ª costilla con facilidad, sin ningún inconveniente y sin riesgo respiratorio. Si se abre la pleura, la sutura de los músculos intercostales al diafragma resuelve la situación. Tenemos varios casos con neumotórax que han evolucionado correctamente. Respecto al drenaje, como este caso se trataba de un quiste hidático univesicular, cristal de roca, y no supurado, se podía haber evacuado y cerrado sin introducir tubo en su interior. Eso evita la infección de afuera adentro, como parece haber sucedido en este caso, ya que el enfermo evoluciona bien hasta los 18 días, momento en el cual se reemplaza la sonda de Pezzer por un tubo fino luego de infructuosos intentos con sondas Béquille y sondas Nélaton en búsqueda de la cavidad quística perdida. Desde este momento aparece fiebre y se instala un derrame pleural reaccional.

El Dr. Cerruti nos pregunta con mucha amabilidad si nos parece bien el abordaje; me parece que es correcto.

Pregunta también si se considera inconveniente el abrir el peritoneo y explorar el hígado; yo pienso que está muy bien y así lo hemos realizado en varias oportunidades aunque de manera deliberada.

Vuelvo a expresarle que para nosotros es una satisfacción que los médicos del Interior nos visiten y les agradecemos nuevamente su cortesía.

Dr. Cerruti. — Sólo me queda agradecer el interés que se han tomado los Dres. Hughes y Cosco Montaldo.

En lo que respecta al Dr. Hughes, no tengo absolutamente nada que decir, porque me parece que concuerda con lo que nosotros hemos expresado.

En lo que respecta al Dr. Cosco, sobre la anestesia local, hemos tomado muy en cuenta lo que él ha dicho. Puedo decir al Dr. Cosco que me he hecho en una escuela quirúrgica donde se usaba mucho la anestesia local; posiblemente esa anestesia local hubiera sido beneficiosa, pero en el ambiente que nosotros trabajamos ahora, donde tenemos un anestesista competente, que hace anestesia por gases, y en un quiste de esta naturaleza donde corremos el riesgo de abrir la pleura, me parece que no solamente debemos emplear la anestesia general sino la intubación que fué lo que nosotros hicimos por cualquier riesgo pleural.

Felizmente todo se hizo por vía sub-pleural y la pleura no se abrió, pero si se hubiera abierto y hubiera tenido accidente de neumotórax, hubiera sido lamentable. Eso no quiere decir que no acepte la sugestión del Dr. Cosco en el sentido de que se puede hacer con anestesia local.

En lo que respecta al drenaje del quiste, el Dr. Cosco sostiene, creo haber entendido eso, haber cerrado el quiste sin drenaje. ¿Es así, doctor Cosco? Bueno, mi experiencia no es muy amplia en ese sentido; yo acepto complacido lo que él sostiene, pero me parece que en este quiste, que tenía un litro y medio de líquido, donde había una cavidad tan grande, se me ocurre que el drenaje da una válvula de seguridad muy grande, y lo justifica, y estoy conforme de haberlo puesto, porque pienso el desastre que me hubiera ocurrido con esa chica si dejo ese quiste así perdido en la cavidad abdominal sin drenaje, que se me llenó, en realidad drenado; por eso me parece que no aceptaría la sugestión de dejar un quiste grande, un quiste hidático aun hialino, aun unilocular, sin drenaje; es lo que sostengo, lo he oído a personas versadas en la materia y es lo que pienso hacer en el futuro si se me presenta un caso similar.
