

Quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares

Desconexión quistobiliar por coledocostomía transhepaticoquística *

Dres. Roberto Perdomo, Oscar Balboa, Raúl Morelli y Silvio Melognio *

Los autores analizan los problemas postoperatorios de los pacientes tratados por quistes hidáticos abiertos y evacuados en la vía biliar principal, como consecuencia del hecho de que la cavidad adventicial residual permanece en amplia comunicación canalicular. Hecho que no es solucionado integralmente por el avenamiento bipolar. Proponen un método de desconexión quistobiliar por coledocostomía transhepaticoquística mediante tubo de Kehr u otro material adecuado al mismo fin y se aportan tres observaciones que dan cuenta de su aplicación práctica. Describen los detalles técnicos y estudian algunas variantes de indicación, teóricamente también apropiadas para el uso del procedimiento.

Palabras clave (Mots clés, Key words) MEDLARS: Echinococcosis, hepatic / surgery.

El procedimiento que estudiamos se inspira en los trabajos de Praderi (5,6) sobre avenamiento transhepático de la vía biliar principal. Su aplicación al tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos del hígado complicados por abertura y evacuación a través de la vía biliar principal, merece ser discutido.

Porras y Méndez (3,4) han comunicado los buenos resultados obtenidos con una experiencia de características similares. La nuestra se refiere y fundamenta en las observaciones que pasaremos a relatar, acumuladas en los últimos tres años.

CASUÍSTICA

OBSERVACIÓN Nº 1.—Hospital de Clínicas. Reg. Nº 332.482. Isidoro P. S., 25 años. Síndrome coledociano típico hace 20 días que retrocede lentamente.

Examen al ingreso: subictericia, temperatura rectal 39°, dolor y defensa en F.D., matidez de epigastrio y parte interna del Traube.

4/XI/72.—Operación: gran quiste hidático de lóbulo izquierdo que sustituye al parénquima en su casi

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. Dr. Luis A. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

totalidad. Colédoco muy dilatado. Vesícula normal. Se evacúa el quiste que contiene abundantes membranas y vesículas hijas teñidas por la bilis. Coledocotomía: sale bilis verde con grumos de suspensión. Un grueso beniqué pasado hacia el hepático izquierdo penetra de inmediato al interior del quiste. Resección de la adventicia emergente. Se pasa sonda Nelaton a través del orificio de comunicación hasta el colédoco y se la fija a la adventicia residual. Cierre de la adventicia dejando tubo de goma fino de avenamiento cavitario. Coledocostomía con tubo de Kehr.

Postoperatorio:

5/XI.—500 cc de bilis por el Kehr. Escasa cantidad de líquido bilioso por la sonda de Nelaton y por el tubo de quistostomía.

6/XI.—260 cc de bilis por el Kehr. 50 cc líquido biliohemático por los otros tubos.

7/XI.—Comienza pinzamiento progresivo del Kehr. Escaso líquido bilioso por la sonda Nelaton.

18/XI.—El tubo de quistostomía no drena en los últimos días. Se retira. Al hacerlo se fragmenta y su parte interna queda retenida en la cavidad. Se abandona.

25/XI.—Colangiografía: colédoco dilatado. Se observa la sonda Nelaton pasando al colédoco por el hepático izquierdo; el contraste no pasa a la cavidad residual. Trozo de tubo en la cavidad, sin retención líquida (Fig. 1A).

—Se retira la sonda Nelaton. Tubo de Kehr pinzado a permanencia.

27/XI.—Se retira el tubo de Kehr. Alta.

Epicrisis

En esta primera observación, la desconexión quistobiliar se realizó mediante una sonda de Nelaton pasada a través del amplio orificio de comunicación con el hepático izquierdo, directamente desde la cavidad adventicial. Por otra parte, se mantuvieron las normas clásicas del drenaje bipolar, quístico y coledociano. Pese a la gran comunicación no se presentó bilirragia intraquística; el tubo de Kehr

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 28 de mayo de 1975.

* Profesor Agregado de Clínica Quirúrgica, Profesores Adjuntos de Clínica Quirúrgica y Residente de Cirugía.

Dirección: Charrúa 2379, Montevideo (Dr. Perdomo)

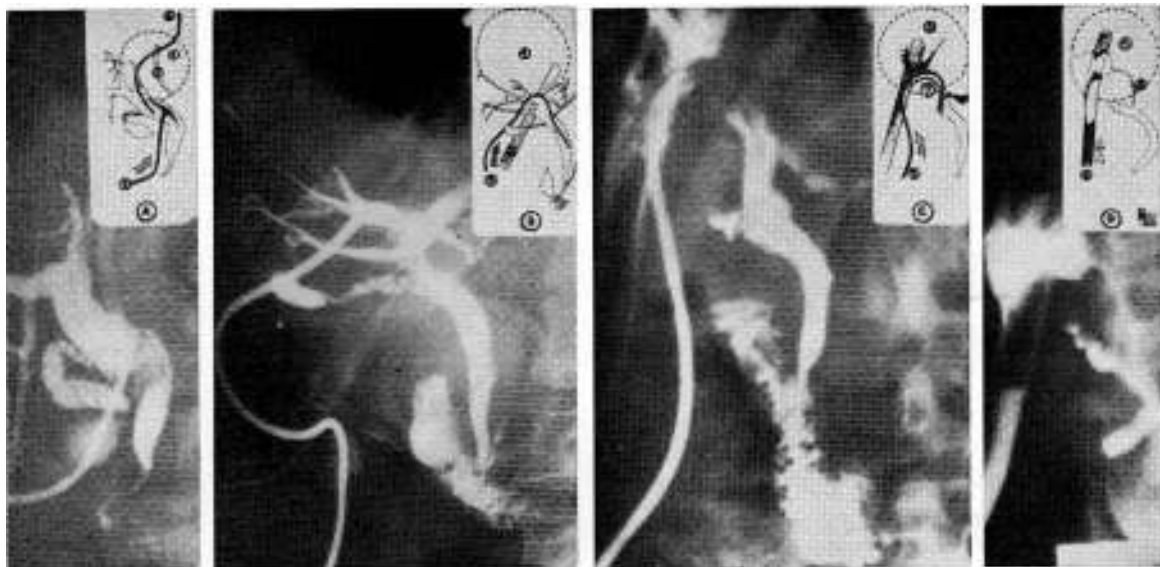


FIG. 1.— Estudios contrastados postoperatorios. A y B: colangiografías de observaciones 1 y 2. C y D: colangiografía y quistografía de observación 3. 1) Contorno imaginario de la cavidad quística. 2) Trozo de tubo de avenamiento perdido. 3) Coledocostomía clásica por Kehr. 4) Coledocostomía por sonda Nelaton transhepático-quística. 5) Coledocostomía por Kehr transhepático-quístico. 6) Tubo de quistostomía. 7) Reflujo del contraste en torno al tubo de Kehr. 8) Persistencia de la comunicación luego de retirado el Kehr.

pudo ser pinzado precozmente y retirado en plazos normales sin problemas. La colangiografía mostró a la comunicación bloqueada por la sonda, sin pasaje del medio de contraste a la cámara parasitaria que, en esas condiciones, curó fácilmente pese a la retención de un trozo del tubo de avenamiento.

OBSERVACIÓN Nº 2.— Hospital de Clínicas. Reg. Nº 338.410. Juana C. M. de P., 46 años. Arroyo Llano (Dpto. San José). Tumefacción a crecimiento lento y progresivo en H.D. desde hace un año.

Desde hace 3 días síndrome coledociano típico. Examen al ingreso: ictericia franca, tumefacción que deforma el vientre superior y ocupa principalmente el H.D. y parte superior del flanco.

23/I/73.— **Operación:** Enorme quiste hidático que ocupa la totalidad del lóbulo hepático derecho. Colédoco dilatado. Vesícula edematosa, sin cálculos. **Quistostomía.** Se evacúan 5 a 6 lts. de líquido puriforme con membranas y vesículas hijas alteradas. **Colecistostomía:** Se extraen membranas hidáticas; colecistostomía con sonda Pezzer fina. **Coledocotomía:** Líquido puriforme y restos hidáticos. Se pasa grueso beniqué a la cavidad quística a través del hepático derecho. Se trae a remolque hacia la coledocotomía un tubo de Kehr por su rama corta; se tracciona luego desde la cavidad la rama larga y se deja la bifurcación calzada en su homónima biliar. Queda una rama corta en el hepático izquierdo, la otra en el hepático común y colédoco, y la rama larga pasada por el hepático derecho y la comunicación hacia la cavidad quística y de ahí al exterior atravesando adventicia y parénquima hepático laminado. Cierre de la coledocotomía. Resección de la adventicia emergente y grueso tubo de quistostomía en la cavidad residual. **Colangiografía**

peroperatoria: Buen pasaje del contraste al duodeno; no se observa reflujo hacia la cavidad ni imágenes negativas en la vía biliar.

Postoperatorio:

24/I.— Bilis escasa por el Kehr. No viene líquido por los otros tubos.

26/I.— Escaso líquido serohemático por el tubo de quistostomía. El Kehr da 200 cc de bilis limpia diarios.

29/I.— 300 cc de bilis por el Kehr. 20 cc de líquido serohemático por la quistostomía; no bilis.

5/II.— Febril. Viene líquido puriforme por la quistostomía. 200 cc de bilis clara por el Kehr. **Colangiografía:** vía biliar de morfología y calibre normal; **no hay reflujo a la cavidad quística** (Fig. 1, B).

9/II.— Se retira sonda de colecistostomía.

10/II.— Continúa con picos febriles. Se pasa sonda Nelaton por dentro del tubo de quistostomía y se logra destaparla: vienen aproximadamente 1.500 cc de pus cremoso amarillento, sin bilis (cultiva estafilococo dorado patógeno y escherichia). Bilis limpia por el Kehr.

14/II.— Sigue febril. 1.000 cc de pus por la quistostomía. Bilis limpia por el Kehr. Se pinza tubo de Kehr.

16/II.— Sigue avenando 500 cc de líquido puriforme por la quistostomía. Tolerancia pinzamiento del Kehr.

20/II.— Disminución de la supuración cavitaria y descenso de la temperatura. Bilis limpia por el Kehr. **Se retira.**

27/II.— Alta en buenas condiciones.

Epicrisis

Es la observación más demostrativa de la efectividad de la desconexión quistobiliar. Pe-

se a la gruesa comunicación, en ningún momento viene bilis por la quistostomía. Posteriormente la cavidad residual amplia se infecta y supura profusamente, manteniéndose salida de bilis limpia por el Kehr y la colangiografía no muestra pasaje del contraste a la cavidad. El Kehr puede ser controlado y retirado en plazos normales con prescindencia de la supuración cavitaria. La supuración prosigue su evolución independiente de la vía biliar lo que facilita su control.

OBSERVACIÓN Nº 3.—Hospital de Clínicas. Reg. Nº 354.846. Mirta S. G., 18 años. San Luis (Rocha). Seis meses: ictericia diagnosticada como hepatitis, que mejora. 14 días: síndrome coledociano típico.

Examen al ingreso: ictericia franca, desnutrición, hepatomegalia a tres traveses de dedo del reborde costal, lisa y dolorosa, sobre todo en epigastrio.

16/I/74.—Operación: Lóbulo hepático derecho sustituido en sus 3/4 partes por un gran quiste hidático. Colédoco dilatado, edematoso. Vesícula de paredes engrosadas, cuyo lecho está formado por la pared del quiste.

Quistostomía: Evacuación de pus cremoso, fétido, y abundantes vesículas hijas, en volumen aproximado de 2 000 cc. **Colédocotomía:** Bilis turbia y purulenta. Se explora el hepático derecho comprobándose amplia comunicación del mismo con el quiste. Se pasa a remolque tubo de Kehr que queda colocado como en el caso anterior. Cierre de la colédocotomía. **Colecistectomía.** Resección parcial de la adventicia quística y quistostomía con grueso tubo de goma. *El tubo de Kehr y de quistostomía salen juntos a través de la brecha adventicial.*

Postoperatorio:

Evoluciona en apirexia. El tubo de Kehr da entre 300 y 500 cc de bilis limpia diarios. Por la quistostomía viene también líquido biliohemático entre 100 y 300 cc diarios.

25/I—Se comienza el pinzamiento del Kehr. Aumenta el drenaje biliar por la quistostomía a 300 - 500 cc diarios.

3/II.—Kehr pinzado a permanencia. Sigue el drenaje biliar por la quistostomía, en descenso.

15/II.—**Colangiografía:** Vía biliar algo dilatada. Los tubos contactan y comunican dentro de la cavidad, que está muy reducida (Fig. 1, C). Se retira el Kehr.

23/II.—**Quistografía:** Cavidad residual pequeña en torno al tubo y pasaje del contraste a la vía biliar por el mismo trayecto dejado por el Kehr (Fig. 1, D).

Epicrisis

La observación muestra un error cometido en el procedimiento. La conjunción intracavitaria del tubo de Kehr y de quistostomía, produjo una confluencia de los trayectos al retraerse la cavidad residual y mantuvo el corrimiento biliar por el segundo tubo, retardando la curación. Destaca el interés de separar ambos tubos a fin de evitar este incidente y lograr una desconexión efectiva.

DISCUSION

1. El quiste y la comunicación biliar

El quiste hidático que se abre, evacúa y destruye la vía biliar principal con la migración canalicular de su contenido, constituye el problema quirúrgico principal y al que nos referiremos en especial.

La complicación se produce corrientemente en quistes de adventicia modificada. Larghero y col. (1) dicen de ellos: "son quistes viejos, alterados, multivesiculares y, en general, ya infectados".

Para que el contenido del parásito pase a la vía biliar, la comunicación quistobiliar debe ser amplia. El orificio suele medir varios milímetros y se describen de calibre tal como para permitir el pasaje del índice por su luz [Larghero y col. (1)].

2. Situación luego del avenamiento bipolar

Cuando el quiste ha sido vaciado por el cirujano de su contenido y la vía biliar limpiada de restos hidáticos, la cavidad residual continúa aún manteniendo esa amplia comunicación por un período a menudo prolongado del postoperatorio. De hecho, persiste la situación de quiste abierto en la vía biliar y sus consecuencias: pasaje de materiales retenidos en la cavidad hacia la vía biliar y de la secreción hacia la cámara parasitaria residual.

La retención en el quiste de elementos hidáticos, secreciones purulentas o hemáticas, así como de restos de descamación adventicial por esfacelo o eliminación de láminas cálcicas, constituye una permanente amenaza para la vía biliar en esas circunstancias. El avenamiento por un tubo grueso en buen declive disminuye el peligro, pero no siempre es posible lograrlo y sobre todo mantenerlo. En las radiografías del postoperatorio es corriente observar que las cavidades retienen en mayor o menor grado.

La colédocotomía, que complementa el llamado avenamiento bipolar, contribuye a disminuir la bilirragia a través del quiste y a facilitar el cierre de la comunicación por retracción adventicial. A menudo ello se obtiene manteniendo por muchos días el tubo de Kehr abierto a permanencia, para descender el gradiente tensional, con expoliación biliar que toleran mal los pacientes en precarias condiciones generales. Todo intento más o menos precoz de bloquear o aumentar por elevación la presión de salida, se traduce generalmente y de inmediato por un aumento de la bilirragia transquística.

Por otra parte, el pasaje de restos cavitarios variados hacia la vía biliar puede dar lugar a su retención por encima de la rama ascendente del Kehr, con bloqueo parcial o total del pasaje, incremento de la bilirragia cavitaria y mantenimiento de la infección canalicular.

3. La desconexión quistobiliar

Una solución planteada para estos problemas es la desconexión quistobiliar, agregada al avenamiento bipolar. Caben dos posibilidades para lograr este fin:

a) Desconexión por cierre del orificio de comunicación.

Se ha procurado efectuarla por medio de la ligadura transfixiante rodeando al orificio de comunicación quistobiliar, en casos en que se logra buena visualización y acceso al mismo a través de la cavidad residual. Su cateterismo retrógrado puede facilitar la maniobra. El método es racional y similar al que se utiliza corrientemente para tratar la comunicación bronquial, en los quistes hidáticos pulmonares.

Su uso no se ha difundido pues, necesariamente, presenta el peligro de comprometer elementos vasculares en la ligadura. Además, no da la seguridad de mantener cerrada la comunicación por el tiempo requerido; la necrosis secundaria hará caer la ligadura y reproducirse la fístula.

b) Desconexión por coledocostomía transhepatoquistica.

Su técnica es sencilla en los casos, que constituyen la mayoría, donde se logra cateterizar un grueso canal de comunicación biliar en la adventicia quística. La analizaremos conjuntamente con sus fundamentos (Fig. 2).

Suponemos al proceso ya sometido a los tiempos clásicos de abordaje bipolar. Un explorador metálico, sonda de Nelaton o catéter de polietileno, se asciende a través de la coledocostomía en la vía biliar intrahepática en busca de la comunicación con el quiste y penetra en la cavidad adventicial. El examen del orificio cateterizado, cuando éste se ofrece a la vista, permitirá evaluar sus dimensiones y seleccionar un tubo de calibre adecuado al mismo. En caso de no lograrse esa visión directa, el pasaje de exploradores graduados servirá al mismo efecto.

Procuramos utilizar un tubo de Kehr de calibre apropiado para que transcurra ajustado al canal de salida de aquel orificio de comunicación. El tubo se trae hacia la coledocotomía a remolque, atado por una de sus ramas cortas al explorador metálico o fijado por un punto a la sonda o catéter de goma o plástico. Al emerger por la coledocotomía las ramas cortas transversales, se las prepara en la forma corriente. Luego se tracciona nuevamente de la rama larga hacia la cavidad residual hasta sentir que las ramas transversales quedan enganchadas en la bifurcación de los hepáticos.

Si el dispositivo se ha preparado en forma adecuada, una de las ramas cortas quedará hacia abajo en el hepático común-colédoco, mientras la otra penetrará en el hepático controlateral a la ubicación del quiste. Este montaje sirve para asegurar el mantenimiento in situ del tubo por todo el tiempo que se esti-

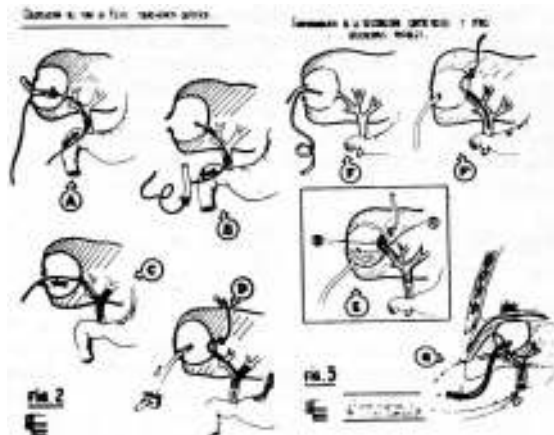


FIG. 2.— A) Pasaje del explorador hasta la cavidad y unión al Kehr. B) Remolque del Kehr y extracción por la coledocotomía. C) Retroceso del Kehr y enganche de sus ramas cortas en la bifurcación. D) Emergencia "ideal" del Kehr de la cavidad quística y quistostomía. Cierre de la coledocotomía.

FIG. 3.— E, 1, Desconexión inmediata por ajuste entre Kehr y orificio de comunicación. 2, Desconexión mediata por reacción granulomatosa de cuerpo extraño. F y F', Quiste con comunicación amplia, sin evacuación biliar. Desconexión por sonda Nelaton fenestrada. G, Quiste con tránsito torácico y comunicación biliar abordaje torácico. Sonda Nelaton de seguridad si se ignora estado de permeabilidad biliar.

me necesario y no nos ha creado problemas para su extracción posterior.

Porras y Méndez (3,4) han utilizado un tubo de polietileno fenestrado, en lugar del Kehr, con la misma finalidad y la ventaja adicional de que este material pudo ser enhebrado totalmente desde la coledocotomía, sin requerir ser remolcado.

Cerramos la coledocotomía. Si se prefiere, no habrá inconveniente en dejar otro Kehr a través de ella.

La rama larga que sale hacia la cámara parasitaria, debe extraerse de ésta por el camino más corto, a escasos centímetros del orificio de comunicación, y aplicada contra la adventicia, si es posible mediante un punto de fijación con catgut. Este punto no ha de caer sobre el orificio fistuloso, dado el peligro señalado de involucrar elementos vasculares en la toma.

Es conveniente utilizar el sector anterior del casquete adventicial, lo más alto posible, para extraer el Kehr, a fin de evitar que quede sumergido en el líquido de retención y alejarlo del tubo de quistostomía. Si es preciso, para lograr esa salida "ideal" del Kehr, luego de su corto trayecto intracavitario, se atravesará el parénquima hepático laminado por el quiste.

Con esta segunda particularidad del montaje, se procura facilitar el más rápido englobamiento del tubo por la reacción granulomatosa adventicial de cuerpo extraño. Por tal mecanismo pensamos que se obtendrá la exclusión biológica del trayecto y la desconexión quistobiliar definitiva.

Repetimos que el tubo de Kehr no debe atravesar la cavidad buscando una libre emergencia hacia la zona del ostium adventicial, lo que haría más difícil y retardado el proceso de exclusión. Además, la conjunción de salida del Kehr con el avenamiento de la cavidad puede dar lugar a la interconexión de los trayectos, como sucedió en nuestra Obs. III.

4. Variantes del procedimiento en situaciones especiales

En nuestra Obs. I, luego de hecha la coledocostomía con tubo de Kehr, evacuado el quiste y resecada la adventicia emergente, quedó una superficie casi plana con un grueso canal abierto en su fondo. Fue cateterizado mediante una sonda de Nelaton pasada en forma retrógrada hasta el colédoco, lo que permitió un control eficaz de la bilirrubia.

Pensamos que un recurso similar puede encontrar aplicación en casos donde el cirujano concurre a tratar exclusivamente el quiste hidático:

a) Quistes en comunicación con la vía biliar, pero no complicados con su evacuación en ella, en los que se aprecia bilirrubia una vez evacuado el parásito y se logra visualizar un canal abierto de calibre apreciable (Fig. 3, F-F').

b) Abordajes especiales de quistes posteriores o superiores en migración torácica, a contenido teñido en bilis, en los que surgen dudas sobre su evacuación en la vía biliar o sobre la existencia de una litiasis asociada, pero no se decide una acción contemporánea de exploración coledociana. La descubierta y cateterización de un canal abierto en la adventicia puede funcionar como importante válvula de seguridad si existiera obstáculo inferior (Fig. 3, G).

CONCLUSIONES

Fundamentamos el uso de la coledocostomía transhepatoquistica en los quistes hidáticos abiertos y evacuados en la vía biliar principal.

Apoyados en una limitada experiencia, creemos que a su través se logrará una desconexión quistobiliar efectiva en dos etapas (Fig. 3, E):

1ra. Inmediata, mecánica, mediante el ajuste de la fistula quistobiliar y de su canal de salida en torno al tubo de Kehr de calibre apropiado. Es incompleta pues permite el pasaje de los líquidos en uno y otro sentido.

2da. Mediata, precoz y completa por el mecanismo biológico de exclusión del tubo por reacción granulomatosa.

RESUME

Kystes hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. Deconnection kysto-biliaire par choledocostomie trans-hepatic-kystique.

Analyse des problèmes post-opératoires chez des patients traités pour des kystes hydatiques ouverts et évacués dans la voie biliaire principale par le fait que

la cavité adventice résiduelle conserve une ample communication canaliculaire, ce qui n'est pas tout à fait résolu par le drainage bipolaire. On propose une méthode de déconnection kysto-biliaire par choledocostomie trans-hépatokystique avec un tube de Kehr. Présentation de trois observations qui en montrent l'application pratique. Description des détails techniques et étude de quelques variantes recommandables, théoriquement appropriées dans l'emploi du procédé.

SUMMARY

Liver hydatid cyst open in biliary ducts. Cysto-biliary disconnection by trans-hepato-cystic choledocostomy.

The authors analyze the post-operative problems of patients who were treated for hydatid cysts open and evacuated in the common bile duct when the residual adventitial cavity maintains a wide canalicular communication, which is not totally solved by bipolar evacuation. They present a method of cysto-biliary disconnection by trans-hepato-cystic choledocostomy with a T-tube, and they present three cases which show its practical application. The technical details are described, and some variations in the indication, theoretically also apt for this procedure, are also studied.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. LARGHERO P, VENTURINO W y BROLI G. Equinococosis hidatídica del abdomen. Montevideo. Delta, 1962.
2. MARELLA M. El quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares. Tesis de doctorado. Montevideo, Rosgal, 1955.
3. PORRAS Y y MENDEZ H. Quiste hidático abierto en vías biliares. Drenaje transhepatoquistocoleodociano. Sociedad de Cirugía Uruguay (23-V-1973).
4. PORRAS Y. Complicaciones hepatobiliares de la hidatidosis. *Cir Urug*, 43: 441. 1973.
5. PRADERI R. Coledocostomía transhepática. *Bol Soc Cir Urug*, 32: 237, 1961.
6. PRADERI R. Aplicaciones de los drenajes transhepáticos. *Rev Cir Urug*, 35: 21, 1965.

DISCUSION

DRA. DINORAH CASTIGLIONI, Estoy de acuerdo con el drenaje transhepático como lo ha preconizado Praderi para ciertos casos de quistes hidáticos abiertos en vías biliares, cuando otro tipo de drenaje es difícil. Lo que no veo con mucha claridad es la utilidad del tubo pasado a través de la fistula. El tubo de Kehr pasado a través de la fistula quisto-biliar es una forma de mantener esa fistula y en el momento de retirar el tubo de Kehr tenemos el orificio, y la fistula persiste con todos los problemas de la cavidad residual que pueden aparecer en un postoperatorio alejado. Para el problema de obstrucción de vías biliares hay otras soluciones, especialmente la dada por los autores argelinos, en especial por Goinard, que muchas veces no hace drenaje externo del quiste sino que simplemente hace una esfinteroplastia pensando que si no hay obstáculo bajo se va a hacer el drenaje a través del quiste. También hay otras técnicas, como las anastomosis con el yeyuno, que creo que en nuestro medio no han sido muy prodigadas pero que los argelinos las hacen a menudo: la técnica de Pegullo y Pellicier.

Los resultados que presenta el Dr. Perdomo son buenos, ante los hechos no hay más remedio que aceptar que empíricamente a él le ha dado resultado, pero

me parece que el tubo de Kehr sacado a través de la fistula es una forma de que esa fistula persista. En cuanto al drenaje transhepático de los quistes hidáticos, sobre todo los profundos, de difícil abordaje para poner un tubo que salga al exterior me parece muy bueno.

DR. ALBERTO VALLS. — Felicitamos al doctor Perdomo por su trabajo. Nosotros trabajamos en la misma clínica, lo hemos vivido y en algunos enfermos hemos actuado juntos. Los resultados son realmente muy buenos. La desconexión de la vía biliar de la cavidad residual creo que es un hecho muy importante porque en primer lugar permite que al no haber elementos biliares dentro de la cavidad residual ésta cicatrice más rápido, es decir que beneficia a la cavidad residual. En segundo lugar, esa cavidad residual tiene elementos extraños, que pueden persistir mucho tiempo, no solamente elementos hidáticos, sino restos de adventicia que se van necrosando y eliminando por la vía biliar y pueden ser origen de la litiasis posthidática. Existe la litiasis hidática, la parahidática y la posthidática. Se suprime en gran parte la posibilidad de una litiasis posthidática. Es decir que hace que esa vía biliar evolucione mejor y además poco a poco, como dice él comúnmente, saca el tubo por una contrabertura, se va haciendo el tejido de granulación, seguramente que cuando se saque el tubo va a estar separado de la cavidad.

Además, como él dijo, tiene aplicaciones y nosotros lo estábamos pensando justamente para un caso que operamos juntos, una enferma gravísima que se estaba ahogando en vómitos hidáticos, en una travesía hepato-bronquial y tenía que ser operada de urgencia por vía torácica porque se ahogaba. A esa enferma la operamos por vía posterior, torácica, y después hizo crisis de hipertensión biliar. Si hubiera tenido cateterizada la comunicación quisto-biliar no hubiera dado las complicaciones de abertura de vuelta del diafragma y de un derrame biliar en la cavidad diafragmática con una evolución azarosa. Es decir que hubiera permitido la evolución por separado del problema alto quístico-torácico separándolo del problema biliar y hubiera sido otra la evolución de esa enferma.

Hemos visto además la evolución de los enfermos y ha sido excelente, mejor de lo que es habitualmente, de modo que desde el punto de vista pragmático tiene su sanción ya este trabajo.

DR. MUZIO MARELLA. — Al tratar un quiste hidático evacuado en las vías biliares, lo fundamental es provocar la salida quirúrgica del contenido quístico. El segundo hecho de importancia es la correcta colocación del tubo de drenaje en la cavidad adventicial y el adecuado manejo de ese tubo en el postoperatorio con controles por quistografía para que haga un eficaz avenamiento.

En nuestro medio Porras y Méndez han preconizado drenar a través del quiste, la vía biliar, cateterizando la comunicación quisto-biliar, con una sonda Nelaton. Es el llamado drenaje transhepático-coledociano. Este drenaje permite dominar las hipertensiones biliares postoperatorias, lavar las vías biliares y hacer colangiografías. Este drenaje se retira sin inconveniente en cualquier momento dejando el tubo de avenamiento de la cavidad adventicial.

En este trabajo el Dr. Perdomo, coloca un tubo de Kehr dentro de la vía biliar, cuando aborda ésta, uno de los extremos de este tubo, lo sitúa en el hepático

izquierdo, el otro en el hepático común y extrayendo la rama larga por la canalización biliar comunicada con el quiste.

Creemos que es una técnica que complica la operación. Este tipo de drenaje extraído por el quiste, mantiene abierta la comunicación biliar, cuando ella tiende a curarse espontáneamente al reducirse la cavidad adventicial. Es decir, haría un efecto inverso al que queremos que ocurra. Y cuando se va a extraer el Kehr, esta maniobra abre más la comunicación quistobiliar.

En suma, nosotros creemos conveniente ser un poco cautos en cuanto a las posibilidades de utilización de la técnica de drenaje propuesta.

DR. RAÚL PRADERI. — Conocíamos bien las experiencias del Dr. Perdomo con esta técnica que fueron casi simultáneas con las de Porras y Méndez, pues estuve en contacto con ellos el año del relato de Porras al Congreso Uruguayo de Cirugía sobre complicaciones Biliares de la Hidatidosis. En seguida que esa técnica fue comunicada nosotros también la hemos adoptado. Hace poco operamos a una enferma junto con los Dres. Juan Chifflet y Bergalli, e hicimos exactamente lo mismo. Una coledocostomía transquística con drenaje independiente del quiste y tuvimos resultado muy bueno porque la cavidad quística cerró antes de lo previsto.

El fundamento de esta técnica es no dejar una bolsa intermedia llena de pus. En la época que vivimos, la quistostomía hidática externa cumplió ya su ciclo, es una operación buena que nos ha sacado muchas veces de apuros en la cirugía de quiste hidático pero todos nosotros sabemos qué es mantener una bolsa de supuración. Por más que mantengamos los tubos conectados a frascos y podamos obtener un cierre hermético de la cavidad al cabo de un tiempo ésta se infecta.

De manera que aquella vieja norma del drenaje bipolar de Chifflet en el quiste hidático abierto en la vía biliar tiene su culminación en esta técnica. Este procedimiento tiene un aspecto muy inteligente, que es no descubrir el canal biliar a "contra pelo", porque un canal biliar en una cavidad hidática es difícil pero canalizar el orificio con un beniqué que viene del colédoco es muy fácil.

Azulay y Almasqué realizaron en Buenos Aires hace ya unos años, una hepaticostomía transquística en un enfermo portador de un gran quiste de lóbulo derecho que tenía una hipertensión portal. Su artículo fue publicado en la Prensa Médica Argentina.

Estos autores encontraron por la cavidad un conducto hepático dilatado y le pusieron una sonda Petzer; lo suturaron sobre ella por adentro del quiste, drenando así independientemente el conducto hepático por adentro del quiste. Hicieron pues una hepaticostomía transquística.

Lo que muestra el Dr. Perdomo es una cosa distinta. Es utilizar el recurso de lo que nosotros llamamos en el año 1967 coledocostomía transhepática o sea meter un instrumento semirrígido por el colédoco, llevarlo hacia arriba y perforar el hígado, realizando una coledocostomía retrógrada que sirve para colocar un drenaje transhepático.

De manera que la coledocostomía transhepática que es lo que hace Perdomo, en realidad la hace transquística o yuxtaquística, porque Perdomo atraviesa un poco el parénquima. Su conductor pasa de la canalización biliar a la cavidad quística. Lo que consigue con ese procedimiento es colocar un drenaje en

la vía biliar de una manera segura. Usa el procedimiento de la pestaña del tubo de Kehr que utilizamos nosotros con los tubos transhepáticos unilaterales que es excelente. El Dr. Marella tiene algunos reparos sobre esa técnica pero nosotros no tenemos ninguno porque la utilizamos desde hace mucho tiempo.

Ese procedimiento fue descrito por Muñoz en México en el año 59 para fijar los tubos transhepáticos en las hepaticoyunostomías. Perdomo lo hace igual sacando el tubo transquistico.

La teoría de esta técnica es evitar un drenaje bipolar, dejando un drenaje que sustituya a ambos. Se podría sacar la otra punta del tubo a través del colédoco en algún enfermo difícil en que se quisiera tener dominada la vía biliar, haciendo un drenaje transhepático en sedal como hacíamos nosotros en las reconstrucciones de vías biliares.

Desde luego que como toda técnica nueva el Dr. Perdomo ha precisado sus indicaciones. No es nada descabellada y voy a contestar algunas cosas que se han dicho y que merecen contestación.

Todo el secreto es ese, porque desde el quiste hacia el colédoco es casi imposible epasar.

DR. ROBERTO PERDOMO. (Cierra la discusión).— Agradezco en general a todos los que han hecho uso de la palabra y voy a contestar algunas cosas que se han dicho y que merecen contestación.

A la Dra. Castiglioni. No, no se nos ha dado a nosotros pero creo que no se va a dar que el tubo de Kehr que colocamos en esa forma, una vez retirado, dé lugar a que persista la fístula. No, porque ello sucedería solamente si hubiera un obstáculo distal; si no hay un obstáculo creo que no tiene que pasar, porque es la regla, no pasa.

Al Dr. Marella. Dijo varias cosas, la primera de ella es que es la técnica de Porras y Méndez. Perfectamente. Estoy de acuerdo, vamos a llamarla así. No quiero hacer ninguna clase de problema en eso. Creo que a esta técnica vale la pena discutirla entre nosotros para ver si sirve, pero no para ponerle un nombre; no es lo que más interesa, en absoluto. Cuando Porras estaba en esto habló conmigo; yo tenía otro caso, lo habíamos hecho al mismo tiempo y le dije que me parecía una idea muy buena la de comunicar esa experiencia. Ahora mismo le pedí que concurriera para tratar este asunto en común, se ve que no ha podido. De modo que en este punto estamos de acuerdo con el Dr. Marella.

El otro punto es sobre el manejo del tubo de quistostomía. Naturalmente, si nosotros tuviéramos la suerte de poner un tubo de drenaje en los quistes hidáticos abiertos en vías biliares en el punto más declive y dejarlo siempre en el punto más declive, que no se mueva de allí, diríamos que tal vez no precisaríamos nada más. Que así se curarían todos los quistes hidáticos de cualquier manera. Pero sucede que generalmente no lo podemos colocar bien por cualquier causa, que no lo podemos sacar bien y que sobre todo no lo podemos mantener bien, porque de alguna manera se mueve, se corre o se obstruye y a los 20 días o más se ha salido, angulado o tapado. Esa es la experiencia común.

Todos hemos vivido la desesperación de esos tubos que van para arriba y para abajo. Después de algunos días empiezan una serie de problemas: el tubo está tapado o no está tapado, está más abajo o más arriba; ¿está reteniendo la cavidad? Creemos que no pero sacamos una placa y retiene. Siempre nos enfrentamos con esos problemas. Es una situación real que por desgracia no la podemos modificar: ojalá que fuera posible.

La otra cosa que decía el Dr. Marella era que no le gustaba el tubo de Kehr. No creo que eso sea fundamental. Pusimos el Kehr, siguiendo lo que decía Praderi: que no se saliera el tubo, que se quedara calzado ahí. Pensamos que no iba a haber dificultad para sacarlo y afortunadamente no la tuvimos. Pero tal vez algún día habrá una dificultad en ese sentido. Creo que no, que no la va a haber. Pienso que va a pasar como en toda vez que ponemos un tubo de Kehr; la primera vez que lo hacemos pensamos cómo va a salir este tubo y después los sacamos todos sin dificultad.

En cuanto al Dr. Praderi le digo: gracias porque esto lo aprendimos de él. Él estaba en otra cosa y nosotros estábamos pensando en los quistes hidáticos. Al observar su procedimiento pensamos: esto se puede aplicar al quiste hidático y en el quiste hidático puede ser muy útil. Lo hicimos y salió bien y creo que si lo usamos todos va a seguir bien y va a resultar mejor que con el drenaje bipolar clásico. Creo que es una modificación que sirve y que necesitamos más experiencia. Probablemente después de que la experiencia se amplíe haya algunas cosas que ajustar, algunas que cambiar y a lo mejor que rechazar alguna otra cosa. Pero pensamos también que la experiencia que hay es suficiente para aconsejarlo y para continuar por este camino que parece un camino bueno.