

La epiploplastia intracavitaria en el tratamiento del quiste de hígado calcificado

Dr. Pablo Matteucci

El autor presenta una serie de 12 pacientes operados de quistes hidáticos calcificados de hígado, a los cuales se les hizo evacuación y epiploplastia de la cavidad hidática residual, teniendo todos ellos una excelente evolución, con post operatorios breves.

Se señalan las ventajas de este viejo procedimiento, que no debe ser olvidado toda vez que por diversas razones deba quedar una cavidad hidática hepática residual calcificada.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Echinococcosis, hepatic / Treatment.

SUMMARY: Intracavitary epiploplasty in the treatment of liver calcified hydatid cyst.

Author presents a series of 12 patients operated of liver calcified hydatid cysts with evacuation and epiploplasty of residual hydatid cavity, having all of them recovered well within a short postoperative period.

The advantages of this long established procedure are pointed out and should not be forgotten every time that, whatever the reason, a calcified residual hydatid cavity must remain.

*Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. L. Praderi).
Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Montevideo.*

RÉSUMÉ: L'épipooplastie intracavitaire dans le traitement du kyste hidatique du foie calcifié.

L'auteur présente une série de 12 patients opérés de kystes hidatiques du foie calcifié, auxquels on a provoqué une évacuation et épipooplastie de la cavité hidatique résiduelle. Tous ont présenté une excellente évolution avec des post-opératoires brefs.

On remarque les avantages de ce vieux procédé, qui ne doit pas être oublié, chaque fois que pour des raisons diverses, on se trouve face à une cavité hidatique résiduelle calcifiée qui doit rester en place.

INTRODUCCION

El tratamiento ideal del quiste hidático calcificado de hígado lo constituyen las quistectomías y las resecciones hepáticas⁽¹⁻¹⁰⁾.

Pero no siempre es posible recurrir a estos procedimientos, y algunas veces se deben emplear técnicas de alternativa o necesidad, fundamentalmente la punción y evacuación del parásito, previa introducción de sustancias parasiticidas. La cavidad residual hidática se reducirá por la resección de la adventicia emergente, y se dejará drenada.

Estas cavidades residuales hidáticas, generalmente calcificadas, crean problemas:

- 1) Fistulizaciones interminables, algunas veces de años.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de abril de 1984.

Prof. Agregado de Cirugía.

Dirección: Rbla. Rca. de Chile 4511. Montevideo (Dr. P. Matteucci).

- 2) Bilirragias que se prolongan y cohiben difícilmente.
- 3) Infección siempre presente.
- 4) Más raramente hemorragia por caída de éscaras calcificadas.

Se comprende cuan largo y oneroso es el post operatorio de un paciente en estas condiciones.

¿Cuáles son las condiciones impropias que determinan el lento cierre de la cavidad?

En primer término su superficie interna fibrosa y calcificada, con escaso o ningún tipo de tejido conjuntivo activo y pobre vascularización, lo que determina que la cavidad se cierre muy lentamente por granulación secundaria. Por otra parte la infección y la posible conexión biliar entorpecen la cicatrización.

Se han propuesto soluciones para evitar mantener estas cavidades calcificadas y/o apresurar su cierre:

- El curetaje de las mismas, maniobra riesgosa por lo ciega y sangrante. Desde Larghero⁽⁸⁾ se considera proscripta.
- La decorticación operatoria es también peligrosa, ya que se pueden herir elementos vasculares, biliares, venas suprahepáticas, cava, etc., agravándose la situación. Sin embargo, se ha visto que en reintervenciones meses después, es posible exfoliar sin mayor riesgo estas placas calcílicas.
- La epiploplastia intracavitaria, procedimiento del que nos ocuparemos.

HISTORIA

Mauclair (citado por Goinard) lo describió por primera vez en 1903, presentando sus observaciones a la Sociedad de Cirugía de París. Posteriormente el procedimiento se mantuvo olvidado por décadas.

En marzo de 1948 Goinard presentó en la Sociedad de Cirugía de Argel nuevamente el método, que fue publicado en julio de 1949⁽⁴⁾ en la Revista de Cirugía del África Francesa y en 1950 en la Presse Médical de París⁽⁵⁾.

Independientemente en nuestro país, Juan C. del Campo comunicó su trabajo en la Sociedad de Cirugía del Uruguay en abril de 1949, siendo publicado en Boletín de la Sociedad de Cirugía de 1950⁽³⁾.

Posteriormente hubo otras comunicaciones en las décadas del cincuenta y comienzos de la siguiente^(2, 6, 7, 9).

Karageorgis⁽⁶⁾ en 1957 hace 22 epiploplastias en 36 casos de quistes hidáticos de hígado calcificados operados. Logra mantener un bajo promedio de hospitalización, y retira el drenaje a los 20 días de la operación, término medio.

Christeas⁽²⁾ reporta la serie mayor, con 60 observaciones y 1 fallecido.

En nuestro país, Cendán en 1973⁽¹⁾ presenta una serie de 221 casos de operaciones de hidatidosis hepática, habiéndose utilizado 8 veces el método. Porras⁽¹⁰⁾ en su relato al Congreso Uruguayo de Cirugía de 1973 cita el procedimiento, sin dar cifras.

En los últimos 20 años se ha insistido fundamentalmente en la cirugía de excéresis (quistocmías, resecciones), quedando nuevamente olvidado el método.

FISIOPATOLOGIA

Forma de actuar del relleno epiploico. En primer término actúa mecánicamente, relleno de la cavidad con tejidos vivos. En los casos ideales sólo queda un pequeño inersticio, que lo llena un tubo pequeño de drenaje, que se deja como control.

Pero además, por sus linfáticos, se absorben derrames intracavitarios, impidiendo su paso a la cavidad peritoneal. Finalmente se aporta al lado interno de la adventicia, tejidos conjuntivo y vasos, con gran poder plástico y de granulación.

Goinard insistió en que además debía absorberse el calcio, hipótesis que no aceptaron Ivani-sevich⁽⁷⁾ ni Larghero⁽⁸⁾ en el Río de la Plata.

Problemas que plantea. Algunas veces no se resuelven las supuraciones, cuando hay grandes cáscaras calcílicas infectadas, obligando a reintervenir meses más tarde.

Pero por otra parte se determinan importantes bloqueos en el piso supramesocolónico, dificultando un posterior acceso quirúrgico, especialmente para la vía biliar.

TECNICA

El quiste será abierto y tratado con parasitocidas del modo habitual. Se evacuarán el líquido hidático, membranas y vesículas hijas. Se resecará la adventicia emergente.

Se preparará a continuación el colgajo epiploico (Fig. 1), que tiene que ser de tamaño adecuado a la cavidad a rellenar. Deberá observarse su vascularización, evitándose ligar pedículos a fin de no desvascularizarlo.

Se colocará luego dentro de la cavidad (Fig. 2), evitando estrangularlo a nivel del orificio adventicial. El mismo se cerrará parcialmente, sin comprimir demasiado el epiplón. Es conveniente fijarlo por uno o más puntos, para evitar que pueda salir de la cavidad.

Es necesario colocar siempre un drenaje, que permitirá controlar la eventual bilirragia, y posibilitará que se efectúe un control radiológico de la cavidad. Lo usual es que el drenaje se retire en pocos días.

Extensión de la indicación. La epiploplastia intracavitaria se puede emplear en grandes quistes hepáticos no calcificados, en los cuales deba hacerse el drenaje como procedimiento de elección, y persiste una gran cavidad una vez evacuado el parásito y reseca la adventicia en forma parcial

También se puede emplear en grandes quistes intraperitoneales extrahepáticos.

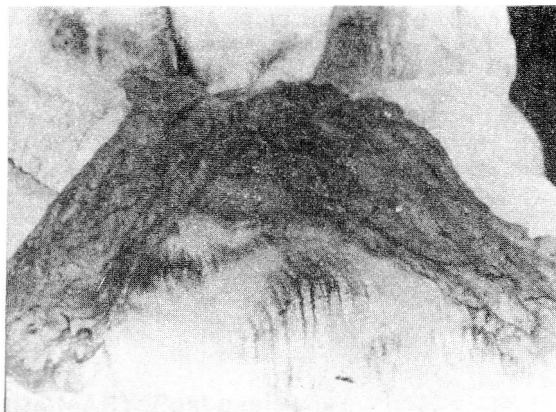


Fig. 1. Se ha preparado ya el colgajo de epiplón.

CASUISTICA

Presentaremos una revision incompleta de nuestra actividad, a 29 pacientes operados de quistes hidáticos calcificados de hígado, incluyendo un caso de gran cavidad no calcificada, y de un gran quiste peritoneal. Todos ellos fueron operados por laparotomía, no considerándose aquellos casos que se intervinieron por toracofrenotomía, ya que en estas condiciones es imposible efectuar una epiploplastia.

Se trataron así 42 quistes hidáticos, realizándose las siguientes operaciones:

Quistectomía.....	15	casos
Hepatectomía izquierda.....	2	"
Evacuación simple, resección parcial de adventicia y drenaje.....	13	"
Evacuación y epiploplastia.....	12	"



Fig. 2. La pinza señala como ha sido colocado en la cavidad.

La totalidad de los quistes epiploplastiados fueron drenados. A todos se les hizo un control quistográfico. En los casos más favorables se reitiró el drenaje antes de la semana, al no dar prácticamente nada y verse la cavidad mínima. Un solo paciente con un gran quiste calcificado que prácticamente correspondía a todo el lóbulo derecho, mantuvo una supuración durante 3 meses, requiriendo continuos lavados.

En una oportunidad, en una enferma con un quiste hidático enorme, de varios litros, se colocó todo el epiplón intracavitario, siendo la evolución de la misma muy favorable, estando hospitalizada pocos días.

A otro paciente con un quiste hidático de cara inferior de hígado, con crecimiento retrocólico derecho, hasta la fosa ilíaca derecha, y de unos 3 litros de volumen, se evacuó el mismo y se colocó un colgajo epiploico por la gotera parietocólica. Su evolución fue excelente, siendo el drenaje retirado a los 4 días.

COMENTARIO

La epiploplasta intracavitaria, en la forma en

que ha sido expuesta, constituye un procedimiento menor, pero que no puede ser olvidado por ningún cirujano, ya que da una excelente solución en algunas situaciones (cada vez menos frecuentes desde que se ha ido imponiendo la cirugía de excéresis) en las cuales persiste una cavidad adventicial.

El tener la impresión de que en nuestro medio no se la usa toda vez en la que pueda estar indicada, motivó esta comunicación.

Nuestra experiencia con el procedimiento ha sido satisfactoria, confirmando que se reducen considerablemente los tiempos de curaciones postoperatorias, evitándose complicaciones y en especial la supuración de la cavidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CENDAN J. — Estado actual de la cirugía de la hidatidosis hepática. Arch. Int. Hidatid. 25: 97, 1973.
2. CHRISTEAS N., TSARDAKAS E., KOTTAKIS E. — The value of omentoplasty in the treatment of echinococcus cysts of the liver. Arch. Int. Hidatid. 21: 253, 1957.
3. DEL CAMPO J.C. — Quistes hidáticos calcificados del hígado. Bol. Soc. Cir. Urug. 21: 143, 1950.
4. GOINARD P. — Bourrage a l'epiplon des grandes cavités hepáticas du foie. Afr. Franç. Chir. 7: 131, 1949.
5. GOINARD P., NOTE D., GIRARDOT M. — Sur le traitement des kystes hydatiques du foie. L'epiplotie intracavitaire. Presse Méd. 58: 1203, 1950.
6. KARAGEORGIS B. — Remarques sur le traitement chirurgical moderne des kystes hydatiques du foie. Arch. Int. Hidatid. 21: 245, 1957.
7. IVANNISEVICH O., RIVAS C. — Equinococcosis hidática. Buenos Aires, Ministerio de Educación y Justicia, 1961.
8. LARGHERO P., VENTURINO W., BROLI G. — Equinococcosis hidática del abdomen. Montevideo. Delta, 1962.
9. MARTINEZ J. — A propósito de la epiplotia endocavitaria de los quistes hidáticos calcificados y fistulizados del hígado. Bol. Trab. Soc. Cir. Bs. Aires, 42: 497, 1958.
10. PORRAS Y. — Complicaciones hepatobiliares de la hidatidosis. Cir. Urug. 43: 441, 1973.