

Complicaciones torácicas de quistes hidáticos del domo hepático

Dr. Roberto Delbene*

Resumen

Se presenta la cirugía documentada por video de dos pacientes con quistes hidáticos (QH) de los segmentos posterosuperiores del hígado derecho con complicaciones torácicas. Uno con adherencia firme al diafragma y el otro con un tránsito hepatopulmonar. Se realizó un abordaje torácico y un tratamiento conservador adventicial. Los dos pacientes tuvieron una buena evolución inmediata y alejada.

Se comentan los temas de controversia en referencia: 1° al tratamiento de la adventicia y 2° el abordaje más apropiado. Se concluye en el primer punto que la mayoría de los enfermos con estas características pueden realizarse una resección parcial de adventicia dejándola ampliamente abierta, una desconexión quistobiliar si la hubiera, epiploplastia, desechando los drenajes intracavitarios. Con respecto al abordaje somos partidarios de la toracofrenotomía derecha porque expone directa y

*Clínica Quirúrgica «1» (Director Prof. Dr. G. Estape)
Hospital Pasteur - Fac. de Medicina - Montevideo - Uruguay*

ampliamente el foco a tratar, agregando que ante la mínima dificultad puede ser ampliada hacia el abdomen.

Palabras clave

*Equinococosis
Hígado*

Abstract

This report refers to a surgical procedure documented by video of 2 patients with hydatid cysts (HC) in post-superior segments of right liver, with thoracic complications. One of them was firmly adhered to diaphragm and the other with hepatopulmonary transit.

Surgery was though thoracic approach and conservative adventitial treatment. The 2 patients had good evolution, both immediate and removed in time.

The discussion centers on topics of controversy concerning, in the first place, treatment of adventitia and in the second the most appropriate approach. The conclusion concerning the first item is that in the majority of patients with these characteristics

Presentado en las Jornadas de la Soc. de Cirugía del Uruguay 6 de junio de 1998 en Paso Severino (Dpto. de Florida)

** Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica*

*Correspondencia: Dr. R. Delbene 21 de Setiembre 2805/803 - Montevideo - Uruguay -
e-mail delbene@chasque.apc.org*

it is possible to perform partial resection of adventitia leaving it wide open, performing a cystobiliary disconnection if there was one and epiploplasty discarding intracavity drainages. Regarding the approach, we are in favor of right thoracophrenotomy as it exposes the focus to be treated directly and clearly, to which should be added that were there to appear the slightest difficulty it may be enlarged towards the abdomen.

Palabras clave

*Echinococcosis
Liver*

Introducción

Los enfermos portadores de quiste hidático (QH) de los segmentos posterosuperiores del hígado derecho tienen complicaciones torácicas que progresivamente lesionan diafragma, lo perforan transitándose hacia la cavidad pleural y parenquima pulmonar. El Instituto de Enfermedades del Tórax del hospital Saint Bois, cuantificaba su experiencia de 79 casos de tránsitos hepatotorácicos sobre 1.496 casos de patología hidática pulmonar en 1974.⁽¹⁾

La táctica quirúrgica a utilizar es un tema de controversia desde hace mucho tiempo⁽²⁾. Sobre todo en dos tópicos: abordaje y fundamentalmente, el tratamiento de la adventicia.

Todos concuerdan que la resección completa de la adventicia es el tratamiento ideal que dejaría sin secuelas al paciente y libre de complicaciones futuras^(3, 4, 5). Como contrapartida para cumplir este ideal muchas veces se debe realizar una cirugía con un equipo especializado en cirugía hepática y una infraestructura compleja^(6, 7). A pesar de ello, la contingencia de una hemorragia grave existe, con peligro vital, describiéndose muertes por esta causa^(6, 7).

La adventicectomía parcial es una técnica más sencilla que cumpliendo ciertas premisas⁽⁸⁾ (cavidad abierta, tratamiento correcto de la comunicación quisto biliar^(9, 10, 11), ausencia de drenajes en la

cavidad, epiploplastia) también posibilitaría la buena evolución alejada del paciente sin ser sometido a una intervención de tanto riesgo.

El abordaje por toracofrenotomía de los QH del domo hepático derecho recomendada por numerosos autores sobre todo aquellos familiarizados con la cirugía torácica^(12, 13, 14) es negada por los defensores de técnicas reseccionistas alegando la imposibilidad del manejo de los pedículos hepáticos, cava suprahepática por esta vía^(6, 7).

Material

E.V. N° reg. 49708 IMPASA, sexo masculino, 39 años, oriundo del interior, sin antecedentes clínicos, consulta por dolor de hipocondrio derecho. Examen normal. Exámenes paraclínicos: ecografía quiste hepático de segmento 7,8. Vía biliar no comprometida. TAC. Lesión quística de 12 cm. en segmento 7.

RNM lesión no seguramente quística, se visualiza vena cava y suprahepática derecha que contacta con la cara interna del quiste. Operación: (12/02/97) abordaje por toracotomía por 8 espacio frenotomía se visualiza adventicia hidática en el segmento 7, en el sector superior está adherido al diafragma, formando una sola capa fibrótica. Se protege con compresas embebidas en H2O2. Punción con aguja negativa, se punciona con trocar de Finochietto, se aspira conteniendo purulento tipo mastic. Extracción de todo el contenido parasitario previo tratamiento parasiticida. Resección amplia de toda la adventicia emergente y separación de capa adventicia del diafragma. Cavidad abierta no se visualiza apertura de ningún canalículo biliar. Se realiza epiploplastia.

Un drenaje al acecho que se saca por el hipocondrio derecho. Cierre de frenotomía, drenaje pleural, cierre de toracotomía. Postoperatorio sin incidentes. Se retiran drenajes al tercer día. Alta al cuarto día. TAC a los nueve meses (noviembre/97) cavidad residual de 3,8 cm en la periferia

hepática. Control 16° mes después de la operación paciente asintomático.

A.F. 34 a. Sexo femenino, N° reg. 3363269 11. Pasteur, oriunda del interior, antecedente de neumonía de lóbulo inferior derecho en dos oportunidades en los últimos 6 meses. Ingresó por la misma razón.

Examen síndrome de condensación a bronquio permeable en base hemitórax derecho. Exámenes paraclínicos Rx de tórax: opacidad de base de hemitórax derecho. Ecografía hepática: imagen quística en segmentos 6, 7 y parte del 8 del lóbulo derecho hepático. TAC imagen similar. Operación 02/10/97. Anestesia con intubación selectiva. Toracofrenotomía por 8 espacio diafragma elevado cavidad abscedada de lóbulo inferior derecho con múltiples vesículas hidáticas. Tratamiento parasiticida con compresas embebidas en H₂O₂, aspiración del contenido. Resección parcial de pirámide basal derecha pulmonar; aerostasis y hemostasis, cierre de la cavidad. Frenotomía: tratamiento parasiticida igual al anterior, apertura de la cavidad hepática, aspiración del contenido, resección parcial adventicial amplia, no existe comunicación con la vía biliar, localización del trayecto hepato pulmonar, resección de adventicia adherida al diafragma. Laparotomía por transversa de hipocondrio derecho, se realiza un pedículo con epiplon colocándolo en cavidad hepática. Vía biliar accesoria sin alteraciones. Se colocan drenaje al acecho. Postoperatorio sin incidentes, alta al 7° día. Control a los 8 meses: asintomática; TAC: pequeña cavidad residual yuxtadiafragmática.

Comentario

El tema «Complicaciones torácicas de los QH hepáticos» fue motivo de una completa revisión en un Congreso Uruguayo de Cirugía⁽¹⁵⁾. Nuestro interés es presentar 2 casos filmados por video con abordaje por toracofrenotomía derecha y resección parcial de adventicia hepática. Los 2 casos presentaban una complicación en relación con

el tórax. El primer paciente el QH de segmento 7 englobaba el diafragma y el segundo un tránsito hepatopulmonar. Ninguno de ellos presentaba una comunicación con vías biliares. Se realizó una resección parcial de adventicia, dejando la cavidad abierta, epiploplastía y drenaje al acecho. En la segunda paciente se realizó una resección atípica de pirámide basal de lóbulo inferior derecho de pulmón. Postoperatorio sin incidentes con altas al 4° y 7° día respectivamente. En el postoperatorio alejado pacientes asintomáticos con TAC de control que demuestran pequeñas cavidades residuales hepáticas.

Estos 2 casos creemos que son la demostración de que las técnicas conservadoras tienen un lugar en la cirugía del QH hepático⁽⁸⁾. Es fundamental el correcto tratamiento de la adventicia hidática⁽⁸⁾ a saber: 1) resecar adventicia tanto como sea posible (sin correr riesgo de lesión vascular) 2) No dejar la cavidad cerrada (a excepción de los quistes con adventicia laminar sin fibrosis que se presenta en los niños donde está indicada la técnica de Posadas). 3) Tratamiento correcto de la comunicación quistobiliar^(9, 10, 11) si la hubiera. 4) No colocar drenajes intracavitarios ya que la infección desde el exterior es la regla^(4, 5). 5) Colocar epiplon en la cavidad remanente. 6) Uso correcto de antibióticos.

Según Cendan⁽⁵⁾ la cavidad residual puede ser fuente de complicaciones por falta de colapso parietal o por infecciones endógenas (vía biliar) o exógena (drenajes quirúrgicos). Cumpliendo las premisas antes mencionadas se evitaría toda secuela postoperatoria.

Volvemos a aclarar que la técnica conservadora no es tratar el quiste y drenar la cavidad adventicial al exterior, ya que en ese caso surgirán las complicaciones descritas por Ardao⁽⁴⁾, por emplear una técnica incorrecta.

Ante esta técnica se contraponen la cirugía resecionista que como dijimos son necesarios cirujanos especializados en cirugía hepática y una in-

fraestructura compleja^(6,7). A pesar de ello las hemorragias graves son una eventualidad posible. Perdomo ha detectado 11 casos de hemorragia intraoperatoria con alteraciones hemodinámicas⁽⁸⁾. Torterolo⁽⁶⁾ admite heridas de vena cava, suprahepáticas y suprarrenal derecha en 8 de 37 de sus enfermos. Delgado reconoce como el accidente más frecuente la herida de vena suprahepática⁽⁷⁾ y se describen muertes intraoperatorias por hemorragias incontroladas^(6,7). La peligrosidad de la eliminación total de la adventicia por un autor de la experiencia de Delgado⁽⁷⁾ que considera dentro de las técnicas reseccionistas «operaciones que se deja un pequeño fragmento de adventicia profunda sin que quede cámara parasitaria».

Barsabas Ríos⁽¹⁶⁾ recomienda la resección adventicial utilizando una maniobra manual tomando el quiste emergente el cual se podría realizar la adventicectomía total, si no es así desecha la quistectomía.

Torterolo y colaboradores⁽¹⁷⁾ describe su experiencia con las dos técnicas posibles: adventicectomía total o tratamiento conservador. El tipo de tratamiento se elige según el terreno y la gravedad del enfermo. Las técnicas conservadoras la mayoría realiza drenaje de la cavidad adventicial. Concluye que las diferencias más significativas radican en el tiempo de internación y de curación favorables a las técnicas resectivas. Por ser un trabajo retrospectivo y no randomizado no permite un análisis comparativo de las dos técnicas.

Nuestra opinión al respecto es que no se deben contraponer las 2 técnicas. Se debe realizar una selección de la misma según el enfermo. La mayoría de los pacientes de este tipo se resolverían con una técnica conservadora, sin hacer correr riesgo de una operación compleja. Existen enfermos, como fueron los casos presentados por Davezac y Delgado (uno con secuela adventicial y otro con un síndrome de Budd Chiari)^(18, 19) en que estaría indicado técnicas reseccionistas.

En cuanto al abordaje de los QH del domo hepático con complicaciones teóricas son numero-

sos los autores que prefieren la toracofrenotomía^(12, 13, 14) que les permite un acceso más fácil a la lesión, además muchos de ellos son cirujanos torácicos que se encuentran más familiarizados con este tipo de abordaje. Otros autores utilizan incisiones transversas u oblicuas de hipocondrio derecho que les permite un mayor dominio de los pedículos hepáticos^(6, 7). Larghero en su famoso libro⁽³⁾ cuando habla de abordajes de QH hepático del domo hepático aconseja la toracotomía pero luego en la discusión del 4º Congreso de Cirugía sobre este tema es amplio partidario del abordaje abdominal.

Dentro de los cirujanos que aconsejan la vía abdominal pura en sus trabajos reconocen la extensión hacia el tórax^(6, 7). En nuestra clínica no existe un criterio unánime en cuanto al abordaje, existiendo cirujanos con formación torácica, como el autor, que prefieren el abordaje torácico.

En nuestros enfermos el abordaje se realizó por una toracotomía derecha más baja más frenotomía; en uno de ellos, que tuvimos dificultad para exploración de la vía biliar accesoria y para la epiploplastía le agregamos una incisión transversa de hipocondrio derecho. En suma creemos que el abordaje por toracotomía simplifica la operación, abordando directamente el foco y exponiéndolo cómodamente. En caso que el abordaje sea insuficiente o se cambie de táctica, no existe ningún impedimento para ampliar la incisión, transformándola en una toracofrenolaparatomía o una incisión transversa de hipocondrio derecho separada de la incisión anterior.

Bibliografía

- (1) Sanjines, A: Tratamiento de las complicaciones de la equinocosis hidatídica pulmonar. *Cir. Uruguay*, 1975; 45:534.
- (2) Ríos, B; Calleri, E. Equinocosis hepática. Tratamiento - QH del hígado abierto en vías biliares (Discusión) Congreso Uruguayo de Cirugía 4º. Montevideo. 1953; p. 347-63.
- (3) Larghero, P.; Venturino, W.; Broli, G. Equinocosis Hidatídica del Abdomen. Montevideo. Delta: 1962.

- (4) Ardao, H. Los procesos de la adventicia en la evolución de los QH del hígado tratados por drenaje. Congreso Uruguayo de Cirugía 4°. Montevideo. 1953; p. 234-45.
- (5) Cendan, J.; Latourette, F. Complicaciones y secuelas del tratamiento quirúrgico de los QH del hígado. Congreso Uruguayo de Cirugía 4°. Montevideo. 1953; p. 280-98.
- (6) Torterolo, E.; Vergara, M.; Covie, V.; Leites, A.; Aizen, B.; Czarnevecz; D.; Ferreira, C.; Palacios, J.; Peyrolou, A.; Perrier, J.; Fernández, M.; Piñeyro, A.; Silva, C. Tratamiento radical de la hidatidosis hepática. *Cir. Uruguay*. 1994; 64:56-65.
- (7) Delgado, B. Tratamiento de la hidatidosis hepática por cirugía radical. Nuestra experiencia. *Cir. Uruguay* 1991; 61:25-28.
- (8) Perdomo, R.; Ferreira, C.; Alvarez, C. Operación radical versus conservadora en algunos quistes hidáticos hepáticos. Conducta con la adventicia. *Cir. Uruguay*. 1996; 66:192-7.
- (9) Perdomo, R.; Morelli, R.; Carriquiry, I.; Chifflet, J.; Bergalli, L. Choledocostomic transhepaticokystique en cas de kyste hidatique ouyert en voies biliaires *Nouv. Presse Med.* 1977; 6 (9): 747-9.
- (10) Perdomo, R.; López, J.; Delbene, R.; Castro, D.; Santana, C.; Bertolini, C.; Ruocco, A.; Carbo, A.; Tiscornia, E.; Gaudiano, J. Las estenosis biliares posthidáticas y sus consecuencias. *Cir. Uruguay* 1985; 55:79-97.
- (11) Porras, Y. Complicaciones hepatobiliares de la hidatidosis. *Cir. Uruguay* 1973; 43:441.
- (12) Spector, C.H. Thoracic Hydatid disease. *International Congress of Thorax Surgery*. 1997 p. 53-9.
- (13) Karapetian, E.; Hovhannisyán, A.; Virabyan, H. Surgical management of combined echinococcosis of lungs and other organs. *International Congress of Thorax Surgery*. 1997 p. 525-9.
- (14) Praderi, R. Hidatidosis. Tratamiento quirúrgico en Findor, J.; Sapunar, I. *Enfermedades del hígado y vías biliares*. Buenos Aires. Akadia, 1985.
- (15) Galarraga, J.; Soto, J.; Di Leoni, F.; Tchekmedyan, V.; Lorenzelli, J.; Chifflet, J. Complicaciones torácicas de la equinococosis. *Cir. Uruguay* 1994; 64:241-56.
- (16) Ríos, B. Equinococosis hepática. Tratamiento 4° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1953. p. 148-200.
- (17) Torterolo, E.; Perrier, J.; Aizen, B.; Piacenza, G.; Castiglioni, J.C.; Piñeyro, A.; Peyrolou, A.; Misa, C.; Vergara, M. Estudio comparativo del tratamiento de la hidatidosis hepática por quistectomía. Hidatidectomía y adventicectomía total y procedimientos conservadores. *Cir. Uruguay* 1990; 60:51-6.
- (18) Davezac, V.; Delgado, B.; Salisbury, S.; Folle, E. Hidatidosis hepática. Enfermedad por persistencia de la cámara parasitaria. *Cir. Uruguay* 1991; 61:44-7.
- (19) Delgado, B.; Perrier, J.; Rissi, I. Síndrome de Budd Chiari por hidatidosis hepática del segmento VIII tratado por quistectomía con buena evolución. *Cir. Uruguay* 1991; 61:48-50.