

A PROPÓSITO DEL ABORDAJE DE LOS QUISTES CENTRALES DEL HÍGADO

Emilio ANDREÓN

El 23 de octubre de 1936 vi por primera vez al enfermo:

M. R. Uruguayo, casado, de 32 años, con domicilio en La Paz, quien me relata la siguiente historia:

No ha tenido enfermedades dignas de mención, hasta hace unos tres años en que comenzó a sentir ardores de estómago, pesadez después de las comidas y aerofagia, cuya causa no pudo ponerse de manifiesto a pesar de ser examinado a rayos X. De cuando en cuando tiene tos seca molesta que fué clasificada como bronquitis asmática. El 9 de setiembre hizo un violento chuco de frío seguido de temperatura elevada y arcadas y dolor intenso localizado al hipocondrio derecho, con irradiaciones al epigastrio y al hombro derecho. El dolor, la fiebre y el malestar epigástrico disminuyeron, al decir del enfermo, con el tratamiento instituido (hielo, reposo, urotropina y régimen), pero como la mejoría era lenta y con frecuencia detenida por nuevos accidentes, el enfermo me fué enviado para su estudio, al mes y medio de iniciado su cuadro agudo.

Veo a un enfermo con buen estado general, apirético en el momento del examen, con una ictericia ligera de las conjuntivas. A la palpación de la zona cística que está defendida por la contractura muscular, se provoca dolor; pero el dolor es aún más intenso en los puntos frénicos. El examen clínico general no revela otro dato positivo que los anotados. Los exámenes corrientes de laboratorio son normales, salvo la numeración de glóbulos blancos que llega a 8400 con 67 % de polinucleares de los cuales 25 corresponden a eosinófilos.

El cuadro clínico que se me presenta, en forma especial la persistencia y la intensidad de los dolores frénicos, la eosinofilia y el hecho de que el enfermo nació y vivió casi siempre en campaña, orientaron el diagnóstico hacia quiste hidático del hígado, supurado en comunicación o no con las vías biliares. El examen radioscópico muestra un lóbulo hepático derecho moderado y uniformemente elevado, un diafragma derecho con movilidad disminuída y una sombra con los caracteres correspondientes a un quiste hidático del pulmón derecho. De hecho esta comprobación quitaba todo valor a la eosinofilia y a la reacción de Cassoni que también fué positiva, como elementos de diagnóstico de posible quiste del hígado, como causa del si-

drome que observaba. Los exámenes repetidos de bilis retirada por sondaje duodenal no mostraron elementos hidáticos.

Como la colecistitis evolucionara hacia la supuración, me dispuse a operar al enfermo el 13 de noviembre de 1936. Anestesia general éter C0² 002, laparatomía paramediana transrectal. La vesícula contiene pus pero no cálculos; el hígado se encuentra congestivo, pero la exploración lógicamente limitada, no me deja ver ni palpar nada que me permita afirmar la existencia de un quiste hidático. Practico una colecistostomía y hago examinar el contenido vesicular no encontrándose tampoco elementos hidáticos. Después de un post-operatorio muy bueno, el enfermo es dado de alta aparentemente curado el 19 de diciembre de 1936. Presentaba en ese momento una fístula por la cual salía bilis límpida, que cerró a los pocos días, reintegrándose entonces a su trabajo habitual de picapedrero.

El enfermo pasa bien, sin ninguna manifestación infecciosa, hasta diciembre de 1937, en que sin causa aparente hace una flebitis obliterante de ambos miembros inferiores que cura sin accidentes.

En marzo de 1938 me consulta nuevamente por consejo del médico, con el fin de someter el quiste del pulmón a la intervención correspondiente. El 14 y 25 de junio de 1938 1.º y 2.º tiempo, respectivamente, del tratamiento del quiste pulmonar sin accidentes. Se trata de un quiste superficial, univesicular con líquido cristal de roca. El 27 de julio me dispongo a buscar el quiste hepático, que suponía era la causa de la colecistitis y de la flebitis. Lo abordo por adelante al nivel del sitio en donde el diafragma aparece más levantado. Reseco el 5.º y 6.º cartílagos costales y previa sutura de pleura con diafragma, seccionó poniéndome en contacto con el hígado que se muestra adherido al diafragma y sumamente congestivo. La vista y el tacto no permiten asegurar la existencia del quiste, pero la punción con aguja de inyecciones intramusculares, retira líquido bilioso, supurado y fétido después de atravesar 3 o 4 centímetros de tejido hepático; al retirar la aguja sale abundante sangre por el orificio, lo cual me hace dudar de la posibilidad de tratar el quiste, pues el vaciado del mismo, al disminuir la presión del tejido hepático, favorecerá seguramente la hemorragia.

Pienso entonces dejarle un pequeño trocar, para aumentar luego el tracto con laminarias, pero debo desistir de esa idea ante la evidencia de hemorragia por la simple punción con una aguja trocar.

Intento puncionar con el bisturí, pero como lo hago tímidamente no llego a la periquística, provocando en cambio con esa herida una hemorragia realmente impresionante. Como me quedaba entonces otra solución que yugular la hemorragia, lo cual conseguí mechando la herida hepática y comprimiéndola fuertemente con mechas de gasa el tejido hepático circundante, dejando para mejor oportunidad el vaciado del quiste.

A los 10 días retiro las mechas, que se desprenden con facilidad, sin provocar hemorragia y noto con gran sorpresa que el tejido hepático se encontraba atrofiado, anémico y que podía verse la periquística al nivel del sitio en donde había puncionado con el bisturí. Penetré entonces en el quiste coloqué laminarias progresivamente más grandes hasta obtener la luz necesaria para vaciar la cavidad y extraer la membrana madre. Todas estas

maniobras fueron de una extrema simplicidad, absolutamente desprovistas de peligro, tanto que fueron realizadas sin desplazar al enfermo de la cama. Por la herida viene poca cantidad de bilis los primeros días, apenas la cantidad necesaria para teñir la curación. Puede observarse en la radiografía sacada en ese período que el lipiodol no penetra en las vías biliares (R. 3 y 4). Algunos días después la bilirragia se hace muy intensa, hasta 750 gramos diarios. Una radiografía sacada en ese momento muestra que el lipiodol visualiza el hepático, el colédoco y la vesícula (R. 5). El 14 de octubre retiro el tubo en forma definitiva, cerrando la fístula rápidamente, gozando actualmente el enfermo que nos ocupa, de perfecta salud.

Resumiendo. — Enfermo que me consulta por una colecistitis supurada sin cálculos y en el cual encontramos un quiste hidático del pulmón y un hígado uniformemente agrandado, lo que permite sospechar la existencia de un quiste hepático, lo que no pudo ser comprobado.

La colecistostomía lo cura por el término de un año, al cabo del cual hace una flegmasia alba dolens bilateral.

Pasado este accidente el enfermo vuelve a su estado normal, siéndome entonces enviado para tratar el quiste pulmonar. La radiografía (placas 1 y 2) muestra una deformación de la parte anterior de la cara superior del hígado, dada por un quiste central.

Después de tratar el quiste pulmonar, abordo el del hígado, encontrándome con tejido hepático congestivo, friable en extremo hemorrágico, debiendo limitar mi intervención a yugular la hemorragia provocada por las tentativas de abordaje, valiéndome para ello de un fuerte y amplio mechado. A los 10 días retiro las mechas y me encuentro con un campo operatorio transformado.

La finalidad de esta comunicación, como lo deja comprender el título de la misma, es llamar la atención sobre este último punto.

Atravesar parénquima hepático para vaciar un quiste hidático central es una maniobra peligrosa, debido a las graves hemorragias que pueden producirse facilitadas por el vaciado brusco de quiste que modifica la presión intrahepática. En casos de quiste supurados la facilidad para sangrar se encuentra al máximo debido a la repercusión que tiene la infección sobre el tejido hepático vecino. Se pretendió resolver este problema de diversas maneras. Unos atraviesan el tejido hepático lentamente, cauterizando los vasos con el termo cauterio o con el bisturí eléctrico. Otros penetran con decisión en el interior del quiste, que una v

abierto es atraído al exterior con el dedo del cirujano, haciendo así de elemento de compresión. Y otros al fin proceden como lo hizo Abadie en un caso relatado en el Boletín de Cirugía de 1930; no pudiendo penetrar con el termocauterio, deja un pequeño trocar en permanencia y cuando cree que el peligro de la hemorragia se halla alejado lo sustituye por laminarias de tamaño creciente, hasta obtener la luz necesaria para vaciar el quiste.

La observación que presento me autoriza a formular las siguientes preguntas:

En lugar de ingeniarse para atravesar tejido hepático hemorrágico y friable, ¿no sería más lógico preocuparse por modificar sus características, lo cual está lejos de ser imposible, según lo deja comprender el caso que acabo de relatar? ¿No sería prudente en todos los casos preparar el tejido hepático antes de puncionarlo, así como se prepara la pleura para ponerse a cubierto del penumo-tórax al tratar los quistes hidáticos del pulmón?

Esto equivale a plantear el problema de la posibilidad de la adopción de la táctica del tratamiento en dos tiempos en los quistes centrales del hígado.

En un primer tiempo el cirujano aborda el hígado en donde considera que el quiste es más superficial, siguiendo para ello las técnicas corrientes y una vez en contacto con el parénquima hepático lo prepara en la forma en que lo hice en el caso que acabo de relatar o valiéndose de cualquier otro procedimiento. Por mi parte si fuera llamado a actuar en un caso análogo haría una incisión crucial con el bisturí eléctrico, e introduciría en ella la mecha compresora. Es necesario recordar que la incisión no tiene por qué ser profunda, pues eliminada la resistencia de la cápsula el tejido hepático se deja atrofiar muy fácilmente.

En un segundo tiempo se procede al vaciado del quiste, lenta y progresivamente como lo hice tal vez por exceso de prudencia o en una sola sección operatoria como se hace habitualmente. Recuerdo que en mi caso todo el segundo tiempo fué practicado sin que el enfermo abandonara su cama y sin provocar la más mínima hemorragia.

Dr. Fossati. — El abordaje de los quistes centrales del hígado puede dar lugar a complicaciones serias y graves, de las cuales la más importante es la hemorragia que muy a menudo

es profusa e impresionante. Tal es la idea que tenemos de este peligro, que creemos que muchas veces en estos casos, cuando no existen complicaciones que urgen la mano del cirujano, es preferible esperar a que, por su crecimiento, se haga de más fácil abordaje. También es por esto que creemos que deben aguzarse todos los métodos de exploración para localizar bien el quiste y abordarlo por el lugar de menor espesor del parénquima periquístico; no es raro observar en actos operatorios después de abordado el quiste, que centímetros alrededor estaba más cerca de la superficie. Producida la complicación, hemos observado que obedece generalmente a un buen taponamiento; pero creemos que ese taponamiento debe hacerse sin abrir y vaciar el quiste, pues éste por su tensión sirve de apoyo para la mejor colocación del tapón. Recuerdo que hace muchos años vimos morir a un niño de 7 u 8 años por hemorragia, después de una intervención de un enorme quiste que ocupaba casi todo el hígado, y que el taponamiento era imposible, pues vació el quiste, el hígado no tenía resistencia suficiente para sostener el mechado.

Cuando hemos vaciado el quiste y la hemorragia lo permite, puede ésta cohibirse con puntos de catgut en U que atraviesan y se apoyan en el periquiste fibroso. La electro coagulación, por otra parte, nos sirve con bastante eficacia, en determinados casos.

Dr. Stajano. — He oído con atención la comunicación leída y rectifico una hipótesis que me permitió explicar erróneamente un accidente serio, felizmente llevado a buen fin, mediante el taponamiento, en el curso del abordaje de un quiste central del hígado, en un caso que podría superponerse al presentado hoy. Se trataba de una señorita de 19 años con un quiste hidático, que al intentar puncionarlo con un trocar fino da lugar a una hemorragia copiosa e impresionante, no bien el trocar penetra un centímetro. Felizmente no se llegó al quiste y un taponamiento fuerte con mecha simple yugula la hemorragia que no tocamos hasta el 3º día que reoperamos con un campo exangüe y con las características habituales de siempre. ¿Qué paso en ese caso y en el primer tiempo? Evidentemente que pensamos mal, al atribuir esa hemorragia “su fuente” a una disminución del tiempo de coagulación, atribuída a la menstruación que apareció mientras operamos, en forma imprevista. La explicación del autor es muy satisfactoria y

la acepto por cuanto los hechos hablan muchos en su favor. El papel descongestionante de la sangría en el parénquima rodeando al quiste, la eficacia del taponamiento en esa imprevista y copiosa hemorragia, la necesidad de dejar la gasa el tiempo necesario. He ahí las enseñanzas de esta comunicación que enseña una contingencia no rara en el abordaje de los quistes centrales del hígado y que previene al operador, cuando en casos semejantes se haga presente esa eventualidad.

E. Lamas Pouey. — La comunicación del Dr. E. Andreón sobre las dificultades de abordaje de los quistes hidáticos centrales de hígado y sobre la manera de resolverlas nos recuerda un caso reciente en que nos vimos abocados al mismo problema. Se trataba de un Q. H. del lóbulo derecho abordado por laparotomía paramediana y al explorarlo se vió que en esa zona se exteriorizaba, al punto de estar sólo recubierto por una delgada capa de parénquima hepático comprimido por el quiste subyacente. Ese parénquima fué fácilmente atravesado para la evacuación del quiste, sangraba apenas y siendo el contenido quístico de aspecto normal fué suturado después de aspiración y habiendo mostrado la exploración intraquística que esa técnica era aconsejable.

Después de un post operatorio ideal sin fiebre, la enferma tuvo a los 40 días trastornos intestinales con diarrea a raíz de los cuales comenzó a dar signos de supuración de su cavidad quística residual. Y al ser reintervenida días después por el mismo punto en que el quiste había sido primitivamente evacuado, notamos que la capa de parénquima hepático que lo recubría era más espesa y más congestiva que cuando la operación inicial. El intentar atravesar esa zona fué difícil por hemorragia profusa, 300 grs. de sangre en pocos minutos, lo que nos obligaba a terminar las tentativas de drenaje que se repitieron tres veces, por un taponamiento de gasá. Resolvimos esa dificultad atravesando esa capa de parénquima hepático, de 3 a 4 cms. de espesor, con el electro - bisturí regulando dicho instrumento como para coagulotomía, es decir sección lenta pero hemostasis segura por electro - coagulación. Pudimos así llegar a la cavidad quística por la incisión deseada y con una hemostasis perfecta. Por eso creemos conveniente recordar a propósito del abordaje de quistes

centrales de hígado una técnica que puede resolver las dificultades de hemostasis sin recurrir a taponamientos previos que necesariamente obligan a retardar el tiempo eficaz de la intervención.

Dr. D. Prat. — El Dr. Andreón nos presenta una interesante comunicación, en la que después de habernos puesto de manifiesto la complicación hemorrágica en el abordaje operatorio de los quistes centrales del hígado nos propone como solución terapéutica, el mechado de la brecha operatoria hepática, lo que nos permitiría abordar ulteriormente el quiste, fácilmente y sin inconvenientes.

Lo que nos propone actualmente el Dr. Andreón como método de elección, es lo que hemos tenido que hacer obligatoriamente y por necesidad cuando hemos tenido que operar casos de quistes hidáticos del hígado o del pulmón, que presentaban una espesa capa de parénquima por delante.

El cirujano en presencia de un quiste hidático del hígado, lo primero que trata de establecer es la vía de abordaje, vale decir, operar el quiste por la vía operatoria más accesible, que sea más fácil y que menos complicaciones técnicas presente. Para esto, tiene como recursos el examen clínico y el radiológico, que serán los elementos de juicio más importantes para establecer la vía operatoria a seguir. Durante la operación, una cuidadosa exploración le permitirá seleccionar la parte más accesible del quiste para realizar lo más fácilmente posible el vaciado del quiste y su terapéutica completa. A veces será conveniente esperar a que el quiste crezca y se haga emergente y accesible.

A pesar de estos cuidados por parte del cirujano, a veces, ya sea por un error de interpretación, ya porque el quiste no es accesible a un examen preciso y completo, o sencillamente porque el quiste del hígado es central o que *está recubierto por una espesa capa de parénquima* en las regiones quirúrgicamente accesibles, resultará que el abordaje de ese quiste, será difícil o estará expuesto a complicaciones; entre ellas, la hemorragia por sección del parénquima hepático, que es una de las complicaciones más serias de la cirugía del quiste hidático. Otra complicación puede presentarse también en la terapéutica de estos quistes centrales: una vez que se ha puncionado el quiste con el trocar y se

ha evacuado *con aspiración* el quiste, si se retira el trocar o si éste sale espontáneamente, sin antes haber establecido y fijado la dirección del trayecto hepático realizado por el trocar; suele ser muy difícil o imposible, a veces, encontrar la cavidad quística que se ha transformado en una cavidad virtual, con los fatales inconvenientes de relleno posterior e infección.

Pero, indudablemente el inconveniente más serio en estos quistes centrales o recubiertos de parénquima hepático, es la hemorragia, sobre todo en la cirugía del pasado, en que no contábamos con ese precioso auxiliar que es el bisturí eléctrico, que permite realizar la sección del hígado, con su hemostasis concomitante. En la cirugía de los quistes del hígado y del pulmón, frecuentemente nos hemos encontrado en presencia de esas hemorragias hepáticas de que nos informa el Dr. Andreón; pues bien, en esos casos hemos recurrido habitualmente a la única conducta lógica en estos casos, vale decir, el mechado apretado y cuidadoso de la brecha hasta cohibir la hemorragia y dejar este taponamiento durante unos días, hasta que la hemorragia haya cesado completamente y entonces, en un segundo tiempo, realizar la operación radical sobre el quiste. En algunos casos hemos recurrido al termocauterio para cohibir la hemorragia ya existente o hemos usado preventivamente el cauterio para prevenir la hemorragia; pero, el recurso común y corriente contra estas terribles hemorragias ha sido preferentemente el taponeamiento por gasa.

En algunos casos graves y difíciles de hemorragia hepática, generalmente por heridas tratadas en cirugía de urgencia, hemos recurrido a una maniobra sencilla, que la mencionamos porque ella podría servir en la hemorragia del quiste hidático. Frente a una herida hepática por arma blanca, que no podíamos hemostasiar por el taponeamiento, pasamos unos hilos gruesos de catgut como sutura de la herida y con estos mismos hilos, fijamos sobre la herida una gruesa compresa de gasa, que al comprimir fuertemente los bordes de la herida produjo una hemostasis casi inmediata. La mecha se deja hasta que se reabsorban los hilos de catgut, que permitirán entonces retirar la mecha.

Hoy día, con el precioso recurso del bisturí eléctrico esta cirugía puede realizarse en mejores condiciones aun; pero, el taponeamiento por gasa, será siempre el recurso inmediato y nece-

sario a veces, para cohibir una hemorragia hepática, en el curso de una operación por quiste hidático, en que no tengamos otro recurso técnico más eficiente a nuestra disposición.

Fuera de estos casos especiales la terapéutica de los quistes hidáticos del hígado, se practicará con el método de los perfeccionamientos técnicos adquiridos por los cirujanos del Río de la Plata.

