

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

QUISTES HEPATICOS PARASITARIOS

Dr. Jorge Tocornal C.

La elevada incidencia del quiste hidatídico hepático en nuestro país (alrededor de 800 casos nuevos al año), hace que este problema, aunque esencialmente epidemiológico tenga graves características clínicas. Los procedimientos quirúrgicos clásicos, aplicados al tratamiento del quiste tienen, según estadísticas nacionales recientes una mortalidad que fluctúa entre un 10 a 11%. Esta elevada mortalidad nos ha impulsado, en los últimos años a buscar procedimientos diagnósticos más acertados y alternativas quirúrgicas más adecuadas para el tratamiento de esta afección.

PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS

Tres son los procedimientos diagnósticos no invasivos más adecuados para el diagnóstico del quiste, de su ubicación y para el planeamiento de la eventual cirugía. Estos son el cintigrama con radiocoloide, el ultrasonido y la tomografía computada. Es preciso hacer notar que estos exámenes no son excluyentes sino, por el contrario, se complementan.

La cintigrafía es un examen de rápida ejecución, barato y que permite estudiar grandes masas de población. Su inconveniente es que puede no detectar

lesiones pequeñas o superpuestas y que no establece la relación entre el o los quistes con los elementos vasculares del hilio hepático, hecho importante si se plantea una resección de parénquima. Además, con cierta frecuencia no puede distinguir entre lesiones sólidas o quísticas y entre hígado poliquístico parasitario o congénito.

La ecografía también es un examen rápido y de bajo costo. Al no emplear radiaciones ionizantes puede ser empleado en mujeres embarazadas. Para su correcta interpretación es necesario contar con un especialista altamente calificado pues su interpretación es difícil. En los pacientes obesos o cuando hay interposición de hueso o gas se pueden producir artefactos. Tiene la ventaja sobre la cintigrafía que permite establecer la naturaleza quística de la lesión y además, por la diferencia ecográfica permite reconocer las membranas intraquísticas. Al igual que la cintigrafía no establece la relación entre el quiste y los elementos del hilio y por lo tanto no permite establecer en el pre-operatorio la factibilidad de una resección.

La tomografía computada consiste en efectuar cortes radiológicos transversales del organismo cada 3 a 13 mm. lo que, mediante computadoras, se transforman en verdaderas imágenes anatómicas. A nivel del hígado permite detectar aumentos de volumen tanto quísticos como sólidos, ya que se les puede medir su densidad. En los casos de los quistes establece el diagnóstico diferencial entre los parasitarios, en que demuestra la adventicia, y los congénitos que no la tienen; además estos últimos se acompañan en un alto porcentaje de quistes renales los que son demostrados en el mismo examen. Al establecer la relación del o de los quistes

con el hilio hepático permite, en el pre-operatorio, establecer la resecabilidad eventual de la lesión. También puede informar de la presencia de quistes en otros órganos como por ejemplo en el bazo.

Otro examen que es muy útil en el diagnóstico del quiste hidatídico es la arteriografía selectiva hepática. Al igual que la tomografía permite establecer el diagnóstico diferencial entre quiste y tumor, ya que el primero es devascularizado y el segundo es rico en vasos de neoformación. Además en la fase venosa al rededor del quiste se forma un halo de medio de contraste, por acumulación de éste en los sinusoides y venas colapsadas, este signo se conoce en inglés como "rim sign" y para algunos es patognomónico del quiste. La arteriografía permite además, establecer la resecabilidad eventual de la lesión y además permite conocer en el pre-operatorio la existencia de variaciones anatómicas arteriales que permiten al cirujano planificar su operación.

Establecido el diagnóstico de quiste hidatídico hepático y completado el estudio del paciente, lo que necesariamente debe incluir una radiografía de tórax (entre el 5 - 10% de los casos presentan quistes pulmonares) el tratamiento debe ser quirúrgico. Hace excepción el quiste hidatídico pequeño, completamente calcificado (en bola de billar) asintomático y único.

Casi todos los quistes hepáticos pueden ser tratados por vía abdominal. Ocasionalmente es necesario emplear la vía tóraco-abdominal derecha en quistes de la cúpula hepática o bien cuando hay que efectuar una lobectomía hepática derecha. Abierta y explorada la cavidad abdominal se aísla la zona del quiste con compresas empapadas en solución Dakin (hipoclorito de

sodio). Se punciona el quiste y se le inyecta alguna substancia que mate al parásito. Nosotros preferimos éter o cloruro de sodio hipertónico (20 - 30 %). No se debe emplear el formol, pues suelen existir pequeñas comunicaciones a la vía biliar y ésta puede dañarse y esclerosarse al contacto de esta substancia. Después de 10 minutos se abre la adventicia en la región en que mejor se exteriorice y en la zona de mayor declive y se vacía el líquido y membranas hidatídicas - las que son aspiradas y eliminadas rápidamente del campo quirúrgico. La cavidad residual adventicial es aseada ampliamente con solución Dakin y se aísla nuevamente el campo con compresas limpias. En este momento se decide la conducta a seguir para el tratamiento de la cavidad residual. Las alternativas quirúrgicas son las siguientes:

1. Técnica de Posadas

Es aplicable a quistes periféricos de pequeño o mediano tamaño y que estén en contacto con la pared abdominal. El quiste no debe estar infectado y la superficie interna de la adventicia debe ser revisada para suturar las pequeñas fistulas biliares que se encuentren. A continuación se cierra la adventicia con sutura corrida de Dexon 2-0 y se fija con puntos del mismo material al peritoneo parietal. Esta zona es marcada a nivel de la piel con una escarificación a bisturí y se cierra el abdomen. De producirse una colección dentro de la cavidad residual, la marca en la piel permite saber - donde puncionar sin dañar otra viscera intrabdominal.

2. Resección adventicial parcial

Es aplicable a los quistes periféricos que hacen eminencia fuera del hígado y que no están infectados. La cavidad remanente se deja ampliamente

abierta al peritoneo, previa revisión y sutura de fístulas biliares, y el peritoneo es drenado con dos o tres tubos gruesos extraídos por la misma contrabertura.

3. Drenaje bipolar

Se emplea en los quistes infectados, abiertos a la vía biliar o de ubicación central. El quiste es drenado mediante tubos al exterior y la vía biliar es explorada en búsqueda de membranas y se le coloca una sonda Kehr.

Si el cirujano no queda satisfecho con el aseo de membranas de la cavidad residual y/o de la vía biliar, se agrega una esfinteroplastia. A esta operación se la denomina drenaje tripolar del quiste. Con la esfinteroplastia las membranas restantes son eliminadas espontáneamente al duodeno.

4. Resecciones hepáticas

Habitualmente el o los quistes hidatídicos pueden ser tratados por los métodos clásicos no resectivos. Existen sin embargo situaciones en que una resección hepática reglada es una mejor forma de tratamiento. Esto ocurre en los quistes gigantes, con destrucción de un lóbulo y con adventicia calcificada, por lo tanto incolapsable y en los casos de múltiples quistes localizados a una unidad anatómica hepática. Habitualmente las resecciones efectuadas más frecuentemente, son las lobectomías derechas y las segmentectomías izquierdas. Cabe hacer notar que a pesar de la magnitud de estas operaciones no hemos tenido que lamentar ninguna muerte operatoria.

5. Por último existen otras técnicas tales como la marsupialización, que consiste en la sutura de la cavidad adventicial a la piel del paciente.. Actualmente esta técnica ha sido abandonada - pues inevitablemente se producía la supuración crónica de la cavidad provocando muchas veces la muerte del paciente. Lo mismo ha sucedido - con el capitonaje que consiste en tratar de colapsar la cavidad adventicial mediante puntos que adosen sus paredes.

Por último cabe hacer notar que después de tratar grandes quistes de la cúpula hepática que han comprimido y atrofiado el diafragma hemos practicado la plicatura de éste, de tal modo de dejarlo funcionalmente útil y sin motilidad paradójal que provoque problemas pulmonares. Esta maniobra contribuye, además, a aumentar la presión positiva abdominal, lo que favorece el colapso más precoz de la cavidad residual.

Aplicando estas distintas alternativas quirúrgicas, según las características propias de cada paciente, hemos logrado bajar la mortalidad operatoria bajo el 5% y los pocos casos que han fallecido han sido casos muy graves, operados infectados.