



Hospital de la Santa Cruz y San Pablo.
Barcelona.

QUISTES HIDATICOS DE HIGADO DE EVOLUCION TORACICA

J. Reventós, F. Manuel Nogueras, X. Rius y T. Lorenzo

Introducción

La evolución hacia el tórax de los quistes hidatídicos de la cúpula hepática, provoca una serie de complicaciones que pueden ser muy graves, entrañando una gran mortalidad y morbilidad operatorias, sobre todo si la filosofía de su tratamiento no ha sido bien comprendida. El presente trabajo recoge la experiencia de los Servicios de los doctores J. Soler-Roig y J. Pi-Figueras del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, entre los años 1945 y 1972. Está basado en el estudio de 11 casos operados de quiste hidatídico hepático de evolución torácica operados en dichos Servicios.

Estos 11 casos corresponden a una estadística total de 99 Quistes Hidatídicos de Hígado intervenidos en los mencionados Servicios durante dicho período, lo que da una incidencia de Quistes hidatídicos de evolución torácica de un 11 %. Este porcentaje varía entre el 2,6 % y el 14 %¹⁻⁸.

Estadística

De nuestros 11 pacientes, 8 fueron mujeres y 3 hombres. Su edad osciló

entre 25 y 55 años. En todos ellos existió previamente a la intervención el diagnóstico de quiste hidatídico, aunque en 2 de ellos se pensó se tratase de un quiste hidatídico de pulmón. En 4 ocasiones el quiste era único (36,3 %). En 6 el quiste era doble (54,4 %) y en 1 triple (9,9 %). En 4 de los casos de quistes múltiples las cavidades quísticas se comunicaban entre sí y en 3 no.

En 2 ocasiones (18,1 %), los quistes estaban enteros, siendo una de ellas de quiste doble. En 8 casos el quiste estaba roto (72,5 %), y en una de ellas, la adventicia estaba calcificada (9,9 por ciento). Siempre existieron vesículas hijas.

En 4 enfermos (35,4 %) la cavidad quística estaba abierta a la vez al pulmón y a la pleura (fig. 1), y en 6 (54,5 por ciento), sólo al pulmón. En un caso (9,9 %), existía una cavidad intermedia, interesando hígado diafragma y pulmón, tal como ha sido descrita por Ugon y Tomalino⁹.

Clínica

En todos los pacientes el estado general estaba notablemente afectado

(astenia, anorexia, intoxicación, adelgazamiento, VSG elevada...). Todos ellos sufrían toracalgias o epigastralgias, de intensidad variable, pero evidentes. En 3 ocasiones existía un claro episodio brusco con fiebre, tos y espectoración (27,3 %). En 2 casos (18,1 %), el paciente no relataba espectoración, y la presencia de tos era difícil de constatar. En el resto (81,8 por ciento), la tos y la espectoración eran bien claras. En 5 casos (45,5 %), existía bilitipsis antes de la intervención, (fig. 2). En 4 ocasiones (36,3 %), el paciente había espectorado material hidatídico. En 3 casos (27,3 %), se habían producido hemoptisis o esputos hemoptoicos.

La importancia de la sintomatología bronco-pulmonar depende en gran parte del tamaño de la comunicación bronquial, así como de la intensidad de la infección sobreañadida. Todos los pacientes presentaron un Cassoni positivo y su eosinofilia sanguínea osciló entre un 1 y un 7 %.

Aspectos quirúrgicos

En estos enfermos es muy aconsejable la intubación bronquial por sepa-

rado. En 9 ocasiones se practicó una toracotomía lateral y en 2 una toracotomía y laparotomía. En un caso, que era una secuela de quiste hidatídico de cúpula hepática, fueron precisas dos laparotomías para solventar definitivamente el problema (una para tratar la hipertensión biliar y otra para reseca el trayecto fistuloso transdiafragmático). El campo operatorio fue siempre protegido por tallas empapadas por suero hipertónico.

La localización del quiste será puncionada a través del diafragma, aspirándose todo el líquido de roca, si el quiste está todavía entero. Seguidamente, a través del diafragma, se abrirá ampliamente la cavidad quística, extrayéndose la membrana y todas las demás estructuras hidatídicas. La cavidad residual puede ser muy grande y debe ser explorada, para que no quede en su interior ningún residuo, buscando también la posible comunicación con otra cámara. En este momento se practicará la adventicetomía, si se considerase oportuno. Dentro de dicha cavidad se introducirán varias gasas empapadas con suero hipertónico, que se mantendrán allí hasta el fin de la intervención. En lo posible se explorará también externamente el hígado, buscando la presencia de otros quistes.

Dos otros espacios más bajos se practicará una nueva toracotomía reducida de 4-5 cm con resección costal. Se abrirá seguidamente el diafragma haciendo pasar la boca abierta del quiste por dicho orificio diafragmático, hacia la segunda toracotomía baja transdiafragmática suturando los bordes de la boca quística a ella mediante puntos separados. También recomendamos la exéresis del trayecto fistuloso transdiafragmático para evitar la reproducción de la supuración.

Se evaluarán en este momento las lesiones pleuro-pulmonares, para actuar en consecuencia: en dos ocasiones (18,1 %), tuvimos que proceder a una decorticación pulmonar en regla, pero solamente una vez (9,9 %), juzgamos oportuno practicar una resección pulmonar atípica.

El tórax se cierra sobre dos drenajes de la forma usual. Luego se retirarán las gasas de dentro de la cavidad quística, substituyéndolas por un grueso drenaje torácico (fig. 3). El tubo intracavitario se irá substituyéndose por uno cada vez de menor calibre a medida que se reduzca la cavidad. Puede ser útil aplicar una aspiración leva intermitente. El tubo permanecerá en general entre 3 y 8 semanas (figs. 4 y 5).

Todos nuestros pacientes excepto 2

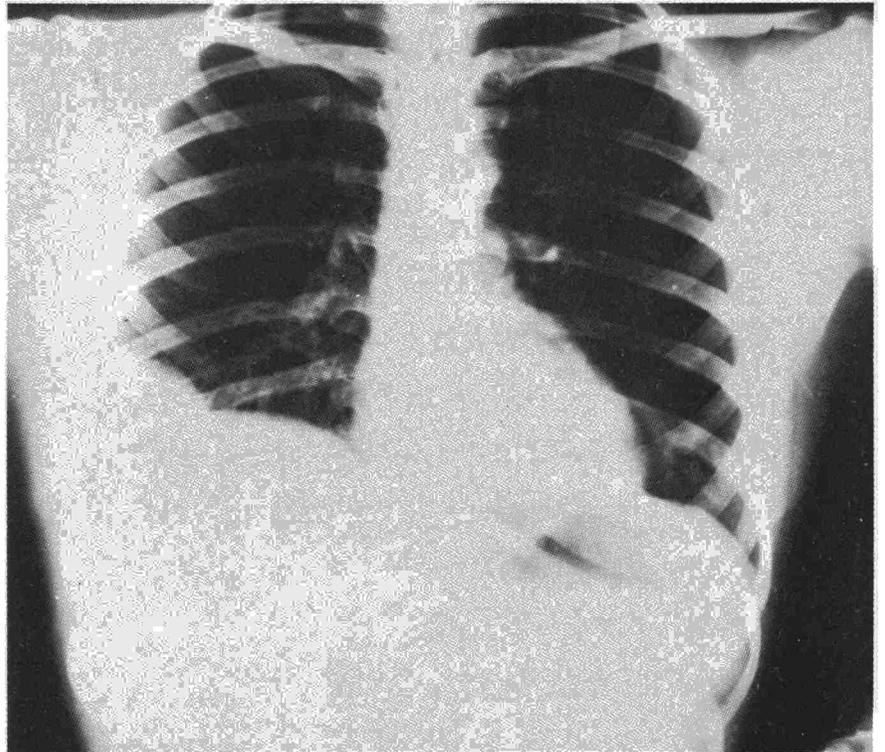


Fig. 1. Radiografía correspondiente a una comunicación hepatopulmonar de unos quistes hidatídicos hepáticos sin participación bronquial. Existía escasa sintomatología broncopulmonar.

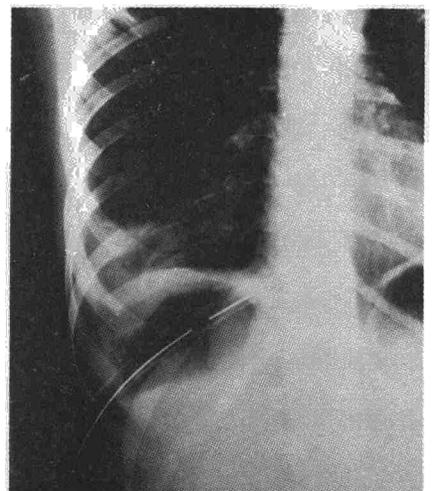
sobrevivieron la intervención y curaron completamente. Un enfermo falleció a los 5 meses de su última intervención (1948), de amiloidosis y nefrosis. Este enfermo había sufrido 4 intervenciones por hidatidosis, ya que tuvo dos quistes de pulmón y dos quistes de hígado de evolución torácica. Otro en-

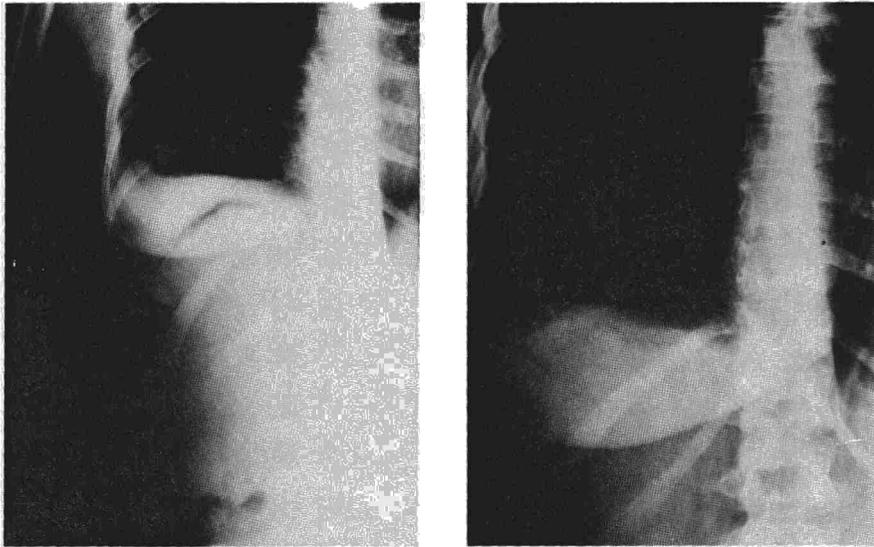
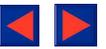
fermo falleció a las 5 semanas de la intervención (1971), de un «*ulcus de stress*» con hemorragia incoercible. Este paciente presentó una importante biliorragia a través del tubo en el período postoperatorio, posiblemente como consecuencia de hipertensión biliar (mortalidad total 16,6 %).

Fig. 2. Típica imagen en chimenea que se establece tras la expulsión del contenido hidatídico y pus por la boca a través del árbol bronquial.



Fig. 3. Imagen postoperatoria inmediata: puede verse el tubo de drenaje dentro de la cavidad intrahepática producida por los quistes (es el mismo caso de la fig. 1).





Figs. 4 y 5. Evolución de la cavidad quística intrahepática hacia su total desaparición a las 4 semanas y antes de la retirada de las sondas.

Discusión

La evolución torácica de un quiste hidatídico de hígado vendrá favorecida por una serie de circunstancias:

a) Localización del quiste en la cú-

pula o en la cara postero-lateral del hígado.

b) Por la presión intratorácica que es menor que la intra-abdominal.

c) Por la infección intraquística después de su ruptura.

d) Por la tendencia de la adventicia quística a erosionar las estructuras vecinas.

e) Por la existencia de hipertensión biliar.

El cuadro clínico y radiológico del paciente depende estrechamente del momento evolutivo de su enfermedad en que llega a nosotros. La sintomatología puede ser reducida en casos de quistes enteros. Los quistes posteriores pueden ser confundidos fácilmente con una eventración diafragmática (Picardo⁹). El neumoperitoneo puede ser de gran ayuda para el diagnóstico (fig. 6) (Lorenzo¹⁰, Guedj⁸). La imagen radiológica en «chimenea» es patognomónica (fig. 2). Los derrames pleurales (fig. 7), con o sin nivel, las imágenes de consolidación pulmonar (absceso, bronquiectasias...) pueden hacernos pensar en tal proceso, pero no son definitivas. Es digno de mención la variabilidad de las imágenes radiológicas.

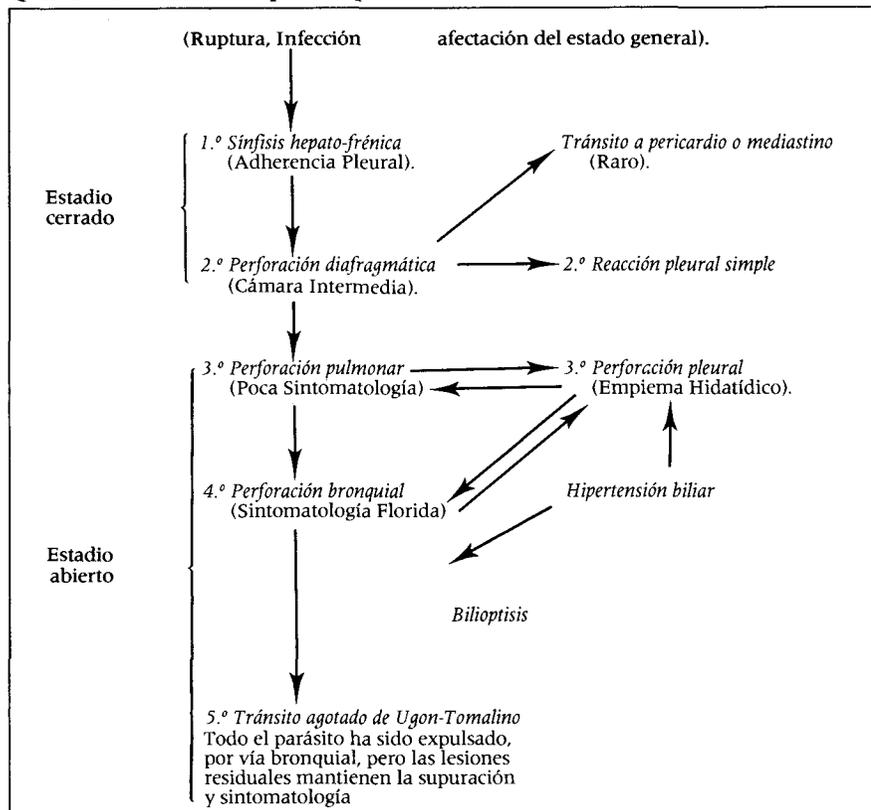
La afectación del estado general puede ser considerable antes de que el quiste se haya vaciado, al menos parcialmente por vómitica. En este momento puede mejorar considerablemente el estado general a la vez que exacerba la sintomatología broncopulmonar. En la gran mayoría de los casos la comunicación entre la cavidad quística y el árbol bronquial es directa sin pasar por la pleura, debido a la adherencia previa. Esta abertura se produce a veces bruscamente, otras veces es gradual (ver tabla I).

Estamos de acuerdo con Goinard¹¹, que si existe una importante bilióptisis hay que pensar en la posibilidad de hipertensión biliar, que puede ser provocada por la entrada de material en las vías biliares. Este hecho inicia una serie de nuevos problemas relacionados con la táctica quirúrgica.

Los quistes hidatídicos de la cúpula hepática, deben ser tratados por vía transtorácica. Si existiese hipertensión biliar, este problema debe ser tratado el primero y ello es imposible la simple toracotomía a no ser que se desinerte o se abra ampliamente el diafragma. La mayoría de los autores (Ugon⁹, Guedj⁸), recomiendan la cura radical en dos tiempos, primero una laparotomía para explorar y tratar las vías biliares, y luego algunas semanas más tarde una toracotomía para tratar el quiste hidatídico de cúpula hepática y sus posibles complicaciones pleuro-pulmonares. Aunque carecemos de experiencia sobre ello, nos preguntamos, sino sería posible actuar sobre ambos problemas al mismo tiempo mediante una toracolapa-

TABLA I

Quiste hidatídico de cúpula hepática



rotomía, o desinsertando ampliamente el diafragma en una toracotomía.

La existencia de hipertensión biliar aunque se halla ya resuelto el problema del quiste hidatídico hepático, puede hacer rebrotar la sintomatología⁴. En uno de nuestros casos a pesar de haberse resuelto el problema del quiste hidatídico de cúpula hepática, la paciente no sanó hasta que se solucionó su problema de hipertensión biliar y de supuración del trayecto intradiafragmático.

El problema de practicar o no la adventicectomía, es parecido a lo que se discute para el quiste hidatídico de pulmón. La adventicectomía es peligrosa y puede provocar una hemorragia grave, como sucedió en uno de nuestros casos en el que la adventicia estaba calcificada y que difícilmente pudo ser dominada. Según Pi-Figueras provocaría además una biliorragia persistente e importante. Trias¹² y Cendan⁵, al contrario recomiendan esta práctica pues acortaría la persistencia de la cavidad quística intrahepática. Hay que ir con especial cuidado con la adventicectomía según el punto que se realiza, sabiendo que en algunos lugares es mejor dejar un girón de adventicia.

Nuestra estrategia en el tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos de la cúpula hepática de evolución torácica se resumiría en 4 puntos:

1. La cavidad quística hepática debe quedar adecuadamente drenada, a través de la conraincisión más baja, es decir separando completamente la boca de la cavidad hepatoquística del tórax (fig. 2). En los casos de quiste hidatídico intacto, sin haberse reventado y sin infección, podría pensarse en cerrar simplemente el diafragma por encima de la boca quística, sin contraabertura subdiafragmática, dejando la cavidad quística bien situada por debajo de las costillas y completamente superficial, de manera que si esta se infectase pudiese ser prontamente puncionada o drenada mediante un tubo (Puig-Massana y Giménez Salinas¹³).

2. El trayecto transdiafragmático de la cavidad quística hacia el tórax, debe ser resecaado para evitar la reproducción de la supuración. Se puede emplear un procedimiento de plastia diafragmática, que separase la cavidad quística del tórax, llevándose a la vez el trayecto fistuloso transdiafragmático (Sánchez-Lloret y Capdevila¹⁴).

3. A tenor de nuestra experiencia, las lesiones pulmonares secundarias raramente justifican la indicación de

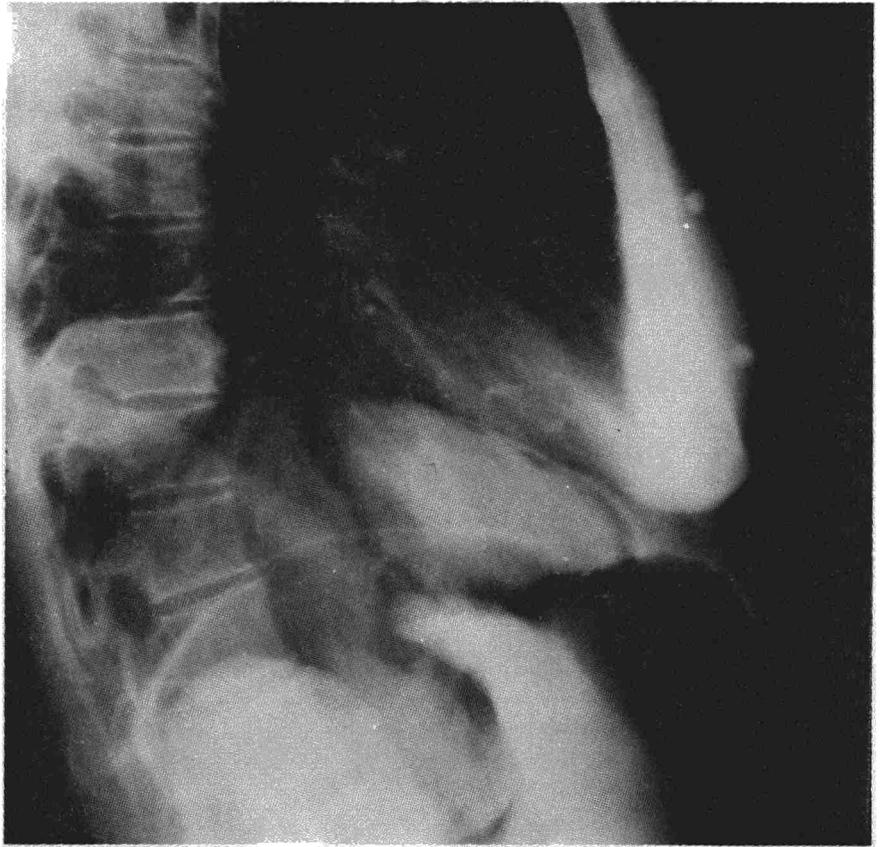


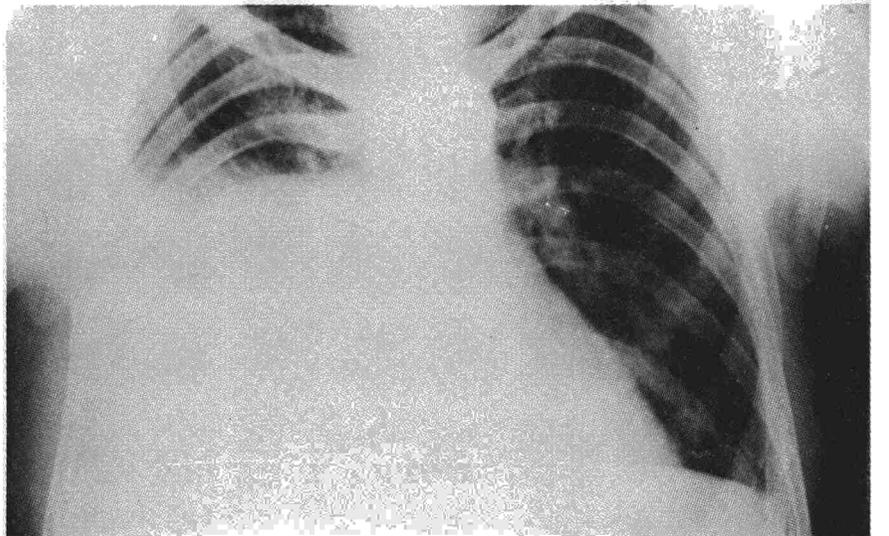
Fig. 6. Neumoperitoneo demostrando que la imagen quística es infradiafragmática.

- resección pulmonar, debiéndose realizar únicamente en casos de alteración extrema del parénquima pulmonar. Esta ha sido también nuestra terapéutica quirúrgica de los quistes hidatídicos de pulmón. Muchas veces la

patología pulmonar viene entretenida por una hipertensión biliar, y sólo se solventará al resolver ésta.

4. Si durante el curso postoperatorio fluyese bilis por el tubo de drenaje intrahepático durante largo tiempo y

Fig. 7. Empiema hidatídico sin nivel de origen hepático. Este paciente fue sometido a una decorticación pulmonar.





en cantidad importante, debe pensarse en la presencia de hipertensión biliar, y obras en consecuencia.

Todos los autores subrayan la gravedad del síndrome y su pronóstico, si el tratamiento quirúrgico, ha de efectuarse en un estadio avanzado. Es por ello que entonces la mortalidad y la morbilidad operatorias son muy pesadas. Los autores dan mortalidades operatorias que oscilan entre un 5,6 % y un 43,7 %^{2,6,8,9,15}. Por todo ello un diagnóstico precoz y un tratamiento rápido son esenciales.

Resumen

Los autores refieren su experiencia en el tratamiento de la hidatidosis hepática de evolución torácica, la cual está basada en 11 casos tratados primariamente. La sintomatología clínica y radiológica depende en gran manera del estadio evolutivo en que se encuentran el enfermo. El estado general está severamente afectado en los casos de quiste reventado e infectado y todavía no abierto a bronquios.

La sintomatología broncopulmonar suele aparecer en un estadio más avanzado, al abrirse la cavidad quística en las vías bronquiales. Una biliptisis importante ha de hacernos pensar en la existencia de una hipertensión biliar, y en la problemática relacionada con este hecho. El tratamiento quirúrgico debe basarse en 4 puntos: 1) Correcto drenaje de la cavidad intrahepática, por debajo del diafragma, seprándolo por completo de la cavidad torácica. 2) Resección del trayecto fistuloso intradiaphragmático. 3) Ser muy conservador con las indicaciones de resección pulmonar. 4) No olvidar nunca la posibilidad de la presencia de una hipertensión biliar, tanto antes como después de la intervención quirúrgica.

Summary

HYDATID CYSTS OF THE LIVER OF THORACIC EVOLUTION

The authors refer to their experience in the treatment of hepatic hydati-

dosis of thoracic evolution, based on 11 cases treated primarily. The clinical and radiological symptomatology depends greatly on the evolutive state of the patient. The general state is severely affected in those cases in which the cyst has burst and been infected and still has not opened to the bronchi. The broncopulmonary symptomatology usually appears in a more advanced state, when the cystic cavity is opened in the bronchial routes. An important biliptisis makes the authors think in the existence of a biliary hypertension, and the problems inherent in that fact. The surgical treatment must be based on the following four points: 1) Correct drainage of the intrahepatic cavity, underneath the diaphragm, separating it completely from the thoracic cavity. 2) Resection of the intradiaphragmatic fistulous route. 3) Be very conservative with the indications for pulmonary resection. 4) Never forget the possibility of the presence of a biliary hypertension, before as well as after the surgical intervention.

BIBLIOGRAFIA

1. DEVE, F.: L'ouverture des kystes hydatiques du foie dans le poumon et les bronches. V. Congrès Annuel des Sciences Médicales. Oran 1935.
2. KOURIAS, B.: Kystes Hydatiques du foie ouverts dans le Poumon et les Bronches. *Journal de Chirurgie (Paris)*, 74: 138, 1957.
3. PICARDO, M.: Las Complicaciones Torácicas de los Quistes Hidatídicos de Hígado. *Medicina Española*, 26: 14, 1965.
4. CENDAN, J.A.: Apertura Postoperatoria de la cavidad adventicial de los Quistes Hidatídicos Hepáticos en los Bronquios. *El Tórax (Montevideo)*, 11: 167, 1962.
5. ALBERTO, L.: Migración hacia el Tórax de contenidos hidáticos sub- y yuxta-diaphragmáticos. *El Tórax (Montevideo)*, 11: 161, 1962.
6. CRAUSAZ, P.: Surgical Treatment of Hydatid Cysts of the Lung and Hydatid Disease of the Liver with Thoracic Evolution. *Journ Thor. Cardiovasc. Surg.*, 53: 116, 1967.
7. HANKINS, J.R.: Management of complicated Hydatid Cysts. *Ann. Surg.*, 158: 1.020, 1963.
8. GUEDJ, P., MORVAN, F., SOLASSOL, A. y GUIDOUM, Y.: Les Fistules Bilio-Bronchiques, Complication sévère des Kystes Hydatiques du Foie. *Lyon Chir.*, 64: 162, 1968.
9. UGON, V.A. y TOMALINO, D.: Trans-tornos Hidatídicos Hepato-Torácicos. Consideraciones sobre 40 casos. *El Tórax (Montevideo)*, 7: 189, 1958.
10. LORENZO, T. y PURSELL, A.: El Pneumoperitoneo Diagnóstico en los Quistes Hidatídicos de base pulmonar Derecha. *Rev. Esp. Cir. Traumatol. Ortopedia*, 1: 428, 1944.
11. GOINARD, P. y PELISSIER, A.: A propos des Fistules Bilio-Bronchiques d'origine hepaticque. *Mém. Acad. de Chirurgie*, 9: 383, 1965.
12. TRIAS, R.: Col·loqui sobre Hidatidisme. Societat Catalana de Biología: Reunió al Hospital de la Creu Roja de Barcelona. 23 de gener 1975. r
13. PUIG-MASSANA, M. y GIMENEZ-SALINAS, A.: Tratamiento del Quiste Hidatídico de Hígado por Vía Transcostal. *Cir. Gin. Obstetricia*, 15: 233, 1960.
14. SANCHEZ-LLORET, J. y CAPDEVILA, J.: El drenaje extraseroso transdiaphragmático en el Tratamiento de los Quistes Hidatídicos de Cúpula Hepática. *Barcelona Quirúrgica*, 18: 426, 1974.
15. GALINDO, R., LARAKI, A. y BARTAL, M.: A propos du traitement des fystules Bilio-Bronchiques et Bilio-Pleuro-Bronchiques. *Ann. Chir. Thorac. et Cardiovasc.*, 14: 369, 1975.