

ASPECTOS PECULIARES NA CIRURGIA DO CISTO HIDÁTICO*

AIRTON JORGE DA SILVA VARELA**

AIRTON JORGE DA SILVA VARELA JÚNIOR***

EDUARDO RODRIGUES VARELA****

NELSON RODRIGUES VARELA****

RESUMO

Durante um período de 25 anos (1959-1984) foram atendidos, em região não-endêmica, 105 pacientes portadores de Hidatidose. Desse total, 92,3% (97 pacientes) foram submetidos à Cirurgia. Oitenta e sete operados (89,6%) apresentavam localizações isoladas de Cisto hidático, e 10 (10,3%) formas simultâneas de apresentação. A cirurgia do tipo conservador (extirpação do parasito e da adventícia, em forma parcial ou total) foi predominante e realizada em 84,5% dos pacientes (82 casos). Mas a cirurgia do tipo não-conservador (com ressecção de vísceras ou estruturas, onde se assenta o cisto), foi necessária em 15 pacientes (15,4% dos casos). A ressecção foi imperiosa, apesar das toilletes extensas praticadas, nas formas de Hidatidose peritoneal: 10 ressecções em 4 casos (250%), contra 11 ressecções (11,8%) nos 93 casos restantes. Chama-se a atenção sobre aspectos peculiares da cirurgia da Hidatidose em crianças, nos cistos calcificados, fistulizações, múltiplos em pulmão, na forma de associação fígado-pulmão, no pâncreas, baço, osso, retroperitônio, e nas formas disseminadas pleural e peritoneal. Embora os diversificados aspectos de apresentação e de tratamento, foi obtida uma mortalidade global igual a zero na série estudada.

PALAVRAS-CHAVE: Cisto hidático; Hidatidose; Equinococose.

ABSTRACT

During a period of 26 years (1959-1984) 105 patients carrying Hydatidose in non-endemic region were attended. From these 92.3% (97 patients) were submitted to surgery. Eighty-seven operated (89.6%) presented isolated locations of Hydatid Cyst and 10 (10.3%) were simultaneous of presentation. The surgery of conservator type (partial or total parasite and adventitia extirpation) was predominant and carried out

* Trabalho realizado no Departamento de Cirurgia da FURG.

** Prof. Titular de Cirurgia e TCBC – Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões

*** Médico Residente do 2º Ano da Disciplina de Cirurgia Geral, Departamento de Cirurgia da FURG.

**** Acadêmicos do Curso de Medicina da FURG.

in 84.5% of the patients (82 cases). But the non-consertator type surgery (with viscera or structure resection, where the cyst is fixed) was necessary in 15 patients (15.4% of the cases). The resection was needed, although the extense toilettes practiced, as Peritoneal Hydatidose: 10 resections in 4 cases (250%), against 11 resections (11.8%) in the rest of the cases. It is worth to point out on peculiar aspects of Hydatidose surger y in children, in the calcsified cysts, fistulations , multiple cysts in the lung, in the form of liver-lung association, in pancreas, spleen, retroperitoneum and in the pleural and peritoneal disseminated forms. Although the diversified aspect of presentation and treatment, a global mortality was obtained equal to zero in the studied series.

KEY-WORDS: Hydatid cyst; Hydatidose; Equinococosis.

INTRODUÇÃO

A Hidatidose é uma doença de natureza benigna. A forma que se tem conhecimento no Brasil é a provocada pelo *Equinococcus granulosus* ou *cisticus*, que produz um ou vários cistos, (forma larvária do parasito), cuja característica morfológica fundamental é a de estar limitado por uma membrana reacional. Esta membrana se forma às custas do tecido do hospedeiro e desempenha papel importante no crescimento, manutenção e proteção do parasito⁴.

Dita membrana, conhecida como adventícia ou pericística, constitui-se por outro lado, num plano anatômico de extraordinária relevância para o trabalho do cirurgião.

Conhecida desde a mais remota antigüidade, referida por Hipócrates^{7,10} e citado no Talmud¹⁰, a doença chegou ao Brasil, via fronteira Uruguai e Argentina, focos endêmicos de reconhecida importância mundial.

Limitada inicialmente ao Rio Grande do Sul, onde sua incidência e distribuição são bem conhecidas^{11,18}, passou a partir de um determinado momento, a aparecer em outras regiões do País.

Casos mais ou menos esporádicos, principalmente de localizações hepáticas, têm sido descritos em diversos outros Estados, como por exemplo, em São Paulo²².

No momento atual, possivelmente, face às correntes migratórias de agricultores gaúchos, cujo assentamento tem sido feito desde o Mato Grosso até Rondônia, poderá haver uma disseminação de portadores, que tornará a doença conhecida a nível nacional.

O presente trabalho tem por finalidade enfocar alguns aspectos mais peculiares e polêmicos da Hidatidose e baseia-se na experiência adquirida com o tratamento da doença em uma zona não-endêmica, (faixa litorânea do sul do Estado) e num serviço de cirurgia geral, onde todos os doentes atendidos migraram de outras regiões, assemelhando o que deverá, supomos, acontecer em breve no País.

Creemos, assim, estar contribuindo de alguma forma para a divulgação e melhor conhecimento desta entidade, cuja benignidade, muitas vezes apenas aparente, está bem caracterizada na frase de Dévé: "Hidatidose, maladie bénigne mais qui peut tuer"⁸.

CASUÍSTICA

Durante um período de 26 anos, (1959-1984), foram atendidos em caráter pessoal 105 pacientes portadores de Hidatidose no Hospital da Santa Casa do Rio Grande, Rio Grande do Sul.

Deste total, 56,1% pertenciam ao sexo masculino e 43,8% ao feminino, com uma relação da ordem de 1,2, portanto, na série; distribuição quase igual entre sexos. A faixa etária variou entre os limites de 4 e 65 anos, com média de 34 anos.

Dois pacientes, um com 4 e outro com 11 anos, representando 1,9% do total, desenvolveram a doença em fase muito precoce.

Do total de pacientes examinados, 95 apresentavam formas isoladas de localização e 10 tinham formas simultâneas.

Da série avaliada foram operados 97 pacientes (92,3%); 10 com localizações simultâneas e 87 com formas isoladas de apresentação. Oito pacientes do total não foram submetidos à cirurgia: um, masculino, com 19 anos, portador de um cisto pulmonar D. com 3cm de diâmetro que, por negativa à cirurgia, foi tratado pelo método biológico e teve regressão espontânea, sob controle radiológico e humoral, negando inclusive a existência de vômica prévia.

Dos outros 7, 6 eram portadores de cistos hepáticos calcificados, considerados estéreis e clinicamente assintomáticos.

Um outro era portador de cisto esplênico calcificado, conhecido desde longa data, tendo sido submetido a uma cirurgia de megacolon e segue em observação até hoje, evoluindo sem problemas.

A distribuição topográfica dos cistos, nos 97 doentes operados, está representada nas tabelas 1 e 2.

O seguimento dos pacientes operados foi de 100%. Todos eles foram acompanhados clínica, radiológica e laboratorialmente até a alta definitiva, com exceção de apenas um, que ainda segue sendo observado e em tratamento.

TABELA 1

CISTO HIDÁTICO – 97 operados – 1959-1984

FORMAS ISOLADAS

FÍGADO	47	48,4%
PULMÃO	28	28,8%
BAÇO	5	5,1%
OSSO	2	2,0%
PÂNCREAS	1	1,0%
RIM	1	1,0%
RETROPERITÔNIO	1	1,0%
MÚSCULO	1	1,0%
SUBCUTÂNEO	1	1,0%
	<hr/> 87	<hr/> 89,6%

TABELA 2

CISTO HIDÁTICO – 97 operados – 1959-1984

FORMAS SIMULTÂNEAS

FÍGADO-PULMÃO	5	5,15%
FÍGADO-BAÇO	1	1,03%
PERITONIAL	4	4,12%
	<u>10</u>	<u>10,30%</u>

De 1970 para cá a laparoscopia foi introduzida no diagnóstico e acompanhamento evolutivo, e os casos de disseminação peritoneal foram seguidos com determinações freqüentes de IgE, na tentativa de prever as recidivas em forma mais precoce.

Atualmente, estamos usando a ultra-sonografia no rastreamento abdominal das formas peritoneais.

RESULTADOS

Do total de pacientes da série, 105, houve 1 apenas em que foi utilizado o tratamento conservador. Portador de um cisto pulmonar D. diminuto, com 3cm de diâmetro, assintomático, com 19 anos, e com diagnóstico por abreugrafia de cadastro inicial, foi submetido, face negativa à cirurgia, a um tratamento na época com Hidatidina, vacina preparada a partir do líquido hidatídico, utilizando metodologia preconizada por Calcagno. Houve desaparecimento radiológico completo num período de 6 meses. Tal modalidade excepcional de tratamento representou apenas 0,9% sobre o grupo total. A norma de conduta foi sempre o tratamento cirúrgico.

A cirurgia conservadora, consistindo na extração da ou das hidátides e da extirpação da adventícia em forma parcial ou total, foi intencionalmente predominante e realizada em 77 (79,3%) dos 87 pacientes com localizações isoladas.

Todas as 47 localizações hepáticas foram tratadas com cirurgia conservadora: 44 com adventicectomia parcial e 3 com excisão total em monobloco do cisto.

Estes últimos eram cistos calcificados (CC), com sintomatologia subclínica, representada principalmente por febrícula persistente.

Das 28 localizações isoladas em pulmão, apenas 1 paciente (3,5%) era portador de cistos múltiplos, 2 em pulmão E. e um em pulmão D.

Somente um caso devido à supuração crônica estendida ao parênquima de vizinhança, sofreu uma ressecção (lobectomia inferior D.).

Todos os demais tiveram cirurgia do tipo conservador, utilizando-se adventicectomia parcial com aerostasia e fechamento primário da cavidade restante.

As demais localizações isoladas, 1 em retroperitônio e 2 em partes moles sofreram, também, cirurgia conservadora.

A cirurgia não-conservadora, com ressecção de parte ou de toda a estrutura onde se assenta o cisto, foi realizada em 10 ocasiões: 1 em pulmão, rim e pâncreas, 2 em osso e 5 vezes em baço.

Já nas localizações simultâneas foram realizadas 5 cirurgias conservadoras, todas elas correspondentes a casos de associação fígado-pulmão e 5 cirurgias com ressecções viscerais diversas.

No total da série, 97 casos operados, houve 84,5% de cirurgia do tipo conservador.

Em 15,4% dos casos, no entanto, foi necessária a ressecção.

A tabela 3 coteja o emprego dos dois tipos gerais de cirurgia, utilizados no tratamento da Hidatidose e em relação ao grupo estudado.

TABELA 3 – Cirurgia conservadora versus ressecção no tratamento do Cisto hidático de acordo com a localização.

CIRURGIA DO CISTO HIDÁTICO – 97 CASOS				
	LOCALIZAÇÃO	Nº	CONSERVADORA	C/RESSECÇÃO
ISOLADAS	FÍGADO	47	47	0
	PULMÃO	28	27	1
	RETROPERITÔNIO	1	1	0
	MÚSCULO	1	1	0
	SUBCUTÂNEO	1	1	0
	BAÇO	5	0	5
	OSSO	2	0	2
	PÂNCREAS	1	0	1
	RIM	1	0	1
SIMULTÂNEAS	FÍGADO-PULMÃO	5	5	0
	FÍGADO-BAÇO	1	0	1
	PERITONIAL	4	0	4
		97	82(84,5%)	15(15,4%)

Houve nítido predomínio da cirurgia conservadora nas formas de localização isolada dos cistos: 77 casos (88,5%) contra 10 (11,4%) da cirurgia não-conservadora.

Em contraposição, nas formas simultâneas de apresentação (10 casos), a distribuição percentual foi igual em relação aos 2 tipos de cirurgia.

A ressecção foi dominante nas formas de disseminação peritonal.

Em 4 casos da série, o que representa 3,8% dos atendidos e 4,1% dos levados à cirurgia, foram necessárias cerca de 10 ressecções: 4 esplenectomias, 2 omentectomias, 1 enterectomia, 1 histerectomia com anexectomia bilateral e 2 salpingo-ooforectomias, elevando o percentual de necessidade de ressecção a 250% somente nestes 4 casos, contra 11 ressecções (11,8%) nos 93 restantes.

A cirurgia iterativa por recidiva da doença foi importante nas localizações ôssea e peritonal.

Um paciente portador de cisto hidático de tibia sofreu 4 intervenções cirúrgicas e 3 dos 4 com Hidatidose peritonal haviam feito, até a data de controle,

cerca de 14 cirurgias para chegar à cura definitiva.

O 4º caso de Hidatidose peritonial segue em controle e tratamento. Submetido a second e third-look programados e a um esquema quase permanente com mebendazol, é o único caso da série que, ainda, não chegou ao final do tratamento.

As complicações pós-operatórias foram mais incidentes na cirurgia dos cistos pulmonares (14,2%), sendo a maioria delas, no entanto, decorrente da própria toracotomia.

Não houve mortalidade na série estudada.

Na tabela 4 se cotejam as cirurgias de ressecção realizadas nos 4 casos de Hidatidose peritonial com as dos 93 casos restantes.

TABELA 4 — Cotejo entre as ressecções praticadas em 4 casos de Hidatidose peritonial e nos demais casos (93).

HIDATIDOSE PERITONIAL		Demais casos	
ESPECTOMIAS	4	LOBECTOMIA PULMONAR	1
OMENTECTOMIAS	2	PANCREATECTOMIA DISTAL	1
SALPINGO-OOFORECTOMIA	2	NEFRECTOMIA	1
HISTERECTOMIA	1	OSTEOTOMIAS	2
ENTERECTOMIA	1	ESPLENECTOMIAS	6

COMENTÁRIOS

O tratamento da Hidatidose deve ser pautado pela conduta mais conservadora, que seja realmente eficaz.

Devem ser levados em consideração dois pontos importantes: 1º — trata-se de patologia de natureza benigna; 2º — a doença acomete, predominantemente, pessoas jovens (faixa etária dominante entre 20 e 40 anos), portanto, com boa perspectiva de vida e capacidade de produção.

Embora a diversidade de procedimentos técnicos existentes^{5,12,19,20,21,24,25}, todos eles procuram alcançar dois objetivos finais: 1º — a extração do parasito (hidátide), que pode ser realizada com ou sem abertura do plano adventicial e 2º — o tratamento dispensado à cavidade residual.

Neste aspecto, a cirurgia de Hidatidose se assemelha muito à cirurgia das hérnias inguinais.

A maior diversificação de atitudes está relacionada, quase sempre, com as alternativas de tratamento da cavidade cística restante.

Esta última poderá ser extirpada de forma total (conjunta ou isoladamente em relação ao parasito), ou de forma apenas parcial, restando então uma cavidade residual, que deverá ser manejada para evitar complicações (fechamento simples, fechamento dirigido por tunelização, aplainamento, epiploonplastia, etc.).

As operações de derivação do cisto (externas ou internas) são métodos insatisfatórios, e só excepcionalmente deverão ser usados²⁷.

A exérese de ou das estruturas anatômicas, onde o cisto se assenta é outra modalidade de tratamento, que tem indicações precisas e rígidas, devendo ser realizada somente em casos de extrema necessidade.

Alguns aspectos do tratamento cirúrgico são, no entanto, peculiares e não se enquadram dentro do raciocínio geral e simplista, acima exposto.

Queremos destacar alguns, baseados na nossa experiência, deduzidos da avaliação conjunta dos casos, pois, a série estudada é, ainda, por demais pequena para que se tirem conclusões mais definitivas.

Várias peculiaridades de apresentação nos nossos casos merecem uma abordagem mais detalhada.

O aparecimento da afecção em crianças, portanto, em fase precoce, pode significar tanto o contágio adquirido muito cedo, como também uma modalidade evolutiva acelerada, possivelmente relacionada a problemas na interação parasito-hospedeiro.

Dois dos nossos casos foram operados nestas circunstâncias. Uma criança de 4 anos com um cisto pulmonar E. em lobo superior (Fig. 1), foi submetida a uma toracotomia pelo 4º espaço intercostal e realizada uma cistectomia total com enucleação do cisto em monobloco. Evolução sem seqüelas e cura sem qualquer recidiva, durante 21 anos de observação.

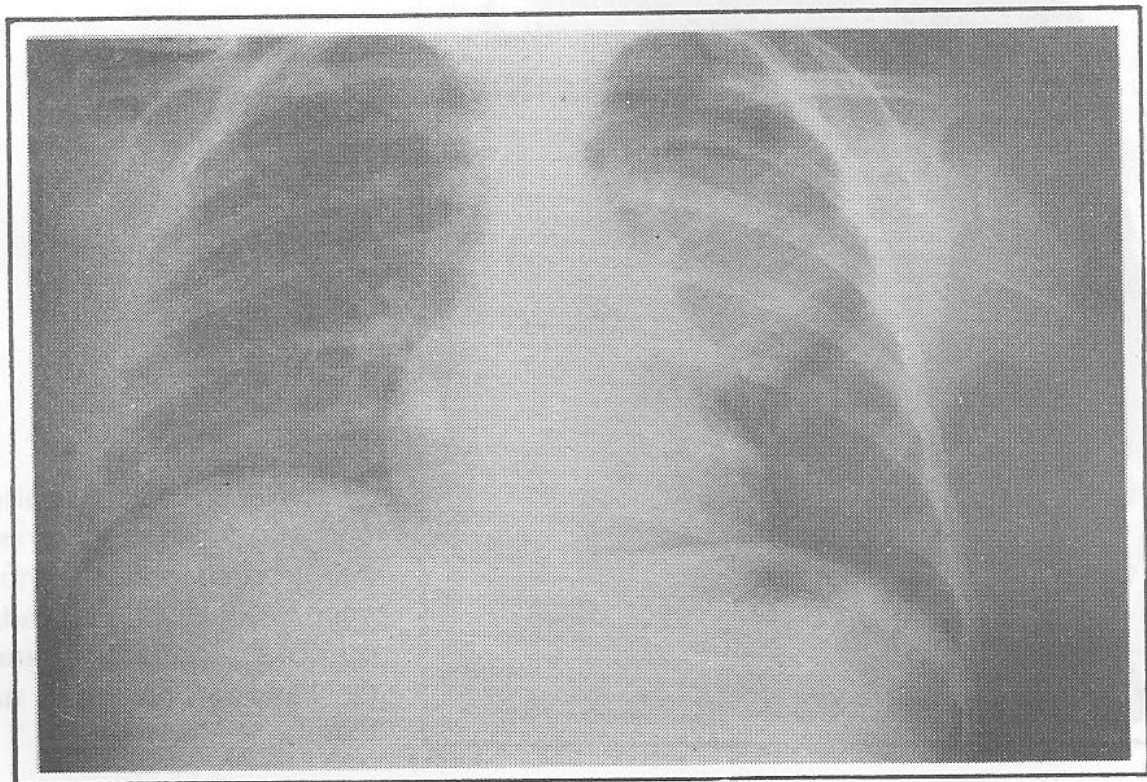


FIGURA 1 – Cisto hidático pulmonar E., volumoso, em criança de 4 anos, tratado por enucleação (Cistectomia).

Chama atenção, neste caso, como nas outras localizações pulmonares, a forma isolada, Hidatidose chamada de segundo filtro, a qual, no entanto, não

podemos afirmar com absoluta segurança, por não dispormos em nosso ambiente de trabalho de recursos mais sofisticados, como, por exemplo, a cintilografia¹⁵ e a arteriografia¹⁴, que permitam assegurar a indenidade hepática.

O outro caso, uma menina de 11 anos, era portadora de volumoso cisto hepático (5 litros) em lobo D.

Avaliada por pneumo e retropneumoperitônio, constata-se que o cisto era único, emergente em face inferior. Após extração do parasito foi realizada, então, uma adventicectomia parcial, de cerca de 90%, sobrando apenas uma lingueta hepática residual (Fig. 2).



FIGURA 2 — Vê-se ao alto lingueta hepática, correspondente ao lobo D. anatômico residual, após retirada do cisto. Ao fundo dreno de Penrose, colocado na fossa de Morrison.

Pacientes nesta faixa etária necessitam atenção especial do ponto de vista anestésico-cirúrgico e observação reiterada durante longo tempo pela possibilidade de recidiva, devendo os métodos utilizados serem os mais conservadores possíveis.

Outro problema polêmico refere-se aos cistos calcificados. A calcificação da adventícia cística que pode atingir vários graus de intensidade, deve considerar-se mais como uma particularidade evolutiva, do que uma complicação da Hidatidose.

A complicação, propriamente dita, diz, quase sempre, respeito à fissuração (comunicação) ou à infecção do cisto retido na carapaça cálcica.

A incidência anda em torno dos 10%⁷, 12%²³, até 37%³⁰.

A conduta deverá ser, sempre, cautelosa em relação aos cistos calcificados, uma vez que se nota uma tendência geral em considerar o cisto calcificado como estéril ou morto e abandoná-lo à própria sorte.

Na nossa série deparamos com 15 doentes portadores de cistos calcificados: 14 em fígado e 1 em baço.

Três pacientes com cisto calcificado (CC) hepático, eram sintomáticos. Excluídas outras causas de doença concluiu-se que, em dois deles, o quadro prolongado de febre com fosfatase alcalina elevada persistente, deveria corresponder a um processo de colangite, por comunicação do cisto com a via biliar, apesar da aparente impermeabilidade da membrana cálcica, sob o ponto de vista radiológico. O terceiro paciente era uma mulher de 40 anos que havia sofrido marsupialização do cisto, 20 anos antes, e que mantinha dois trajetos fistulosos, um comunicando com a pele e outro com o antrogastrico (Fig. 3).

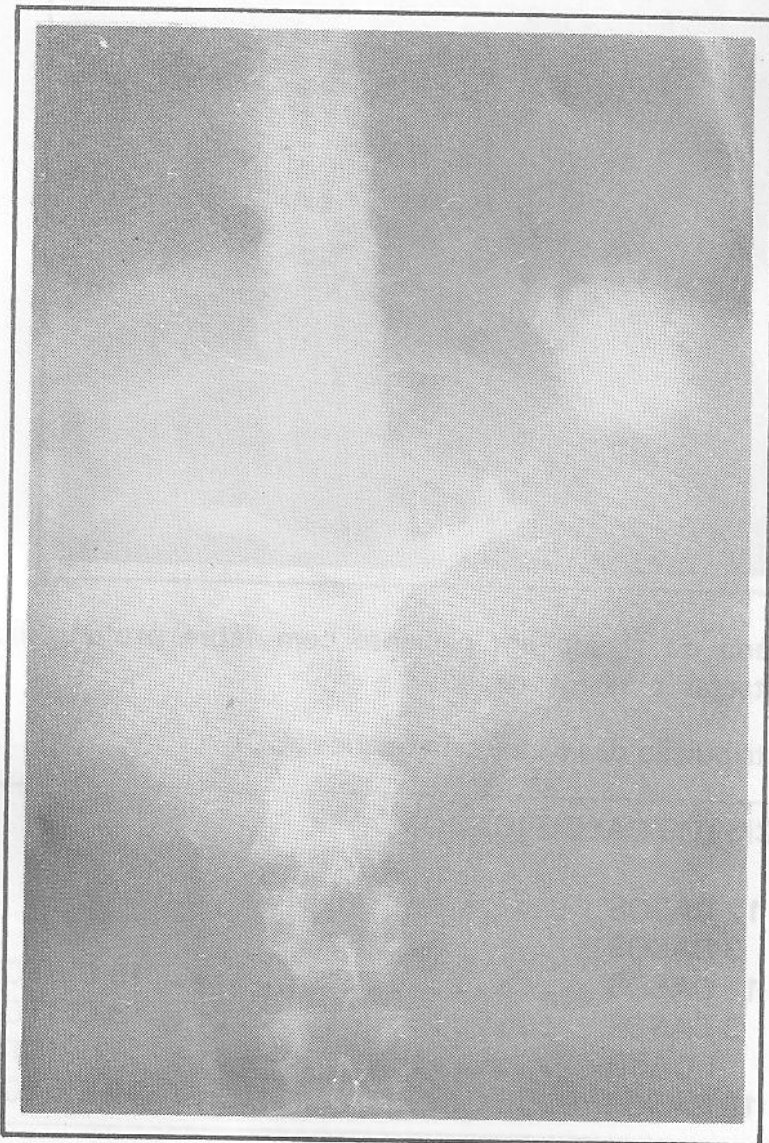


FIGURA 3 — Cisto hidático calcificado em lobo E. do fígado com fistulização crônica para antrogastrico e pele, resultante de antiga marsupialização.

Nos três casos foi possível a cistectomia total por enucleação, ajudada pela resistência da adventícia e pela localização periférica dos cistos, chegando-se em todos à cura completa.

Nos dois primeiros, aberta a membrana calcificada encontrou-se hidátides ainda inteiras, escólices vivos e restos de pus (Fig. 4).

Na série total encontramos 14,2% de cistos com calcificação. O tratamento cirúrgico foi necessário em 2,8% deste percentual. A tabela 5 mostra a incidência e distribuição dos cistos calcificados.

A localização em pâncreas coloca problemas de difícil resolução. Quando situados na cabeça pancreática e havendo riscos para enucleação ou adventicectomia parcial, a derivação interna cisto-digestiva, parece ser o procedimento conservador com menor morbidade.

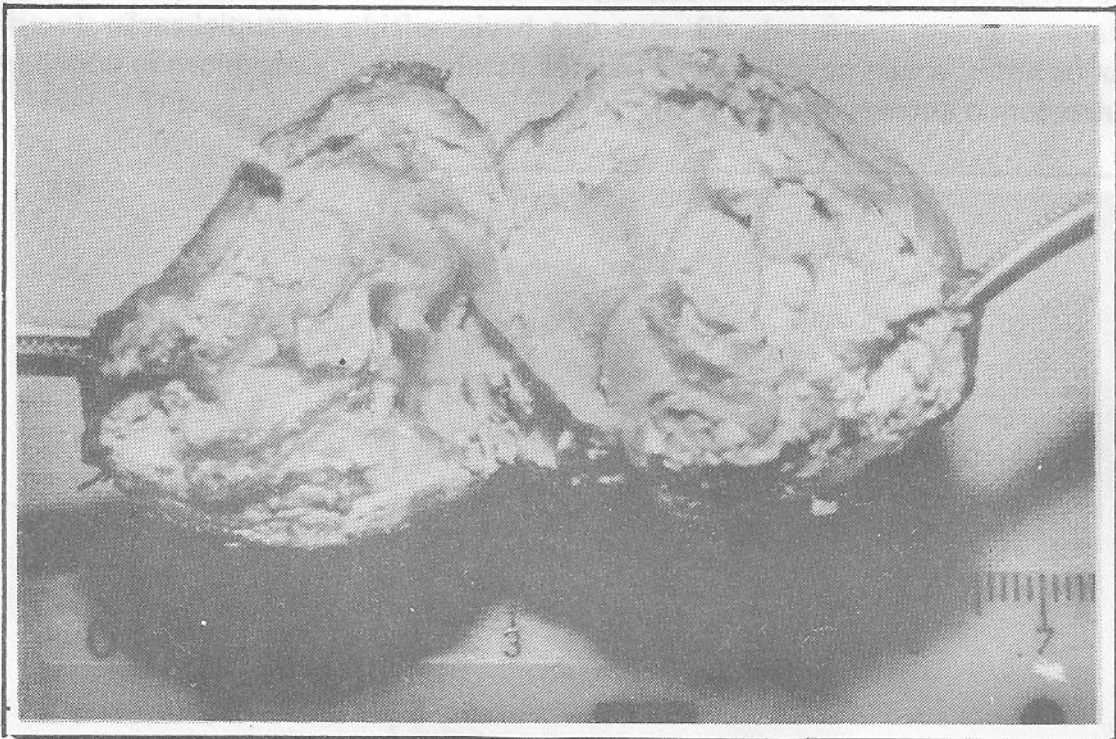


FIGURA 4 – Cisto calcificado de fígado em paciente com febre prolongada. Vêm-se hidátides, ainda, intactas e restos de pus.

TABELA 5 – Incidência e distribuição dos cistos calcificados (CC).

CISTOS CALCIFICADOS			
ÚNICOS	12 CASOS		
MÚLTIPLOS	3 CASOS		
FÍGADO- LOBO D	11 CASOS	15 CISTOS
FÍGADO- LOBO E	3 CASOS	3 CISTOS
BAÇO	1 CASO	1 CISTO
TOTAL	15 CASOS	19 CISTOS

Na nossa experiência encontramos um único cisto, localizado em cauda, cuja remoção foi simples através de uma pancreatectomia distal, embora exigindo a retirada do baço como manobra tática, no caso por efeito de aderências (Fig. 5).



FIGURA 5 — Peça de pancreatectomia distal com esplenectomia por cisto hidático de cauda do pâncreas com conteúdo infectado.

O aparecimento de formas pulmonares múltiplas é outra peculiaridade, motivo de discussão.

Na experiência do Instituto de Cirurgia Torácica de Buenos Aires²⁴, tais formas podem atingir ao redor de 20% dos casos.

A forma múltipla unilateral é de resolução mais ou menos simples. A múltipla bilateral (Fig. 6) exige, no entanto, um planejamento tático mais complexo. É necessário avaliar o número de cistos de cada lado, a presença ou não de complicações, o estado geral e funcional respiratório do paciente, a fim de orientar o tratamento por toracotomias simultâneas ou sucessivas.

No único caso da série, optamos por realizar primeiro toracotomia à E. onde havia dois cistos e dez dias após a abertura do tórax à D. Todos eram cistos são (hialinos), isto é, não complicados.

Claro está que tal conduta para abordagem é variável de acordo com a experiência do cirurgião e os recursos e natureza do serviço (geral ou especializado).

Problema de decisão tática semelhante se apresenta na localização associada fígado-pulmão.

Em 4 dos nossos 5 casos optamos pela abordagem conjunta através toraco-freno-laparotomia, cuja indicação acreditamos formal, também, nos casos de trânsito-hepato-torácico^{16,25}.

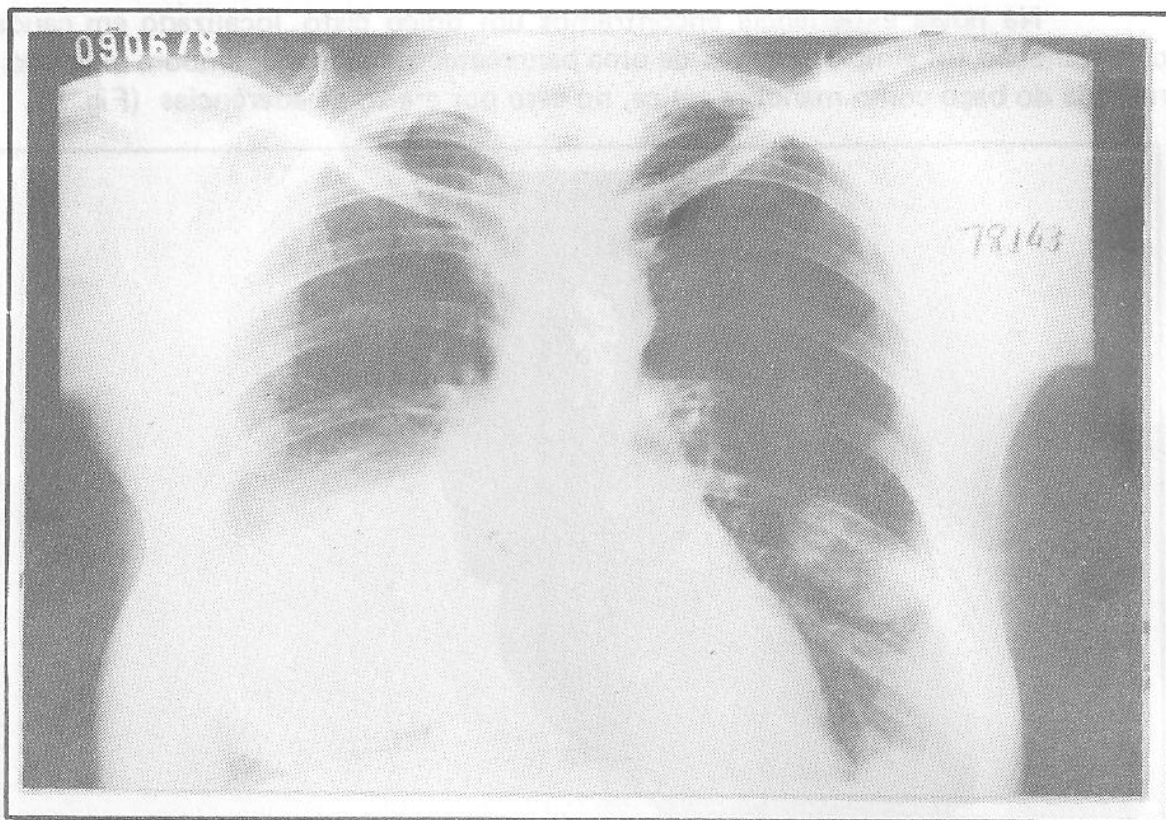


FIGURA 6 — Hidatidose pulmonar múltipla: 2 cistos em pulmão E. e 1 mais volumoso à D.

Um dos nossos casos (Fig. 7) apresentava, no entanto, cisto volumoso tanto em fígado como em pulmão. Face ao estado geral precário do paciente optamos, primeiro, pela resolução do cisto pulmonar, deixando o de localização hepática para cirurgia postergada (15 dias). O resultado foi bom e não houve complicações.

As localizações esplênicas com freqüência variável entre 0,5 e 6%¹³, tanto por comprometimento isolado (5 casos), como na associação fígado-baço (1 caso), bem como por comprometimento secundário à disseminação peritoneal, exigiram sempre a retirada do baço.

Assim sobre um total de 21 estruturas ressecadas na série estudada, 10 foram esplenectomias, ou seja, o baço comprometido por Hidatidose representou 47,6% das estruturas totais ressecadas.

A localização óssea da Hidatidose, bastante rara¹⁷, origina problemas de tratamento relacionados a 5 fatos principais: 1º — o tipo de vesiculação múltipla que se forma, assemelhando muito proximamente à variedade alveolar da doença; 2º — a extrema freqüência de infecção óssea associada em forma sincrônica ou metacrônica; 3º — as dificuldades no emprego de cirurgia do tipo conservador, fundamental, mormente, nas localizações diafisárias de ossos, que sustentam o peso do corpo; 4º — dificuldade no tratamento (preenchimento) da cavidade residual; 5º — morbidade elevada segundo a localização¹⁷.

Na presente série tivemos duas localizações ósseas. Uma em ilíaco D., resolvida por osteotomia linear e outra em tíbia (Fig. 8) de difícil resolução e que exigiu três intervenções subseqüentes para preenchimento final da cavidade óssea,

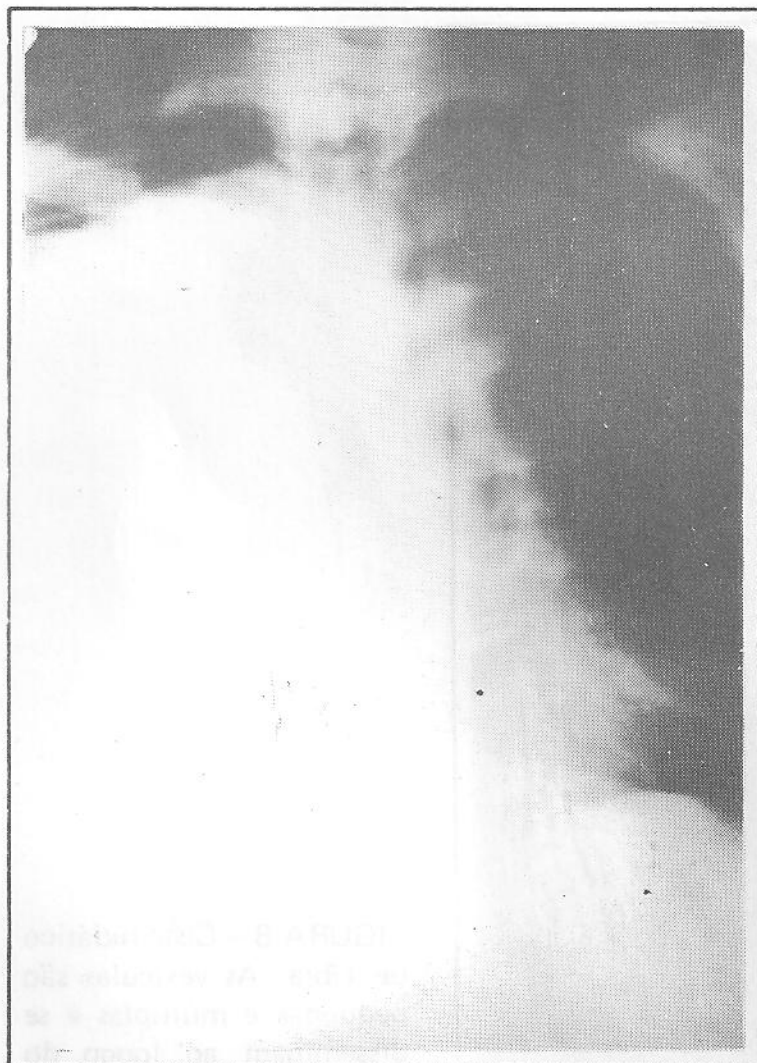


FIGURA 7 – Associação de cistos volumosos em fígado e pulmão. O cisto pulmonar ocupa quase totalmente o hemitórax D.

complicada ademais por osteomielite de longa duração.

A disseminação pleural de um cisto pulmonar roto é uma eventualidade relatada com alguma frequência^{1,6}, chegando em alguns trabalhos a 53%²⁹.

Um caso da série se apresentou sob esta forma e, além da limpeza completa da cavidade pleural, necessitou pleurectomia adicional para totalização do tratamento.

Dentre as localizações "peculiares" da Hidatidose, a forma peritoneal é das mais graves.

Denominada por alguns de "câncer branco", pela maneira como bloqueia a pequena pelve, origina sempre sérios problemas para o tratamento.

A forma peritoneal primitiva é, extremamente, rara. Porém, a forma secundária à rotura espontânea ou traumática do cisto tem uma incidência variável na literatura: 6-7%²⁸, 7%⁹, 8%²³, oscilando entre 2 e 10%³⁰.

A presença da hidátide livre ou mesmo implantada na cavidade peritoneal, determina um comportamento evolutivo muito semelhante em termos de invasão, disseminação e recidiva àquele das neoplasias malignas (Fig. 9).

Isto se deve a dois fatores muito importantes: 1^o – falta de formação de uma adventícia adequada, resistente, como acontece nas localizações em órgãos parenquimatosos; 2^o – ao fenômeno chamado de "vesiculação exógena", que

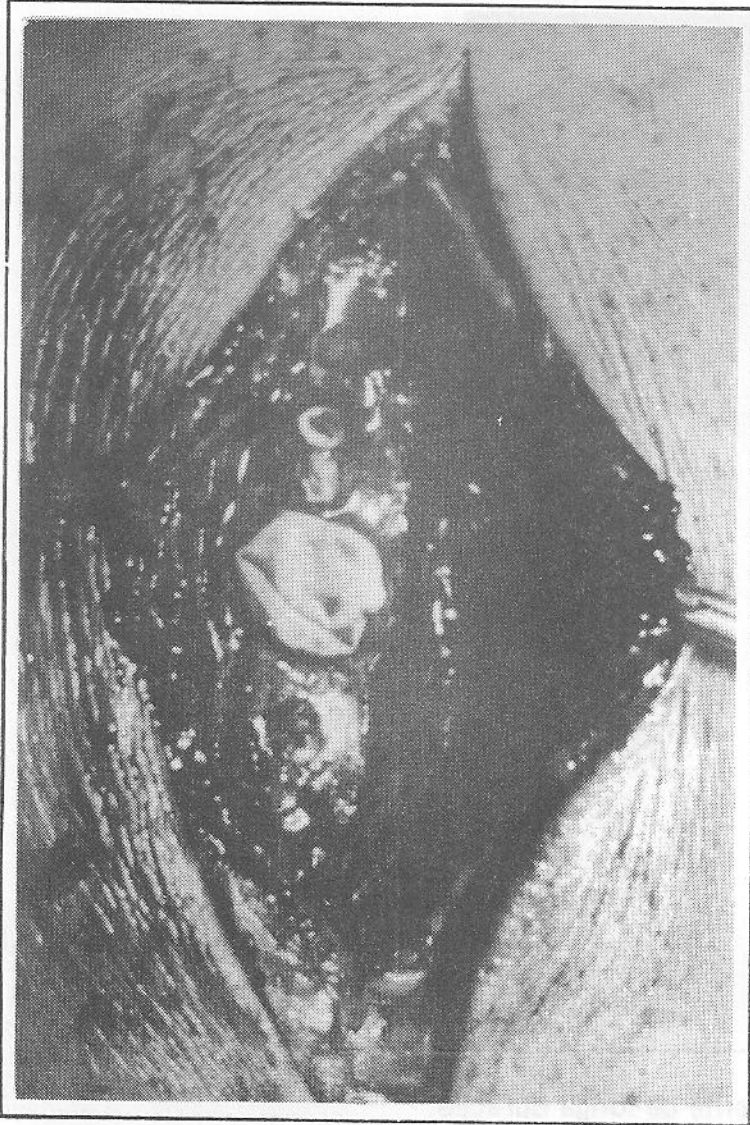


FIGURA 8 — Cisto hidático de tíbia. As vesículas são pequenas e múltiplas e se disseminam ao longo do canal medular, imitando a forma alveolar da doença.

embora comum nos animais, só existe no homem nas localizações ósseas, pleural e peritoneal da doença.

Operamos 4 casos de Hidatidose peritoneal com 4,1% de incidência global. Três de origem hepática e um esplênica. Esse último e mais 2 outros, com cistos hepáticos rompidos, sofreram ao todo 14 intervenções para chegar à cura definitiva.

O último caso permanece, ainda, em tratamento. Implantamos, a partir deste último paciente uma nova sistemática de atendimento e manejo, baseados na experiência de erros anteriores com os demais, e que pode ser resumida nos seguintes itens:

- 1º — O cisto primitivo rompido deve ser, sempre, localizado e submetido a tratamento definitivo;
- 2º — A toilette da cavidade peritoneal deve pretender ser a mais completa possível, levando em consideração o estado geral do paciente (alguns apresentam o que se chama de "caquexia hidatídica"), como também a duração do ato anestésico-cirúrgico;
- 3º — Se as condições do paciente não forem favoráveis e muitas vezes a cirurgia é

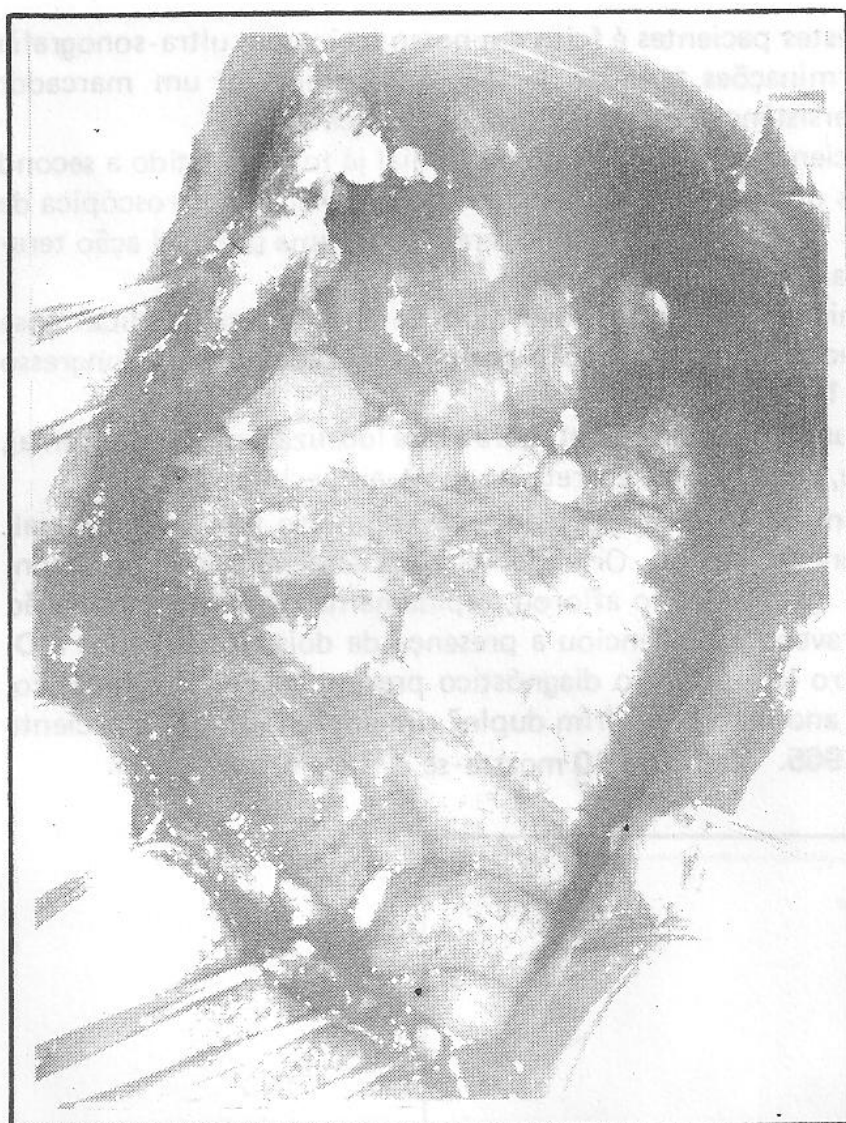


FIGURA 9 – Hidatidose peritoneal por cisto hepático roto, (trauma abdominal). Paciente operado com 15 dias de evolução. Vêem-se hidátides livres e implantadas, disseminadas por toda a cavidade peritoneal.

de urgência sem muito tempo para preparo, ou se por outro lado surgirem complicações durante o ato, deverá o tratamento ser realizado em várias sessões cirúrgicas;

- 4º – Sempre deverá ser liberada a pequena pelve em primeiro lugar, pois as compressões decorrentes de implantes nesta região são sempre muito graves;
- 5º – Evitar sempre que possível a ressecção de vísceras acometidas. A maioria dos implantes hidatídicos não invade a camada muscular das vísceras, tem localização superficial, podendo ser facilmente removidos;
- 6º – Tratar a maior parte das lesões por extração da hidátide mais adventicectomia parcial (o chamado aplainamento ou posta a plano da cavidade), trabalho laborioso mas de eficácia comprovada;
- 7º – Usar proteção da parede e métodos de isolamento como se fosse cirurgia de tumor maligno, a fim de prevenir a disseminação por manipulação e ou a implantação secundária na parede abdominal, ou em outras vísceras.

Além destas medidas estamos usando, presentemente, o tratamento complementar com mebendazol, baseados em alguns resultados iniciais favoráveis, relatados na literatura^{2,3}.

O seguimento destes pacientes é feito em nosso meio com ultra-sonografia e laparoscopia com determinações seriadas de IgE, que parece ser um marcador razoável no controle de persistência, ou de recidiva da doença^{10,31}.

Nosso último paciente com Hidatidose peritoneal já foi submetido a second e third-look programados que parecem demonstrar, pela avaliação macroscópica de campo cirúrgico e através do estudo dos escólices retirados, uma possível ação terapêutica efetiva relacionada ao uso do mebendazol.

Os resultados iniciais com este novo tipo de abordagem da Hidatidose peritoneal, já foram relatados em comunicação por nós realizada no XVI Congresso Brasileiro de Cirurgia, em 1982²⁶.

Queremos tecer um comentário final sobre a rara localização retroperitoneal, que no único caso da série, constitui-se, entretanto, no mais peculiar de todos.

Uma paciente com 56 anos era portadora de volumoso tumor abdominal, que a impedia de permanecer em pé. Oriunda de zona endêmica e com Casoni positivo, o diagnóstico de cisto hidático aflorou, rapidamente. Durante a avaliação geral uma pielografia intravenosa evidenciou a presença de dois rins situados à D. sem imagem renal do outro lado. Com o diagnóstico presuntivo de cisto hidático, em paciente com provável anomalia renal (rim duplo? rim em ferradura?) a paciente foi operada em junho de 1965. Na figura 10 mostra-se o Rx pré-operatório.



FIGURA 10 — Cisto hidático retroperitoneal com 12,5 litros de conteúdo. Observe-se que o rim E. empurrado pelo cisto encontra-se à D., logo abaixo do rim D. Pielografia, antes da cirurgia.

Foi encontrado volumoso cisto hidático retroperitoneal com infecção secundária, o maior que já vimos, com um conteúdo de 12,5 litros medidos no aspirador. Após a cirurgia, uma nova pielografia mostra o retorno do rim E., que havia rotado por ação do cisto, a sua posição de origem (Fig. 11).

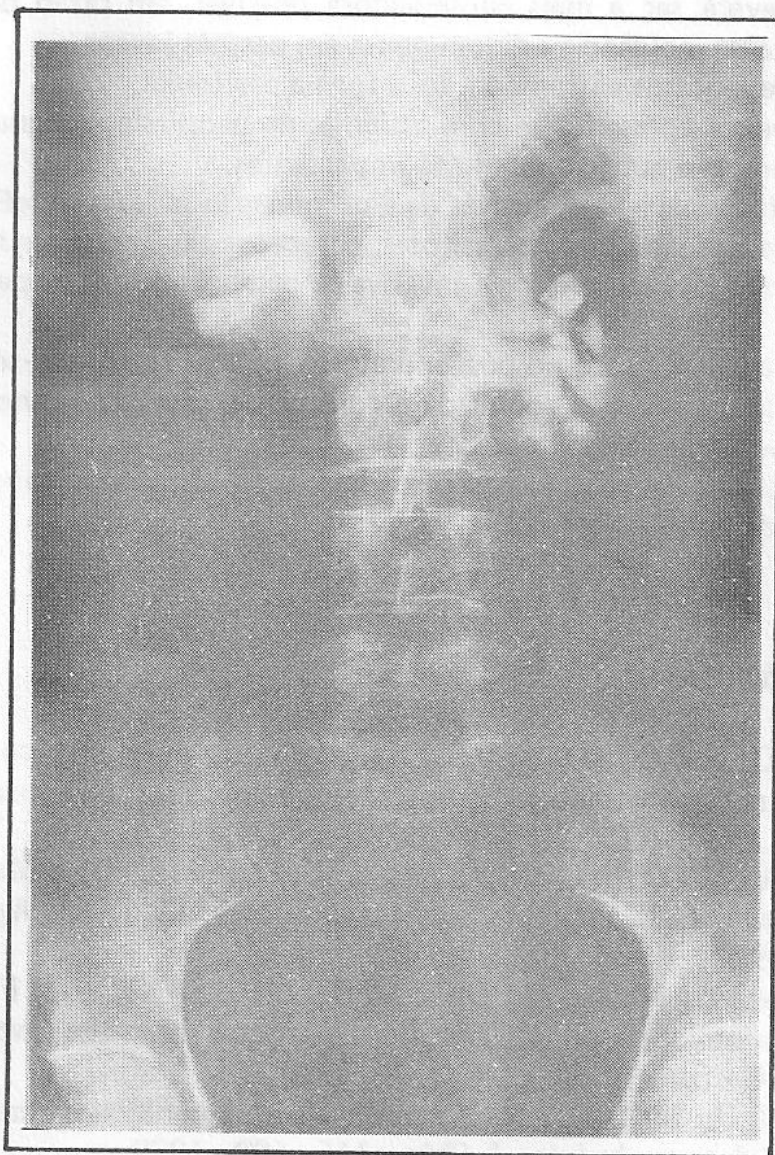


FIGURA 11 — Pielografia pós-operatória do paciente da figura 10. Após retirada do cisto, o rim E. retorna a sua posição normal.

CONCLUSÕES

Algumas ilações de ordem prática podem ser retiradas da experiência adquirida, que vale pela análise de conjunto, pela visão globalizada do problema.

A série não é grande, algumas localizações ou formas tiveram presença apenas eventual, o que do nosso ponto de vista invalida qualquer pretensão estatística ou conclusão afirmativa.

1º — A Hidatidose é uma doença polimorfa e polifacética, com aspectos diversificados de apresentação e tratamento.

- 2º – O conhecimento global da doença é extremamente importante, uma vez que a incidência em zonas não-endêmicas e em serviços de cirurgia geral é uma realidade que poderá adquirir novas dimensões num futuro não distante.
- 3º – Torna-se necessário um conhecimento razoável de procedimentos técnicos e táticos, para poder abranger todas as modalidades de tratamento.
- 4º – A cirurgia realizada deverá ser a mais conservadora possível, em razão da benignidade da doença e da incidência predominante em pessoas jovens.
- 5º – A localização mais grave, por nós enfrentada, foi a forma peritoneal.
- 6º – Nesta localização a doença apresenta-se com estigmas de neoplasia maligna, com repercussão metabólica e nutricional muito importantes.
- 7º – O seguimento e controle de pacientes, através da determinação seriada de IgE, com picos mais elevados que em outras parasitoses, parece ser uma modalidade razoável, para determinar sem metodologia invasiva, a persistência ou reaparecimento da doença.
- 8º – O uso do mebendazol a longo prazo no pós-operatório, poderá constituir-se, futuramente, com maior experiência adquirida e controlada, numa esperança bastante plausível de melhoria de resultados.
- 9º – Com as condutas adotadas, em relação aos casos operados, obtivemos baixa morbidade e mortalidade nula.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALIANO, A.; BELLOSO, R.; CORDANO, J. B. Hidatidosis pulmonar con complicaciones pleurales parahidáticas. Empiema y pleuresía serofibrinosa. *Cir. Urug.*, 7 : 228, 1977.
2. ALVAREZ, J. L. R.; CARAZO, M.; GONZÁLEZ, L. R.; LÓPEZ, D. D. Hidatidosis peritoneal secundaria masiva y mebendazol. *Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.*, 59 : 255, 1981.
3. BEKHTI, A.; MIZET, M.; CAPRON, M.; DESSAINT, J. P.; SANTORO, F.; CAPRON, A. Quimiotérapie de la maladie hydatique humaine avec mebendazole. *Acta Gastro-Ent. Belg.*, 43 : 48, 1980.
4. BOURGEON, R.; ISMAN, H.; BRISARD, M. Le périkyste et la périkysectomie au cours du Kyste hydatique du foie. *J. Chir.*, 116 : 693, 1979.
5. CÁNEPA, H. S.; VIVAS, R. A.; BUSTAMANTE, J.; SARAVIA, A. Tacticas y tecnicas quirúrgicas para el tratamiento de la hidatidosis pulmonar. *Arq. Int. Hidat.*, 25 : 159, 1973.
6. CATUCCI, G. La rottura intrapleurica di cisti da Echinococco viscerali primitive. *Rev. Omnia Med. Therap.*, 4 : 721, out./dez. 1967.
7. CURUTCHET, J. L. Tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos del hígado. *Cir. Panamer.*, 2 : 273, 1972.
8. DÉVÉ, F. *L'échinococcose primitive*. Paris, Masson, 1949. v. 1.
9. DÍEZ, M. M.; GOICOECHEA, R. G.; VIDAL, E. B.; RODRIGO, M. A. B.; SETIEN, A. I. Cent kystes hydatiques du foie opérés: étude rétrospective. *Lyon Chirurg.*, 75 : 225, 1979.

10. DUMON, H.; VERVLOET, D.; QUILICI, M. La maladie hydatique: parasitologie, épidémiologie et prophylaxie. *Rev. Prat.*, Paris, 28 : 2827, 1978.
11. EDELWEISS, E. A descoberta da hidatidose pulmonar pelo recenseamento torácico. *Rev. AMRIGS*, Porto Alegre, 14 (2) : 49, 1970.
12. GARCÍA, A. S. & CARO, F. Papel de la tunelización en el tratamiento de la Hidatidosis hepática. *Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.*, 60 : 559, 1981.
13. GRANDE, R. G.; PELLICO, C. G.; RAMIS, M.; IZQUIERDO, M.; SANCUIORRIÁN, P.; DOMÍNGUEZ, L. Quiste hidatídico de bazo. *Rev. Clin. Esp.*, 163 : 41, 1981.
14. HUGUIER, M.; LÉCLÈRE, J.; VALETTE, M. L'artériographie dans les kystes hydatiques du foie. *J. Chir.*, 118 : 697, 1981.
15. KOURIAS, B.; GYFTAKI, E.; PEVERETOS, P.; BINOPOULOS, D. Valor de la centellografía preoperatoria y posoperatoria en la hidatidosis hepática. *Brit. J. Surg. Ed. Esp.*, 2 : 198, 1970.
16. MARTÍNEZ, J. L.; PIÑEYRO, J.; SANJINÉS, A. Supuraciones pulmonares autóctonas secundarias. *Cir. Urug.*, 45 : 216, 1975.
17. MARTÍNEZ, R. R. & OLMEDO, A. E. Echinococosis ósea: su tratamiento por el método de Phelps Pérez Fontana. Resultados alejados. *Arq. Int. Hidat.*, 25 : 169, 1973.
18. MENEGHETTI, M. D. A hidatidose no Rio Grande do Sul. *Arch. Intern. Hidatid.*, 6 : 221, 1946.
19. PAPANIMITRIOU, J. & MANDREKAS, S. Tratamiento quirúrgico de la enfermedad hidatídica del hígado. *Brit. J. Surg. Esp.*, 2 : 471, 1970.
20. PERDOMO, R.; BALBOA, O.; MORELLI, R.; MELOGNIO, S. Quistes hidatídicos del hígado abiertos en las vías biliares: desconexión quisto-biliar por coledocostomía transhepático-quística. *Cir. Urug.*, 46 : 33, 1976.
21. PERRONE, L.; ESTRUGO, R.; BOUNOUS, M.; PAPERÁN, J.; BERCIANOS, C.; LERENA, A. La esfínteroplastia en los quistes hidatídicos del hígado abiertos en la vía biliar. *Cir. Urug.*, 47 : 131, 1977.
22. PINOTTI, H. W. & FOGLIATTO, J. Hidatidose hepática: conduta terapêutica. *Rev. Hosp.*, 72 : 349, 1967.
23. RODRÍGUEZ, J. M.; GARCÍA, J. G.; LÓPEZ, A. H. Complicaciones evolutivas del quiste hidatídico hepático. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.*, 58 : 111, 1980.
24. SCHIEPPATI, E. Equinococosis hidatídica pulmonar. *Cir. Panamer.*, 3 : 445, 1973.
25. SUÁREZ, H. Directivas de tratamiento en el tránsito hidático hepatotorácico. *Cir. Urug.*, 45 : 369, 1975.
26. VARELA, A. J. S. Hidatidose peritoneal com peritonite hidatídica. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIRURGIA, 26, Rio de Janeiro, 1982. Tema livre.
27. VELONA, G.; MAUGERI, S.; MELI, S.; ARTALE, S. Un caso di cisti idatidea della testa del pancreas in una bambina di sei anni. *Riv. Ped. Sicil.*, 21 : 243, 1966.
28. VIOLA, H.; DIFILIPPO, J.; GOLLER, W. Oclusión intestinal por hidatidosis peritoneal secundaria. *Cir. Urug.*, 44 : 57, 1974.

29. VIVÓ, J. N. Conducta frente a la hidatidosis pulmonar complicada. *Cir. Urug.*, 45 : 363, 1975.
30. ZORNOZA, C.; VOLTAS, J.; CABAÑAS, I. P. Nuestra experiencia en la hidatidosis hepática. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.*, 41 : 561, 1973.
31. ZORRAQUINO, M. N.; ABOS, M. D.; SALINAS, J. C.; REVILIA, J. M.; SUÁREZ, J.; PASTOR, C.; BERNAD, J.; MANTECÓN, R. L. Respuesta inmunológica humoral tras la exéresis de quistes hidatídicos hepáticos. *Rev. Clin. Esp.*, 167 : 49, 1982.