

EL QUISTE HIDÁTICO DEL HIGADO FISTULIZADO EN LOS BRONQUIOS (*)

Estudio anatómico

Dr. Héctor Ardao

Hace unos años reunimos en un trabajo 8 observaciones autópsicas de quiste hidático del hígado, fistulizado en los bronquios.

No podríamos ahora, en los minutos disponibles, hacer sobre el tema un estudio en conjunto, ni siquiera un resumen de las conclusiones de aquel trabajo. Sin embargo ciertos hechos observados en el estudio anatómico, permiten fijar conceptos acerca de la patología de esta grave complicación de la equinocosis hepática. Estos hechos tomados de acuerdo a la importancia que tienen unos frente a otros, es lo que vamos a exponer ahora.

En primer lugar, se trata siempre de Quistes Viejos, con la adventicia esclerosada o calcificadas, cuyos estratos internos muy frecuentemente se encuentran en estado de necrosis y reblandecimiento ateromatoso.

Estos quistes al crecer, se han exteriorizado dentro del parénquima hepático y se encuentran bajo la cápsula de Glisson, ya sea hacia atrás, hacia arriba o adelante.

El canalículo biliar de neoformación entra a formar parte siempre como un elemento constituyente de la adventicia en los quistes hepáticos. Si los estratos internos se exfolian en masa o bien se derrumban por degeneración granulosa y grasosa pueden abrirse los canales y lagunas biliares y entonces la bilis se

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 26 de octubre de 1949.

vierte dentro de la cavidad adventicia y colorea a las membranas hidáticas. Este proceso histológico está en la base de la rotura del Quiste Hidático en las Vías Biliares.

A medida que el parásito crece, provoca una reacción inflamatoria productiva que trae como consecuencia la soldadura parcial o completa de la cápsula hepática al diafragma, y más allá todavía de la base del pulmón derecho al diafragma mediante Adherencia de las Pleuras.

La Base del Pulmón Derecho está constituida por la cara inferior del lóbulo póstero-inferior y por la extremidad anterior del lóbulo medio. Estos dos lóbulos pulmonares contactan normalmente con el diafragma y es en ellos que hemos encontrado exclusivamente localizada la fistulización quístico-bronquial. La comunicación con los dos lóbulos pulmonares inferior y medio derechos, se observa en quistes ubicados ya sea en el lóbulo derecho o izquierdo del hígado. Es rara la fistulización de los quistes hepáticos en el pulmón izquierdo. Los quistes de la cara superior y posterior se abren en el lóbulo inferior. Los anteriores y superiores medianos, suelen abrirse en el lóbulo medio. Es muy constante esta relación topográfica. Las radiografías simples de perfil mostrando la topografía del lóbulo afectado, indican indirectamente la situación del quiste y puede ser una guía en la elección de la vía de abordaje operatorio: anterior o posterior. Nuestras 8 observaciones, se reparten así: 2 casos en el lóbulo medio y 6 en el lóbulo inferior derecho.

El proceso inflamatorio e infeccioso es quien provoca la rotura del diafragma creando el trayecto. En algunas observaciones la perforación es amplia, permitiendo el pasaje de 2 y 3 dedos. En otros casos, es pequeña, permeable apenas a un lápiz. En algunos casos la perforación asienta en la porción tendinosa del centro frénico; en otras en plena porción muscular. En un caso nos fué dado encontrar abscesitos linfangíticos alrededor del trayecto.

El pasaje de las membranas, fragmentos de la adventicia, pus y bilis al lóbulo pulmonar adherido, origina la constitución de un absceso en el parénquima pulmonar. Este absceso es más

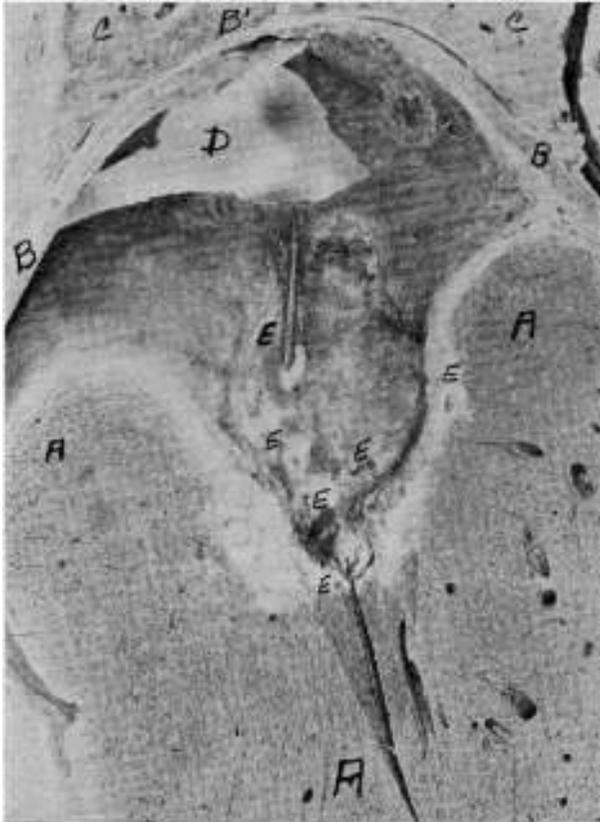


Fig. 1. - Instituto de Anat. Pat. de la F. de M. Prot. 626. N.º Museo 4087. — Corte frontal de pulmones, corazón, diafragma e hígado. Vista posterior del corte. Quiste hidático de la cara superior del hígado abierto a través del diafragma en el lóbulo pulmonar inferior derecho, mediante una cavidad subfrénica. A) Hígado; B) Diafragma, en B' aparece desgarrado el músculo frénico. Corresponde al borde de la amplia perforación. C) Lóbulo inferior del pulmón en estado de hepatización gris. D) Cavidad sub-frénica derecha. En el fondo de la cavidad residual hidática se observan numerosos canales biliares (E) los cuales emergen en la cúspide de mamelones constituidos por tejido de granulación de la adventicia. Uno de ellos E' se muestra cate-terizado por una sonda.

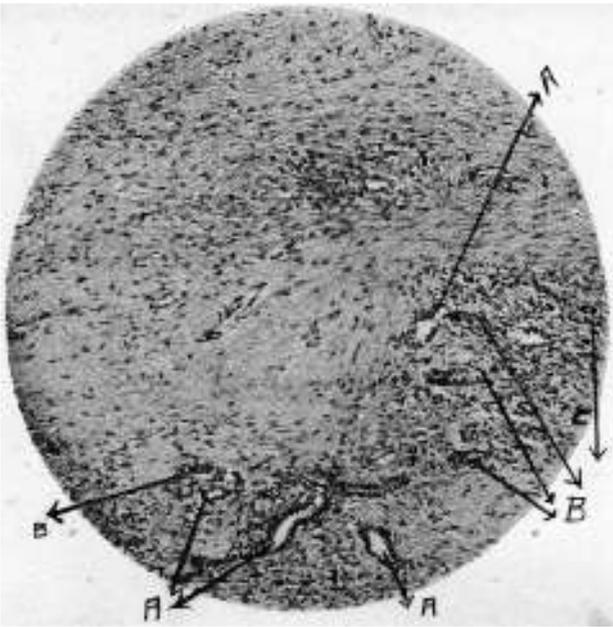


Fig. 2. - Instituto de Anat. Pat. de la F. de Med. Prot. 331. Museo 8317, A, B y C. — Canaliculos biliares microscópicos, formando un grupo en el espesor de la adventicia. Algunos tienen la luz permeable A. Otros aún son yemas macizas de neoformación, B.

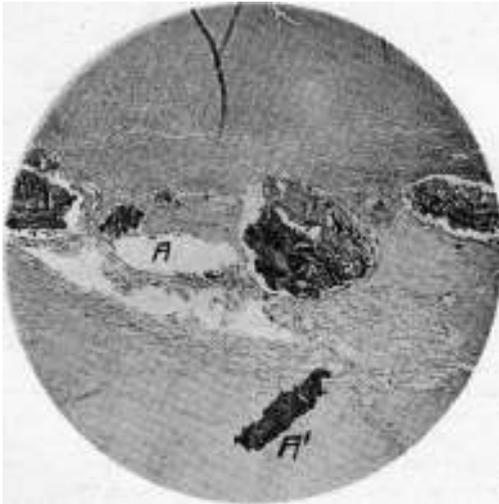


Fig. 3. - Mismo caso anterior. Gruesas lagunas biliares de la adventicia atascadas de membranas hidáticas. El conglomerado A' ha sido arrastrado por la cuchilla del microtomo, desde la laguna A, la cual muestra una delgada capa de epitelio atrófico.



Fig. 4. - Mismo caso anterior. Se muestra el contenido de las lagunas biliares de la adventicia. Membrana quitinosa hidática impregnadas de bilis y cristales de colesterolina cuyo molde aparece en vacío. En A se conserva el epitelio. En (B) aparecen células gigantes de cuerpo extraño.

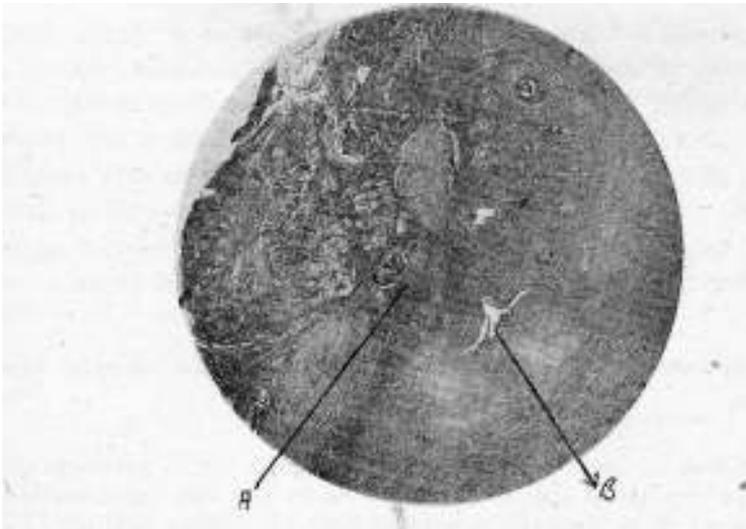


Fig. 5. - Instituto Anat. Pat. de la F. de Med. Prot. 518. Mus. 8550 A, B, C y D. Canales biliares de la adventicia. En A atascado por un fragmento de quitinoso. En B un canal de neoformación con la luz libre.

o menos grande; a veces ocupa todo el lóbulo y se propaga de un lóbulo a otro.

Fuera de la cavidad abscesual, el pulmón presenta lesiones bronco-neumónicas que a menudo constituyen pequeños abscesos confluentes con la cavidad mayor.

A veces es posible encontrar esta etapa del Absceso Hidático, es decir, de penetración intraparenquimatosa del contenido quístico y sin fístula bronquial. No hay vómica todavía.

Otras veces, la vómica es tardía o intermitente. La penetración pulmonar de las membranas a veces se realiza a tensión y los restos parasitarios aparecen incrustados en las paredes anfractuosas de la cavidad. Se pueden observar rodeados de pu o bien constituyendo Granulomas o Folículos Equinocócicos.

Como estos quistes en general no presentan gérmenes hidáticos vivos y la supuración previa del quiste a menudo es la etapa inicial de la migración transtorácica se comprende que estando el parásito muerto casi siempre, rara vez pasaran elementos hidáticos susceptibles de originar una Equinococosis Secundaria en el Pulmón.

A menudo hay dos o más quistes hidáticos en el hígado. Esto debe tenerse en cuenta, pues a veces se ha drenado por vía abdominal el quiste que no era responsable de la fistulización. En algunos casos coexiste también Litiasis Coledociana y ella puede jugar un papel fundamental en el establecimiento de esta complicación. En primer lugar por la infección ascendente que se lleva hasta el quiste y en segundo lugar, por la hipertensión en el árbol biliar que facilita el reflujo ascendente hacia el tórax.

La Bronconeumonía Bilateral es la causa de muerte más frecuente.

Dr. Palma. — La comunicación del Dr. Ardao, cuyos puntos fundamentales ya conocíamos puesto que fué motivo de una tesis tan importante sobre el tema de la emigración pulmonar de los quistes hidáticos, nos ha aportado observaciones macro y microscópicas de gran interés.

El Dr. Ardao ha traído un hecho nuevo que realmente debe ser considerado y es que aporta el concepto de la neoformación de los canaliculos biliares en las alteraciones patológicas, a la infiltración trans diafragmá-

tica y pulmonar del quiste hepático. Realmente es un hecho importante que se ha destacado pero respecto al cual yo desearía hacer algunas preguntas porque a primera vista uno no concibe, del punto de vista biológico, que frente a una región hidática en franca degeneración, con acción degenerativa por la hidátide, por la expansión y la presión vascular, mientras el parénquima glandular genera la secreción biliar que va a ser llevada por canalículos en regresión, los elementos canaliculares entran en producción, y producción coordinada que llega a la constitución de canalículos biliares con perfecta luz en su interior. Desde luego que si eso se confirmara sería un asunto muy importante, pero yo desearía que el Dr. Ardao, es simplemente una pregunta, dijera como pueden diferenciarse los canalículos biliares persistentes en parénquima degenerado, los canalículos biliares en regresión de los canalículos de neo formación, tanto más que yo creo que en la literatura no hay señalado el caso, y representaría, en el caso de confirmarse, un hecho de gran trascendencia.

Dr. Maisonnave. — No sé si me saldré de la cuestión, si hablo sobre la evolución de un enfermo que yo presenté a esta Sociedad en el año 1945. Se trataba de un caso de migración hepato-pleural por vía transdiafragmática y por vía bronco-pulmonar al exterior, que tuve oportunidad de tratar entonces en el Hospital Militar. Hablé al respecto, antes de entrar en sesión, con el presidente, el que dirá si salgo o no de la cuestión al citarlo ahora.

Dr. Armand Ugón. — Está perfectamente dentro del tema.

Dr. Maisonnave. — Este enfermo tenía un quiste hidático del hígado que había abierto el diafragma, irrumpiendo en la pleura, y que por vía bronco-pulmonar, por vómica, se había hecho camino al exterior. Pasaron cuatro años después de la operación que consistió en abrir la pleura, encontrándonos con una cavidad cerrada que tenía por techo el pulmón, por piso el diafragma y por pared externa la parrilla costal.

El 15 de setiembre de este año, ingresó nuevamente a mi sala. Sin téticamente voy a leer su última historia. En febrero de este año estuvo internado por tos, expectoración y un dolor en el hombro derecho en una sala de medicina en el Hospital Militar. Visto a Rayos X no se le comprobó más que la secuela de su antigua operación. Hace aproximadamente dos meses, que comienza a sufrir cefalalgias intensas y crisis de pérdida del conocimiento con desviación de los ojos a izquierda, mordiéndose la lengua. Sin convulsiones. Marcha inestable que le hace perder el equilibrio y caer. No ha tenido vómitos ni ha visto "moscas volantes".

Examen (16 de setiembre). Enfermo de mirada inexpresiva y al infinito. Apirético. Contesta con cierta dificultad al interrogatorio. No sigue con la vista el dedo en los movimientos extremos, sobre todo a la izquierda. Aparentemente ve bien al obligarlo a fijar la mirada.

Reflejos tendinosos salen débiles. Clonus del pie permanente, sobre todo a la derecha. No hay signo de Kernig, Brudzinski, ni rigidez de nuca.

Aparato respiratorio: Ruidos bronquiales difusos en ambos pulmones, roces pleurales por encima y debajo de la cicatriz operatoria. Vibraciones aumentadas. Matidez derecha por encima de la matidez hepática.

Aparato cardio-vascular: Pulso 80. Tonos bien golpeados. Presión máxima, 13. Presión mínima, 7.

Varias veces en el día cae en las crisis anteriormente citadas.

Examen de laboratorio: Urea 0,50; R. W., negativa; orina, normal; G. R., 3.800.000; G. B., 13.800; Pol. N., 86 %; Linfocitos, 10 %; Monocitos, 4 %.

Se le envía al oculista para el examen de fondo de ojo, cuyo informe es: "desviación conjugada hacia la derecha no realizando ningún otro movimiento con los ojos. Por momentos, mira ligeramente hacia arriba. De manera que existe acompañando a esta desviación conjugada una oftalmoplejía externa. Reflejo fotomotor: normal. Desde luego no hay reacción a la convergencia.

Para informar el fondo de ojo, hemos indicado para el día lunes (19 de setiembre), el uso de midriáticos". — Fdo.: Dr. J. Rivas.

Se le envía al radiólogo, quien informa: "pulmones claros". Fdo.: Mezzera.

Setiembre 17: Sigue en el mismo estado que en el día anterior, aunque parece por momentos que le es más difícil contestar a las preguntas que se le hacen. La cefalalgia es intensa.

Setiembre 18: "A las 13 horas entra en estado de coma. El examen neurológico en ese momento da: extremidades inferiores en completa hiperextensión y superiores en flexión. Pérdida total de la sensibilidad superficial y profunda. No hay Babinski ni Oppenheim. Clonus patelar izquierdo. Reflejo corneano bilateral existe. P. A.: Mx., 12; Mín., P. 5. Midriasis (por colirio de la atropina).

A las 17.30, entra en coma profundo. A las 1 se le extraen 15 c.c. de líquido céfalo-raquídeo, cuyo examen da: Líquido cristal de roca: albúmina 0,20; linfocitos 1 ó 2; bacteriológicamente negativo.

A las 23 se le hace bronco-aspiración por sus fenómenos tráqueo-bronquiales y se intuba.

La cianosis que se ha instalado y pese a la intubación, fallece a las 23.50." Fdo.: Dr. Bellagamba.

Por sus crisis intermitentes, su cuadro neurológico, sus signos oculares, el líquido céfalo-raquídeo y por el coma final hicimos el diagnóstico probable del quiste hidático del cerebro. Indudablemente este enfermo tenía un cuadro de irritación cerebral evolucionando en poco tiempo, dos meses.

La autopsia fué imposible realizarla, pues los familiares no la permitieron.

Este enfermo presentaba de particular que la migración trans-diafragmática en vez de hacerse, como en todos los casos presentados por los Dres. Ardao y Suárez, directamente del hígado a los pulmones y bron-

quios, se ha hecho en la pleura; a mi modo de ver por tres etapas: 1ª etapa hepática, con adherencia del quiste al diafragma; 2ª, rotura en la pleura libre y 3ª, vómica por abertura de esa pleuresía hidatídica en los bronquios.

Dr. Ardao. Voy a contestarle concretamente al Dr. Palma su interrogante. La neo-formación de canalículos biliares en la adventicia hepática es un hecho de observación histológica. La primera vez que nosotros tuvimos oportunidad de entrever esto, fué en el año 1935, cuando hicimos con el Dr. Larghero y Purriel, un trabajo sobre el pio-neumotórax hidático. En ese trabajo, hay al final un capítulo sobre el cole-pio-neumo-tórax hidático. El estudio de las piezas en el examen microscópico nos mostró en esas circunstancias canalículos biliares en el espesor de la adventicia que evidentemente presentaban caracteres histológicos de neo formación. Después de eso, allí lo dejamos consignado, hemos comprobado que dentro de la neo formación conjuntivo vascular ordenada que es la adventicia, el canalículo biliar del hígado es un elemento constante de integración. Más tarde nos intrigó el mecanismo por el cual los quistes del hígado se abrían en las vías biliares y llegamos a la conclusión que los *"quistes no se abren en las vías biliares"*, sino que son *"las vías biliares las que se abren en el espacio interno del quiste"*. La explicación clásica que se da para la comunicación de la vía biliar con el espacio interno del quiste es el de la distensión mecánica y la rotura. Difícilmente se comprende cómo la armazón biliar distendida por el crecimiento excéntrico de la formación, llega a ponerse en contacto con la hidátida. Por otra parte hay un hecho de observación común que todos los cirujanos han comprobado: se opera un quiste hidático, simple, hialino del hígado; se evacúa, no tiene bilis derramada en su interior y sin embargo a los cuatro o cinco días da bilis por el tubo de drenaje. Yo creo que todos los cirujanos han hecho esta observación de quiste hidático simple que a los días siguientes empieza a dar bilis. Cuando hicimos ese trabajo a que hace referencia el Dr. Palma, fuimos a leer el trabajo original de Dévé de 1916 sobre *"La Histogénesis del Quiste Hidático del Hígado"*, presentado a la Sociedad de Biología de París y en las figuras del estudio experimental hecho sobre la constitución de la adventicia hidática en lechones sacrificados en plazos variables desde horas, nos dimos cuenta que figuraban canalículos biliares que son histológicamente de neoformación. Dévé los consideraba de persistencia en la adventicia, y nos explicamos ese hecho, y lo dijimos en nuestra tesis de Agregación de Anatomía Patológica, afirmando que el maestro Dévé había interpretado como de persistencia canalículos que eran de neoformación precisamente por no ser él histólogo.

La neoformación de los canalículos biliares en la adventicia hepática no sorprende. No debe sorprender. El parénquima hepático no está constituido por los canalículos biliares. Los canalículos biliares en los procesos patológicos del hígado reaccionan como elementos del estroma, así por

ejemplo en las cirrosis, la cirrosis atrófica, cualquiera sea el tipo, la neoformación de canalículos biliares es un hecho constante y tan característico y abundante que en algunas observaciones, en algunos casos, llega a simular verdaderos adenomas canaliculares. Podemos decir que en todos los casos de neoformación conjuntivo-vascular inflamatoria del hígado, el canalículo entra en neoformación y siendo esta neoformación conjuntivo-vascular el hecho principal en la constitución de la adventicia hidática no debe sorprender que allí en su espesor se encontraran canalículos biliares de neoformación. Existe neoformación de canalículos biliares en la cirrosis atrófica, existe en la sífilis, existe en la goma sífilítica del hígado, en la pared de los viejos abscesos amebianos y existe en el Quiste Hidático. Es un hecho general y lo hemos mostrado en ese trabajo.

Por otra parte, del punto de vista histológico (nosotros lo dijimos rápidamente el otro día porque no era la finalidad de la presentación) hay elementos que permiten decir que son canales de neoformación y no de persistencia. Cuando hay neoformación canalicular en el hígado, en el riñón o neoformación de vasos sanguíneos en cualquier órgano, el brotamiento se hace en forma arborescente constituyéndose muy a menudo una formación glomerular en el corte histológico. Es el aspecto de las ramificaciones sucesivas y en el corte transversal aparece la disposición lobulillada. Así se ven todas las gamas entre la yema maciza biliar, sin luz y el canal bien constituido. Por otra parte como esta neoformación tiene cierto atipismo, el de las hiperplasias regenerativas, los canalículos biliares de la adventicia muestran células cilíndricas de distinto tamaño, a veces estratificadas, en ciertas circunstancias verdaderas formaciones poliposas hacia la luz, etc. Quiero decir que estos hechos que yo he relatado tienen del punto de vista histológico una base bien probada. Importan en la interpretación de la patología del Quiste Hidático del Hígado.

Sobre este punto, si hay interés, podría traer documentación histológica en la sesión próxima. De cualquier modo, estoy de la manera más amplia a disposición del Dr. Palma para cualquier información suplementaria.