

Clínica quirúrgica del Prof. Abel Chifflet.

COLECISTITIS PARASITARIA (*)

Dres. Héctor Ardao y Luis A. Praderi

Colaboración Parasitológica: Prof. R. V. Tálce y L. Pérez-Moreira

Habiendo tenido que tratar una paciente con un cuadro de colecistitis aguda en quien los antecedentes y la sintomatología clínica conformaban con el cuadro general de la afección, encontramos en el acto operatorio una obstrucción violenta de la vesícula biliar y del cístico por una tenia saginata de más de dos metros de longitud. Lo excepcional de la observación nos mueve a presentarla en forma detallada y a señalar unas breves consideraciones.

A. M. de C., 42 años, oriental, procedente de Montevideo.

Ingresa el 20 - II - 54 por síndrome doloroso, febril (38°) del hipocondrio derecho que comenzó el día anterior en forma brusca y ha continuado sin remisión. Estado nauseoso y vómitos biliosos profusos, chuchos de frío, orinas oscuras, pero no tiene ictericia al ingreso. Materias fecales oscuras.

Antecedentes. — Dispepsia de tipo hepatobiliar con varias crisis dolorosas epigástricas y vómitos de menor importancia que el cuadro actual y que nunca la obligaron a ver médico. Desde hace 5 años la enferma sabe que tiene una tenia en el intestino, pero nunca se trató.

21 - II - 54. Enferma delgada, de precario estado general. Temperatura axilar 38°. No hay tinte icterico en piel y mucosas ni facies tóxico. Muy dolorida, se queja continuamente, debe acostarse inmediatamente de su llegada a la Sala. Lengua húmeda, saburral. Es de destacar en el examen general de la enferma los datos del abdomen. Dolor espontáneo en epigastrio e hipocondrio derecho, exacerbado por la respiración y el esfuerzo. Disminución de la movilidad respiratoria abdominal.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 13 de octubre de 1954.

Dolor intenso a la palpación en H. D. y epigastrio. Signo de Murphy positivo. Contractura discreta que conjuntamente con el dolor impiden obtener datos viscerales. Timpanismo en H. D. y epigastrio.

Espacio de Traube s/p.

Evolución. — A las 48 horas del ingreso el cuadro general y local no han mejorado, a pesar del tratamiento.

Temperatura alta, facies tóxico, tinte subictérico de piel y mucosas, lengua seca y saburral, dolor muy intenso en H. D. espontáneo y a la palpación con contractura marcada, hiperestesia cutánea, dando la impresión de plastrón vesicular. Se decide la intervención.

Los exámenes complementarios confirman el diagnóstico clínico:

22 - II. — **Orina:** albúmina 1 gr. 10 ‰. Reacción intensa de ac. y pig. biliares.

Bilirrubinas, D., 0 I., 0 mg. 5 ‰.

Leucocitosis, 9.900.

Urea en suero, 0.40.

T. de protrombina, 49".

Hematocrito, 38 ‰. Proteínas, 5 gr. 60.

Intervención. 22 - II - 54. — Dr. Praderi, Pte. Amosa. Hora 15. Anestesia local, novocaína 1 ‰. Incisión paramediana transrectal derecha. Al abrir peritoneo parietal que está libre, se cae sobre el fondo vesicular al cual adhieren ansas delgadas y epiplón.

Se desprenden fácilmente el intestino y epiplón entre los cuales ya existen uniéndolos entre sí falsas membranas. Esta etapa fué sencilla, no dejando ninguna duda de la integridad intestinal.

Se expone así el fondo de la vesícula y su cara inferior que es posible palpar hasta el cuello enteramente libre de adherencias.

La tensión de la vesícula impide precisar si existen cálculos en su interior.

Previo protección, se punciona con trocar el fondo vesicular: se obtiene primero escasa cantidad de pus cremoso bien ligado, luego bilis oscura infectada, también en poca cantidad. Como la vesícula no se vaciaba con la aspiración se decidió abrir su fondo.

En este momento tras escasa cantidad de bilis, se observa en su interior a través de la brecha un cuerpo de coloración blanquecina que fué interpretada por uno de nosotros como una membrana hidática. Al exteriorizarla comprobamos que corresponde a una tenia de gran longitud. Se extraen suavemente más de dos metros de gruesos anillos de tenia con facilidad. A continuación los anillos se presentan cada vez más pequeños. El último segmento extraído es casi filiforme y ofrece cierta resistencia, lo que interpretamos por su situación en el cístico o en el árbol biliar. La observación macroscópica rápida pareció mostrar la presencia de cuello y cabeza de la tenia. Este material recogido aún vivo y en movimiento fué enviado al Instituto de Higiene.

La exploración manual del colédoco no mostró anormalidades. Se terminó la intervención con una colecistostomía.

Evolución postoperatoria. — Mejora visiblemente el estado general y local. Apirexia al 2º día de la intervención.

El flujo biliar por la sonda decrece paulatinamente de 800 c.c. a 100 c.c. diarios, siempre de aspecto límpido y transparente. La enferma no acusó dolores cólicos en el post-operatorio. Alta a los 17 días de la intervención.

Se practican dos colangiografías con lipiodol a los 12 y 22 días de la intervención con resultados similares: fácil relleno de vesícula, cístico y colédoco con pasaje amplio al duodeno. Se rellenan además todo el árbol biliar hasta las finas ramificaciones del lóbulo izq. y todo el árbol canalicular pancreático (Wirsung y sus colaterales) (Figs. 2 y 3). El

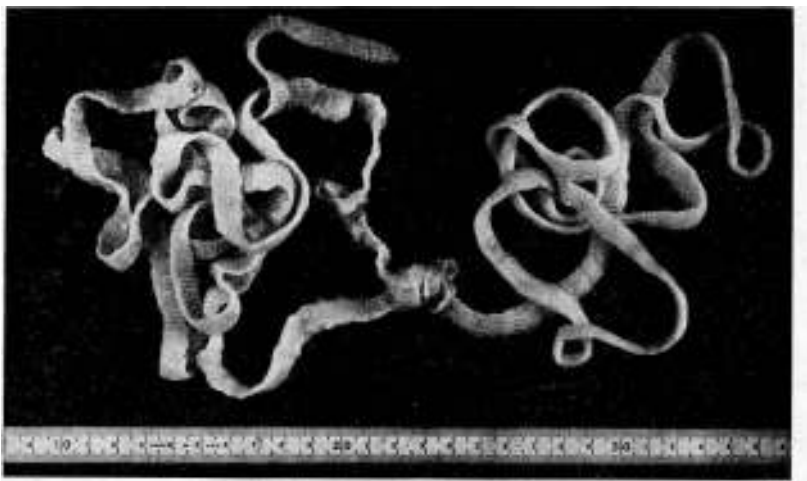


FIG. 1. — Aspecto de la Taenia saginata enseguida de extraída de la vesícula biliar. Nótese el nudo en el centro de la foto: el fragmento de la izquierda estaba teñido de color verdoso mientras que el de la derecha mostraba el tinte blanquecino normal.

aspecto denota evidentemente una dilatación canalicular biliopancreática, motivada por hipertensión y obstáculo a nivel de la ampolla de Vater.

Ex. parasitológico de materias fecales. 12 - III - 54. — Investigación de tenia, negativa.

Hemograma. — Recuperación de la fórmula roja a la normalización. Descenso de la eosinofilia de 4 % a 3 % (26 - II) y (5 - IV).

Sondeos duodenales. 24 - V - 54. (3 meses después de la intervención). Meltzer Lyon, negativo. Investigación de elementos de tenia, negativos.

Informe parasitológico. — I. de Higiene. Bachiller Leonel Pérez Moreira.

30 - V - 54 (a los 3 meses de la intervención). Cumpliéndose el tiempo requerido para el crecimiento de la tenia, la enferma expulsa por el intestino dos largos fragmentos de tenia similares a los anteriores.

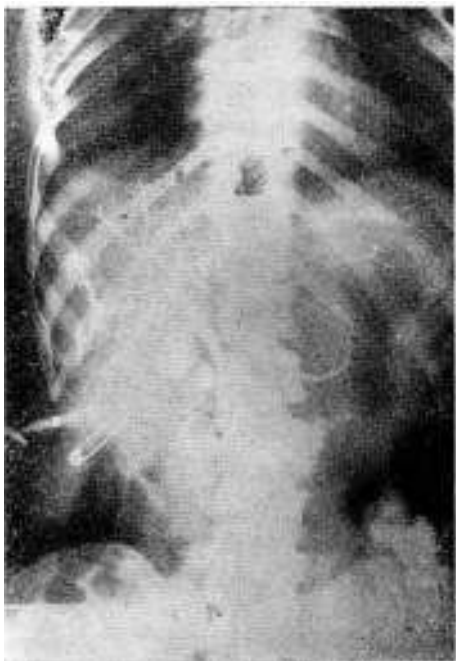


FIG. 2

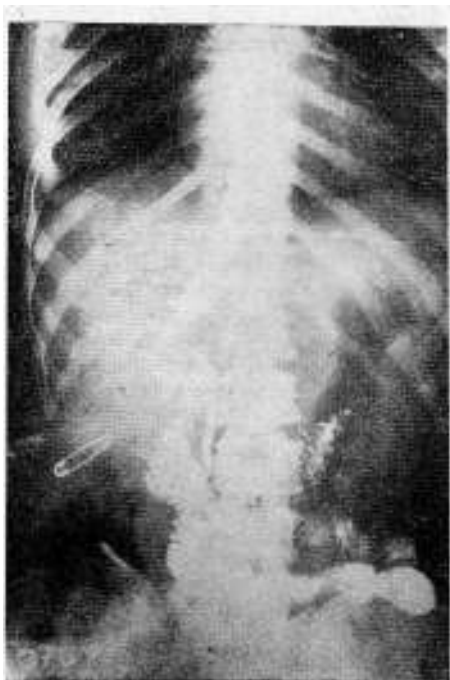


FIG. 3

CONSIDERACIONES.

1º Presentamos una observación de colecistitis aguda originada por la presencia de una tenia saginata dentro de la vesícula biliar y probablemente dentro del árbol biliar.

2º Ni los antecedentes ni el cuadro clínico se apartaban de los comunes cuadros de la colecistitis aguda. Sólo merece señalar la violencia extrema del dolor.

3º Puede eliminarse la hipótesis del pasaje por un trayecto

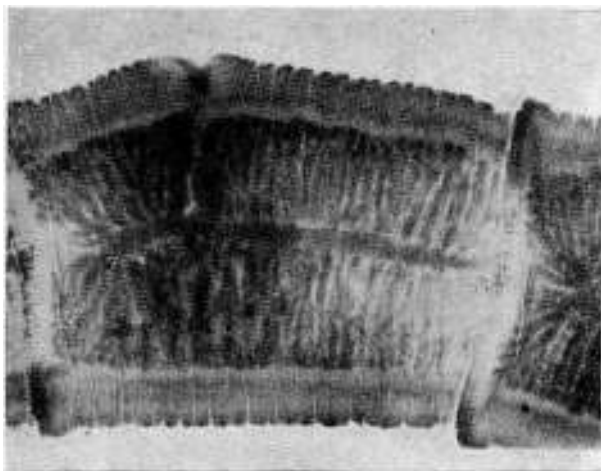


FIG. 4. — Constitución interna de un anillo grávido, coloreado con carmín clorhídrico. Aumentado 13 veces.

anormal desde el tubo digestivo al colecisto. La tenia ascendió por el interior del árbol biliar hasta la vesícula.

4º Las colangiografías revelan una dilatación anormal de todo el árbol biliar y pancreático persistente 22 días después de la operación.

5º La permanencia de la cabeza de la tenia permitió suponer su regeneración y la posibilidad de cuadros similares en el árbol biliar o su pasaje y crecimiento en el intestino.

UN CASO DE LOCALIZACION DE TAENIA SAGINATA EN LA VESICULA BILIAR

Por R. V. Tálice y L. Pérez - Moreira

Estudiando el material extraído de la colecistostomía, comprobamos que se trataba de un ejemplar adulto de *Taenia sagi-*

nata ("Solitaria"), de 2 mts. 80 de longitud, en el cual no se encontró el escólex. Los estudios microscópicos del parásito demostraron una histología normal (Figs. 4-5-6), sin signo alguno de alteración. Es de interés destacar, una vez más, que el

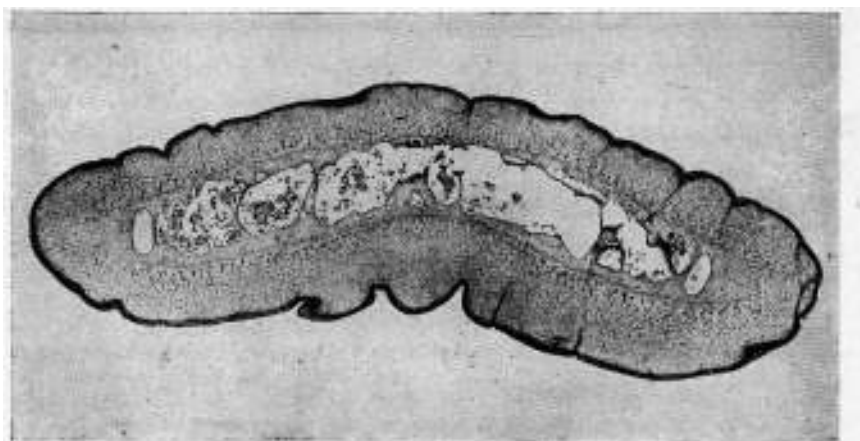


FIG. 5. — Corte transversal de un anillo. Apreciamos sus elementos constitutivos en buen estado de conservación. Aumento 13 veces.

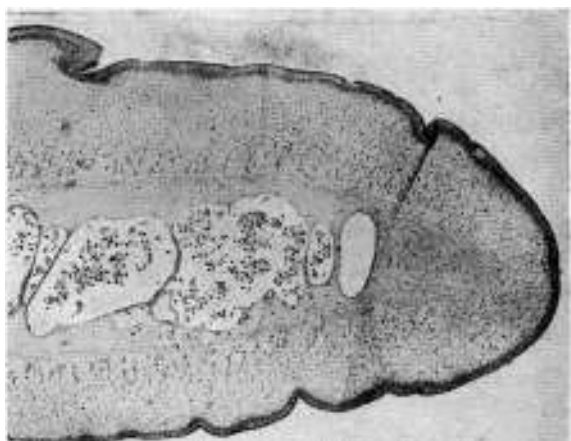


FIG. 6. — Detalle de la figura 5, a mayor aumento.

fragmento extraído de estróbilo se encontraba fuertemente "anudado" a nivel de la zona de transición entre los anillos jóvenes y los maduros (Fig. 1).

Interpretación.

En la búsqueda bibliográfica realizada con el material a nuestro alcance, encontramos un solo caso, similar, de *Taenia saginata* adulta localizada en la vesícula biliar (1).

Es de interés añadir que se revisaron gran número de obras, muchas de ellas del siglo XIX, época de auge de las helmintiasis, sin encontrar ninguna referencia al respecto. Las migraciones de la tenia a partir de su habitat normal (yeyuno - íleon), son notoriamente excepcionales y sólo se describe su ascenso hasta el estómago o su introducción parcial en el apéndice.

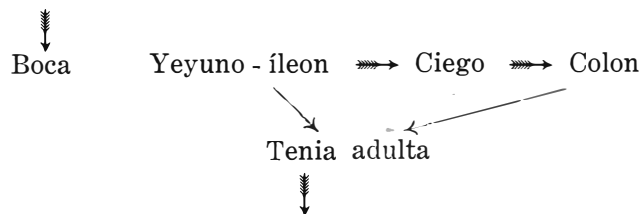
Es un hecho, por lo tanto, de extraordinaria rareza, que plantea inmediatamente una serie de interrogantes:

A) ¿Cómo llegó la tenia a la vesícula?

Sobre este punto planteamos cuatro hipótesis posibles.

1ª Hipótesis:

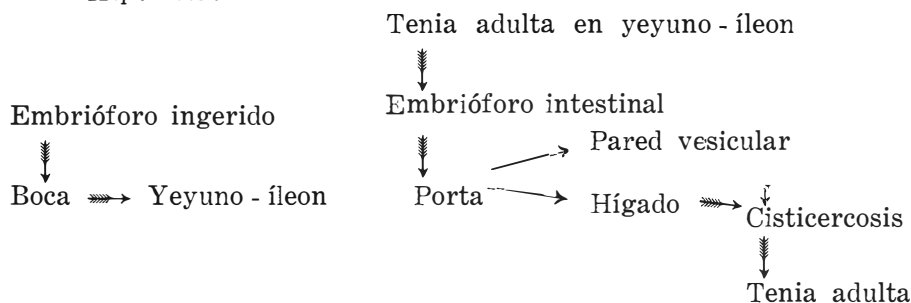
Cisticerco



Fistula entero o colo - vesicular ➡ Vesícula

Esta primera hipótesis es la que, teóricamente, nos llevaría a pensar, que fué la vía realmente seguida por la tenia para llegar a la vesícula.

Debemos, sin embargo, eliminarla por comprobación durante el acto quirúrgico y por las colangiografías post - operatorias (Figs. 2 y 3), de que no existía comunicación anormal alguna entre la vesícula y los demás órganos abdominales.

2ª Hipótesis:

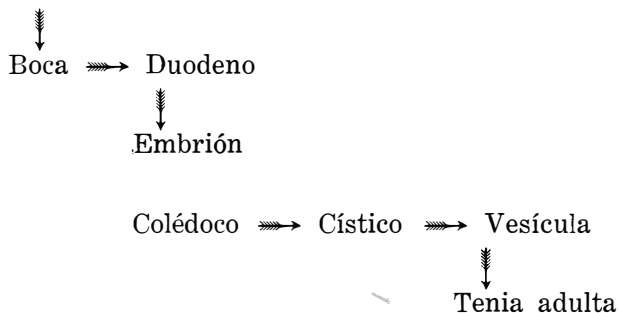
Es decir, el embrióforo causante de la cisticercosis podría tener dos orígenes; uno *exógeno*, ingerido por la enferma con alimentos contaminados y otro *endógeno* (auto - infestación interna), pues siendo portadora de una teniasis desde hacía 5 años, pudieron uno o varios anillos grávidos llegar al estómago por movimientos antiperistálticos violentos. De esta manera las cubiertas de los embrióforos (tanto exógeno como endógeno), se disolverían, quedando libre los embriones, que pasando al intestino atravesarían la mucosa intestinal para ganar el sistema portal o linfático.

Este embrión podría fijarse, entonces, en el hígado o en la pared vesicular, donde evolucionaría, transformándose posteriormente en *Cysticercus bovis*. Este cisticerco hepático o vesicular podría luego desprenderse, descender por el conducto hepático y ascender por cístico, o, por desprendimiento directo en la luz de la vesícula, formar en ella una tenia adulta.

Esta hipótesis debemos eliminarla: a) por razones biológicas (la dificultad que el cisticerco genere, en el mismo hospedero, una tenia sin necesidad de hospedero intermediario) y b) por razones estadísticas (excepcionales casos son los descritos en la literatura mundial de *Cysticercus bovis* en la especie humana).

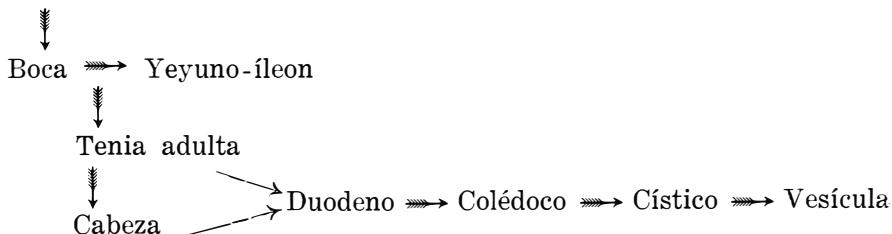
3ª Hipótesis:

Cisticerco



4ª Hipótesis:

Cisticerco



Consideramos estas dos últimas hipótesis las más valederas, aunque creemos que la 4ª sea la más factible, ya que explicaría, además, la teniasis intestinal anterior de la enferma.

En lo que respecta a esta última hipótesis, tenemos dos sub - posibilidades:

a) Que la tenia adulta del intestino pasase entera o parcialmente a la vesícula; en este último caso, una porción del estróbilo habría permanecido en el intestino conjuntamente con el escólex, ya sea libre o unido a la porción de tenia vesicular.

b) Que fuese la cabeza únicamente la que ascendiese a través de los conductos biliares, para ir a localizarse finalmente en la vesícula.

Es más fácil admitir que haya sido la cabeza de la tenia la que ascendiese a través del colédoco y del cístico, y no la cadena completa, pues, el diámetro menor de los conductos biliares, está a nivel de la ampolla de Vater, donde mide de 2 á 3 mms., el cual permite el pasaje del escólex y no el de la tenia adulta.

B) ¿Cómo se nutrió la tenia en la vesícula biliar?

Llama extraordinariamente la atención que un parásito de habitat tan estrictamente intestinal como la tenia, pueda vivir, crecer y mantenerse en estado aparentemente normal, dentro de un medio tan diferente como el que ofrece la vesícula biliar.

Dejaremos planteado este punto, en el cual comenzaremos a trabajar, con la idea de contestarlo en un futuro trabajo experimental.

C) ¿Permaneció el escólex en buenas condiciones biológicas?

Debe llamarnos la atención que, en el examen del total de los fragmentos de tenia extraídos de la colecistostomía, no se encontraba el escólex.

Esto nos indica su permanencia en el organismo de la enferma, sea fijo, en su primitiva posición, sea libre, debido al manoseo visceral del acto operatorio, o al "tironeo" que se hizo sobre la cadena para extraerla de su lecho vesicular.

Si fué liberada, pudo posteriormente haberse eliminado o, si nó, haberse fijado nuevamente en una localización similar o diferente de la primitiva.

Por lo tanto, no descartamos la posibilidad de que haya permanecido en buenas condiciones biológicas y apta para volver

a desarrollar una nueva tenia, capaz de dar un cuadro parecido al primero o un cuadro de teniasis intestinal en un lapso de 2 á 4 meses.

RESUMEN

Descripción de un caso de localización de *Taenia saginata* en la vesícula biliar, el segundo publicado en la bibliografía universal.

Se plantean las diferentes hipótesis con respecto al origen y modalidades de tan excepcional parasitismo.