

CONTUSION DE ABDOMEN

RUPTURA TRAUMATICA INTRAPERITONEAL DE UN QUISTE HIDATICO DE HIGADO (*)

Dr. José A. Piquinela

F. G. C., 30 años, peón de campo, ingresa a la Central de Servicios Médicos del Banco de Seguros el 27 - VII - 54, procedente de la campaña de Treinta y Tres. Hace 56 horas recibió una cornada de vaca a nivel del hipocondrio derecho: sintió un dolor intenso que se ha mantenido hasta su ingreso, con calmas y exacerbaciones que por momentos no le permitían estar sentado ni acostado. A las 4 horas del trauma tuvo un único vómito bilioso. El dolor inicialmente localizado al cuadrante superior derecho del abdomen ha difundido a todo el vientre, predominando sin embargo en el lado derecho. A las 24 horas escupió sangre roja, sin tos. Ha orinado sin dificultad; no ha movido el vientre.

EXAMEN. — Enfermo febril, 37° 8/10 axilar, 38° 6/10 rectal; lengua seca, saburral; pulso 96, bien golpeado; presión arterial 11 - 6.

Abdomen. — Muy poco móvil con la respiración, espontáneamente doloroso con máximo en hipocondrio derecho. No hay huellas cutáneas de la contusión. A la palpación hay una zona de dolor y contractura en epigastrio e hipocondrio derecho; la zona látero umbilical derecha es particularmente sensible. El resto del abdomen es algo doloroso a la palpación pero puede deprimirse. Douglas ligeramente doloroso al tacto rectal; fosa lumbar derecha dolorosa; la izquierda s/p. Orinas claras. Resto del examen: s/p.

Se pide una placa de abdomen; no hay neumoperitoneo ni íleo regional; no hay signos de derrame.

Decidimos intervenirlo de urgencia en base a los datos del examen físico pensando en una lesión visceral, probablemente cubierta, con contaminación peritoneal predominantemente limitada al cuadrante superior derecho del abdomen.

INTERVENCION. — Prof. Piquinela. Pte. Inzaurrealde, Anestesia general (Bach. Lucas). Incisión supraumbilical oblicua que comienza en la línea media y termina a derecha del ombligo, oblicuándose hacia afuera. Se abre la vaina del recto reclinando el músculo afuera. Al iniciar la incisión del peritoneo salta una vesícula hidática llena; se completa la incisión seccionándose luego entre ligaduras el ligamento suspensor. Se

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa el día 3 de noviembre de 1954.

encuentra líquido bilioso en pequeña cantidad acumulado en la fosa sub-hepática y gran cantidad de vesículas llenas y vesículas vacías provenientes de un quiste hidático roto del lóbulo derecho del hígado. El quiste ampliamente emergente a nivel de la cara inferior del hígado, por dentro del lecho vesicular, se ha desgarrado en una extensión de 5 cm. a partir del borde ántero - inferior. El máximo de contaminación peritoneal hidática aparece en la fosa subhepática y en la logia subfrénica derecha; algunos elementos hidáticos en la gotiera parieto - cólica derecha. Se aspira la retrocavidad a través del hiato de Winslow; no viene líquido ni restos hidáticos reconocibles. La exploración del Douglas evidencia muy poco líquido, no bilioso, sin restos hidáticos macroscópicamente individualizables. La exploración de hipocondrio y fosa ilíaca izquierda no evidencia líquido ni restos hidáticos.

El quiste contiene aún gran cantidad de vesículas; se le vacía dejando en su interior por varios minutos una mecha con éter. Se limpia cuidadosamente la fosa sub-hepática, el espacio subfrénico derecho, la gotiera parietocólica derecha, el Douglas y el resto del vientre en la medida de lo posible. No se palpa ningún otro quiste hepático; vesícula edematosa y con equimosis en su pared; vía biliar s/p. Bazo s/p.

Hay una equimosis extensa en la primera y segunda porciones del duodeno así como en la rama transversa del ángulo hepático del colon y en el sector derecho del mesocolon transverso. Duodeno, vesícula, segmento transverso del ángulo derecho del colon y mesocolon, integran evidentemente junto con la zona del hígado en que asentaba el quiste, el foco de contusión.

Se deja un tubo en el interior del quiste; se sutura con catgut el desgarrro, una vez regularizados sus bordes, alrededor del tubo y se pone una mecha contra esta sutura, junto al tubo. Mecha y tubo se sacan por contra abertura. Cierre de la pared por planos; lino en la piel.

Post - operatorio. — Del tercer al séptimo día hay una bilirragia de 500 c.c. en 24 horas por el tubo; a partir del 7º día administramos diariamente colagogos al enfermo observando que a las 48 horas la bilirragia disminuye rápida y francamente siendo casi nula, siete días después, es decir a los 14 días de la intervención. El tubo se retira a los 20 días. Se hace una colestografía: colestograma normal. Desde el 3er. día se inicia tratamiento con hidatidina, no porque confiemos mucho en ella, sino por entender que en este caso, donde es dable esperar por razones obvias, una equinocosis peritoneal secundaria, su empleo puede justificarse, cualquiera sea la idea que se tenga de sus resultados.

Alta de sala: VIII - 31 - 54. Herida cicatrizada; excelente estado general.

En el post - operatorio se completó el interrogatorio del enfermo en el sentido de buscar síntomas que hubieran anunciado la presencia del quiste o que, cuando su ruptura, pudieran indicar la irrupción de elementos hidáticos en el peritoneo. Todo fué negativo; no hubo antes de la contusión el menor malestar ni el paciente percibió tumefacción alguna

en el hipocondrio derecho; su salud era excelente permitiéndole desempeñar perfectamente sus tareas rudas de peón rural. Cuando la contusión y en las horas que siguieron a su ingreso no hubo en ningún momento fenómenos urticarianos; no los había tenido antes, ni los tuvo en el post - operatorio.

Esta historia clínica documenta una ruptura intra - peritoneal traumática de un quiste hidático del hígado; entra dentro del subgrupo: ruptura asociada de la adventicia y del quiste. Lo que hace fundamentalmente su interés es el hecho del traumatismo; una contusión de abdomen localizada al hipocondrio derecho determinando la ruptura del quiste. Dentro del concepto que podríamos llamar clásico, se consideraba al trauma más o menos violento como necesario para que la complicación se produjese, la que por otra parte se tenía como eventualidad rara. Es perfectamente conocida hoy la relativa frecuencia de la ruptura que se produce habitualmente sea en forma espontánea o por lo menos bajo circunstancias traumáticas insignificantes, cuando ellas existen; un esfuerzo, un golpe de tos, por ejemplo.

Hemos interrogado sobre el particular a cuatro cirujanos del interior que actúan, desde hace más de 25 años, en zonas donde la hidatidosis es frecuente; sólo hemos podido recoger el relato de dos observaciones de ruptura de quiste hidático de hígado imputables a un trauma importante: caída desde cierta altura, sobre el abdomen.

De la observación que relatamos caben destacar los hechos siguientes:

a) Ausencia total de *antecedentes*: el enfermo ignoraba, tanto por la inexistencia de signos funcionales como por la falta de signos físicos que le hubieran llamado la atención, la presencia del quiste.

b) El *dolor* inicial de la contusión ha sido seguido por un dolor persistente con exacerbaciones, que por momentos le impedían encontrar una posición que pudiera soportar; localizado inicialmente al sitio de la contusión se ha extendido luego al resto del vientre, predominando en el lado derecho y conservando su máximo en el cuadrante superior derecho. El *dolor provocado a la palpación* tenía también su zona máxima en el cuadrante

superior derecho; era menor en el resto del lado derecho y muy leve en el hemiventre izquierdo.

c) La *contractura* era en el momento del examen, 56 horas después de la contusión, una contractura limitada al hipocondrio derecho, coincidía con la zona de máximo dolor, se acentuaba al aumentar la presión de la mano, presentando todas las características de la contractura por lesión visceral abdominal. Era mucho menor en fosa ilíaca derecha y casi ausente en el hemiventre izquierdo.

d) El *Douglas ligeramente doloroso* confirmaba la impresión de lesión visceral con contaminación peritoneal inicial.

e) Buen *estado general*: ligeramente febril, con pulso bien golpeado y buena tensión; sin cianosis, sudores ni deshidratación.

f) Ausencia total de *sintomatología general hidática*; los fenómenos conocidos con el nombre de intoxicación hidática y considerados como reacciones anafilácticas no estuvieron presentes en ningún momento, ni precoz ni tardíamente. Un único vómito bilioso, cuatro horas después del trauma no puede ser puesto a cuenta de ellos; a las 24 horas escupió sangre, una sola vez, sin tos ni expectoración espumosa; es dudoso que pueda ser atribuido esto último a una reacción anafiláctica. La urticaria, considerada a justo título, como síntoma princeps dentro de los fenómenos de anafilaxia hidática, estuvo totalmente ausente del cuadro.

La falta de sintomatología general hidática en la ruptura del quiste hidático de hígado, no es un hecho nuevo; pero a juzgar por la experiencia que se tiene del cuadro clínico de ruptura intraperitoneal, su total ausencia no es lo frecuente. Se sabe que estos distintos síntomas (cerebrales, respiratorios, digestivos, cardiovasculares, cutáneos, generales), no se presentan siempre juntos, ni tienen en todos los casos, la misma intensidad. Pueden predominar en un aparato o sistema originando aspectos y matices múltiples y llegar a dificultar el diagnóstico si, como sucede en las formas graves, pasan al primer plano disimulando o mismo ocultando el cuadro físico abdominal. La presencia de urticaria tiene evidentemente un valor de primer orden y apareciendo a poco de comenzado el cuadro es quizás lo que permite con más firmeza orientar hacia el diagnóstico causal. Por el contrario, en casos como el que presentamos, la ausencia total de signos de ana-

filaxia hidática unida a la falta de todo antecedente, hace poco menos que imposible el diagnóstico de quiste hidático roto.

En los dos casos de ruptura traumática que nos relataba un colega del interior, los fenómenos de anafilaxia hidática fueron muy intensos y en uno de ellos, por lo menos, responsables de la muerte. Se trataba de un niño con un voluminoso quiste hidático de hígado que es operado ocho horas después de la ruptura habiendo presentado desde los primeros momentos urticaria casi generalizada, disnea intensa e hipertermia; fallece diez horas después de la operación con hipertermia, cianosis, edema pulmonar y abundantísima expectoración sero-sanguinolenta. El otro enfermo, un adulto, operado 20 días después de la ruptura, con cuadro clínico de ascitis y estado general malo, fallece en la segunda semana del post-operatorio después de presentar progresiva decadencia de su estado general, ya muy tocado cuando la intervención.

g) El estudio radiológico que practicamos sistemáticamente en todas las contusiones de abdomen confirmó los datos clínicos en el sentido de la falta de íleo y de la ausencia de derrame intraperitoneal y aportó un dato negativo de interés frente a una contusión de abdomen superior con signos clínicos de lesión visceral: ausencia de *neumoperitoneo*. No mostró tampoco los signos radiológicos que se han dado en los últimos años como permitiendo sospechar la ruptura retroperitoneal del duodeno: gas contorneando los límites del psoas derecho, o pequeñas burbujas gaseosas en el tejido retroperitoneal o alrededor del riñón derecho.

h) El diagnóstico pre-operatorio fué el de contusión abdominal con lesión visceral tipo perforativo habiéndose circunscrito secundariamente ya que el cuadro era el de una peritonitis limitada al cuadrante superior derecho del abdomen. El tipo de dolor subjetivo posterior al trauma, y el dolor y la contractura limitados al hipocondrio derecho cuando el examen, 56 horas después, no dejaban ningún lugar a dudas sobre la existencia de una lesión visceral. Los demás datos del examen del abdomen y el Douglas ligeramente sensible hacían pensar en una contaminación inicial, verosímilmente no repetida como consecuencia de la limitación secundaria del proceso al sector alto.

No se pensó en ningún momento en quiste hidático roto ni

creemos que tal eventualidad pueda sospecharse en un caso como el relatado con total ausencia de antecedentes, falta completa de signos de anafilaxia hidática e inexistencia de toda sintomatología clínica y radiológica de derrame. La ascitis ha sido señalada en muchas rupturas de quiste hidático entre las 24 y 48 horas siguientes; habiéndosele encontrado en algunas observaciones a las pocas horas del accidente, aunque esto último no es lo habitual.

i) Las *comprobaciones operatorias*: tienen su interés especialmente si se les relaciona con el cuadro clínico - radiológico. El quiste hepático emergente en la cara inferior y ampliamente desgarrado era evidentemente un quiste multivesicular con poco líquido y muchas vesículas en su interior. El foco peritoneal estaba prácticamente limitado a la región sub-hepática donde había poco líquido bilioso (unos 30 c.c.) y gran cantidad de vesículas hijas. En el resto del vientre había apenas unos c.c. de líquido claro — probablemente reaccional — y elementos hidáticos en espacio subfrénico derecho, gotiera parieto-cólica derecha y fosa iliaca derecha. No se les encontró en el Douglas donde tampoco había líquido acumulado, ni en el resto del abdomen.

El quiste contenía aún gran cantidad de vesículas; no había otro quiste hepático palpable. La bilirragia a través de la cavidad quística llegó a ser de 500 c.c. en 24 horas en el post-operatorio; cesó rápidamente coincidiendo con la administración de colagogos. La colecistografía post-operatoria fué normal.

j) El *tratamiento biológico* que no utilizamos habitualmente, ha sido empleado en este enfermo a título de ensayo. Discutido y negado por la mayoría de los cirujanos, se le ha usado por algunos sobre todo en las grandes siembras peritoneales. Creemos que a título profiláctico, en casos como el que presentamos, donde es dable esperar el desarrollo de una equinococosis peritoneal secundaria, raramente se le ha empleado. Cualquiera sea el concepto que sobre él se tenga, entendemos que es defendible ensayarlo en situaciones como la del enfermo que motiva esta comunicación. No trae ningún perjuicio; sólo la evolución de este caso y los similares dirá si tiene algún valor en la prevención del desarrollo de los quistes de siembra.