

QUISTE HIDATICO DE HIGADO ABIERTO EN VIAS BILIARES (*)

Colangiografía per-operatoria. — Evacuación del quiste y drenaje, coledocostomía, colecistostomía

Dr. José A. Piquinela

Manuel I. R., 60 años, estibador, ingresa al Hospital de Clínicas, Servicio del Prof. del Campo el 3 de junio de 1954, con un cuadro de obstrucción coledociana. Desde hace un año tiene trastornos digestivos que fueron catalogados como dispepsia de tipo hepático. En marzo de este año nos consulta por dolores intensos en hipocondrio derecho, sin irradiaciones, que aparecen sin relación con las comidas; no se acompañan de vómitos. Se palpa el hígado a dos dedos por debajo del reborde; regular, sin deformación, cambio de consistencia, ni dolor. No se palpa bazo. No hay ictericia. Buen estado general; apetito conservado.

El *estudio radiológico* muestra: no se observan alteraciones en la forma y el tamaño del hígado; acentuación de la red bronquial sin otras alteraciones de los campos pulmonares; *colecistografía*: vesícula hipertónica de situación alta, que en posición de frente presenta forma redondeada; se opacifica bien y no hay cálculos; se contrae bien pero se evacúa con evidente retardo.

Sondeo duodenal (19-III-54): Residuo gástrico escaso, muy viscoso, verdoso, con grumos oscuros; líquido duodenal amarillo fuerte, poco viscoso, algo turbio; no hubo respuesta vesicular; bilis C con algunos grumos amarillo verdosa. Examen citoquímico: no se observan cristales de colesterol ni precipitado de bilirrubinato de calcio; *se observan algunos ganchos hidáticos*.

Orina: normal. Sangre: glóbulos rojos 4.250.000; Hg. 84 %, valor globular 0.98; leucocitos: 7.600; N. 71 %; E. 2 %; B. 1 %; M. 4 %; L. 22 %. Wassermann: negativo; Kahn: negativo. Reacción de Weinberg: negativa. Cassoni: precoz=dudoso; tardío=negativo. Urea: 0g.55; glucemia: 0g.91.

Visto el resultado del sondeo duodenal mostrando *ganchos hidáticos* se le propone la intervención que el enfermo no acepta.

Sigue concurriendo a la Policlínica del Servicio. Sus dolores se han calmado. Un nuevo sondeo duodenal practicado un mes después muestra una

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 27 de abril de 1955.

respuesta vesicular franca; el examen de la bilis vesicular y de la bilis C no evidencia elementos hidáticos.

Un mes antes del ingreso reaparecen sus dolores, más intensos que al principio, se acompañan de vómitos, chuchos, fiebre, sudoración e ictericia. Decoloración de materias, persistiendo éstas así hasta el momento del ingreso, al parecer sin variaciones. Astenia y anorexia marcadas. Al ingreso hay un estado genera regular con tinte icterico intenso de piel y mucosas. Abdomen blando y depresible; se palpa hígado a dos dedos por debajo del reborde costal, regular, de consistencia normal, no doloroso. Se le palpa hasta epigastrio donde se pierde debajo del reborde izquierdo. No se palpa bazo. Traube conservado. La ictericia es intensa; materias completamente decoloradas. Febril, hace empujes vesperales moderados (38°). No tiene dolores. Se considera necesario intervenir rápidamente con el diagnóstico de *obstrucción coledociana por quiste hidático de hígado abierto en vías biliares*.

El completo funcional hepático no indica alteraciones de la funcionalidad hepática; bilirrubina directa 13 mmgrs. %; indirecta 2,6 mmgrs. %; colesterol 2gr.26 %; ésteres 1gr.46 %. Tiene una obstrucción completa; el *sondeo duodenal* es negativo; no hay bilis en el duodeno ni se encuentran elementos hidáticos. La placa simple de hipocondrio derecho no muestra sombras anormales ni modificaciones en la forma y el volumen de la silueta hepática. La tarde anterior a la operación hace un cuadro febril de 40° con dolores en hipocondrio derecho y periumbilical; el hígado más grande que en exámenes anteriores y de consistencia aumentada presenta una tumefacción redondeada y dolorosa que deforma su borde inferior a la altura del sector externo del recto derecho.

INTERVENCION. (7-VII-54). Prof. Piquinela, Dra. Castiglioni, Dr. Alba, Pte. Avellanal. Anestesia general (Bach. Lucas).

Incisión oblicua con sección del recto y disociación del resto de la pared. Abierto el peritoneo se encuentra una vesícula tensa y epiplón que le adhiere; se libera la vesícula. Se palpa un pedículo hepático considerablemente engrosado que al llegar al hígado presenta una zona muy dura cuya naturaleza no es posible afirmar en este momento (inflamatoria o neoplásica). La palpación del hígado muestra un órgano muy tenso con numerosos nódulos en el lóbulo derecho; no se les palpa en el lóbulo izquierdo. Los que afloran la superficie hepática tienen color blanco amarillento. Se evacúa la vesícula: líquido claro de aspecto hilante (aspecto de bilis blanca); se envía a análisis. Se punciona la masa dura yuxta-hepática; se extrae pus que se envía a análisis; (evidencia restos hidáticos; examen directo y cultivos: negativos); se trata de un absceso subhepático peripedicular cuya abertura conduce a una cavidad intrahepática de la que se retira pus y restos hidáticos. Se descubre el cístico que está engrosado y que conduce al colédoco; se punciona el colédoco, sacándose pus con la aguja de punción; se hace colangiografía operatoria. Se abre el colédoco retirándose pus y restos hidáticos en abundancia; los exploradores pasan sin dificultad hacia el duodeno y hacia el hepático. Llegan en este momento las placas: el medio de contraste rellena una gran cavidad que debe responder al quiste; hay marcada dilatación de

la vía biliar principal e imagen de amputación en la parte inferior del colédoco no habiéndose obtenido pasaje al duodeno. Se coloca un explorador metálico en el hepático e introduciendo un dedo en la cavidad del quiste es posible tocar la punta del explorador dentro del quiste y un trayecto del instrumento metálico separado apenas de la cavidad por unos milímetros de espesor de pared. Introduciendo en el hepático una sonda de Nelaton el



FIG. 1. — **Colangiografía per-operatoria:** el medio de contraste — se ha puncionado e inyectado el hepático en la parte alta — rellena una gran cavidad que corresponde seguramente al quiste. Hay dilatación acentuada de la vía biliar principal e imagen de amputación en la parte inferior del colédoco; no se ha obtenido pasaje al duodeno.

lavado a través de la sonda se evacúa por el quiste. El examen digital del quiste muestra la ausencia de membrana madre y de restos parasitarios palpables. Se coloca una sonda de Pezzer en la cavidad quística y un tubo de Kehr en el colédoco. Se cierra la incisión de coledocotomía. Se examina el interior de la vesícula donde no se encuentran restos parasitarios, pero sí la mucosa necrosada; el cístico está obstruido totalmente por restos hidáticos. Colecistostomía con sonda de Pezzer. Mecha contra el pedículo rodeando especialmente el tubo que sale del quiste.

Se hace una biopsia hepática a nivel de una zona nodular; sale pus y tejido necrótico; se trata pues de pequeños abscesos; se envía a examen

anatomopatológico para identificar posibles restos hidáticos. Se deja en el lecho de la biopsia, oxycel y una mecha comprimiendo. Cierre de la pared por planos. Lino en la piel.

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO (Dr. J. F. Cassinelli).

Examen macroscópico: parénquima hepático ictérico que en una de las superficies de sección tiene focos grisáceos, granulares, salientes.



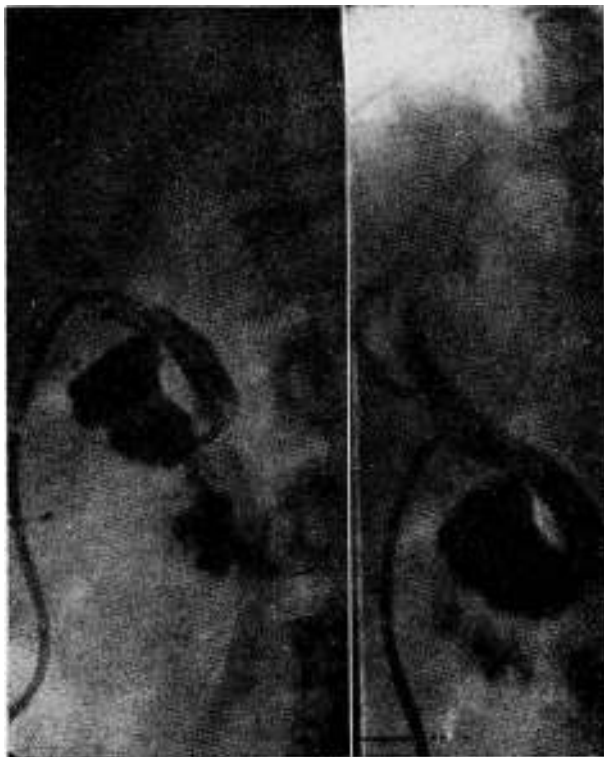
FIG. 2. — **Colangiografía per-operatoria:** Aspecto similar al anterior.

Informe histológico: fragmento de parénquima hepático que muestra tres tipos de lesiones: a) inflamatorias crónicas desarrolladas en los espacios portales con extensa y acentuada fibrosis, densa infiltración leucocitaria mononuclear y aumento del número de canales biliares; b) a este fondo crónico, se agregan manifestaciones de exudación leucocitaria purulenta a polinucleares, intersticiales y en el interior de algunos canales hepáticos; c) existe una acentuada infiltración pigmentaria biliar predominantemente desarrollada en las porciones centro lobulillares con formación de finos trombos biliares (tipo de pigmentación ictérica por retención).

La investigación de fragmentos de quitinosa hidática en los focos inflamatorios portales fué negativa.

POST-OPERATORIO: al día siguiente viene bilis por el tubo coledociano y por el de drenaje de la cavidad quística. El enfermo mejora rápidamente; disminuye la ictericia y se levanta día a día el estado general.

A los 9 días vienen todavía abundantes restos hidáticos por el tubo



FIGS. 3 - 4. Colangiografía postoperatoria (a los 17 días de la intervención). Se inyecta el medio de contraste por el tubo coledociano; pasa con relativa facilidad al duodeno, pudiéndose observar todavía el colédoco dilatado. Se rellena la cavidad quística que comienza a disminuir de tamaño.

coledociano. La bilirragia externa disminuye netamente; vienen sólo unos 100 cc. en 24 horas por el tubo del quiste.

A los 14 días se comienza colédococclisis con suero fisiológico y penicilina, dejando los otros dos tubos abiertos para hacer lavado de las vías biliares. La tolera muy bien; el tubo coledociano se pinza en forma intermitente desde el décimo día. El tubo de colecistostomía se sale en el curso de una curación.

Se hace una colangiografía a los 17 días; el medio de contraste pasa con relativa facilidad al duodeno, pudiéndose observar todavía el colédoco dilatado; se rellena la cavidad quística que comienza a disminuir de tamaño. A los 21 días la ictericia ha retrocedido casi totalmente; el tubo colocado en la cavidad quística no drena nada. Por el tubo coledociano se obtiene

bilis límpida. Una nueva colangiografía muestra fácil pasaje del medio de contraste al duodeno, cavidad quística muy reducida; colédoco todavía dilatado.

A los 29 días el enfermo involuntariamente se sacó el tubo coledociano. La ictericia ha desaparecido; el estado general es excelente. No viene nada por el tubo del quiste. Alta de sala.

Evoluciona sin incidentes. Se hace una placa a los 40 días de la operación



FIGS. 5 - 6. — **Colangiografía post-operatoria** (a los 40 días de la operación). Se inyecta el medio de contraste por el tubo que va al quiste; el volumen de la cavidad intrahepática ha disminuído francamente; persiste la dilatación de la vía principal.

inyectando el medio de contraste por el tubo que va al quiste: el volumen de la cavidad intrahepática ha disminuído francamente; persiste la dilatación de la vía principal. Se retira el tubo del quiste. Dado de alta con herida cicatrizada, 10 días después.

Aún cuando el cuadro anatómico-clínico del quiste hidático de hígado abierto en vías biliares es perfectamente conocido, creemos que la observación precedente tiene algunos matices intere-

santes que justifican el que la presentemos en la Sociedad de Cirugía.

1º Del punto de vista *clínico* la historia de este enfermo es divisible en tres etapas: una inicial de trastornos digestivos catalogados de dispepsia de tipo hepático que dura aproximada-



FIG. 7. — Colangiografía post-operatoria (a los 40 días de la operación). Se inyecta el medio de contraste por el tubo que va al quiste. Aspecto semejante a la anterior.

mente un año; una etapa dolorosa con cólicos sin irradiaciones ni vómitos e hígado palpable sin modificaciones de forma ni de consistencia y un cuadro de obstrucción coledociana evidente apareciendo tres meses después. El diagnóstico causal ha sido hecho en el curso de la segunda etapa al comprobarse *ganchos hidáticos* en el líquido obtenido por sondeo duodenal. En ese momento la colecistografía ha evidenciado una vesícula hipertónica, sin cálculos, que se opacifica bien, con buenas contracciones pero

con evacuación lenta. La placa simple de hígado no muestra ninguna anormalidad radiológicamente visible.

La intervención propuesta en ese momento no fué aceptada por el enfermo, llegándose a la etapa de obstrucción coledociana completa con dolores, chuchos, fiebre, ictericia intensa, materias decoloradas y sondeo duodenal sin bilis. Cabe destacar que la



FIG. 8. — **Colangiografía post-operatoria** (a los 40 días de la operación). El medio de contraste que se hace llegar por el tubo que va al quiste muestra la reducción considerable de la cavidad intra-hepática y la permeabilidad de la vía principal que persiste dilatada.

comprobación de ganchos hidáticos cuando el primer sondeo hecho en el período doloroso, quedó única ya que no se repitió en los sondeos posteriores donde se le buscó siempre y en forma muy especial. En la tarde anterior a la operación y coincidiendo con un gran empuje febril se apreció por primera vez en el examen clínico una tumefacción dolorosa que deformaba el hígado y que correspondía seguramente al quiste hidático supurado.

2º Las comprobaciones operatorias merecen analizarse con cierta detención. Se encuentra: a) una *vesícula* tensa (como se

le ve en más de la mitad de estos casos) con epiplón adherido; b) un *pedículo hepático* considerablemente engrosado que al llegar al hígado presenta una masa dura que es un *absceso peripedicular* y *periquístico* cuya abertura conduce al *quiste* multivesicular supurado que aflora la cara inferior del hígado, por dentro del lecho vesicular; c) el *cístico* engrosado y totalmente obstruido por elementos hidáticos conduce al colédoco cuya identificación es posible en el seno del pedículo considerablemente infiltrado, siguiendo al cístico; d) el *hígado* se muestra aumentado de volumen, muy tenso y con numerosos *nódulos* situados en el lóbulo derecho; los que afloran la superficie tienen color blanco amarillento; la biopsia de uno de ellos evidencia que se trata de pequeños abscesos con bilis, consecuencia de la colangiectasia intra - hepática y de la infección biliar concomitante, cuyos efectos se han hecho sentir hasta en la superficie del órgano, limitados los nódulos en su distribución al lóbulo derecho. El examen anatómo-patológico no ha evidenciado elementos hidáticos en el fragmento extirpado; no podemos afirmar desde luego que no existan en los otros nódulos como el hecho ha sido señalado perfectamente en algunos casos; (hay dos observaciones en nuestro país del Prof. Prat donde en situación similar a la que presentamos se encontraron elementos hidáticos en los nódulos hepáticos); e) la *colangiografía* operatoria hecha por punción del colédoco muestra tres hechos importantes: 1) el relleno de una gran cavidad intrahepática que corresponde al quiste; 2) la dilatación considerable de la vía principal; 3) la obstrucción total en la parte inferior del colédoco dando una imagen de amputación similar a la obstrucción litiásica, sin pasaje del medio de contraste al duodeno. Creemos que las placas que presentamos son de los primeros documentos — sino los primeros — que se publican en nuestro país de colangiografía per - operatoria en quiste hidático de hígado abierto en vías biliares.

La abertura del *colédoco* permite evacuar un voluminoso “tapón” hidático integrado por pus y elementos hidáticos en cantidad considerable. Desobstruido el colédoco, los exploradores pasan con toda facilidad al duodeno. Hay gran infiltración de tipo inflamatorio de la pared del canal y de los tejidos pericoledocianos. La exploración hacia el hígado muestra la comunica-

ción a pleno canal del quiste con el hepático derecho y un trayecto de varios cms. por debajo de la comunicación en que el quiste y el canal están separados por una pared de 3 a 4 mm. de espesor.

La *vesícula* distendida tiene un contenido hilante sin bilis ni elementos hidáticos reconocibles al examen macroscópico; corresponde a lo que se ha descrito como *mucocoele vesicular hidático* por obliteración del cístico. En efecto, el *cístico* considerablemente engrosado y con lesiones netas de pericistitis se presenta totalmente obstruido por restos hidáticos. Las placas de necrosis de la mucosa vesicular pueden ser explicadas por la gran distensión.

La operación fué terminada, una vez desobstruidos la vía biliar principal y el cístico, evacuado y lavado el quiste y vaciada la vesícula haciendo: *coledocostomía*, *colecistostomía* y *colocación de un tubo* en la cavidad hepática residual. Creemos que es esta la solución mejor siempre que como en este caso sea posible; el quiste puede no ser encontrado en el curso de la operación lo que obliga a efectuar una vigilancia prolongada de los operados antes que sea posible establecer su curación definitiva.

La *colangiografía per-operatoria* empleada en el caso que presentamos — el quiste fué de muy fácil descubierta y acceso antes de la colangiografía — seguramente contribuirá a facilitar la ubicación del quiste originario por relleno de su cavidad por el medio de contraste, cuando él no aparece en un primer examen. La triple exploración y el triple drenaje superan en sus resultados a las intervenciones más restringidas aún cuando éstas cuenten algunos casos de curación en su haber: tratamiento sólo del quiste originario con evacuación y drenaje o coledocotomía sola seguida de drenaje del colédoco.

La *evolución* fué excelente; mejoramiento rápido del estado general; disminución pronta de la ictericia; cese en pocos días de la bilirragia por los tubos de la cavidad quística y del colédoco, como consecuencia de la desobstrucción de la vía principal. La eliminación de restos hidáticos por el tubo coledociano durante varios días, a pesar de la cuidadosa "limpieza" realizada en el curso de la operación, es un hecho perfectamente conocido en este tipo de intervenciones.

Señalamos, para terminar, el valor de la *colangiografía post-operatoria* que ha permitido comprobar el pasaje fácil hacia el duodeno, la reducción relativamente rápida del tamaño de la cavidad residual y la disminución mucho más lenta de la dilatación de la vía principal. La presencia de numerosos *nódulos hepáticos* — pequeños abscesos biliares múltiples — cuya sistematización al lóbulo derecho se explica en nuestra opinión por la topografía del quiste y de la comunicación quisto-canalicular, si bien no fué óbice en este caso para un excelente post-operatorio, es un argumento más para la pronta intervención en esta clase de enfermos. El parénquima hepático sufre los efectos de la estasis y de la hipertensión biliar prolongadas, a lo que se agrega la acción de una infección biliar, generalmente siempre presente, atenuada o no. Cabe añadir aún la posibilidad de una equinocosis secundaria hepato-biliar como consecuencia de una invasión hidática retrógrada, por hidátides que han quedado vivas. La oposición del paciente no hizo posible intervenirlo en el período previo a la obstrucción coledociana, cuando el sondeo duodenal permitió el diagnóstico causal al poner en evidencia ganchos hidáticos en la bilis recogida.
