

Dres. GUAYMIRAN RIOS-BRUNO * y NISSO J GATEÑO-YAFFE **

La enfermedad hidática, en todas sus formas, sigue siendo un serio problema nacional. Por ello pensamos que toda variedad de presentación de dicha enfermedad, debe ser mejor conocida para ser mejor tratada.

Por esa razón hoy presentamos un caso de quiste hidático hepático con una evolución muy poco frecuente, confiando en que con ello haremos un aporte más a la casuística nacional.

HISTORIA CLINICA

O. M. Sexo masculino. 38 años. Procedente de Montevideo.

Comienza un mes antes del ingreso con molestias en el hipocondrio derecho, malestar general y fiebre. Continúa agravándose, aparecen chuchos de frío y orinas colúricas. El estado general decae en forma evidente y se instala una ictericia franca, con ligero prurito.

No tuvo ninguna sintomatología respiratoria. Diarrea con materias hipocoloreadas; no vómitos.

Antecedentes personales: Dispepsia hiposténica desde varios años. En alguna oportunidad refiere dolores en hipocondrio derecho luego de excesos alimentarios. No relata ictericia ni cuadros alérgicos.

Vive en Montevideo; refiere algún viaje esporádico al interior.

Examen: Mal estado general. Deshidratado; ictericia marcada. T.A. 38°5; T.R. 39°. Pulso de 100 p.m.

Abdomen: Dolor espontáneo en H.D. La base del hemitórax derecho es mayor que la del izquierdo. Hepatomegalia de cuatro traveses de dedo por debajo del reborde condrocostal, lisa, regular y dolorosa. No se palpa bazo. Desaparición del espacio de Traube. Tacto rectal normal.

Submatidez en base de hemitórax derecho.

EXAMENES PARACLINICOS

Leucocitosis de 26.000. Urea en suero: gr. 2.40 %.

Rx simple de abdomen: Gran hepatomegalia, sin calcificaciones. No hay deformación diafragmática (fig. 1).

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 26 de junio de 1971.

Trabajo del Servicio de Emergencia. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo, Uruguay.

* Docente Adscripto de Cirugía.

** Adjunto de Clínica Quirúrgica.

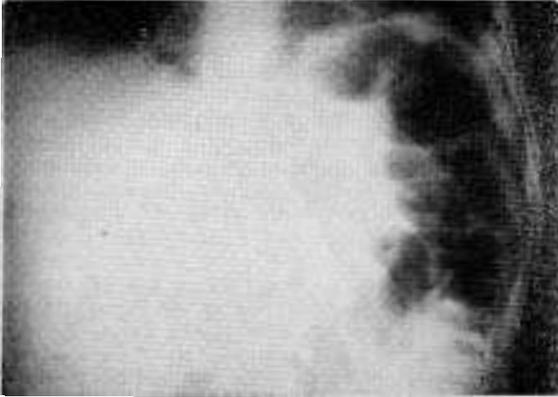


Fig. 1.—Radiografía simple de abdomen de pie en la que se aprecia una gran hepatomegalia a predominio del lóbulo derecho. No se aprecian niveles ni calcificaciones.

Se plantea como diagnóstico primario: 1) Quiste hidático de hígado abierto en vías biliares; 2) Absceso hepático.

Se considera que debe ser operado de urgencia por lo que se hace una rápida reposición de flúidos y se interviene.

OPERACION

Anestesia general. Incisión transversa de H.D. Gran hepatomegalia regular no palpándose ninguna tumoración en su superficie. Coledocotomía transversal: sale bilis turbia; no se encuentra litiasis ni elementos hidáticos. Pasaje papilar normal.

La palpación de la vesícula hace sospechar una litiasis, por lo que se efectúa una colecistostomía que da salida a gran cantidad de membranas hidátidas, sin litiasis. Al explorar la vesícula digitalmente, se comprueba un orificio de unos 3 cm. ubicado en su cara superior, comunicando con una cavidad quística del lóbulo derecho del hígado. Se efectúa el drenaje de dicha cavidad con un tubo de goma; colecistostomía con sonda de Pezzer y coledocostomía con tubo de Kehr

Diagnóstico operatorio: Quiste hidático abierto en vesícula biliar.

Postoperatorio normal.

A los 7 días se efectúa estudio radiológico con inyección de contraste yodado por el tubo de quistostomía comprobándose que la cavidad se ha reducido y que comunica directamente con la vesícula biliar, llenando el resto de la canalización biliar a través de ella. No hay comunicación entre la cavidad hidática y la vía biliar intrahepática (fig. 2), lo que se corrobora por la colangiografía a través del tubo de Kehr (fig. 3).

La evolución posterior fue satisfactoria.

El enfermo fue seguido por un lapso mayor de dos años, continuando en perfecto estado de salud.



Fig. 2.—Radiografía contrastada por inyección a través del tubo de quistostomía en la que se visualiza el pasaje de la sustancia de contraste desde la cavidad quística a la vesícula y el posterior relleno de la vía biliar principal con buen pasaje al duodeno. Q.H.: Cavidad quística. V.: Vesícula biliar drenada.

COMENTARIOS

La apertura en vías biliares de un quiste hidático de hígado, es la complicación más frecuente luego de la supuración, oscilando entre 5.6 % y 8.5 % (7).

En los quiste hidáticos hepáticos, siempre se ven canaliculos biliares abiertos en el espacio intercistoadventicial, pero para hablar de apertura en vías biliares es necesario que se haya roto la membrana hidática y que su contenido se haya vertido en las vías biliares.

Dielti en 1910 decía que lo más frecuente era que la apertura se efectuase a nivel de la vesícula biliar. De las cifras dadas en los trabajos publicados por Lecene y Mondor en 1914, por Abadie en 1916 y por Gouget en 1918 se deduce que la apertura en la vesícula biliar o en el conducto cístico se realiza en el 33.3 % de los casos.

Devé (5) en un trabajo efectuado en base a 146 observaciones y Larghero (7) afirman que la comunicación radica, en casi todos los casos, a nivel de un grueso conducto intrahepático siendo el orificio de un tamaño tal que a veces permite la introducción de un dedo a través de él.

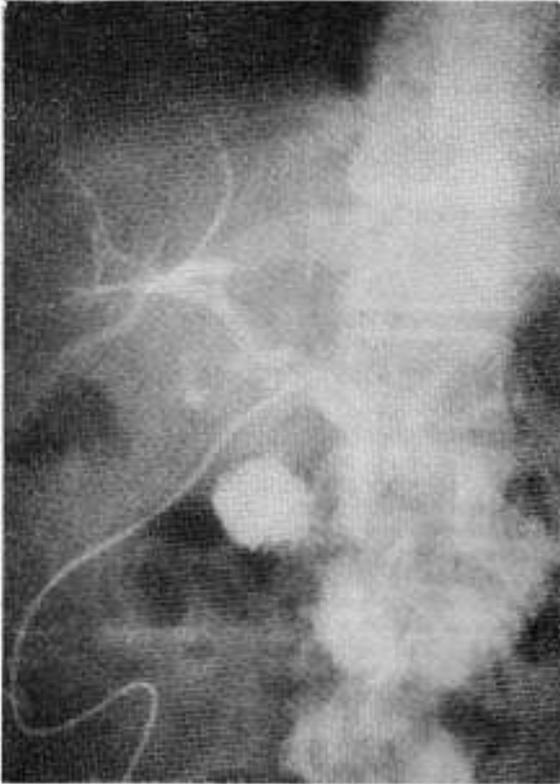


FIG. 3.—Relleno contrastado de la vía biliar principal a través del tubo de Kehr, en el que se observa el relleno de ésta sin relleno retrógrado de la cavidad quística.

La causa fundamental de la apertura radica en la patología adventicial. La adventicia al comprometer un grueso canal biliar produce una serie de procesos inflamatorios y degenerativos que hacen que al final se produzca la comunicación quístobiliar.

La evacuación del parásito directamente en la vesícula biliar es un hecho raro. No se señala en la serie de Larghero (7) quien manifiesta solamente que "la vesícula, en caso de abrirse un quiste hidático en las vías biliares, puede distenderse y llenarse de pus (pio-colecisto hidático) o contener un líquido filante y blanquecino", constituyendo lo que el autor denomina "mucocelo vesicular hidático".

En la casuística nacional, esta entidad no es mencionada en las series de Piquinela (9), Calleri (1), Prat y Piquerez (10) y Chifflet, Ormaechea y Varela (3).

Solamente hemos encontrado un caso publicado por Lasnier (8) en 1930.

La bibliografía extranjera consultada demuestra también la rareza de esta complicación.

Devé (5) en su trabajo de recopilación cita 17 casos de diversos autores.

Christmann (4) publica un caso, haciendo referencia en el mismo trabajo a otras dos observaciones de otros autores.

La posibilidad de un quiste hidático primitivo de vesícula es negada por Devé (6), quien insiste en que cada vez que se encuentre esa situación, debe ser considerado como una comunicación de un quiste hidático hepático, de lo contrario se corre el riesgo de tratar el polo vesicular y desconocer el polo hepático.

RESUMEN

Se presenta una observación de quiste hidático de hígado abierto en vesícula biliar, destacándose la rareza de este tipo de complicación y la importancia, desde el punto de vista terapéutico, de un correcto diagnóstico intraoperatorio.

RÉSUMÉ

Observation d'un cas de kyste hydatique ou foie ouvert dans la vésicule biliaire, complication extrêmement rare. L'auteur le souligne et signale l'importance d'un diagnostic intraopératoire correct, du point de vue thérapeutique.

SUMMARY

The authors relate an open liver hydatid cyst observation in the gall bladder. This type of complication is rare and a correct intraoperative diagnosis is important from the point of view of therapy.

BIBLIOGRAFIA

1. CALLERI, E. M. Quistes hidáticos del hígado abiertos en vías biliares. *4º Congreso Uruguayo de Cirugía*, 1: 201, 1953.
2. CASIRAGHI, J. C. El tratamiento del quiste hidático del hígado y sus complicaciones. *30º Congreso Argentino de Cirugía*, p. 517, 1959.
3. CHIFFLET, A., ORMAECHEA, C., VARELA, R. Síndromes vesiculares agudos en la hidatidosis hepática. *2º Congreso Uruguayo de Cirugía*, p. 152, 1952.
4. CHRISTMANN, F., ESTIV, M. Quiste hidático del hígado abierto en el colecisto. *Rev. As. Med. Arg.*, 47: 187, 1933.
5. DEVE, F. L. L'ouverture des kystes hidatyques du foie dans les voies biliaires. *J. Med. Franc.*, 13: 343, 1924.
6. DEVE, F. L. Il n'existe pas des kystes hydatiques primitifs du vesicule biliaire. *Compt. Rend. Soc. Biol.*, 85: 632, 1921.
7. LARGHERO, P. Equinococosis hidatídica del abdomen. Ed. Delta. Montevideo, 1962.
8. LASNIER, E. Quiste hidático abierto en la vesícula biliar. *Bol. Soc. Anat. Pat.*, 1: 165, 1930.
9. PIQUINELA, J. A. Quiste hidático del hígado abierto en vías biliares. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 26: 62, 1955.
10. PRAT, D., PIQUEREZ, C. Quistes hidáticos abiertos en vías biliares. *An. Fac. Med. Montevideo*, 10: 204, 1925.