

## *Quiste hidático hepático complicado con tránsito hepatobronquico en un niño de 10 años \**

Dres. EDUARDO ANAVITARTE, CESAR ARRUTI  
y DAVID TORRES \*\*

### HISTORIA CLINICA

A. L. V. Sexo masculino, 10 años. Raza blanca. Procede de La Laguna, Ombúes de Lavalle en el Departamento de Colonia.

Motivo de ingreso: Ictericia febril y grave síndrome funcional respiratorio.

*Enfermedad actual:* Comienza en los primeros días de marzo de este año, en que en aparente buen estado de salud, presenta dolores abdominales difusos y diarrea. Tratado con dieta y antibióticos, mejora su sintomatología. Una semana después, comienza con astenia, anorexia y fatiga en sus juegos; comprobándose mientras se baña una tumoración de hipocondrio derecho así como coluria e hipocolia.

Sus padres comienzan a notarlo icterico por lo que consultan en Carmelo.

Interpretado y tratado como una hepatitis, mejoran la astenia y la anorexia no así la ictericia y la fatiga que van en aumento.

En los días subsiguientes se agrega tos seca en accesos espaciados y fiebre vespertina de 39°, acompañado en una oportunidad de expectoración mucoverosa.

Un día antes de su ingreso (4/IV/73) se despierta con intensa disnea y violento acceso de tos expectoran-

do unos 250 cc. de un líquido verdoso y amargo, mezclado con flemas y de olor fétido.

Es traído a Montevideo ingresando en el Hospital Pedro Visca.

*Antecedentes familiares:* Tíos paternos operados de quiste hidático de pulmón.

*Antecedentes personales:* Sin particularidades.

*Antecedentes ambientales:* Procede de un medio rural con condiciones socioeconómicas deficitarias.

*Examen clínico:* Niño grave, adelgazado, con intenso S. F. Respiratorio, polipnea de 60 p.m. con tiraje bajo, aleteo nasal y tos catarral en accesos. Coloración icterica franca de piel y mucosas.

*Abdomen. Inspección:* Asimétrico con una deformación a nivel del hipocondrio derecho que se moviliza con los movimientos respiratorios. No se observa circulación colateral.

*Palpación:* Depresible, indoloro, se palpa una hepatomegalia de 4 traveses de dedo irregular, con aumento de consistencia en hipocondrio derecho y epigastrio donde se toca una tumoración redondeada formando cuerpo con el hígado. No se palpa bazo.

*Fosas lumbares:* Libres.

*Pleuropulmonar:* Matidez y disminución de las vibraciones en los 2/3 inferiores del hemitórax derecho cara posterior y axilar. Broncofonía en el borde superior de dicha matidez.

*Cardiovascular:* Tonos cardíacos alejados. Taquicardia de 120 p.m. con pulsos pequeños e isocronos. Resto del examen clínico: sin particularidades.

*Radiografía de tórax:* (Dra. O. Garófalo) Opacidad homogénea de los 2/3 inferiores del campo pulmonar

---

Servicio de Cirugía Infantil del Hospital Dr. Pedro Visca.

Prof. Adjunto de Cirugía de Niños del M. S. P.  
Presentado el 23 de mayo de 1973.

derecho, que se confunde con la opacidad hepática en la base, lo que no permite individualizar la imagen del diafragma. En el perfil, dicha opacidad se topografía a nivel del lóbulo inferior derecho.

**Radiografía de abdomen:** Se observa una marcada hepatomegalia.

#### Exámenes de laboratorio

**Hemograma:** G. R. 3.900.000; Hb. 56 %; V.G.O. 26.000; Neutrófilos 90 y Eosinófilos 6. Tiempo de coagulación: 8 m. 30 seg. Tiempo de sangría: 1 m. Coágulo normal. Orina: Albúmina 3 g. 50; Pigmentos biliares: positivo. Escasos leucocitos y céls. epiteliales. Uratos.

**Hematocrito:** 31 %.

No se llegó a realizar el Funcional Hepático.

Dada la gravedad del cuadro clínico, y ante la sorpresa de tratarse de un quiste hidático hepático complicado con tránsito hepatobronquico, se interviene de urgencia a las 24 horas de su ingreso.

**Intervención:** 5/IV/73 hora 8.

**Cirujano:** Dr. E. Anavitarte; **Ayudantes:** Dres. C. Arruti y D. Torres; Pte. Triás.

**Anestesia General:** Dra. D. Bengochea.

Se cateteriza una vena, transfundiéndose un volumen de sangre.

Toracotomía a nivel del VI espacio intercostal derecho.

Abierta la pleura, se comprueba el lóbulo inferior del pulmón derecho, de color verdoso y hepatizado, adherido al diafragma. Se procede a la liberación hasta la zona media en que presenta una comunicación frénica puntiforme con el hígado y que da salida a un líquido verdoso espeso desde el pulmón y el hígado (comunicación quístico-hepato-bronquica transdiafragmática).

Apertura del lóbulo inferior del pulmón entrando a una cavidad de unos 4 cms. de diámetro, que toma los segmentos basales posterolaterales, y que se encuentra llena de bilis y restos pulmonares necrosados (caverna parahidática).

Se practica segmentectomía atípica de dos segmentos basales incluyendo en ellos la resección de la cavidad pulmonar. Cierre de los bronquios y sutura pulmonar.

Se abre el diafragma a nivel de la fistula transdiafragmática y se entra en una gran cavidad quística hepática, de unos 8 a 10 cms. de diámetro, con un contenido de pus, bilis y restos necróticos de membrana hidática fragmentada de color verdoso. Se coloca un grueso tubo en la cavidad y se saca por contraabertura abdominal. Lavado abundante con suero clorurado hipertónico y cierre del diafragma.

Se procede a la reexpansión pulmonar, incluyendo la del lóbulo medio que se encontraba atelectasiado pero sin participar del proceso, y se cierra la toracotomía con drenaje pleural bajo agua.

**Postoperatorio:** Rápida y franca mejoría del niño, con disminución progresiva de la ictericia y recoloración de las materias. Extracción del drenaje de tórax al tercer día sin sintomatología funcional respiratoria. El drenaje hepático que los tres primeros días daba salida a un líquido francamente verdoso, ha ido disminuyendo en su cantidad así como en su coloración que a la semana es amarillo dorado. Apirexia y desaparición de la anorexia.

**Anatomía patológica:** (Dr. Scandroglio): pared anfractuosa, necrótica y con supuración hemorrágica.

con restos necrosados de membrana hidática. En la periferia granuloma hidático y alveolitis hemorrágico-purulenta. Pleuritis crónica fibrosa.

#### COMENTARIO

Clásicamente se afirma que el quiste hidático del hígado en el niño es raro que se complique, ya que depende de la antigüedad del quiste y de su sufrimiento nutritivo, siendo hialinos en el 73% de los casos y con proceso adventicial muy delgado.

La apertura en vías biliares se considera excepcional y se ha llegado a afirmar que las complicaciones torácicas no se producen (4, 6).

#### Patogenia del tránsito hepatobronquico

El quiste hidático de hígado al expandirse, su adventicia contacta con el peritoneo hepático y luego con el diafragma vecino bloqueando el espacio subfrénico y llegando así a la pleura diafragmática. De ahí y por adherencia entre las hojas serosas el proceso llega al pulmón previa perforación generalmente puntiforme, única o múltiple del diafragma. Contribuyen a esta migración: 1) la presión negativa subfrénica que tiende a aspirar el quiste y 2) la hipertensión biliar por ruptura previa en las vías biliares (3).

Se drena así hacia el pulmón: bilis, pus, restos necróticos y parasitarios. En el 95 % de los casos se afecta el pulmón derecho en sus segmentos basales cuando el quiste hidático primitivo es del lóbulo derecho del hígado. Abierto en el pulmón, los elementos hidáticos y los gérmenes determinan una supuración del parénquima pulmonar que lleva a la formación de una "caverna pulmonar parahidática", etapa obligatoria de la apertura en uno o más bronquios. Su tamaño es variable desde un segmento a todo el pulmón; y su contenido es pus, fragmentos de membranas y vesículas así como bilis que hepatizan el pulmón (2, 3).

#### Sintomatología

Desde Piaggio Blanco y Sanguinetti (5) se distinguen tres períodos:

1) **Etapa hepatofrénica:** como habitualmente se vomitan quistes supurados y abiertos en vías biliares, el dolor y la ictericia, destacan en este período. Dolor difuso, superficial, por distensión hepática y periquistitis; o cólicos hepáticos con fiebre y chuchos. A veces el dolor es pleural con tos y disnea con esputos hemoptoicos. La ictericia se observa en un 35 % de los casos y es debida a la apertura del quiste en vías biliares. Además si se realiza el tamizado de las materias fecales muestra restos hidáticos

Desde el punto de vista clinicoradiológico se encuentra hepatomegalia con ascenso del hemidiafragma derecho y signos de derrame pleural y congestión pulmonar basal.

2) **Etapa torácica:** precede de cerca a la vómica con dolor torácico, tos quintosa con disnea, a veces hemoptisis y fetidez del aliento.

3) **Vómica hidática hepatopulmonar:** se distinguen dos tipos: a) *Hidatoptisis*, o expulsión

de líquido hidático, mezclado con sangre y bilis que se hace luego purulento y fétido; y b) *Hidatidoptisis*, o expulsión de vesículas hijas mezcladas o no con sangre y/o bilis (2, 3).

Estas vómitas precedidas de tos quintosa irresistible y opresión torácica con sofocación dramática, es variable en su volumen habiendo casos descritos en 2 litros. Hay formas atenuadas que comienzan con expectoración purulenta que aumenta progresivamente haciéndose fétida y biliosa (*coleptisis*).

Es de destacar que se consideran raros los casos de anafilaxia en la hidatidoptisis porque el parásito está muerto.

Después de la vómita, en la base pulmonar pueden aparecer signos cavitarios, anforometálicos, ruidos hidroaéreos, etc.

En los casos que hay obstrucción hidática coledociana con hepatomegalia e ictericia, después de la vómita biliosa, la ictericia puede disminuir y el hígado achicarse (*Hígado en acordeón hidático*) (3).

Finalmente en la radiología, se observa levantamiento del hemidiafragma más o menos inmóvil y en la base pulmonar sombras difusas, imágenes pulmonares nodulares, cavidades, etc., en una región más o menos extensa hacia el hilio.

Hacemos esta comunicación porque creemos de acuerdo a lo investigado por nosotros que se trata de un caso extraordinariamente raro a la edad del paciente (10 años), no habiendo encontrado nada publicado al respecto en la literatura nacional y en lo que hemos revisado de lo extranjero. Autoridades mundiales en hidatidosis, como el Prrof. Velarde P. Fontana, han negado la existencia del tránsito hepatobronquico en el niño.

## RESUMEN

Presentación de un caso poco frecuente de Q.H. hepático complicado con tránsito hepatobronquico, en un niño de 10 años.

A propósito de la observación se revisan aspectos de la patogenia, sintomatología y terapéutica de la afección.

## RÉSUMÉ

Présentation d'un cas peu fréquent de kyste hydatique hépatique avec complication de la voie hépatobronchique, chez un enfant de 10 ans.

A propo de cette observation il est procédé à la révisión de divers aspects de la pathogénie, de la symptomatologie e de la thérapeutique de l'affection.

## S MMARY

A 10-year-old child presented a rare case of hydatid cyst in the liver entraining complication of hepatobronchial path. This case is described by the author, who includes a discussion of pathogeny, symptomatology and therapy of this disease.

## BIBLIGRAFIA

1. ARDAO, H. Tesis de Agregación de Anatomía Patológica, 1937.

2. ARMAND UGON, V. y TOMALINO, D. Tránsitos hidáticos hepatotorácicos. Consideraciones sobre 40 casos personales. *El Tórax*, 7: 188, 1958.
3. LARGHERO, P., VENTURINO, W. y BROLLI, G. Equinococosis hidatídica del abdomen. *Delta*. Montevideo, 1962.
4. PEREZ FONTANA, V. Hidatidosis en la infancia con especial referencia a su aspecto médicosocial. *Arch. Int. de la Hidatidosis*, 15: 301, 1956.
5. PIAGGIO BLANCO, R. y SANGUINETTI, C. Las afecciones del hígado, de las vías biliares y del páncreas. Vol. 2, 1948.
6. ROSA, F. y ARRUTI, C. Quiste hidático del hígado en el niño. *Bol. Soc. Cir. del Urug.*, 32: 183, 1961.

## DISCUSION

DR. BERMUDEZ.—La comunicación del Dr. Anavirtarte y colaboradores, presenta 2 puntos de interés: en primer término, la poca frecuencia con que se presenta a esta edad y en segundo lugar la altísima gravedad de esta complicación. Este paciente tenía un tránsito hepatobronquico y una abertura en vías biliares con obstrucción secundaria de ésta, lo que explica la ictericia y la gran bilihidatidoptisis configurando un cuadro agudo de tórax. Es la stuación más grave de los tránsitos hepatotorácicos que no siempre puede ser solucionada en un solo tiempo operatorio. El cuadro respiratorio suele ser tan grave que obliga a actuar solamente sobre la fuente de aporte al árbol biliar (drenaje del quiste y desobstrucción de la vía biliar) dejando para un segundo tiempo el tratamiento de la lesión pulmonar.

Felicito a los autores por el excelente resultado obtenido en un solo tiempo operatorio.

DR. RUBIO.—Personalmente deseamos felicitar a los colegas que han tratado a este chico. De acuerdo a la presentación efectuada, estaba sumamente grave y lo acabamos de ver en condiciones físicas perfectas, de modo que han hecho lo más importante que se puede hacer en cirugía y en medicina, que es curar. Además, a los que no estamos viviendo la experiencia de la echinococosis en el niño, nos sirve para enseñarnos de la rareza de este tipo de complicación, como es la apertura del quiste hidático en tránsito hepatobronquico. Pero lo que considero de mayor interés es que el tratamiento realizado a este niño altera un esquema que pensábamos era definitivo. Es decir, en circunstancias en que un quiste se abre en vías biliares dando un cuadro de obstrucción de éstas y al mismo tiempo hace un tránsito hepatobronquico, lo fundamental, en casos en que por las condiciones de gravedad del paciente no se pueda realizar el tratamiento de elección que es tratar ambas complicaciones, es actuar sobre la vía biliar dejando para un segundo tiempo el resolver la complicación torácica.

Esto lo aprendimos con el Dr. Víctor Armand Ugón. Acá la situación se resolvió de manera diferente y al parecer con excelentes resultados.

DR. VALLS.—Yo felicito a los ponentes por el resultado de este caso, a mí se me planteaba la inquietud del problema de su vía biliar, en base a que tuve una enferma que había tenido en sus antecedentes una ictericia y vino con una gran biliptisis, que la ahogaba y que era un problema muy serio desde el punto de vista respiratorio, la vimos en consulta con los antestesisistas y decidimos operarla por la vía torácica para suprimirle en forma rápida la

comunicación con el apartado respiratorio que la ahogaba a la enferma.

La abordamos por una toracotomía, drenamos el quiste por vía abdominal y cerramos el diafragma.

Pero esta enferma, que no estaba con ictericia, hizo una bilirragia formidable, como consecuencia de esa bilirragia se inundó la cavidad pleural de bilis, y reitero la biliptisis. Esta enferma tuvo que ser operada, pero por vía abdominal y hacerle el abordaje de la vía biliar y evacuarle membranas hidáticas de la vía biliar.

Es decir que el problema biliar allí era real.

DR. ANAVITARTE.—Yo no sé si de la lectura de la historia queda bien claro que era un tórax agudo, tanto es así que el Dr. Fernando Mañé que tiene una vasta experiencia en Pediatría, sostenía que tenía que tener un derrame pleural, de manera que esto fue un tórax agudo. El quiste comunicaba con la vía biliar. Yo cuando metía el dedo en la cavidad toqué el canal biliar, un grueso canal biliar abierto, y supuse que tendría membranas hidáticas en el colédoco.

Tenemos un documento muy pobre, por eso no lo trajimos, donde nosotros vemos la vía biliar, el radiólogo discute si era o no era, nosotros pensábamos que sí, que era la vía biliar permeable. Pero lo que dominó el cuadro fue que el drenaje del quiste bastó para que la ictericia desapareciera.

Tenemos otro documento, también no muy claro de la cavidad quística hepática después de la interven-

ción quirúrgica. Pero lo que quiero dejar constancia es que lo que dominaba el cuadro era el tórax, era un tórax agudo.

Además había discusión si esto podría ser un tránsito hepatobronquico dada su baja frecuencia en el niño.

Lo que nos hizo hacer el diagnóstico de que tenía una comunicación, fue la biliptisis.

Otro problema fue el lóbulo inferior que tenía una neumonitis biliosa. Entonces se nos planteó el problema si le hacíamos una lobectomía, que a mí me parece que hubiera sido lo más correcto, o si le hacíamos una segmentectomía. El estado del niño no daba para hacer una lobectomía, entonces nos dedicamos a hacer rápidamente una resección segmentaria, que comprendía la cavidad hidática, como le llama Larghero, o parahidática, como creemos que es mejor denominarla.

El niño tenía una neumonitis biliosa; del orificio pulmonar de la comunicación, salía un chorro de bilis exactamente igual al que salía del orificio inferior como una fuente, dos chorros de bilis. El lóbulo inferior estaba prácticamente inundado de bilis, y la cavidad contenía 60 ó 70 cm. cúbicos de bilis.

De manera que se abordó por tórax porque éste era un tórax agudo. Yo comprendo que la toracofrenolaparotomía hubiera sido lo ideal, pero no sé si la operación hubiera tenido tanto éxito dada la gravedad del enfermo.