

Dos casos de quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares

Por el Pract. H. ANASTASIA

Relator J. C. DEL CAMPO

Daré lectura en primer término a las observaciones que sirven de base al trabajo.

La presente comunicación pretende ser solamente un modesto aporte más a la casuística nacional de los quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares. Podría el tema que tratamos, en principio carecer de importancia para ser objeto de una comunicación a una sociedad científica, ya que es un asunto largamente debatido tanto entre nosotros como en el extranjero, según lo prueba la abundante bibliografía al respecto; pero entendemos que las comunicaciones no deben ser monopolio de las rarezas anatómo-patológicas, las audacias de las soluciones quirúrgicas o de las insólitas encrucijadas que la clínica depara. Temas que sin ser excepcionales no son tampoco encuentros en la labor diaria, deben ser llevados al seno de las sociedades, ya aportando un argumento original, ya aclarando una fase poco conocida del problema, o aunque más no sea — y esto sería ya un mérito — servir de motivo a una discusión en la que manifestándose distintos puntos de vista, recogeríanse de este intercambio de ideas sólo beneficios. Por esto aceptamos la sugestión del Profesor García Lagos de traer a la Sociedad de Cirugía estas historias clínicas.

Observación I. — Hospital Maciel. Sala San Luis. Serv. del Profesor García Lagos. P. C., 28 años, uruguayo; procede del Departamento de San José. Ingresó el 30 de Enero de 1933.

Antecedentes hereditarios. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Sujeto dedicado a las tareas rurales, nada destaca de su pasado, hasta hace más o menos dos meses en que empieza a sufrir de un estado dispéptico caracterizado por malestar gástrico post-prandial, pesadez epigástrica, anorexia electiva para carnes, huevos, grasas. No dió mucha importancia a esos trastornos porque no lo molestaban mayormente en sus tareas. No ha tenido urticaria ni prurito.

Enfermedad actual. El día de su ingreso al Hospital, mientras estaba entregado a sus tareas habituales sintió de pronto un intenso dolor en el epigastrio e hipocondrio derecho irradiado al hombro y espalda de este mismo lado, paroxístico, acompañado de vómitos biliosos y de chuchos de frío intensos.

Ingresó con estado general malo, dolor espontáneo y provocado en la zona ve-

sicular; defensa parietal marcada de esa región; se constata una tumoración difusa, que provoca el levantamiento de la aleta condro-costal derecha. Temperatura axilar 38'6. 92 pulsaciones al minuto. Ictericia.

La tumoración del hipocondrio, el dolor y defensa del vientre en esa zona, la leucocitosis constatada, el cuadro general que indicaba un estado infeccioso marcado y los antecedentes, hicieron pensar en un quiste hidático del hígado supurado o en un proceso flegmático de la vesícula biliar. Se colocó una bolsa de hielo en el vientre, y con el tratamiento general adecuado que el caso requería (tonicardíacos, suero glucosado, urotropina, etc.), se dejó al enfermo en observación.

Enero 31. — Continúa el cuadro del día anterior.

Febrero 1.º La temperatura ha descendido algo, pero el estado local sigue sin variantes.

Febrero 3. — Nuevo empuje febril; estado general, malo; facies terrosa, lengua y labios secos; enfermo intoxicado. Cuadro local, sin modificarse.

Febrero 4. — Sin variantes. Se decide operar.

Intervención. Opera Dr. Pérez Fontana. Ayuda Pte. Anastasia. Anestesia general al éter. Celiotomía superior transversal derecha. Abierto el vientre se constata: Peritoneo libre; vesícula biliar tensa, llena con sus paredes normales, sin manifestaciones aparentes de colecistitis o pericolecistitis. En la cara superior del lóbulo derecho del hígado se constata voluminoso quiste hidático, cuyo abordaje resulta dificultoso por la incisión hecha. Se practica a continuación una resección parcial de costilla por donde se aborda perfectamente el quiste. Quistotomía que da salida a abundantes elementos hidáticos mezclados con biles purulentas. Marsupialización. Lrenaje a permanencia de la vesícula. Mecha de gasa en la celiotomía. El enfermo tolera bien el acto operatorio.

Post-operatorio. — El estado general mejora francamente. Se sostienen las fuerzas con sueros tonicardíacos; se da urotropina, opoterapia hepática, etc. Amplio drenaje en los días sucesivos por los tubos que van a la cavidad quística y a la vesícula. Rápida evolución hacia la apirexia. El drenaje vesicular se tarizó pronto, no así el de la quistostomía, que dió durante largo tiempo elementos hidáticos y líquido pio-biliar primero, francamente biliar después. Al ser dado de alta el enfermo todavía conservaba una pequeña fistula en la toracolaparotomía. (Abril 25).

Exámenes de laboratorio. — Azoemia: 0 gr. 40 por litro. Examen de orina: albúmina, no. Glucosa: indicios. Acido diacético, no. Pigmentos y ácidos biliares: reacción franca. Reacción de Wassermann en el suero: negativa. Leucocitosis (pre-operatoria): 15200 por mm. Post-operatoria: 13400 por mm. Fórmula leucocitaria: Polinucleares neutrófilos, 60 %. Eosinófilos, 5 %. Basófilos, 1 %. Monocitos, %. Linfocitos, 13 %.

Hemos efectuado tres radiografías que adjuntamos, utilizando para visualizar las vías biliares una solución de yoduro de sodio al 10 %.

Radiografía N.º 1. — Febrero 24. — Inyección practicada por la sonda de la colecistostomía. Se constata el trayecto visceral de la sonda; parte del colédoco; parte de las vías biliares intrahepáticas. El líquido inyectado ha llenado la cavidad quística y el tubo de drenaje.

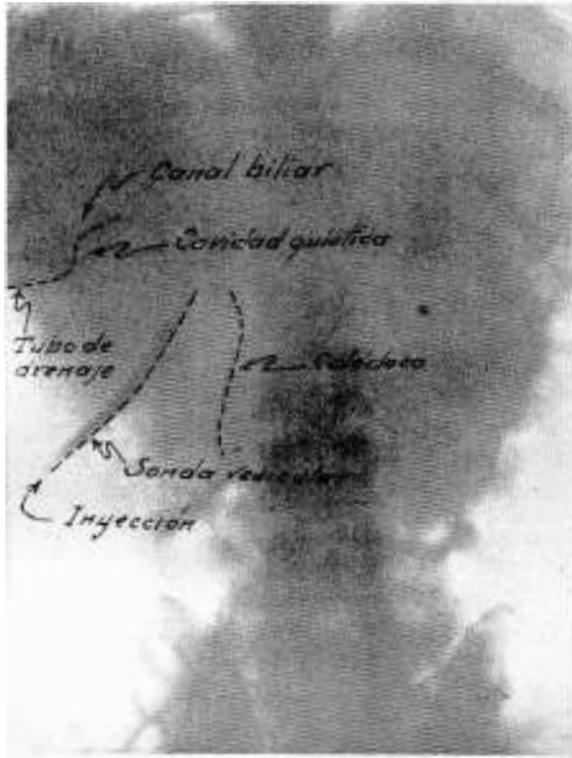
Radiografía N.º 2. — Marzo 10. — El yoduro ha sido inyectado en la cavidad quística por el tubo de drenaje. Se observa el relleno de dicha cavidad. No son visibles las vías biliares.

Radiografía N.º 3. — Abril 18. — El líquido ha sido inyectado por la cavidad

quística. Se observa: A) La mencionada cavidad; B) Los canales hepáticos izquierdo, derecho y común; C) El canal cístico y la vesícula; D) El colédoco; y E) El duodeno.

OBSERVACION II. Hospital Maciel. Sala Padre Ramón. Servicio del Prof. García Lagos. C. M., 31 años, uruguaya casada, 4 hijos. Procede del Departamento de Rocha. Ingresa el 6 de Marzo.

Antecedentes hereditarios. — Madre muerta de neoplasma gástrico.



Radiografía N.º 1

Inyección practicada por la sonda vesicular

Se constata:

El trayecto vesicular de la sonda; parte del colédoco; parte de las vías biliares intrahepáticas.

El líquido inyectado ha llenado la cavidad quística y el tubo que la drenaba.

Antecedentes personales. — Hace 6 años, al mes de su último parto, tuvo un síndrome de cólico hepático, febril, acompañado de ictericia, que pasó sin dejar secuelas, repitiéndose en varias oportunidades desde entonces, uno o dos accidentes de este orden por año. De estos cólicos hepáticos la enferma destaca uno que tuvo hace cuatro meses, que le produjo sufrimientos más marcados que los anteriores. Desde entonces dice sufrir casi permanentemente, y, apesar de un severo régimen dietético, seguido por indicación médica para combatir una sospechada latíasis, hace cólicos hepáticos cada 15 o 20 días. La enferma es una constipada habitual, dispéptica, con anorexia electiva y repugnancia por las grasas.

Estado actual. — Ingresa a la clínica en buenas condiciones, diciendo haber adelgazado varios kilos en pocos meses. Tinte subictérico de los tegumentos. Tórax: Nada de particular. Abdomen: Inspección normal. Perfecta movilidad respiratoria. A la palpación, paredes blandas, sin defensa; en el hipocondrio derecho, por debajo del reborde hepático se constata una tumoración no dolorosa bien limitada, que sigue al hígado en sus movimientos con los caracteres de una vesícula biliar ingurgitada. El hígado desborda unos 2 centímetros del reborde costal a la percusión. Con la evolución de la enfermedad, con la tumoración constatada y que hacía pensar seriamente fuera una vesícula, con el resultado del colecistograma y demás exámenes practicados, se intervino con la creencia de encontrar un proceso vesicular (¿litiasis?).

Intervención. — Anestesia general al éter. Opera Dr. García Lagos. Ayuda Dr. Roca. Laparatomía para mediana supraumbilical derecha. No se constata lesión a la exploración de las vías biliares externas. Hay un quiste hidático en la cara inferior del lóbulo derecho del hígado, situado a unos ocho centímetros por fuera del lecho vesicular. Quiste con contenido a poca tensión, con elementos hidáticos y bilis en su interior. Por sus caracteres microscópicos se tiene la impresión de que se trata de un quiste hidático en regresión. Protección con compresas de la cavidad abdominal; formolización, evacuación del quiste y drenaje; mechas protectoras. Post-operatorio. Sale abundante bilis por la quistostomía. Hay algunos empujes febriles que cedieron pronto y relacionados probablemente con retenciones en la cavidad quística. En general, el post-operatorio ocurrió sin trastornos. La enferma fué dada de alta el 23 de Mayo, sin haber presentado más accidentes dolorosos hasta entonces.

Exámenes de laboratorio. — Urea en el suero, por litro, 0 gr. 30ñ Reacción de Wassermann en la sangre: negativa. Colecistografía. Vesícula acodada y deformada. Examen de materias fecales: no se encuentran elementos hidáticos.

Tales son las observaciones presentadas por el Pte. Anastasia, a las cuales agrega ciertas consideraciones clínicas y terapéuticas interesantes.

El reglamento de la Sociedad de Cirujía obliga a filtrar ciertas comunicaciones y confieso que ofrezco a la del practicante un tamiz de malla muy apretada.

Ese tamiz tiene, sin embargo, un punto débil, y lo indicaré al autor convencido de que, al fin de cuentas, nos entenderemos.

Porque, según mi criterio, no hay ningún elemento de juicio para afirmar que se trata de quistes hidáticos del hígado, abiertos en las vías biliares; hay sólo elementos de probabilidad mayores indudablemente en el primer caso que en el segundo.

Esta diferencia de apreciación debe derivar del significado diferente dado a la expresión abierto en las vías biliares.

¿Qué se entiende por quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares?

Este término ha sido usado en tres sentidos:

1) En el sentido gramaticalmente estricto de la palabra abertura,

consecuencia ineludible: la comunicación del quiste con la vía biliar.

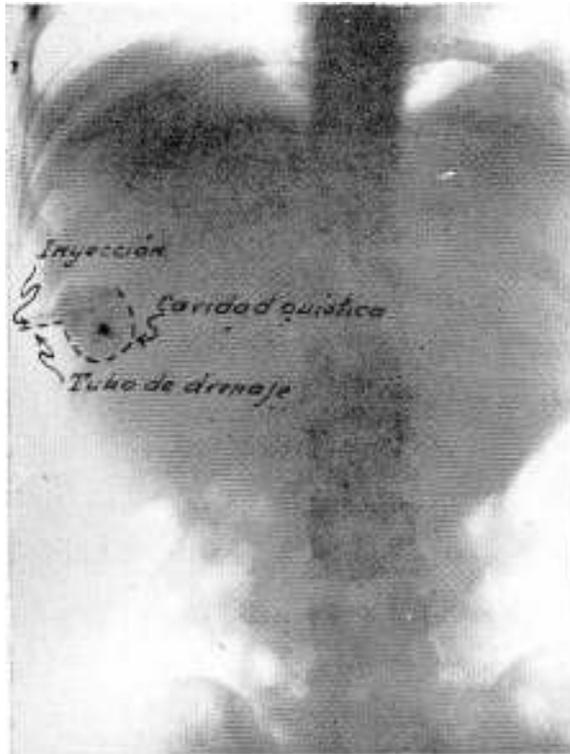
— acción o efecto de abrirse, — definido en el caso presente por su

2) En el sentido de la evacuación del contenido quístico a través de las vías biliares.

consecuencia ineludible: la comunicación del quiste con la vía biliar.

Analizaremos los tres criterios empezando por el más restringido, es decir, el último.

En nuestro país dicho criterio ha sido sustentado por el profesor Prat, que tiene el mérito de especificar netamente que considera como



Radiografía N.º 2

El líquido ha sido inyectado en la cavidad quística
Por el tubo de drenaje se observa el relleno de dicha cavidad. No son visibles las vías biliares.

quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares. He aquí la opinión de Prat: "Consideraremos quiste hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares, no a todos los quistes que presenten una comunicación amplia con la red biliar, que permita el fácil pasaje de vesículas y membranas hidáticas a los canales biliares de eliminación, dando los fenómenos de obliteración de estas vías, con todos los fenómenos que trae aparejada la obstrucción hidática mecánica"

“La importancia clínica fundamental de este síndrome depende, pues, de la obliteración y de los accidentes que ocasionan las vesículas hidáticas en el árbol biliar. Con tal criterio, un quiste marsupializado con abundante bilirragia no puede ser considerado como un quiste abierto en las vías biliares”.

El sentido dado por Prat es un sentido restrictivo. Es discutible. Creo que estaría mejor catalogarlos y presentarlos con el título de obstrucción hidática de las vías biliares.

Pero diré que en apoyo de la tesis de Prat podrían citarse varios argumentos:

1) Que es el único capítulo del quiste hidático del hígado que se evacúa por las vías biliares, que presenta un problema terapéutico diferente del quiste hidático del hígado en general, es decir, el único de interés quirúrgico especial.

2) Que la mayor parte de los cirujanos, cuando han tratado del quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares, sólo se han ocupado de éstos.

3n) Que es el único capítulo en el cual puede haber y ha habido divergencias terapéuticas. Hablar de esas divergencias cuando se estudian otros casos, implica no haber comprendido el tema.

Ahora bien: para clasificar con este criterio un quiste hidático del hígado como abierto en las vías biliares, es necesario: 1) Obstrucción clínica de las vías biliares con eliminación de elementos hidáticos por el tubo digestivo (gran probabilidad siempre que se pueda eliminar la posibilidad de un quiste abierto en las vías digestivas); o 2) Obstrucción clínica en las vías biliares; comprobación operatoria de la obstrucción hidática de la vía biliar o comprobación post-operatoria: salida de elementos hidáticos por el tubo de drenaje del hepatocolédoco o de la vesícula.

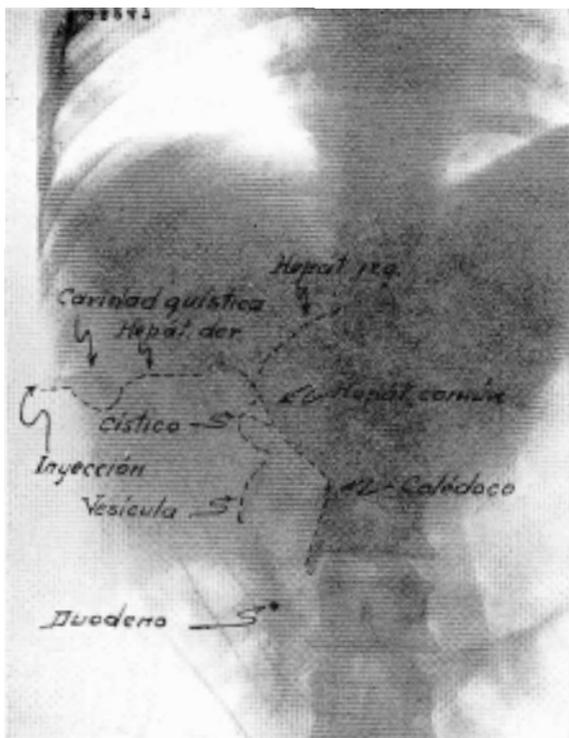
Indudablemente, los casos presentados no corresponden al criterio sustentado por el profesor Prat.

Para aquellos autores que, como Dévé, consideran como quistes hidáticos abiertos en las vías biliares “los casos en los cuales un quiste hidático evacúa una parte mismo mínima de su contenido en la canalización mucosa de la víscera”, — es decir, que identifican abertura y evacuación, — el criterio anterior es muy restringido.

Pero diré que, si ciertos capítulos de Dévé permiten afirmar esto, otros permitirían colocarlo dentro del grupo anterior. Recórranse los capítulos de tratamiento de sus tres trabajos de conjunto y verán que para Dévé la obstrucción biliar es el eje, ya sea que esté presente o que haya pasado.

Pero lo cierto, lo indiscutible, es que hay un capítulo diferente del anterior y que puede estar relacionado con la evacuación de un quiste hidático hepático en la vía biliar.

Transcribo una frase de Soca para demostrar en qué términos exactos había señalado nuestro distinguido clínico la relación y la diferencia de este capítulo con el anterior: "No hablaré del gran cólico de antiguo conocido y ligado a la expulsión de las vesículas a través



Radiografía N.º 3

El líquido ha sido inyectado en la cavidad quística.
Se observa: A) El quiste; B) Los canales hepáticos; C) El canal cístico con la vesícula; D) El canal colédoco; E) El duodeno.

de las vías biliares y su aparición en las materias fecales. Me refiero a otra clase de cólicos, simulando enteramente los cólicos litiaésicos, repitiéndose, más o menos, irregularmente, durante un largo número de años y en los cuales la exploración más minuciosa no ha permitido sorprender la expulsión de vesículas hidáticas ni aun de ganchos de equinococo. Es posible que el mecanismo de estos cólicos sea el mismo que el señalado en primer término; pero, en tal caso, es imposible comprobarlo o, al menos, es muy difícil, lo que establece entre ellos una importante diferencia clínica".

El interés de este capítulo es sobre todo clínico y radica en el valor semiológico del cólico hepático tomado aisladamente con o sin ictericia y en la patogenia del cólico hepático en el quiste hidático del hígado.

Ahora bien: dentro de este grupo hay casos en los cuales hay elementos de certidumbre: constatación de vesículas o membranas en las heces; constatación de escolices en el tubaje duodenal. Fuera de estas dos constataciones no puede hablarse sino como hipótesis, — más o menos lógica, — pero hipótesis al fin. La posibilidad de clasificar bien un caso dependerá de la sagacidad, minuciosidad y oportunidad clínicas.

Y entramos dentro del tercer grupo de aquellos que identifican abertura con comunicación.

La ausencia de elementos de certidumbre reduce los elementos de juicio a las comprobaciones clínicas, — dolores, ictericia, fiebre, — y a las constataciones del estado del quiste. En éste se verá la comunicación por la vía biliar (colorragia quística — visualización post - operatoria de la comunicación) y el estado del contenido parasitario (degeneración, vesiculización, supuración).

Ahora bien: las dificultades de la comprobación de la evacuación — elemento tetmporario — hace pensar con toda lógica que en muchos de estos casos pueda haber habido evacuación por las vías biliares.

La separación neta de estos casos con los anteriores no existe y he aquí la falla del tamiz.

Autoridades científicas — Quenu, Dévé, — han tratado de separar bien los casos de “vías biliares rotas en el quiste”, en los cuales es el quiste el que paga todas las consecuencias de los casos de quiste abierto en la vía biliar; pero esto no es más que una manera de decir, una clasificación práctica, a “grosso modo” de la situación. Uno no podría afirmar que en esos casos no ha habido una evacuación mínima por las vías biliares. Y lo comprende muy bien Dévé cuando agrega: “Esto no quiere decir, por otra parte, que el primer tipo no pueda llegar al segundo”.

Pero, y en esto estoy con Dévé, a pesar de todo hay interés en separar unos casos de los otros y aprovecho nuevamente la frase de Soca, para quien la imposibilidad de comprobar la eliminación representa una característica clínica de importancia.

Como lo afirma Quenu, “estos casos son de observación banal” y “el interés de la complicación es de un orden enteramente diferente, está en la colorragia”.

Y bien, con los datos de las historias clínicas presentadas es dentro

de este grupo que se clasificarían; el primero es un quiste hidático supurado del hígado con colerragia, en el cual en el post operatorio pudo visualizarse una amplia comunicación entre la cavidad quística y la vía biliar; el segundo es un quiste hidático en regresión con cole-
 irragia intraquística.

A continuación de las historias el autor propone una clasificación de las formas clínicas de las complicaciones de los quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares (que reproduce en sus trazos esenciales la clasificación de Sabadini), en formas a predominancia del estado infeccioso, formas a predominancia de ictericia, formas a predominancia del dolor y formas mixtas.

También señala la asociación posible del quiste hidático y la litiasis e indica el rol posible de la hepatitis en la patogenia de la ictericia cuando hay infección de las vías biliares.

En lo que respecta a tratamiento el autor expone las ideas del Dr. García Lagos, en cuya clínica trabaja. Indicaré, sin embargo, que en los casos en cuestión, no habiendo obstrucción de las vías biliares, no hay discusión sobre el tratamiento.

He aquí lo que él opina al respecto.

"V. — En los dos casos que comunicamos el tratamiento, si bien semejante en sus líneas generales, ha tenido algunas diferencias interesantes de marcar, — es obvio insistir sobre la circunstancia de que solamente era la Cirugía la única que podía solucionar estas situaciones clínicas.

"En la Obs. 1. el cirujano creyó conveniente practicar, dado el estado de tensión de la vesícula biliar, además de la quistotomía, el drenaje de ésta, aunque no sea este doble drenaje colecisto-quístico la norma quirúrgica implantada en este Servicio por su Jefe.

"En la Obs. II, consecuente con las ideas emitidas por el Prof. García Lagos, en varias oportunidades, se practicó solamente la quistotomía, es decir, la operación mínima.

"El tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares no ha aunado aún a los cirujanos en una solución uniforme. En la clínica de que están tomadas estas observaciones, en lo que se refiere a las formas a síndrome infeccioso icterico predominante, respectivamente, se sigue como conducta general estas dos directrices: 1º) Tratamiento del quiste: se hace como cualquier quiste hidático infectado, por marsupialización; 2º) Tratamiento de la infección existente en el árbol biliar, para lo cual se practica el drenaje por arriba del obstáculo. La intervención que satisface estas dos exigencias es la quistotomía, primitiva y única como operación de elec-

ción. En las formas en que predomina el estado doloroso también es la quistotomía la operación de elección, si bien no es aquí el estado de las vías biliares el que cuenta como factor preponderante en el problema quirúrgico. Esta conducta de la clínica a que actualmente pertenecemos, está definida en el trabajo que el Prof. García Lagos presentó como relator de la Sociedad de Cirugía al Congreso Médico del Centenario, titulado "Conducta a seguir frente a las infecciones de las vías biliares". En el capítulo de ese relatorio que se refiere al tratamiento de las infecciones que siguen a la rotura de los quistes hidáticos, luego de una introducción bibliográfica sobre el tema, se estudian cuatro nuevos casos tratados por la quistotomía, que se agregan a los publicados anteriormente por el autor. Dice el comunicante: «La cura espontánea y la cura por coledocotomía no pueden vaciar el quiste de un modo comparable a la quistotomía. Las recidivas son frecuentes. Por el contrario, la quistotomía drena el árbol biliar y su retención biliar y su contenido biliar y su contenido hidático».

"De las consideraciones generales que ponen fin a este trabajo nos interesa destacar ahora las numeradas quinta y sexta, que dicen, respectivamente: "En los quistes hidáticos abiertos en las vías biliares la quistotomía es la mejor operación, pues evacúa el quiste y drena el árbol biliar por arriba del obstáculo y drena el quiste". "La coledocotomía puede ser necesaria para descubrir el colédoco en algún caso raro o puede ser necesaria si el quiste no es localizable o abordable".

Al terminar mi tarea debo expresar que la comunicación del Pte. Anastasia es un trabajo de estudio, perfectamente documentado y digno de todo elogio.

Dr. García Lagos. — Agradezco la atención que ha puesto el Dr. del Campo en el relatorio, que ha resultado tanto o más interesante que la propia comunicación. Evidentemente, son observaciones que carecen de control necrópsico. El tópico es muy interesante y conviene saber lo que la Sociedad piensa al respecto y si el título de la comunicación es exacto o no.

Cuando hay elementos hidáticos en las materias fecales y obstrucción hidática, yo creo que puede hablarse de abertura. Un quiste abriéndose directamente en el colédoco es excepcional. En general, se hará una quistotomía, lo que impedirá la comprobación de la obstrucción de las vías biliares; la situación es, pues, difícil para hacer una afirmación clínica u operatoria.

Pienso si no habrá otra nomenclatura más conveniente.

Dévé publicó casos de evacuación de quistes en las vías biliares sin ictericia y sin obstrucción, lo que es una complicación para el diagnóstico. De modo que si podemos constatar la comunicación am-

plia del quiste con las vías biliares y hay abundante colerragia, podemos afirmar abertura en las vías biliares. Podemos ver el relleno de la vesícula por el quiste y viceversa. Yo creo que en estos casos hay que admitir una amplia comunicación. Toda comunicación post operatoria amplia se puede considerar como un quiste evacuado en las vías biliares.

Respecto al segundo caso en realidad habría que utilizar más el razonamiento, pero no hay renitencia, hay bilis y podría decirse quiste evacuado en las vías biliares. Los dos casos son, probablemente, abiertos en las vías biliares. La bilis en el momento operatorio tiene más valor que en el post operatorio.

Yo, en los quistes hidáticos abiertos en las vías biliares, no he encontrado membrana madre, o ésta está muerta o degenerada.

Yo desearía que la Sociedad dijera qué es lo que aceptamos como quiste hidático abierto en las vías biliares.

Dr. A. Lamas. — Hago moción para que este tema quede en discusión.

D. A. Capella y Pons & C.o

Av. 18 DE JULIO, 1241 (Frente a la Confitería Americana)

Optica, Ortopedia, Fotografía, Higiene