

*Quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares*  
(En discusión)

Dr. García Lagos.—

P. R., 21 años. Nacido en el Departamento de Treinta y Tres. Reside hace doce años en Montevideo. Siempre sano.

El 1.º de Marzo de 1934 ingresa al Hospital Militar por molestias dolorosas del hipocóndrio derecho. Se le diagnostica ictericia catarral y sale de alta a los diez o doce días. Tuvo fiebre durante dos o tres días.

Setenta días después ingresa a mi Servicio con anorexia y astenia. Ictericia con decoloración de las materias fecales, hígado grande y sensible a la presión sobre todo en la región epigástrica. A la radioscopia hígado grande con lóbulo izquierdo irregular.

Tubaje duodenal positivo, poca bilis. No se palpa vesícula. Prurito.

No tiene temperatura. Pulso 60. No se encuentran elementos hidáticos en un examen de materias fecales.

En resumen: ictericia apirética con hígado grande, sensible, irregular en el lóbulo izquierdo. Materias fecales permanentemente decoloradas. Tubaje duodenal débilmente positivo.

Por la edad del enfermo, por su hígado grande, irregular, sensible a la presión y por su decoloración de materias fecales, se piensa en un quiste hidático del hígado, del lóbulo izquierdo, abierto en las vías biliares, con obstrucción del colédoco, pero falta la vesícula grande palpable, y falta la temperatura.

Se deja en suspenso el diagnóstico y se pide al Dr. Varela Fuentes que nos de la curva de la bilirubinemia, directa e indirecta.

La respuesta del Dr. Varela Fuentes es que, dado el aumento a 2 mms. 8 de la bilirubina indirecta y a 24 mms. de la bilirubina directa, hay razón para creer en una hepatitis y que no se trata de una simple obstrucción mecánica. Es decir, que hay un factor infeccioso.

El hígado, grande y doloroso, está a favor de la hepatitis, pero la ausencia de temperatura llama la atención.

La operación revela un quiste hidático chato, casi vacío, lleno de restos de membranas y con abundante bilis. Es, por lo tanto, un quiste hidático en regresión, comunicando con las vías biliares, achatado, no tenso y no supurado.

Por otra parte, la operación demuestra que la vesícula biliar no está dilatada, en ese momento, y que la vía principal, el colédoco no está dilatado. La palpación no indica que el colédoco esté obstruido. Su falta de dilatación también hace pensar en que no hay obstrucción.

Lo que es muy importante es que el hígado está enormemente aumentado de volumen, congestivo, con el aspecto de una hepatitis.

Por lo tanto, al lado de quistes que comunican con las vías biliares y que dan ictericia por retención, por obstrucción del colédoco, hay que poner este quiste hidático que comunica con las vías biliares y que se acompaña de ictericia con decoloración de las materias fecales, y que no parece acompañarse de obstrucción del colédoco, pues las vías biliares no están distendidas ni enfermas.

Por el contrario, hay una hepatitis intensa y la curva de la bilirubinemia indica la existencia de la hepatitis.

Si se recuerda que este enfermo no tenía temperatura, cabe preguntarse si al lado de los quistes abiertos en las vías biliares, que obstruyen el colédoco y dan una angiocolitis por obstrucción y estasis biliar, no merece colocarse esta variedad clínica en que la ictericia y la decoloración de las materias fecales parecen deberse principalmente a la hepatitis.

O de otro modo, la hepatitis puede ser factor importante en la ictericia tipo retención de un quiste hidático comunicante con las vías biliares. La obstrucción no es todo.

La falta de temperatura en la evolución clínica del enfermo, estaría a favor de la predominancia de la hepatitis. El factor obstrucción sería de poca importancia o estaría ausente.

Dr. Prat.—

El relatorio del profesor J. C. del Campo, referente a los quistes hidáticos del hígado abiertos en vías biliares, que fué presentado en las últimas sesiones del año pasado, a la Sociedad de Cirugía de Montevideo, ha tenido la virtud de dejar abierta la discusión sobre esta interesante complicación de la hidatidosis, en las dos cuestiones particularmente planteadas: 1º ¿qué debe entenderse por quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares? y, 2º, la terapéutica de estos quistes.

En nuestra memoria (Prat y Piquerez, Quistes hidáticos del Hígado abiertos en las vías biliares, "Anales de la Facultad de Medicina", 1925), establecimos categóricamente la definición de esta complicación hidática y decíamos: "Consideramos quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares, no a todos los quistes que presentan una simple comunicación con el árbol biliar y que tengan su contenido teñido por la bilis, sino a los quistes que presenten una comunicación amplia con la red biliar, que permita el fácil pasaje de las 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".

De acuerdo con esta definición, el síndrome de quiste hidático abierto en vías biliares deberá ajustarse a ciertas condiciones principales que lo erigen en entidad patológica; estas condiciones son: sintomatología dolorosa hepatobiliar, de tipo pseudo litiásico, con eliminación de vesículas o membranas hidáticas en las materias fecales (hidatidentería o hidatidemesis), con un quiste primitivo del hígado que sea la fuente de los elementos hidáticos que pasaron a la canalización biliar. Y también cuando la operación o la autopsia, confirme la presencia de estos mismos elementos hidáticos en las vías biliares, o que esta confirmación sea hecha por la histología o por intermedio del sondaje duodenal.

Como se ve, la definición y las características que hacen del quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares una entidad patológica, son bien precisas y no dejan lugar a dudas de ninguna especie, de donde resulta que el síndrome pseudo litiásico que lo caracteriza es producido por la presencia y la migración de vesículas y membranas hidáticas en los canales biliares y la ictericia por retención con su correspondiente infección biliar, es provocada por la obstrucción u obliteración del canal hepatocolédoco por el tapón hidático. De todo esto se deduce que los fenómenos mecánicos de obstrucción biliar por los elementos hidáticos, juegan un rol fundamental en la patogenia de la complicación de estos quistes con su corolario infaltable o sea la infección biliar, que fatalmente se inicia o se exagera al establecerse la retención biliar hidática.

Conviene destacar estos hechos, bien confirmados por la patología quirúrgica, porque ellos orientarán una terapéutica lógica y precisa y no darán lugar a afirmaciones discutibles como las que hace el Prof. García Lagos en su informe al Congreso del Centenario (1930), cuando dice: "La persistencia de la gravedad del enfermo después de la quistotomía depende de las complicaciones intra y perihepáticas de la retención séptica y poco o nada puede la abertura de la vía principal en estos casos"; y a continuación agrega: "La persistencia del tapón hidático de Dévé no es el factor de la persistencia de los síntomas".

Estamos convencidos y ningún clínico o hidatólogo podrá negar que, precisamente, es la presencia de ese tapón hidático del hepatocolédoco y las membranas que han invadido el árbol biliar, la única causa etiológica primitiva del drama hepatobiliar hidático.

Por las consideraciones que hemos hecho se puede deducir que el criterio clínico de lo que debemos entender por quiste hidático abierto en vías biliares, queda netamente establecido y especificado con tan precisa claridad, que resulta fuera de lugar e innecesario in-

sistir más sobre esta cuestión; recordemos, sin embargo, que el Prof. del Campo (J. C.), en el informe ya mencionado, analiza las tres interpretaciones que pueden darse del quiste hidático del hígado abierto en vías biliares:

"1ª En el sentido gramaticalmente estricto de la palabra aber-



Fig. 1. Pio-neumo quiste hidático. Se ve en la parte superior del hígado, debajo del diafragma, la imagen hidro-aérea correspondiente al quiste hidático parcialmente evacuado.

tura, acción o efecto de abrirse, definido en el caso presente por su consecuencia ineludible: la comunicación del quiste con la vía biliar

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

"3ª Limitándolo a los casos de obstrucción hidática de la vía biliar."

Del Campo me atribuye la tercera interpretación desde el momento que establece "que en nuestro país dicho criterio ha sido sustentado por el profesor Prat, etc." criterio que es el más restringido de todos, en la interpretación de los quistes abiertos en vías biliares.

Deseo aclarar, que ni en la letra ni en el espíritu de nuestra memoria quisimos ser tan absolutos. En la mencionada definición se establece que los elementos hidáticos, emigrados a las vías biliares dan los fenómenos de obliteración de estas vías, con todos los accidentes que trae aparejada la obstrucción hidática mecánica; pero, lo mismo ocurre en la litiasis calculosa del hepatocolédoco, donde el obstáculo mecánico puede dar una obliteración parcial o total del canal; igualmente, debe sobreentenderse cuando hablamos de obstrucción hidática, que ésta puede ser parcial o total, y entonces mi interpretación comprende las dos últimas categorías establecidas por del Campo; es decir, la evacuación del contenido quístico a través de las vías biliares, con obstrucción parcial o total de éstas.

Ese ha sido el espíritu de mi interpretación y en eso estamos acompañados con M. Dévé, pues si bien se puede dudar de su interpretación por algunas de sus manifestaciones, esa duda no existe cuando se conoce esta categórica afirmación del gran maestro de Rouen: "a veces, nos encontramos con vías biliares abiertas en el quiste que no hay que confundir con el quiste hidático abierto en vías biliares". Aunque el texto de nuestra definición es claro y preciso, no tenemos inconveniente en ampliarlo para darle la interpretación amplia y justa, de acuerdo con nuestro criterio, sin que el nuevo texto pueda prestarse a limitaciones o interpretaciones diferentes de las que hemos deseado asignarle. El texto de nuestra definición quedará, pues, redactado así: Consideramos quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares, no a todos los quistes que presenten una simple comunicación con el árbol biliar y que tengan su contenido teñido por bilis, sino a 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 parcial o total de estas vías, con todos los accidentes que trae aparejada la obstrucción hidática mecánica.

La frecuencia de la abertura de los quistes hidáticos del hígado en las vías biliares ha sido considerada de muy distinta manera según los autores: así los cirujanos rusos de experiencia hidática, consideran esta complicación como una "eventualidad poco frecuente" con una frecuencia del 3 al 4 %. Por el contrario, Dew, cree que es ésta "la complicación más común de los quistes hidáticos". Para Dévé, la aber-

tura de los quistes hidáticos hepáticos en las vías biliares, se observaría en el 10 % de los casos.

Ivanissevich hace ascender a 22,2 % el porcentaje de los quistes abiertos en vías biliares, que serían los quistes que se presentan con

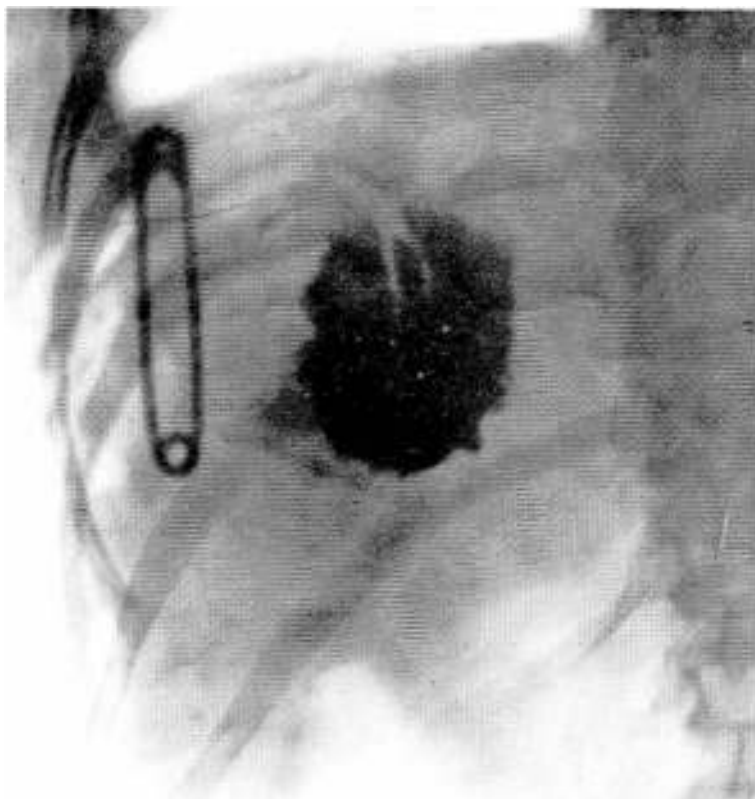


Fig. 2. Relleno de la cavidad quística con yodiod. después de la operación. No se observa comunicación con las vías biliares.

forma pseudo litíásica, que para el profesor argentino, es sinónimo de abertura en las vías biliares.

Nuestra práctica nos induce a establecer este mismo porcentaje aceptado por Dévé (3 casos en 33, enfermos de hidatidosis hepática, estadística de los cuatro últimos años), o sea el 10 % de quistes hidá-

ticos abiertos en vías biliares, con comprobación clínica o anatómica; pero estamos firmemente convencidos que la frecuencia de esta complicación es mayor que la que establece este porcentaje, pero en muchos casos no se puede tener la comprobación evidente de la rotura del quiste hidático en la vía biliar y, por lo tanto, no se le puede contar científicamente como tal.

Sabemos bien cuán difícil es en muchos casos la comprobación anatómica o clínica de la comunicación quistobiliar, ya sea por no haberse comprobado la hidatidentería o por falta de exploración de la vía biliar principal; sin embargo, la evolución de los síntomas y en particular la ictericia, no deja al clínico duda de ninguna especie, de que se trata de quiste hidático abierto en vías biliares, pero que con todo rigor científico no pueden ser catalogados como tales, porque falta la comprobación o la prueba irrefutable de la presencia de esa complicación.

El sondaje duodenal ha podido establecer la evidente comunicación de un quiste hepático con la vía biliar, en casos en que no se sospechaba la presencia de esta complicación; es así como Galán y Piñeiro Sorondo (1926), en la Argentina, constatando la "hidatidocolia microscópica" en un enfermo, diagnostican con toda seguridad la existencia de un quiste hidático hepático, abierto en las vías biliares; Levinson y Leedier, de Moscú, hacen la misma constatación y Varela Fuentes comprueba la presencia de escolex en el sedimento duodenal de dos enfermos.

El año pasado en dos enfermos con hidatidosis hepática hemos podido comprobar que la cara antero-superior del hígado a distancia de la localización del quiste, se presentaba rugosa e irregular, con tumefacciones del tamaño de una aveilana y que estudiada histológicamente esta parte, que fué reseca, resultó ser una hidatidosis canalicular biliar, posiblemente una invasión hidática retrógrada. En uno de los casos había habido síndrome pseudo litiásico con ictericia, que había aparecido fugazmente seis años atrás; esto podía haber hecho pensar en el quiste hidático abierto en las vías biliares, pero en el otro caso, si bien hubo dolores de la región hepática, nunca existió ictericia, de manera que ni se pensó siquiera en la complicación de la comunicación quistobiliar, que fué confirmada en ambos enfermos por el examen histológico. He aquí, pues, otro medio de poner de manifiesto y confirmar con absoluta seguridad la abertura del quiste hidático con las vías biliares, comunicación que no habría sido puesta de manifiesto en ninguna otra circunstancia, con cualquier investigación clínica u operatoria, que se hubiese practicado y que no reseca

un fragmento de hígado invadido por la hidatidosis para establecer histológicamente la naturaleza de la lesión. En breve haremos una comunicación sobre estos casos a la Sociedad de Cirugía.

Tanto el cateterismo duodenal como el examen histológico, pueden poner en evidencia y con toda seguridad, sin posibilidad de error,



Fig. 3. Síndrome pseudo litiasico e ictericia. Se ve una imagen redondeada en pleno hígado de un quiste calcificado.

la existencia de la comunicacion del quiste con las vías biliares, que sin estos medios no se podría comprobar como tal; vamos a comentar ahora otros hechos, que evidencian una posibilidad muy grande de la abertura del quiste hidático en las vías biliares, pero que no nos dan la seguridad absoluta, como lo establecían el sondaje duodenal y el examen histológico.



El pñoneumo quiste hidático del hígado es una complicación infecciosa del quiste, cuyos gérmenes anaeróbicos provienen generalmente de la vía biliar y que, como lo ha demostrado Dévé, el tercio por lo menos de estos quistes gaseosos del hígado, son quistes abiertos en vías biliares. Recientemente he tenido ocasión de tratar un pñoneumo quiste y no obstante haber tratado de establecer por medio de la radiología la comunicación quistobiliar, no lo he logrado. Se trataba de una señora de 70 años de edad, parienta de un colega que me pidió la viera en consulta, después de haberle constatado radiológicamente un nuevo quiste (Fig. 1). La paciente hace 9 años que no ha estado en campaña ni en medio adecuado para una contaminación hidática, pero presenta una vieja historia de crisis dolorosas a tipo cólico hepático, matizado con algún episodio de ictericia y trastornos intestinales. Por estos antecedentes diagnosticué un quiste hidático abierto en vías biliares y con ese diagnóstico fué operada la paciente, con anestesia local, por vía transtóraco-diafragmática anterior. Se encontró un quiste hidático supurado, en parte vaciado, con gases malolientes, vesículas degeneradas y bilis. Vaciado por aspiración, formolado y drenaje. Días después y a fin de poner en evidencia la comunicación del quiste con las vías biliares, le hice una radiografía con inyección previa de yodinol. La radiografía (Fig. 2), puso bien en evidencia la cavidad del quiste, bastante disminuída de volumen, pero no existe pasaje del líquido opaco a la vía biliar. Quiere decir, que esta comunicación se obliteró temporarily o definitivamente, y no nos permitió ponerla en evidencia la investigación radiológica; sin embargo, no tenemos ni se puede tener duda alguna de que se trate de un quiste hidático del hígado abierto en vías biliares, puesto que tiene que ser por esta única vía por donde se vació parcialmente el quiste. Podemos adelantar más aún, que hace mucho tiempo o mejor dicho, muchos años, que ese quiste se venía drenando por las vías biliares sin provocar ningún accidente que permitiera el diagnóstico real de la lesión.

Hará aproximadamente tres años, tuvimos ocasión de sospechar y diagnosticar un quiste hidático abierto en las vías biliares, por la presencia de otra complicación de la hidatidosis hepática. Se trataba de una enferma hospitalizada en nuestro Servicio del Hospital Pasteur, que presentaba un cuadro reciente de cólicos hepáticos, fiebre, chuchos e ictericia por retención. Pensamos en la litiasis biliar, pero este diagnóstico no nos satisfacía plenamente, pues no había antecedentes claros de litiasis, datando el síndrome doloroso e icterico de muy poco tiempo. Esto nos hizo establecer un compás de espera para confirmar el diagnóstico, cuando la enferma tuvo una vómica hidática con bilis.

Ante este nuevo síntoma, no titubeamos en diagnosticar un quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares por lo que nos ha enseñado Dévé: en presencia de una fístula bronco-hidático-biliar se debe sospechar siempre e investigar la comunicación previa del quiste hepático con las vías biliares, abertura que casi siempre precede a su comunicación con los bronquios. Tuvimos razón en aplicar la fórmula de Dévé, porque en la operación confirmamos la existencia del quiste abierto en las vías biliares y con el amplio drenaje del quiste logramos curar radicalmente a la enferma.

En otra enferma que veníamos atendiendo por una afección de la columna, por la cual tuvimos que hacer una prolongada inmovilización, como persistiera un síndrome doloroso hepático, con empujes de subictericia sin constatación clínica de litiasis, le hicimos hacer un estudio radiológico del hígado, que puso de manifiesto un quiste calcificado, en una enferma que hace más de quince años que no habita la campaña y que no está expuesta a la contaminación hidática (Fig. 3). Es muy posible que en esta paciente se trate también de un caso de quiste hidático abierto en las vías biliares que explicaría el síndrome pseudo litiásico, aunque es casi seguro que la confirmación de la comunicación quistobiliar, suponiendo que ella exista, no se podrá obtener ya, dado el enorme tiempo transcurrido después de su instalación. Todo esto nos hace admitir que pueden existir casos de quistes hepáticos que se han vaciado latentemente por abertura en las vías biliares, y otros quistes que, una vez vacíos o semi vacíos, debido a una calcificación de la adventicia quística que ha permitido revelar su presencia radiológicamente y sospechar su evacuación por intermedio de la vía biliar. Está claro que puede tratarse de quistes hidáticos simplemente calcificados, pero nada se opone a que también puedan ser quistes rotos en las vías biliares, cosa que ha favorecido la calcificación.

De los comentarios hechos se saca la conclusión que existe un cierto número de quistes hidáticos hepáticos que una vez abiertos en las vías biliares, esta complicación se confirma con algún signo patognómico o se comprueba en la operación, pero hay otros casos, bastante frecuentes, en que la comunicación quistobiliar es una seguridad clínica, pero falta la comprobación clínica, operatoria o de autopsia. Existe, por fin, un número más restringido de casos en que esa complicación es sólo una sospecha clínica más o menos fundada, pero nada más.

Resulta, en resumen, que el número de quistes hepáticos abiertos en las vías biliares perfectamente comprobados, será inferior a los

casos que en realidad existan y por eso deberemos agotar todos los recursos clínicos, operatorios o necrópsicos para tratar de poner en evidencia el número mayor posible de casos existentes de esta interesante complicación de la hidatidosis hepática.

---

*Correlación bilio-pancreática*

por el doctor A. PIERINI (de Buenos Aires)

(Informe del doctor C. Nario)

Tengo el agrado de remitir el informe que la Sociedad me ha encomendado, referente a un trabajo del Dr. A. Pierini, de Buenos Aires.

Se trata de un trabajo importante, que revela en el autor un conocimiento de fondo de los problemas siempre interesantes que suscita la patología de las pancreatitis agudas y en especial de las formas hemorrágicas. El autor se detiene con más insistencia sobre los siguientes asuntos:

- 1º Correlación biliopancreática.
- 2º Diagnóstico y evolución.
- 3º Tratamiento operatorio y post-operatorio.

Termina con la relación comentada de cinco casos operados.

Iremos reseñando brevemente las ideas que se consignan:

1º Respecto de la correlación biliopancreática el Dr. Pierini hace un resumen de los más importantes trabajos publicados hasta la fecha y expone con claridad las más importantes nociones sobre la intervención mutua de los factores más admitidos.

La doctrina canalicular es considerada con mayor simpatía; basada como está en constataciones clínicas, experimentales y necrópsicas, que le han dado gran valor y que, probablemente, permite interpretar un mayor número de casos. No insistimos sobre este punto, porque como el propio Dr. Pierini lo establece, se limita a relatar con citas bibliográficas del mayor interés las nociones conocidas al respecto.

La doctrina vascular, dice el autor, que estuvo en boga, está hoy algo abandonada, porque explicando la hemorragia no da cuenta de la esteatonecrosis. A mi juicio tal vez fuera preferible colocar el pro-