

Quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares.

(En discusión)

Dres. ETCHEGORRY
y VIGIL SÓNORA.

La contribución que aportamos al tema en discusión, es el resultado del análisis de las historias clínicas archivadas en el Servicio del Prof. Mérola, a que pertenecemos.

Hemos rechazado todos aquellos casos en que la comunicación



Fig. 1.—Octavio R. Quiste hidático inyectado con lipiodol, en el que se ve el colédoco.

quiste-árbol biliar no estuviera perfectamente comprobada, y también los que de acuerdo con el criterio que más adelante describiremos, no pueden titularse quistes hidáticos abiertos en las vías biliares, a pesar de que pueda haber en el quiste, en determinado momento, alguna

solución de continuidad que permita a su contenido entrar en comunicación con un canalículo biliar.

Depurados así los hechos sólo podemos ofrecer a la consideración de Vds., cinco casos sobre un total de 30 casos de quistes hidáticos del hígado, lo que hace un porcentaje de un 16,66 %.

Las historias de estos casos son perfectamente superponibles; la enfermedad quística pasa a segundo plano: prima el sufrimiento del

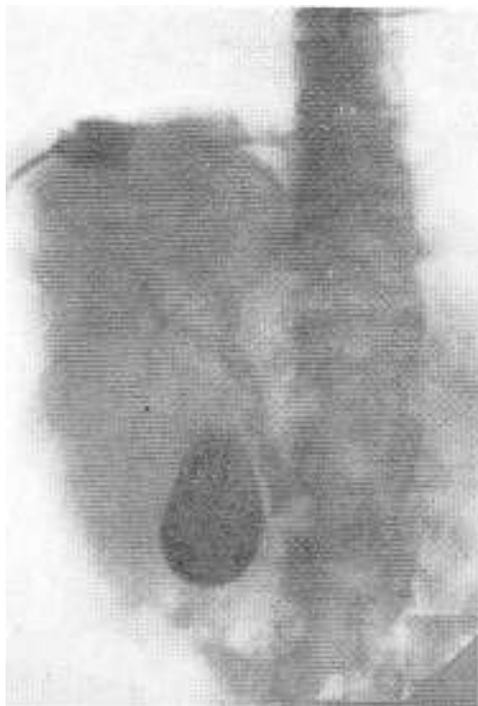


Fig. 2.—Alejandro S. C. Inyección del quiste con lipiodol, que hace visible la vesícula biliar.

árbol biliar. Este es el criterio que nos guía para definir los quistes de la calidad que nos ocupa.

Los cinco enfermos ingresaron al Servicio con un cuadro de ictericia por retención, acompañada de fenómenos infecciosos y dolorosos como los que se ven habitualmente en el síndrome del cólico hepático, a saber, iniciación brusca, fiebre, irradiaciones dolorosas al hombro derecho, vómitos, constipación. El examen clínico completaba el cuadro subjetivo: defensa peritoneal con predominancia en el hipocóndrio derecho, aumento de volumen del hígado difícilmente apre-

ciable por la dicha defensa; inmovilidad respiratoria diafragmática derecha, con fenómenos reaccionales de la base torácica del mismo lado.

La leucocitosis fué siempre discreta, oscilando entre 7.000 y 11.000



Fig. 3.—Caso de Fig. 2, visto de perfil.

leuccitos; en ningún caso hubo eosinofilia y la reacción de Cassoni fué siempre negativa.

En un caso se practicó el tubaje duodenal obteniéndose gran cantidad de sustancias grasas, hecho aún no interpretado por nosotros.

El diagnóstico de lesión y localización fué sumamente difícil; sin el concurso de los rayos X casi seguramente no hubieran sido hechos; en un caso sólo la necropsia permitió establecer la existencia de la comunicación hepato-quística (Vicente T., quiste a caballo de los dos hepáticos y abierto en uno de ellos).

Perteneciendo los casos a distintos cirujanos, la conducta terapéutica ha sido también distinta; se ha empezado generalmente por la quistostomía en los casos en que se ha encontrado el quiste (4

sobre 5); dicha intervención no fué eficaz en un caso, cuyo fallecimiento debimos lamentar. En éste, casi seguramente, un drenaje de la vía biliar principal hubiera sido más eficiente. Esta conducta fué seguida en otra enferma similar, cuya historia no figura en esta estadística por haberse transpapelado, sin embargo recordamos que el éxito confirmó las previsiones (1).

El pronóstico del tipo de quistes que nos ocupa es severo; sobre cinco enfermos falleció uno, lo que significa un porcentaje de un 20 %; de ahí el interés de distinguirlos de las otras formas generalmente más benignas. Además, el establecimiento de un diagnóstico exacto pre-operatorio de dicha variedad, permitirá al cirujano una decisión terapéutica más enérgica, que acarreará a su vez una disminución de la mortalidad.

(1) Esta enferma, cuya historia lamentamos no poder presentar, estaba operada cuando el Prof. Dévé pasó por Montevideo y fué examinada por él; por esta coincidencia debemos que recordemos perfectamente bien el caso. Se le había practicado una quistostomía y un drenaje del colédoco. Marchó bien haciendo un post-operatorio satisfactorio.

Dr. LARGHERO IBARZ.—

En el relato y comentario que el Dr. J. C. del Campo hizo en esta Sociedad a fines del año 1933, de dos observaciones del Pte. Anastasia rotuladas por el autor como quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares, el relator plantea con propiedad las relaciones de continuidad que un quiste hepático puede presentar con las vías biliares. La apertura o comunicación quisto biliar puede acompañarse de evacuación de elementos parasitarios por la canalización biliar, evacuación contingente, no obligatoria y en cuyo determinismo intervienen factores. En el caso de existir, esta evacuación puede ser temporaria o permanente, a veces efímera, otras más prolongada, otras veces intermitente, y esta modalidad del ritmo evacuador deja suponer ya las dificultades que se encuentran a veces en clínica para poder afirmar que un quiste hidático del hígado se ha abierto en las vías biliares y evacuado mínima o masivamente por ellas. La auto-observación del enfermo es muy a menudo deficiente en nuestro medio, lo que aumenta aún las dificultades.

Esta evacuación en el sistema canalicular puede complicarse de obstrucción de este sistema (criterio de definición del Prof. Prat), con las consecuencias mecánicas consiguientes a las que se agregan a menudo lesiones angiocolíticas y peri-angiocolíticas, es decir, parenquimatosas, de tipo anatomo-patológico variable, de causa parasitaria

o microbiana, que si bien están subordinadas en principio a la lesión canalicular pueden adquirir una temible independencia anatomo-patológica, cuya traducción clínica es de sobra conocida y frente a las cuales la terapéutica no puede, en nuestro concepto, dirigirse solamente al quiste.

El problema terapéutico planteado sobre una cuestión de prioridad de la cavidad quística o de los canales excretores, deja de lado las lesiones inflamatorias y degenerativas del parénquima hepático, que pueden clasificarse, del punto de vista topográfico, en dos grupos:

- 1º Las lesiones de hepatitis peri-quísticas, a veces muy intensas;
- 2º Las lesiones focales canaliculares y peri-canaliculares, pequeñas o grandes anatómicamente, pero siempre graves por su multiplicación infinita.

Las primeras, constantes pero variables en su grado, comunes a cualquier infección del contenido quístico, sea de origen vascular o canalicular, se rigen por el carácter de este contenido y responden habitualmente al drenaje del quiste. Las segundas, determinadas por la infección canalicular consecuencia de la obstrucción, odedecen cuando no son muy acentuadas, al drenaje indirecto por la quistosomía, pero su vía natural de evacuación es la vía biliar principal; cuando el obstáculo canalicular es de poco volumen, el tránsito puede restablecerse y se restablece a menudo por la sola apertura del quiste, pero si el obstáculo persiste la coledocotomía y el drenaje biliar se imponen. Será a discutir en cada caso la oportunidad de la intervención, pero siempre dentro de plazos precoces para limitar en lo posible la extensión parequimatoso peri-canalicular de las lesiones.

El debate promovido en nuestra Sociedad alrededor de esta modalidad evolutiva de los quistes hepáticos parece hacerse hasta ahora alrededor de dos puntos: 1º) el criterio de definición de los quistes hidáticos abiertos en vías biliares; 2º) la terapéutica a oponer a esta complicación.

En lo que se refiere al primer problema, él debe ser encarado desde dos puntos de vista: el criterio práctico y el científico.

Prácticamente, son relativamente frecuentes los casos en que, frente a un enfermo con o sin antecedentes de dispepsia hepática, con o sin tumor hidático, la aparición del síndrome doloroso de cólico hepático evidente o atenuado, seguidos por ictericia que es a menudo del tipo dicho por retención, con o sin signos de infección y hepatomegalia dolorosa, con las circunstancias etiológicas concomitantes, el clínico sospecha fuertemente o afirma en nombre de la clínica la apertura y evacuación hidática canalicular, pero no puede presentar ele-

mentos de certidumbre (hidatidentería, hidatidemesis, con la excepción conocida de apertura directa en el tractus digestivo, constatación de elementos hidáticos en la bilis obtenida por tubaje). La eliminación hidática es a menudo temporaria, efímera, terminada ya cuando el enfermo llega a nosotros, pero es evidente que no siempre se la busca con el empeño necesario y que una exploración más minuciosa y sistemática de la bilis obtenida por tubaje duodenal con o sin excitación bilio-excretoria o un tamizado fecal repetido, pueden hacer entrar un buen número de estos casos probables en la categoría de los evidentes.

Pero el criterio científico no puede basarse en aproximaciones, pues numerosas son las afecciones que pueden dar el mismo síndrome y el mismo quiste hidático puede darlo por otro mecanismo que el de la dehiscencia y evacuación canalicular mínima o masiva.

Basados en este rigor hemos estudiado las observaciones de 32 casos de quistes hidáticos supurados del hígado tratados en estos últimos ocho años (1926-34) en el Servicio de Cirugía del Prof. Navarro. De este conjunto hemos separado diez observaciones en las que los síntomas clínicos corresponden a los de una apertura del quiste en las vías biliares; cinco solamente traemos a consideración de esta Sociedad, porque han hecho su prueba de apertura y evacuación; en las restantes, las investigaciones tendientes a la demostración de esta complicación no han sido efectuadas o han resultado negativas.

En estas cinco observaciones el cólico hepático típico, violento y el estado infeccioso con matices de gravedad han sido constantes; la misma constancia en la ictericia que solamente en dos casos se acompañó de decoloración de las materias fecales persistente o episódica. En las observaciones, que por falta de pruebas no podemos incluir en esta pequeña estadística, la ictericia con retención se encontraba en 4 sobre el total de 5.

En 2 casos, hidatidentería bien constatada (en 1 de ellos se acompañó de hidatidemesis, en el otro se constataron ganchos al tubaje duodenal).

En los tres casos restantes la prueba de la naturaleza equinocócica del proceso fué operatoria (2 veces membranas en el colédoco y en uno de estos casos también en la vesícula biliar, 1 vez en la vesícula biliar solamente).

En cuanto al problema terapéutico, el relato de las observaciones de la conducta adoptada y de los resultados, mostrará que aunque partidarios en principio de la quistostomía primera como terapéutica total en algunos casos o de urgencia en otros, nuestro margen de inclinación a la coledocotomía es amplio, cuando la evolución a corto

plazo después del drenaje del quiste no ha resuelto el tránsito coledociano y más aún si la infección hepato-biliar favorecida por este obstáculo, adquiere una independencia que sólo el drenaje de la vía biliar puede tener la pretensión de curar.

He aquí la síntesis de conducta terapéutica:

5 casos:

Quistostomía 1.^a y colecistostomía. Coledocotomía 2.^a, una vez a los 53 días, otra vez a los 3 años por nuevo episodio de obstrucción coledociana:

2 casos 2 curaciones

Quistostomía y colecistostomía simultáneas:

1 caso 1 muerte

Quistostomía sola:

2 casos 1 curación y 1 muerte

En suma, sobre 5 casos: 3 curaciones y 2 muertes.

Nuestra corta estadística es poco favorable a la colecistostomía asociada al drenaje del quiste o a la coledocotomía; la apertura de la vesícula biliar, hecha en dos casos asociada a la quistostomía, permitió constatar la presencia de elementos hidáticos y confirmar el diagnóstico clínico; por el contrario, el drenaje vesicular fué ineficaz, el tubo no drenó nada y debió ser retirado. En uno de estos casos la vesícula fué reabierto y drenada junto con el colédoco, en la segunda operación y este segundo drenaje fué, como el primero, ineficaz.

En otro caso la quistostomía y el drenaje vesicular determinaron una curación prolongada de tres años, con recidiva del obstáculo coledociano, que curó por drenaje de este canal una vez extraída la membrana que lo ocluyó. En este caso cabe, sin embargo, la duda de si se trataba de membranas del mismo quiste o de otro.

Quiste hidático abierto en vías biliares. — Cólicos hepáticos. Angiocolitis. Hepatitis icterígena sin acolia fecal. Quistostomía. Bilirragia intraquística post-operatoria. Curación.

Observación 1.—Agustina L., 24 años. Ingresó al Servicio en Marzo 1934 (Hist. 3260). Hace tres años, crisis dolorosa de cólico hepático, acompañada de estado infeccioso grave (temperatura alta, chuchos de frío, ictericia y decoloración de materias fecales, crinas biliosas), y urticaria generalizada.

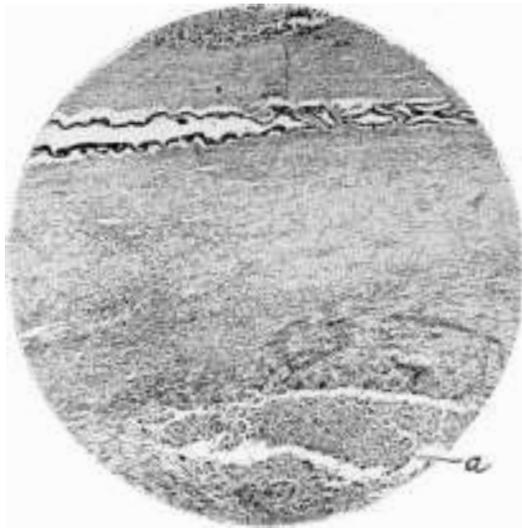
Evacuación al día siguiente de numerosas vesículas hidáticas, junto con las materias fecales (vesículas tamaño de un grano de arroz).

Atenuación del síndrome doloroso a los pocos días, desaparición del estado infeccioso, crisis poliúrica. Persistencia de la escapulalgia derecha. Desde entonces dispepsia de tipo hepático.

Hace 8 días, segunda crisis con iguales caracteres que la primera (cólico hepático, estado infeccioso, ictericia sin decoloración de materias, urticaria). Evacuación de vesículas hidáticas pequeñas, junto con las materias fecales. Mejoría rápida del dolor, pero persistencia del tinte icterico que conserva al ingresar al Servicio.

Examen físico: Hepatomegalia dolorosa, sin deformación clinica ni radiológicamente constatable. Subictericia. Estado infeccioso discreto (temperatura 38°, sin oscilaciones ni chuchos de frío; apirexia al 5.º día de su ingreso). Investigación de ganchos de equinococo en la bilis extraída por tubaje duodenal simple: **positiva** (centrifugación de pocos minutos). Investigación de elementos hidáticos en las fecas: **negativa**.

Operación (Dr. Larghero): Vías biliares extrahepáticas libres, vesícula normal;



Microfot. 1.—Esclerosis pericanalicular absceso (a).

se evacúa por presion quiste hidático central. Contenido: vesículas tensas y flácidas, pus chirle con olor sulfhídrico, membrana madre fragmentada. Visualización de la cara interna del quiste con la maniobra del espéculo, no permite apreciar ningún canal abierto en la cavidad. Se arrancan con la pinza algunas membranas esclero-hialinas que adhieren a la periquística.

Paréquima hepático friable; congestión pasiva e infiltración grasosa. Drenaje de la cavidad quística.

Post-operatorio: Apirexia al 4.º día. El 2.º día se instala bilirragia profusa, que cede progresivamente, tarándose por completo a los 27 días de la operación. Alta, curada, el 19 de Abril.

Resumiendo: Dos episodios de evacuación hidática por las vías biliares, separados por un intervalo de tres años, con síntomas de angiolitias y hepatitis de corta duración sin obstrucción canalicular. Curación por quistostomía con bilirragia post-operatoria intraquistica.

Quiste hidático abierto en vías biliares. Quistostomía y colecistostomía. Curación

temporaria. Cólicos hepáticos. Fístula biliar vesicular. Obstrucción coledociana. Coledocotomía. Curación.

Observación II.—Marina A., 31 años. Ingresa al Servicio el 23 Noviembre 1931 (Hist. 2722, radiograf. 5919). Operada hace tres años en el Hospital de Flores por un quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares, tratado por quistostomía y drenaje de la vesícula biliar. La historia de la enfermedad que determinó esta operación es interesante a relatar. Primero dispepsia tipo hepática, luego cólicos hepáticos a repetición acompañados por aparición de un tumor duro, tamaño de un huevo de pata, en el hipocondrio derecho, ictericia por retención con decoloración completa de materias, fiebre elevada y chuchos de frío. El drenaje del quiste y de la vesícula la curó por un plazo largo, pues desapareció su dispepsia y reanudó su trabajo. Hace 3 meses, reaparición de la dispepsia. Once días antes de ingresar, vio-



Microfot. 2.—Esclerosis en esp. de Kiernan.

lento cólico hepático. Cinco días más tarde, tumefacción, empastamiento y dolor en la zona vesicular, debajo de la cicatriz operatoria, fiebre, chuchos de frío.

Examen a su ingreso (Nov. 24/31): Temperatura 38°. No hay ictericia. Materias coloreadas. En la parte alta de la cicatriz de laparotomía paramediana derecha empastamiento de forma circular, con fluctuación en el centro. Incisión de la colección que da salida a pus bien ligado, color verdoso. El drenaje purulento continúa; el 5 de Diciembre se inyecta en la fístula lipiodol, que no pasa a la vía biliar. El 17 de Diciembre se instala bruscamente una bilirragia profusa por la fístula y al mismo tiempo las materias fecales se decoloran; la bilirragia continúa abundante, las materias fecales sufren alternativas de coloración y decoloración. Estado general bueno, en apirexia. Cassoni, negativo. Eosinofilia 1 %.

Operación, Enero 18/32 (Prof. Navarro).—Vesícula biliar con su fondo adherente a la pared, abocado a la fístula. Se reseca el fondo vesicular y se cierra la vesícula. Exploración de hígado no permite encontrar quistes. Colédoco grueso. Se punciona obteniéndose bilis negra. Incisión del colédoco que da salida a una membrana hidática de color verdoso, que se puede extraer sin desgarrar, y extendida tiene 10 cm.

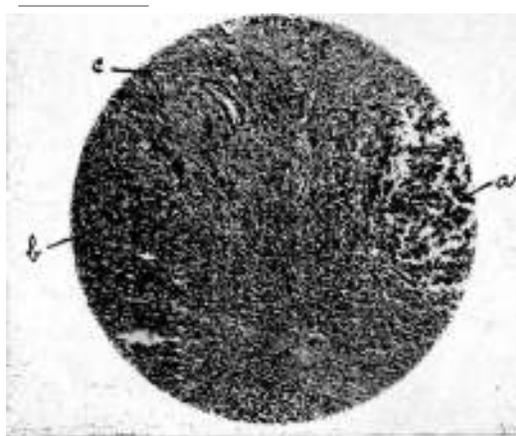
de diámetro. No había vesículas. Corrimiento biliar abundante. Cateterismo ascendente y descendente del colédoco, no muestra obstáculo. Drenaje con un tubo de Kehr, que comienza a dar bilir de inmediato.

Dos días después de la operación, materias coloreadas.

Alta, curada, el 18 de Febrero.

El 2 de Julio de 1932 reingresa al Servicio por un tumor benigno gigante del seno (fibro-adenoma). Se mantiene la curación de su afección biliar.

Síntesis de la observación: Apertura biliar de un quiste hidático con obstrucción canalicular, distensión vesicular, hepatitis y angiocolitis. Curación de casi 3 años por quistostomía y colecistostomía. Fístula vesicular a consecuencia de un cólico hepático sin obstrucción de las vías excretoras. Un mes después, bilirragia profusa por la fístula y obstáculo coledociano. Coledocotomía. Curación.



Microfot. 3.—a) Absceso. — b) Infiltración leucocitaria difusa. — c) Esclerosis.

Quiste hidático abierto en vías biliares. — Angiocolitis. Hepatitis. Acolia fecal. Ictericia. Quistostomía y colecistostomía. Muerte por peritonitis.

Observación III.—Pablo G., 32 años. Ingresa en Abril 20 1932 (Hist. 2672). Quince días antes de su ingreso, cólico hepático violento, ictericia progresiva, decoloración de materias, coluria. A los 4 o 5 días, fiebre y chuchos de frío. Persistencia de los síntomas con brusca acentuación hace 3 días. Antecedentes dispépticos, tipo hepático, desde 4 años atrás.

Examen físico: Denutrición. Facies intoxicado. Temperatura 40°. Ictericia. Hepatomegalia con gruesa tumoración epigástrica, muy dolorosa.

Operación, Abril 22 (Dr. Vázquez Rolfi).—Hígado voluminoso. Quiste tamaño de una cabeza de adulto, aflorando sobre su cara anterior en la zona media. Vesícula biliar tensa, voluminosa. Se punciona la vesícula biliar y se extrae bilis verde azulada, con grumos en suspensión; un examen microscópico del sedimento revela la presencia de pus y ganchos de equinococo. Quistostomía (3 litros de pus fétido, abundantes vesículas con grados variables de alteración degenerativa). Drenaje del quiste. Drenaje de la vesícula biliar. Ha sido explorado el colédoco, que parece normal.

Post-operatorio: Mejoría inmediata del estado general. Descenso de la fiebre.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

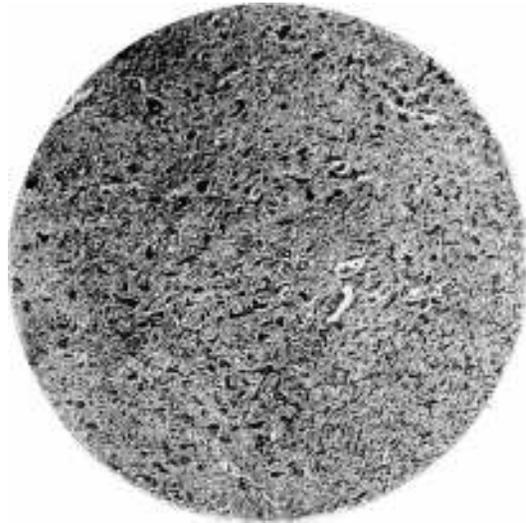
Drenaje abundante por el tubo del quiste. El drenaje vesicular no dió nada y el 28 de Abril es retirado.

El 2 de Mayo, es decir, 10 días después de la operación, aparecen síntomas de infección peritoneal subfrénica que se generaliza rápidamente, falleciendo el 8 de Mayo.

En suma: Evacuación en las vías biliares de un quiste hidático. Ictericia con decoloración de materias. Angio-cole-hepatitis grave. Distensión vesicular. Quistostomía y colecistostomía. Mejoría inmediata. Muerte por peritonitis al 16.º día.

Quiste hidático abierto en vías biliares. — Grave angiocolitis y hepatitis con ictericia, sin acolia fecal. Quistostomía. Muerte. Autopsia.

Observación IV.—Avelina R., 19 años. Ingresó el 9 de Marzo de 1932 (Hist. 2460).



Microfot. 4.—Cirrosis difusa, masiva, con dislocación completa de la trabécula y fragmentación, hasta hacerse pericelular.

Comienza hace tres meses con un cólico hepático, acompañado por fiebre y chuchos de frío, ictericia, coluria, sin decoloración de materias. Repetición cada pocos días de las crisis dolorosas con persistencia de la escapulalgia en los intervalos. Cinco días antes de su ingreso, nueva crisis dolorosa hepática y evacuación, junto con las materias fecales bien coloreadas, de vesículas hidáticas (constatación del médico asistente).

Examen físico: Denutrición marcada. Estado infeccioso muy grave (temperatura a grandes oscilaciones, hasta de 3 grados de la mañana a la tarde). Ictericia sin decoloración de materias. Coluria. Hipotensión arterial. Anemia (3.900.000) Hepatomegalia dolorosa, con deformación. Leucocitos 14.000. Eosinófilos 0 %. Al tercer día de su ingreso vómito de líquido claro, con 4 o 5 vesículas hidáticas, del tamaño algo menor que el de una nuez.

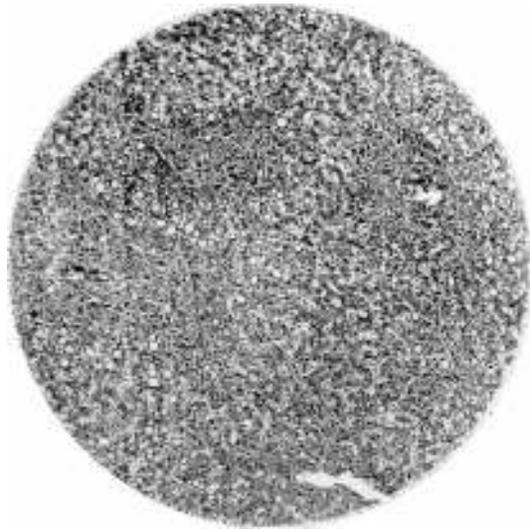
Operación (Prof. Navarro).—Hígado grande. No se buscan las vías biliares. Quistostomía. Pus fétido y abundantes vesículas. Parénquima hepático muy friable,

sangrante. Drenaje. Operación rápida y simple, pese a lo cual pulso incontable al final de ella.

Post-operatorio: Del punto de vista local: drenaje abundante purulento, fétido, mezclado con bilis, días después bilis amarillenta, más tarde bilis negra, al final secreción purulenta escasa.

Del punto de vista general: Persistencia con los mismos caracteres, aunque algo atenuados después del drenaje, del estado infeccioso, traducción de su hepatitis, con fiebre a grandes oscilaciones. Chuchos de frío, taquicardia, anemia (2.450.000 el 29 de Marzo, 2.520.000 el 5 de Abril, 2.250.000 el 15 de Abril, 2.900.000 el 9 de Mayo, después de transfusiones).

Muerte el 27 de Mayo, 66 días después de la operación.



Microfot. 5.—Infiltración grasosa. Hepatitis intersticial exudativa leucocitaria. Esclerosis en esp. de Kiernan.

Protocolo autopsia N.º 231. Instituto Anatomía Patológica.

Resumen: Quiste hidático abierto en vías biliares con evacuación hidática. **Grave angiocole-hepatitis** con ictericia, sin decoloración de materias. Quistostomía. Persistencia de los signos de grave infección hepática. Muerte a los 66 días.

Autopsia (Protocolo N.º 231, del Instituto de Anatomía Patológica).—Por razones de espacio transcribiremos únicamente los datos del protocolo que tienen relación con el tema en discusión.

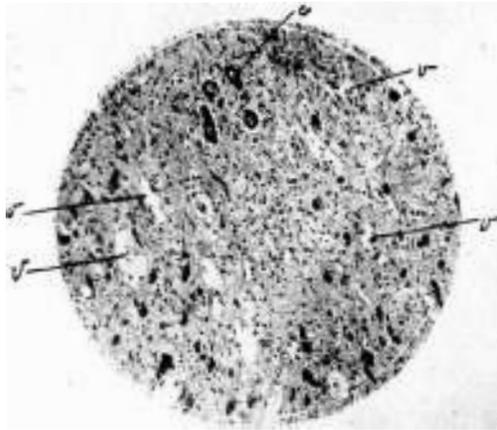
Hígado: Presenta adherencias al diafragma y a los planos parietales al nivel de la cicatriz. En la cara superior existen varias salientes hemisféricas, de color amarillento verdoso, tamaño de media avellana a media nuez, fluctuantes, correspondientes a abscesos múltiples subcapsulares. Otros abscesos tienen una coloración caoba, rojiza o blanquecina, y dan así al conjunto un aspecto veteado, marmóreo.

Al corte se constata un absceso unilocular del lóbulo derecho, conteniendo pus cremoso, tamaño de una tangerina. Se observan además, numerosos abscesos areo-

lares irregulares, multiloculares, con aspecto de panal de abejas, y múltiples abscesitos redondos o alargados, simples o ramificados (abscesos pericanaliculares con pus cremoso, verde).

Cavidad quística del lóbulo derecho muy retraída, a paredes lisas por dentro, gruesas, esclerosas, contiene una pequeña torunda de grasa apretada; esta cavidad, residuo de un gran quiste, comunica con el exterior por un trayecto de 1 centímetro de diámetro, también con paredes gruesas. El parénquima hepático que rodea a la cavidad residual, en una extensión de 2 a 3 traveses de dedo, es de color pálido, duro al tacto, escleroso. No se encuentra la comunicación quisto-canalicular.

Pedículo hepático con elementos fusionados. Colédoco permeable al cateterismo retrógrado desde la ampolla de Water.



Microfot. 6.—Cirrosis. Alguna que otra célula aislada. Vasos dilatados (V.), Canaliculos (C).

Vesícula biliar con adherencias epiploicas y trombosis de las venas en su porción cercana al cístico. **Contiene bilis blanca.**

Trombosis de la vena porta desde el surco transversal del hígado hasta la confluencia mesentérico-esplénica, extendiéndose un trecho en estas dos venas pero sin obliterarlas por completo, como está la porta.

Congestión pasiva del bazo y del sistema venoso tributario de la porta.

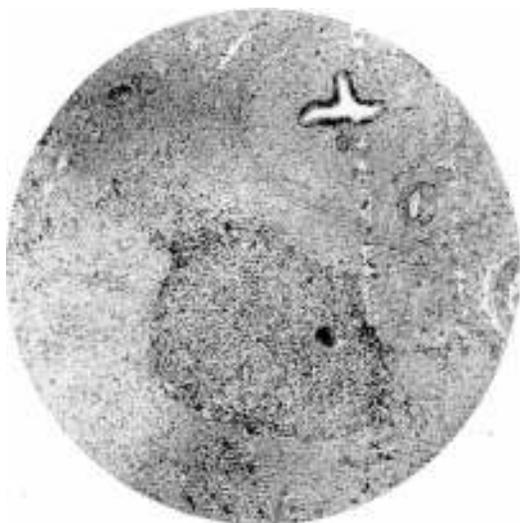
Preparados microscópicos N.º 5414.

Para el examen histológico se tomaron fragmentos en diferentes zonas, de aspecto macroscópico variable, a fin de poder establecer un balance aproximado de las lesiones y del estado del parénquima hepático. La falta de espacio nos impide entrar en el estudio analítico de las lesiones; sólo vamos a hacer una referencia sintética.

En la vecindad de la antigua cavidad quística se constatan sobre todo lesiones de esclerosis difusa, sin sistematización, destruyendo la continuidad de la trabécula hepática, cuyas unidades celulares aparecen aisladas o formando cordones cortos, anastomozados, separados por un tejido fibroso, rico en vasos capilares en algunas zonas, con numerosos canaliculos biliares que han resistido mejor que la célula

hepática al proceso destructivo y aparecen rodeados por el tejido fibroso. Se encuentran en medio de la zona cirrótica focos residuales. En partes se conservan islotes de parénquima hepático, de contorno irregular, constituidos por trabéculas celulares atroficas, separadas por capilares dilatados y fibroblastos que inician la disección y segmentación de estos cordones.

Si estudiamos las zonas asiento de los abscesos areolares, constatamos: abscesos múltiples, de tamaño variable, algunos de forma alargada y dispuestos paralelamente a un canal biliar del que lo separa el grueso manguito fibroso pericanalicular; otros, redondeados, confluentes o juxtapuestos, separados en partes por cordones e islotes de tejido fibroso-hialino; en estas partes se encuentran solamente restos de parénquima hepático alejándose de los abscesos, y estos restos profun-



Microfot. 7.—En plena zona de cirrosis y en la vecindad de un canal, se ve un absceso crónico, con abundantes macrófagos y células gigantes.

damente alterados por la esclerosis que llega a aislar unos de otros las células hepáticas.

Estudiando finalmente las zonas donde a simple vista las alteraciones parecen mínimas, se observa:

Acentuado proceso de esclerosis alrededor de los elementos de los espacios de Kiernan, formando a estos elementos un estuche fibroso netamente limitado del parénquima vecino. En ciertos espacios, asiento de confluencia de varios canaliculos y vasos, el proceso escleroso los rodea en block. Se observan en medio del tejido escleroso, espacios circulares, limitados por tejido fibroso, conteniendo piocitos, abundantes macrófagos y células gigantes.

Fuera de las zonas de esclerosis el parénquima hepático presenta una acentuada infiltración grasosa y rodeando a los canaliculos biliares finos, infiltración leucocitaria mononuclear y neoformación conjuntiva fibróplástica.

En suma: Hepatitis purulenta en focos. Profundas alteraciones del parénquima hepático, destruido en gran parte por un proceso productivo fibroso (cirrosis difusa),

predominante alrededor de los canales biliares, pero dislocando por completo la trabécula, hasta culminar en la esclerosis pericelular.

Quiste hidático abierto en vías biliares. — Angiocolitis. Hepatitis con acolia fecal. Ictericia. Quistostomía. Colecistostomía. Mejoría. Obstáculo coledociano persistente. Coledocotomía. Pleuresía purulenta. Pleurotomía. Curación.

Observación IV.—Paulina B. de R., 27 años. Ingresa al Servicio el 20 de Julio de 1932 (Obs. Hist. N.º 2662-3051). Dispepsia hepática desde la edad de 14 años. Desde hace 20 días dolores en epigastrio e hipocondrio derecho, tres horas después de las comidas. Cinco días antes de su ingreso violenta crisis de cólico hepático, con fiebre elevada, chuchcos de frío, vómitos biliosos, ictericia con decoloración completa de materias fecales.

Examen físico (20 Julio 1932): Estado general muy grave. Ictericia acentuada. Infección grave. Taquicardia. Hígado grande con deformación de la base torácica derecha; dolor intenso y contractura muscular en hipocondrio derecho. La ictericia se acentúa, estado infeccioso se agrava pese a la terapéutica médica de preparación al acto quirúrgico. Tamizaje de materias fecales: no se hallan elementos hidáticos.



—Uno de los cortes de sección del hígado: gran absceso y múltiples absesos pequeños, conglomerados, con aspecto areolar.

Materias decoloradas. Leucocitosis 13.800. Eosinofilia 2 %.

Operación, Agosto 1.º (Prof. Navarro).—Vesícula biliar distendida. Contiene bilis oscura. Se abre la vesícula y salen vesículas hidáticas marchitas. Voluminoso quiste de la cara pósterio-superior. Quistostomía (líquido purulento y extraordinario número de vesículas hidáticas, unas tensas, otras arrugadas). Drenaje del quiste y sonda Pezzer en la vesícula biliar. El estado muy grave no autoriza a explorar colédoco.

Post-operatorio: Mejoría grande. Fiebre en descenso, apirexia a los 15 días. Drenaje abundante por el tubo del quiste. Drenaje de la vesícula nulo, por lo que se retira la sonda. Tránsito coledociano caprichoso (alternativas de retención biliar y de libre pasaje de bilis al tubo digestivo, con decoloración y coloración alternativas de las materias fecales y variaciones concordantes de la coluria y del drenaje quístico).

Un tubaje duodenal con prueba de Meltzer-Lyon practicado en período de re-

tención, muestra: ausencia de elementos biliares; ausencia de elementos hidáticos.

Dominada la infección, remontado el estado general, persiste el obstáculo coledociano, por cual se reinterviene.

2.ª operación, Setiembre 23 1932 (Prof. Navarro).—El Prof. Dévé presencia la operación. Vesícula no distendida. Colédoco enorme, parece una vesícula biliar, tenso. Incisión de este conducto que da salida a bilis y membranas hidáticas que, apretadas en el canal, saltan cuando fué incindida la pared. Exploración hacia arriba y abajo del colédoco no muestra obstáculo. Cavidad del quiste muy reducida. Se abre la vesícula, que contiene poca bilis sin elementos hidáticos. Drenaje de la vesícula. Tubo de Kehr en el colédoco.

Post-operatorio: Buen drenaje coledociano. Drenaje vesicular escaso, nulo a partir del 27 Setiembre. Sin embargo, ictericia y coluria se mantienen. Tránsito coledociano libre el 4 de Octubre (11 días después de la operación) y apirexia. Nuevo ascenso térmico en los días siguientes, por derrame pleural derecho serosanguinolento, que se hace días después purulento. Pleurotomía el 26 de Octubre. Apirexia inmediata y definitiva. Se retira el tubo del colédoco el 29 de Octubre. Fístula al nivel del drenaje coledociano, que da salida a pus con intermitencias hasta cierre definitivo el 6 de Junio de 1933. Persistencia de dispepsia tipo hepático con dolores en las cicatrices operatorias, por lo cual ha reingresado dos veces al Servicio. Estado de nutrición satisfactorio.

En suma: Quiste hidático abierto en vías biliares con evacuación hidática y obstáculo coledociano. Angiocole-hepatitis. Ictericia con retención. Quistostomía y colecistostomía conjuran la situación grave, pero persiste el obstáculo coledociano. Coledocotomía a los 53 días. Persistencia de la angiocole-hepatitis, que sólo cede a los 11 días. Pleuresía purulenta derecha. Pleurotomía. Curación operatoria. Dispepsia prolongada.

Quiste dentífero del maxilar inferior.

Por los doctores D. LAMAS y C. M. BARBEROUSSE

Historia clínica. Wlademiro Angel M., uruguayo, de 12 años de edad, ingresa al Servicio de Clínica del Prof. Prat el 20 de Noviembre de 1933 por una tumoración del maxilar inferior.

Antecedentes personales y familiares: Sin importancia.

Enfermedad actual: Desde hace 3 o 4 meses nota que en el maxilar inferior, del lado izquierdo, le aparece una tumoración que, deformándole la cara, crece hacia afuera alcanzando el tamaño de una nuez grande, que tiene en el momento actual. No ha sentido ningún dolor, salvo ligera molestia a la masticación.

Examen: Enfermo en muy buen estado de nutrición. Apirético. A la inspección se nota sobre la cara externa de la rama horizontal izquierda del maxilar inferior una tumoración redondeada, a contornos poco netos, levantando las partes blandas, que no presentan ninguna modificación. A la palpación se constata que forma cuerpo con el maxilar, al que adhiere íntimamente, de consistencia dura, pero deprimible.