

Quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares

(En discusión)

Dr. Fossati. —

Antes de entrar en materia, creo que debemos considerar como abertura de quiste hidático en las vías biliares, a todos los casos en que se produce una efracción del quiste y una invasión de la vía por cualquier elemento del mismo: sea líquido, membranas o vesículas, y esto sin tener en cuenta, ni la cantidad ni la calidad de los elementos emigradores. De éstos, de la distancia a la vía principal y del estado infeccioso o no dependen los síntomas observados y los trastornos anatómo-patológicos que se produzcan en los tejidos, y la conducta a seguir. A continuación describiremos los distintos tipos de lesiones, síntomas y tratamientos, según nuestra experiencia personal.

Desde el año 1916 hasta ahora he operado 142 casos de quistes hidáticos del hígado. Sólo trece permiten hacer algunas consideraciones relacionadas con la abertura del quiste en las vías biliares, lo que da un porcentaje de 9,1 %.

Nos parece un pequeño promedio comparado con el de las demás estadísticas. Probablemente muchos casos de quistes complicados con crisis dolorosas y con ictericias más o menos francas, nos lo explicábamos por causas no relacionadas a la abertura del quiste: supuración, periquistitis o angiocolitis periquística, compresión externa de las vías biliares, etc. El fenómeno perforación vía biliar pasaba desapercibido tanto en el diagnóstico como en la terapéutica empleada; tratándose todos por la atención sola al quiste y en su proceso post operatorio aquel supuesto o probable fenómeno no intervenía para nada en su evolución, que se desarrollaba como en los casos comunes. Probablemente al igual de los quistes hidáticos del pulmón, muchos quistes hidáticos del hígado se curan espontáneamente por abertura y eliminación total del mismo en las vías biliares; fenómeno que, por las características de eliminación vía biliar e intestinal en comparación con las brónquicas, puede pasar totalmente desapercibido y sólo a un

estudio minucioso de antecedentes y síntomas de los enfermos, podemos sospecharlos, etiquetándose esas crisis como cólicos hepáticos ictericias catarrales, etc. Este hecho puede comprobarse extemporáneamente en necropsias o en actos operatorios por otras clases de lesiones, en las que se observan lesiones cicatriciales de quistes hidáticos curados de esta forma.

A veces y pensando en esa posibilidad podemos confirmar esta presunción. Una enfermita operada en Mayo de este año, me parece un caso típico:

N. N., 17 años, soltera. Nico Pérez. Síndrome subhepático, ictericia a repetición, no rebeldes ni complicadas. Dolores a veces muy intensos, tipo cólico hepático. Exámenes físicos y radiológicos completamente negativos. Colecistografía normal. Cassoni positivo. En el momento del examen no presenta ictericia, hígado chico y sin dolor. 26 de Mayo. Fossati, ayuda Piaggio. Eter. Laparotomía paralela al reborde costal. Vesícula, vías biliares, hígado absolutamente sanos; sólo lejos en la cara inferior del lobo izquierdo una concreción calcárea, engarzada en pleno tejido hepático normal, dura y del tamaño de una nuez chica. Pensamos en un quiste hidático completamente eliminado con calcificación de su lecho. Función absolutamente negativa, todo duro. Lo alejado de la incisión, el hecho de estar en pleno tejido hepático normal y la creencia de ser un proceso cicatricial, no me autorizan a extirpar. Dreno a 10 Mayo. Curación completa.

Otras veces la eliminación del quiste puede ser total y sin embargo la curación espontánea puede no producirse, la cavidad quística transformándose en un absceso que exige ser intervenido.

(1635). Justina A. F., 37 años, soltera. Valentines. Muy denutrida, tipo bacilar. Tuvo un quiste que evacuó por el intestino. El médico local constató el fenómeno. Sigue con un síndrome hepático, cara superior, base del pulmón derecho. Una radiografía muestra el lado superior derecho del hígado seis dedos más alto que el izquierdo, por un bombamiento que está más cerca de la cara anterior que de la posterior. Un grado de fiebre, 8200 glóbulos blancos con un dos por ciento de eosinófilos, 76 por ciento de polinucleados y 22 de linfocitos. Operación (6 de Diciembre de 1923). Fossati, ayuda Piaggio. Eter. Laparotomía paralela al reborde costal derecho; hígado grande, nada de quiste por esta región. Lo localizo muy alto en la cara anterior y superior. Cierro del todo y abordo por vía transpleural, a la altura de la novena costilla, reseco 10 cms., pleura libre; previa sutura pleuro-diafragmática-músculo interscostal, abro un enorme absceso del hígado, pus bilioso y nada de membranas. Drenaje amplio. Secuelas. Previa una mejoría, fallece con un proceso pleuro-pulmonar.

Otras veces el quiste se ha eliminado parcialmente quedando en la cavidad vesículas hijas, pus, bilis y relativamente a menudo aire. Estos casos son los más numerosos y detallo algunos:

(1212). Quiste calcáreo, yuxtavesicular, sin líquido, lleno de vesículas hijas. Grandes crisis dolorosas y fiebre. Drenaje y curación.

BOLETIN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE MONTEVIDEO

[1921]. (1567). Asociación de quiste hidático y de colelitiasis. Quiste como una tanjerina, vacío de líquido, lleno de membranas y vesículas hijas. Drenaje y curación.

[1922]. (1626). Varios tumores del hígado, ictericia completa, sin fiebre. Enorme quiste del lobo derecho, multivesicular y bilioso. Los otros tumores parecen ser parénquima indurado, cirrosis parciales. La ictericia tarda mucho en desaparecer y las materias fecales en colorearse. Al fin todo en orden.

[1924-25]. (1636). Enorme quiste hidático, lobo derecho del hígado. Ictericia con decoloración de materias fecales, etc. Operación, 7 de Diciembre de 1923. Enorme quiste bilioso, poca tensión. Marsupializo. Desaparece la ictericia de inmediato; se colorean las materias fecales, etc. Gran bilirragia por el quiste, que cede al taponamiento. Cura rápida. 7 de Diciembre de 1923 a 28 de Enero de 1924.

(1722). Quiste del lobo derecho del hígado, cara superior, supurado. Con crisis dolorosas, febriles, tipo cólico hepático, que duraban dos o tres días. Sólo vesículas hijas, drenaje, curación.

(1722). Quiste lobo derecho hígado, **cara superior**, supurado; crisis dolorosas, febriles, tipo cólico hepático, que duraban dos o tres días; sin ictericia ni acolia; operado se constata un quiste hidático de la cara convexa, con poco líquido, sin membranas madres, lleno de vesículas hijas, pus y bilis; drenado. Cura perfectamente.

(2507). Domingo C., 45 años. Dolor y defensa flanco e hipocondrio derecho; sin ictericia, no acolia, no fiebre. Operación (3 de Noviembre 1930): laparotomía paramediana derecha. Quiste cara inferior y posterior derecha, del tamaño de una naranja, duro, fibroso, desdoblado el mesocolon, yuxtavesicular, membrana degenerada, barro biliar, vesículas hijas, sin líquido, vacío, lavo al éter drenaje. Cura normal.

(1360). Quiste hidático del hígado con accidente doloroso fiebre, ictericia y decoloración de materias fecales; dice tenía un bulto grande en el epigastrio, que después de esos accidentes se achicó bastante. 9 % de eosinófilos. Lo opero el 29 de Abril de 1925, ayuda el Dr. Tarigo. Quiste del tamaño de una tanjerina; pura vesícula hija sin líquido; otro chico en el pequeño epiplón, otros más chicos subhepáticos, como cabezas de afiler, extirpamos chicos, drenaje del principal; cura perfectamente. El accidente parece indicar rotura en la cavidad peritoneal, aunque parcial y localizada, pero los signos de la ictericia y decoloración fecal señalan una abertura en las vías biliares. En el momento del examen no tenía ictericia ni acolia y en el acto operatorio no notamos nada de anormal en las vías biliares.

Lorenzo M. Colección hidroaérea, lobo inferior derecho del hígado. Operación (23 Diciembre de 1932). Ayuda C. Piaggio. Anestesia local con novocaína. Abordaje transpleural, noveno espacio intercostal, línea axilar anterior; reseco 10 cms., pleuras libres, fijo diafragma, pleuras y músculos intercostales. Peritoneo adherido, enorme quiste supurado, gas inodoro, bilis, membranas gelatinosas, drenaje. Cura bien.

A veces he podido comprobar durante el mismo acto operatorio, la abertura del quiste en la vía biliar, voy a relatar a continuación una observación de una abertura en la vesícula coincidiendo también con una litiasis.

(2973). Cruz N. de R., 50 años. Dolor del hipocondrio derecho. 39°. Tumor doloroso, cara inferior del hígado, región vesicular. Historia anterior franca de cólicos hepáticos; ictericia parcial. Cassoni positivo, 16.800 glóbulos blancos con 1 % de eosinófilos; mal estado general. Operación (29 de Agosto de 1928). Ayuda C. Piaggio. Anestesia local, laparotomía paramediana derecha vertical alta. Tumor subhepá-

tico, región vesicular, rodeado de epiplón y colon fuertemente adheridos; libero apenas para puncionar; protejo, punción y aspiración de 400 c.c. de líquido turbio, pus, vesículas hijas y membranas degeneradas, en el fondo de la misma cavidad un cálculo biliar, como un huevo de paloma; constato que la pared de esa cavidad estaba formada por la mucosa vesicular. No creo conveniente extirpar la vesícula. Drenaje amplio; cierre parcial. Sigue bien y cura radicalmente con relativa rapidez.

Voy a relatar a continuación una observación de quiste abierto en las vías biliares, en el que no se hizo diagnóstico ni antes ni durante el acto operatorio, que sólo la evolución post operatoria demostró la verdadera causa de los fenómenos observados.

N. N. (1919). 30 años. Ingresa al Hospital Español en grave estado; no da datos de ninguna clase; ictericia completa, hígado chico, hipotermia, 140 pulsaciones, no se palpa la vesícula, dice haber tenido grandes dolores y estar en esa situación desde unos 20 días atrás. Previa tonificación general decidimos intervenir con un programa mínimo. Anestesia local, laparotomía subcostal derecha, vesícula vacía, voy al colédoco, que no estaba dilatado, no palpo cálculo de ninguna clase, lo incindo, sale apenas unas gotas de un líquido negruzco; como el estado de la enferma no daba para más, sonda Nelaton 18 en el hepático, cierre parcial.

La enferma sigue igual, más bien peor cuando al tercer día asoma en la herida una membrana negruzca que, extraída totalmente, tiene una longitud de unos 15 cms., fuertemente plegada a lo largo, ancho unos tres o cuatro cms., parecida a una hoja de tabaco arrollada, y detrás de ella una gla le pus y bilis negruzca. Drenaje amplio. La enferma mejora rápido y cura completamente en poco tiempo.

Finalmente voy a relatar otro caso que nos permite hacer unas sugerencias interesantes.

(5081). José L., 40 años, español. Habiendo venido de muy chico a Montevideo y no saliendo nunca de la ciudad. Ictericia con tres o cuatro quintos de fiebre, diagnosticada catarral; urotropina intravenosa, régimen, etc., etc. No mejora. Lo veo en consulta y diagnostico quiste hidático cara inferior del hígado, lado derecho, región yuxtamediana; 6.600 glóbulos blancos, con 3 % de eosinófilos. Cassoni positivo. Materias fecales coloreadas. Operación (18 de Abril de 1932). Ayuda C. Piaggio. Anestesia local. Laparotomía mediana alta. Evacuó un quiste de 1 litro y medio de pus y vesículas hijas sin membrana madre; grueso drenaje. Tiene hipo rebelde y fiebre por varios días, luego todo en orden, desaparece la ictericia; alta, con pase a polí-clínica. Mejora más aún, pero su herida no cierra eliminando siempre algunas vesículas hijas; engorda. Pero, en Julio del mismo año, tiene un dolor muy fuerte, ictericia completa con acolia y bilirragia por su herida: bilirragia rebelde a todas las terapéuticas empleadas; pienso en obstrucción de las vías biliares por restos de membranas, y antes de intervenir creo conveniente localizar el proceso por medio del Lipiodol intraquístico; al inyectar éste se produce un reflejo lipotímico muy molesto; insisto personalmente, y con una presión suave y sostenida consigo inyectar 20 c.c. El enfermo experimenta una sensación de alivio, la vía biliar se destapa (consigo fiar este fenómeno en una buena radiografía que nos mostrará el Lipiodol pasando al duodeno; lástima que esta placa se perdió o anda por allí después de la exposición Dévé). Desaparece la bilirragia, se colorean sus materias fecales y el enfermo cura radicalmente en pocos días, cura que se mantiene hasta ahora.

Vemos aquí un caso de quiste que se abre parcialmente en las vías biliares no llegando a obstruirlas del todo y que tratado solamente por el quiste, mejora, pero su herida no cierra. Y en plena convalecencia hace una nueva crisis más completa de oclusión de la vía biliar, y que cuando con un fin diagnóstico topográfico efectuamos una inyección lipiodolada para proceder a una intervención sobre la vía biliar, conseguimos una desobstrucción del canal biliar atascado y una cura completa del enfermo, evitándole una nueva y delicada intervención. Creemos que debemos resaltar este hecho y adoptar en nuestra técnica la inyección intraquistica de Lipiodol para desobstrucción de las vías biliares.

La complicación abertura del quiste en las vías biliares parece no aumentar en mucho la gravedad de la lesión; en nuestros 13 casos una sola defunción, lo que nos da un porcentaje de un 7,8 % y eso debida a una complicación pleuro-pulmonar debida probablemente al abordaje transpleural de un quiste supurado.

Como se ve, en todos los casos la intervención se ha efectuado sobre el mismo quiste. Sólo en dos fué sobre las vías biliares. Esto no quiere decir que nosotros creamos que debe regirse en doctrina el abordaje sobre el quiste mismo, como tratamiento del accidente abertura de la vía biliar, en contraposición con el de la abertura primitiva y obligada sobre la vía biliar. Creemos sí y los hechos lo demuestran, que aquél sólo puede bastar y basta casi siempre. Fracasado y persistiendo los síntomas de retención, debe irse francamente a la vía biliar. En casos muy poco frecuentes, ictericias completas, rebeldes, con una ubicación central o poco precisa del quiste (no difícil de producirse este hecho, pues el quiste vacío puede disimularse perfectamente), debe entonces irse de primera intención al abordaje de la vía biliar. El caso que hemos relatado tenía esas condiciones y es el único en que hemos observado esa necesidad, en nuestra serie de quistes. De modo que erigir en sistema o en doctrina el tratamiento de los quistes hidáticos abiertos en vías biliares, me parece una falta de sentido común, pues cada caso exige una terapéutica adecuada sin seguir ideas fijas e inmutables. Tendríamos entonces, como lo dijo muy bien un cirujano de Argelia, que al lado de una doctrina francesa, que aborda siempre la vía biliar, y una doctrina uruguaya, argentina, rioplatense o como quiera llamársele, que trata sistemáticamente el quiste; tendríamos que formar una tercera, que llamaríamos argelina o X, que trataría estos casos dirigiéndose ya al quiste, ya a las vías biliares, según las distintas modalidades de los mismos.

Claro está, que la abertura del quiste debe ser la principal y de

indicaciones más frecuentes, pues no ganaríamos mucho drenando la vía biliar y dejando la cavidad quística llena de vesículas y membranas, que para eliminarse tendrían que hacer una peregrinación a veces larga y laboriosa. También no debemos olvidar que las vías biliares accesibles a nuestra intervención son limitadas y que existe una gran red a la que no podemos abordar sino indirectamente.

Perforación tífica. Tratamiento de la peritonitis.

Por el doctor J. C. PRAVIA

Dado lo raro en nuestro medio en las peritonitis por perforación tífica, creo interesante presentar este caso a la Sociedad de Cirugía.

1° Describiré el caso clínico y luego haré algunos breves comentarios, ya que en nuestro medio el doctor Garibaldi Devincenzi ha publicado en los anales de la Facultad del año 1919 un trabajo muy completo sobre este tema.

Historia clínica. — J. C. M., uruguayo, 24 años, soltero, ingresa al Hospital Español el 16 de diciembre de 1933.

Antecedentes personales. Sarampión y escarlatina a los 3 y 5 años, respectivamente. Un traumatismo en el escroto hace 6 meses que fué curado también en nuestro Hospital.

Enfermedad actual. Hace 3 o 4 días, dice dice el enfermo, que no se sentía bien, con dolores en todo el cuerpo y sin especificar donde, que lo hizo guardar cama.

A la mañana del ingreso de ese día, a las 3 de la mañana (16 de diciembre), sintió un dolor muy fuerte en el vientre que no calmó con nada y desde ese momento hasta la hora de llegada al Hospital, 10 de la mañana, tiene vómitos casi de continuo. No ha movido el vientre, hace 3 días.

Examen. — Enfermo joven, delgado, con facie peritoneal muy intoxicado, pulso filiforme, 140 por minuto, extremidades inferiores frías, estado angustioso. Temperatura axilar 39° grados. Nada cardíaco ni pulmonar.

En el abdomen hay una contractura muy grande, vientre en tabla, sobre todo más marcado en la fosa iliaca derecha.

Macidez hepática desaparecida. Nuestro diagnóstico fué de peritonitis por probable perforación apendicular, ya que dado ese cuadro de contractura de la fosa iliaca derecha nos hace pensar así.

Se le hace una ampolla de Adrenalina, un litro de suero fisiológico subcutáneo y en seguida se interviene.

Operación. — Operador, doctor Juan Carlos Pravia; ayudante practicante D. Marcalán. Anestesia local, novocaína al ½ %. Creímos conveniente hacerle esta anestesia por suponer que no toleraría la anestesia general. Insición Mac Burney. Al abrir el peritoneo, sale un líquido bilioso muy abundante, que nos hace pensar en una