

Tránsito hidático hepato cutáneo espontáneo

Dres. Moisés Salgado Moreira y Juan M. Ramos

Hemos visto una paciente con una migración hidática poco frecuente, lo que llevó al diagnóstico después de muchos meses de sufrimiento.

Resumimos las causas que intervienen o favorecen la migración hidática desde el hígado al exterior.

Exponemos la conducta terapéutica que cura la hidatidosis, evita complicaciones operatorias y postoperatorias inmediatas, así como recidivas o secuelas de la enfermedad.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Echinococosis / Hepatic.

Motiva esta presentación la rareza de esta complicación de la hidatidosis hepática, la dificultad del diagnóstico hasta que la tumoración aflora o se drena, y la conducta terapéutica empleada.

El Q.H. que se transita es un quiste en sufrimiento, puede ser fértil o no.

El tránsito se hace en el huésped, desde el parénquima hepático hacia el exterior, piel o bronquios, etc.

Los quistes situados en el parénquima van a complicar en su evolución la vía biliar a nivel de los hepáticos, derecho o izquierdo o sus ramas proximales. Los quistes periféricos sobre todo los de la cara posterior y superior del hígado, se adhieren al diafragma o a la pared anterior del abdomen y se transitan.

Los tránsitos espontáneos se realizan en las zonas de adherencias naturales del hígado (ligamento coronario falciforme) o en aquellas donde el proceso adherencial se hace fácilmente, cara inferior del hemidiafragma derecho, al lóbulo derecho del hígado, o las cicatrices de laparotomías en los postoperatorios alejados.

En San Carlos en los últimos nueve años se han operado seis tránsitos hidáticos espontáneos:

5 torácicos:

4 derechos:

Hepato diafragmático

Hepato pleural

Hepato pulmonar

Hepato brónquico

1 izquierdo:

Hepato brónquico

— 1 abdominal:

Hepato cutáneo.

— tres complicaciones postoperatorias tardías, de Q.H. de hígado a evolución cutánea.

— un quiste hialino de cara superior de lóbulo izquierdo del hígado en reloj de arena atravesando la línea blanca en el epigastrio.

— un quiste subhepático de epigastrio drenado a través de la cicatriz con curación espontánea, quedando sólo tres nódulos fibrosos subhepáticos.

— una fístula postoperatoria de tres años de evolución debida a una adventicia calcificada abandonada sobre el borde derecho y cara posterior del lóbulo derecho del hígado.

PATOGENIA

Los factores que facilitan la migración del Q.H. son:

1) Los quistes hidáticos del hígado tienden por menor resistencia hacia la cara convexa del órgano.

2) La presión intratorácica menor que la abdominal, así como las variaciones estático-dinámicas abdómino-torácicas favorecen la migración.

3) Las adherencias previas hepato-diafragmáticas, ligamentos coronarios y falciformes así como las operaciones previas.

4) Al crecer el quiste comprime lamina y necrosa el peritoneo, diafragma y pleura y pulmón o la pared abdominal hasta la piel.

5) A esto agregamos la infección del quiste facilitando la expansión inflamatoria necrótica llegando a la supuración.

6) La hipertensión intrahepática ya sea portal o biliar desnivelará aún más la diferencia de presiones abdómino-torácicas. Cuando hay obstrucción más infección, colangitis, la afección tiene una evolución particular.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 1º de agosto de 1979.

Cirujanos del Hospital de San Carlos. Ministerio de Salud Pública.

Dirección: Hospital de San Carlos, San Carlos, Maldonado (Dr. M. Salgado).

HISTORIA

Ana B. de L. Paciente de 44 años, múltipara, apendicectomizada que vive en la ciudad de San Carlos.

Comienza hace nueve meses con dolor de poca intensidad, gravitativo en Hd. derecho que no irradia. Sin dispepsia.

Hace tres meses se localiza en la base del xifoides con características similares. Este dolor es interpretado como reumático y tratado con analgésicos, corticoides, etc.

Hace dos meses nota tumoración que aparece sobre el vértice del xifoides, que va creciendo; dolorosa espontáneamente y al tacto, se acompaña últimamente de signos fluxivos. No astenia ni anorexia. Adelgazamiento de cinco kilos.

Examen: Buen estado general, nerviosa. Tumefacción de epigastrio a nivel del vértice del xifoides de unos 4 cms. de diámetro, redondeada, lisa, cuyos bordes se confunden lateralmente con los músculos abdominales, perdiéndose por arriba detrás del xifoides, por debajo adhiere a la línea blanca. De consistencia quística blanda y color rojo pálido, sin el calor que acompaña a los procesos supurados comunes. No se palpa hepatomegalia y el resto del abdomen es normal.

La Rx. de tórax muestra en el frente elevación del tercio interno del diafragma derecho, en el ángulo freno-mediastinal. Las Rx. de órax, es ermón o costillas no evidencian alteraciones óseas.

El 17/9/78 se drena la tumoración, extrayéndose líquido purulento, restos hidáticos y vesículas hijas rotas.

El informe anatómo - patológico muestra que se trata de elementos hidáticos en sufrimiento, representados por membrana laminillar en sectores desintegrada.

Operación (26/9/78): Dres. Moisés Salgado y Juan M. Ramos. Anestesiista, Dr. Suárez. Incisión mediana de cuarto espacio intercostal al ombligo, resecaando la piel alrededor del quiste emergente.

Extirpación de la pared abdominal en la zona que corresponde al trayecto del quiste. Se entra en el abdomen a los lados del ligamento falciforme.

El tránsito adhiere y penetra la pleura derecha, el pericardio fibroso y seroso así como las inserciones anteriores del diafragma en el xifoides.

El quiste asienta en la cisura izquierda en contacto con la vena suprahepática cisural izquierda. Sección del ligamento falciforme, extracción de la zona de diafragma, pleura y pericardio. Sección de la base del xifoides, quedando sólo el quiste con su adventicia adherido al hígado.

Quistectomía en la forma habitual. Sutura del hígado con catgut.

Drenaje perihepático. Drenaje de pleura derecha bajo agua. Drenaje del pericardio. Sutura del pericardio y pleura. Cierre del defecto parietal de la hoja posterior del recto derecho, rebatiendo la hoja anterior de la vaina del recto izquierdo. Aproximación los rectos. Drenaje del decolamiento de piel. Buena evolución.

Al segundo día se extrae tubo pleural. A los nueve días comienza con fiebre. El Rx. de tórax es normal. Como se había sacado el tubo subfrénico, se piensa en absceso subfrénico, por lo que se interviene.

Operación (7/10/78): Se reabre la herida. Espacios perihepáticos sin exudados. Abdomen libre, hígado normal, drenaje, cierre.

Continúa febril, a los tres días se ve derrame pleural derecho, qu ese punciona, extrayéndose 900 c.c. de líquido sero purulento.

La enferma es dada de alta seis días después de evolución apirética.

CONCLUSIONES

En la hidatidosis hepática pensamos que la cirugía es el único tratamiento efectivo. Debemos extirpar totalmente el quiste y todos los tejidos patológicos que ha provocado su migración, y si es posible en block.

En esta forma trataremos totalmente la hidatidosis y evitaremos recidivas locoregionales de la enfermedad.

El drenaje de la cavidad, si existe perihepático y de todas las serosas involucradas, debe ser efectuado.

La reparación primaria de los defectos parietales, con tejidos similares o con Marlex. En esta forma evitaremos complicaciones postoperatorias inmediatas, infecciosas, evisceraciones alejadas e entraciones.

RESUME

Fistule hydatique hépatique cutané spontané

Nous avons vu une malade avec une migration hydatique peu fréquente, ce qui a conduit au diagnostic, quelques mois de souffrance plus tard. Nous résumons les causes qui interviennent ou favorisent la migration hépatique du foie à l'extérieur. Nous exposons la conduite thérapeutique qui guérit l'hydatidose, évite les complications opératoires, et postopératoires immédiates, ainsi que les récides ou les séquelles de la maladie.

SUMMARY

Spontaneous Cutaneous Hepatic Hydatid Transit

A patient suffered from a rare case of hydatid migration for many months before diagnosis was finally established.

The paper contains a review of causes which favour or affect hydatid migration outwards from liver.

Finally the author revises the conduct followed, which cures hydatidosis and prevents operatory and immediate postoperative complications, as well as recurrences and sequela to the disease.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND UGON V y TOMALINO D. Tránsitos Hidáticos - hepato - torácicos. *Tórax*, 7: 188, 1958.
2. LARGHERO P, VENTURINO W, BROLI C. Equinococosis Hidática del Abdomen. Montevideo. Delta, 1962.
3. PRADERI LA. Evolución ascendente mediastinal de los quistes hidáticos subfrénicos. *Bol Soc Cir Uruguay*, 27: 573, 1956.
4. PIAGGIO BLANCO R, GARCIA CAPURRO R. Equinococosis Pulmonar. Montevideo. Ateneo, 1939.
5. TOMALINO D. Complicaciones torácicas de la equinococosis hepática. *Tórax*, 11: 85, 1962.