

Supuración parahidática transdiafragmática por quiste hidático de hígado

Dres. Isabel Lizaso, Edgardo Torterolo, Alfredo De Mattos y Raúl Medina

Se comenta un caso excepcional, de supuración pulmonar en un paciente con un quiste hidático de hígado complicado, cuya etiopatogenia fue vía linfática transdiafragmática, no habiéndose constituido un tránsito hepatopulmonar.

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

INTRODUCCION

La equinococosis ocupa, lamentablemente, un lugar de trascendencia en la patología quirúrgica de nuestro país, por su alta incidencia y las múltiples complicaciones a que da lugar.

El órgano más frecuentemente afectado es el hígado. La equinococosis hepática presenta una variada clínica en relación con sus diversas complicaciones; dentro de las más frecuentes están la rotura en vía biliar y la supuración intracavitaria (11, 12); menos frecuentes son las complicaciones torácicas de la misma, entre las que predominan los tránsitos hepatopulmonares o hepatobronquiales con sus progresivas etapas en las que va englobando el diafragma hasta su rotura, constitución del proceso broncopulmonar y apertura en las vías respiratorias. Es poco frecuente tomar el proceso en etapas previas al tránsito, llegándonos generalmente, ya constituido.

Nuestro paciente presentó una supuración con apertura en vía biliar, de un gran quiste hidático hepático, cuya complicación torácica fue un absceso pulmonar parahidático. Si bien están descritos los mecanismos etiopatogénicos (2, 11) por los que se puede producir, este caso lo consideramos excepcional, conociendo sólo uno similar de supuración parahidática en pericardio (17).

CASO CLINICO

L.A.C. Sexo masculino, 52 años. Procedente del interior del país (Cardona). Empleado. Nº Registro

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 6 de junio de 1979.

Asistente Clínica Quirúrgica, Profesor Adjunto Clínica Quirúrgica, Médico Auxiliar y Asistente Clínica Quirúrgica. Facultad de Medicina. Montevideo.

Dirección: Punta de Rieles 3288, Montevideo (Dra. I. Lizaso).

Clínica Quirúrgica "A" (Prof. R. Rubio). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Facultad de Medicina. Montevideo.

422.937. Hospital de Clínicas. Ingreso: 18 Enero 78. Alta: 29 Marzo 78.

M.I.: Enviado por médico por síndrome en menos de hemitórax derecho y fiebre.

Comenzó dos meses antes con astenia importante, mialgias, anorexia.

Posteriormente ictericia, coluria y dolor en hipocostrio derecho, moderado, sin irradiaciones, no relacionado con ingesta de excitobiliares. La sintomatología retrocede parcialmente con tratamiento médico. Tres días antes del ingreso instala bruscamente tos y expectoración purulenta, tipo vómica, fétida, con dolor tipo puntada de lado en base de hemitórax derecho. Fiebre de 39°. No disnea.

Adelgazamiento de unos 6 kg. desde el comienzo del cuadro.

A.P.: En 1955 intervenido en dos oportunidades por hidatidosis hepática y peritoneal múltiple.

Hace dos años neumopatía aguda que repite hace un año, ambas a derecha. Fumador de medio paquete de tabaco diario. Bronquítico crónico. Etilista moderado. A los 9 meses de edad recibió una perdigona en tórax y cuello.

Examen: 18 Enero 78: Adelgazado. Febril. Polipnea de 36 p.m. Broncorrea.

Piel y mucosas: Leve tinte icterico.

Tórax: Enfisema moderado. Leve abombamiento de hemitórax derecho. Síndrome en menos de 1/3 inferior de hemitórax derecho.

C.V.: Taquicardia regular de 130 p.m. Ruidos: s/p. P.A.: 9/6.

Abdomen: Cicatriz transversa de hemitórax derecho e infraumbilical. Indoloro. Hepatomegalia firme a tres traveses; no esplenomegalia.

T. Rectal: Tumoración redondeada, lisa, indolora, en fondo de saoc de Douglas.

Paralínica (Enero 18): Rx. de tórax: Hemidiafragma derecho elevado unido a una imagen densa de 1/3 inferior de pulmón derecho.

Funcional Hepático (Enero 24): Diazorreacción +; B.I.: 0,56. B.D.: 0,46 mg/%. B.T.: 1,02. Colesterol: 1,10. Prot.: 5,95 gr./%. F.A.: 9 unidades. Fósforo: 3,5. Timol: 6 — + débil. Cef. Col. +.

V.E.S.: 50 mm. Hto.: 37%. Glob. B.: 10.000.

Ionograma, orina, glicemia, azoemia y E.C.G. dentro de lo normal.

Expectoración (Febrero 19): Cultivo: Extreptococo viridans. Neisserias no patógenas. No se observan bacilos ácido alcohol resistentes.

Anatomía Patológica: Expectoración mucopurulenta con algunos macrófagos, no observando laminillas hidáticas típicas.

Tratamiento: Antibióticos, Nebulizaciones, fisioterapia respiratoria y drenaje postural.

Evolución (Febrero 13): Persiste regular estado general. Abundante broncorrea. Febril. Sin ictericia.

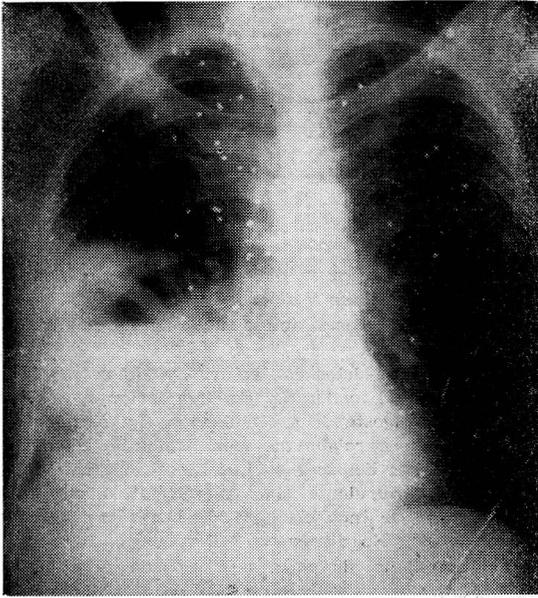


FIG. 1.—Rx. tórax de frente.

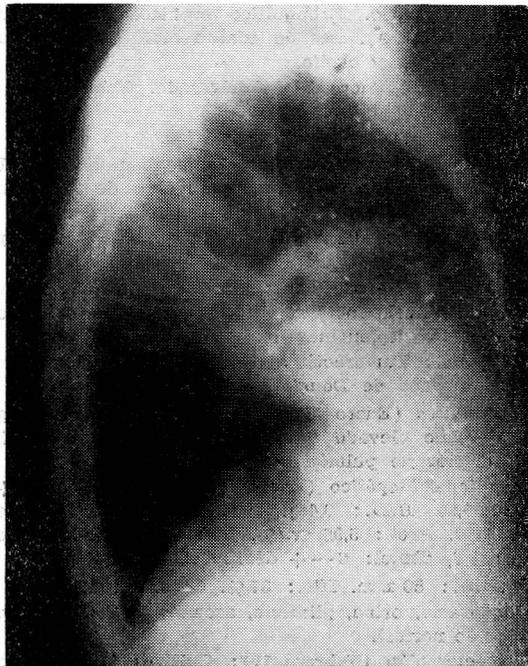


FIG. 2.—Rx. tórax de perfil.

Rx. tórax: Imagen hidroaérea con nivel líquido y pared gruesa, en proyección del lóbulo medio que puede corresponder a absceso pulmonar o Q.H. en sufrimiento. Múltiples fragmentos metálicos en el tórax (fig. ..).

Centellograma hepático: Hepatomegalia. Probable Q.H. de la mitad anterior de cara diafragmática del lóbulo derecho del hígado. Esplenomegalia. Signos centellográficos indirectos de hipertensión portal.

Urografía de excreción: No hay modificaciones de la imagen cistográfica ni calcificaciones. Existe elevación del piso vesical como se ve en los aumentos de tamaño prostáticos.

Broncoscopia (Febrero 20): Abundante secreción de bronquio derecho; en el bronquio lobar medio hay abundante secreción verdosa que se aspira; endoscópicamente puede corresponder a un tránsito hepato-bronquico.

Fibrobroncoscopia (Febrero 21): Supuración fétida que drena abundantemente por los bronquios del lóbulo medio sin alteraciones del calibre; mucosa congestiva. Resto s/p.; endoscópicamente no se puede asegurar la etiología, pero si se trata de una supuración primitiva, no es el momento oportuno para una intervención. Dado que no retrocede la sintomatología en un mes, con tratamiento médico bien instituido, se considera que el cuadro infeccioso está mantenido por una supuración intrahepática por lo que se decide abordar el Q.H. hepático por laparotomía para tratar éste en una primera etapa.

Intervención (Febrero 21): Incisión transversa bilateral. Se halla un gran quiste de lóbulo derecho de hígado a localización pósterio superior, adherido al diafragma. Vía biliar s/p. Restos calcificados de Q.H. sobre el basinete vesicular. Probable secuela de Q.H. en el Douglas.

Punción, apertura y evacuación del Q.H. supurado con restos fétidos que se extraen totalmente. Liberación del diafragma que se realiza con relativa facilidad. No se halla ningún orificio en el mismo; se busca la presencia de burbujas aéreas mediante llenado de la cavidad con suero, en el momento de maniobras de insuflación anestésica, no observándolas.

Evacuado el quiste se reconoce una prolongación al lóbulo izquierdo, extendiéndose hacia abajo hasta 1 cm. del borde inferior del hígado.

Resección de la adventicia emergente. Drenaje del flanco y subdiafragmático con dos tubos. Lavado profuso de la cavidad y del espacio subfrénico. Cierre por planos.

Postoperatorio: La tos y expectoración disminuyeron progresivamente. Apirexia. Bilirragia de 700 c.c. durante diez días disminuyendo después.

Rx. tórax (Marzo 8): Imagen cavitaria basal derecha de paredes gruesas, con proceso parenquimatoso pericavitario y reacción pleural.

Quistografía y Colangiografía (Marzo 16): Por el drenaje del quiste: Pequeña cavidad residual, comunicación con la vía biliar principal que no presenta alteraciones.

A los 40 días: La expectoración casi desapareció. Apirexia. Recupera peso.

Abdomen: Cicatriz bien; el drenaje de quistostomía se salió al mes en forma accidental; no hay fistula.

Rx. tórax: Disminución franca del proceso cavitario. Alta provisoria con control en policlínica, de su proceso pulmonar.

A los 2 ¼ meses: Buen estado general. Asintomático. Rx. tórax: Imagen de secuela cicatrizal.

DISCUSION

Diagnosticados el Q.H. hepático complicado y un síndrome de supuración pulmonar, falta relacionar ambos procesos. Para esto destacamos la secuencia de hechos clínicos donde la supuración pulmonar aparece luego de ocurrida la complicación en el Q.H. hepático; también su vinculación anatómica ya que el foco pulmonar ocurre en inmediata vecindad del hepático. Además es un absceso único, sin que la paraclinica demuestre otra patología preexistente en el pulmón.

Esto aleja los mecanismos de supuración pulmonar tales como el causado por vía hematogena sistémica donde los focos suelen ser múltiples o es secundario a un proceso preexistente, orientándonos a pensar en el tránsito hepatopulmonar. El mismo fue rebatido por los hallazgos quirúrgicos, pero su análisis nos lleva al mecanismo de supuración parahidática tal como lo planteamos.

Revisando la etiopatogenia de los tránsitos hepatotorácicos vemos a través de distintos autores (2, 5, 7, 8, 10, 11, 13) que tienen una frecuencia de 3 - 7 % sobre los Q.H. hepáticos aunque la misma iría descendiendo. Son los Q.H. viejos y con sufrimientos previos a localización superior en hígado, los causantes del proceso.

La perforación siempre está en el lado derecho del diafragma, si es posterior y superior del lóbulo derecho del hígado, va al lóbulo inferior del pulmón derecho; si es anterior y superior, va al lóbulo medio, lo mismo que los de lóbulo izquierdo de hígado (2, 17).

Anatomía Patológica: Los trabajos de Larghero y Venturino (11) y fundamentalmente la tesis del Dr. H. Ardão (2) sobre los Tránsitos Hepatopulmonares nos permitieron interpretar el mecanismo de producción de absceso parahidático.

En etapas previas a la constitución de los tránsitos se ven focos de neumonitis, broncoalveolitis y procesos pleurales vecinos al quiste, con diafragma íntegro (11). La contaminación pulmonar se puede producir por mecanismo indirecto por linfangitis, o directo por pequeños microabscesos que vierten su contenido (19). Se encuentran microabscesos linfagíticos en el diafragma que preparan la futura rotura del mismo. También se pueden observar éstos en el parénquima hepático vecino. También se crean adherencias fibrovasculares entre la cápsula hepática y el diafragma; luego se produce la sínfisis pleural. Este proceso adhesivo entre los órganos favorece las comunicaciones entre los linfáticos del pulmón, las lagunas linfáticas diafragmáticas y la red de su cara inferior.

En los casos favorables de evacuación total del Q.H. hepático una vez constituido el tránsito, puede cicatrizar, quedando un bloque adherencial, que incluye el diafragma incorporado a la adventicia, constituyéndose el tránsito agotado.

CONCLUSIONES

1 —

- a) En nuestro paciente no se llegó a constituir un tránsito hepatobronquico ya que el Q.H. se pudo separar bien del diafragma y no se halló orificio alguno.
- b) La persistencia de la supuración en ambas cavidades hasta el momento de la intervención indica que tampoco pudo tratarse de un tránsito agotado o con cierre intermitente del orificio porque esto no sucede en plena supuración ni se individualizaría tampoco el diafragma independizándose del Q.H.

2. — El mecanismo de producción del absceso pulmonar queda explicado por la vía linfática, tal cual lo demuestra la anatomía patológica como se da en las primeras etapas de conformación del tránsito. Se infectó primero el Q.H. hepático luego de su episodio de apertura en vía biliar con supuración posterior; la infección hizo el camino ascendente ocasionando el foco bronconeumónico y posterior cavitación. No hay duda de la estrecha vinculación anatómica del proceso pero el quiste no llegó a involucrar totalmente el diafragma.

RESUME

Suppuration parahydatique transdiaphragmatique due a un kyste hydatique du foie

Commentaires d'un cas exceptionnel de suppuration pulmonaire chez un patient ayant un kyste hydatique du foie avec complications, dont l'étiopathogénie fut par voie lymphatique transdiaphragmatique sans l'établissement d'un transit hépato-pulmonaire.

SUMMARY

Transdiaphragmatic Parahydatid Suppuration Caused by Hydatid Cyst in Liver

Unusual case of pulmonary suppuration in a patient who was suffering from hydatid cyst in liver and attendant complications. Pathogenesis followed a transdiaphragmatic lymphatic route with absence of hepatopulmonary transit.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ANDREON E y BERMUDEZ O. Quiste hidático de la región diafragmática izquierda. *Bol. Soc. Cit. Uruguay*, 17: 124, 1946.
2. ARDAO H. El quiste hidático del hígado fistulizado en los bronquios. Tesis de Anatomía Patológica. Montevideo, 1938.
3. ARMAND UGON V y TOMALINO D. Tránsitos hidáticos hepatotorácicos. *Tórax*, 7: 188, 1958.
4. ARTUCIO URIOSTE H, CANABAL EJ, CANESSA JC, RUBIO R, MEDINA MW, BONIFAZIO JL, CHERRO M y DEDE W. Pericarditis aguda séptica parahidática. *Tórax*, 15: 172, 1966.
5. CENDAN JE. Apertura postoperatoria de la cavidad adventicial de quiste hidático en los bronquios. 11: 167, 1962.