

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. D. Prat)

QUISTE HIDÁTICO DEL HÍGADO ABIERTO EN LOS BRONQUIOS

José A. PIQUINELA y Pablo PURRIEL

R. M. de A. — 64 años, ingresa a la sala Cirugía B, el 5-IV-38, procedente de campaña; nos la envía el doctor Ceibal Artigas con la siguiente historia: la enfermedad se ha iniciado un mes antes con chuchos de frío y temperatura; en el primer examen el colega observa: pérdida de apetito desde hace un tiempo, estado nauseoso, sensación de peso en el hipocondrio derecho; hígado grande que rebasa en cinco traveses de dedo el reborde costal, sin irregularidades y muy doloroso; deformación y ensanchamiento de la base del hemitórax derecho; en la base pulmonar derecha: submacidez, disminución de vibraciones y un doble soplo suave. Estado general malo; lengua saburral, pulso 100, temperatura axilar 37°5 por la mañana, 38 a 39° por la tarde; no hay ictericia. Desde pocos días antes la enferma tiene algunos golpes de tos seca.

Vuelve a verla cinco días después; síndrome franco de derrame en la base derecha; la punción retira unos pocos c.c. de líquido citrino; el hígado sigue grande y doloroso; la enferma se queja de un dolor torácico bajo, lateral derecho, muy intenso; tos quintosa con expectoración mucosa: polipnea. Sigue febril, pulso 100, lengua saburral; orinas escasas, cargadas, dejando mucho sedimento. El colega piensa en ese momento en un proceso hepático supurado, alto, con una reacción pleural de vecindad.

Dos días después se inicia una expectoración purulenta que horas más tarde da lugar a una verdadera debacle francamente purulenta, a pus espeso, amarillento, muy fétido, sin membranas. Continúa con abundante expectoración purulenta a partir de ese momento, decidiéndose su envío a la capital.

Examen en el momento del ingreso: enferma con estado general malo; temperatura axilar 38°; pulso 96; 36 respiraciones por minuto; mucosas decoloradas; lengua saburral, dentadura en mal estado; tose frecuentemente y hay una expectoración francamente purulenta.

Acusa dolor en las inspiraciones profundas y con la tos en el hipocondrio derecho; el vientre ligeramente distendido no impide apreciar un hígado

muy grande que rebasa el reborde costal en siete traveses de dedo a nivel de la línea axilar anterior y en diez cm. sobre la línea esternal. Sigue los movimientos respiratorios, no presenta irregularidades; sus bordes son romos y la palpación uniformemente dolorosa presenta sin embargo mayor sensibilidad a nivel de la línea axilar media. La macidez sube hasta el 5° espacio sobre la línea axilar anterior.

La base pulmonar derecha es mate desde la punta de la escápula, con abolición de las vibraciones. Murmullo vesicular abolido en la extrema base; en el límite soplo suave espiratorio. Resto de examen sin particularidades; pulmón izquierdo, aparato cardiovascular, examen nervioso, sin particularidades; presión arterial: Mx.: 12; Mn.: 7.

Como antecedente: hace dos meses ha sido sometida a tratamiento específico en Montevideo.

Estudio radiológico. — La radioscopia previa nos mostró la existencia de una sombra situada en la base derecha, reposando sobre la cara superior del hígado y que se introduce como un ovoide a extremo superior en el pulmón derecho, llegando casi hasta la altura del pedículo pulmonar.

Un broncograma posterior nos muestra una sombra homogénea, densa, que ocupa totalmente el tercio inferior del hemitórax derecho. En la placa de frente (Fig. 1), puede verse que el lipiodol sólo se visualiza en la parte superior de dicha sombra; por encima de ella el rellamamiento alveolar es normal. La placa de perfil (Fig. 2), muestra que el proceso está localizado al lóbulo medio en cuya área aparece una sombra homogénea y densa que lo ocupa totalmente; los bronquios de dicho lóbulo son impermeables a la sustancia opaca. El lóbulo superior y anterior se ha rellamado normalmente; lo mismo ha pasado en el lóbulo inferior y posterior, pudiendo verse además que la parte del diafragma en relación con dicho lóbulo tiene límites netos, hallándose conservado el seno costo-diafragmático. Existe una diastasis evidente entre los bronquios del lóbulo superior e inferior, tal como suelen darla los procesos interlobares o parenquimatosos extra-bronquicos.

Con este broncograma pudimos llegar a la conclusión que el proceso torácico asentaba sobre el lóbulo medio del pulmón derecho; que era extra-bronquico y que existía una impermeabilidad bronquica al lipiodol en toda el área del lóbulo medio como suele verse en los procesos supurados del parénquima.

Examen de la expectoración: en el centrifugado no hay ganchos de equinococos; se observan numerosos cristales de colesterina; no hay pigmentos biliares; reacción débil de ácidos biliares:

Urea en suero sanguíneo 0.34; Wassermann positivo. Examen de sangre: Glóbulos rojos, 4.570.000; Glóbulos blancos, 6.500. Clasificación: Neutrófilos, 72 %; Eosinófilos, 7 %; Linfocitos, 16 %; Monocitos, 5 %; Hemoglobina, 70 %; tiempo de sangría, 1' minuto 30 segundos; tiempo de coagulación, 12 minutos.

● *Operación.* — V-5-38. Prof. Prat, Dr. Piquinela, Pte. Dighiero; anestesia local novocaína $\frac{1}{2}$ % previa crepuscular; enferma en decúbito dorsal con inclinación lateral. Incisión sobre la octava costilla desde la línea axilar

anterior hasta el reborde costal; sección de planos superficiales hasta la costilla; hemostasis. Resección costal; tensión en la brecha operatoria por aumento de volumen del hígado; pleura libre; en ángulo inferior de herida se liberan cuidadosamente adherencias laxas conjuntivas llevando el fondo de saco pleural arriba y afuera; se descubre el diafragma en una extensión de 6 a 7 cm. A través de él se palpa una acentuada tensión elástica; infiltración de novocaina y sección del diafragma; se cae en plena cavidad abdominal palpándose directamente el hígado tenso y tumoral. Protección con compresas alrededor de la brecha y punción que trae fragmentos de membranas; punción con trocar y aspiración: se retira tres litros y medio de líquido purulento y membranas hidáticas; se vacía completamente.

Abierta la brecha se ve una enorme cavidad completamente vacía; salida de aire en chorro de vapor por la herida, seguramente por la comunicación brónquica. Se sutura la brecha a los bordes de la sección muscular para marsupializar el quiste y drenarlo. Se coloca un grueso drenaje en el quiste cerrando la herida en dos planos, muscular y piel. La pleura no ha sido tocada y la enferma ha tolerado la operación a pesar de su mal estado general.

La enferma sigue con estado general malo; 17 días después de operada síndrome cavitario en la base derecha; una nueva radiografía muestra — Fig. 3 — que la opacidad de la base ha disminuido considerablemente, que el lipiodol ha rellenado las zonas bajas del pulmón derecho; se visualiza además una cavidad hidroaérea supradiafragmática. La fig. 4 muestra que esta cavidad está en pleno lóbulo medio, por delante y encima de una cavidad intra-hepática en donde se halla el tubo de drenaje. Punción de la cavidad anterior: se intenta dos veces con resultado negativo. Se introduce un clan por la herida; sale una regular cantidad de pus; una radioscopia hecha inmediatamente revela la ausencia del nivel líquido observado en la placa.

Un mes después, ya la enferma en plena mejoría se toman dos nuevas radiografías y puede verse — Figs. 5 y 6 — como la cavidad intra-hepática se ha cerrado; como se ha aclarado la mayor parte del lóbulo medio en donde sólo queda una pequeña sombra de forma triangular y en situación ántero-inferior que puede corresponder a restos de una reacción cisural y peri-cisural.

La enferma es dada de alta el VI-30-38.

Tres meses después de la operación se obtuvo un nuevo broncograma que muestra la existencia de un buen relleno alveolar de toda la base pulmonar derecha y la existencia de ligeras broncoectasias que quedan como secuelas del proceso supurado. (Figs. 7 y 8).

El quiste hidático del hígado y el absceso hepático amibiano son los dos procesos hepáticos que con más frecuencia migran hacia el pulmón y los bronquios generando la fistula hepato-brónquica.

Según Dévé, en el 74 % de los casos la abertura se hace en

el pulmón y los bronquios, como en nuestro caso, excluida la abertura pleural por sínfisis pleural bacilar que suelda la base pulmonar cóncava al domo diafragmático convexo. El quiste asienta en el lóbulo hepático derecho, localización que reconoce una frecuencia de 96 %; quiste saliente en la cara convexa del hígado lo que obliga en general a abordajes transtorácicos. De tamaño enorme; por regla general se trata de quistes muy voluminoso.

El contenido era en nuestro caso francamente purulento y multivesicular; es por otra parte la regla: 93 %. Raramente es univesicular y más raro aún aséptico.

La zona en que el hígado adhiere al diafragma, zona en la que naturalmente asienta la perforación corresponde al foliolo derecho. La pleura a ese nivel está evidentemente adherida, aun cuando esta zona de adherencias está limitada a la base quedando, como la evolución clínica lo hacía prever y la operación lo confirmó, libre la cavidad pleural general. Ha habido — hecho frecuente — un derrame seroso de vecindad.

La vía de abordaje seguida no permitió hacer un balance de las lesiones bronco-pulmonares existentes que sólo pudieron ser sospechadas por los exámenes radiológicos y por la evolución de la enferma.

Como puede verse en las placas que acompañan al texto, luego de la intervención se visualizó una cavidad de nivel hidro-aérico localizada en el lóbulo medio, siendo aceptable que tal cavidad existía ya en el momento de nuestro primer examen, no habiéndose visualizado por causas especiales. El lipiodol no entró en dicha cavidad ni en los bronquios vecinos, hecho que no tiene nada de particular, ya que sabemos lo difícil que es el relleno de una cavidad supurada por la sustancia opaca, pues en tales casos los bronquios tributarios se hallan por lo general obstruidos por sustancia purulenta. Muy posiblemente dicha cavidad correspondía a la evacuación parcial del "absceso hidático" (Dévé) que previamente al tránsito hepato-brónquico se forma en estos casos. Lo cierto es que dicha cavidad fué evacuada totalmente al introducir un clan por la brecha hepática, clan que debió pasar por el orificio diafragmático que creó el proceso supurado.

En lo que concierne a los bronquios, fuera de la diastasis observada en el primer momento, no se observaron lesiones de importancia. Durante la convalecencia un nuevo broncograma mostró la existencia de una pequeña broncoectasia.

En ningún momento pudo observarse el relleno de la cavidad hepática por el lipiodol vertido en los bronquios a pesar de la perforación diafragmática. Es esta una eventualidad no muy frecuente, ya que para ello sería necesario un relleno previo de la cavidad pulmonar lo que es muy difícil.

La cavidad pleural ha permanecido indemne al través de este proceso; se explica por la formación previa de adherencias a la migración del proceso supurado.

La historia clínica de esta enferma entra dentro del cuadro general de la fistulización hepato-brónquica, magistralmente trazado por Dévé. La "debacle" purulenta que configura en esta enferma una vómica atípica - pus sin elementos hidáticos ni bilis (macroscópicamente apreciables), ha sido precedida de una etapa en que son individualizables síntomas que corresponden a la supuración del quiste hepático y síntomas que traducen la migración hepatofrénica y la migración torácica.

La afección se inicia con escalofríos y temperatura a ascensos vesperales; hay anorexia, estado nauseoso, o sensación de peso en el hipocondrio derecho; estado general malo.

El dolor es una hepatalgia difusa - perihepatitis, congestión hepática, aumento rápido de volumen por supuración quística; no han habido ni habrán después cólicos hepáticos francos, frecuentes en este período dada la también frecuente abertura de estos quistes en las vías biliares. No hay en cambio ictericia, síntoma habitual en este período. Hay trastornos de orden pleuro-pulmonar: polipnea, tos quintosa con expectoración mucosa.

Los signos físicos son ya fundamentales:

- a) Aumento franco del volumen del hígado que ha progredido manifiestamente hacia el abdomen;
- b) Deformación y ensanchamiento de la base del hemitórax derecho;
- c) Submacidez en la base derecha; disminución de las vibraciones y doble soplo suave.

Este conjunto de síntomas funcionales y físicos forman parte del haz de síntomas que corresponden a la fase prodrómica de Dévé, tomando como prodromos "el estado de indisposición, de malestar, que precede a la enfermedad" (Littre).



Fig. 1. — Broncograma obtenido antes del acto quirúrgico.



Fig. 2. — Perfil del broncograma



Fig. 3. — Radiografía obtenida días después de la intervención.



Fig. 4. — Perfil de la placa anterior



Fig. 5. — Radiografía obtenida dos meses después de la operación.



Fig. 6. — Perfil de la anterior



Fig. 7. — Perfil del broncograma anterior

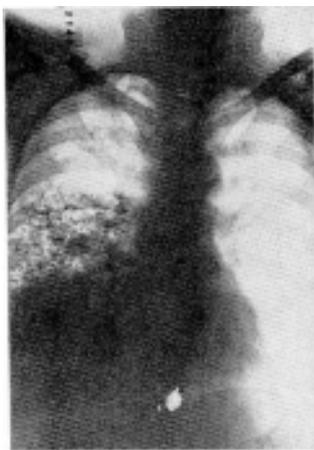


Fig. 8. — Broncograma obtenido meses después, luego de una curación clínica completa, con el fin de hacer un estudio de las secuelas que pudieron haber quedado.

Cinco días después estamos netamente en la fase premonitora — “que advierte el avance” (Littre)” — de la vómica, traduciendo la etapa torácica; es generalmente una etapa de corta duración. El dolor torácico es ahora intenso, atribuido a la irritación y dilatación del rico plexo nervioso peribrónquico; la tos es quintosa y el síndrome pulmonar parece corresponder a un derrame: macidez, abolición de vibraciones y ausencia del murmullo vesicular. Una punción hecha en ese momento trae solamente 2 c.c. de líquido citrino. Dos días después aparecen esputos purulentos, a pus espeso que dejan lugar pocas horas después a una verdadera “deba-cle” purulenta; pus amarillo, sin membranas y aparentemente sin bilis, muy fétido. En los días que siguen continúa la expectoración purulenta sin que aparezcan elementos macroscópicamente individualizables; tampoco se les encontrará en el examen microscópico que en muchos casos sólo los revela: escolex, ganchos, examen que se hizo repetidamente. En cambio reveló ácidos biliares y colesterina.

La subictericia se instaló posteriormente a la vómica.

El diagnóstico en consecuencia ha recorrido dos etapas: 1º) diagnóstico del asiento primitivo de la supuración drenada por vía brónquica; 2º) naturaleza de tal proceso supurado.

El asiento hepático del proceso se imponía por los signos subjetivos que la enferma acusaba: dolor hepático, sensación de peso en el hipocondrio derecho asociados a los datos del examen: hígado enorme, doloroso, regular, a bordes romos, etc. La migración segura a los bronquios se evidenciaba por la presencia en la expectoración de elementos biliares que sellaba definitivamente el origen hepático.

La naturaleza del proceso hepático originario era de presumir en este caso: enferma procedente de campaña, ausencia de antecedentes intestinales que pudieran explicar una etiología amibiana con las reservas sin embargo correspondientes al valor de este último dato; las reacciones biológicas, una eosinofilia de 7 % en nuestro caso. Para poder afirmar el origen hidático hubiera sido necesario encontrar en los repetidos exámenes de expectoración elementos hidáticos; ellos fueron siempre negativos a ese respecto. El hallazgo de ganchos en un proceso supurado es siempre difícil; tal vez la inclusión de la expectoración podría ser útil en estos casos mostrando pequeños trozos de membrana hidática teñidos de bilis.

En resumen, clínicamente podía afirmarse supuración hepática fistulizada en los bronquios de origen presumiblemente hidático; el estudio radiológico evidenciaba un proceso parenquimatoso de lóbulo medio que llegó a constituir una cavidad que fué drenada finalmente por vía inferior. La migración del proceso supurado atestigua la existencia de una perforación pulmonar y la falta de infección de la cavidad pleural supone la formación previa de adherencias.

El drenaje de la supuración hepática se imponía; trajo en nuestra enferma la curación de su proceso hepático y de su proceso pulmonar evidenciando el último broncograma un buen relleno alveolar de toda la base pulmonar derecha y la existencia como secuelas de ligeras broncoectasias.

Mirada en un principio como un proceso de cura natural, hoy se acepta que esta afección es del resorte del cirujano. Si bien no siempre mata — eliminados los accidentes de sofocación o de anafilaxia de las vómicatas mortales — pudiendo tolerarse un tiempo, numerosas complicaciones ensombrecen su pronóstico si se le abandona a su evolución natural. El drenaje contrario a la gravedad, la dificultad de coaptación de las paredes del quiste hepático, el tamaño de las hidátides y membranas frente a lo exiguo de la fistulización brónquica, las reacciones pulmonares: congestivas, broncoalveolares agudas y subagudas, la gangrena, las lesiones pleurales, las hemoptisis secundarias a veces fulminantes; las secuelas: broncoectasias, hemoptisis tardías, enfisema, etc., agravan el pronóstico de esta complicación, no tratada quirúrgicamente.
