

(Trabajo de la clínica del Prof. Prat)

SOBRE UN CASO DE COLEPERITONEO HIDÁTICO

Enrique LAMAS POUHEY

J. B., 18 años. Dpto. de Lavalleja.

Hace unos 2 ½ meses, nota el enfermo una tumoración en su hipocondrio derecho, del tamaño de un huevo de gallina, indolora por completo, que no provoca trastornos de ninguna clase. Como antecedente que acompaña esta tumoración, hace 6 meses que tiene anorexia electiva por grasas y huevos, que provocan malestar epigástrico y digestión larga y penosa.

Hace unos 2 meses, estando trabajando (esquilador) siente un dolor muy intenso epigástrico que provoca un pequeño estado lipotímico, con sudores profusos, intenso decaimiento y al cabo de un rato diarreas.

El enfermo es categórico al afirmar que en seguida de este accidente notó la desaparición de su tumoración de hipocondrio derecho.

Uno o dos días después crisis urticarianas, con manchas rosadas en todo el cuerpo, muy pruriginosas. Pasado este cuadro, al cabo de 2 ó 3 días, espontáneamente, el enfermo entra a la normalidad, pasando bien cerca de un mes, notando al cabo de este tiempo que su vientre comienza a distenderse progresivamente, haciéndose títimamente muy tenso y acompañándose de dolores discretos a tipo cólico, sobre todo en ambos flancos. Tránsito intestinal normal. Urinario: s/p.

Esta distensión provoca sensación subjetiva de dificultad respiratoria, sobre todo marcada en el decúbito.

Antecedentes personales: sin importancia.

Antecedentes familiares: padres vivos, sanos. 10 hermanos sanos. 1 hermana operada de quiste hidático de hígado.

Examen: Buen estado general. Pulso 78. Apirético. Lengua húmeda, algo saburral. *Abdomen:* muy distendido, globuloso, sobrepasando el plano costal, distensión de la cicatriz umbilical. Piel lisa, brillante. Se moviliza con la respiración, discretamente, siendo sobre todo torácica la respiración. A la palpación, tenso, de consistencia elástica, teniendo la sensación de contenido líquido a tensión. Se deja deprimir siendo discretamente doloroso. A la percusión se encuentra matidez completa de todo el hemivientre derecho, que se extiende desde el 4º espacio intercostal, tomando hipoc. D., flanco y F.I.D. notándose una sensación especial, semejante a la del frémito.

En el lado izquierdo hay matidez del hipocondrio I., a nivel de la línea axilar anterior haciéndose sonoro a medida que se va hacia la parte posterior y en flanco y sobre todo F.I.I. hay sonoridad franca, más evidente cuanto más externa. *Fosas lumbares*: se encuentran ambas fosas lumbares ocupadas, salientes, tensas, no dolorosas, dejándose deprimir. A la percusión es fran-

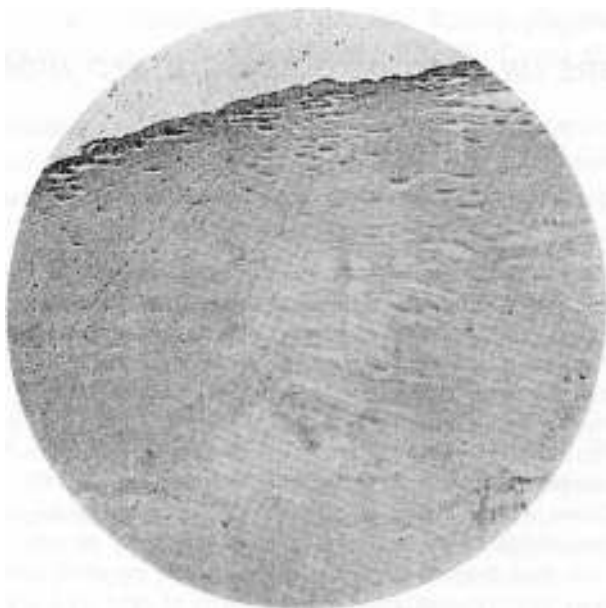


Fig. 1

camente mate en el lado derecho y sonora en el lado izquierdo. No hay puntos dolorosos lumbares.

Tacto rectal: Douglas no ocupado, libre, sin hacer saliencias. No doloroso. No se palpa nada de particular.

Pulmonar: Nada de particular, excepto ligera disminución de respiración en ambas bases pulmonares, sobre todo a derecha. No hay ruidos adventicios.

Corazón: s/p.

EXÁMENES DE LABORATORIO

Marzo 29 de 1940. — *Orina*: Albúmina y glucosa no contiene.

Urobilina pequeña cantidad.

Sucromógeno pequeña cantidad.

P. A.: Mx. 11 $\frac{1}{2}$.

Mm. 8 $\frac{1}{2}$

Marzo 30 de 1940. — *Urea* por litro: 0 gr. 24.

Marzo 30 de 1940. — Tiempo de sangría: 3'. Tiempo de coagulación: 6'.

Abril 1º de 1940. — Glóbulos rojos: 4.030.000. Hemoglob.: 66. Valor glob.: 0.82.

Radioscopia: Levantamiento e inmovilidad del diafragma derecho. Abdomen sumamente opaco, llevando el colon izq. hacia afuera y comprimiéndolo, siendo visible por su claridad que contrasta con el resto del vientre. (Dr. Vázquez Piera).

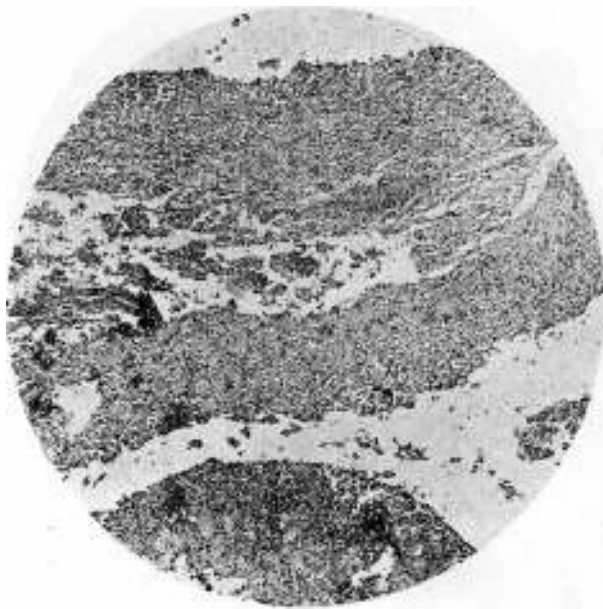


Fig. 2

OPERACIÓN. — Abril 2. Dr. E. Lamas Pouey. Pract. Correa.
Anestesia general éter CO².

Laparotomía supraumbilical paramediana derecha. Se extraen por aspiración aproximadamente 10 lts. de líquido amarillento y turbio a gran tensión. Explorando esa cavidad vemos que ocupa un espacio peritoneal ant. limitado hacia adelante por el peritoneo parietal anterior hacia arriba se insinúa en el espacio interhepatodiafragmático. Hacia abajo, en la línea media ese espacio termina a mitad de la distancia pubo ombilical, prolongándose hacia la pelvis a nivel de ambas fosas ilíacas. A nivel de los flancos ese espacio llega hacia atrás hasta las vecindades de ambas fosas lumbares. Explorando la cara antero sup. de hígado a través de la membrana limitante visceral o sea posterior, se comprueba en el lóbulo izq. de hígado un orificio en el que apenas se insinúa la falange ungueal del índice y que comunica con una cavidad de la que se extrae con clamps una membrana hidática marchitada y amarillenta (1). Esa cavidad quística tenía el mismo líquido bilioso

(1) Del tamaño de una grape fruit (toronja).

que llenaba el coleperitoneo ya descrito. Se drena la cavidad del quiste por un tubo que se exterioriza por una contraabertura subcostal izq. La gran cavidad de coleperitoneo se drena por dos tubos que se exteriorizan a través de pequeñas incisiones a la altura de ambas fosas ilíacas. La incisión de



Fig. 3

exploración se cierra por planos suturando con catgut cromado 2 el plano músculo aponeurótico. Agrafes para la piel.

Nota. — Se envía al laboratorio:

- 1º Membrana del quiste primitivo (fig. 1).
- 2º Membranas libres en el líquido de coleperitoneo (fig. 2).
- 3º Biopsia de la membrana limitante (porción ant. o sea parietal) (figura 3).
- 4º Biopsia de la membrana limitante post. o sea visceral (ese clivaje es fácil y casi exangüe). (fig. 4).
- 5º Líquido de coleperitoneo.

Resultado del examen

Naturaleza del examen: líquido de coleperitoneo hidático.

Líquido turbio de color amarillo verdoso, semi-fluido, débilmente alcalino.

Colesterol: 1 gr.10 %. Bilirubina: 0 gr.003 %. Ácidos biliares: reacción positiva. Albuminoides totales: 1 gr.60 %. Mucinoides: contiene. Reacción de Rivalta: negativa.

Informe histológico: N° 1, quitinosa; N° 2, pseudomembrana pigmentos biliares glóbulos rojos; N° 3, en parte fibrosa, en otros tejido de granulación pigmentos biliares y sangre; N° 4, pared fibrosa, exudado fibrinoso, bilis (Prof. Lasnier).

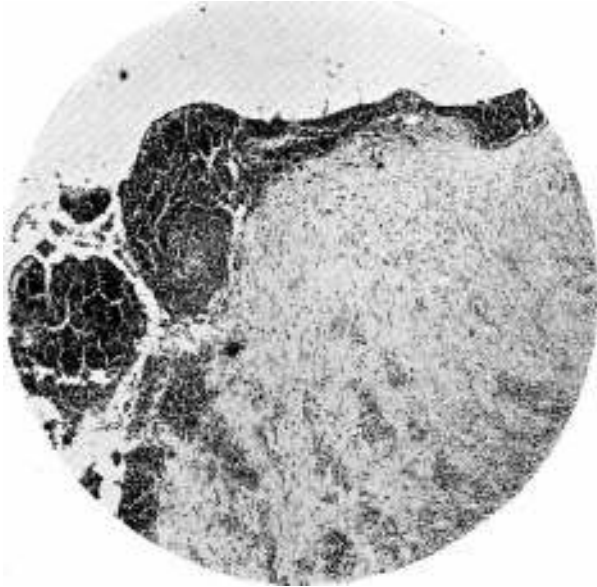


Fig. 4

Comentarios. — Tanto los hechos clínicos como lo comprobado durante la exploración quirúrgica responde a lo descrito por el Prof. Dévé como coleperitoneo hidático típico (“Revue de Chirurgie, Año 1928, pág. 288). El aspecto del líquido, el resultado del examen quístico, la ausencia de elementos parasitarios encuadra perfectamente en lo descrito como lo más frecuente por el talentoso hidatólogo de Rouen.

El quiste roto, causa de la colerragia interna, ocupaba el lóbulo izquierdo, eventualidad que según Dévé se presenta en el 41 % de los casos; además el orificio de rotura era permeable a un dedo solamente. Las circunstancias de eclosión, de acuerdo con los datos provenientes del interrogatorio, corresponden al traumatismo y esfuerzo abdominal. (Movilizar ovinos durante la esquila).

A raíz de eso nuestro enfermo describe el cuadro de perfo-



Fig. 5

ración interna, seguido de urticaria y de balonamiento rápido del vientre. Cuando se presentó al examen de su médico, presentaba un derrame tórpido, ocupando casi todo el abdomen, sin trazas de ictericia. Fué en esas condiciones que se practicó la punción con fines de diagnóstico obteniéndose líquido bilioso.

Los datos obtenidos por la percusión acusaron *matidez* periumbilical; es en el flanco izquierdo y fosa ilíaca de ese lado que en una zona bien posterior *se había acumulado* la sonoridad, y

en acuerdo completo con la magistral descripción clínica de Dévé: "Los límites de la matidez no varían con el decúbito del enfermo". El mismo autor refiere que algunos clínicos (Róbinson, Lamas, Alsina), hallaron frémito hidático. Esa sensación se obtuvo en nuestro caso aunque no en forma muy neta.

Nuestra exploración, por la incisión paramediana derecha nos permitió establecer bien los límites de la *cavidad previsceral* que la reacción peritoneal había provocado, cavidad limitada entre la pared abdominal y la masa visceral. Aparecía ésta bajo una membrana de aspecto fibrinoso (comprobado por el estudio histológico), membrana bastante consistente, de rigidez acartonada, de manera que la palpación a través de la misma era difícil y sólo se apreciaba la consistencia correspondiente a la región hepática.

El resto del contenido abdominal estaba "enmascarado, protegido y limitado por la neo-membrana de enquistamiento."

Tratando de establecer la extensión de esa cavidad podemos afirmar que la mano exploradora se paseaba sin dificultad desde el espacio inter hepático-diafragmático hasta la mitad de la altura pubo-ombilical y en el sentido transversal, desde un flanco al otro; pero predominando en el flanco y fosa ilíaca derechos, donde esa cavidad se extendía más hacia abajo y hacia afuera. En esta palpación no se tuvo la sensación de que hubiesen quistes apreciables, ya en la membrana de enquistamiento ya en zona no enquistada. Y tratando de buscar los puntos más declives en vista a la eficacia del drenaje, éstos se hallaban en ambas fosas ilíacas, siendo el más inferior el derecho.

En lo que respecta a la adherencia de la membrana de enquistamiento con los planos subyacentes debemos decir que en nuestro caso (cuya formación, recordémoslo, databa de 2 meses) se clivaba fácilmente en pequeños colgajos, de los que sacamos uno de la parte visceral y otro de la parte abdominal; ambos fueron estudiados histológicamente por el Prof. Lasnier.

La facilidad con que obtuvimos nuestros fragmentos nos recuerda la descripción de Richard (citado por Dévé. "Revue de Chirurgie" 1918). Del lado visceral, una vez extirpado nuestro pequeño colgajo se veían las ansas intestinales por transparencia, a través de una membrana que los aglutinaba cuyo aspecto era "edematoso" o gelatinoso.

Como se ven en las preparaciones adjuntas, correspondientes a la neo-membrana, llama la atención los blocks de precipitaciones pigmentarias. En las preparaciones originales su color era amarillo obscuro y su refringencia evidente.

La relación de la necmembrana con el peritoneo subyacente no puede apreciarse en nuestras preparaciones, porque aquella fué obtenida siguiendo el clivaje que existe entre ambas; la hemorragia capilar así provocada fué insignificante y ese clivaje total hubiese sido fácilmente practicable pero lo sabemos ineficaz y perjudicial.

La limitación en profundidad de nuestro material de biopsia disminuye el valor de esa comprobación y las deducciones de histogénesis que pudieran hacerse; hemos solamente observado un exudado fibrino leucocitario organizado, con inclusiones de pigmentos biliares.

En el caso que nos ocupa, el problema del diagnóstico se vió facilitado por la noción del tumor redondeado en la región epigástrica, su desaparición brusca con motivo de un traumatismo que fué seguido de un cuadro agudo de vientre con reacción urticariana. Hacemos notar que en nuestro caso la cicatriz umbilical estaba desplegada, lo que contraría la afirmación de los Profs. Prat y Lamas que admiten que en los quistes que se han llamado "a forma ascítica" la cicatriz umbilical se presenta en su aspecto normal. Según esa memoria sería ese un dato utilizable en el diagnóstico diferencial con la ascitis en que generalmente hay un mayor o menor grado de distensión de la cicatriz umbilical y lo que los mencionados autores llamaron "quistes hidáticos a forma ascítica".

En lo referente a la técnica quirúrgica seguida en nuestro caso deseamos hacer recalcar lo siguiente: Aunque pensamos que numerosos casos de esta enfermedad benefician de las operaciones escalonadas, drenaje en un tiempo y luego abordaje del quiste cuya eclosión provocó el coleperitoneo hidático, que es la conducta preconizada por nuestro maestro el Prof. Prat; la edad de nuestro enfermo y su estado general nos decidieron a realizar esas finalidades en un solo tiempo. La exploración después de laparotomía nos convenció que era posible tal conducta sin aumentar el riesgo quirúrgico.

La extirpación de la membrana del quiste causante de la

lesión fué practicada por el orificio de rotura espontánea del mismo.

Siguiendo las enseñanzas del Prof. Dévé, drenamos esa cavidad residual directamente por un tubo que adaptaba a frotamiento en el mencionado orificio de manera de obtener por él la totalidad de bilis que se colectaba en el conjunto cavidad parasitaria residual y cavidad de enquistamiento.

La bilirragia fué bastante considerable los primeros días, el aspecto de la bilis era normal. Esa bilirragia disminuyó rápidamente. En cuanto a los tubos colocados en ambas fosas ilíacas drenaron un líquido de aspecto análogo al obtenido por aspiración pero que contenía una "borra" de color amarillo ladrillo que nos impresionó como proveniente de la decantación de los pigmentos biliares en las partes declives y trozos de membranas fibrino leucocitarias impregnadas en los mismos.

Respecto a medidas parasiticidas sólo hicimos un ligero lavado al éter; creemos que el formolado es innecesario y puede ser perjudicial. En cuanto al frotado de la membrana de enquistamiento con compresas, a fin de actuar mecánicamente sobre la posible siembra en evolución en el espesor de la membrana o inmediatamente por detrás, preconizado por Dévé y criticado por nuestro maestro el Prof. Del Campo, no lo hicimos puesto que el aspecto y consistencia de la membrana que encontramos nos lo hacían prever ineficaz. La biopsia de esa membrana al mostrar la ausencia de elementos parasitarios, justificó nuestra conducta.

Como tratamiento médico concomitante administramos a nuestro enfermo extracto hepático y prescribimos un régimen rico en hidratos de carbono.

El post-operatorio fué excelente, el enfermo se repuso rápidamente, se levantó a la tercer semana. Concurrió a nuestra policlínica durante dos semanas más; durante ese período dejamos aún un pequeño tubo en la contraabertura de la fosa ilíaca derecha, por donde salió bilis al salirse espontáneamente el tubo correspondiente al quiste roto. El enfermo fué dado de alta en buenas condiciones; seguiremos su estado durante años si nos es posible y resumiremos esa evolución ante nuestra Sociedad.

Al aportar este nuevo caso de coleperitoneo hidático a la Sociedad de Cirugía, no nos ha guiado el propósito de aclarar el estudio de la patogenia, etiología e histogénesis de esta intere-

sante lesión. Hemos querido exponer a nuestros maestros y nuestros consocios los resultados de nuestra observación, y de los elementos de laboratorio que nos fué dado obtener. Tratándose de una lesión poco frecuente aunque no de la rareza afirmada por Bartolomé Calcagno, facilitamos así el estudio en conjunto de los casos que ya figuran en los archivos de nuestra Sociedad gracias a las publicaciones de los Profesores Lamas (Alfonso), Prat, Del Campo, Arrizabalaga y de los doctores Agustoni, Soto Blanco, Berhouet, De Pena y Chifflet. Ese estudio de conjunto tiene ya base para su realización y merece nuestro interés.