

**PERITONITIS HIDÁTICA AGUDA POR RUPTURA
DE Q. H. DEL HÍGADO EN EL PERITONEO**

P. LARGHERO YBARZ

Aportamos al tema en discusión y sin entrar por el momento en consideraciones, una observación de peritonitis hidática aguda por ruptura de Q. H. en el peritoneo, a la que agregamos el examen anatómo-patológico de la adventicia en el borde de la ruptura.

Miguel F., 48 años, uruguayo, residente en el Dpto. de Rocha, ingresa al Sanatorio el 10 de setiembre de 1937 a las 2 a. m.

Este enfermo consultó al Dr. Fierro Vignoli hace aproximadamente un mes por trastornos digestivos, caracterizados por molestias y ardores epigástricos post-prandiales, calmados por la ingestión de alimentos alcalinos. El colega al proceder al examen físico encuentra en el hipocondrio derecho, hacia el epigastrio una masa tumoral del tamaño de un gran puño, lisa, redondeada, tensa, resistente, formando cuerpo con el hígado bajo cuya cara inferior y borde hace saliente, con los caracteres de un quiste hidático. Ausencia completa de signos que permitan sospechar infección del quiste. Aconseja una exploración radiológica que el enfermo no realizó en seguida, decidiéndose ayer de mañana a trasladarse a Montevideo con ese objeto.

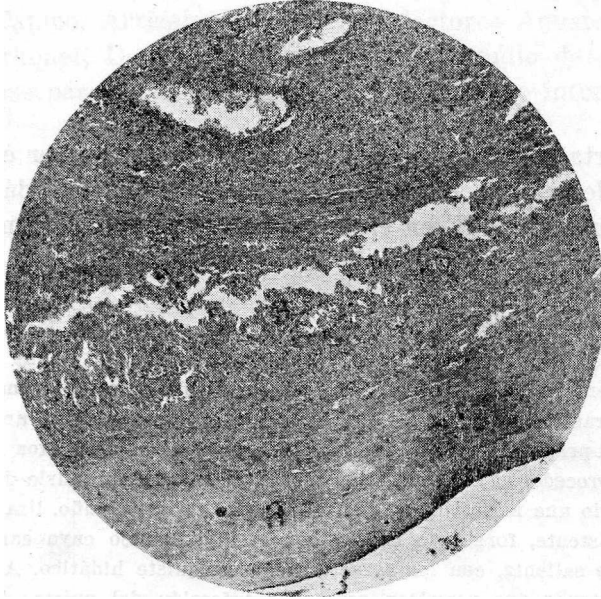
Ayer al despertar comenzó a sentir como le ocurría a menudo una sensación de ardor epigástrico y en hipocondrio, algo más molesta que de costumbre, pero que no le impidió realizar sus tareas habituales. A las 11 de la mañana se encontraba conversando cuando súbitamente, dolor inaudito, en puñalada en epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado a la base del tórax y sobre todo al flanco y fosa ilíaca derechos y bajo vientre. Al mismo tiempo lipotimia prolongada y sudores profusos. Al recobrar poco después el conocimiento persistía dolor intenso que poco a poco se fué atenuando.

No tuvo vómitos, solamente arcadas. En las horas siguientes cuatro nuevas lipotimias, no habiendo desaparecido el dolor que tenía su máximo en el flanco derecho, fosa ilíaca y bajo vientre, con tenesmo vesical discreto.

El Dr. Fierro lo ve a la hora 16. Estado de choc muy marcado, facies aun sudoroso. Pulso pequeñísimo. No tiene urticaria. Vientre discretamente distendido, con un poco de contractura en el lado derecho y bajo vientre. El hipocondrio derecho es depresible, algo doloroso. Comprueba la desapa-

rición de la masa quística anteriormente palpada por él y hace el diagnóstico preciso de peritonitis por ruptura de Q. H. del hígado, trasladando el paciente a esta capital.

Lo vemos a las 2 a. m., es decir, 15 horas después del comienzo del cuadro. Enfermo tranquilo. No se queja de ningún dolor; la acalmia es tan absoluta que el colega manifiesta que si no fuera por el cuadro inicial y la desaparición del quiste, temería cometer un error. El facies es pálido. Tem-



peratura $38^{\circ} \frac{1}{2}$ rectal. Pulso 140, pequeñísimo, la P. A. máxima al Pachon es escasamente de 12.

Presenta algunas pápulas urticarianas en la fosa ilíaca izquierda y prurito y pápulas en el cuello.

Abdomen discretamente distendido. Movilidad respiratoria limitada. No hay onda líquida transmitida, pero la percusión con la punta de los dedos revela una neta sensación de contenido líquido libre. Macidez desplazable en la fosa ilíaca izquierda.

A la palpación el vientre es depresible pero algo tenso y doloroso en bajo vientre y en hipocondrio derecho, pero no existe la más mínima contractura ni dolor a la decompresión.

No se palpa el borde inferior del hígado cuyos límites son sensiblemente normales a la percusión.

Tacto rectal: Douglas un tanto tenso, muy poco pero evidentemente doloroso. No existe semierección peniana.

Cardio-pulmonar normal.

El reposo, recalentamiento y tonificación no modifican en nada el estado del pulso por lo cual se interviene aún con este estado, una hora más tarde. Ayuda el Dr. Fierro Vignoli.

Anestesia éter CO₂. Incisión de Sprengel: Sale líquido a olas del peritoneo (líquido muy fluido, no fétido, de color castaño con algo de verdoso). Algunas hilachas fibrinosas mezcladas. Epiplón turbio y congestionado; congestión de la serosa parietal y visceral gástrica y yeyunal, *con intenso punteado hemorrágico*.

Hígado de color normal; la parte más interna del lóbulo derecho, junto al ligamento falciforme está flácida (adventicia vaciada) y se encuentra en ella una rotura de 4 cm. de largo sobre el borde libre. La brecha de ruptura es desgarrada muy irregular. El quiste ocupa gran parte de esta región interna del lóbulo derecho y emerge por la cara inferior del hígado. Contiene en su interior la membrana madre desgarrada, vacía, completa. No se encuentran vesículas hijas. No hay bilirragia. Se extrae la membrana que es blanca, luciente, completamente normal, es decir que puede afirmarse que el quiste era límpido.

Sutura con invaginación de la brecha de ruptura, sin drenaje. La vesícula biliar flanquea por fuera el quiste y tiene aspecto normal, sin cálculos.

En el extremo posterior y externo del lóbulo derecho se toca y ve un quiste del tamaño de un puño, muy tenso, que no creemos prudente vaciar.

Se seca el exudado seroso turbio y se cierra previa colocación de un tubo y mecha de aspiración en el espacio sub-hepático derecho.

Laparotomía mediana infra-umbilical pequeña; vienen del peritoneo nuevas olas de líquido del mismo carácter, a veces puriforme; exploramos y secamos cuidadosamente el Douglas incorporando al enfermo en posición de Fowler discreto, lo que trae nuevas cantidades de líquido del flanco e hipocondrio izquierdos. No hay elementos hidáticos.

Tubo de drenaje y mecha de aspiración en el Douglas. Cierre de la incisión. La operación ha durado escasamente 40 minutos pero el pulso es incontable al final, pese a que el facies es tranquilizador.

Post-operatorio: sin incidentes. La taquicardia persistía aun a las 48 horas.

Pese a buenas y regulares evacuaciones del intestino, el balonamiento del vientre cedió poco a poco con aplicaciones de horno de Bier.

Se retiran rápidamente las mechas y tubo sub-hepáticos; al 5º día se retiran las mechas del Douglas y al 6º día el tubo que ha drenado de continuo y durante todos estos días serosidad muy limpia.

Alta curado el 24 de Setiembre.

Reingresa para operarse del quiste encontrado en la primera operación en el extremo del lóbulo derecho. La intervención se hizo con anestesia local dado que habíamos cuidado de señalar bien sus relaciones con la pared las que no fueron alteradas por la cicatrización de la bolsa adventicia evacuada por la ruptura. La exploración, muy limitada, no nos permitió determinar el estado de la serosa peritoneal.

Tres años después del accidente no acusa ningún trastorno abdominal, habiendo desaparecido su dispepsia.

Examen anatómo-patológico de un fragmento biópsico de adventicia tomado sobre el borde de la ruptura. — Pieza N° 2990. — El fragmento, seccionado en cortes perpendiculares a la superficie de ruptura, muestra una adventicia esclero-hialina, árida, sin calcificaciones. (A). Por debajo de ella existe, socavándola, una zona convertida en un verdadero lago hemorrágico (hemorragia reciente) que ha infiltrado en masa el tejido sub-adventicial, del que quedan como muestras vasos de pared delgada, muy congestionados y tractus conjuntivos que los relacionan (B).

Por fuera de esta zona, el tejido del fragmento hasta llegar a la superficie de la pared, se caracteriza por un estroma conjuntivo relativamente joven (C), con extraordinario número de vasos capilares muy congestionados, sostenidos por un retículo rico en fibroblastos. Se agrega edema, hemorragia difusa discreta y abundantes elementos mononucleados pequeños. No se observan elementos de parénquima hepático.
