

COLEPERITONEO HIDÁTICO AGUDO TRAUMÁTICO

Fernando ETCHEGORRY

A pesar de la abundante bibliografía existente sobre coleperitoneo hidático y los numerosos casos registrados, continúan siendo raros los que son operados en las primeras horas de su producción.

En una práctica de cirugía de urgencia que si bien no es muy larga ha dejado de ser corta, es éste el primer enfermo que opero en las condiciones apuntadas y como los compañeros de Bureau tan antiguos como yo han tenido aún menos suerte, pues no han operado ninguno, he creído que la presentación de este caso podría ser interesante.

HISTORIA DEL ENFERMO. — Lucino D., 16 años, carnicero, uruguayo procedente de Cerro Chato, Dpto. de Treinta y Tres, ingresa al Hospital Maciel, el 25 de agosto a las 24.

Antecedentes personales, sin importancia, salvo que hace unos dos años la madre lo llevó a ver a un médico que le dijo que tenía un "hígado más grande que el otro", pero el enfermo ignora el porqué de la ida al médico y como se encontraba perfectamente bien, no tomó ninguna precaución. Una tía y un primo han sido ya operados de quiste hidático.

Enfermedad actual. Hace dos días sufre un traumatismo en la base del hemitórax derecho (una pedrada que dió con el muchacho en el suelo). Inmediatamente comienza a sentir dolores en el hipocondrio que se irradian al hombro derecho y al epigastro, dolor continuo que le obliga a guardar cama. Horas después deposiciones diarreicas abundantes y vómitos biliosos. Como al día siguiente, no mejorara, vé médico que lo remite a Montevideo con informe sumario en que manifiesta haber comprobado un cuadro de vientre por posible lesión visceral.

Examen al ingreso. Muchacho flaco, en plena erupción urticariana datando del día. Ictericia sub-conjuntival. Vientre balonado sobre todo en el abdomen superior. A la palpación hay dolor en todo el abdomen con contractura en el epigastrio e hipocondrio derecho. Dolor a la decompresión en el resto del abdomen. En hipocondrio derecho parece palparse una masa que percutida se comprueba continúa con la macidez hepática. Hay sensa-

ción de ola al ponerse la mano sobre la tumoración. El hígado se percute hasta el 4º espacio intercostal. Macidez de los flancos. Douglas tenso y doloroso.

Pulso 120. Temp. axil. 38°. Rectal 38° ½.

Visto inmediatamente a Rayos X, se comprueba un gran aumento del volumen hepático, borrosidad de ansas y desplazamiento de líquido. Se hace diagnóstico de ruptura de quiste hidático de hígado y se resuelve intervenir inmediatamente.

Operación. — (Agosto 25|939.). An. general éter y An. carbónico (Pte. Negrotto). Dr. Etchegorry. Ptes. Arias y Villamil. Laparotomía paramediana supra-umbilical derecha. Abierto el peritoneo viene líquido sero-bilioso en cantidad. Se seca el vientre con compresas y se aspira con el Finocchetto. Las ansas delgadas están recubiertas de un verdadero barniz bilioso. Se explora el hígado, que es muy grande, congestivo. No se comprueba ni en la cara superior ni en la cara inferior ningún sitio de la rotura del quiste. Exploración de las vías biliares extra hepáticas negativa. Se agranda la incisión hacia la derecha para poder explorar la cara posterior y parece comprobarse a ese nivel por la palpación una zona depresible. Como dicha zona es inabordable por la incisión que tenemos, y como la operación se ha prolongado demasiado como para intentar una incisión tipo Israel, se decide abordar el quiste al través del hígado. Se punciona y se obtiene después de atravesar unos 3 cent. de tejido hepático un líquido del mismo aspecto que el que está en el peritoneo. Sección del hígado al bisturí y apertura del quiste de donde se extrae gran cantidad de líquido con el aspirador de Finocchetto. Se agranda la brecha hepática haciendo la hemostasis del corte con la everción de la periquística, pero es imposible obtenerla con seguridad por lo que se hace una sutura hemostática de la brecha, que en el curso de las maniobras se ha ido agrandando insensiblemente.

El enfermo respira mal por lo que después de dos o tres tentativas infructuosas para extraer la membrana madre, se resuelve masurpializar colocando grueso tubo de drenaje no muy largo y aislando con gran mecha de gasa el espacio latero-hepático donde se supone pueda existir la perforación, de la gran cavidad peritoneal.

Al terminar la operación se comprueba que ha desaparecido la urticaria. Sueros fisiológicos subcutáneo y glucosado a la Murphy. Aceite alcanforado. Agosto 26. A las 8 horas de operado el enfermo está muy contento y no quiere la bolsa del hielo en el vientre porque dice molestarlo. Temp. 38°. Pulso 100. El post-operatorio sigue más o menos igual hasta que al quinto día, al movilizársele el tubo aparece la membrana que se expulsa íntegra en un acceso de tos. Se coloca nuevamente el tubo y se moviliza la mecha.

Después de la expulsión de la membrana la apirexia es completa. Se termina de retirar la gasa del espacio latero-cólico al décimo día.

Después de salir la membrana, durante unos días la bilirragia aumentó, pero poco a poco fué disminuyendo mientras el tubo se iba acortando. No pude ocuparme del enfermo durante una semana y cuando volví al servicio lo encontré sin tubo y con su pared completamente cerrada. Esta precipita-

ción no fué sin embargo provechosa, pues el día que se iba a dar de alta hizo un gancho térmico de 40° y se abrió nuevamente la fístula.

Dos radioscopías que se efectuaron a siete días de intervalo mostraron el hígado siempre grande, homogéneo, sin trazas de cavidad o nivel líquido. Sale de alta el 12 de octubre.

Días antes se le había practicado una numeración de glóbulos rojos dando 4.000.000.

El 3 de noviembre vuelve a ingresar al Servicio del Dr. Nario en el Hospital Pasteur pues la fístula vuelve a incomodarle. Hay apirexia.

Leucocitosis 8.000. Neutrófilos 68 %. Eosinófilos 3 %. Monocitos 3 %. Linfocitos 26 %. Glób. rojos 3.300.000. Hemoglobina 62 %. Valor globular 0.94.

Se instituye un tratamiento por extracto hepático 1 ampolla diaria y urotropina por boca.

La fístula tiende a cerrarse espontáneamente.

El 7 de Nov. se le practica una radioscopía que da como resultado lo siguiente: Diafragma derecho elevado redondeando sombra hepática uniformemente aumentada de volumen tomando aspecto globular. (Dr. Sanguinetti).

El 8 de noviembre hace un empuje de nefritis que cede rápidamente al régimen lácteo.

El 11 de noviembre se repite la fórmula sanguínea:

Glób. blancos, 11.600. Neutrófilos 66 %. Eosinófilos, 6 %. Basófilos, 1 %. Monocitos 2 %. Linfocitos 25 %.

Glóbulos rojos 4.200.000.

El enfermo pide antes de ser operado nuevamente ir a su casa por unos días por lo que es dado de alta el 20 de noviembre.

Comentarios

El coleperitoneo hidático, tomado en el amplio sentido de la palabra es una afección frecuente; los casos publicados pasan de 100; en cambio, si estrechamos el campo de estudio y limitamos éste al del coleperitoneo hidático traumático operados en período francamente agudo, como enfermos pertenecientes a la Cirugía de Urgencia, las historias clínicas se hacen sumamente raras. En el Uruguay, según Orihuela la que él relata en el año 1935 sería la tercera, siendo las dos anteriores las que figuran en el trabajo de Pérez Fontana pertenecientes a los Drs. Canton y Armand Ugon.

En realidad estos tres casos son de coleperitonitis hidatídica, por lo que esta observación sería en mi conocimiento la primera en su género, operada en momento agudo en el Uruguay.

¿Tiene importancia esta discriminación entre coleperitoneo

y coleperitonitis? Creo que sí. El primero supone septicidad del líquido y aunque no se interviniera de urgencia el pronóstico inmediato del enfermo no es tan grave como en la segunda variedad; en cambio en ésta, prima el elemento infeccioso y lo que urge tratar es la peritonitis que seguramente matará al enfermo si no es combatida. Tal es el caso de Armand Ugon: visto a los 8 días de la iniciación del mal son impotentes los esfuerzos del Cirujano para salvarlo. Más suerte tiene el enfermo de Canton que operado al tercer día, cura a pesar de tener bilis puriforme en peritoneo libre.

El caso de Orihuela es más dudoso; a pesar de que su autor lo rotula cole peritonitis, por la descripción que hace del líquido, la ausencia de temperatura, la conservación del estado general y la rapidez de la curación (10 días) hacen pensar que bien pudo haber sido un coleperitoneo simple; en contra está la leucocitosis (22.000) el dolor fuerte en el Mac-Burney y sobre todo la opinión de quien examinó la enferma que es digna de ser respetada.

En cuanto al caso que me ocupa creo deba ser interpretado como un coleperitoneo. No se me escapa el argumento de la falta del examen bacteriológico del líquido contenido en el vientre, ni la pirexia pre - operatoria, ni el dolor en el abdomen. Pero el buen estado general del enfermo 48 horas después del accidente, la evolución favorable de la enfermedad a pesar de no haber drenado el peritoneo, la ausencia de reacción de éste a las 12 horas de operado, la apirexia absoluta después de la expulsión de la membrana, me inclinan a mantener el título de la comunicación. En cuanto al dolor en el vientre y la defensa bien pueden ser atribuidos a la presencia de líquido hidático. Mondor en un informe sobre un hemo - hidato peritoneo presentado por Vergooz a la S. de C. de París dice así: "El Sr. Vergooz a causa de la contractura parietal rígida y a pesar de los signos de hemorragia interna grave, ha preferido al diagnóstico de embarazo ectópico sangrando el de perforación de tubo digestivo o ruptura de quiste. Lo felicito por ello con tanto más gusto cuanto que con juntamente con el Prof. Proust soy quien mucho ha insistido delante de Vds. y con los que piensan que la contractura no forma parte del cuadro habitual de la hemorragia intra peritoneal por embarazo ectópico. Pero la inundación hidática, *mismo aséptica* (subrayada en el texto) puede muy bien deter-

' minar la contractura". Con tan buena y autorizada compañía mantengo el diagnóstico.

El diagnóstico pre-operatorio de ruptura quística se vió facilitado no sólo por el cuadro clínico sino también por los antecedentes del enfermo. La trilogía de Mazzini, a saber, tumor anterior y desaparición consecutiva, dolor brusco, anafilaxia, estaban aquí presentes, pero contrariamente a lo que sostiene este distinguido maestro argentino nuestro enfermo era febril.

¿Cuál ha sido aquí el mecanismo de la ruptura? ¿El traumatismo fué la causa provocadora del accidente o ha sido simple coincidencia? No se trata de entablar una discusión bizantina: el asunto tiene su importancia y merece la pena de ser analizado.

El sujeto que arrojó la piedra al muchacho está aun preso; no hace 48 horas el juez que entiende la causa solicitaba mi informe para conocer que grado de responsabilidad le cabía.

Ignoro y creo que nadie lo puede saber si en el curso de la evolución de un quiste, la ruptura de éste no hubiera podido producirse espontáneamente; pero, como la pena a que puede ser condenado el autor del traumatismo está ligada fatalmente al pronóstico y secuelas ulteriores de la enfermedad, es imprescindible saber a ciencia cierta hasta que punto el trauma ha sido agente causal en los trastornos que sufre el enfermo o si como decía anteriormente, ha habido simple coincidencia entre pedrada y estallido.

En este paciente me he inclinado a la primera solución por razones clínicas y la ausencia de los síntomas que según Dévé son premunitorios a las rupturas quísticas espontáneas. Llamo pues la atención sobre este punto pues no he visto en lo que he podido leer, que haya sido tratado alguna vez; vivimos en la era de las reivindicaciones: es necesario pues fijar bien las condiciones de iniciación de la enfermedad a fin de evitar injusticias ulteriores.

El tratamiento del coleperitoneo hidatídico debe ser de urgencia. Como bien dice Dévé nadie puede saber antes de la laparotomía si el líquido es bilioso o no, séptico o estéril. No ignoro que se han publicado casos de muerte súbita en enfermos operados en tal estado; que los Profs. Escudero y Mazzini prefieren la expectativa; respeto tan altas autoridades pero lamento discrepar con ellas. Con todo, de su enseñanza debemos retener que estamos frente a enfermos sumamente frágiles en los que se deben tomar toda clase de precauciones.

La anestesia general no está contraindicada. En nuestro enfermo desapareció la urticaria en el curso de la misma.

Hay que tratar derrame y causa. Contra el primero los aspiradores y compresas son de utilidad. No creo deban usarse antisépticos de clase alguna; hace rato que dejé de emplearlos. El drenaje o no de la gran cavidad por la botonera supra - púlica se haría siempre que se sospeche la septicidad del líquido o que ésta esté demostrada.

En caso de líquido aséptico considero innecesario el drenaje, siempre que haya sido posible aspirarlo en su mayor parte. Es lo que hizo Lamattina en su enfermo con éxito.

En cuanto al quiste pueden presentarse dos eventualidades: estar a la vista o no. En el 1er. caso la lógica impone la conducta; en el 2º el asunto es más complejo. ¿Se busca puncionando el hígado o se le deja para intervenirlo en un 2º tiempo una vez localizado?

Creo que hay conveniencia en buscarlo, por lo siguiente: la comunicación bilio - quística se produzca antes, en el momento o después de la ruptura del quiste no tiene tendencia ninguna a obliterarse espontáneamente. Luego en el caso de que no tratáramos de derivar su corrimiento al exterior aquél se haría hacia la gran cavidad con las consecuencias que todos conocen. Lo lógico por lo tanto es buscar el quiste y drenarlo. Fué lo que hicimos. Desgraciadamente cuando la lámina de parénquima hepático que debe atravesarse es espesa y no se tiene bisturí eléctrico a mano, como en nuestro caso, hay que hacer sutura hemostática y fijar el hígado a la pared lo que es mala práctica en el trato de los quistes en general. Pero esta falla es simplemente de instalación. Desaparece si se cuenta con el material apropiado.

Del modo y tiempo de duración del drenaje no hablaré pues saldría de la línea que me he propuesto seguir. Diré solamente que el drenaje bien hecho no es factor preponderante en la producción de fístulas biliares, cuyas causas quizás haya que buscarlas en otra parte. Siguiendo las enseñanzas de mi maestro Navarro no uso jamás soluciones antisépticas en la limpieza de los quistes; si sospecho retención de residuos hago pequeños lavados con suero fisiológico a baja presión. Recordando una frase de Volkmann, diré que no hay mejor antiséptico que una célula que pueda defenderse.

Imposible hacer pronóstico en mi enfermo. Conserva aún un hígado grave y una fístula biliar. ¿Tendrá otro quiste? Quizás. Además queda la incógnita de la siembra peritoneal. La bilis no es inconveniente para la metástasis hidatídica. Sin embargo parecería que éstas fueran de mejor pronóstico que las de hidato peritoneo simple. En un paciente de Auschütz después de una recidiva en el pequeño epiplón seguía curado a los 14 años de la intervención. Deseo para mi enfermo la misma suerte.