

PERITONITIS CRÓNICA BILIOSA DE ORIGEN HIDÁTICO
(Coleperitoneo hidático)

Alejandro VOLPE

HISTORIA CLÍNICA de la niña.

El 25 de abril de 1940 nos remite el Dr. Rosas Irigoyen, de Casupá, Dpto. de Florida, a la enfermita con los siguientes datos clínicos:

Niña de 8 años, nacida a término, padres sanos; tres hermanitos sin antecedentes de importancia.

El 25 de mayo, es decir, hace 1 mes, enfermó bruscamente, con fiebre alta 39°5' a 40°, habiendo sufrido el día anterior un golpe en el vientre, contra el ángulo de una mesa que según los familiares no fué muy fuerte.

Inmediatamente con la instalación de la fiebre apareció una erupción generalizada a todo el cuerpo, algo pruriginosa, que duró dos días, quedando unas manchas que los familiares interpretaron como sarampión. No fué vista en ese momento por médico. Conjuntamente tuvo diarrea que duró dos a tres días.

A los 10 a 12 días de este episodio, estaba apirética, pasando sin fiebre 3 a 4 días, para empezar nuevamente con temperatura 37 5/10 a 37 6/10, pero sobre todo vespertina.

El Dr. Rosas ve a la enfermita por primera vez el día 10 de abril, es decir, 25 días después de iniciado el proceso, debido a la persistencia del estado subfebril. Temperatura 37 8/10; le llama la atención un hígado grande que rebasa bien 3 traveses de dedo el reborde costal, con borde cortante, sin palpase tumoración; resalta a la inspección el aumento de tamaño del hipocondrio derecho. Siguió haciendo la misma temperatura de tarde hasta el día 19, en que llegó a 39° con vómitos, apareciendo la orina turbia y fuertemente pigmentada. El día 22 tenía un tinte subictérico, declinando la temperatura aunque alcanzando a 38° de tarde y 37° 1/10 de mañana.

Con este cuadro un poco confuso el Dr. Rosas piensa en la posibilidad de un quiste hidático de hígado que se hubiese alterado o infectado a continuación del traumatismo, aunque el examen no encuentra ninguna zona tumoral y dolorosa. Descarta la posibilidad de una fiebre tifoidea pues no comprueba manchas rosadas, ni se palpa el bazo, y recién en el último examen y poco antes de remitirla a la capital comprueba el desarrollo de una ascitis.

El 26 de abril de 1940, examinamos a la enfermita por primera vez. Niña algo pálida, mucosa decolorada, conjuntivas pálidas sin tinte subictérico, reconstruida la historia en todos sus detalles clínicos y cronológicos, pasamos al examen.

Lo más llamativo es el desarrollo globuloso del vientre; se halla distendido en todas direcciones, aunque no a mucha tensión; circulación venosa supraumbilical bien desarrollada, ombligo algo tenso aunque no desplegado. A la palpación, resistencia algo elástica, no dolorosa; no es posible la palpación profunda; sensación de derrame ascítico. La sensación de onda ascítica se obtiene clara percutiendo a la izquierda; indefinida al percutir a la derecha. A la percusión suave, se obtiene macidez hídrica de arriba abajo y en toda la altura del abdomen; transversalmente la macidez desaparece a unos 4 traveses de dedo a la izquierda del ombligo; en el flanco izquierdo en toda la altura del abdomen se percute una franca zona de sonoridad. Esta sonoridad de todo el flanco izquierdo es más evidente al percutir a la enfermita en posición vertical. No es posible hacer desaparecer la sonoridad del flanco izquierdo con los cambios de decúbito lateral. Esta zona lateral sonora se extiende desde el reborde costal a la cresta ilíaca y desde 4 dedos a la izquierda del ombligo, hasta atrás en la fosa renal izquierda. De este estudio semiológico concluimos en la existencia de un derrame ascítico enquistado en los 2/3 derechos y medianos del abdomen y que empuja las vísceras huecas hacia el tercio izquierdo. No se obtiene por percusión más intensa, ni sobre la macidez hepática, ni sobre la macidez ascítica, ninguna sensación de frémito.

Se practica el tacto rectal, teniéndose la sensación clara de hallarse el Douglas tenso, lleno de líquido y no doloroso. El tacto rectal se practicó, otra vez días después, previa evacuación vesical teniéndose la misma sensación del Douglas ocupado, no doloroso.

Bazo no palpable. Tórax: percusión y auscultación sin particularidades. Corazón, ligera taquicardia, tonos cardíacos normales.

Hay inapetencia, tendencia al vómito; no hay dolores abdominales. Búsqueda de antecedentes bacilares negativos. El cuadro clínico no admite dudas: derrame ascítico de marcada intensidad con limitación franca hacia la izquierda, hacia donde empuja las vísceras huecas (flanco izquierdo sonoro); la enfermedad empezó hace un mes y la ascitis se ha hecho clínicamente tal vez a lo sumo desde hace una semana? Hay que vincularla posiblemente a un traumatismo abdominal, en una niña del campo con hígado grande (ahora no palpable a causa del derrame) y acompañado el cuadro en su iniciación por una erupción de tipo sarampiñoso (probablemente una urticaria generalizada).

Del punto de vista etiológico, aunque es más raro hay que pensar en una etiología hidática; ascitis vinculada a ruptura de un quiste. Por la frecuencia en la infancia hay que descartar primero la ascitis de origen bacilar.

Recurrimos a los exámenes de laboratorio.

Cutirreacción a la tuberculina bruta Pirquet: negativa.

29 de abril 1940. — Examen de sangre: Glób. rojos 4.250.000
Glóbulos blancos: 12.000. Cayadas 10 %. Seg. N. 29 %.
Eosinófilos, 36 %. Linfocitos 20 %. Monocitos 5 %.

1º Mayo. — Practicamos días después una reacción de Cassoni, con líquido hidático humano (Charlone): da una reacción positiva precoz intensa; una zona eritematosa de 3 cent. de diámetro con centro pálido y edematoso y en el resto del antebrazo máculas eritematosas dispersas. La reacción duró alrededor de 1 hora, al cabo de la cual desaparece toda mácula.

A las 24 horas no notamos ninguna alteración.

8 mayo. — Se practica un estudio radiográfico: que da campos pulmonares claros, sombras hiliares normales, mediastino claro. Ambos diafragmas muy levantados, indicando presión abdominal. Abdomen opaco, con arcos claros de aspecto cólico hacia la parte izquierda. Después de ingerir comida opaca se ve el estómago más o menos en posición normal, pasando aquélla en seguida al intestino.

24 horas más tarde se nota el ciego y el colon de forma, tamaño y posición normales sobre el fondo grisado del abdomen.

Desde el 26 de abril hasta el 10 de mayo no hace casi temperatura alguna vez un poquito; se alimenta un poco mejor; mueve el vientre; no tiene vómitos.

Las medidas del abdomen no sufren modificaciones de importancia.

En el primer examen (26 de abril). Circunferencia umbilical 66 cm., xifoidea, 72. Hemitórax derecho en la base 37 cm. Hemitórax izq., 35 cm. El 10 de mayo umbilical 62, xifoidea 68 $\frac{1}{2}$; línea pubo xifoidea, 34. El 17 de mayo. C. umbilical 66, xifoidea 71 y pubo-xifoidea, 35 $\frac{1}{3}$.

Para terminar el diagnóstico practicamos una pequeña paracentesis abdominal, a la derecha, extraemos fácilmente con aguja fina 20 cent. de un líquido citrino claro; no tiene tinte icterico.

Reacción de Rivalta positiva; centrifugado no vemos ganchos y la citología da un 80 % de polinucleados, algunos glóbulos rojos.

Por error de interpretación se deja líquido sólo para inoculación al cobayo que tampoco pudo practicarse y no se investiga bilis.

Es teniendo en cuenta los antecedentes de iniciación, traumatismo, hepatomegalia, "debut" febril con vómitos y diarrea erupción cutánea generalizada, instalación de una ascitis, tendencia a tabicarse a la derecha, flanco izquierdo sonoro, Douglas lleno, eosinofilia de 36 %, Cassoni precoz positivo, C. R. negativa, radiografía negativa del punto de vista ganglio-pulmonar y finalmente líquido con polinucleares, es que pensamos que sólo una peritonitis crónica de origen hidático cuya evolución oscila entre 1 $\frac{1}{2}$ mes a 2 meses puede explicar acabadamente el caso clínico.

Consultamos con el Dr. J. C. Del Campo quien cree evidentemente estar frente a un caso de peritonitis crónica de origen hidático.

Intervención. — Drs. J. C. del Campo, A. Volpe, Pract. Aguirre. Anestesia general: éter. Laparotomía mediana infraumbilical (8 cms.);

al abrir el peritoneo sale gran cantidad de líquido serobilioso. No se ven elementos hidáticos macroscópicos. El líquido ocupa una cavidad prevascular. Las vísceras abdominales así como el peritoneo parietal anterior están recubiertos de una falsa membrana fibrinosa, friable, amarillenta. Se extrae un pequeño trozo de la que recubre las ansas delgadas y otro de la que recubre el peritoneo parietal anterior.

El enquistamiento no es uniforme y en algún punto se visualiza mejor las ansas delgadas.

La cavidad tiene un fondo de saco que va al Douglas. No se exploró el piso supraumbilical (hígado) y peritoneo de acuerdo con un plan ya establecido preoperatoriamente.

Drenaje con tubo. Cierre. Evolución sin incidente. Se saca el tubo a los 10 días. Alta a los 20 días.

Radiografía antes de ser dada de alta. Sombra convexa en la cara inferior del hígado.

Queda en volver a los 2 meses.

El líquido extraído: Rivalta positivo. Pigmentos biliares positiva franca. Examen microscópico se encuentran 5 ganchos de tenia equinococcos, un resto de cutícula con su estriación característica y cri tales de ácidos grasos. El examen histológico de los dos trocitos de membrana de enquistamiento, muestran una membrana fibrinosa con pobre reacción fibrocelular, lo que se explica por la todavía corta duración del proceso.

Noticias obtenidas recientemente indican que la niña sigue bien.