

**PNEUMO - QUISTE HEPÁTICO HIDÁTICO RESIDUAL  
POST - ROTURA PERITONEAL**

*Antonio - María HARÁN*

En el año 1937 tuvo esta Sociedad la ocasión de escuchar la comunicación del Dr. J. P. Otero sobre Pío - pneumo - quistes de origen hidático (Bol. de la Soc. de Cir. de Mont., p. 116). Nosotros traemos hoy una observación, no de pío - pneumo - quiste, sino de pneumo - quiste, es decir, de una cavidad gaseosa hepática, en una enferma que presentaba una siembra epiplóica hidática. Cavidad pequeña, profunda, que nos planteó un problema quirúrgico inesperado y difícil, el cual, digámoslo desde ya, no pudimos resolver. Pero, a pesar de todo, a pesar de un post - operatorio largo y accidentado, esta enferma a la cual nos fué imposible drenarle su foco infeccioso hepático, curó.

Hemos seguido largamente su evolución, dadas las dudas que hemos abrigado durante largo tiempo sobre su verdadera curación.

Y es recién ahora, a los cuatro años y medio de operada que nos atrevemos a presentar su observación, queriendo creer que, habiéndose mantenido hasta ahora en perfecta salud, podemos hablar de curación definitiva.

OBSERVACIÓN. — J. S., 30 años, soltera. El 1º de mayo de 1934 somos llamados a ver una enferma que hace dos horas llegó de San José, enviada de urgencia dada la gravedad de su estado. Nos sorprende encontrarnos con una enferma que hemos visto en perfecta salud hace dos días en nuestro consultorio, donde concurrió acompañando a su madre que estaba en asistencia nuestra.

El día anterior se sintió mal: dolores en el hipocondrio derecho, fiebre y un vómito. Pasó la noche intranquila y como seguía sufriendo es llevada por su familia a San José: el médico que la ve aconseja su traslado inmediato a Montevideo, y ese mismo día llega y nosotros la vemos.

La enferma, icterica y febril se queja de dolores continuos en el hipocondrio derecho que dificultan la respiración. La simple inspección muestra las últimas costillas levantadas por una tumefacción que las desborda

hacia abajo. Palpamos un hígado grande y muy doloroso: es liso y todo mate, sin zona alguna con sonoridad apreciable: su límite superior parece corresponder a la 4ª costilla, línea axilar: su límite inferior rebasa ampliamente en más de cuatro dedos el reborde costal, pero no nos es posible delimitarlo con más exactitud por los sufrimientos que provocamos.

Esta hepatomegalia dolorosa, es febril:  $38^{\circ}\frac{1}{2}$ , es ictérica, aunque no muy acentuada, pero se nota muy bien en las conjuntivas: y se acompaña de un facies intoxicado, ojos algo excavados, lengua saburral y un pulso de 120, poco tenso, chico.

Pulmón y pleura libres. Paipando el resto del vientre nos encontramos con una masa en la fosa iliaca derecha, como una naranja, fija, sensible, firme y que parece lisa, por lo menos en su cara externa: más dentro hay otra más chica: y en la región periombilical derecha palpase otra grande como la primera, y también sensible.

Pensamos que se trataba de un quiste infectado de hígado con una siembra peritoneal anterior y del breve interrogatorio obtuvimos estos datos:

Había tenido una crisis abdominal dolorosa 10 o 11 años antes: en esa época, la enferma, que nació y vive en campaña, a raíz de ese episodio fué traída a Montevideo y examinada a Rayos X, con resultado negativo. Todo pasó y fué olvidado. Cinco años después nueva crisis dolorosa que fué titulada hepática; fué asistida, tuvo que guardar cama, recuerda que sufría y tuvo vómitos: y le apareció una crisis de urticaria. Desde entonces quedó con intolerancia para huevos y grasas, que le provocaban dolores epigástricos y una cierta sensibilidad en el hipocondrio cuando se agachaba.

Ingresa al día siguiente al Sanatorio.

Orina: Albúmina 0 gr. 22. Abundantes pigmentos biliares y urobilina. Urea en la sangre: 0 gr. 22 cgs. Presión art. máx.  $13\frac{1}{2}$ . Glóbulos rojos 4.300.000. Leucocitosis: 15300.

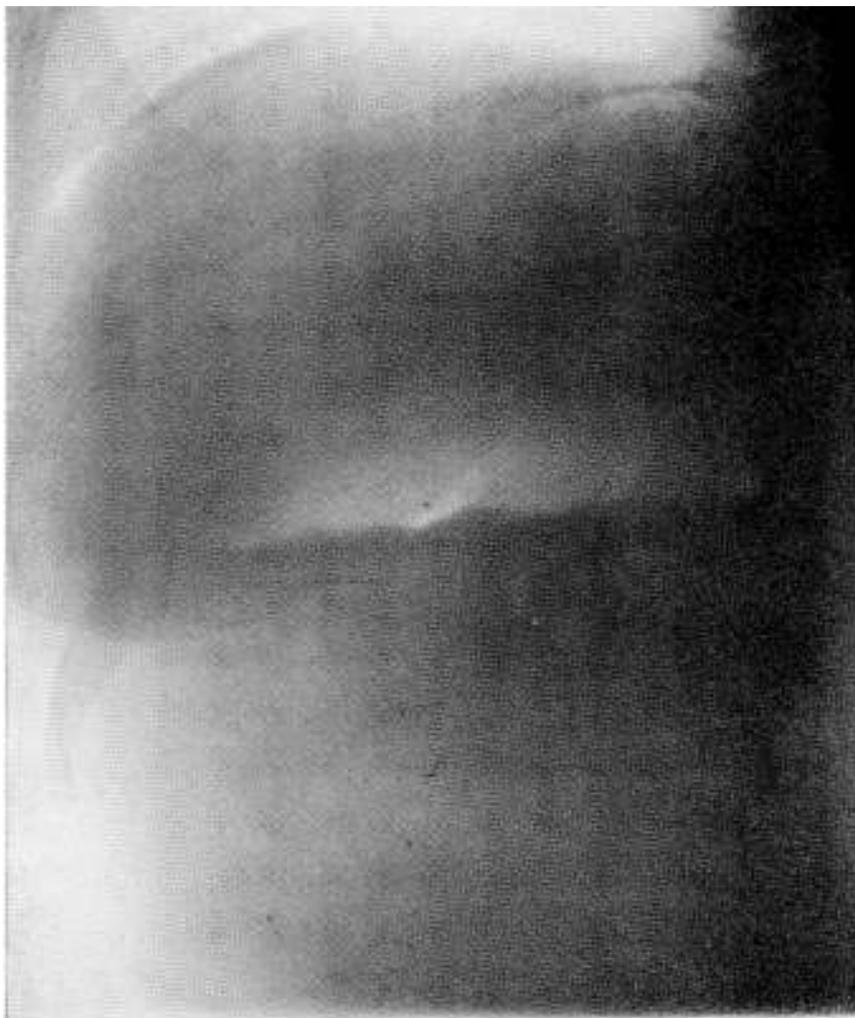
Practicamos un examen radioscópico con el Dr. Menéndez, que muestra:

Hemidiafragma derecho bastante levantado. Nada pulmonar. Hígado grande; cámara gaseosa no grande (8 cms. de ancho por 2 cms. de alto) que parece próxima a la cara anterior e inferior, cuyo borde desciente unos 10 centímetros por debajo del reborde costal: parece haber un nivel líquido por debajo: aunque no es de una gran evidencia. No se ve sombra de quiste.

Vamos a la operación con diagnóstico probable de quiste hidático de hígado abierto en las vías biliares.

3 de mayo. Operación. Nos ayuda el Dr. Bottaro (hijo). Anestesia local. Novocaína.

Incisión de Sprengel. Se cae sobre un hígado ligeramente congestivo, muy agrandado pero cuya cara anterior parece hinchada, inflamada. Cara superior lisa: cara inferior igual: no se encuentra la menor señal de quiste o absceso; la consistencia es igualmente elástica en todas sus caras. Vamos entonces a la exploración de las vías biliares y ella es negativa: colédoco normal: vesícula pequeña, no distendida, de coloración normal.



Pneumo - quiste hepático post - rotura intraperitoneal

Teniendo a la vista la placa que hicimos sacar el día anterior, y previa protección cuidadosa del campo operatorio, puncionamos el hígado en su cara anterior, allí donde se localizaba la cámara gaseosa y vienen gases sumamente fétidos, con una presión que empuja el émbolo de la jeringa: el hígado parece aplastarse un poco: pero, no viene pus. Nuestra aguja ha encontrado la cámara gaseosa a bastante profundidad: se trata de una aguja de punción lumbar y ha penetrado casi hasta el pabellón. Puncionamos más abajo: llegamos casi a unos 9 ó 10 cms. en profundidad: aparece en el pabellón una gota de líquido claro y después otra de un pus

no espeso: pero no gotea: aspiramos con la jeringa y no obtenemos nada. Si hay pus, ¿dónde está?

Cambiamos, entonces, la aguja por un trocarc fino unido a un aparato aspirador: la punción es negativa. Repetimos las punciones a distintos niveles y profundidades, reperándonos por el nivel de la punción primera que nos dió los gases. Y sobrevino lo inevitable: que a la cuarta o quinta punción, una hemorragia arterial nos detuvo y previo taponamiento, decidimos detener la intervención. En estas últimas maniobras dimos un poco de éter a la enferma.

Cierre por planos: mecha en contacto con el orificio de punción que aun sangra un poco.

Hacemos notar que el hígado estaba como inflado: aun después de puncionado y evacuado de los gases, fué necesario hacer presión sobre él para poder cerrar la pared, pues tendía a hacer hernia a través de la herida. Estaba agrandado uniformemente y la palpación nos mostró que el lóbulo izquierdo participaba de la hepatomegalia.

Cerrado el vientre quedábamos con una doble preocupación: la operación no había llenado la indicación: no habíamos drenado el foco. Y, al mismo tiempo nos preguntábamos qué porvenir le esperaba a esa enferma con un foco anaeróbico intrahepático que inmediata o tardíamente amenazaba dar complicaciones "in situ" o a distancia. Llenos de inquietud esperábamos, pues, ese post-operatorio que, por lo que se verá, fué accidentado.

Me voy a permitir resumir las notas tomadas durante dos largos meses y esquematizarlas algo, en mérito a la brevedad y a la mayor claridad de la exposición.

Durante 2 meses la infección hepática dió señales de vida en forma más o menos grave, hasta apagarse definitivamente. Recién a los 2 meses de operada la enferma pudo iniciar su convalecencia.

El post-operatorio inmediato es bueno y sin vómitos: la misma tarde de la operación la enferma está apirética. Purgante a las 48 horas con materias bien coloreadas.

A la operación siguió un período de calma de 12 días: prácticamente apirética, llegó a levantarse el 10º día con una herida operatoria en buenas condiciones. Pero, el hígado se mantenía agrandado, algo sensible y subsistía un estado de subictericia.

A los 13 días de la operación, derrame pleural derecho discreto: puncionado, se saca líquido seroso.

Dos días después, flebitis del miembro inferior izquierdo.

Después de estos dos episodios infecciosos que evolucionaron favorablemente, viene un período de calma que dura 24 días, en los que el único incidente es un dolor pleural intenso que persiste varias horas y que termina bruscamente, y que se atribuye a la ruptura de algún exudado subseroso pleural.

Durante estos 24 días la apirexia es casi continua: de cuando en cuando, algún quinto de temperatura vespéral. La enferma duerme y el apetito vuelve: la ictericia es cada vez menos perceptible: el hígado va

reduciendo progresivamente su tamaño y perdiendo su sensibilidad, al punto que el 6 de junio (a un mes y tres días de la operación) escribíamos: "Hígado reducido de tamaño e indoloro a la presión. Apirexia. Se alimenta. Orina: 1100 grs. Se retira la gotera de la pierna".

¿Todo había cedido? Todavía no.

Cuatro días después se iniciaba la primera de las tres crisis que hemos titulado de hepatitis, y que se escalonarían en el espacio de 24 días. Estas agudizaciones de su infección hepática comenzaron a las cinco semanas de la operación y tienen la particularidad de reproducir casi exactamente, el cuadro pre-operatorio.

No se producían bruscamente, sino que, a veces dos días, otras, varias horas antes, aumentaba la sensibilidad y la sensación hepática de tensión, subía unos quintos la temperatura y la orina disminuía a 500 gr. por 24 horas. Después venía la crisis caracterizada por dolores con aumento de la hepatomegalia, vómitos, subictericia (siempre con materias fecales coloreadas), y fiebre que ha llegado hasta 39°. Pero su duración era pasajera: 6 a 10 horas. Todo terminaba con una abundante poliuria.

Señalamos que después de la primera, hubo dolor pleural derecho y un ligero aumento del derrame (signo de reacción infecciosa a distancia): y, durante la tercera, a pesar de los 39° y del aumento del tamaño del hígado, no hubo ictericia: fué la única crisis, y también la última, en que no notamos clínicamente ictericia.

Las tres crisis se produjeron el 12 y el 20 de Junio y el 5 de Julio. A partir del 6 de Julio se inicia francamente, la convalecencia. Rápidamente el hígado se achica e insensibiliza: hay abundante poliuria y mucho apetito.

Catorce días después de iniciada la convalecencia hacemos examen radioscópico, con el Dr. Menéndez: "Base pulmonar derecha clara, sin rastros del derrame: hemidiafragma derecho en cúpula, por probable parálisis frénica o adherencia del hígado al diafragma. Respiración costal buena. Desaparecida la antigua cavidad pneumática quística. Hígado pa-rejo: no parece grande".

Abandona el Sanatorio el 29 de julio a los dos meses y medio de haber entrado, en excelente estado pero portadora de su siembra peritoneal hidática.

Cinco meses después vuelve la enferma en perfectas condiciones y procedemos a operarle la siembra peritoneal.

Anestesia: éter. Paramediana derecha. Un poco por encima del ombligo, encontramos un quiste como un puño, encastrado en el epiplón, retraído e indurado: gruesos vasos venosos corren sobre las paredes del quiste. Comenzamos su liberación que creemos posible, pero ante las dificultades que encontramos, decidimos marzupializarlo. Nada de líquido. Muchas vesículas, unas, en buen estado, con líquido: otras, marchitas. Formolado. Se trata, en realidad, como después lo comprobamos, de un conglomerado de quistes: y por este primero abierto, evacuamos otros más pequeños, en número de 3 ó 4.

Más arriba, encontramos otro, también como un puño que marzupia-

lizamos. Finalmente, dos quistes más, de menor tamaño que podemos extirpar. El examen de la pelvis es negativo. Cierre por planos.

Se trataba, pues, de una siembra epiplónica: la enferma curó perfectamente

En resumen, operamos una enferma que presentaba una cavidad gaseosa hepática y que tenía una siembra peritoneal hidática. Desde ya declaramos que si para la comodidad de la descripción hablaremos del "quiste hepático", rigurosamente hablando debiéramos decir: "cavidad quística": pues, aun sin tener la prueba anatómica, todas las probabilidades están a favor de la no existencia de pared propia, es decir, de la destrucción del quiste.

Era un quiste seco, con o sin membrana, y en caso de haberla, en probable estado de desintegración. No nos atreveríamos a decir si esa línea débilmente ondulada que se nota en el límite inferior de la cámara gaseosa son restos de la membrana o se debe a una plegadura de la periquística.

Era un quiste gaseoso por infección anaerobia por comunicación biliar y nos parece imposible que hubiese podido escapar una colección purulenta a la serie de punciones que metódicamente practicamos.

Era, finalmente una cavidad pequeña: su profundidad: 10 centímetros.

¿Dónde se había evacuado ese quiste? ¿Es el mismo que dió la siembra epiplónica, es decir, el que se rompió en el peritoneo? Nosotros creemos que sí, a falta de pruebas de lo contrario; lo cual supondría la existencia de otro quiste que se evacuó en el peritoneo y después curó: es una hipótesis, aceptable, si se quiere, pero, una hipótesis.

Suponemos, pues, que nuestro quiste hepático se rompió en el peritoneo: ¿qué evolución ha tenido después, hasta llegar al estado gaseoso por el que fué operado?

¿Siguió su evolución hasta que un día se rompió y evacuó en las vías biliares? ¿Nosotros operamos un quiste roto en las vías biliares?

No hemos encontrado ningún dato que nos permita suponerlo: el desarrollo de gases en un quiste hepático debe hacer pensar en su comunicación biliar: pero, ello, no supone ruptura, tomada como sinónimo de evacuación.

Es bien conocido de todos el síndrome clínico de la ruptura

biliar de un quiste hepático, para que yo insista. Se trata de quistes grandes y esta cavidad era muy pequeña. Tuvimos la oportunidad de ver la enferma desde el comienzo de sus accidentes: ni cólicos hepáticos, ni trastorno intestinal. El quiste tuvo que evacuarse totalmente, puesto que lo encontramos vacío: y, en esas condiciones cuesta creer que no haya provocado, siquiera durante unas horas, ictericia acentuada y decoloración de materias fecales, síntoma éste que encontramos en la mayoría de las enfermas del trabajo del Dr. Prat y Piquerez (Anales de la Facultad de Medicina, 1925, p. 204): que existe en el 80 % de los casos de Cieza Rodríguez (Prensa Méd. Argentina. 1934, p. 2116): en igual sentido se expresa R. Finochietto (Segundo Congreso Nacional de Medicina, 1922, Bs. As., p. 184).

Operatoriamente, el aparato biliar estaba intacto, habiendo sido examinado con toda atención.

Y, sin embargo, operamos una enferma que sufría: ¿Dónde estaban los elementos hidáticos, si ellos eran la causa de todo? ¿Ya se habían evacuado totalmente? En ese caso la enferma debía haberse aliviado: y no habría explicación para las crisis hepáticas post-operatorias que, en número de tres, presentó la enferma, sin cólicos hepáticos, sin decoloración de materias fecales, y que reprodujeron exactamente su estado pre-operatorio, es decir, su crisis inicial.

Por todas estas razones, y excusándonos de no poder presentar el resultado de la investigación de la hidatidenteria, no creemos en la evacuación biliar del quiste.

He aquí nuestra interpretación:

El quiste hepático, una vez roto en el peritoneo, se infectó: quiste que, si juzgamos por la siembra, no debió ser muy grande. Fué una infección atenuada que creó en la enferma ese estado dispéptico y doloroso, crónico, intermitente: su exacerbación dió el cuadro brusco que determinó la operación. Decía Dévé en 1907: "Hemos mostrado que tal ruptura (intraperitoneal) es, a menudo, causa de la supuración ulterior de la cavidad achatada... y, sabemos que, precisamente esta supuración biliar puede volverse gaseosa" (Rev. de Chir. p. 834). y en 1924 volvía a escribir: "Es frecuente la supuración secundaria del quiste roto, mismo al cabo de años. Mientras tanto los gérmenes sembrados en el peritoneo han tenido tiempo de crecer". (Rev. de Chir., 1924, p. 55).

Estos conceptos son aplicables, creemos, de una manera casi total, a nuestra observación. Intervenimos sobre la cavidad residual de un quiste hepático evacuado en el peritoneo: cavidad en involución, con tendencia, (si es que ya no estaba en involución definitiva), a su desaparición por plegamiento de sus paredes y así la sorprendió la complicación anaerobia.

Y por eso, la placa muestra una cavidad pequeña, a pesar de la gran presión de los gases allí acumulados.

La misma involución explica su situación profunda, lo que, a primera vista parecería en desacuerdo con un quiste que se ha roto en el peritoneo: profundidad aumentada por la hepatomegalia infecciosa. Y, finalmente, esta interpretación, a más de explicar las principales características de nuestra observación, nos pone ante un problema quirúrgico cuyas dificultades revivimos al recordarlas: ¿cómo se drena una pequeña colección gaseosa, profunda, a través de 10 cms. de parénquima hepático?

Pero antes, queremos decir dos palabras sobre esas crisis hepáticas que, en número de tres, presentó nuestra enferma, en el post - operatorio.

Sabemos la importancia de la hepatitis en las supuraciones de los quistes hepáticos, y más aún, si se trata de infecciones anaerobias: a esta patogenia referimos la hepatomegalia febril, dolorosa y subictérica que eran su traducción clínica, de corta duración y este cuadro sintomático era la reproducción fiel de su enfermedad primitiva.

Es evidente que nuestra intervención tuvo un valor curativo muy relativo: consistió en una simple evacuación de gases. Y más de una vez hemos pensado que quizá, la enferma curó sola.

No obramos sobre la causa: es probable que los gases se reformaron en el post - operatorio, si bien más lentamente y en menor cantidad: y encontramos que, poco a poco, es el organismo que se defendió y venció.

Desde el punto de vista quirúrgico, repetimos, ¿cómo abordar un foco profundo a través de 10 cms, de parénquima hepático? Abadie (Société de Chirurgie, 1930, p. 189) tiene una observación que siendo distinta, planteó un problema análogo.

Se trata de un quiste abierto en las vías biliares: drenadas éstas, el quiste hepático se infecta a los 13 días: se trata de un quiste central, no reparable por modificaciones externas del hí-

gado: lo localiza a R. X. y, al operarlo se encuentra que tiene que atravesar 4 cms. de parénquima. Ensayo de llegar a termocauterio y la hemorragia lo detiene. Entonces deja un trocart a permanencia que, días después, sustituye por laminarias y finalmente, por un tubo.

En nuestro caso, no eran 4 sino 10 los centímetros de parénquima, todo el largo de una aguja de punción lumbar.

Nuestra enferma curó y sigue curada a los cuatro años y medio. ¿Pudimos hacer algo más? ¿El drenaje de la vesícula acaso? No lo creemos, pero aun así, quizá, si el destino nos pusiera ante un caso análogo, lo intentásemos como recurso último, ante un foco infeccioso profundo que nos es imposible drenar.

Antonio María Harán.—Canelones 1177.—Montevideo.