

Trabajo del Instituto de Clínica Quirúrgica y Cirugía Experimental.
Director Prof. Alfredo Navarro

POLIADENO CISTOMA HEPATICO

Dr. A. L. Fossati

Anatomía patológica - Prof. P. Larghero Ibarz

Documentación gráfica. - Br. J. C. Scasso

Los quistes no parasitarios de hígado son sumamente raros en cualquier ambiente y más aún en nuestro medio. Esto ha sido el motivo que me ha llevado a presentar a los consocios de la Sociedad de Cirugía el siguiente caso.

Se trata de una paciente de 66 años, que relata los siguientes hechos. Se considera enferma desde su niñez. Desde entonces ha notado cada 7 a 10 meses dolores en hipocondrio derecho, irradiados al hemitórax y hombro del mismo lado, acompañados de vómitos alimenticios y biliosos. Anorexia, distensión abdominal, constipación, chuchos de frío, fiebre, orinas cargadas. Nunca tuvo ictericia ni prurito. Ha notado que ciertas comidas, en particular carne hervida, carne de cordero, guisos, huevos, leche, repollo, pescado, le producen sufrimiento. Desde hace 6 años ha notado independientemente de los males antes descriptos, dolores en epigastrio que aparecían independientemente de las comidas y que aumentaban cuando flexionaba el tronco hacia adelante.

Hace 2 años de una manera accidental nota una tumoración, en su hipocondrio izquierdo, del tamaño de un huevo de gallina, que fué creciendo progresivamente, sin causarle ninguna molestia.

Hace una semana con motivo de un episodio agudo doloroso de su hipocondrio derecho, acompañado de vómitos, es vista por médico que la envía al Servicio.

Antecedentes personales. — Tifoidea a los 8 años. Once hijos, siete vivos, cuatro fallecidos: meningitis, bacilosis pulmonar, afección cardíaca, proceso pulmonar agudo.

Menopausa hace 10 años, sin nada digno de mención.

Antecedentes familiares. — Esposo fallecido hace 10 años de bacilosis pulmonar. Los siete hijos viven, son sanos.

Examen. — Buen estado general. Apirética. Pulso 76 regular. Presión arterial Mx. 10, Mn. 6. Lengua húmeda y limpia. Abdomen móvil con la respiración. Indoloro espontáneamente. A la inspección se nota una marcada asimetría de hemiventre superior, a neto predominio del lado izquierdo.

Palpación. — Se comprueba en hipocondrio izquierdo y epigastrio una tumoración del tamaño de una naranja grande, de límites inferior y laterales netos, el límite superior se confunde con el hígado. Tumoración ampliamente móvil con la respiración y durante todo su curso. Superficie regular. Consistencia homogénea y resistente. Indolora. Mate a la percusión, no habiendo zona de sonoridad interpuesta entre la matidez del tumor y la hepática. Percusión del espacio de Traube, disminuída en el sector inferior. En hipocondrio derecho se palpa una masa: piriforme, móvil, que forma cuerpo con el hígado, dolorosa a la palpación profunda.

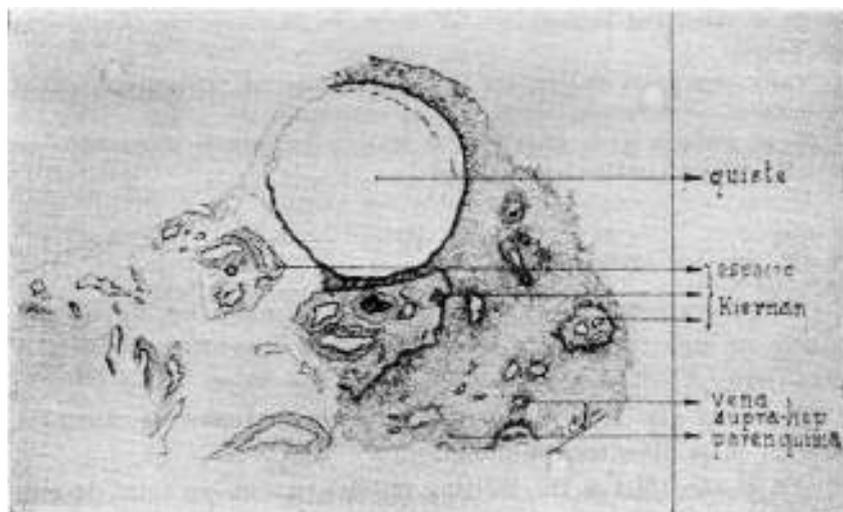
Borde superior del hígado, por percusión, llega a la quinta costilla. Se palpa ciego doloroso, en la fosa iliaca derecha. Cuerda cólica dolorosa izquierda. En la fosa lumbar derecha se palpa una tumoración con todas las características semiológicas de riñón.

Aparato bronco pulmonar. — Percusión y sonoridad normales. Ruidos bronquiales en ambos hemitórax. Corazón sin particularidades al examen clínico.

Exámenes complementarios — Examen completo de orina, normal. Urea en suero sanguíneo, 0gr.25. Tiempo de coagulación, 5 m. Reacción de Wassermann, dudoso. Reacción de Cassoni, inmediata y tardía, negativa. Glóbulos rojos, 3.660.000. Glóbulos blancos, 8.200. Hemoglobina, 72 %. Valor globular, 1.

Comentarios a la historia. — De lo dicho se desprende que la enferma, motivo de este relato, presentaba dos cuadros completamente independientes uno del otro. Un primer episodio que dura varios años y que tiene todas las características de la dispepsia y sufrimiento que acompañan a las litiasis vesiculares y un segundo cuadro que se caracteriza por tumoración silenciosa, a localización hepática. Es por este motivo que se hace el diagnóstico de litiasis vesicular en una enferma portadora de un grueso quiste de hígado, casi seguramente hidático, a pesar de la negatividad del Cassoni. Es con este diagnóstico que se interviene.

Operación. — 10-XII-1943. Opera Dr. A. L. Fossati y ayuda Pte. Risi. Anestesia local con novocaína al 1/2 %. Laparotomía mediana supra-umbilical. Se comprueba: un gran quiste y una vesícula tensa y que a la palpación demuestra la presencia de cálculos.



Anatomía Patológica

MICROFOTOGRAFIA Nº 1. — Biopsia de borde hepático
Llama la atención la gran cantidad de espacios de Kierman juntos. Espacios de gran tamaño, hecho difícil de ver en la periferia del hígado. Llama la atención la fibrosis.

Colecistectomía. Bilis espesa y llena de microcálculos. Drenaje del colédoco. Protección de los bordes de la herida alrededor del quiste que se encuentra ocupando casi todo el lóbulo izquierdo del hígado. Punción con el aspirador de Finochietto. Sale cantidad abundante de líquido claro. Llama la atención la ausencia de membrana y vesículas hijas. Se abre más la brecha y se coloca un espéculo. La cavidad quística es de paredes regulares y no se ve ninguna membrana. En el fondo asoma un nuevo quiste, se punciona. Se envía al laboratorio líquido del aspirador, contestan de inmediato que tiene 15 grs. de albúmina. Con este dato y la ausencia de membrana descartamos el quiste hidático.

La exploración cuidadosa del resto del hígado, muestra una enorme cantidad de pequeños quistes, del tamaño de arvejas.

Se coloca un tubo en la cavidad quística. Biopsia de hígado. Cierre de la pared por planos.

POST-OPERATORIO. — *Inmediato.* — Excelente. El tubo del quiste en ningún momento drenó nada. Es retirado a los 3 días. Cierre rápido.

Alta a los 14 días en perfectas condiciones.

Alejado. — Vista a los 3 meses, se encuentra perfectamente bien. A los 4 meses, la he citado para verla cada mes, asoma una tumoración en el hipocondrio derecho. Fué operada del lado izquierdo. Mantiene un excelente estado general.

Hasta hace pocos días en que la ví por última vez, se mantenía exactamente igual, no habiendo crecido más su tumoración.

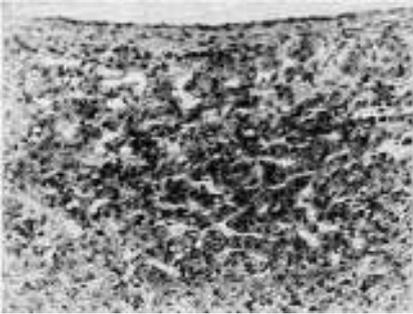
En el post-operatorio alejado se le practica un estudio pielográfico que no indica ninguna malformación renal.

El examen completo del contenido del quiste es el siguiente: Color, amarillo claro. Aspecto, límpido. Coagulación, ausente. Albúmina, 15 grs. Rivalta, negativo. Cloruros, 5 grs. 85.

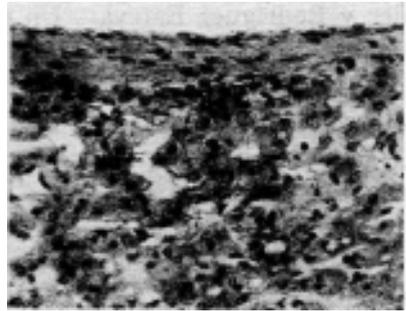
Consideraciones. — Los quistes no parasitarios de hígado, ocupan un lugar muy poco frecuente, en la literatura nacional y extranjera.

Hasta el año 1942 no alcanzaban a un centenar los casos publicados en la literatura mundial.

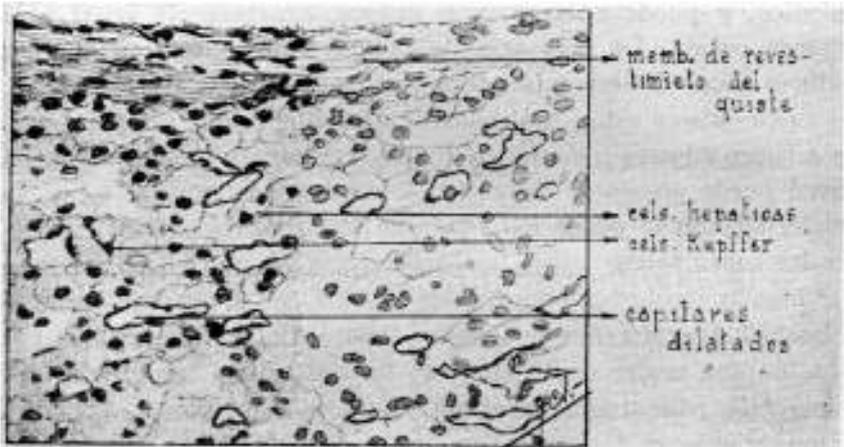
En el año 1904 el Dr. Nölting publica que en un total de más de mil autopsias, sólo encontró dos veces quistes no parasitarios. En nuestro ambiente, su frecuencia es tan escasa que el Dr. Américo Fossati, en un total de 15.000 intervenciones perfectamente documentadas, no cuenta un solo caso. El Dr. Larghero Ibarz, en un total aproximado de 5.000 operados tiene un solo caso. En el



Visión panorámica



Gran aumento



MICROFOTOGRAFIA Nº 2. — Pared quística

La membrana de revestimiento del quiste está constituida por tejido fibroso con elementos celulares conjuntivos incluidos. Las células que tapizan la superficie son aplastadas, no teniendo el habitual carácter cúbico o cilíndrico cúbico, del epitelio de revestimiento de los quistes.

El parénquima situado debajo tiene una dilatación de los capilares, con numerosos elementos del retículo (cél. de Kupffer). El protoplasma de las células hepáticas es esponjoso. La micro permite ver que no hay lesiones degenerativas.

copioso archivo de la clínica del Prof. Navarro, he encontrado un solo caso. Publicado en nuestro país, el caso de los Dres. Lasnier y Rodríguez Estevan. Un caso del Dr. A. Schunck, (comunicación personal).

La mayor parte de los quistes de hígado, dependen de una alteración en el desarrollo del sistema biliar intrahepático.

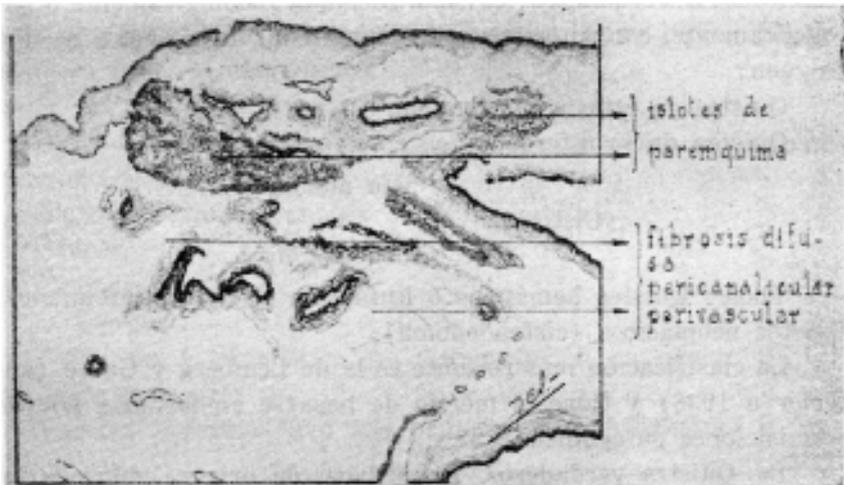
Lo más frecuente es observar quistes chicos, situados bajo la cápsula. Pueden localizarse en uno de los lóbulos. Kauffman cita un caso localizado en el lóbulo derecho. Haberer y Küchler en el izquierdo. La distribución es muy variable y hasta se ha encontrado un lóbulo con un solo quiste y todo el resto con pequeños. Los más grandes de la literatura mundial, son los siguientes. Rodríguez Estevan y Lasnier, 10 litros. Hutter, 2 lts. 500. Vila García y Roa, 1 lts. 600.

Coussins, publicó en el año 1904 en el *British Medical Journal*, un caso de 12 litros, que fué confundido con un quiste de ovario. El líquido es generalmente claro, mucoso, poco espeso, seroso, a veces similar al agua. Algunos autores lo comparan al colodion, y puede aparecer con granos, exactamente igual a la tapioca cocida. La presencia de bilis es tan rara, que algunos autores como Kelhden la niegan.

Los quistes están tapizados de un epitelio, que puede variar, es a veces vibratil o cilíndrico simple, raramente pavimentoso. La pared puede presentar saliencias a manera de trabéculas. El tamaño del hígado puede aumentar de una manera colosal y a veces las zonas sanas sufren una hipertrofia compensadora. El peso del hígado puede ser enorme. En un caso de Buslania pesaba 5 kilos 500. La colección de Basilea, tiene un hígado de 7 kilos 130 grs., de una mujer de 48 años, en la cual existía también la degeneración poliquistica del riñón. Hay citado un caso de 10 kilos. (Dmochowsky y Janowsky).

Kauffman considera que el origen del contenido quístico debe estar en gran parte en la secreción de las glándulas mucíparas o de los epitelios en transformación mucosa y en parte por una secreción serosa o un transudado acuoso parietal.

Clasificación. — Se han hecho infinidad de clasificaciones. Citaré las más importantes.



MICROFOTOGRAFIA Nº 3

Fibrosis difusa a topografía pericanalicular y vascular. Puede verse un islote de parénquima hepático.

Virchow distingue sólo tres grupos: quistes de retención biliar; quistes mucosos y quistes serosos.

Schawrtz la amplía un poco más; admite quistes adquiridos; degeneración quística esencial; quistes serosos y quiste biliar.

Sabourin habla de los siguientes grupos:

1º Quiste biliar propiamente dicho (derivados de los grandes conductos biliares).

2º Quistes biliares angiomasos (derivados de los pequeños conductos).

3º Quistes derivados de las glándulas mucosas de los conductos biliares.

4º Quistes derivados de los conductos biliares aberrantes.

5º Quistes pequeños múltiples derivados de la transformación quística de los nódulos hiperplásticos múltiples.

Lipmann: Quistes de estasis biliar, de epitelio vibrátil, de dermoideos, linfáticos y sanguíneos. Cisto adenomas.

Quistes de la degeneración quística esencial.

Aschoff: Quistes por cuerpos extraños (incluye los parasitarios). Quistes de reblandecimiento; (pseudo quístico, etc., etc.) Auténticos o Verdaderos: cavidad formada fisiológicamente o patológicamente, con un revestimiento epitelial, entre estos se distinguen:

Quistes de estasis o retención.

Quistes de proliferación o

Cistomas $\left\{ \begin{array}{l} \text{cisto adenoma} \\ \text{o} \\ \text{adenocistomas} \end{array} \right.$

Thöle: Quistes hemáticos o linfáticos (hemo y linfoquiste). Quistes neoplásicos (cistoadenoma).

La clasificación más reciente es la de Lemberg y Garré (anterior a 1936) y tiene el mérito de basarse en las más nuevas adquisiciones patogénicas.

1º Quistes verdaderos. Primitivos, de origen embrionario, revestidos de epitelio y que se pueden dividir en:

a) Solitarios: cistoadenoma $\left\{ \begin{array}{l} \text{unilocular} \\ \text{múltilocular} \end{array} \right.$

b) Múltiples: cuya expresión principal es la degeneración quística general, sobre todo cuando se acompaña de degeneración quística de otros órganos.

2º Falsos quistes. Secundarios, sin revestimiento epitelial, de origen traumático o inflamatorio.

3º Quistes de retención.

4º Quistes dermoideos.

5º Quistes extrahepáticos.

6º Linfo y hemangiomas (se incluye aquí la degeneración cavernosa del hígado).

Diagnóstico. — Generalmente sólo se manifiesta por tumor. Algunas veces sensación de peso y discretos trastornos dispépticos.

Es muy raro que se presente con un cuadro de insuficiencia hepática.

En nuestro ambiente se confunde generalmente con el quiste hidático, salvo cuando se presenta unido a otras malformaciones quísticas, renales, pancreáticas, etc., que se han puesto de manifiesto antes que el tumor hepático.

Tiene su importancia, con las reservas del caso, la negatividad de las reacciones biológicas. Todos los casos citados, las tenían negativas. Cuando por indicación especialísima u error se ha hecho una punción, la presencia de albúmina en un líquido claro, permitirá hacer el diagnóstico.

Diagnóstico diferencial. — En nuestro ambiente lo primero a plantear el Q. H.

Algunos autores plantean la sífilis terciaria.

Cáncer.

Cirrosis.

Evolución y pronóstico. — La evolución es generalmente muy lenta y progresiva.

Nuestra enferma tuvo sus primeras manifestaciones a los 66 años.

Se han descrito casos en que la marcha ha sido francamente maligna, dando un cuadro grave de insuficiencia hepática, pero esto es la excepción.

Complicaciones. — Por su situación a veces especial o su tamaño, pueden dar síntomas de compresión. En algunas ocasiones

pueden romperse y según el camino que siga su contenido puede dar origen a una vómica o un cuadro agudo de vientre.

No se han descripto infecciones.

Tratamiento. — La evacuación drenaje de los gruesos quistes, es lo más indicado. Algunos autores aconsejan la extirpación radical por enucleación, asegurando que existe un plano de clivaje. (Masciottra).

La histología de las biopsias no l confirman.

Generalmente el simple drenaje basta.

BIBLIOGRAFÍA

- ASCHOFF. — Anatomía Patológica, 1930.
- ALEXANDER (Ch.). — Solitary non parasitic. Cysts of the liver. *Edimb. Med. Jeuru.* 1925, pág. 61.
- ACKMAN (F. D.) and RHEA LAWRENCE (J.). — Non parasitic cysts of the liver. Their Clinical and pathological aspects. *British Journal of Surgery.* 1930-31. XVIII, 648.
- ALLENDE (C. J.). — Gran quiste no parasitario del hígado (citoadenoma unilocular). *La Semana Médica.* 1923, II, 758.
- ALTHABE y MUIÑOS. — Quiste no parasitario de hígado. *Archivos de los Hospitales de Beneficiencia.* 1929, III, 208.
- ALLMAN (D. B.). — Non parasitic cyst of liver. *J. of Med. Assoc.* t. LXXVIII, pp. 1532-1533, (1922).
- A. SCHUNK. — Comunicación personal.
- BACCARINI (L.). — Contributto alla Patogenesi del rene policistico. *Arch. Hal de Chie.* Vol. XXVI, 1930, pág. 618.
- BELANSTEGUI (E.). — Quiste seroso del hígado. *Revista de la Asociación Médica Argentina.* 1904, XII, 784.
- BACCARINI (L.). — Contributo allo studio della patogenesi del "fegato policistico". *Archivo Italiano di Chirurgia,* 1936. XLIII, 92.
- BURNS (C. R.). — Case of multiple cystic liver. *J. of Pathology and Bacteriology.* 1925, t. XXVIII, pp. 392-394.
- CARTEL FRANCO. — Anastomi del fegato. *Pathologica,* 1921.
- CANELLI (A.) y CALIGARIS (E.). — Di una rara alterazione epatica che può simulare clinicamente el cancro. *Arch. per la Scienze Med.* 1930, pág. 209.
- CHARRIER. — Maladie polyquistique localisé du foie. *Bull. Soc. Nat. Chirug.* París, 1931.
- COSTA (A.). — Sulle classificazione e la dottrina degli emangiomi e delle malformazioni capillari. *Policl. Sez. Chirug.* 1931, p. 109.
- CALDARERA (E.). — Cisti sperimentali del fegato. *Archivo Italiano di Chirurgia.* 1937, XLVI, 89.

- CONSTANTINI et DUBOUCHER. — Des Adénomes biliars kystique et spécialement des grandes kystes biliars Chirurgicame du foie. *J. de Chirurg.*, Janvier, 1923.
- COSTANTINI (H.) et Benhamou (E.). — Sur un cas de maladie polykystique du foie. *Archives de Maladies de l'Appareil Digestif.*, 1930, XX, 184.
- DE BERNARDIS (M.). — Un caso di fegato policistico. *Boll. e Mem. Soc. Piemont di Chis.* Voll. III, N° 13, 1933.
- DI NATALE (L.). — Contributo allo studio delle cisti del coledoco. *Arch. Italiano di Chirurg.* 1929, Vol. XXIII.
- DONATI (M.). — Chirurgie delle abdome UTET 1914.
- DORAN. — A. Bist. M. J. 2. (1905).
- EIRIANDI. — Su un caso de cisti neoplastica del fegato. *Arch. Ital. di Chirurg.* 1930, Vol. XXV.
- ELIASON ELRIDGE (L.). — Congenital non parasitic cyst of the liver. *Annals of Surgery.* 1934, XCIX, 691.
- EWING (J.). — Neoplastic Disease, ed. 3ª. Philadelphia. W. B. Saunders Comp. 1928, p. 731.
- EPPINGER (H.). — Enfermedades del hígado, pág. 672.
- FALTIN (R.) y LABERZYSTE. — *Acta Chirurg. Scand.* Vol. LXIV, 1928-29.
- FRERCHI (D.). — Cisti simplici del fegato. *Clin. Chir.* 1909, p. 1457.
- FITTIPALDI CORRADO e DE CHIARA GENNARO. — Le cisti non parasitarie del fegato. *Pathologica.* 1935, XXVII, 503.
- FERNANDEZ (I.). — Quistes biliares del hígado (adenquistomas o cisto adenomas biliares). *Revista Médica de Rosario.* 1943, XXXIII, 516.
- FROMENT (H.). — Contribution a l'étude des adénomes solitaires du foie. *These N° 10*, Lyon 1930.
- GARSANY (P.). — Du gros foie polykistique. *These.* París, 1913.
- GRENET (H.) et MATHIEN (P.). — Tumenio du foie chez un enfant de 7 ans. Dyshepatoma polykistique. *Soc. de Pédiatue*, 20-XII-1927.
- HANSER (R.). — Miss Bildunfen der Leber sis Hand buch der Spez. *Path. Anat. Henke und Lubars Ch.* Vol. I, 1930.
- JONES (F.). — Remocal of a retention cysts from the liver. *Ann. of Sing.* 1923. Vol. LXXVII.
- JULLIARD (L.). — Contribution a l'étude des grands hystes non parasitaires du foie. *These.* Lyon, 1929.
- KAUFMAN (L.). — Lebrbuch der epez Path. Anat. Berlin. 1931. Bd. I. Pág. 897.
- KAUFMANN (P.). — Lehrbuch des spezielln pathologischen Anatomie, ed. 6. Berlin. G. Reum, 1911. Vol. 1º, pág. 608.
- KNOFLACK (J. G.). — Zur Chirurgie der Nicht parasitäen Leber zystem. *Wiener Klinische Wochenschrift.* 1932, I, 786
- LASNIER (E.) y RODRIGUEZ ESTEVAN (R.). — Dos casos de cisto adenoma biliar. *An. Facult. Med. Montevideo.* 1929, Vol. XII, pág. 143.
- LAUTHIER (P., L.). — L'adénome solitaire du foie. Son diagnostic. Son diagnostic. Son traitement. Son pronostic. These de doctorat en médecine. N° 392. París, 1938.

- MARGARUCCI (O.). — Sulle cisti non parassitarie del fegato con particolare riguardo alle cisti neoplastiche Solitaire. (cistoadenoma uniloculare). *Policl. Sez. Chir.*, 1922, N° 12, 1923, N° 1 (trae bibliografía hasta 1922).
- MALERBA (A.). — Idiote della cistifellea e voluminose cisti intra epatiche da ritenzione biliare. *La Clinic. Padiat.* 1932, pág. 343.
- MEYENBURG (H.). — Veber die Cystenleber. *Virchow's Arch. Bd. CCLXII*, Pág. 508. Año 1926.
- MONTGOMERY (A. H.). — Solitary nonparasitic cysts of the liver in children. *Archives of Surgery.* 1940, *XLi*, 422.
- MALLET-GUZ (P.) et AUFREERE. — Kyste non parasitaire du foie, éxerese. Etiologie traumatique possible. *Lyon Chirurgical.* 1936, XXXIII.
- MASCIOTTRA (R. L.) y DEL PINO P. COLILLAS. — Adenoma solitario del hígado (consideraciones a propósito de 2 casos). *Archivos Argentinos de enfermedades del aparato digestivo y de la nutrición.* 1941, XVII, 36.
- MARINO. — Adenoma solitario del hígado. *Boletines y trabajos de la Sociedad de Cirugia de Buenos Aires.* 1927, VIII, 381.
- MASCIOTTRA (R. L.) y ETCHEVERRY (M. A.). — Quiste no parasitario de hígado. *Revista Médico-Quirúrgica de Patología femenina* (Buenos Aires). 1934, III, 578.
- MOSCHOWITZ (E.). — *Am. J. M. Assoc.* 131-674 (1906).
- NÖEL FRESSINGER et CATTAN (R.). — Un cas de gros foie polykystique. *Bull. et. Mém. oc. Méd. des Hop. Paris.* 19 Juillet 1928.
- ORR THE TRURSTON (J.). — Strangulated non parasitic Cyst of the liver *Ann. of. Surg.* 1927, Vol. LXXXVI, pág. 901.
- PALMA (R.). — Contributto allo studio delle cisti neoplastiche del fegato. *La Chru Chirurg.* 1927, pág. 225.
- POZZI (G.). — L'angioma cavernoso del fegato. *La Clin. Chir.* 1932, p. 625.
- RITTER (C.). — Zur Diagnose und Therapie der Cistenleber. *Zeit. f. Chir.* 1931. N° 47 e 1934. N° 1.
- STARNA (A.). — Sopra alcuni casi di reno a fegato policistici. *Riforma médica*, 1923, pág. 1008.
- SANDBERG (I.). — Zur Kaznistik Solitarie. nicht parassitarre Leberzysten. *Acta Chiru. Scand.* Vol. LXX, 1938.
- SCALONE (I.). — Contributo alla Chirurgia delle grosse cisti biliari non parasitari del fegato nei bambrin. *Policl. Sez Chir.* 1924, p. 260.
- SONTAG (E.). — Beitrag zur frage der solitare, nicht parassitären Leberzysten. *Beitr. zur klin. Chering.* B. d.
- STOESSER (A.) e WANGESTEEN (O. H.). — Solitary non parasitic Cysts of the Liver. *Ann. ofJournal of diseases of Child.* 1929, Vol. XXXVIII.
- SEVERI (L.). — Sulle iperplasia congenite dei dotti biliari e ai rapporti di queste con il fegato policistico. *Archivio Italiano di Anatomia e Istologia Patológica.* 1937, VIII, 134.
- SCHAAK (W.). — Zur Frage der nicht parasitaren. Lebes kysten. *Arch. f. Klin. Chirurg.* t. CXXV, pp. 182-192 (1923).
- TUSCHER (M.). — Veber die Kongenitale Cystenpancreas. *Beite Zur path. Anat. Bd. LXXXV*, 1926, p. 459.

- VILA (E. L.). — Quiste no parasitario del hígado. *Boletines y Trabajos de la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires*, 1923, VII, 705.
- VANDER VEER EDGAR (A.). — Congenital nonparasitic single cyst of the liver. *American Journal of Surgery*, 1935, XXIX, 195.
- VILA (E. L.), GARCIA (J.) y ROA (R. L.). — Hígado poliquístico. Quiste solitario. Cisto adenoma hepático. *Revista Médico Quirúrgica de Patología femenina*. 1943, XXI, 69.
- WORPATIL (Fr.). — Weber einem Fall ven Kongenitaler Cystenleber nud Cystenniere. *Beiter Zur-pathol. Anat. Bd.* LIII, 1912.
- WACKERLE (L.). — Zur frage der Cystenleber. *Virchow's Arch. Bd.* CCLXII pág. 508, año 1926.
- WAKELEY (C.). — Mon parasitic cysts of the liver. *The Lancet*, 1931, pág. 675.

Prof. Prat. — La interesante comunicación del Dr. Fossati, me sugiere las siguientes consideraciones sobre el cistoadenoma biliar. Tuve ocasión de operar hace años ya, un quiste hidático del hígado, que era muy grande, muy voluminoso, que traté por la quistotomía, vaciamiento, extracción de la membrana, formolado correspondiente y cierre inmediato. En el transcurso de los años, no recuerdo cuantos, ese enfermo volvió al Servicio con un vientre voluminoso, extraordinariamente grande; inmediatamente pensé en un coleperitoneo hidático, pues tenía todas las características de esa complicación hidatídica.

Este enfermo fué operado y después de abrir el vientre, me encontré con una de esas cavidades intrahepáticas, llena de un líquido biliar y que vaciado y drenado, curó perfectamente y que catalogué como relleno de un quiste hidático tratado por la evacuación y el cierre, es lo que más se asemeja al cisto-adenoma biliar.

Creo que con motivo de la presentación de esta interesante comunicación, todos los miembros de la Sociedad de Cirugía, debiéramos reunir nuestra cacústica y tratar de traer las observaciones que correspondan a este tipo de lesión.

Tengo el recuerdo de haber operado uno o dos cistoadenomas biliares que tenían su pared con ese epitelio biliar característico y sin membranas, lo que me hizo reconocer el error de diagnóstico cometido. Trataré de encontrar esas historias clínicas para presentarlas.

Recuerdo perfectamente de otro caso que pude catalogar como poliquístico adenoma biliar o enfermedad quística del hígado.

Ese caso que operé estando presente el Dr. Morelli y un médico extranjero que había diagnosticado como quiste hidatídico del hígado. La superficie del hígado se presentaba llena de superficies blancas nacaradas renitentes, llenas de líquido, pero sin membranas ni vesículas hidáticas.

Estos casos de cistoadenoma biliar, son muy interesantes por su rareza y sobre todo por su posibilidad de error en el diagnóstico, puesto

que en todos los casos que yo he operado, siempre he ido a la intervención con el diagnóstico de quiste hidatídico. Me comprometo a reunir y traer esas observaciones a la Sociedad en una sesión próxima.

Dr. Fossati (h.). — Tengo un caso que voy a presentar, de una enferma que fué operada por el Dr. Miqueo de quiste hidático y que vino a consultar al Servicio por una anemia que no pudo ser catalogada y que no respondía bien bajo ningún punto de vista al tratamiento clásico. Se le hizo hierro, etc. El hígado empezó a crecer y se hizo el diagnóstico de absceso de hígado. La cavidad del quiste estaba llena de un líquido verdoso que fué drenado y la anemia desapareció completamente. Es un caso muy interesante por la explicación de la anemia por una hemorragia interna.