

EQUINOCOCOSIS HEPÁTICA Y RIÑÓN DERECHO

Abel Chifflet y Juan Llopart

La relación directa de la cara posterior del hígado con el riñón derecho hace que la equinococosis hepática repercuta a veces sobre este sector del aparato urinario. Utilizando una serie de historias clínicas, ilustrativas en ese sentido, vamos a fijar ciertos puntos de interés práctico. Quedará evidenciada la importancia que pueden tener estos conocimientos, que escapan por lo corriente a la consideración de los clínicos para el diagnóstico y de los cirujanos para el abordaje operatorio de estos enfermos.

- I. — Síndromes urinarios por equinococosis hepática.
 - a) Desplazamiento renal.
 - b) Cólico nefrítico.
 - c) Modificaciones de la orina.
 - d) Perinefritis.

- II. — El riñón en el diagnóstico de equinococosis en ciertos síndromes hepato-biliares.
 - a) Ictericia.
 - b) Colecistopatía.

- III. — El riñón en el diagnóstico topográfico de la equinococosis hepática.

- IV. — El desplazamiento renal y el abordaje de los quistes posteriores del hígado.

I. — Síndromes urinarios por equinococosis hepática

Diferentes síntomas o signos urinarios pueden iniciar la escena clínica o ser el elemento dominante del cuadro que presenta un enfermo con Equinococosis Hepática.

a) *Desplazamiento renal.* Cualquiera que haya sido el motivo de la consulta al médico, numerosos enfermos tienen como signo dominante una posición anormal de su riñón derecho. Este desplazamiento puede ser provocado por un quiste de la cara posterior del hígado, que en su condición de retroperitoneal actúa sobre el riñón empujándolo desde arriba y atrás. La evidencia de este empuje se obtiene por el estudio clínico y radiológico, simple y pielográfico, pero sobre todo por la comprobación operatoria y postoperatoria inmediata, que muestra el retorno espontáneo del riñón a su posición normal al suprimir el quiste hepático.

Una observación de Cienfuegos es en ese sentido de una evidencia terminante. Una enorme masa quística ocupaba el flanco derecho y la región umbilical; el riñón derecho aparecía en la pielografía ocupando el flanco izquierdo. Efectuada la operación, que consistió en la evacuación de un enorme quiste hidatídico del hígado, el riñón derecho volvió a su lugar como lo muestra el autor con pielografías postoperatorias.

El grado de desplazamiento renal puede no ser tan acentuado y el médico pensar en una simple ptosis renal. Sabemos de una paciente que después de pielografía fué operada por un urólogo muy competente con tal diagnóstico, encontrándose en el acto operatorio con un quiste hepático que ocupaba el lugar primitivo del riñón desplazado.

En nuestras viejas observaciones de quiste hidatídico del hígado hemos encontrado con frecuencia la anotación de que el riñón derecho estaba anormalmente bajo. Pero fué una observación de 1939 la que nos permitió orientarnos hacia la búsqueda sistemática de tal hecho. La observación es la siguiente:

OBS. 1. — G. P., de 2 años. Consulta por sufrimientos pielo-renales y al examen se encuentra el riñón derecho francamente descendido. Como por otra parte la paciente tenía un hígado grande, efectuamos en colaboración de cirujano y urólogo una incisión transversa del flanco. Abierto el peritoneo se comprueba que existía un quiste de la cara posterior del hígado, siendo responsable del desplazamiento renal. Efectuamos el cierre del peritoneo y por vía sub-peritoneal drenamos el quiste. El riñón volvió naturalmente a su posición.

No ignoramos que tumoraciones de otros órganos además de la cara posterior del hígado pueden provocar tales empujes del

riñón y que aún pueden encontrarse variados tipos de rotaciones y desplazamientos fuera de toda tumoración retroperitoneal. Pero por las observaciones anteriores y varias otras similares hemos deducido la imprescindible necesidad de pensar en el hígado frente a los desplazamientos renales. Llegamos mismo a afirmar la acción de empuje sobre riñón cuando encontramos a dicho órgano no descendido y con un grado importante de rotación.

b) *Cólico nefrítico*. — Dejando de lado consideraciones de orden patogénico (riñón empujado, perinefritis, etc.) veamos una historia clínica en que el síndrome doloroso renal no solo constituyó el hecho dominante, sino que con el examen físico condujo al diagnóstico de localización renal de un proceso que era en realidad de la glándula hepática.

OBS. 2. — M. M., de 45 años. Desde los 20 años crisis dolorosas de la región lumbar derecha con irradiaciones al muslo. Hace un mes los sufrimientos son más intensos por lo que consulta médico. El dolor tiene la misma localización e irradiaciones. Un distinguido cirujano efectúa el examen físico y encuentra una tumoración del flanco derecho que atribuye a un riñón tumoral y pide un estudio pielográfico. La pielografía realizada por uno de nosotros, muestra un riñón de tamaño normal pero descendido y rotado con acodadura del uréter. Este resultado conduce al diagnóstico de equinocosis hepática que se confirma en el acto operatorio.

OBS. 3. — L. R. G., 40 años. Ingresa a la Sala 19 del Hospital Pasteur por cólico nefrítico. Al examen físico sólo se comprueba la posición baja del riñón derecho y la cicatriz de una operación anterior, sobre hipocondrio derecho, por quiste hidatídico del hígado. Mejorado de sus trastornos, se le hace una pielografía, encontrando una imagen pielorenal correspondiente a un riñón empujado. Pasa a la Sala 21. Efectuamos una incisión por vía anterior y reconocemos una masa quística posterior empujando el riñón hacia abajo. Por resección de 12ª costilla abordamos dicho quiste por vía subperitoneal y lo drenamos sin inconvenientes.

Los dolores de origen pielorenal no deben ser raros en el quiste hidatídico de la cara posterior del hígado. Tenemos la impresión de que en la habitual manifestación dolorosa de este proceso, muchas veces se considera a los dolores como provocados por supuestos fenómenos hepato-biliares y peri-hepáticos siendo en realidad causados por fenómenos del aparato urinario alto.

c) *El análisis de orina*. — Hace ya varios años Piquerez se ocupó de la albuminuria que acompaña al quiste del hígado.

Según sus observaciones esta albuminuria bajaría bajo la influencia del tratamiento médico, llegando a un nivel en que se mantiene irreductible, hasta que la operación hace desaparecer el quiste. Por sus observaciones y algunas nuestras, se puede decir que esta albuminuria es independiente de la topografía del quiste.

Tiene otro interés la existencia en la orina de elementos que traducen un desplazamiento renal, con el consecutivo trastorno circulatorio y de evacuación pieloureteral. Su hallazgo asociado al desplazamiento renal, conduce al problema de riñón fuera de lugar, que recién da entrada a la búsqueda de la causa del desplazamiento.

d) *Perinefritis*. — El quiste hepático superficializado en la región extra-peritoneal provoca con frecuencia procesos de orden plástico en el ambiente celuloso. Estos procesos no quedan limitados a la región alta, sino que pueden extenderse a toda la atmósfera peri-renal. La perinefritis plástica no es excepcional, en efecto, encontrarla en el curso de los abordajes sub-peritoneales de los quistes hepáticos. La imagen pielográfica puede adquirir ciertas características interesantes, pero no constituyen por sí solas, desde el punto de vista clínico, elementos de importancia dominante.

El proceso es otras veces más agudo y adopta la forma supurada. El flemón así constituido tiene una topografía bien definida. El conocimiento de esta topografía no encuadrado en el tema de hoy, será motivo de una comunicación especial de anatomía aplicada. Anotemos solamente que el flemón perinefrítico de origen hidatídico hepático puede resultar de una simple contaminación por vecindad o de la ruptura en esa región del quiste. En páginas próximas referiremos una historia de flemón por ruptura sub-peritoneal.

Si la ruptura del quiste no conduce a la supuración, el parásito manteniendo su vitalidad, y la cáscara adventicial su secreción, se constituye en el retroperitoneo un proceso progresivo de invasión de espacios celulosos vecinos de un enorme interés práctico y de gran utilidad para el estudio de los espacios retroperitoneales. Refiriéndonos hoy nada más que al riñón derecho veamos una observación de interés.

OBS. 4. — B. O. Tiene una gran tumoración a contenido líquido en el flanco derecho. Del total de estudios realizados nos interesa mostrar el resultado de la pielografía. El riñón derecho está aplicado contra la pared abdominal posterior, mientras que el uréter, solidario del peritoneo parietal anterior, ha sido llevado hacia adelante por la enorme colección líquida. El acto operatorio mostró el origen hepático del quiste y la ubicación pre-renal de la colección subperitoneal que se originó por la ruptura del quiste.

Efectuado el drenaje de un quiste hepático por vía subperitoneal, se pueden producir en la atmósfera peri-renal complicaciones plásticas o supuradas. El sufrimiento ulterior del riñón en estos casos puede ser tan serio como para constituir una causa de invalidez importante. Se justifica la directiva de hacer siempre el buen drenaje del espacio atravesado, en los casos de tratamiento por vía sub-peritoneal de un quiste hepático.

II. — El riñón en el diagnóstico de equinocosis en ciertos síndromes hepato-biliares.

En nuestro país, todo síndrome hepato-biliar, en un enfermo de campaña debe hacer pensar en la equinocosis hepática. Por otra parte, aún con una afección bien definida (litisias biliar, síndrome coledociano, angiocolitis, etc.) la posibilidad de una equinocosis en el origen de estos procesos debe ser sospechada. Cuando el quiste es de la parte que hemos llamado el orillo del hígado, el diagnóstico es sencillo, pero en la localización posterior puede no serlo. Los estudios clínico, radiológico habitual y de laboratorio, no conducen, a veces al diagnóstico. Para estos casos hemos comprobado que el estudio de la situación y dirección del riñón derecho pueden ser de gran utilidad.

La situación y dirección del riñón puede reconocerse por la simple palpación o por la radiografía simple como lo veremos en nuestra observación 5, pero es indudable que la pielografía es el medio ideal para este estudio. Consideramos suficiente la pielografía descendente y solicitamos placa con enfermo de frente y perfil, de pie y acostado. En cuanto a la insuflación gaseosa perirenal, no la hemos practicado y aún cuando nos daría en los quistes posteriores del hígado imágenes típicas muy interesantes, consideramos que se obtiene suficiente con la pielografía y no corremos los riesgos del neumoperirrenal.

a) *Riñón empujado en una ictericia.* — En ciertas circunstancias el estudio corriente de una ictericia no conduce al diagnóstico de su causa. Hemos visto dos enfermos con ictericia que estudiados en Servicios especializados escaparon al diagnóstico de equinocosis hepática. Uno de ellos fué visto en Estados Unidos, donde, seguramente la rareza de la enfermedad hidatídica, no los hizo pensar en una equinocosis a pesar de numerosos análisis y estudios radiográficos que se efectuaron. El otro paciente había sido estudiado en nuestro medio. Resumimos la observación.

OBS. 5. — A. P., de 42 años. Está internado por una ictericia que se ha repetido ya tres veces. El examen clínico del hígado lo muestra algo aumentado de volumen, pero de contorno regular. Los estudios de laboratorio no conducen a conclusiones definidas, hecho no raro en la equinocosis hepática. Cuando examinamos al paciente, encontramos el riñón derecho francamente descendido. Una placa radiográfica simple nos permite reconocer el riñón desplazado y rotado y una sombra de contorno circular haciendo continuidad con el hígado, contactando con la sombra renal y denunciando su responsabilidad en tal desplazamiento. Le hacemos un abordaje por resección de la 12ª costilla y drenando el quiste. En la misma mesa de operaciones, vemos al riñón ocupar su posición habitual.

b) *Riñón empujado en las colecistopatías.* — Es de conocimiento corriente que un quiste hepático puede presentarse con la sintomatología habitual de las afecciones del árbol biliar y en particular de las colecistopatías. A veces tal sintomatología responde a un proceso con asiento en dichos canales y otras veces es posible pensar en alteraciones funcionales o máscaras sintomáticas.

En cualquier caso, en nuestro país sabemos que hay que buscar el quiste, en especial si se trata de un hombre, si es joven y es de campaña. Pero el quiste no siempre es evidente a los exámenes clínicos y de laboratorio. La posibilidad de un quiste posterior debe ser investigada y en ese sentido el conocimiento de la posición del riñón puede ser útil. Resumimos la historia de una paciente que es ilustrativa al respecto.

OBS. 6. — Sra. de C., 48 años. Ingresa a un Servicio de Cirugía por el sufrimiento habitual de las litiasis vesiculares. Los estudios clínicos, radiológicos y de laboratorio confirman ese diagnóstico y se opera a la enferma haciendo la exeresis de una vesícula francamente patológica con varios cálculos en su interior. En el postoperatorio no tiene nada de par-

ticular y se va de alta bien. A los 5 meses vemos a esta enferma presentando los mismos trastornos que antes pero intensificados. Se piensa lógicamente en la patología de las colecistectomizadas, pero en el curso de su estudio se comprueba la existencia de un riñón derecho empujado, que conduce al diagnóstico de quiste hidatídico del hígado. La operación confirma tal diagnóstico.



FIG. 1. — (Corresponde a la Observ. N° 9). La exploración intraperitoneal no mostró colección hepato-frénica. La colangiografía puso en evidencia un trayecto por el sub-peritoneo posterior hacia el pulmón.

III. — El riñón en el diagnóstico topográfico del quiste hidatídico hepático

La clínica y el laboratorio pueden afirmar en ciertos casos el diagnóstico de equinocosis hepática y sin embargo faltar el diagnóstico de la exacta topografía del quiste. Esta topografía e

fundamental, pues la vida del paciente peligra más por un error de abordaje que por lo que puede resultar de la enfermedad en si. En las hepatomegalias regulares es corriente oír hablar de "quiste central" porque el cirujano abre el vientre por delante y se ve

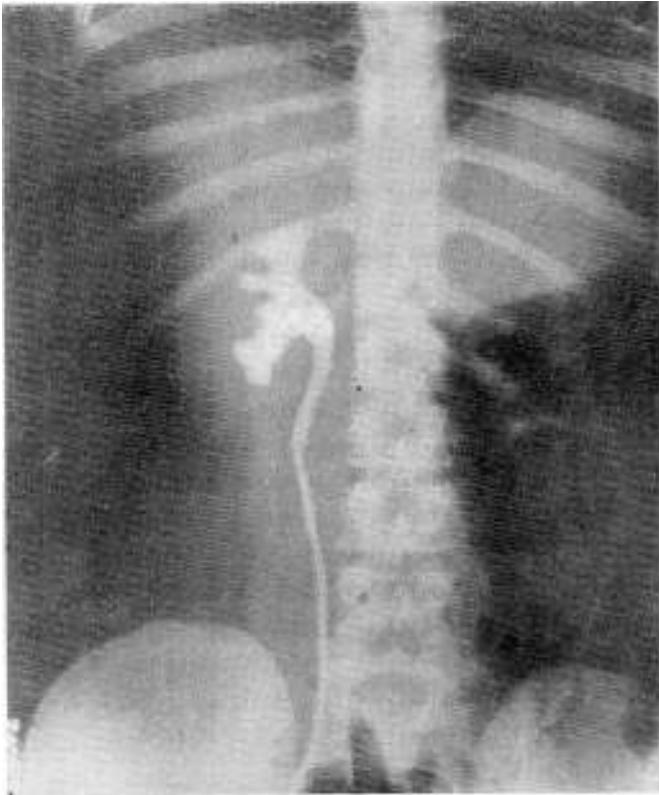


FIG. 2. (Corresponde a la Observ. Nº 4). Cavidades no descendidas ni rotadas. Dilatación pielo-caliciaria y ureteral hasta el punto que llegó la sonda. El ángulo que se constituye puede ser natural y detuvo la sonda, o ser artificial, pero originado por una curvatura existente en el uréter que en todo caso es la causa de la dilatación de las cavidades, en especial los cálices.

obligado a atravesar cierto espesor de parénquima hepático para llegar al quiste. Sostenemos que solo en quistes medianos puede existir una localización francamente central y que el quiste que da manifestaciones clínicas ha llegado en alguna parte a la periferia del órgano. Cuando esa parte no es peritoneal, está en la

cara posterior del hígado, donde escapa a la exploración manual del cirujano que interviene por vía intraperitoneal.

Hemos denominado "goal off side" el abordaje de estos quistes a través de parénquima hepático y hemos insistido en los riesgos operatorios y postoperatorios y en las frecuentes fístulas residuales de estos quistes mal abordados. La experiencia nos



FIG. 3. (Corresponde a la Observ. Nº 4). El ángulo donde llegó la sonda se ve muy bien. El riñón está fuertemente desplazado hacia atrás y el uréter solidario por su vaina del peritoneo parietal, está anterior. Entre ambos ha descendido la colección hidatídica, interfiriendo con el buen funcionamiento ureteral.

lleva en los procesos quísticos supurados de las hepatomegalias regulares a efectuar el abordaje directo por vía posterior, pero en los pacientes en que no hay urgencia, hacemos previamente el estudio de la cara posterior del hígado. Los quistes altos se denuncian a la radioscopia simple por las modificaciones que imprimen



FIG. 4. — (Corresponde a la Observación N° 3). No hay descenso importante del riñón, pero existe una rotación del órgano y en especial una alteración de la forma de la unión pieloureteral que atestigua la existencia de una masa empujando al órgano, desde arriba.

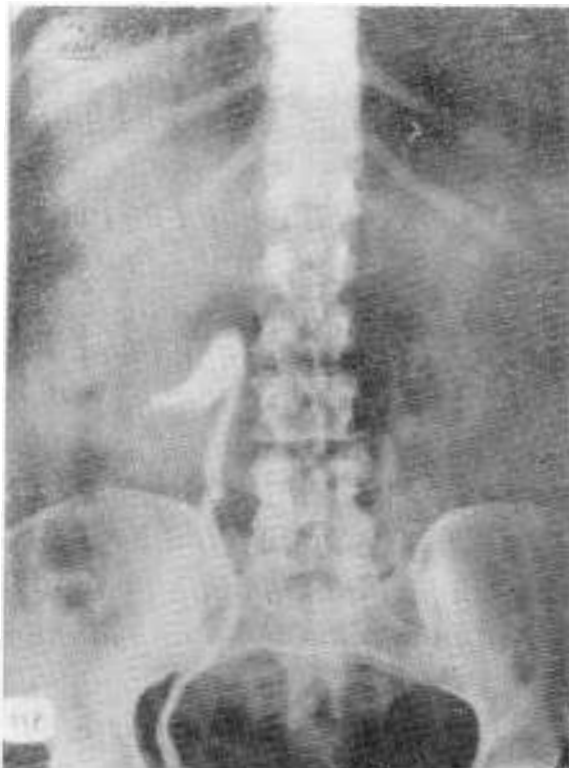


FIG. 5. — (Corresponde a la Observ. N° 1). El riñón está descendido, francamente rotado, habiendo roto más aún la arquitectura de la unión

al diafragma; los bajos se reconocen por el empuje que ejercen sobre el riñón derecho. Presentamos el resumen de una historia clínica ilustrativa.

OBS. 7. — R. Q., 52 años. Consulta por dolores en la región toracolúmbar derecha y trastornos digestivos. El estado general es excelente y sólo se comprueba una hepatomegalia acentuada sin reconocer ninguna particularidad en la superficie del órgano. Presenta una Reacción de Casoni positiva y una eosinofilia de 4 %. Con diagnóstico de equinocosis hepática se plantea el problema de la topografía del quiste antes de efectuar una laparotomía. La solución sólo es dada por una pielografía que muestra al riñón derecho empujado, con acodadura del uréter. Efectuamos el abordaje de elección por resección de la 12ª costilla y evacuamos un enorme quiste, que drenamos fácilmente.

Fácil nos sería completar el panorama del parasitado de la cara posterior del hígado, hermanando esta observación de tal sencillez en la solución terapéutica, con numerosas observaciones en que a falta de una buena topografía se hizo "goal off side" y si el enfermo no sucumbió por la operación, arrastró en largo peregrinaje una fístula incurable.

IV. — El desplazamiento renal y el abordaje de los quistes posteriores del hígado.

Habiendo llegado a la conclusión de que el quiste llega a la periferia del hígado en su cara posterior, queda aún por resolver el problema difícil del abordaje que facilite su tratamiento y la colocación de un drenaje eficiente y no perjudicial.

Los quistes posteriores ocupan una posición alta o una posición baja. Llamamos a los primeros "quistes posteriores torácicos" y a los segundos "quistes posteriores lumbares". La designación de quistes torácicos corresponde a su crecimiento ascendente con repercusión clínica y radiológica sobre el sistema pleuro-pulmonar. El abordaje operatorio sólo es posible a través de la pleura, obligando este hecho a técnicas especiales cuya descripción sale de nuestro plan de exposición.

Los quistes posteriores lumbares son los que hacen su cre-

cimiento hacia abajo y desplazan el riñón. Es evidente la justicia de su denominación si al recuerdo de su ubicación y repercusión renal se agrega que condicionan una vía propia de abordaje por la región lumbar.

En todos los pacientes cuyas historias hemos expuesto más arriba, hemos utilizado la vía de abordaje sub-pleuro-diafragmática subperitoneal tomando como guía el lecho de resección de XI o XII costilla. La técnica, que detallamos en un trabajo anatómico de la región, nos ha dado tan excelentes resultados, por la facilidad de su realización como por la perfección del drenaje ulterior, que la consideramos de elección en los quistes que empujan el riñón, es decir los posteriores lumbares.

Decíamos más arriba que en los quistes hepáticos supurados en que no se reconocía por delante la topografía del proceso y que no daban posibilidades a un estudio de la posición del riñón, teníamos predilección por la vía posterior porque era allí donde habíamos encontrado siempre el quiste. Agregaremos ahora que si la radioscopia de la cúpula diafragmática no muestra deformación, denunciando un quiste alto, tal abordaje posterior lo hacemos por nuestra vía de elección. Tenemos la seguridad de encontrar el quiste y drenarlo conjuntamente con el espacio retrohepático en la forma mejor como lo demostramos en nuestro trabajo de anatomía. Varias veces hemos visto complicaciones por faltas en el buen drenaje de este espacio y últimamente hemos asistido dos pacientes cuyas historias clínicas resumidas confirman este criterio.

OBS. 8. — F. R., 16 años. Desde hace dos semanas está con fiebre alta y disminución rápida del apetito y de peso. El estado general es francamente malo, con aspecto de intoxicado. Se palpa el hígado muy aumentado de volumen, liso, regular, sensible a la presión. Subictericia. Resto del examen físico negativo. Leucocitosis 22000. Radioscopia: Hígado grande pero no hay deformación diafragmática. Después de una preparación general apropiada, hacemos con anestesia local en decúbito ventral la resección de la 12ª costilla. Levantamos el diafragma con el fondo de saco pleural y se nos presenta la hoja de Zuckercandl edematosa y tensa. La abrimos en la parte alta, al fijarse en el diafragma y sale una gran cantidad de líquido purulento francamente bilioso con abundantes membranas hidatídicas alteradas. Este líquido ocupaba el espacio retrohepático, limitado arriba por

la hoja superior del ligamento coronario y adelante por la cara posterior del hígado. Explorando esta cara encontramos un orificio que conduce a una cavidad intrahepática que era indudablemente el lugar del quiste que se rompió en el espacio retrohepático. Hacemos el drenaje de la cavidad hepática y del espacio contaminado, obteniendo una tan rápida mejoría que a los 5 días se levanta el enfermo y a los 10 días se va de alta para campaña.

OBS. 9. — B. C., 52 años. El paciente presentó una ictericia que fué estudiada en la Sala 21 sin llegar al diagnóstico causal. Meses después re-ingresa nuevamente con ictericia y al examen hay un grueso quiste pancreático. Se interviene quirúrgicamente drenando el pseudo quiste pancreático y la vesícula que no presenta cálculos en su interior. Después de una mejoría de dos semanas el paciente comienza a tener fiebre y chuchos de frío y se constituye un estado infeccioso. Varios días después hace una abundante vómica biliosa y continúa desde entonces con expectoración biliosa intensa. Pensando en un absceso sufrénico postoperatorio, es intervenido por vía anterior encontrando los espacios peritoneales inter-hepatofrénicos absolutamente indemnes.

En estas condiciones vemos al paciente y sospechamos la existencia de un quiste hidatídico del hígado que fuese responsable de la complicación biliar y pancreática y de la vómica biliar. Un estudio radiográfico confirma esa impresión, mostrando una imagen calcificada en la parte posterior de la sombra hepática. Este diagnóstico permite ir a la curación del enfermo, obtenida por su cirujano que efectuó el abordaje posterior y drenó la cavidad adventicial residual del hígado y el espacio retrohepático. Este espacio había sido intermediario en el camino del proceso infeccioso desde el hígado hacia el diafragma, para luego invadir pulmón y abrirse en los bronquios.

Resumen

Los quistes hidatídicos de la cara posterior del hígado son de desarrollo ascendente o descendente. Los primeros, que llamamos posteriores torácicos, pueden ser diagnosticados por la radiología de la cúpula diafragmática y su abordaje se hace por vía transpleuro-diafragmática. Los de desarrollo descendente, que lla-

mamos posteriores lumbares, provocan modificaciones en el riñón derecho cuyo estudio puede hacerse clínica y radiológicamente.

El conocimiento de los desplazamientos y rotaciones del riñón derecho permite conducir al diagnóstico de equinocosis en síndromes urinarios y hepato-biliares variados. Permite además conocer con exactitud la topografía de quistes hidatídicos en las hepatomegalias clínicamente regulares, evitando el desastroso abordaje anterior de quistes posteriores. Hemos designado tal error terapéutico con la expresión de "goal off side".

El reconocimiento de la topografía exacta del quiste que empuja el riñón nos ha conducido después de estudiar minuciosamente la anatomía quirúrgica de la región a puntualizar la técnica de su abordaje, que resumimos así: resección de XI o XII costilla que usamos de mojón frente a los riesgos de la travesía; vía subpleuro-diafragmática subperitoneal que permite actuar sobre el quiste y sobre el espacio retrohepático.

Dr. Cendán: Voy a tomar la palabra en primer término para felicitar a los autores por su amplio conocimiento del problema, mucho más difícil de lo que a primera vista parece, y por la excelente documentación que acompaña a su presentación.

Se trata de una cuestión que me ha preocupado desde hace mucho tiempo y que he tenido ocasión de madurar, después de haber observado cuidadosamente dos casos de Q. H. del Hígado a localización posterior. Deseo insistir en tres aspectos clínicos que considero de importancia fundamental para el diagnóstico en estos casos.

a) El primero se refiere al *Riñón empujado*, como muy exactamente lo establece el Prof. Chifflet. Se trata efectivamente de un empuje del riñón, cosa que hace que este riñón aparezca descendido y palpable, pero con una característica semiológica fundamental: ese riñón que se palpa en el flanco, *no puede ser reintegrado a la fosa lumbar*. Este es un elemento para mí de primordial importancia para el diagnóstico. Es perfectamente conocido que cualquier tumor renal puede traer aparejado el descenso del riñón, permitiendo su palpación en el flanco, pero, salvo los casos de tumores extraordinariamente grandes, el hecho del desplazamiento no impide la reintegración del tumor renal a la fosa lumbar. Pasa así con los neoplasmas, los quistes, etc. del riñón, y con mayor razón el riñón descendido. De modo pues, que el hecho de no poder reintegrar el riñón a la fosa lumbar, debe hacer sospechar que se está *frente a un riñón empujado* y precisamente en los casos que hemos estudiado se trataba de quistes hidáticos de lóbulo derecho del hígado a localización posterior.

b) El segundo aspecto se refiere a que *el rechazamiento del riñón hacia*

ajo, tiene como consecuencia también su rotación sobre el eje horizontal. El quiste hepático en su crecimiento empuja el polo superior renal hacia abajo y atrás; provoca el descenso y la rotación del riñón, de tal modo que el polo inferior de éste, muy aparente a la mano que palpa el abdomen, da la impresión de un riñón grande, y si no se está prevenido de esta situación, puede tomarse como tumor de riñón, lo que es sólo un riñón rechazado y rotado.

c) El tercer aspecto en que creo conveniente insistir, es la *poca movilidad respiratoria* de estos riñones desplazados, en contraste con la movilidad respiratoria siempre importante de los verdaderos tumores renales, o de la simple ptosis, siempre que no exista perinefritis que los fije, lo cual es por otra parte fácil de discriminar.

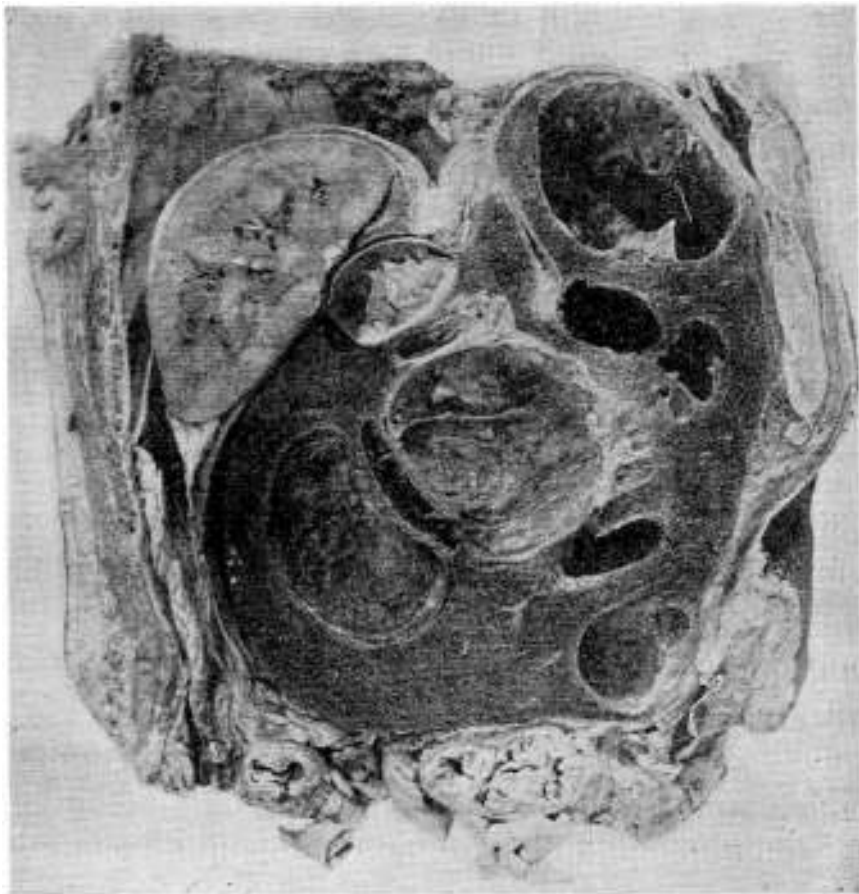
Y por último, deseo referirme a las deformaciones pielográficas de la pelvis renal en los quistes hidáticos del hígado. Dichas deformaciones, que no se ven precisamente en los casos de Q. H. de cara posterior del hígado, pero sí en los de cara inferior, a localización posterior, pueden ocasionar grandes dificultades para el diagnóstico, haciendo sospechar que se está frente a un proceso intrínseco, cuando en realidad se trata de una compresión.

Dr. DEL CAMPO. — Indudablemente que yo no tengo experiencia del orden de la que acaba de exponer el Dr. Chifflet, dado que eso representa el estudio de los quistes de la cara posterior del hígado, con un punto de vista que lo viene madurando él desde hace varios años. Conozco casos de desplazamiento de riñón y del uréter determinados por quistes hidáticos del hígado y voy además a presentar una pieza de autopsia de un sujeto fallecido en el Hospital Maciel, que fué a parar al Instituto de Anatomía, pieza que indudablemente le ha de interesar al Dr. Chifflet.

Frente a esta pieza me hacía las siguientes consideraciones: 1º qué pensaría un radiólogo frente a la deformación redondeada de la parte posterior del hemidiafragma derecho; 2º las dificultades de interpretación que tendría el cirujano, que utilizando el dato radiológico llegara a la supuesta tumoración utilizando no vías amplias, sino la vía estrecha que muy a menudo se utilizaba para abordaje posterior, y 3º, viendo ese pequeño quiste que estaba contra la cara interna del riñón, yo no tenía más remedio que recordar una observación comentada en la Sociedad de Cirugía por el Profesor Nario en la cual recuerdo que tiempo después de haber operado un quiste de la cara pósterosuperior del hígado y manteniéndose una fístula, al hacer la exploración de ese quiste, encontró que comunicaba con la pelvis renal. Un quiste hidático, de cara posterior de hígado, pudo, tomándose la libertad que tienen todos los quistes hidáticos para incorporar a su periquística, lo que está en la vecindad, evacuarse por la pelvis. Es un desplazamiento diferente del que describe el Dr. Chifflet, es hacia arriba, diferente por lo tanto de los desplazamientos hacia abajo que él ha citado, punto de vista sumamente interesante, que destaco, porque creo que todos nosotros debemos acompañarle en su estudio.

El otro punto a que yo me quería referir, era para acompañarlo en otro

punto de vista. Era respecto al abordaje de esos quistes hidáticos de la cara posterior, en lo cual coincido enteramente con el Dr. Chifflet, abordaje sobre el cual tengo alguna experiencia porque ya data de unos 8 ó 9 años que los vengo abordando por esa vía: primero, tímidamente y después en forma que me hace considerar como de elección a esta vía posterior a través de la 11ª costilla, a veces de la 12ª, o remontando ampliamente hasta la 10ª según como se presenten las circunstancias. Es una vía, como todas las



quirúrgicas, de vieja data. Creo que en el libro de Huard sobre abscesos hepáticos, la señala como publicada por Winckelmann en el año 1907 más o menos, pero el artículo de este autor yo no lo he conseguido. En la época que nosotros nos empezamos a formar en Cirugía, para abordar había la vía de Israel, demasiado alta, transpleural, y si no, el establecimiento de un colgajo. La vía de la 11ª o la de la 12ª (si uno puede disponer de ella es superior a la de la 11ª), la vía de la 11ª costilla aborda como lo dice Huard las tres

zonas a las que corresponde la 11ª: la zona pleural libre, alta, superior, la zona pleural media, y la peritoneal y sub peritoneal, por debajo. Esa vía yo la utilicé al principio con gran temor porque era para nosotros abordaje de drenaje, no de exploración, algo que nos parecía que debía ser con un fin determinado y con un diagnóstico estricto de localización, que falta en general en estos casos. Más adelante he utilizado la vía amplia, creo que es la vía que permite explorar perfectamente bien el espacio peri renal, la zona del hígado en la zona del ligamento coronario, e ir a la parte superior, y en esto me suscribo exactamente como el Dr. Chifflet.

Yo no sólo abordo por esa vía los quistes en los cuales clínicamente puedo afirmar que son posteriores, sino aquéllos quistes que clínicamente no se puede afirmar que son anteriores. Es decir, parto de la consideración que desde el punto de vista anatomo-quirúrgico grosero se puede dividir el lóbulo derecho del hígado en dos partes: un núcleo grande, redondeado, posterior solidario con las dos hojas del ligamento coronario, y una lengüeta que parte de ese núcleo, dirigida de arriba a abajo y de atrás hacia adelante. Los procesos que se desarrollan en esta lengüeta, ya sea hacia arriba, hacia el tórax o hacia abajo, en la cara inferior, son fácilmente individualizables o por la clínica o por la radiografía.

Cuando no se individualiza una situación anterior radiológicamente o clínicamente, es porque ésta es posterior y la vía de abordaje debe ser posterior. He seguido esta práctica desde el año 1939, la he seguido cada vez más firmemente y tengo el convencimiento que debe ser la vía de abordaje para estas lesiones. Lo he hecho para otros procesos también de cara posterior; me encuentro cómodo en esa vía hasta tal punto que podría decir que casi sistemáticamente en los quistes del hígado abiertos en los bronquios, o en vías de abrirse en los bronquios, que no muestren ser francamente anteriores, utilizo la vía posterior. La he utilizado hasta en los casos en que uno debe tener el máximo de contemplación para el enfermo. Hasta en un caso, por ejemplo, en que la enferma estaba con su capacidad de resistencia concluída por un proceso de supuración de más de 2 meses, en donde no se podía hacer más que anestesia local y en donde la enorme hepatomegalia levantaba el diafragma hasta la altura de la 4ª costilla y hacía descender el rígado 4 ó 5 dedos por debajo del ombligo y parecía ofrecer cualquier vía de abordaje, y sin embargo en ese caso abordé por la vía posterior, y no tuve que arrepentirme.

Dr. PRAT. — En la interesante comunicación de los Dres. Chifflet y Llopart, se pone de manifiesto un hecho interesante; me refiero a la abundante documentación radiológica para establecer la localización de los quistes hidatídicos posteriores del hígado. Destaco que presentan una documentación radiológica importante porque precisamente los cirujanos que hemos actuado durante mucho tiempo, no contamos ni poseemos la cantidad de películas o de placas, donde se observe la documentación de estos casos, en la que se ve la proyección del quiste sobre la cara posterior del hígado y desplazamiento del riñón.

Esto nos ha ocurrido porque clínicos y cirujanos no acostumbramos radio-

grafiar los quistes del hígado, examen que realizamos sólo en aquellos casos de gran dificultad diagnóstica.

Los Drs. Chifflet y Llopart se han preocupado de reunir y juntar material desde mucho tiempo ha, y es por eso que nos pueden presentar una documentación tan importante como numerosa, para poder establecer lo que quieren demostrar: que un quiste de la cara posterior del hígado no se puede tratar en buenas condiciones, si no se tiene diagnóstico preciso y si no se sigue la vía de elección para su abordaje. Ahí está el fundamento de la comunicación que nos presentan y que les ha permitido obtener resultados muy buenos. En ese sentido, esta comunicación constituye una enseñanza práctica orientada hacia el mejor diagnóstico y precisar la topografía de la lesión. Hemos comprobado la importancia del examen radiológico de los quistes hidatídicos del hígado pues desde que lo realizamos hemos encontrado frecuentemente con halo cálcico que facilita enormemente el diagnóstico hidático.

En resumen, la comunicación que comentamos al emplear la radiología para revelar los desplazamientos del riñón en el quiste, revela una enseñanza práctica porque puede precisar perfectamente el diagnóstico topográfico de la lesión.

En lo que se refiere a la vía de abordaje de estos quistes posteriores del hígado que desplazan el riñón, tengo una gran simpatía por esta vía. No la he realizado con frecuencia, pero debo sí decir, que en los quistes de la cara superior del hígado, en vez de seguir la vía clásica que nos había enseñado nuestro maestro el Dr. Lamas, la vía transtorácica, transpleuro diafragmática, porque comprobamos que ella nos satisfacía plenamente y entonces, he preferido la vía anterior resecando la 9ª costilla y yendo por vía parapleural levantando el saco pleural y que seccionando el diafragma, nos permite llegar al centro frénico y abordar y drenar estos quistes perfectamente.

Estas comprobaciones de mi experiencia me confirmaron que la vía parapleural es la vía de elección para tratar estos quistes de la cara ántero superior del hígado. Cuando era cirujano joven había tenido ocasión de inspirarse en la excelente obra de las vías biliares de Terrier y Auvray y ahí aprendí las técnicas de Siraud, Tartavez y Pacheco Méndez y así me hice un entusiasta de la vía para pleural.

Ese entusiasmo que tengo por la vía parapleural, explica mi interés por la técnica que preconizan Chifflet y Llopart que me parece excelente y que estoy decidido a aplicarla intensivamente.

Los comunicantes se han referido sólo al quiste hidatídico; he tenido un caso de gran duda diagnóstica entre perinefritis, quiste hidático y absceso hepático. En compañía de un distinguido urólogo lo operamos por vía posterior con resección de la 12ª costilla y levantamiento del saco pleural. Resultó un absceso hepático y se pudo tratar perfectamente, pero eso será motivo de una comunicación personal.

Dr. CHIFFLET. — No sé si el Dr. Llopart quiere hablar. En nombre de los dos, agradezco a los colegas que han hecho uso de la palabra. En lo que

se refiere al diagnóstico es interesante y creo que constará en el acta correspondiente lo que dijo el Dr. Cendán, de lo que puede contribuir el examen clínico de un riñón que no puede ser llevado de nuevo a su logia, a su primitivo lugar. No entramos en nuestro trabajo en ese aspecto del problema, conformándonos con hablar de riñón "empujado" y dejamos las consideraciones, que tan oportunamente ha señalado el Dr. Cendán.

En lo que se refiere a la observación del Dr. Del Campo es sumamente interesante el riñón levantado por el quiste hidatídico. Yo le pediría que sea publicado en el comentario del trabajo nuestro, como un documento interesante y sumamente sugestivo para hacer pensar: algunos ven una deformación de la cara superior del hígado y tienden a atribuir esa deformación a un proceso parasitario cuando en realidad en este caso era el propio riñón que empujaba para arriba el diafragma.

El problema que cobra más interés en esto, aparte del diagnóstico, es el de la vía de abordaje; uno tiene la impresión que el abordaje posterior estuvo dejado de lado por los cirujanos generales porque se jerarquizaba en muy poco la gran importancia de la región retro peritoneal. El cirujano en general, piensa en el vientre y parte peritoneal, y del retro peritoneo piensa sólo en el riñón. Lo que el cirujano descarta, el urólogo lo acepta: va por detrás mientras el cirujano general va por delante.

A consecuencia de eso hay disminución de la práctica de esa vía de abordaje, falta de comodidad por falta de experiencia corriente y la tendencia de solucionar problemas bastante posteriores por la vía anterior. Los trabajos que hay, y sobre todo los trabajos interesantes que cita el Dr. Del Campo del Dr. Huard ponen bien al punto todo lo que por vía posterior se puede hacer teniendo en cuenta la zona muda del espacio pleural no sólo del lado derecho sino del izquierdo donde Huard aconsejaba el abordaje del riñón y supra renal, y mismo para ir al propio bazo, que cree ser más fácil de extirpar posteriormente teniendo en cuenta su contacto posterior con la 10ª costilla.

Yo creo que hay 2 ó 3 intervenciones quirúrgicas que han venido un poco de actualidad y que han hecho que los cirujanos vayamos con más frecuencia por vía posterior: tal el abordaje de los abscesos sub frénicos por la técnica de Ochsner y de Bakey que ha entrado en la práctica corrientes y las operaciones simpático lumbares por la vía de Smithwick que al fin y al cabo no es muy diferente del resecado de la 12ª costilla y abordaje de la cara posterior del hígado.

Frente a ese hecho del remozamiento de esa vía posterior por parte de los cirujanos generales está el hecho del progreso de la Medicina en lo que se refiere a la colaboración. Yo creo que el cirujano general que trabaja en colaboración con un urólogo, un especialista de cualquier naturaleza, tiene más posibilidades de encontrar una vía de abordaje para procesos que aparentan ser de orden general, que quien vive aislado. Yo quiero agradecer por esta razón, personalmente, al Dr. Llopart su colaboración en este trabajo, pues sin él no se me hubiera ocurrido hacer nada en el estudio del riñón derecho.