

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Profesor Carlos Stajano

PERITONITIS BILIOHIDATICA AGUDA (Coleperitoneo y Coleperitonitis Hidática Aguda)

Dr. Walter R. Suiffet

Colaboración Anotomo Patológica, Dr. J. J. Scandroglio

Desde la clásica memoria de Dévé en 1902 sobre el coleperitoneo hidático, numerosas observaciones se han ido publicando en el correr del tiempo lo que ha permitido ir conociendo con mayor nitidez los distintos aspectos de esta afección. Pocos son sin embargo los casos bien documentados que se conocen de la forma aguda o sea la etapa inicial de la enfermedad, antes que el proceso crónico de limitación se haya constituido.

Es nuestro interés hacer conocer hoy a los colegas de la Sociedad de Cirugía, dos nuevas observaciones de la forma aguda del clásico coleperitoneo hidático contribuyendo así a engrosar la casuística nacional sobre el tema.

Hemos denominado nuestra comunicación, "Peritonitis Biliohidática Aguda" de acuerdo a la terminología que aconseja Del Campo (J. C.) para designar este tipo de proceso. Creemos como también insiste este autor en ello cuando se refiere a las formas crónicas, que es necesario emplear una terminología basada en la que se utiliza corrientemente en las afecciones de las serosas recurriendo sobre todo a los términos anátomo-patológicos comunes, pues es ésta la única manera de evitar el confusionismo en la identificación de los tan variados estados que siguen a la rotura de los quistes hidáticos en el peritoneo.

El concepto inicial de Dévé hacía del coleperitoneo hidático una entidad ante todo clínica, no teniendo en cuenta más que las colecciones biliosas no virulentas, clínicamente indolentes, apiréticas y de marcha crónica, sin hacer mención especial de las formas agudas.

Rodríguez Villegas en 1923 hace una división entre las formas de derrame biliar hidático y las clasifica en la siguiente forma:

Bilirragia intraperitoneal consecutiva a la rotura de quiste hidático.

- 1) Sépticas: Peritonitis agudas
- 2) asépticas:
 - a) Libre o enquistadas: Coleperitoneo.
 - b) Infectadas secundariamente a través del árbol biliar. Peritonitis subagudas.

Alsina en 1925 divide en tres formas clínicas el coleperitoneo y los llama:

- 1º Coleperitonitis hidática aguda.
- 2º Coleperitonitis hidática subaguda.
- 3º Coleperitoneo hidático.

cabiendo una distinción entre el coleperitoneo simple y supurado.

Dévé en 1928 hace notar que mismo en el coleperitoneo aséptico, existen siempre reacciones peritoneales de orden inflamatorio, en otros términos "peritonitis" y se pregunta todavía si los coleperitoneos hidáticos a evolución benigna y crónica hayan sido en todo momento bacteriológicamente asépticos. Cree por consiguiente conveniente aceptar, aún a riesgo de oscurecer y complicar su propia concepción del coleperitoneo, las formas de coleperitonitis hidáticas agudas y subagudas, sépticas primitivas o secundarias. Vendrían a agregarse estas formas a su clásica descripción del coleperitoneo hidático.

La distinción entre las formas agudas y crónicas creemos que es muy provechosa desde el punto de vista de la patología y de la clínica, por que permite conocer mejor los distintos estados evolutivos de esta enfermedad.

Podríamos resumir las distintas terminologías empleadas para clasificar estos procesos en la siguiente forma:

Peritonitis biliohidática aguda y subaguda

- a) aséptica (coleperitoneo hidático agudo y subagudo).
- b) séptica (coleperitonitis hidática aguda y subaguda).
 - primitivas
 - secundarias.

Las formas sépticas primitivas se originan por lo general en

la abertura de un quiste hidático supurado, en el peritoneo y las secundarias traducen generalmente la infección de una forma aséptica, a punto de partida en los canales biliares.

Las dos observaciones que nosotros comunicamos hoy corresponden a dos formas distintas de esta afección. El primer caso se trata de una peritonitis biliohidática aguda séptica, consecutiva a



OBS. 1. — Pared adventicial correspondiente a la parte profunda del quiste, en relación con el parénquima hepático. Infiltración purulenta, en medio de la reacción fibrosa que aísla algunas trabéculas hepáticas.

la rotura de un quiste hidático multivesicular de hígado probablemente supurado o sea una coleperitonitis hidática aguda. El segundo caso es una peritonitis biliohidática aguda aséptica, consecutiva a la rotura de un quiste hidático univesicular hialino del hígado, de origen traumático o sea un coleperitoneo hidático agudo traumático.

OBSERV. N° 1. — M. C. B. Edad 40 años.

Ingresa al Servicio del Profesor Stajano por un cuadro agudo abdominal e data de 3 días. Comenzó su enfermedad con dolores de hipocondrio de-

recho y vómitos; los dolores se irradiaron después transversalmente haciéndose difusos y generalizados a todo el abdomen. Irradiación franca al hombro izquierdo. Los dolores y vómitos persisten y por esa razón se la envía al Hospital. Antecedentes de dispepsia vesicular franca desde hace varios años. Nó es posible obtener más datos. *Examen*: Estado general muy grave facies toxico, ojerosa y deshidratada, lengua seca. Temperatura Ax. 37 2/5. Pulso 120, disneica.



CBS. 1. — Zona correspondiente al polo libre del quiste donde se ha producido la perforación de la adventicia.

Abdomen globuloso, poco móvil a la respiración. A la palpación dolor difuso generalizado más marcado en el epigastrio y en hipocondrio derecho; defensa generalizada que cede algo a las maniobras de palpación, dolor a la decompresión muy marcada. En hipocondrio derecho parece palpase una masa lisa y muy dolorosa cuyos caracteres semiológicos no se pueden precisar bien debido al dolor y a la resistencia parietal. Examen ginecológico muy dificultoso por el estado de la enferma sólo permite apreciar franco dolor en el fondo del saco del Douglas.

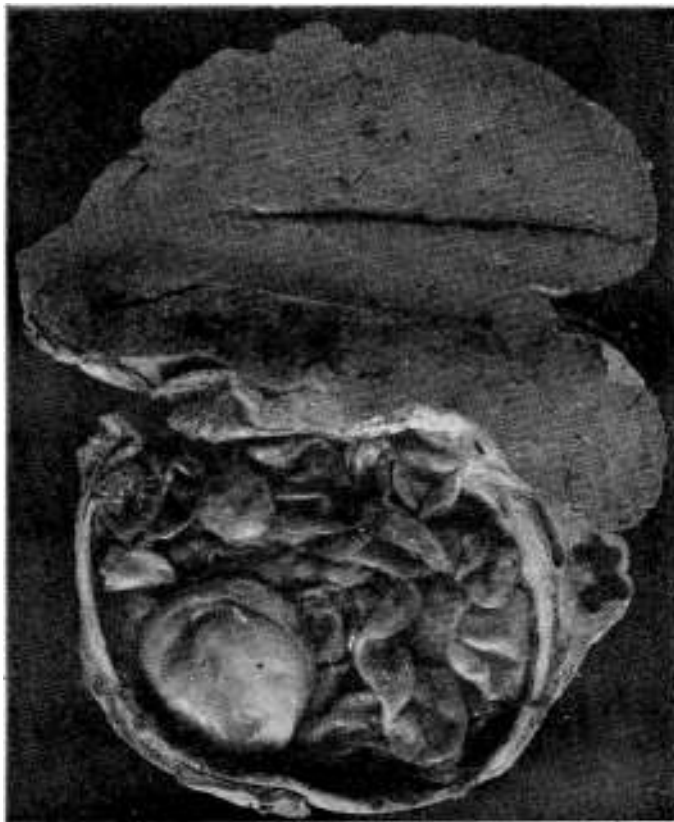
Se diagnostica síndrome peritonítico no pudiéndose precisar su origen. Se hace tratamiento general con objeto de mejorar el estado de la enferma pues su gravedad no permite ninguna terapéutica más activa. A pesar de las medidas de orden general la enferma fallece a las pocas horas habiendo sido imposible toda tentativa quirúrgica dada la seriedad del estado de la enferma.

Se practica necropsia informándonos al Jefe de Laboratorio de Anatomía

Patológica de la Clínica del Profesor Stajano, Dr. J. J Scandroglio lo siguiente:

Las consideraciones Anatómo-Patológicas del caso que estudiamos pueden ser esquematizadas de la siguiente manera:

El resumen del protocolo de autopsia correspondiente nos muestra que existe a nivel de la cavidad abdominal, dos litros de líquido marrón-



OBS. 1. — Sección transversal total siguiendo el plano sagital.
Quiste hidático multivesicular infectado, perforado. (a)

verdoso, turbio, teniendo en suspensión pequeñas membranas amarillentas así como numerosas vesículas quísticas, de tamaño muy variable, desde un garbanzo hasta una naranja grande. Son vesículas de pared transparente, amarillenta, con un contenido en parte cristalino en otras turbio. Algunas son de color rojo, asemejándose a una cereza. Ocupan todos los sitios de la cavidad abdominal, entre las asas delgadas las que aparecen en la parte central de la cavidad abdominal, de color rojo vinoso pegadas entre sí por falsas membranas de coloración amarilla.

El hígado está muy aumentado de volumen, presentando todo su lóbulo derecho de consistencia quística. Presionando sobre él, se escapan por su cara inferior, en una porción rodeada de falsas membranas, numerosas vesículas quísticas, acompañadas por un líquido turbio.

El estudio histológico muestra a nivel de la pared adventicial, más superficial, una marcada necrosis que se acentúa en las zonas próximas a la perforación, donde sólo se observa una falsa membrana fibrino purulenta en vías de necrosis.

La pared adventicial correspondiente al parénquima hepático, está más conservada en su estructura fibrosa, aislando islotes del parénquima hepático, que presenta un estado hipertrófico reaccional. Pero existe una evidente infiltración purulenta a polinucleares neutrófilos y piocitos que separa las bandas conjuntivas y que se acentúa en la superficie intra-peri-quística.

El parénquima hepático presenta fenómenos degenerativos del tipo de la tumefacción turbia y degeneración grasosa, señalando un estado de hepatitis, secundaria al proceso purulento periquístico.

Como conclusión de cuanto decimos anteriormente podemos afirmar que se trata de un quiste hidático de la cara inferior del hígado, supurado y perforado a nivel de su polo libre en plena cavidad abdominal. Esto ha provocado un derrame purulento biliar y un estado reaccional de la serosa de tipo inflamatorio fibrinoso con adherencias de las asas entre sí.

Es lógico pensar por otro lado que pese a no haberse encontrado comunicación entre la cavidad periquística y los canales biliares, ésta existe, como lo evidencia el contenido biliar de dicha cavidad y de la cavidad abdominal. — Firmado J. J. Scandroglio.

OBSERV. N° 2. — M. J. C. Edad 11 años. — Vemos este niño el día 14 de Noviembre de 1943 a la hora 14. Hace 18 horas cayó sobre el cordón de la vereda golpeándose en toda la región toraco-abdominal. Se quejó de dolor inmediato y tuvo vómitos. Pasó la noche con dolor en el abdomen sin determinar una zona más dolorosa y vomitó muchas veces en el transcurso de la noche. No tomó nada. Vómitos acuosos, al comienzo alimenticios sin sangre. Fué de cuerpo hace 15 horas, bien, sin sangre. Hoy de mañana hace 5 horas aparece erupción urticariana generalizada. *Antecedentes:* Procedencia Dpto. de Rivera, está en Montevideo desde hace 6 meses. No hay antecedentes importantes anteriores. Sarampión hace 1 año, Tétanos hace 7 años.

Examen: Estado general regular. Pulso chico 140 y rápido. P. A., 8 ½ — 5. Vaquez. Fascies congestivo y con erupción urticariana en toda la cara. Conjuntivas inyectadas con vasos dilatados. Lengua húmeda y limpia. Despejado, erupción urticariana de los miembros superiores. Coloración rosada violácea de las manos y 1/3 inferior de antebrazos y pies, con permanencia de la zona de isquemia a la presión. Abdomen móvil a la respiración pero uniformemente doloroso. A la palpación defensa generalizada con una predominancia a hipocondrio derecho lo que impide palpar el hígado. Dolor franco a la decompresión, exquisito dolor en el Douglas, no ocupado. Percusión, sonoridad discreta en hipocondrio derecho. No hay sonoridad prehepática. Base de tórax ensanchado a derecha, con ligero levantamiento de

ese reborde costal. Dolor en los espacios intercostales bajos. Fosas lumbares completamente libres e indoloras. Ligera diastasis de los rectos. *Tratamiento:* Se le hace suero fisiológico y corteza renal I. V. Adrenalina 2 c.c. S. C. A la hora P. A. 9 — 5 ½. Pulso mejor. Abdomen igual. Dolor más neto en hipocóndrio derecho.

Radioescopia tórax y abdomen: Diafragmas móviles, derecho en la inspiración profunda, hace una deformación hemisférica. No hay neumoperitoneo; Derrame intraperitoneal abundante, opaco. Discretos gases en colon, sin niveles *Ex. Sangre:* Leucocitosis = 24.000. Glób. R. = 4.600.000. Hemoglob. 94 %. V. Glób. 1. P. Neutr. = 95.0 %. P. Eosin. = 0.5 %. P. Basóf. = 0.0 %. Grandes monon. y formas de transic. = 1.0 %. Linfoc. y Med. Monon. = 3.5 %.

Se diagnostica: Contusión de abdomen con lesión visceral pensándose que se trate de una ruptura intraperitoneal de quiste hidático hepático. Ha desaparecido la urticaria. Onda líquida abdominal, macidez desplazable.

INTERVENCION: Eter CO². Paramediana derecha transrectal, sale líquido bilioso que se recoge para examen. Enorme derrame intraperitoneal libre de líquido bilioso (2 a 3 litros). Hígado con gran desgarró en cara inferior parte posterior correspondiente a una zona de adventicia hidática, que llega hasta el borde externo de la vesícula biliar. Desgarro de unos 6 a 7 centímetros de diámetro. Membrana hidática entera con un desgarró de unos 10 centímetros dentro de la cavidad adventicial. Se extrae la cavidad adventicial, ocupa casi todo el lóbulo derecho, llegando hasta cara posterior y superior. Limpieza y éter dentro de ella. Secado. No hay restos parasitarios ni vesículas hijas. Tubo grueso y cierre parcial de adventicia. Biopsia de adventicia. Exploración hepática. Quiste chico del tamaño de una mandarina en cara superior vertiente posterior cerca del ligamento coronario. Vesícula tensa, vías biliares s/p.

Se limpia en lo posible la cavidad peritoneal. No hay elementos hidáticos grandes. Eter en ella. Drenaje del Douglas. Mecha subhepática y cierre por planos. Eter en la pared. Agrafes.

El examen del líquido peritoneal recogido en el acto operatorio no permitió observar elementos hidáticos. El examen directo mostró glóbulos de pus y glóbulos rojos. El examen bacteriológico realizado por investigación directa y cultivo hasta las 48 horas es completamente negativo. Contiene bilis. El examen anatomopatológico practicado por el Dr. J. J. Scandroglío mostró una adventicia fibrosa de aspecto normal sin lesiones hemorrágicas ni inflamatorias. El postoperatorio inmediato fué excelente instalándose una bilirragia abundante por el drenaje del quiste que llegó algunos días hasta 500 grs., el tubo del Douglas se retira al 3er. día. Como persistiera la bilirragia se le practican tubajes duodenales con instalaciones de sulfato de magnesio y luego se le pasa por la sonda duodenal bilis obtenida del drenaje del quiste recogida asépticamente y filtrada. A los 15 días ha desaparecido totalmente la bilirragia y se le da de alta a los 45 días de operado con su herida completamente cicatrizada. Durante el año 1944 se le hacen tres series de antígeno hidático.

En noviembre de 1944 hace un cuadro agudo pleuro pulmonar de base derecha que cede rápidamente. Existe una deformación radiológica del diafragma derecho en su parte posterior que creemos corresponda al quiste encontrado durante la intervención anterior y que no fué tratado. Se decide intervenirlo por vía posterior previa resección de la décima costilla derecha en su parte posterior y provocación de adherencias en la pleura. A pesar de varias tentativas de punción y nueva exploración radiológica no pudimos evacuar el quiste dejando cerrar su herida y siendo dado de alta. En el momento actual el estado general es excelente no existe la más mínima manifestación de siembra peritoneal.

La exploración clínica y radiológica no demuestra alteraciones hepatodiafragmáticas ¿cuál ha sido la evolución del quiste de cara superior de hígado reconocido en la primer intervención y que no pudimos encontrar en la segunda? No podemos decirlo y solo la observación de este enfermo nos mostrará su evolución.

En nuestro medio no son muchas las observaciones que han sido publicadas en estas formas agudas de los derrames biliohidáticos del peritoneo. Pérez Fontana en 1932 publica las observaciones de Armand Ugon y Canton. Posteriormente Etchegorry en 1940 comunica a nuestra Sociedad un caso de coleperitoneo hidático agudo traumático, siendo ésta la primer observación de este tipo publicada en nuestro país. Agregamos nosotros dos casos más a los ya conocidos con la particularidad que el segundo de ellos se trata de un niño de 11 años. Según Pérez Fontana hasta 1932 no se habían publicado observaciones de peritonitis biliohidáticas agudas en el niño; sería ésta la primera. Posteriormente nuestro colega y amigo, el Dr. E. Anavitarte trató un caso similar cuya historia nos relatará luego de esta comunicación. No nos extenderemos en demasía sobre los múltiples aspectos de esta afección.

Las causas de la ruptura en nuestros casos es bien evidente. El primero se trataba de un quiste alterado probablemente supurado y en su adventicia se encontró una infiltración purulenta evidente y lesiones alterativas que llegan a una marcada necrosis en las zonas vecinas a la ruptura. Todo esto explica el porque de la ruptura espontánea. No encontramos en nuestro segundo caso ninguna lesión adventicial ni similares a las anteriores ni las de tipo hemorrágico como las encontradas por Larghero en un caso de peritonitis hidática aguda por ruptura espontánea de quiste hidático de hígado. Es importante hacer resaltar este hecho por-

que en nuestro segundo caso la ruptura fué de tipo traumático lo que le da valor al hecho de las lesiones previas adventiciales en los casos de ruptura espontánea. Es interesante realizar sistemáticamente la biopsia adventicial pues podría ser éste un elemento de juicio para determinar la importancia del traumatismo en la ruptura. Etchegorry plantea este problema en su caso en el cual debió informar del punto de vista legal, sobre la responsabilidad de la persona que originó el trauma a continuación del cual se produjo la ruptura.

Ya nos hemos ocupado en otra oportunidad de las rupturas aisladas adventiciales en los quistes hidáticos, lo que ha venido a confirmar la hipótesis de Dévé de las rupturas hidáticas en dos tiempos. La presencia de lesiones hemorrágicas, degenerativas o inflamatorias a nivel de la adventicia hidática, que han sido vistas en algunos casos de ruptura espontánea, son factores que predisponen a ésta. En cambio en nuestra Observación N° 2 donde la causa de la ruptura fué evidentemente traumático no existían lesiones adventiciales. Creemos como Etchegorry que este aspecto es muy interesante tanto del punto de vista de la patología y de la clínica como también del punto de vista legal. El estudio de la adventicia puede ser útil para aclarar este punto y veremos si tenemos nuevas oportunidades de hacerla en estos casos, permitiéndonos así confirmar o deshechar esta hipótesis.

No insistiremos sobre los distintos aspectos clínicos de la afección de por sí ya muy conocidos y que no tenían nada de particular en nuestros casos.

En el tratamiento de nuestro segundo caso siguiendo las normas generales tratamos el derrame biliohidático y la causa, el quiste roto.

La bilirragia intensa en este caso se continuó en el postoperatorio en forma inmediata. La membrana era blanca y limpia como la de los quistes intactos por lo que pensamos que la bilirragia se haya establecido inmediatamente de roto el quiste y que el origen de ella debía de estar en algún canal biliar de diámetro apreciable de la adventicia. Es evidente que en este caso la bilirragia se produjo luego de la ruptura del quiste, sobre todo teniendo en cuenta que el accidente fué de origen traumático, y se trataba de un quiste hialino limpio sin sufrimiento anterior. Dévé ha emitido la hipótesis que la bilirragia se origina en los vasos biliares de la

adventicia hepática una vez que se evacúa el quiste. Confirmaría esta opinión los casos conocidos de peritonitis biliar consecutiva a la ruptura de la adventicia y caída de la hidátide íntegra a la cavidad peritoneal (Rodríguez Esteban y Loubejac). (Orihuela).

En la primera observación, en cambio, las lesiones encontradas nos hacen pensar que se trataba de un quiste ya alterado, supurado y con bilis en su interior antes de abrirse.

Resumen: Se presentan dos casos de complicaciones intraperitoneales agudas por ruptura de quiste hidático hepático. Se hacen algunas consideraciones sobre la terminología a emplear en estos casos así como sobre las causas y las consecuencias de este accidente.

BIBLIOGRAFÍA

- DÉVÉ (F.) — Des cholerragies internes consecutives a la rupture des Kystes hidatiques du foie et plus specialement de la cholerragie intraperitoneale. (Choleperitoine hidatyque). *Revue de Chirurgie*, 22, Vol. 2, 1902. Pág. 67.
- DEL CAMPO (J. C.). — Abdomen agudo. Editorial Sindicato Médico. Montevideo, Uruguay. Año 1940, pág. 221.
- DEL CAMPO (J. C.). — Sobre las peritonitis crónicas de origen hidáticos con o sin bilis. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*. XI, 1940, pág. 192.
- RODRIGUEZ VILLEGAS (R.). — Coleperitoneo hidático. *La Semana Médica Argentina*. 1, 1923, pág. 963.
- ALSINA (A.). — El coleperitoneo hidático y las formas clínicas de los derrames quísticos biliosos en la cavidad peritoneal. *Prensa Médica Argentina*, XII, 1926, pág. 1021.
- DÉVÉ (F.). — Modalités anatomo-cliniques et formes residueles du choleperitoine hidatyque. *Revue de Chirurgie*, 66, 1928, pág. 288.
- PEREX FONTANA (V.). — Quistes hidatídicos rotos en el peritoneo y sus membranas de enquistamiento. *Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo*. XVII, 1932, pág. 687.
- ETCHEGORRY (F.). — Coleperitoneo hidático agudo traumático. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*. XI, 1940, pág. 181.
- LARGHERO IBARZ (P.). — Peritonitis hdática aguda por ruptura de quiste hidático del hígado en el peritoneo. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*. XI, 1940, pág. 177.
- SUIFFET (W.). — Ruptura aislada de la adventicia hidática hepática con retención de la hidátide íntegra. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*. XIV, 1943, pág. 545.

- DEVE (F.). — Rupture spontanée d'un kyste hydatique du foie dans l'abdomen. Hydatopéritoine. *La Prensa Médica Argentina*, XIX, 1932, Pág. 659.
- RODRIGUEZ ESTEBAN (C.) y LOUBEJAC (A.). — Equinococosis primitiva heterotópica del abdomen. *Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay*, IX, 1938, pág. 215.
- ORIHUELA (J.). — Consideraciones sobre un caso de rotura espontánea de la adventicia de un quiste hidático del hígado, seguido de coleperitonitis difusa y de aborto del huevo hidático entero en el peritoneo. *Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo*, XX, 1935, pág. 344.
-