

QUISTE HIDÁTICO CALCIFICADO DE HIGADO
FORMAS FISTULIZADAS (*)

Dr. José Suárez Meléndez

Como contribución al estudio del tema tratado en la sesión conjunta de las Sociedades de Cirugía y Anatomía Patológica, aportamos cuatro observaciones clínicas de quiste hidático calcificado de hígado, que habiendo sido tratado quirúrgicamente por quistostomía, pasaron a constituir la forma fistulosa.

OBSERVACION N° 1. -- Ficha 936. (Servicio del Prof. Stajano). L. M. de C., 24 años. Casada. De Soriano. Ingresó el 23 de noviembre de 1938, por trayecto fistuloso de hipocondrio derecho. Fué operada en Mercedes, hace 10 meses, de quiste hidático supurado. Estuvo 5 meses con tubo, supurando abundantemente; continuó en la misma forma después de retirar el tubo.

Antecedentes: s/p. *Examen.* Buen estado general, apirética. Mucosas bien coloreadas. *Abdomen.* En hipocondrio derecho presenta una cicatriz paramediana, de 8 cms., con un orificio en el centro, que drena pus cremoso. A la compresión lateral, muy dolorosa, sale pus en abundancia, se entreabre el orificio y se pone grueso tubo dando salida a unos 50 cc. de pus. Explorado el trayecto, tiene una longitud de 8 cms. y se tocan calcificaciones en la pared. *Radiografía* simple de hígado: imagen de calcificaciones intrahepáticas del tamaño de una naranja.

Tratamiento. Desde el primer día se hacen lavados de la cavidad con solución Dakin, evacuando abundante pus. Examen bacteriológico del pus: estafilococos. A los 7 días el contenido de la cavidad se ha modificado: la secreción es sero-mucosa.

Intervención (Dic. 1° de 1938). Dr. Abel Chifflet, Dr. Mernies, Pte. Jau-mandreu. Anestesia general, éter. Se reseca el trayecto fistuloso, con una incisión en casquete. Se agranda el orificio de la cavidad y se explora, comprobándose la calcificación completa de la adventicia. Por maniobra digital se desprenden fragmentos de las calcificaciones, extirpándola con pinzas; algunos de los fragmentos tienen aspecto osificado. Taponamiento de la cavidad con una compresa en forma de mecha.

(*) Presentado en la sesión del 4 de setiembre de 1946.

Post-operatorio. (Dic. 24). Por el trayecto vienen escamitas calcificadas. La longitud del trayecto es de 8 cms. Se deja mecha. (Dic. 28). Ya no vienen trozos calcificados al retirar la mecha, pero en el fondo de la cavidad se toca una costra calcárea, que no puede desprenderse. Se comienzan los lavados diarios de la cavidad con solución Dakin. (Enero 12 de 1939). El estado general es excelente. Persiste sin eliminarse la costra del fondo del trayecto. Pasa a policlínica a continuar las curaciones. *Evolución posterior:* La herida cicatrizó perfectamente. Examinada años después por el Prof. Chifflet, presentaba un excelente estado general.

OBSERVACION N° 2. — Ficha 1398. (Servicio del Prof. Stajano). D. R. de R. 59 años. Uruguaya, casada. Del Dpto. de San José. Ingresó al H. Pasteur el 22 de diciembre de 1939 por un quiste hidático calcificado de hígado. El 14 de enero de 1940 es intervenida por el Dr. Abel Chifflet y Pte. Musso; se practica quistostomía, comprobando un enorme quiste de lóbulo derecho, con calcificaciones de la adventicia, multivesicular con membrana y vesículas muy alteradas. En el post-operatorio ha drenado abundantes vesículas hijas y magma hidático teñido en bilis. A los 15 días pasa a policlínica, con tubo fino de drenaje, debiendo volver cada 4 días a curarse. *Reingresa* el 26 de abril de 1940 (3 meses después) con hemorragia profusa del trayecto. Síndrome de anemia aguda. La hemorragia persiste 4 días. Se pone tubo en la fistula, evacuando el contenido hemorrágico y purulento, muy fétido. Se hacen lavados intraquisticos con solución Dakin y suero fisiológico. Mejora. A los 5 días hace una pequeña hemorragia que obliga a suspender los lavados durante 3 días. Se continúa después lavando la cavidad diariamente y evacuando pus muy fétido (colibacilos).

2ª *Intervención.* (Junio 18 de 1940). Dr. Abel Chifflet. Pte. Solsona. Pte. Caprario. Anestesia: éter. Debridamiento y ampliación del trayecto fistuloso. Viene una oleada de pus cremoso, muy fétido. Gran cavidad con paredes calcificadas y tabiques duros. Se extirpan coágulos y numerosos trozos calcificados de adventicia, que se desprenden por maniobra digital y con cureta y se retiran con pinzas. Drenaje de la cavidad con 2 compresas de metro y grueso tubo.

Post-operatorio. — En los primeros días se cambia la curación externa, muy mojada con líquido sanguinolento. El estado general es bueno, apirética. A los 17 días se retira el tubo y las 2 compresas. Drena abundantemente, salen numerosos restos de adventicia calcificada. Al final viene bilis. Nueva mecha y tubo. Al 24º día, al retirar las mechas y el tubo, se comprueba la existencia de una *fistula gastro-hepática*, evacuando por la herida restos alimenticios y abundantes líquidos. Se rellena completamente la cavidad con 3 compresas, sin tubo. Ocho días después, el estado general es bueno, las curaciones están mojadas. Se sacan las mechas poniendo otras tres compresas. En los días y meses sucesivos se continuó taponeando la cavidad con mechas, que al retirarlas, daban salida a restos alimenticios. La piel se digería por el jugo gástrico tratándola por aplicación de albúminas locales. Finalmente, en diciembre, a los 6 meses de la intervención, la herida estaba cerrada. En

octubre de 1942, la enferma concurre al Servicio, con excelente estado general y gorda. Una radiografía simple de vientre, mostró una calcificación intra-hepática.

OBSERVACION N° 3. — Ficha 2800 (Servicio Prof. Stajano). P. V. 61 años. Uruguayo. De Mercedes. Ingresó el 20 de agosto de 1941, por fístula epigástrica post-operatoria. Operado en julio de 1940 en el Hospital de Mercedes, por quiste hidático supurado de hígado. Mantuvo un tubo de drenaje hasta mayo de 1941, fecha en que es sometido a nueva intervención, quedando en cama 20 días. Como no cerraba el trayecto y se le consideró incurable, decide su viaje a Montevideo, ingresando al Servicio.

Examen. Abdomen con cicatriz mediana supraumbilical, con orificio fistuloso de 1 cm. de diámetro. No es posible cateterizar el trayecto más allá de 3 cms., comprobándose la presencia de calcificaciones. Drena escaso pus. No se palpa hígado. Radiografía simple de hígado: sombra calcificada en parte alta y anterior de abdomen. Radiografía de estómago y duodeno: s/p. *Reacción de Casoni:* positiva. *Reacción de Weimberg:* positiva. Eosinofilia 10 %.

Tratamiento. Se inicia el tratamiento dilatando el trayecto con laminarias.

Intervención (Setiembre 2 de 1941). Dr. Chifflet, Dr. Suárez Meléndez. Pte. Guasque. Anestesia general, éter. Incisión circundando el trayecto fistuloso, se aborda la parte calcificada. Debridando a dedo, se extirpan láminas calcificadas y se curetea la cavidad, que presenta divertículos. Dos mechas en la cavidad. Crin en la piel, estrechando la herida operatoria, alrededor del drenaje.

Post-operatorio. Excelente. Al retirar las mechas no ha sangrado. A los 23 días, alta con la herida completamente cicatrizada. En mayo de 1942 lo hemos vuelto a ver perfectamente bien.

OBSERVACION N° 4. — Ficha 5360. J. M. O. 55 años. Oriental, Las Piedras. Ingresó a la Sala 21 del Hospital Pasteur en febrero de 1942, por fístula de región epigástrica que data de 7 años. Había sido operado en 1935 en el H. Maciel (Sala Navarro) por quiste supurado de hígado. Estuvo con tubo 8 meses, siendo dado de alta con una fistuleta, que ha tenido alternativas de oclusión y abertura, con rezumamiento sero-purulento.

Examen. Buen estado general. *Abdomen.* En epigastrio, cicatriz mediana de 5 cm. con orificio fistuloso, a dos traveses de dedo del xifoides, drenando exudado sero-purulento. Piel circundante normal. El trayecto apenas admite una sonda acanalada que se dirige hacia arriba y a la derecha, sus paredes son calcificadas, la profundidad es de 7 cms. No se palpa hígado. Resto del vientre s/p.

Tratamiento. — Dilatamos el trayecto con laminarias durante 48 horas. Después de la segunda laminaria, tiene dolor y fiebre por retención. Alcanzada una dilatación suficiente, se lava la cavidad y se coloca sulfanilamida en suspensión y tubo. Al 3er. día con una pinza de Pean, desprendemos placas calcificadas, extrayendo los fragmentos. Se rellena la cavidad con polvo

de sulfanilamida. En los días sucesivos no se encuentran más calcificaciones libres. La herida se oblitera progresivamente y a los 30 días es dado de alta, completamente cicatrizado, indicándole volver a los 20 días.

Evolución posterior. — A los 2 meses del alta, la piel del epigastrio tiene el aspecto habitual de las cicatrices.

Consideraciones. — Las cuatro observaciones precedentes, tienen aspectos comunes. En una *primera etapa* de quiste hidático con calcificación adventicial y a contenido alterado o supurado, la quistostomía ha mejorado el estado general y el sufrimiento del enfermo. En una *segunda etapa*, queda establecida una fistulización, con rezumamiento persistente durante meses o años.

Esta fistulización de los quistes hidáticos calcificados de hígado, drenados, es frecuente y constituye la secuela casi obligada mientras no se llenen ciertas condiciones fundamentales.

Según el contenido evacuado se distinguirán tres formas clínicas: 1º) Las *fístulas purulentas o sero-purulentas*, que constituyen un verdadero achaque. El fundamento anatómico de esta supuración es la persistencia de una cavidad séptica, por la rigidez de la pared adventicial calcificada, que impide el colapso o el relleno. Mientras no se suprima la septicidad del foco y se destruyan las barreras calcificadas, abriendo puertas al tejido de granulación sub-adventicial el rezumamiento sero-purulento perdurará. 2º) *Formas hemorrágicas* (Observación N° 2). Son formas complicadas, en que la hemorragia aparece espontáneamente o en el curso de maniobras intraquísticas. Tienen como substrátum anatómico el desprendimiento de la adventicia calcificada, con abertura de un vaso o un lago sanguíneo de la corona vascular de Escudero, situada en la capa externa de la adventicia. La hemorragia puede ser profusa, como en el caso presentado, poniendo en peligro la vida del enfermo y obligando al taponamiento. 3º) *Formas con bilirragia*: Responden a un mecanismo similar, por abertura de lagos biliares neoformados, en medio del tejido conjuntivo de neo-formación sub-adventicial, que configuran esa "corona canalicular biliar" descrita por Ardao. En general acompaña o sigue a la hemorragia, como en la observación N° 2, porque los lagos sanguíneos (fuente de hemorragia), subsisten con los lagos biliares (fuente de bilirragia). Se cohibe rápidamente, facilitando el drenaje del árbol biliar por sondeo duodenal o colagogos y rellenando la cavidad con aceite de oliva estéril.

El *diagnóstico* de la calcificación adventicial se plantea clínicamente ante el establecimiento de la fístula. La exploración intraquística con sonda metálica o pinza evidencia las placas calcáreas. La radiografía simple de hígado confirma en todos los casos la calcificación intrahepática. La radiografía lipiodolada, rellenando la cavidad, muestra su tamaño y forma.

En el *tratamiento* de estas formas hidatídicas se han tenido presente dos directivas: 1º) *Aseptizar la cavidad*, favoreciendo la evacuación de su contenido purulento o necrosado. La quistostomía inicial, es una operación de necesidad, en el quiste supurado o alterado, con sus favorables consecuencias inmediatas de orden local para el órgano parasitado y de orden general para el organismo infectado o intoxicado. En la etapa de fistulización, con estrechamiento progresivo del trayecto y persistencia de una cavidad residual, más o menos amplia, favorecemos el avenamiento mecánico dilatando previamente con laminarias la brecha externa. El drenaje postural y los lavados de la cavidad con líquidos anti-sépticos facilita la evacuación de ese magma adventicial. Con el advenimiento de los sulfamidados y el Dettol tenemos mejores recursos para la aseptización del foco. 2º) La segunda directiva terapéutica es la *extirpación de la adventicia calcificada*, suprimiendo un factor que actúa como cuerpo extraño séptico y como caparazón rígida que sostiene una cavidad. La maniobra de *exco-leación interna* realizada en las tres primeras observaciones por el Prof. Chifflet, han permitido la curación. Esta técnica tiene su fundamento anatómico. La adventicia mortificada y calcificada, tiende a excluirse espontáneamente del resto del órgano por un *surco de eliminación*. El desprendimiento espontáneo de la adventicia en el post-operatorio de quistostomías, en formas no calcificadas de hidatidosis hepática, es un hecho bien conocido, sobre el cual fijaran la atención Chifflet y Musso. El surco de eliminación de la adventicia calcificada se delimita tanto mejor cuanto más involucionado es el proceso. Nuestra observación N° 4 es un ejemplo evidente; una fístula de 7 años es posible curarla por simple maniobra de exco-leación interna, en la misma cama del enfermo, sin riesgo alguno, extirpando laminillas calcáreas sépticas. No es forzosamente necesaria la extirpación total de la adventicia. Aseptizando el foco, extirpando los fragmentos total o parcialmente desprendidos, se abren las vías al tejido de granulación del ambiente hepático, que rellenará la cavidad. En las

cuatro observaciones presentadas han persistido fragmentos calcificados, muy adheridos, aseptizados, evidenciados radiográficamente, que se mantienen en el parénquima hepático, con la misma latencia que tantas otras calcificaciones.

Cuando la excocleación interna se practica en casos subagudos, insuficientemente involucionados, como en la observación N° 2, no deja de ser una intervención riesgosa. Es que en tales circunstancias, no sólo es incompleta la delimitación del plano de clivaje. Otros dos hechos anatómicos están presentes: 1°) Las coronas angiomatosa y biliar están ampliamente constituidas e ingurgitadas, ofreciendo la complicación operatoria de la hemorragia y la bilirragia. 2°) Las adherencias del plano externo adventicial a los órganos huecos vecinos, creando vinculaciones íntimas que exponen al cirujano a la abertura visceral. La *tendencia terebrante espontánea*, por natural evolución de proceso adventicial, acrecienta el peligro y obliga al cirujano a tener presente la topografía exacta de las vísceras huecas desplazadas, con frecuencia, por la hepatomegalia.

Resumen

La curacion de las fistulizaciones de quiste hidático calcificado de hígado se ha obtenido mediante la *excocleación interna*, procediendo en dos etapas:

1° Aseptizando la cavidad. Dilatación del trayecto con laminarias, drenaje postural, empleo local de antisépticos o bacteriostáticos, lavado del magma adventicial.

2° Extirpación de la adventicia calcificada por maniobra de excocleación interna, siguiendo el plano de clivaje del surco de eliminación de la adventicia.

Dr. Prat. — Voy a referirme a los cuatro casos de quiste hidático calcificados, presentados por el Dr. Suárez Meléndez.

Estos casos han sido tratados y curados por la intervención quirúrgica; uno de ellos, con una simple extracción de las sustancias calcáreas de su interior.

El concepto general que surge de esta comunicación, es que la complicación de la calcificación y fistulización, parece representar una evolución benigna, dado que los pacientes pudieron ser curados muy fácilmente con una operación de quistotomía y enucleación de la adventicia. Esto, a pesar de que la opinión general que existe y de la que uno participa, no es de una benignidad y simplicidad tan grande, teniendo todos los cirujanos gran temor y prevención a esta calcificación, sobre todo cuando se agrega la infección.

Tenemos que reconocer que en estos casos, se ha obtenido un éxito brillante y que se ha resuelto el problema muy fácilmente, sin tener que ir a la extracción de la pared, porque tenemos la seguridad de que ella presenta gran cantidad de vasos sanguíneos, sobre todo venosos y biliares, que exponen a la infección y bilirragia, en el período post-operatorio. Pero hay que rendirse ante la evidencia: con una operación mínima, han sido curados perfectamente los cuatro enfermos presentados en esta comunicación.

Como lo ha hecho el Dr. Suárez Meléndez, sería conveniente que todos los socios, traigamos nuestra casuística de quistes hidáticos calcificados a esta tribuna y entonces podríamos formar una estadística nacional, con todas las observaciones de equinocosis calcificada, pudiendo así presentar un conjunto de observaciones bastante interesante.

Cuento en mis archivos con una serie de observaciones, pero otras ocupaciones muy urgentes no me permiten ocuparme de este tema; pero puedo adelantar, que en cuanto termine el Congreso de Cirugía, tendré mucho gusto en traer mi experiencia a esta tribuna. El aporte de estas observaciones va a ser seguramente la iniciación de otras comunicaciones muy interesantes también.

Dr. Suárez Meléndez. — Yo agradezco la intervención del Sr. Presidente y deseo destacar lo siguiente:

Estos 4 casos forman parte de un conjunto de observaciones de quistes hidáticos calcificados de hígado recopiladas del Servicio del Prof. Stajano y algunas cedidas en servicios amigos. Hoy presentamos sólo cuatro observaciones de las formas llamadas "fistulizadas", tratadas por "excocleación interna". No es el caso de los quistes supurados o abiertos en vísceras vecinas, etapas que alguno de ellos ha pasado. Consideramos aquellas formas que habiendo sido tratados por quistostomía, pueden fistulizarse, durante meses o años, siendo un achaque para el enfermo. Pero lo que tenemos interés en llamar la atención es que esas formas pueden ser curables y, por lo tanto, no deben considerarse incurables como se había hecho en alguno de los casos presentados.

Estas formas pueden ser curables siguiendo las directivas señaladas para extirpar la adventicia calcificada, que ofrece un surco de eliminación, y teniendo presente las adherencias a vísceras vecinas y los riesgos de abrir los lagos sanguíneos.

Ya que el Sr. Presidente nos pide que traigamos a esta tribuna todas las observaciones de enfermos comparables o de formas calcificadas totalmente distintas, con tratamiento quirúrgico o sin él, formas supuradas o asépticas, casos en que se ha llegado a un feliz resultado o aquellos desfavorables, todos los cuales serán de útiles enseñanzas, yo prometo aportar diversas observaciones con las consideraciones que me merecen.

Dr. Prat. — Yo mismo les ruego nuevamente, que traiga el aporte de sus comunicaciones, para entonces poder realizar la estadística nacional completa.