

*LA HIDATIDOSIS HEPATICA ES UNA AFECCION
HEPATO - BILIAR (*)*

Dr. Abel Chifflet

La larva del *Echinococcus Granulosus* es el agente causal de la Hidatidosis o Equinococosis Hidática. El volumen considerable del parásito, dominante en el proceso y en la escena clínica, conduce a la noción de que la enfermedad es el parásito y de que el tratamiento de la Hidatidosis es la evacuación de la larva. Constituye este concepto un error que pretendemos evitar estudiando la verdadera enfermedad que está constituida por todos los fenómenos del organismo parasitado.

Dejemos de lado los fenómenos de orden general y las resultantes de la reacción periparasitaria (adventicia) para ocuparnos solamente de la viscera que aloja al parásito. Con este nombre tomamos el conjunto de hígado y vías biliares extrahepáticas, unidos por la embriología, por la anatomía y por la fisiología. Los procesos patológicos, las manifestaciones clínicas y las directivas terapéuticas se ajustan a esta misma noción de unidad entre la glándula hepática y los canales excretores y así debemos estudiarlos.

I. Topografía del parásito.

El hígado, desde el punto de vista morfológico y topográfico debe ser considerado como una gruesa esfera alojada en la base del tórax, con un agregado que en forma de visera se extendiese hacia la izquierda continuando su cara superior y hacia abajo, continuando su cara anterior y luego su cara externa. Esta parte periférica que llamamos el orillo tiene una topografía franca-

(*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 30 de julio de 1947.

mente abdominal (epigastrio, hipocondrio derecho, flanco derecho) y las hidátidas allí desarrolladas, lo hacen con las particularidades del quiste peritoneal. Se presenta fácil al diagnóstico y al tratamiento y en su evolución es más probable que origine una complicación abdominal (ruptura en peritoneo o en víscera hueca) que una seria repercusión sobre la víscera parasitada.

Los quistes del cuerpo del hígado o quistes tóraco abdominales evolucionan sin dar manifestaciones clínicas hasta que aparecen las resultantes de la reacción periparasitaria o visceral. Son estos quistes los que ensombrecen las estadísticas operatorias, en parte por las dificultades de su abordaje, pero más aún por las modificaciones no siempre bien tratadas del aparato hepato-biliar. Veamos lo que enseña la patología y la clínica para plantear el concepto terapéutico.

II. Patología.

Son muy variados los mecanismos por los cuales se producen fenómenos hepatobiliares en la Hidatidosis Hepática. Anotemos los siguientes:

- 1º) Acción refleja, nerviosa.
- 2º) Fenómenos alérgicos.
- 3º) Extensión del proceso adventicial.
- 4º) Pasaje al árbol biliar.
- 5º) Influencias recíprocas de hígado y vías biliares.

1 y 2. — Los fenómenos reflejos y alérgicos constituyen elementos indiscutibles como provocadores de trastornos funcionales, que a su vez pueden originar ulteriormente lesiones orgánicas. Son hechos conocidos la cesación de los cólicos hepáticos de la Hidatidosis por la medicación hidática (Graña) y los trastornos funcionales en las vías biliares de los parasitados (Varela Fuentes, Cendán, Piaggio Blanco). Deben responder al mismo mecanismo las congestiones hepáticas agudas, dolorosas, acompañadas de ictericia, que se encuentran en los antecedentes de la niñez de los parasitados. En pleno período de estado es frecuente la producción de tales empujes congestivos. La repetición de estos fenómenos provoca en definitiva un aumento de volumen del hígado, llevando a veces la masa del órgano, excluido el parásito, a un peso superior a un 30 ó 50 % del peso normal (Chauffard). Y el

estudio histológico de este hígado grande muestra que no se trata siempre del fenómeno de hipertrofia compensadora sino de la inversión lobulillar propia de los hígados congestivos.

3º La extensión del proceso activo adventicial se hace por los canales biliares y a lo largo del tejido conjuntivo de los espacios interlobulillares. La participación infecciosa aumenta el proceso, que puede adoptar una forma rápidamente extendida o tener una marcha lenta y progresiva.

La extensión aguda es a veces de poca intensidad y no pasa de provocar estados que lindan con los originados por fenómenos reflejos o alérgicos. Pero cuando adquiere mayor importancia puede originar procesos supurados, difusos (hepatitis, angiocolitis, colecistitis, coledocitis) o localizados (abscesos múltiples del hígado).

La extensión lenta del proceso adventicial se produce en dos formas: como abscesos periféricos que se extienden excéntricamente o como esclerosis que en forma variada va invadiendo el parénquima hepático.

El proceso disgregante, en su progresión llega a la periferia del hígado y no se detiene allí. Provoca adherencias y sigue en las estructuras vecinas, provocando nuevos abscesos. Es a veces un absceso subfrénico anterior o retroperitoneal, otras veces en el espesor del diafragma (Ardao) o en la pleura o en pleno tejido pulmonar. Mientras el proceso se extiende, el parásito puede estar quieto en su logia, pero las líneas débiles que se constituyen por correspondencia de abscesos, forman el camino que han de recorrer los restos parasitarios en el espesor del hígado o fuera del órgano.

El proceso de esclerosis va ahogando el parénquima noble y al tomar apoyo en la cápsula del órgano, lo retrae, deformándolo y achicándolo.

La lentitud del proceso destructor del parénquima, en la forma supurada o en la esclerosa permite el desarrollo de tejido hepático normal en otras partes del órgano, no originándose así ningún déficit funcional. Pero se constituyen deformaciones del hígado que es necesario conocer. La zona parasitada es pobre en parénquima hepático, tomando en conjunto una consistencia mayor y una forma sensiblemente esférica como corresponde a la

forma del quiste. La suma del volumen del parásito al resto del parénquima periparasitario es a veces en esa zona superior al volumen correspondiente de un hígado normal, pero a veces no. La evacuación del parásito, por vías naturales o quirúrgicamente, dejará en definitiva una deformación importante que a veces interesa todo un lóbulo.

Las zonas alejadas del quiste, libres de los procesos de retracción y destrucción del parénquima, y excitadas en su desarrollo por los empujes congestivos citados más arriba, toman un volumen muy superior al normal. Contribuyen así a dar al órgano en su conjunto formas caprichosas y a presentar zonas de especial desarrollo que debemos conocer. Nos interesa llamar la atención sobre tres puntos; el lóbulo izquierdo, la cara superior del derecho y la lengüeta descendente en el flanco derecho.

La extensión del proceso adventicial en todas las formas que hemos mencionado no sólo se produce en presencia del parásito sino que se puede encontrar después de haberlo eliminado. Es decir que el proceso evolutivo de la adventicia no detenido puede continuar provocando fenómenos hepáticos de cierta jerarquía como lo comprueba la clínica, años después de una operación.

4º El pasaje al árbol biliar de estructuras adventiciales o de elementos parasitarios es un fenómeno que consideramos sumamente frecuente. En los quistes intactos, a contenido hialino, es frecuente ver en la superficie externa del parásito manchas verdes que responden a canales biliares abiertos contra la cutícula y en el acto operatorio es posible ver salir por dichos canales bilis. A la luz de los trabajos de Lasnier y Cassinelli surge la posibilidad de exfoliación cuticular y el pasaje a la vía biliar de tales películas parasitarias.

El envejecimiento del parásito, con la multivesiculación y la ruptura de la membrana madre, deja en franca comunicación la vía biliar con la cavidad adventicial. El pasaje de bilis a dicha cavidad es un hecho de observación diaria. El pasaje de elementos hidáticos al árbol biliar, a que nada puede oponerse, está confirmado por la frecuente existencia de un nivel líquido en la documentación radiográfica y por nuestras comprobaciones operatorias en la bilis vesicular. Hemos encontrado en efecto, en enfermos

sin ningún síntoma de sufrimiento biliar y sin ningún proceso vesicular, que tal bilis contenía elementos hidáticos.

Los enfermos operados, con bilirragia en el postoperatorio dan paso, por la misma abertura canalicular que mantiene la curación mojada en bilis, a contenido del quiste hacia el árbol biliar. Así o muestra la radiología utilizando líquidos opacos inyectados en la cavidad residual y los demuestra claramente el estudio de las variaciones de la bilirragia condicionada por las variaciones del flujo biliar al duodeno. Sobre estos hechos hemos basado la terapéutica racional de las fistulas biliares. En fin, enfermos operados y considerados como curados, mantienen con frecuencia una cavidad residual, en comunicación con el árbol biliar y en el cual descargan en forma variable su secreción o sus restos.

El pasaje al sistema biliar de elementos hidáticos o adventiciales sumado a los procesos que resultan de la extensión del proceso adventicial y a los fenómenos reflejos y alérgicos y en fin a la repercusión sobre el árbol biliar de los sufrimientos parenquimatosos contribuyen a provocar numerosos fenómenos en las vías biliares extrahepáticas.

La obstrucción coledociana por membranas hidáticas constituye una forma bien definida de influencia del quiste hidático sobre el árbol biliar. La infección de colédoco y vesícula, con ser menos llamativa, la observamos a veces, cuando se procede al examen sistemático de las vías biliares. La litiasis biliar acompañando al quiste hidático es un hecho que se observa bastante a menudo. Consideramos que la colesteatosis (vesícula fresa) es mucho más frecuente en los parasitados que en las personas normales. En fin, los trastornos funcionales del Oddi y de la vesícula constituyen fenómenos frecuentes en la hidatidosis. Varias veces hemos encontrado grandes vesículas de estasis al abrir el vientre y se ha producido la total contracción al evacuar el quiste.

En los antiguos operados por quistes hidático son frecuentes estos mismos procesos biliares. Piaggio Blanco, describió las disquinesias en los antiguos operados y nosotros hemos observado muy a menudo las infecciones, litiasis y colesteatosis. Es decir pues, que el concepto de enfermedad constituida por el parásito y que cura con su extracción debe dar lugar al concepto de enfer-

medad hepato biliar provocada por el parásito que exige un apropiado tratamiento del hígado y las vías biliares.

III. Clínica.

Las manifestaciones clínicas de la Hidatidosis Hepática deben ponerse en dos partes: las que dependen de la presencia del parásito como masa y las resultantes de su acción sobre el organismo. De estas últimas dejemos por hoy, las correspondientes a la enfermedad general y a la reacción periparasitaria para ocuparnos solamente de las dependientes de la víscera parasitada. Su importancia, en la clínica es muy grande, conduciendo al concepto de que en cualquier manifestación hepato-biliar en un enfermo de nuestra campaña, debe investigarse la parasitosis hidática.

1) **Trastornos digestivos.** — La dispepsia de tipo vesicular es un fenómeno tan frecuente en el Quiste Hidático del Hígado que integra la sintomatología corriente hecha clásica por Chauffard. Las diarreas de origen biliar son también frecuentes. Ninguno de estos síntomas han provocado la curiosidad por saber el mecanismo de su producción en la Hidatidosis, aunque resulta evidente que pueden traducir un fenómeno de origen hepato biliar.

2) **Síndrome doloroso puro.** — Mucho se ha escrito sobre este punto, girando sobre la denominación inoperante de Pseudo litiasis biliar. Dejemos en efecto, de lado los numerosos inconvenientes de esta designación, para decir solamente que ella ha canalizado la preocupación de los investigadores hacia la búsqueda de un mecanismo que actúe en forma similar a la litiasis. Se perdió de vista así el concepto global que hace considerar a todo hidático como un hepato-biliar, el cual puede tener intensos dolores por cualquiera de los motivos que se encuentran en un parasitado (trastorno funcional, elementos hidáticos en la luz biliar, infección biliar, litiasis, etc., etc.).

3) **Congestiones hepáticas.** — Las hepatomegalias agudas, dolorosas, constituyen una de las manifestaciones que con frecuencia llevan al enfermo a la consulta. El tratamiento hace regresar en parte el cuadro clínico, es entonces que el médico debe saber buscar el quiste para evitar que en otro empuje se produzca una complicación.

4) **Infecciones hepatobiliares.** — La infección en la adventicia, llevando a la supuración provoca a veces la transformación purulenta del contenido del quiste, sin acompañarse de ningún fenómeno hepato biliar. El enfermo sin signos generales de infección, se presenta como un simple parasitado y es el cirujano que al abrir el quiste se encuentra sin haberlo previsto, con líquido purulento.

Otras veces el parásito se mantiene normal, con contenido hialino y el proceso infeccioso adventicial se extiende en hígado y vías biliares originando así cuadros clínicos infecciosos generales, a veces graves, y de topografía variable (hepatitis, angiocolitis, colecistitis). El acto operatorio sorprende al mostrar un quiste no supurado.

La concomitancia de supuración hidática y hepato biliar, constituye el cuadro completo. El médico frente a la infección hepato biliar, que domina la escena clínica, debe saber buscar la hidatidosis y debe sobre todo saber adaptar su camino terapéutico al concepto de variabilidad del proceso en juego.

5) **Obstrucción coledociana.** — El cuadro típico de obstrucción coledociana no es frecuente en la hidatidosis hepática. Su presencia debe hacer pensar sin embargo en esta enfermedad. El estudio clínico y el Laboratorio pueden conducir al diagnóstico de obstrucción por membranas, pero no hay que olvidar que la litiasis coledociana no es rara en la Hidatidosis y que tal proceso invita también a buscar el quiste hidático.

6) **Procesos vesiculares.** — La existencia de tan variables procesos biliares en la equinocosis hace que frente a cualquier fenómeno vesicular el médico deba buscar el quiste hepático. En nuestra casuística constituye un porcentaje importante los casos de colecistectomizados por litiasis en otros servicios que luego han seguido sufriendo y su estudio ha mostrado la existencia del quiste.

7) **Hepatomegalias crónicas.** — El aumento de volumen de la masa hepatoquística constituye una de las manifestaciones más salientes de la equinocosis. En las localizaciones en el cuerpo del hígado, la parte palpable del órgano puede presentarse en varias formas:

a) **Hígado liso, no doloroso, de consistencia norma.** — Corresponde a los fenómenos analizados más arriba y donde se intrincan los factores congestivos e inflamatorios. La forma de la zona palpable es variable, pudiendo aparecer como una hepatomegalia regular o como hipertrofias regionales (lóbulo izquierdo, lengüeta parieto cólica, etc.).

b) **Hígado liso, tenso, doloroso.** — Resulta de empujes congestivos o inflamatorios sobre un hígado ya agrandado. Puede ser extendido a todo el territorio palpable o limitado a un sector. En ese caso aparece la masa hepática tensa y dolorosa, en el curso de un estado infeccioso, simulando un absceso o quiste hidático supurado. Hemos designado la situación con el nombre de "lóbulo traidor" pues como tal se ha comportado algunas veces, induciendo al cirujano a ir sobre él en busca del pus.

c) **Hígado liso, duro, no doloroso.** — Los empujes repetidos de congestión hepática conducen a la cirrosis del lóbulo afectado y después de cierto tiempo, el hígado es duro, firme, a contornos netos.

d) **Hígado irregular.** — Hemos estudiado estas formas con el nombre de máscara neoplásica. Se trata habitualmente de personas de edad, con estado general precario por larga evolución de la parasitosis y de los sufrimientos hepatobiliares, anémicos y desnutridos, que se presentan con un hígado grande, duro, en cuya superficie se reconocen irregularidades (esclerosis, abscesos angiolíticos, adherencias, etc.).

8) **Ictericias.** — Terminando este breve repaso de los fenómenos hepatobiliares en el quiste hidático, es fácil comprender como el síndrome ictericia, puede aparecer en un parasitado por mecanismos muy diferentes. El clínico debe buscar el quiste en cualquier ictericia en un enfermo de nuestra campaña, desde los casos de la más típica ictericia catarral hasta aquellas en que todo conduce a pensar en un neoplasma que obstruye las vías biliares.

IV. Tratamiento

En el quiste joven, no alterado, tal como se le encuentra en el orillo o parte abdominal del hígado, donde la adventicia es pobre en procesos evolutivos y no hay repercusión hepato biliar,

el tratamiento puede ser la simple evacuación del parásito con cierre de la cavidad adventicial. El estado del hígado y de las vías biliares conducirá a su tratamiento independientemente de la acción sobre el quiste, recordando sin embargo que los fenómenos funcionales suelen regresar con la sola evacuación del parásito.

En los quistes alterados, como sucede habitualmente con los quistes del cuerpo del hígado, el cierre de la adventicia puede provocar una rápida recuperación del enfermo, pero esa recuperación es una aparente curación. En efecto, el proceso patológico periparasitario y hepato biliar queda en marcha y conducirá muy a menudo dentro de un tiempo variable a fenómenos de gravedad diversa. El cuerpo extraño resultante de la mortificación parcial de la adventicia y la cavidad residual que persiste, son factores que contribuyen a mantener el estado evolutivo de adventicia y víscera.

Los hechos observados en la clínica que confirman esta opinión de que el operado de un quiste hidático del cuerpo del hígado con cierre de la adventicia sigue siendo un enfermo son los siguientes:

1) Pseudo quistes biliares resultantes del relleno a tensión de la cavidad adventicial.

2) Procesos supurados que pueden interesar solo la adventicia o rellenar de pus la cavidad adventicial (absceso post hidático) o extenderse al hígado y vías biliares originando cuadros de alta gravedad.

3) Aberturas secundarias de la cavidad al exterior originando fístulas rebeldes.

4) Disquimesias biliares, responsables a veces de serios trastornos clínicos.

5 Litiasis vesicular y coledociana.

La supresión de la adventicia constituiría la solución de los problemas ligados al proceso patológico regional, pero esta operación que presenta habitualmente en el quiste del cuerpo del hígado, serios inconvenientes, no es la solución total de la situación del enfermo, porque deja sin actuar sobre los procesos hepáticos y biliares que acompañan la lesión peri parasitaria.

El drenaje de la bolsa adventicial es el tratamiento más lógico y así lo demuestra la experiencia. Permite la salida al exterior de todos los restos parasitarios y adventiciales y de la secreción de la adventicia, que en el quiste cerrado harían su camino por el árbol biliar. La persistencia de una fístula de origen adventicial, por desagradable que sea, siendo el testimonio de un proceso que continúa, constituye una situación más favorable para el enfermo que la fistulización oculta hacia el árbol biliar. Basta ver lo que sale por esas fistulas para comprender el resultado de su pasaje por las vías biliares intra y extrahepáticas.

En las adventicias muy enfermas, con gran participación hepática y canalicular, el drenaje de la cavidad adventicial es de gran beneficio para la recuperación hepática porque disminuye la tensión biliar. Favorece además, al drenar bilis, la curación de los procesos canaliculares. Estos beneficios sobre el hígado y las vías biliares no son tan importantes como lo serían si el corrimiento biliar se hiciese siguiendo la dirección de la circulación normal de la bilis. Por ese motivo consideramos indispensable en los enfermos con participación hepática o canalicular, practicar además del drenaje del quiste el drenaje de la vía biliar extrahepática.

Este drenaje, precedido de una buena exploración y evacuación de su contenido patológico (membranas o cálculos), puede ser hecho por el colédoco o por la vesícula, de preferencia por esta última. La colecistostomía mejora sensiblemente el estado del árbol biliar, beneficia la recuperación de la célula hepática, permite el lavado del árbol biliar extrahepático por coledococclisis da posibilidad de controlar en cualquier momento el estado del colédoco por la colangiografía, y sobre todo pone en nuestras manos el mejor instrumento para actuar en la forma deseable sobre la secreción biliar de la quistostomía.

V. Epílogo

Lo expuesto nos permite expresar en pocas líneas nuestra posición respecto a ciertas denominaciones de la nosología corriente.

1) **Pseudo litiasis biliar.** — Es una denominación que se aplica a una manifestación sintomática del Quiste Hidático del Hígado (forma dolorosa). Responde a causas variadas y discuti-

bles. Los beneficios que resultan de esta denominación son para el diagnóstico, ya que le recuerda al clínico que debe pensar en el quiste hidático frente a un cólico hepático. Pero el beneficio en la orientación diagnóstica pierde jerarquía cuando se piensa que al sobreestimar ese síntoma se borra el concepto fundamental de que frente a cualquier manifestación hepática o canalicular hay que pensar en el quiste hidático. Por otra parte la denominación "Pseudo litiasis biliar" no es origen de ninguna sugestión sobre la conducta terapéutica.

2) Quiste hidático abierto en vías biliares. — Corresponde al síndrome de obstrucción del árbol biliar provocado por elementos hidáticos. Esta definición clínica no armoniza con la realidad anatómica enunciada en la letra de la designación. Ni armonizará jamás, dando así origen a continuadas e improductivas discusiones, puesto que no existe exacta superposición del hecho anatómico con la manifestación clínica.

En el terreno del diagnóstico diremos que esta entidad nosológica ha conducido a pensar en la Hidatidosis frente a síndromes obstructivos, pero que su gran ascendiente dentro de la terminología corriente, provoca muchos desconciertos cuando el enfermo no se presenta en la forma típica de la obstrucción coledociana. Por esa razón preferimos suprimirla de nuestras fórmulas y adoptar la denominación anatómica o clínica especial a cada caso, dentro del gran capítulo de manifestaciones hepatobiliares en la hidatidosis.

En fin, no se si el tratamiento de los enfermos ha beneficiado o no de los derechos de ciudadanía de esta entidad nosológica. Pero puede decirse que en el momento actual, la directiva terapéutica basada en el concepto de que la hidatidosis es una enfermedad hepato biliar, sólo encuentra perjuicios en el enfoque unilateral del cuadro anatomo clínico así designado.

3) Quiste hidático calcificado. — Esta denominación, que dice que el quiste está calcificado es errónea y conduce a un concepto de quietismo patológico que es perjudicial. La parte parasitaria del quiste puede estar viva y fértil dentro del saco adventicial calcáreo. Y la propia adventicia, presenta habitualmente intensos fenómenos evolutivos en su periferia.

Calcificación en la adventicia hidática. — Es la denominación anatómicamente exacta, denominación que da al radiólogo la posibilidad de expresar fielmente lo que ve en la placa y sobre todo que permite al cirujano orientar su acción terapéutica en vistas al estado del proceso evolutivo circunvecino y no por el hecho circunstancial de la calcificación.

4) Quiste hidático supurado. — La supuración en un enfermo con quiste hidático del hígado puede estar en tres partes diferentes, provocando cada una un cuadro clínico propio, frente al cual hay que aplicar una directiva terapéutica especial. Hay que dar a cada una de ellas un nombre apropiado.

La supuración de la adventicia puede no ir acompañada de supuración hepato biliar ni de transformación purulenta del parásito. Puede ser difusa o bajo forma de absceso y producirse en un parasitado o en un antiguo operado.

La hepatocolangitis parahidatídica es el proceso que se extiende al conjunto hepato biliar y puede ser muy intenso y grave, conservándose a veces el parásito absolutamente normal.

El absceso hidático o transformación purulenta del parásito puede existir sin ninguna manifestación clínica general ni hepato biliar de infección y sin procesos supurados viscerales.

Resumen

1º) Topografía. — El hígado, desde el punto de vista patológico y operatorio debe ser dividido en dos partes: el orillo, que se comporta como órgano peritoneal y el cuerpo, metido en la base del tórax cuyos procesos van a la complicación visceral.

2º) Patología. — La Hidatidosis es la enfermedad resultante de la parasitosis hidática. Está constituida por fenómenos generales, viscerales y peri parasitarios. Los fenómenos periparasitarios y viscerales tienen jerarquía dominante en el conjunto patológico en los quistes del cuerpo del hígado.

3º) Clínica. — Cualquier sintomatología hepática o canicular debe conducir a la investigación de la hidatidosis. Todo enfermo con quiste hidático del hígado debe ser estudiado de su glándula hepática y de sus vías biliares extrahepáticas.

4º) **Tratamiento.** — Toda operación por quiste hidático del hígado debe ser completada por la exploración y tratamiento correspondiente del hígado y vías biliares. Toda operación sobre vías biliares debe, en su etapa de exploración, buscar un posible quiste hidático y hacer el tratamiento que corresponde.

5º) **Nosología.** — Las denominaciones “Pseudo litiasis biliar” y “Quiste hidático abierto en vías biliares” deben ser abandonadas. La denominación “Quiste hidático calcificado” debe ser reemplazada por “Calcificación en la adventicia hidática”. La denominación “Quiste hidático supurado” debe desaparecer y dar lugar a tres denominaciones de más precisión anatómica y de utilidad clínica y terapéutica.

Supuración de la adventicia.

Absceso hidático.

Hepato colangitis parahidática.

Dr. Yannicelli. — Quería hacer una pregunta al Dr. Chifflet: si dentro de las ideas que él ha trazado en cuanto a que la hidatidosis hepática es una enfermedad hepato-biliar, del parénquima y árbol biliar, si el drenaje de los quistes hidáticos del hígado debe hacerse sistemáticamente, en todos los casos, cualquiera que sea su localización y tamaño.

Dr. Chifflet. — Lo único que yo tendría que responder a la pregunta del Dr. Yannicelli, es volver sobre mi lectura. Hice constar que los quistes hialinos sanos que no tienen un proceso adventicial constituido, que seguramente no iban acompañados de proceso hepático y canalicular, al hacerse en esos casos la extirpación del parásito y cierre de la adventicia, con abandono debe explorarse la vía biliar, explorarse visualmente y por la palpación y frente a una sospecha de lesión vesicular, debe tratarse independientemente de la lesión quística. No se si me expreso bien: el quiste hialino, único, sin complicación, habitualmente no provoca lesión hepática ni canalicular que justifique una intervención quirúrgica sobre las vías biliares.

Dr. Del Campo. — Quiero señalar aquí que no es posible dejar pasar así, sin comentar la comunicación del Dr. Chifflet que representa el trabajo de una serie de años y con puntos de vista que ha ido perfeccionando hasta el momento actual; punto de vista en el cual lo acompaño plenamente, insistiendo en algunos detalles cuando se presente la ocasión.

El Dr. Chifflet ha definido muy bien los tres aspectos del quiste hidático; es indudable que en la comunicación él dice que el quiste hidático es una afección hepato-biliar; de la misma manera podría haber afirmado que el quiste hidático es una afección local y lo dijo también como en el principio de la comunicación que es una afección general.

Los tres aspectos pueden encontrarse en diferentes enfermos; él llama la atención sobre uno de los aspectos; es muy interesante y lo ha estudiado muy a fondo. Lo importante y esa debe ser la preocupación del Dr. Chifflet es saber cuando el quiste hidático deja de ser una enfermedad local para ser una enfermedad hepato-biliar y lo importante también es diferenciar en ese concepto de enfermedad hepato-biliar en la cual vuelvo a repetir, lo acompaño plenamente, aquello que puede corresponder al hígado en sí y aquello que corresponde a complicaciones derivadas de la comunicación del quiste hidático con la canalización biliar.

Una cosa es que el hígado se enferme porque el quiste se abra en las vías biliares; en ese caso indudablemente las vías biliares llevan o transforman la patología del quiste hidático y a su vez el quiste hidático transforma la patología o la fisiología de las vías biliares, vertiendo en las vías biliares elementos agresivos del punto de vista biológico y agresivos del punto de vista mecánico. Este aspecto, en la forma que lo ha expuesto el Dr. Chifflet, no sería nada más que una simple disquisición médico-filosófica, si no fuera seguido de consecuencias prácticas. Durante mucho tiempo, nosotros, en presencia de un quiste hidático, que no mostrara una obstrucción de la vía biliar nos limitábamos pura y exclusivamente a tratar ese quiste hidático. Desde el punto de vista que sostiene el Dr. Chifflet y que a mi modo de ver es importante eso de encontrar un quiste hidático con una comunicación con la vía biliar lleva a hacer una exploración del árbol biliar, como mínimo, como primer tiempo. La significación del término abertura en las vías biliares es amplia. En una comunicación a nuestra Sociedad yo reconocía tres situaciones en las que se podía decir que el quiste estaba abierto en las vías biliares: 1) comunicación simple de las vías biliares con la cavidad adventicial o con la cavidad quística, sin pasaje de elementos hidáticos a las vías biliares; 2) en caso de pasaje sin detención, y 3) en caso de obstrucción de las vías biliares por los elementos hidáticos. En aquel tiempo yo estaba inclinado a reservar la atención a este último punto aunque estudiándolo con el nombre de obstrucción hidática de las vías biliares. En el momento actual no veo bien el límite entre una situación y otra y creo que debe hacerse esa exploración total de vías biliares. Yo no lo acompaño en lo del drenaje de la vía biliar por colecistomía cuando no se encuentran elementos patológicos en la vía biliar porque tengo cierto concepto sobre las consecuencias de la colecistomía: creo que una vesícula relativamente sana que se drena termina en la mayoría de los casos en ser una vesícula enferma y por lo tanto drenar una vía biliar que no muestra lesión para evitar futuras lesiones es provocar a su vez y por otro mecanismo, una futura lesión. Pero de todas maneras la práctica puede modificar los dos puntos de vista, son dos concepciones que están sujetas a los resultados de las tácticas operatorias. El Dr. Chifflet sigue en ese caso, una; yo sigo otra; el tiempo puede ser que nos haga cambiar a uno de los dos. Conviene seguir viendo resultados de esa práctica.

La otra cosa que es interesante es la siguiente: si además de ser una enfermedad hepática por la comunicación del quiste con la vía biliar, no es también una enfermedad hepática por acción directa sobre el parénquima hepático. Varias veces, por ejemplo, me han llamado la atención en estos últimos tiempos, las repercusiones del quiste hidático en diferentes vísceras del organismo: recuerdo haber visto un quiste hidático esplénico en la cual la fórmula sanguínea era la de un síndrome Baritiano, indicando que el parénquima esplénico había sufrido las consecuencias del quiste hidático; probablemente por hipertensión venosa o por cualquier otro mecanismo. Pero indudablemente ese bazo ya no era un bazo normal.

En el parénquima hepático, limitándonos a la localización que trata el Dr. Chifflet, podría señalar dos casos interesantes: en uno se trataba de un quiste hidático abierto en vías biliares; aun varios días antes de la intervención expulsó dos vesículas hidáticas (hidatidemesis). En el acto operatorio esas vías biliares se encontraron edematosas, edema de la vesícula biliar, edema del pedículo hepático; la vesícula biliar fué abierta a pedido del cirujano Profesor Pasman que presenciaba la operación encontrando la mucosa sana; la vesícula sana, no fué drenada. En este caso, sin embargo, el edema podía ser debido por el pasaje a través de las vías biliares de los elementos hidáticos.

En el otro caso se trata de un quiste hidático operado con diagnóstico de supuración hepática; no había ningún elemento que hiciera hacer el diagnóstico de quiste hidático supurado. Había solo elementos de presunción grande. En el acto operatorio se encuentra un hígado edematoso y una cavidad de paredes rugosas como corresponde a supuraciones hepáticas; es después del tamizado del contenido purulento de la colección que se demostró que era un quiste hidático, al quedar flotando sobre la gasa 20 ó 30 vesículas hidáticas marchitadas.

Ese enfermo tenía un hígado tan grande sin haber una obstrucción biliar, que salimos del acto operatorio afirmando que debía tener un quiste hidático del lóbulo derecho. Ese enfermo fué visto 20 días después y reafirmamos la presencia del quiste hidático en lóbulo derecho del hígado, del cual decíamos, cuando entre en mayoría debe ser operado. Ese enfermo se fué de alta con un hígado chico, habiendo desaparecido todos los fenómenos edematosos. Si nosotros vamos más allá todavía, comprobamos en otras localizaciones fenómenos edematosos. Por ejemplo en el pulmón lo hemos visto; tenemos un caso reciente de reacción en el pulmón del lado opuesto, como hay reacciones pleurales controlaterales del quiste hidático.

Es decir que hay además de la acción canalicular, acciones del parásito sobre el resto del parénquima que justifican plenamente, lo que acaba de afirmar el Dr. Chifflet, cuando dice que el quiste hidático del hígado es a partir de cierto momento una enfermedad hepato-biliar. Lo felicito por la dedicación que ha puesto al punto, por el examen metódico y profundo que ha hecho en los múltiples aspectos de la enfermedad hidática.

Dr. Chifflet. — Me siento obligado a agradecer en términos muy especiales la atención que ha tenido el Profesor Del Campo con motivo de mi comunicación, cosa que hago con gran satisfacción.

En lo que se refiere a los problemas que plantee, estoy de acuerdo sobre indicación de colecistostomía en determinado momento. La resolución no puede ser dada por reglas fijas ni puede haber una tendencia mayor o menor a hacer colecistostomías y drenaje del árbol biliar y posiblemente la experiencia ulterior y el análisis detenido de los casos llegue algún día a precisar los que deben ser drenados sistemáticamente o aquellos en que puede evitarse el drenaje. Puede ser que yo disminuya algún número de drenajes biliares o que él aumente un poco y que en definitiva lleguemos a estar en la misma posición, dado que en el fondo del problema existe acuerdo.
