

*CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA ADVENTICIA EN  
LOS QUISTES HEPATICOS DRENADOS (\*)*

*Dr. Héctor A. Ardao*

Este estudio tiene interés anatómico y clínico. El proceso histológico de la reparación cavitaria es complejo y del punto de vista clínico, frente a la persistencia de la fístula el médico procede casi siempre de la misma manera: esperar y continuar el drenaje.

Es útil analizar los factores que impiden la cicatrización de la adventicia porque ayudan a pensar en lo que está pasando en el hígado y en la cavidad de los quistes largamente drenados.

La adventicia hidática considerada por muchos como una membrana capsular envolvente similar a otras reacciones orgánicas de cuerpo extraño comienza a ser considerada en forma distinta.

Los clínicos y cirujanos comprobando que es el nexo por el cual conviven dos individuos de especies zoológicas distintas han señalado a su nivel reacciones locales de orden vascular y más propiamente dichas anafilácticas.

Se han señalado, además, reacciones generales del mismo orden anafiláctico a punto de partida del foco residual de quistes el hígado con parásito muerto o en los que el parásito había sido eliminado.

Estos hechos importan tanto como la evolución anatómica de la cavidad del hígado en los quistes evacuados a los que se coloca un tubo de drenaje al exterior.

Hay quistes así tratados que al cabo de unas pocas semanas

---

(\*) Esta comunicación fué leída en la Sesión del 30 de Julio de 1947.

curan. Es decir no drenan más y se cierra definitivamente el trayecto.

Otras veces la fistulización externa se hace crónica y el trayecto se cicatriza al cabo de meses o años o no se cicatriza jamás. Hay fístulas hidáticas definitivas y esto es conocido por todos.

A menudo el tubo da bilis al exterior en forma continua o discontinua. A veces con aumentos intermitentes que duran dos



FIG. 1

o tres días en los cuales el apósito se empapa de bilis amarilla.

El flujo biliar externo en general comienza al 4º ó 5º día del post-operatorio y esta evolución de la bilirragia es independiente del estado inicial del quiste. Se observa igual en quistes simples o supurados.

Hay períodos en que aumenta la bilirragia externa y coincide con dolores en la región hepática, fiebre que puede ser con chuchos, e ictericia generalizada.

OBSERVACION. — D. M., 28 años. Dic. 1946. Quiste hidático supurado de la cara sup. del lóbulo der. del hígado. Punción, evacuación y limpiado de la cavidad. 2 tubos de drenaje. No hay más quistes. Vía biliar normal. Se retiró 1 litro y medio de pus y membranas.

Al 2º día empezó a mojar con bilis la curación. Alta a los 17 días. Hasta junio de 1947 la fístula permaneció intubada. En este tiempo pasó períodos de 10 ó 12 días dando pus solo. Luego 2 ó 3 drenando bilis. Los períodos de bilirragia eran precedidos matemáticamente por sensación de peso en la región hepática, de constricción "del pecho a la espalda" durante 1 día, luego se aliviaba al salir la bilis. El enfermo sabía

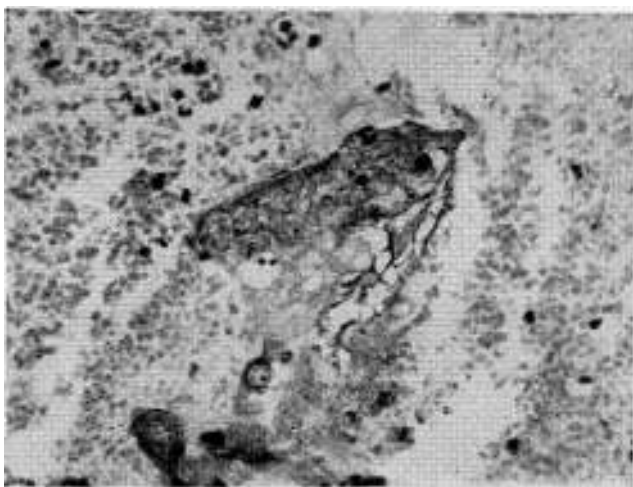


FIG. 2. — D. M. Curetaje de la adventicia. Litiasis hidática microscópica. Fragmento de quitinosa reconocible por el carmín de Best, en vías de desintegración con grumos de pigmentos biliares incrustados dentro de las laminillas.

cuando iba a salir la bilis por la sensación de constricción precursora.

El 3 de junio fistulografía (Fig. 1). Lo vimos en la última crisis. Curación empapada de bilis, dolor, decaimiento, fiebre 38°, escalofríos e ictericia leve generalizada. Orinas colúricas.

Ingresa. Tubajes duodenales repetidos, Mejora. 28 de junio. 2 cm. de morfina, curetaje de la cavidad cuyo trayecto se dilató con laminaria. Se extraen masas fungosas y un trozo plegado de adventicia esclerosada con aspecto de cartílago. Tamaño 4 × 3 cms. Al 5º día el trayecto parece cerrado. Alta el 9 de julio. El 15 se volvió a abrir saliendo más grumos de pus. (A los 4 días se cerró y se mantiene hasta la fecha 8-III-48).

En resumen: *la fístula biliar que se mantuvo 6 meses cicatrizó en 8 días con el curetaje de la cavidad y del punto de vista*

anatomo-patológico hay dos hechos importantes: a) la persistencia de una membrana fibro-hialina exfoliada y b) fragmentos microscópicos de quitinosa libres en el pus e incluidos en el fungus que reviste la cavidad. (Figs. 2, 3, 4 y 5).

El año pasado en una reunión como esta presentamos con los Dres. E. P. Lasnier y J. F. Cassinelli el caso de un enfermo que mantuvo la fístula biliar en un quiste simple durante 9 meses

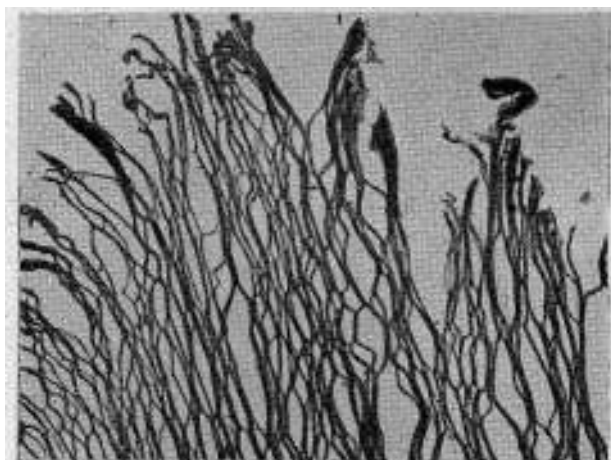


FIG. 3. — D. M. Curetaje de la adventicia. Litiasis. Farahidática microscópica. Borde libre de la membrana interna de la adventicia desprendida dentro de la cavidad. Entre los fascículos de esclerosis se depositan sales biliares y pigmentos.

y cicatrizó completamente en pocos días después del curetaje. Ahora 22 meses después puedo informar que el cierre se mantiene definitivo.

En el material extraído entonces por la cureta se encontró tejido de granulación con canalículos biliares e incrustaciones de fragmentos quitinosos en parte rodeados por células gigantes. Verdaderos *granulomas quitinósicos de la adventicia*.

Dijimos entonces que la persistencia de granulomas de quitinosa podía ser la causa de la persistencia de la cavidad.

a) Este sería un factor. Pero la quitinosa fagocitada e incluida en trozos pequeños en el espesor de la adventicia está su-

jeta a destrucción y transporte. Es corroída por la acción celular. Se elimina al interior de la cavidad como lo demuestran los trozos desintegrándose en laminillas impregnadas de bilis que aparecen dentro del pus, de los leucocitos y de la bilis. Estos trozos van al exterior por el tubo y al colédoco por los canales biliares de la adventicia.

Es posible que la fístula desaparezca quedando incluidos fragmentos de quitinosa en forma de granulomas equinocócicos

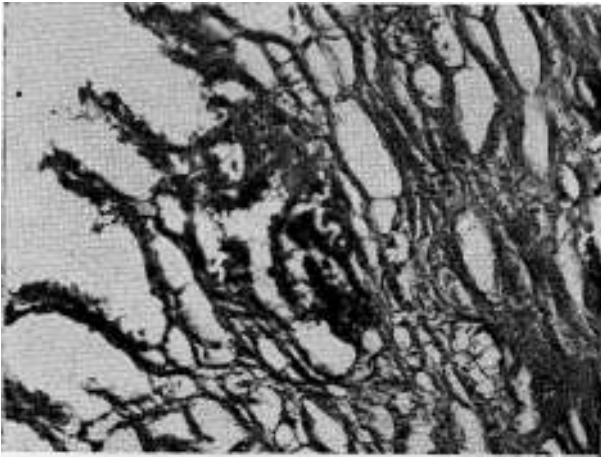


FIG. 4. — D. M. Curetaje de la adventicia. Entre los fascículos colágenos hay precipitaciones salinas y cristales.

de la adventicia. La supresión de la cavidad puede no ser necesaria para la cicatrización de la fístula y una cavidad pequeña más o menos revestida de epitelio canalicular puede subsistir vertiendo exudados en la vía biliar como subsiste la cavidad residual en el pulmón simulando un saco bronquiectásico.

Los fragmentos de quitinosa que toman la vía del colédoco son el núcleo inicial de cálculos que pueden localizarse en cualquier parte del árbol biliar. Dentro del saco adventicio ya se encuentran concreciones biliares entre las laminillas quitinosas. La litiasis de origen hidático comienza dentro de la adventicia.

También pueden ser llevados por la vía canalicular más lejos dentro del hígado siendo la fuente permanente de un proceso de

infección o de esclerosis peri-canalicular y peri-hidático que llega a constituir una *verdadera cirrosis radiante*.

Este proceso puede ser muy lento y las consecuencias para el parénquima poco aparentes, erróneamente interpretadas o pasar inadvertidas merced a la enorme capacidad de hipertrofia compensadora que caracteriza al parénquima hepático.

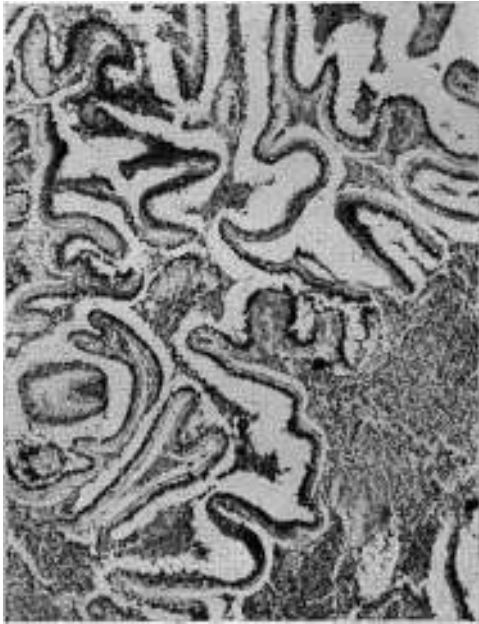


FIG. 5. — D. M. Curetaje. Lámina de epitelio cilíndrico canalicular que reviste tejido conjuntivo joven. Numerosas células calciformes.

Los fragmentos microscópicos fagocitados por macrófagos y leucocitos son transportados a la vía linfática y habrá que estudiar este proceso en los ganglios y otras partes del organismo.

b) En los quistes viejos, el tejido conjuntivo fibro-escleroso entra en degeneración y se necrosa. Esto sucede en las capas internas de la adventicia. Se necrosa pero no se reabsorbe. Se mantiene firme, coherente, leñoso y rígido. No se fragmenta pero se desgarrar desfibrándose.

Inmediatamente después del vaciado operatorio la cavidad se colapsa y se achica concéntricamente por falta de tensión. El

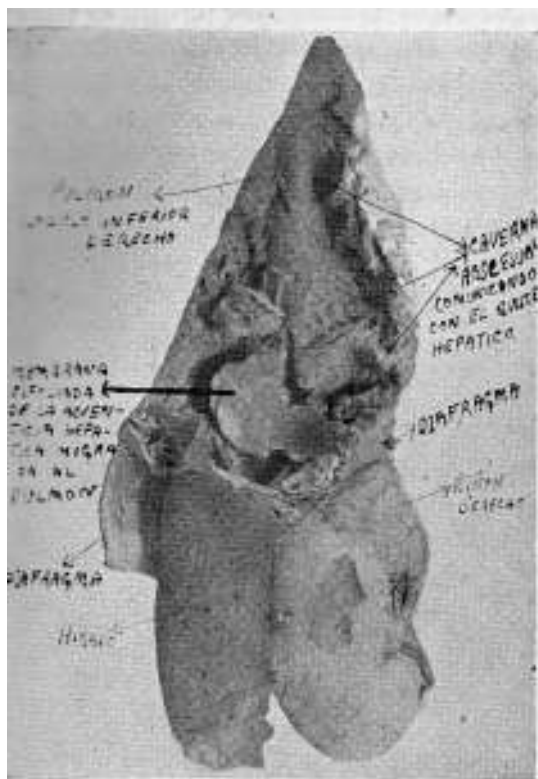


FIG. 6. — Quiste hidático del hígado fistulizado en los bronquios. — Gran caverna pulmonar comunicante con el quiste hepático. Contiene un casquete conjuntivo de aspecto cartilaginoso proveniente de la exfoliación adventicial del hígado.



FIG. 7. — Saco esclero-hialino de la adventicia desprendido y libre dentro de la cavidad en un quiste hepático. El núcleo A situado en el espesor corresponde a membranas quitinosas arrolladas tal como se muestra en la figura siguiente. "Equinococosis peritoneal 2ia" A. Chifflet y H. Ardao. Anales de la F. de Med. 1935. 1 y 2 tomo XX.

clivaje al principio es mecánico y el plano está en la zona de transición entre las capas internas fibro-hialinas y necróticas y las capas externas de tejidos vivos con lagunas sanguíneas y biliares, tejido conjuntivo fibroso más joven y células móviles. Puede exfoliarse un saco íntegro o una cáscara mayor o menor y hasta puede quedar durante muchos meses fijado en un punto, semi desprendido y flotante dentro de la cavidad. (Fig. 6, 7 y 8).

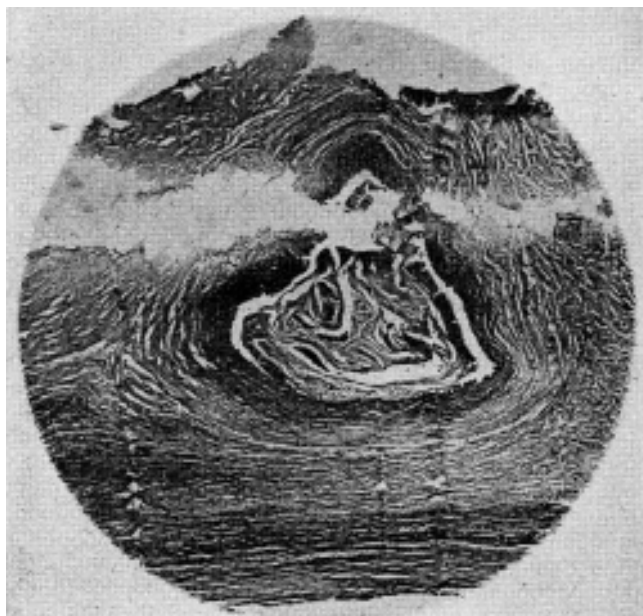


FIG. 8. — Caso anterior. Corte de A. Corresponde a trozos de quitinosa incluidos en el espesor de la adventicia en una época anterior a la exfoliación.

El proceso de detersión se completará por la acción de la bilis y de los leucocitos que tarde o temprano hacen el surco de eliminación.

Por este mecanismo los canales biliares de la adventicia se abren y vierten su contenido en la cavidad y por ellos se arrastra también el contenido. Como el desprendimiento que comienza con el vaciado tarda un poco recién a los 3, 4 ó 5 días los quistes limpios dan bilis al exterior.

Aquí comienza la etapa peligrosa para las vías biliares. La



superficie endocavitaria sufre una detersión permanente macro y microscópica que si comienza pronto puede prolongarse durante mucho tiempo. La caída al interior de restos necróticos de tejido conjuntivo y el exudado purulento que se vierte junto con la bilis de los canales forman el producto que por un lado sale al exterior por el tubo y por otro se drena en la vía biliar constantemente. Todo lo que favorezca el tránsito de la bilis por el cístico, como por ejemplo, los tubajes duodenales repetidos contribuirán a mantenerlo libre.

No son canaliculos microscópicos los que se encuentran en la adventicia. Son lagunas biliares de 2 y 3 milímetros de diámetro,

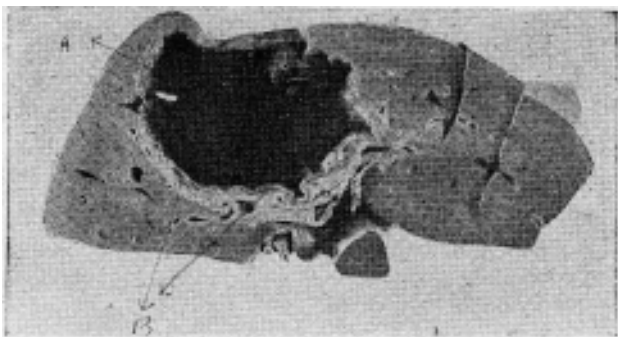


FIG. 9. — Hígado. Quiste hidático del lóbulo derecho evacuado y drenado 17 horas antes. Muerte por anemia aguda por hemorragia de la adventicia. Prot. 280. F. de A. P. de la F. de M. Se observa la cavidad vacía. La adventicia tiene 2 capas muy visibles una interna A en vías de exfoliación. Aparece ondulada y es visible el plano de clivaje en ciertos puntos. También se ven las lagunas sanguíneas y los focos hemorrágicos B.

metro, los cuales poco más allá están en conexión con las vías biliares extra-hepáticas. La comunicación es amplia y el trayecto breve. Se comprende así, la agresión permanente de infección canalicular que fomenta este pasaje y la fuente inicial de litiasis que también representan los fragmentos libres, deshilachados de la adventicia que llevan ya al desprenderse depósitos granulosos de sales biliares en forma de concreciones entre los fascículos conjuntivos necrosados.

El desprendimiento de los estratos internos de la adventicia a veces es fuente de hemorragias simples, graves o mortales en

las primeras horas después de la operación (Fig. 9). La fuente común es la red de lagunas sanguíneas de la adventicia. Esta red está situada en su espesor.

Son lagunas irregulares, sin pared individualizable. El endotelio reposa sobre el tejido fibroso y la pared esclerosada y rígida entra a formar parte del tejido escleroso de la adventicia. Fácilmente se desgarran, originan hemorragias disecantes en el tejido de la adventicia y se vierten a la cavidad. El mecanismo



FIG. 10. — Microfot. Caso anterior. La capa interna necrótica exfoliándose. Infiltración hemorrágica muy intensa entre los fascículos conjuntivos de la capa externa.

de la trombosis fisiológica está alterado y así sucede que al exfoliarse el saco adventicio sin tensión interna sangren muchos puntos a la vez. La hemorragia puede ser mortal y para cohibirla hay que reaplicar el saco contra el parénquima taponando a tensión la cavidad.

c) Una tercera causa de persistencia de la fístula existe cuando la cavidad residual en comunicación con las vías biliares se ha exteriorizado del hígado y otros órganos o estructuras de la vecindad entran a formar parte de la pared. Es el caso cuando

el diafragma y la pared costal la limitan (Fig. 10). El drenaje externo es una válvula de seguridad. No se puede cerrar. Si se cierra el trayecto parietal evoluciona la cavidad como un absceso subfrénico.

d) Una causa relativamente frecuente de persistencia de

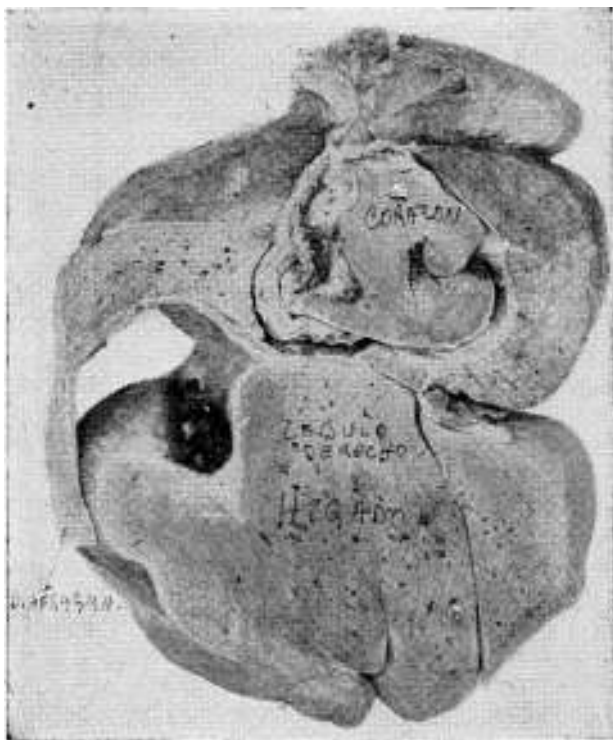


FIG. 10. — Quiste hidático de hígado. La cavidad residual presenta numerosos canales biliares gruesos abiertos en el fondo. Contribuye a mantenerla el hemi-diafragma derecho.

la fístula es la calcificación más o menos masiva de la adventicia esclero-hialina. Se constituyen correcciones fijas que no se desprenden y toda la adventicia puede formar una cavidad de paredes rígidas e incolapsable. El curetaje endocavitario que arranca los tejidos calcificados puede ser peligroso por las hemorragias a que expone pero algunas veces es la manera más simple de terminar con la cavidad y la fístula.

## BIBLIOGRAFIA

1. LASNIER (E. P.), ARDAO (H. A.) y CASSINELLI (J. F.). — Estudio del tejido de granulación de la adventicia de un antiguo quiste hidático del hígado operado. *Boletín de la Soc. de Cir. del Uruguay*, Nos. 9 y 10, 1947.
2. CHIFFLET (A.) y ARDAO (H. A.). — Equinococosis peritoneal secundaria. *Anales de la F. de Med.* Nos. 1 y 2, 1935.
3. ARDAO (H. A.). — El quiste hidático del hígado fistulizado en los bronquios. 1937.
4. ARDAO (H. A.). — La supuración peri-vesicular en el quiste hidático del pulmón. *Boletín de la Soc. de Cir. del Uruguay*. 1942.
5. CHIFFLET (A.) y MUSSO (R.). — El desprendimiento de la adventicia en los quistes hidáticos operados del hígado. *Anales de la F. de Medicina*, Nº 11 y 12. 1938.
6. CHIFFLET (A.) y SUIFFET (W.). — Supuración metastática en los equinococosis múltiples. *Anales de la F. de Medicina*, Nº 11 y 12. 1938.

**Dr. Chifflet.** — Yo creo que la comunicación del Dr. Ardao no puede quedar sin hacer algún comentario. En primer lugar los comentarios que merece por el hecho de ser un estudio anatómico acabado de una lesión anatómica que habitualmente se nos escapa a los cirujanos. En efecto, se trata del estudio de la adventicia en enfermos operados de quiste hidático del hígado; prácticamente, fuera de casos de necropsias, de raspajes a consecuencia de fístulas, nosotros no disponemos de ese material anatómico.

Del trabajo del Dr. Ardao surgen algunas conclusiones, solo esbozadas en su trabajo, que deseo comentar. Por ejemplo, dice que su enfermo operado de quiste hidático y que luego le hizo un curetaje, curó al suprimir los brotes carnosos y los restos de cutícula hidática que había en esos brotes carnosos. Yo diría que por esa sola supresión no se colapsó esa cavidad; ha quedado abierta y el hecho anatómico que él mostró con la radiografía hecha con lipiodol de que esa cavidad estaba en amplia comunicación con el árbol biliar, me lleva a mí a pensar que lo que ha habido con ese raspaje, es diría, el corrimiento del contenido de esa cavidad residual y que ese enfermo en realidad está drenando en su árbol biliar todo lo que antes drenaba al exterior por su fístula externa.

Hay otro hecho interesante en la historia: después de operado hizo un empuje de un estado infeccioso con ictericia. Fué después ¿no? Bien; es un enfermo que está descargando en su árbol biliar el contenido de esa caverna residual hidática y que seguramente, a pesar del raspaje hecho, y a pesar de haberle sacado restos de cutícula hidática, va a seguir descargando en su árbol biliar lo que antes salía al exterior. Por eso temo que, antes de un tiempo, sea un enfermo hepático, haciendo una hepatitis, litiasis u otras complicaciones angio-colíticas.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

**Dr. Ardao.** — Yo le volvería a leer un párrafo, porque ese aspecto yo lo contemplo aquí.

Se da lectura al párrafo.

De manera que nosotros admitimos esa posibilidad, no pensamos que el cierre, la oclusión de la cavidad, pueda ser condición sine qua non para el cierre de la fístula.

**Dr. Chifflet.** — Lo que digo es que la cura de la fístula no se produjo porque se sacó tal o cual sustancia, sino que se produjo porque se provocó un drenaje amplio hacia la vía biliar, que este individuo cambió la dirección de su fístula y en lugar de ser fistulizado al exterior fué fistulizado al árbol biliar.

La radiografía del Dr. Ardao es categórica: el lipiodol muestra al quiste como es lo habitual en los enfermos con grandes quistes biliares. En estos enfermos con fístulas biliares residuales, cuando tienen un sufrimiento canalicular coledociano o vesicular y se hace una colecistostomía, se hace balanza; si se cierra el tubo de la quistostomía se recoge la bilis por la colecistostomía y cuando se cierra la colecistostomía lo recoge por la quistostomía. Es decir, existe un amplio pasaje de contenido de esa caverna al árbol biliar, por eso vuelvo a decir: a mi modo de ver curó de su fístula externa porque se le abrió un buen drenaje a una fístula interna intra canalicular.

**Dr. Prat.** — Como lo destacó el profesor Chifflet, en la comunicación presentada por el Dr. Ardao, resalta el hecho interesante e importante, del estudio histológico de la adventicia hidática de los quistes del hígado, una vez operados, sobre todo marsupializados. Es indudable que es algo nuevo en nuestro medio y sumamente interesante. No conozco otros casos semejantes a no ser uno presentado días pasados a esta Sociedad, creo que por el mismo Dr. Ardao con otros colaboradores, sobre este mismo punto. Me parece que el problema de la fistulización biliar en el post operatorio del quiste hidático del hígado, es un problema muy complejo, muy importante y considero que no se puede debatir aquí en pocos minutos. Por mi parte me comprometo a traer a esta Sociedad la casuística de estos casos ya que recientemente acabamos de tratar un caso con éxito y existe otro caso en el Instituto que tiene también una fístula por marsupialización de un quiste hepático.

En la comunicación que comentamos se habla de un hecho que me interesaría que el Dr. Ardao aclarara: él nos ha hablado, en este estudio, de la adventicia y de la capa quitinosa, saco necrótico de la superficie interna y la parte externa con tejido conjuntivo vascular más joven, canales biliares y vasos.

El Dr. Ardao nos habla de quitinosa y de adventicia. Creo que hay que tener mucho cuidado cuando empleamos estos términos pues si hablamos de existencia de quitinosa, quiere decir que hemos extraído totalmente la membrana hidática y que quedaron elementos del parásito en la cavidad pseudo quística o quística, como quiera llamarse.

Eso es muy importante, porque quiere decir que los cirujanos debemos preocuparnos de revisar muy bien esa cavidad en el acto operatorio, tratando de que no quede elemento ninguno de quitinosa ni otras formaciones o complicaciones hidatídicas. La reacción del Profesor Lasnier nos permite poner de manifiesto la presencia de membrana hidática en el foco lo que tiene mucha importancia, quisiera preguntarle al Dr. Ardao si realmente ha podido comprobar, que en estos exámenes histológicos es realmente la **quitinosa** la que se encuentra en la pared quística, lo que quiere decir que persisten elementos hidáticos después de la operación.

**Dr. Ardao.** — Respecto al primer aspecto que considera el Dr. Chifflet, hay dos puntos a tener en cuenta: en primer término el cierre de la fistula y luego el pasaje a la vía biliar. Yo creo, que en este enfermo, el cierre se hizo no porque se hubiera puesto más ampliamente en comunicación con las vías biliares el saco residual. El saco residual estaba ampliamente en comunicación con el colédoco. Inmediatamente por debajo la cavidad, está en amplia comunicación con el canal como lo comprueba la radiología. Lo que le hizo el curetaje fué sacar un cuerpo extraño que es la membrana adventicia exfoliada, el saco fibroso necrótico igual al que sacó el Dr. Chifflet hace años, y que yo mostré ahora, en un enfermo que curó por esa maniobra y de la misma manera que un cuerpo extraño cualquiera. Ahora bien, el curetaje no abrió mayor canalización a la bilis y yo creo que en este individuo persiste su cavidad residual vaciando especie de esputos a la vía biliar formados por el producto de la necrosis de la adventicia hasta que se repare o persista una cavidad largos años o indefinidamente. Es un asunto que hay que estudiar. Es posible hasta que esa cavidad se revista con epitelio como esta membrana que se muestra aquí y que es verdaderamente sorprendente porque parece un tumor. Esa membrana epitelial no corresponde a ninguna estructura normal del hígado. Si uno mira, diría que se trata de un tumor, y eso no es nada más ni nada menos que un fragmento laminar de epitelio canalicular que ha resbalado sobre la superficie del tejido de granulación joven de la adventicia y que la cureta lo arrancó y plegado la cuchilla lo cortó en múltiples pedacitos apareciendo como papilares. De manera pues que para el cierre de la fistula externa, no creo que sea condición sine qua non la oclusión de la cavidad.

En cuanto al hecho que destaca el Dr. Prat, es verdaderamente sorprendente. Estamos aprendiéndolo. El año pasado mostramos aquí la observación de un quiste hidático del hígado, que se drenó 11 meses, el cual se evacuó en el acto operatorio de acuerdo con las técnicas clásicas, se evacuó la hidática con el contenido, quedó limpia la adventicia y sin embargo 11 meses después el curetaje de la cavidad, reveló la persistencia de fragmentos de quitinosa incluidos en la adventicia incontrovertiblemente.

Yo creo que aquí presente el Profesor Lasnier, autor del procedimiento, puede decir si estos son elementos de quitinosa o no. Ahora ve-

mos y de la misma manera en otro enfermo con quiste hidático supurado del hígado, que se evacuó y que estuvo seis meses drenando que persisten fragmentos de quitinosa en la pared. Recién estamos aprendiendo que en el tejido de granulación se encuentran incluidos incontrovertiblemente fragmentos de quitinosa hidática y todas las etapas de desintegración. No creo que el problema de la adventicia sea todo de quitinosa, de ninguna manera lo he admitido, y esto nos lleva a considerar que el problema de la equinocosis en el hígado como en el pulmón no es un problema de parásito como señalaba el Dr. Chifflet.

El problema no está todo en la necrosis y la regresión del tejido conjuntivo de la membrana envolvente ni tampoco en la presencia de canales biliares en comunicación con el colédoco. Hay fragmentos de quitinosa dentro de la adventicia, con ellos puede cerrarse la cavidad y la fístula. Esos fragmentos son desintegrados por fagocitos, son transportados dentro del hígado a la vía linfática. Todo esto hay que verlo.

Tendremos que estudiar estas cosas, en qué cantidad de casos existe esto, y en qué casos no, cómo se hace la cicatrización definitiva de ese proceso tan complejo, tan extraordinario, y hasta es posible que se conserve toda la vida como un tatuaje indeleble.

Es un proceso que está en estudio y es una suerte para la Escuela Anatómica del Uruguay que se le haya dejado el campo libre para estudiar estos procesos sin que nadie afuera haya tomado atención sobre ellos. Estoy seguro que por este procedimiento del carmín de Best para tinción de la quitinosa se está elaborando un capítulo nuevo en la Patología de la equinocosis, y vuelvo a decirlo es un privilegio el que tengamos la tranquilidad de tiempo para ir escudriñando las distintas localizaciones sin que nadie en el extranjero se haya ocupado de estas cosas.