

## SUMARIO

- Un caso de seudo quiste biliar del hígado, consecutivo a una operación de quiste hidático. — Por el Dr. D. Prat.  
 Tratamiento de las eventraciones consecutivas a las paratomías transversas supraumbilicales con deslizamiento del recto. — Por el Dr. Juan C. del Campo.  
 Epitelioma dendrítico pseudo-quístico-hemático de la glándula mamaria. — Por los Dres. R. Risso y P. Larghero Ibarz.  
 Quiste hidático del femur. (Extremidad inferior.) — Por los Dres. Stajano y Rodríguez López.

Presentado en la sesión de 23 de Octubre de 1929

Preside el Dr. García Lagos

- ✓ *Un caso de seudo quiste biliar del hígado, consecutivo a una operación de quiste hidático.*

por el Dr. DOMINGO PRAT

La casuística hospitalaria nos ha permitido encontrar un caso sumamente interesante de seudo quiste biliar del hígado, consecutivo a una operación de quiste hidático y que tratamos por el método del cierre. El enfermo fué operado por nosotros, cuatro años ha, en la Clínica del Prof. A. Lamas, de un quiste hidático hialino del hígado, que después de vaciado y formolado, tratamos por el procedimiento de Bond Posadas. A los cuatro años, vuelve el enfermo a la clínica con un cuadro de hidato o coleperitoneo hidático que resultó ser un rellenoamiento del seudo quiste, de tal tamaño, con una evolución tan gigantesca, que dió lugar a una complicación jamás vista por mí y que tampoco he oído citar por los autores que he leído.

He aquí la historia mencionada:

J. M. Jornalero, de 33 años, domiciliado en Nueva Palmira. En 1924 chancro genital que aparece un mes después del coito. Cefalalgias, dolores osteócopos, caída de pelo, manchas en el cuerpo y placas en la boca. Evidentemente se trata de una inoculación sifilítica.

Hace un año (1925) notó una tumoración en la parte superior y derecha del vientre, sin ningún otro trastorno. La tumefacción aumentó de volumen y ahora tiene dolores que irradian al hombro. Repugnancia por las grasas. Disminuyó de peso, 7 kilos en 7 meses. No hubo ictericia.

**Examen.** — Se encuentra una tumefacción redondeada y regular del hipocondrio y flancos derechos que invade también el epigastro. Abajo llega hasta una línea que pasa por el ombligo. Hay circulación venosa complementaria.

Tumor redondeado a la palpación, con algunas aboyanaduras, resistente con tendencia a la dureza, que ocupa casi todo el vientre superior y que desciende hacia la fosa ilíaca derecha. Borde superior del hígado a la altura de la 5.<sup>a</sup> costilla. Anisocoria.

Reacción de Wassermann: Positiva, H<sup>o</sup>. Se le hizo tratamiento con inyecciones de cianuro y Neosalvarsán.

**Examen de sangre.** — Leucocitos, 12.400. Polinucleares neutrófilos,

78 %. Polinucleares basófilos 0. Polin. Eosinófilos 1 %. Linfocitos 12 %. Monocitos, 9 %. Dosificación de urea en la sangre 0 gr. 37. Orinas normales.

**Operación.** — Dr. Prat. Anestesia local. Celiotomía mediana. Se encuentra un gran quiste hidático del hígado. Punción, formolización y vaciado. Vaciamiento con el aparato Finochietto; se extraen unos 6 litros de líquido y membranas. Cierre del quiste y de la pared. Post operatorio normal. Alta al mes.

Estuvo tres años bien, hasta que hará aproximadamente un año, vuelve a notar que se le abulta el vientre, sobre todo en su parte media. Antes de eso sufrió un golpe de a caballo, pegando en el suelo con el lado izquierdo del cuerpo, especialmente con el hipocondrio izquierdo; pérdida de conocimiento durante 24 horas, sin recordar ningún incidente, que siguiera a



FIG. 1. Enorme seudo quiste biliar hepático consecutivo al tratamiento por el vaciado y cierre de un quiste hidático del hígado. Visto de frente. (Fotografía colección Prat.)

este golpe. El vientre siguió aumentando de volúmen hasta adquirir su volúmen actual.

**Examen.** — A la inspección se nota un vientre muy voluminoso y sa-

liente, de forma esférica, con una prominencia mayor en el epigastro en cuya parte se destaca la cicatriz de su operación anterior. Esta distensión abdominal es franca también hacia los flancos, lo que hace que en vez de tener el ángulo entrante normal, que tienen las personas por encima de la cresta iliaca, aquí es una línea saliente y convexa. Hay gran circulación complementaria. (Véase grabado).

A la palpación se siente por todo el vientre una impresión elástica de líquido a gran tensión, resistente, que alcanza de un flanco a otro y del xifoïdes al ombligo. Del lado izquierdo, la palpación a pequeños golpecitos, da un ruido franco hidroaérico que parece de la cavidad superficial, sin embargo el enfermo almorzó recién y podría ser chapoteo gástrico. Del lado derecho, la tonalidad de este ruido es más baja. Matidez en todo el vientre menos en una franja de dos dedos que abarca la f. i. d., el hipogastro y la f. i. i.; franja sonora más extensa en la izquierda.

Dimensiones del vientre. Circunferencia abdominal en la parte más saliente del epigastio: 0 m. 98; en el pubis 0m. 80. Distancia xifo - pubiana 0 m. 41. Estado general del enfermo, bueno; no ha tenido ictericia.

Reacción de Wassermann: Negativa, H8.

Idem de Cassoni: Positiva a los seis minutos.

Urea y orinas, bien.

**Operación.** — Dres. Prat y Lamas (Diego). Anestesia local. Incisión mediana resecaando la cicatriz de la operación anterior. Se incinde la aponemosis y al seccionar el peritoneo contrariamente a lo que creíamos, encontramos la cavidad peritoneal libre de adherencias y un gran tumor redondeado que rellena casi todo el vientre. Nuestra mano explora la superficie convexa de este quiste, deslizándola hacia abajo, hasta la f. i. d., entre el tumor y la pared. Hacia arriba el quiste parece salir de la cara inferior del hígado, pudiendo deslizarse bien nuestra mano entre el hígado y la pared diafragmática, recubierta de peritoneo y sin adherencias. Previa protección del quiste con compresas, procedemos a su vaciado con el aspirador de Finochietto. Extraemos 9 ½ litros de líquido bilioso, verde oscuro, sin ningún elemento hidático reconocible a simple vista. Exteriorizamos la membrana o mejor dicho el saco que contenía este líquido, cosa que hacemos fácilmente. Tratamos de orientarnos y explorar el vientre. El enorme saco vacío parece alojarse en el espacio parieto cólico derecho, desde el hígado hasta la f. i. d. Vientre libre con vísceras libres también; hacemos tracción de la membrana exteriorizada, hacia arriba y a la derecha y podemos ver el borde anterior libre del hígado y la vesícula biliar. La implantación del quiste está por fuera y a la derecha de ésta. Se ven asas delgadas y también el grueso que parece ser el colon ascendente contra la pared izquierda de la bolsa. Deslizamos nuestra mano en el abdomen para ver por qué la bolsa no se exterioriza totalmente su parte inferior que parece fija y dolorosa al tirar. La pared posterior está adherente en la fosa iliaca y en la pelvis; al llevarla hacia la izquierda, vemos

un asa delgada libre que se insinúa entre la pared derecha de la bolsa y el peritoneo parietal. Hacia arriba la exploración no se puede hacer porque las franelas que protejen están impregnadas de bilis y no queremos exponernos a una infección.

Se exterioriza lo más posible la bolsa quística, que queda fijada por las adherencias postero inferiores y fijamos con puntos de catgut, su cara externa al peritoneo. Hecho esto, se reseca en toda la circunferencia, el exceso de bolsa y su borde de sección se fija por un surjet hemostático a los bordes de la herida operatoria. Exploramos entonces la cavidad por dentro. Hacia arriba, la cavidad se continúa sin que la mano llegue al fondo; tampoco se consigue esto con la pinza más larga con que exploramos. Calculamos que esa cavidad quística, tiene más de treinta centímetros de profundidad; abajo si se toca el fondo del quiste. Drenaje de la cavidad quística con dos gruesos tubos, uno hacia arriba y otro hacia abajo.

La pared del quiste que hemos resecado, tiene unos 25 centímetros cuadrados de superficie. Es una membrana perfectamente constituida de varios milímetros de espesor; lisa y regular por fuera, brillante y de aspecto mucoso por dentro, se parece mucho a la cara interna de una mucosa. Esta superficie rosada y brillante como si tuviera barniz, está impregnada de bilis con su característico color amarillo; en partes hay agrupaciones de grasa amarillenta y está surcada de gran cantidad de vasos. Mirada contra la luz es translúcida. Se entrega al Dr. Lasnier para su examen histológico.

Se cierra parcialmente la herida operatoria y se protegen los tubos con mechas. Los primeros días, el enfermo drena gran cantidad de líquido bilioso, casi medio litro diario, a los 15 días este derrame se reduce a unos 100 grs., para ir disminuyendo paulatinamente y cicatrizar a los tres meses.

## EXAMENES PRACTICADOS EN EL LIQUIDO EXTRAIDO AL ENFERMO

**Aspecto microscópico:** líquido verde-oscuro (color aceituna) poco espeso; enturbado por infinidad de pequeños grumitos amarillos (pigmento biliar).

**Estudio del sedimento:** (previa centrifugación), se ven numerosos conglomerados de pigmento biliar y muy raros leucocitos.

(No se hallaron elementos hidáticos, a pesar de una investigación minuciosa.)

**Análisis químicos practicados:** Glucosa: 37 mlgs. F. Normal en la sangre: 90. Ac. úrico 2,9 %, nor: 3. N. total 33 % (normal en sangre). Urea, 28 % (normal en sangre). Creatinina, 10 % (normal en sangre). Créatinina total, 40 % (normal en sangre). N. de ac. amina-

dos, 56 % (normal en sangre). Bilirrubina, 533 % (normal en sangre: 0.5 % y concentración de líquido duodenal). Colesterina, 380 % (normal en sangre: 160, en líquido duod.: 120, y una concent. de bilis B. (vesicular). Ac. biliares: Hay, positiva. Cloruros de sodio: 645 % (normal en sangre).

El resultado del examen histológico hecho por Lasnier dió: "En la



FIG. II Seudo quiste biliar del hígado consecutivo al tratamiento por el vaciado y cierre de un quiste hidático del hígado. Visto de perfil. (Fotografía colección Prat.)

parte examinada de la membrana, se observa una pared fibrosa, por fuera es muy densa, poco celular y algo hialina; por dentro más celular y vascular (tejidos más nuevos), hacia la luz delgada capa necrótica".

¿Qué clase de lesión era ésta? Indudablemente estamos en presencia de un caso poco vulgar y sumamente interesante. No se trata de un común y banal quiste hidático, puesto que no presentaba elementos hidáticos, ni macro, ni microscópicamente. Tampoco era un cistoademona biliar, dado que su pared no presentaba la clásica capa de epitelio cilíndrico biliar. ¿Qué era, pues?

De acuerdo con los antecedentes, un quiste hidático tratado quirúrgi-

camente por el cierre, cuatro años antes, y los caracteres del examen histológico de la pared de ese pseudo quiste y de su contenido biliar, creemos que no pueda tratarse sino de la cavidad del antiguo quiste hepático operado y rellenado progresivamente por la bilis de algún canal biliar, abierto en esa cavidad, hasta alcanzar el volumen actual.

Es la única explicación lógica que podemos encontrar para esta rara manifestación pseudo quística del hígado. En presencia de este caso, se plantea de nuevo la cuestión ya vieja y tan debatida, del relleno biliar de los Q. H. operados por el procedimiento del cierre, sus peligros e inconvenientes, comparativamente al método de la marsupialización; pero a pesar de lo importante de la cuestión que se plantea, no es esa nuestra finalidad, en este caso, que dejamos aplazada para una próxima oportunidad. Nuestro fin, era llamar la atención de los clínicos sobre la posibilidad de que una cavidad quística del hígado, tratada por el cierre, puede simular, por excepción, el síndrome clínico del hidato o del coleperitoneo hidático.

Poco tiempo ha, hubiéramos dicho que este cuadro clínico, era igual y que se confundía con los quistes a forma ascítica del abdomen, que Lamas y yo denominamos así; pero hoy día sabemos bien, gracias a Del Campo a mediados de 1927 y casi simultáneamente, pero algo más tarde, Dévé en 1928, establecían categóricamente que estos quistes a forma ascítica o preperitoneales no eran sino el coleperitoneo hidático y el hidato peritoneo, tan magistralmente descritos con anterioridad, por Dévé.

Por mi parte, me es grato declarar, que en esta misma Sociedad de Cirugía, después de la comunicación de Del Campo y con motivo de la comunicación de Agustoni y Soto Blanco referente a un caso de coleperitoneo de mi clínica, me asocié a la hipótesis de Del Campo y acepté, como él, que el quiste ascítico o preperitoneal no era sino el hidato o coleperitoneo hidático. Creo que hoy es esta una verdad ya consagrada en la ciencia médica, pero me ha parecido interesante y conveniente establecer que el relleno biliar de un quiste hidático del hígado, tratado por el cierre, puede dar por excepción, es cierto, una complicación post operatoria, con un cuadro clínico que se asemeja perfectamente y que se confunde con el coleperitoneo hidático, como queda demostrado con el relato de mi observación.

---

Presentado en la sesión del 6 de Noviembre de 1929

Preside el Dr. Albo

*Tratamiento de las eventraciones consecutivas a laparotomías transversas supraumbilicales por deslizamiento del recto.*

por el Dr. JUAN C. DEL CAMPO

Las eventraciones consecutivas a laparotomías transversas supraumbilicales son particularmente difíciles de tratar especialmente cuando la incisión ha sido trazada muy cerca del reborde costal. Teniendo que