

## CONTRIBUCIONES AL TEMA

Sr. PRESIDENTE: Pasamos a las contribuciones al tema.

Tiene la palabra el Dr. Arturo Berhouet.

## RADIOLOGIA DEL QUISTE HIDATICO DEL HIGADO

por el Dr. Arturo Berhouet

Es natural que tratándose de una afección que muchas veces viene a la mano, el cirujano se desinterese amenudo del estudio radiológico, pero amenudo, lo que viene a la mano no es el quiste, sino puro parénquima hepático desplazado. El examen radiológico suele mostrar cosas que la mano ignora. Por mi parte nunca me arrepenti de hacerlo y sí alguna vez de no haberlo hecho. No hay una sombra igual a otra, el panorama es siempre variado.

Presento una modesta exposición radiográfica sobre el tema. En él he tenido que hacer mi propia experiencia y todos los documentos son obtenidos de mi propia práctica, están seleccionados para que cada uno diga algo, aunque sea ya sabido.

### SOBRE DIAGNOSTICO Y LOCALIZACION

Radio 1.

La primera en fecha, 1933, hace 20 años. Hombre de 25 años presenta una imagen de periquística calcificada y un colecistograma con vesícula dislocada a izquierda. Este enfermo fué operado y años después murió en las calles de Montevideo de un accidente cerebral agudo.

Radios 2, 3, 4, 5 y 6.—El signo de la periquística calcificada en diferentes aspectos. En quistes viejos inactivos, trouvailles radiológicas, tal vez muertos, que se mantienen igual muchos años, no esféricos, a veces hasta arrugados, sin tensión interna. Otros, esféricos como pelotas, se adivina la tensión interna, su superficie cálcica discontinua. Ha habido necesidad de operar por dolores y han dado vesículas hijas vivas nuevas. Estas periquísticas calcificadas cuando no pueden extraerse aparejan problemas serios de tratamiento. Las dos últimas pertenecen a un

nino de 8 años lo que demuestra que la calcificación no es exclusiva de los adultos.

Cuando el quiste no se denuncia por su periquística visible puede amenudo sospecharse por ampliaciones de la superficie hepática general y especialmente del borde superior contrastando con la claridad pulmonar. Aquí son indispensables **radiografías "a punto"**. Deben verse a través de la glándula las menores alteraciones de densidad, como ser los distintos espesores del propio hígado, la gotera que le forma la columna vertebral en el borde posterior. Cuando el quiste no se denuncia por su periquística el diagnóstico es más difícil, no patognomónico y la radiología simple auxiliar de la clínica. La densidad radiográfica del parásito y la periquística son tan vecinas a la del parénquima hepático que habitualmente no se acusan.

#### SOBRE OPACIFICACIONES .ARTIFICIALES. Etc.

No he usado por razones obvias el thorotrast o similares. Pienso que la cirugía actual que se dirige a la vena porta su patología, derivaciones, etc., puede abrir un camino, ignoro si se hace ya, a las inyecciones opacificantes que no solamente permitirían estudiar la dirección del flujo venoso, sino también mostrando el árbol hepático dar referencia sobre posibles tumores internos en el parénquima.

No he practicado neumo-peritoneo; tengo mal recuerdo de uno que ví hacer hace muchos años en una clínica médica.

Tampoco he ensayado planigrafías por carecer de aparato.

La colecistografía da datos de valor como mostramos en la primera radiografía. Igualmente la colangiografía.

Es posible que haya parénquimas de densidad diferente, lo que puede ser motivo de futuros estudios. Es probable que cargados de hierro, o sangre, o grasa, sean más o menos opacos. Yo no he tenido ocasión de estudiarlos.

Para poder abrir juicio en los casos difíciles hay que afinar la técnica, y lograr radiografías impecables. Aparte de los distintos espesores de la glándula como por ejemplo borde superior más transparente, parte central más opaca, deben verse claramente las últimas costillas, y tener siempre en cuenta las opacidades extra hepáticas, osificaciones costales, senos, sombras de

bronquios, riñón, cintas que ciñen la cintura, arrugas en las personas obesas, etc.

En las radiografías 7, 8 y 9, hombre joven, había un gran quiste hidático que fué operado por vía posterior. En ninguna de ellas pudo encontrarse previamente otra cosa que hígado regular y agrandado, sin la menor sombra intraparenquimatosa.

**Cuando sospechamos estar frente a un Q. H. H.** — Hacemos radioscopia previa en todas las posiciones buscando aquella que nos enseña mejor la presunta deformación. Luego, tomando el flanco con la mano izquierda, pugnar adelante y cuatro dedos en la región renal, comprimidos y hacemos respirar. A la sensación palpatoria de aumento de volumen del flanco y cuña hepática, que tiende a abrirnos la mano asociamos la imagen de dificultad en la excursión diafragmática comparando con la no presión, y en algunos casos aumento de la deformación del borde que se acusa por la posición del pulgar. Evidentemente no se trata de signo patognomónico pero sí, útil. Por fin hacemos la primer radiografía en las condiciones mencionadas que será solamente de orientación, ya que seguramente el deseo de precisiones nos llevaría en algunos casos a hacer varias.

#### ELEVACIONES DEL BORDE SUPERIOR

Aclaremos primero que lo que llamamos "borde superior" es el límite superior de la sombra hepática radiográfica y que anatómicamente pertenece a la cara anterosuperior convexa anatómica. El hígado puede estar alto o bajo sin aumento de la superficie de la sombra, en estas condiciones no puede haber Q. H. de volumen apreciable.

Hay que tener en cuenta los efectos de la proyección cónica. La elevación puede ser producida por aumentos de la presión abdominal, plétora, obesidad, tumores, etc.; por parálisis frénicas; por lesiones pulmonares retráctiles. Las digitaciones del diafragma han conducido a muchos errores de diagnóstico. Cuando ha habido una operación hepática previa la glándula suele quedar fija en situación alta por adherencias de su cara anterior, motivadas generalmente por drenajes. Lo que es importante y sugestivo es la asociación de aumento de la sombra y elevación del borde superior si todo coincide con un aumento de la tensión en el hipocondrio derecho.

En las radiografías 10 y 11, el borde superior por menos espeso que la parte central permite ver a veces como en este caso un arco de circunferencia que produce un doble contorno del mismo y traduce la presencia de un parásito a periquística simplemente esclerosa.

#### DISTINTOS ASPECTOS DEL BORDE SUPERIOR LEVANTADO POR QUISTES

Aparente solución de continuidad en un muchacho de 14 años. El quiste y el parénquima hacen cada uno su elevación propia y el diafragma reúne ambos por un plano inclinado con respecto a los rayos incidentes no dibujando con consiguiente la línea que los reúne.

Radio 13, 14 y 15. Señora operada varias veces por quiste hidático. Ahora tiene uno subdiafragmático a desarrollo torácico que fué abordado por tóracolaparotomía.

Radio 16, 17, 18 y 19. Caso muy semejante al anterior: señora operada de hidatidosis múltiple, uno de la pelvis y tres hepáticos, fué operada últimamente de uno subfrénico que se visualiza en la radiografía.

Radios 20, 21 y 22. Señorita joven, obesa, que ingresó al hospital por un cuadro infeccioso, con dolor en el hipocondrio derecho y aumento del volumen hepático. En radioscopia presentaba un derrame pleural derecho que impedía ver el borde superior. Una laparotomía exploradora que se transformó en tóraco nos mostró en efecto un gran quiste supurado. Estas radiografías son post-operatorias y muestran la cavidad drenada y otra aérea, seguramente en relación con la primera.

El estudio de los quistes de las fosas frénicas, llamados por el Prof. Chifflet "quistes tóraco-abdominales", es sin duda el más interesante. En primer término porque son los quistes más importantes por sí mismos, que si no son muy grandes la mano no toca. Al desplazar hacia nuestra mano el "orillo" nos hace pensar en hepatomegalia médica.

En último caso las precisiones que la radiografía puede dar en estos casos son útiles para la localización del proceso en vista al abordaje más directo. Estos se abordan generalmente por vía tóraco-lumbar a través de la 11ª, 12, o 10ª costilla.

Radios 23, 24 y 25. Enferma operada en agosto de 1941, presenta una saliente del borde superior del diafragma **izquierdo**, hay

sombra hepática por debajo. Conjuntamente con el caso similar, cuyas radiografías no pude encontrar, fueron presentadas en una reunión de Rivera, como quiste hidático del diafragma, aunque igualmente y más probablemente pueden haber nacido en el parénquima subfrénico y hecho saliente en el hemitórax izquierdo. En esa época no teníamos baronarcosis y fueron abordados como entrábamos entonces en el tórax, con anestesia crepuscular y local.

#### QUISTES DEL LOBULO DERECHO. SUPRARRENALES

Radios 26 y 27. Adulto operado hace 5 años en Paysandú, presenta un orificio en el medio de la novena costilla derecha. No solamente hay un ascenso del borde superior, sino también un descenso de lo que podríamos llamar "hígado suprarrenal", lo que constituye un ensanchamiento vertical o ampliación del borde pósterior superior anatómico. El límite hepato-renal está bien marcado con un sector de círculo opaco, el quiste verdadero o su vecindad, que cruza perpendicularmente las últimas costillas y tiene su centro en pleno lóbulo derecho.

R. 28. Caso semejante al anterior, con los mismos elementos en una señora. Esta imagen es bastante frecuente en los quistes suprarrenales. Es en ellos que hay el mejor descenso del riñón y son de abordaje lumbar amenudo extra peritoneal.

R. 29 y 30. Radiografías preoperatorias de un quiste abierto en los bronquios. Se ve la elevación del borde superior y la relación con un bronquio grueso.

#### QUISTES DE LA CARA POSTERIO INFERIOR DEL HIGADO

R. 31 y 32. Quiste de la cara posterior del lóbulo derecho que rechaza al duodeno a la izquierda de la columna.

R. 33, 34, 35 y 36. Quiste del lóbulo izquierdo que se apoya en el estómago y produce un defecto circular en la pequeña curva. En algunos casos se hace difícil el diagnóstico con tumores intrínsecos o ganglionares extrínsecos. Estos quistes yuxtapátricos presentan la peculiaridad digna de tenerse en cuenta que uno los palpa, difícil o fácilmente, según que el enfermo esté o no en ayunas.

R. 37, 38, 39, 40 y 41. Enfermo de 72 años. Destinadas a hacernos idea del mejor abordaje de un quiste por los despla-

mientos viscerales. Sombra propia en sector de círculo, rechazo visible de la pared lateral, borde superior. estómago, bulbo duodenal, gas cólico. La R. 41 post-operatoria del mismo enfermo que muestra un derrame pleural.

R. 42 y 43. Quiste complicado de supuración y gas. Se ve una burbuja grande, subdiafragmática, al mismo tiempo que el hepatocolédoco y sus dos ramas principales aferentes están también visibles por gas.

#### RADIOGRAFIAS POST OPERATORIAS

R. 44. Niña de 12 años. Cuando el quiste es cerrado primitivamente por el cirujano, ocurre que queda libre aire y con frecuencia se produce un derrame benigno de sangre y bilis en su cavidad y aparece una imagen hidroaérea. Puede haber fiebre moderada. Estos fenómenos e imágenes desaparecen en unos 10 o 15 días.

R. 45 y 46. Niño que tuvo un derrame hidro-aéreo pos-operatorio, no fué drenado. La R. 46, meses después, no muestra rastro alguno.

R. 47, 48 y 49. Ocurrió lo contrario: enferma operada en el hospital, quiste limpio bastante grande; creímos oportuno cerrar. Hizo un cuadro de derrame benigno. En mi ausencia fué dada de alta y volvió con una supuración fea. Tuve que reabrir y drenar.

#### QUISTES DRENADOS

Llenos de aire dan sombra propia y permiten ser rellenados con sustancias opacas. En esta circunstancia la radiografía da precisiones sobre la marcha de la curación, sobre el achicamiento de la cavidad, de la ubicación del drenaje, etc. Cuando la cavidad se ha achicado lo suficiente, recién entonces, la punta del drenaje nos indica el lugar preciso del parénquima en que se alojó el parásito.

R. 50, 51, 52 y 53. Hombre joven, quiste grande drenado, la curación demora, ensayo con jeringa demuestra cavidad grande. Radiografías simples muestra sombra oscura de cavidad vacía y el tubo de drenaje que queda a distancia. Se inyecta solución de yoduro de sodio al 15 % y se visualiza un trayecto tortuoso que termina en la cavidad. Se retira el drenaje y se cateteriza fácilmente con sonda de Nélaton que se mantiene hasta obliteración

de la cavidad. Hemos usado esta solución de yoduro de sodio muchas veces, sin el menor inconveniente, obtenidas las radiografías retiramos el excedente.

R. 54, 55 y 56. Curiosa imagen de un quiste drenado. En su periquística se abre otra cavidad pequeña a través de un estrecho orificio, vesiculización exógena.

R. 57, 58, 59, 60, 61, 62 y 63. Hombre joven hermano de la anterior. Hidatidosis múltiple del piso superior. Dos quistes visualizados por inyección opaca.

R. 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70 y 71. Señora de 72 años, radiografías pre y post-operatorias; por encima del drenaje se ven irregularidades que hacen pensar en vaciamiento no completo. Retirado aquél aparece otra porción de vesículas hijas.

#### HIDATIDOSIS MULTIPLE

R. 72, 73, 74, 75, 76 y 77. Pertenecen a una señorita de 38 años con trastornos mentales. Se ve un hígado agrandado y la presencia de una serie de tumoraciones redondeadas por lo menos 3, con los caracteres de periquística calcificada. Esta imagen se mantiene igual por 10 años por lo menos. De camino, se ve la importancia que tienen las distintas condiciones radiográficas para visualizar los elementos. Cada uno de ellos se ve mejor en distintas películas.

R. 78, 79, 80 y 81. Del año 1946. Pertenecen a una señora de unos 30 años. Se ve en un hígado no agrandado un colecistograma normal, y unas tres sombras con los caracteres de periquística calcificada. A esta enferma no la vimos más. Como la precedente no fueron operadas. Ruego que si alguno de los presentes quiere opinar al respecto lo haga enseguida.

#### DOS CASOS ESPECIALES

R. 82, 83 y 84. Radiografías postoperatorias, urografías descendentes. Esta enferma no fué radiografiada en el preoperatorio, parecía demasiado fácil. Presentaba clínicamente un gran tumor del flanco derecho, como una pelota de fútbol y fiebre. Creyendo encontrar un quiste supurado, encontramos en realidad un enorme hipernofroma. Hubiera la radiografía simple, previa, podido ayudar al diagnóstico? ¿Creo que no. Pero la urografía hubiera evitado la desagradable sorpresa..

R. 85 y 86. Y finalmente la enferma de estas radiografías nos tuvo muy intrigados. Tenía dolores intensos en todo el costado derecho del abdomen. La colecistografía es normal, pero muestra cerca del cuello de la vesícula una circunferencia discontinua opaca, es decir nuestro mejor signo radiológico hidático. Decidimos explorarla y encontramos una neurisma de la arteria renal derecha que terminó en nefrectomía. Observando despues las radiografías, vimos que la **imagen circular parece doble, movida**, lo que podría ser ocasionado por las pulsaciones durante la exposición. Si alguna otra vez caigo sobre una imagen semejante, trataré de comparar radiografías rápidas, en fracciones de segundo, con otras más lentas. A priori, estas últimas, deben mostrar un doble contorno, como en el caso precedente, de manera que nuestro mejor signo, la opacidad circunferencial discontinua o no, no nos lleve al error.

La enseñanza que fluye de todo esto es, aunque provisoria actualmente, un tanto decepcionante y es que no hay signos patognomónicos, radiológicos o no, todos son simples auxiliares de la clinica.