

Sr. PRESIDENTE. -- Tienen la palabra los Dres. L. A. Praderi y J. Labrot.

CLINICA QUIRURGICA DEL PROF. ABEL CHIFFLET

RELACIONES TOPOGRAFICAS DEL BAZO Y DEL LOBULO IZQUIERDO DEL HIGADO EN LA HIDATIDOSIS

Dres. Luis A. Praderi y Jorge Labrot

En la clínica es a veces difícil hacer el diagnóstico exacto de la localización parasitaria en uno u otro de estos órganos. La indicación operatoria existe en cualquier caso pero pueden plantearse diferencias de vías o de conducta según la topografía del quiste. Haremos el planteamiento de las posibilidades de tal diagnóstico, comenzando por un recuerdo de la anatomía normal.

I — ANATOMIA NORMAL

El hipocondrio izquierdo está ocupado por dos vísceras huecas, el estómago y el ángulo izquierdo del colon que separan al bazo situado arriba y atrás, del lóbulo izquierdo del hígado situado adelante y a derecha.

Si sobre la base de este esquema analizamos las disposiciones morfológicas en las diferentes personas, encontramos que existen múltiples variaciones dependientes de cuatro factores:

- 1) Son plástico moldeables.
- 2) Están conectados por ligamentos variables.
- 3) Están sujetos a movimientos de la base del tórax.
- 4) Están influenciados por el estado del colon y del estómago.

1) **Son plástico moldeables.** — La complejidad topográfica visceral en el hipocondrio izquierdo, a diferencia de lo que ocurre en el derecho, ocupado prácticamente por una única víscera maciza, no se concibe en su totalidad sin meditar sobre la plasticidad enorme de cada uno de sus componentes, resultante del diferente juego funcional en ellos.

No insistiré sobre las variantes y tipos morfológicos de estómago o colon dependiendo de múltiples factores (tono, vacuidad o repleción, etc.) pues son de todos muy conocidas.

Los órganos macizos del hipocondrio izquierdo, preferentemente hígado y bazo presentan a considerar también tipos y variantes morfológicas. El hecho de ser llamados macizos no implica que la forma y el volumen sean fijos, estáticos, en todos los individuos.

Desde el hígado del embrión, simétrico, ocupando casi enteramente el piso supramesocólico del abdomen hasta el hígado adulto, se pasa por tipos intermediarios que reproducen en su persistencia las variantes a estudiar. Es un órgano de plasticidad lenta y continua en toda la vida del sujeto, que hace su desarrollo tributario de las presiones del medio en el que evoluciona.

Todos estos cambios son más ostensibles en la lengüeta izquierda, que no es más que un apéndice desprendido del ovoide parenquimatoso del lóbulo derecho. Constituye un segmento en regresión; su volumen enorme en el recién nacido donde contacta frecuentemente con el bazo, disminuye gradualmente en el curso de la vida hasta constituir una lengüeta suspendida del centro frénico del diafragma.

Este segmento conserva en potencia la posibilidad de suplir funcionalmente al lóbulo derecho hipertrofiándose en condiciones patológicas como luego veremos.

Estos hechos, sumados al concepto estructural del parénquima hepático, explican las variantes del lóbulo izquierdo en cuanto a volumen y forma; tipos de lóbulos cortos, macizos, redondeados; tipos largos, lamelares, con el extremo orientado en direcciones opuestas, alejándose o acercándose a la cara anterior de la tuberosidad gástrica.

En lo que respecta al bazo, es en realidad una masa vascular, donde la descripción de caras y bordes resulta esquemática; proteiforme, de diámetros variables, supedita su volumen en cada individuo al momento fisiológico, sea en estado de contracción o de ingurgitación sanguínea. Recordemos la reducción de volumen que adquiere el bazo por el solo hecho de palparlo en el curso de la exploración operatoria.

2) Están conectados por ligamentos variables que permiten desplazamientos. — Estos órganos se encuentran ubicados en su posición por zonas de adherencia o repliegues peritoneales.

La variabilidad de estos elementos de la logia subfrénica izquierda es sólo un capítulo del vasto tema de las diversas disposiciones peritoneales.

El **ligamento triangular** que suspende al lóbulo hepático izquierdo podrá variar en cuanto a implantación sobre el lóbulo: más o menos anterior, llegando al margen del parénquima, desbordándolo, o aún más, uniéndose al polo superior del bazo. En otros casos, poco desarrollado, sin alcanzar los bordes del lóbulo, le permitirá a éste flotar en el hipocondrio al ritmo del diafragma.

El **bazo** desplazado continuamente en su logia, más o menos, según la longitud de su pedículo, la forma de éste, alcanzando o no los polos, la disposición variable de los epiplones pancreático-esplénico y freno-esplénico.

El **estómago** únicamente adherido en la cara posterior de su cuerpo por el ligamento gastro-frénico, también variable en cuanto a altura, extensión del área de fijación, etc., determinando que la cámara gástrica y el cuerpo del estómago pueden separarse en grado variable de la pared posterior.

3) **Están sujetos a movimientos de la base del tórax.** — Los medios de fijación viscerales antes señalados se implantan en la base del tórax, que tiene también su movilidad propia. La **movilidad respiratoria**, ampliando la caja torácica y movilizándolo el diafragma, aumenta y disminuye rítmicamente los diámetros del **contenente**. Los órganos se desplazan también, readaptándose continuamente a estas variaciones de volumen. Entre esas modificaciones, se altera la distancia que separa el lóbulo izquierdo del bazo; se acercan en la inspiración y se alejan en la espiración. Los movimientos del diafragma desplazarán más al bazo que contacta con el sector muscular, que al lóbulo izquierdo del hígado, suspendido del centro frénico, de escasa movilidad.

Con los cambios de posición del sujeto se producen también desplazamientos pasivos, más ostensibles cuando se observan con el abdomen abierto en el acto operatorio, es decir, fuera de la influencia de la presión intraabdominal. En el decúbito supino los movimientos del diafragma se ejecutan al máximo. Estando de pie o sentado son muchos menos extensos. En decúbito lateral hay diferencia de ambos lados; en el lado del apoyo el diafragma está elevado y tiene movilidad respiratoria, mientras que

en el lado libre está deprimido e inmóvil, facilitando desplazamientos pasivos. En las toracotomías izquierdas, se observa que el diafragma baja y el bazo es luxado de su logia llegando a ponerse en contacto con el esófago abdominal.

4) Están influenciados por el estado del colon y del estómago. Basta pensar en las modificaciones en la posición del lóbulo izquierdo y el bazo comparando las situaciones con estómago lleno y colon distendido a lo que ocurre cuando estas vísceras están en vacuidad.

Podría decirse que el estómago actúa como una cuña que separa a bazo y lóbulo izquierdo del hígado. Múltiples factores intervienen para que el estómago separe ampliamente el bazo llevado atrás y el lóbulo izquierdo del hígado llevado a derecha. Los factores inversos permiten acercar estos órganos hasta ponerlos en contacto y aún cabalgar. Los factores que favorecen el acercamiento del bazo y el lóbulo izquierdo del hígado son numerosos. La poca saliente anterior de los cuerpos vertebrales, característica de los tórax de base ancha; la brevedad del ligamento freno-gástrico que retiene al estómago hacia atrás e impide al bazo tomar contacto con la columna; la poca profundidad de la logia esplénica; la longitud del ligamento pancreático-esplénico; el desarrollo importante del lóbulo izquierdo del hígado.

Por suma de estos factores, el bazo puede llegar a tomar contacto con el hígado por delante del estómago. Se produce así en el adulto la relación directa que existe en el recién nacido y en el niño, provocada también allí por la concurrencia de varios de los factores anotados.

El contacto del bazo y el hígado puede ser transitorio o periódico, dependiendo de los movimientos y desplazamientos regionales, pero puede ser permanente, llegando mismo a producirse la adherencia o aún la fusión de ambos órganos a través de una membrana resultante de las dos cápsulas viscerales, de cli-vaje sumamente difícil (casos de sínfisis hepato-esplénica de Husnot).

La disposición de los órganos en contacto resulta habitualmente de la situación del bazo por debajo del lóbulo izquierdo del hígado, aún cuando puede hacerse por arriba de éste.

II — HIDATIDOSIS Y RELACIONES MORFOLOGICAS HEPATO ESPLENICAS

A los casos en que la hidatidosis se desarrolla en una persona que ya tiene relaciones directas hepato lienales, debemos agregar los que llegan a esta relación por influencia de la parasitosis. Este hecho depende de las siguientes posibilidades:

A) Desarrollo del lóbulo izquierdo del hígado en un enfermo con quiste hidático en el lóbulo derecho.— El parénquima hepático reacciona a la presencia de los grandes quistes originándose así hipertrofias de los segmentos o lóbulos no parasitados. La hipertrofia del lóbulo izquierdo, que se observa en los quistes del lóbulo derecho y persiste aún después de operados, constituye una masa visceral nueva, verdadera tumoración, en el hipocondrio izquierdo.

Clínicamente, en muchos casos, es difícil hacer diagnóstico entre lóbulo hipertrofiado y lóbulo parasitado.

B) Quiste hidático del lóbulo izquierdo del hígado.— El crecimiento de estos quistes puede realizarse hacia adelante o hacia atrás del ligamento triangular. La compresión que ejercen sobre el estómago y esófago abdominal, hecho sobre el que insistieron en nuestro medio Piquerez, Nario, Campisteguy y Morador, crean síndromes de disfagia radiológica, cuyo diagnóstico diferencial con el neoplasma esofágico se hace buscando la dislocación gastro esofágica propia de las tumoraciones quísticas. La masa hepato-quística en el lóbulo izquierdo evolucionará en diferentes sentidos según la movilidad que le permita el ligamento triangular y la perihepatitis, causa primordial de la disfagia.

C) Quistes esplénicos.— Los quistes esplénicos a desarrollo torácico predominante, pueden llegar a reunirse y aún más, fusionarse con el lóbulo izquierdo. El bazo más que otros órganos, y que el hígado, desarrolla con gran precocidad periesplenitis y adherencias, aún sin la presencia de infección.

La dirección del crecimiento del tumor dependerá sobre todo de la ubicación de la zona de adherencia.

Esta tendencia puede en algunos casos prevalecer sobre la movilidad del órgano y adherirse a las paredes de la logia y entre ellas al lóbulo izquierdo del hígado. Este es el mecanismo más frecuente de lo que Goinard ha llamado quistes hepato-esplénicos.

El quiste hidático del lóbulo izquierdo, aún pudiendo contactar con el bazo, no se fija habitualmente a éste por no existir perivisceritis.

La masa espleno-quística puede sufrir evoluciones y desplazamientos curiosos que señalamos aquí. La tumoración a punto de partida esplénico crece habitualmente rechazando el estómago adelante y a derecha a expensas de la curvatura mayor, hecho que se tiene en cuenta para el diagnóstico diferencial con los tumores del lóbulo izquierdo que lo rechazan hacia atrás. Sin embargo, no siempre ocurre así; el bazo puede crecer también pasando delante del estómago (es pregástrico) acercándose mucho a la línea media y aún más, cuando uniéndose al hígado para formar una masa hepato-esplénica clínicamente indiferenciable, que sobresale del reborde costal desde el epigastrio hasta el flanco. Esta masa hepato-esplénica de escasa movilidad se puede comparar a la palpación a derecha de una hepatomegalia. Generalmente, como en uno de los casos que documentamos, se palpa en el contorno de esa tumoración muescas o depresiones que son interpretados como los surcos característicos del borde anterior del bazo y no como zona de unión o adherencia de hígado y bazo. Detrás de esta tumoración ha quedado el estómago, comprimido sobre la columna, como es habitual describirlo en las tumoraciones del lóbulo izquierdo del hígado.

Como ya dijimos, lo más frecuente es que la tumoración esplénica rechace el estómago adelante. Dentro de este desplazamiento hay variedades dignas de destacar por el interés de su diagnóstico diferencial.

La masa esplénica rechaza todo el cuerpo del estómago adelante pudiendo alcanzar también la parte alta de la pequeña curva dando a ese nivel imágenes lacunares.

En uno de los casos que presentamos, el estudio radiológico indujo a pensar en lesión neoplásica alta sobre la pequeña curvatura, comprobándose en el acto quirúrgico la retracción del estómago provocada por la periesplenitis concomitante a un infarto de bazo en vías de organización.

III — CONCLUSIONES

- 1) Las variantes morfológicas, ligamentosas y la movilidad activa y pasiva de los órganos y paredes del hipocondrio izquierdo, hace variar mucho la distancia entre lóbulo izquierdo y bazo.
- 2) En el niño la vecindad de ambos órganos es más frecuente y probable, pudiendo contactar en condiciones normales.
- 3) Los desplazamientos del estómago hacia atrás o adelante pueden ser provocados indiferentemente por tumores del lóbulo izquierdo o del bazo.
- 4) La masa espleno-quística puede ubicarse en posición francamente pregástrica o retrogástrica dando imágenes lacunares en la pequeña curva.
- 5) En algunos casos debe sospecharse por la clínica y la radiología la fusión hepato-esplénica, siendo esta posible para los quistes primitivos del bazo, no para los del hígado.

IV — CONSECUENCIAS TERAPEUTICAS

Abierto el vientre es fundamental el diagnóstico exacto topográfico. La conducta a seguir será diferente según la localización hepática, esplénica, o esplénica con adherencias a lóbulo izquierdo del hígado.

Los quistes esplénicos, salvo algunas excepciones deben tratarse mediante la esplenectomía; conducta más radical y segura que la reducción sin drenaje o la marsupialización.

En caso de adherencia del quiste esplénico al lóbulo izquierdo, éste se ha constituido una segunda adventicia al hígado. La liberación a expensas de esa superficie está expuesta a todos los riesgos conocidos. Sólo se justificaría en casos de adherencias laxas o de escasa superficie. De lo contrario es más práctico extirpar en block la masa esplenoquística con el segmento de lóbulo izquierdo. La hepatectomía parcial del lóbulo izquierdo evita un decolamiento sangrante y posibles secuelas posoperatorias.

(Documentamos esta comunicación con algunas imágenes radiológicas.



Fig 1

Neumoretroperitoneo
Estómago con sus-
tancia de contraste
Muestra la silueta
del bazo y sus rela-
ciones con el estóma-
go y la columna.



Fig. 2

Quiste esplénico. Ob-
sérvese la forma de
la cámara gástrica
desplazada y rotada



Fig. 3

Quiste hidático de
bazo adherido a ló-
bulo izq. de hígado



Fig. 4

Esplenomegalia, des-
plazando al estóma-
go, en la forma
habitual.



Fig. 5

Imagen lacunar en pequeña curva gástrica, provocada por un infarto esplénico en fibrosis. Bazo enteramente retrogástrico.



Fig. 6

El mismo enfermo de la fig. 5, con relleno gástrico en Trendelenburg.



Fig. 7

Otro tipo de deformación de la cámara gástrica, por el bazo.