

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A", Prof. Carlos Stajano.  
Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela"

## QUISTE HIDATICO DEL LOBULO IZQUIERDO DEL HIGADO ABIERTO EN VIAS BILIARES. — LITIASIS HIDATICA CONCOMITANTE (\*)

Dr. Alfonso Santos Dubra

De todas las complicaciones de la equinocosis hepática, la más importante es la apertura del quiste en las vías biliares. Para que haya comunicación es necesario la dehiscencia y la evacuación canalicular mínima o masiva, con el pasaje a las vías biliares de cuerpos extraños de origen parasitario.

La frecuencia de esta complicación varía con los autores. Dew, la considera como la más frecuente; Dévé la estima en un 10 % siguiendo a la ruptura en peritoneo, Ivanisevich la observa en el 22,2 %. Las observaciones en nuestro país dan un porcentaje elevado.

Los quistes que habitualmente se abren en las vías biliares, son los que tienen asiento en la cara superior derecha del hígado, quistes pósteros - superiores, en la vecindad de la cúpula diafragmática. Esta comunicación según Dévé se produce en el 84 % de los casos en las vías biliares intrahepáticas, especialmente en la rama derecha de origen del hepático, en más de la mitad de los casos; menos frecuentemente en la rama izquierda (30 %). Es rara la apertura en los canales biliares extrahepáticos. Los quistes a topografía en la cara inferior o anteriores se abren más raramente. Mucho menos frecuente aún es esta complicación en el quiste hidático que asienta en el lóbulo izquierdo, pues su tendencia a exteriorizarse fuera del parénquima, por el menor tamaño y espesor del lóbulo, lo alejan de los canales biliares.

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa, el día 7 de setiembre de 1955.

Por regla general se abren los quistes que tienen un contenido alterado, multivesicular frecuentemente infectados y supurados.

Nuestra observación presenta características clínicas, anatómicas y evolutivas de sumo interés como para traerla a consideración de esta Sociedad.

He aquí nuestro caso:

**HISTORIA CLINICA.** — M. M. de F., 48 años. N° de reg. 6749. Procedencia: Dpto. de Florida.

**Enfermedad actual.** — Operada hace 12 años en dos oportunidades por hidatidosis hepática, al parecer del lóbulo derecho. Evolucionó sin ningún trastorno hasta hace 6 meses, acusando entonces molestias dolorosas imprecisas, discretas, continuas en epigastrio que luego se hicieron más intensas, irradiando por debajo del reborde costal a ambos hipocondrios. Se acompañó de febrículas moderadas, 38°. Dos semanas antes de su ingreso tiene un cólico hepático típico, con irradiación a ambos hipocondrios, que fué tratado por médico, con inyecciones. Nunca tuvo urticaria, prurito ni ictericia. Anorexia progresiva y decaimiento general con adelgazamiento de 4 kilos en los dos últimos meses.

Dispepsia hepato-vesicular típica desde hace 16 años.

Tránsito intestinal y urinario, sin particularidades.

**Antecedentes personales y familiares,** ya fueron señalados; los restantes no ofrecen interés a los efectos del caso.

**Antecedentes ambientales,** vivió siempre en medio rural.

**Examen.** — Enferma lúcida, apirética, piel y mucosas bien coloreadas.

**Abdomen:** inspección, dolor espontáneo a la respiración superficial en epigastrio. Presenta tres cicatrices operatorias, una sobre epigastrio, otra en hipocondrio derecho, y una tercera sobre el flanco derecho. No se observan deformaciones.

**Palpación,** depresible, dolor de mediana intensidad a la palpación suave en epigastrio. Se palpa el borde inferior del hígado a tres traveses de dedo por debajo del reborde costal, es blando, indoloro y con una deformación a nivel del epigastrio de unos 4 cmts. de diámetro, de forma redondeada, lisa, blanda, moderadamente dolorosa, que parece formar cuerpo con el hígado y siguiendo sus desplazamientos. No se palpa bazo.

**Fosas lumbares:** se palpa el polo inferior del riñón derecho.

**Percusión:** el espacio de Traube está ocupado en su mitad derecha, existiendo continuidad de la macidez hepática a ese nivel. El borde superior del hígado conserva su posición normal.

El resto del examen no ofrece particularidades dignas de mención.

**Exámenes complementarios:** orina, normal. Hemograma, glóbulos rojos, 3.900.000; glóbulos blancos, 8.700; neutrófilos, 72 %; eosinófilos, 13 %; monocitos, 6 %; linfocitos, 9 %. Funcionalidad hepática, normal.

Urea en suero, 0 gr. 42. Eritrosedimentación, 50 mm. Reacción de Wassermann, negativa. Tiempo de coagulación, normal. Electrocardiograma, normal.

Sondeo duodenal (Dr. Julio Varela López) 22 - X - 54. La sonda duodenal mantenida durante 2 horas con control radiológico en la segunda porción del duodeno y hecha la estimulación sucesiva con aceite, novocaína y SO<sub>4</sub>, no permite recoger bilis en ningún momento. En suma: sondeo en blanco. Como este sondeo no parece corresponder al cuadro clínico, el especialista pide repetirlo, cosa que no se hizo.



Fig. 1. — Gastroduodeno: normal. Calcificación paravertebral izquierda que podría estar en relación con un quiste calcificado del lóbulo izquierdo del hígado.

**Estudio radiológico** (Instituto de Radiología. Facultad de Medicina. Hosp. de Clínicas).

**Colecistografía:** En el hipocondrio derecho, se observa una imagen alargada de muy débil densidad con pequeñas zonas claras en su interior que podrían corresponder a una vesícula litiásica.

**Estómago y duodeno:** Gastroduodeno normal. No hay desplazamientos gastroduodenales. Calcificación paravertebral izquierda. (Fig. I).

**Radiografía simple de abdomen:** calcificación paravertebral izquierda que podría estar en relación con un quiste calcificado del lóbulo izquierdo del hígado.

Colon por enema: normal.

Tórax: normal.

**Diagnóstico clínico:** quiste hidático calcificado del lóbulo izquierdo del hígado. Litiasis vesicular.

**Operación** (28 - X - 54). — Cirujano Dr. Santos. Ayudantes: doctor Musso, Dr. Mendy, Pte. Royol. Anestesia general, ciclopropano, éter, en circuito cerrado. Incisión oblicua subcostal derecha, seccionando los dos músculos rectos y disociando los músculos anchos. Intenso foco de peritonitis plástica que se libera con gran dificultad. Exploración: Vesícula distendida con sólo un cálculo de 2 ctms. de longitud en su interior. Colédoco muy distendido pero no se palpan cálculos. Quiste hidático calci-

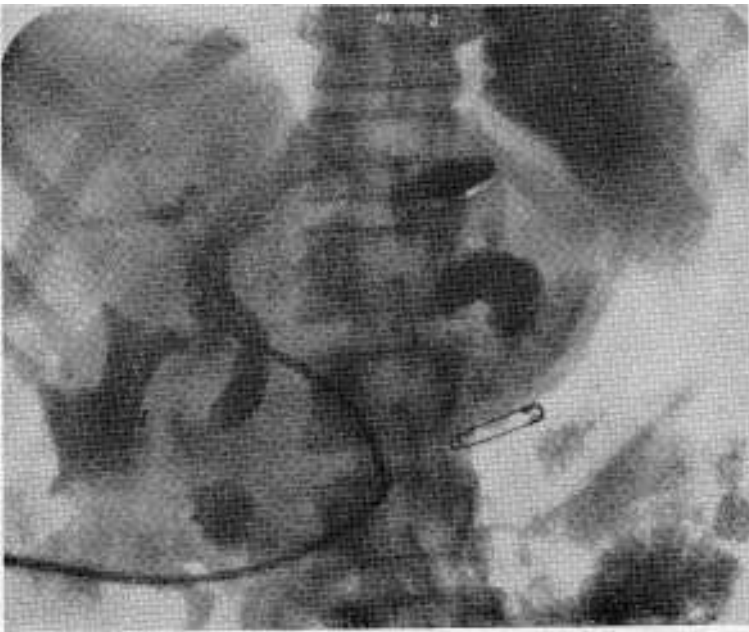


Fig. 2. — Se observa la vía biliar dilatada e irregularmente rellena. Se ve la cavidad del quiste. Hay salida de líquido de contraste a través del colédoco, el que se deposita en la zona subhepática.

ficado del tamaño de una nuez, parcialmente exteriorizado del lóbulo izquierdo del hígado. Decolamiento duodeno pancreático. Se practica colecistectomía retrógrada. Coledocotomía, sale abundante cantidad de vesículas hijas y restos de membrana. Lavado profuso del colédoco con sonda de Nelaton lo que permite extraer nuevos elementos hidáticos. Se evacúa el quiste hidático que tiene un contenido puriforme y vesículas hijas. Se coloca en su interior sonda de Pezzer. Se vuelve a explorar el colédoco con sonda de Nelaton, en determinado momento se logra pasar la sonda

profundamente por el hepático izquierdo, desembocando en una cavidad que topográficamente corresponde al quiste. El lavado del colédoco por la sonda con suero fisiológico sale a través de la Pezzer, colocada en el quiste demostrando con ello la comunicación quístico-biliar. Se termina la operación, colocando un tubo de Kehr en el colédoco que se saca por contraabertura. Cigarrillo con celofán en el lecho vesicular. La sonda de Pezzer se saca por la misma herida operatoria.

**Evolución:** el post-operatorio fué muy prolongado. Destacaremos sólo la bilirragia intensa y permanente durante 17 días. Cantidades de

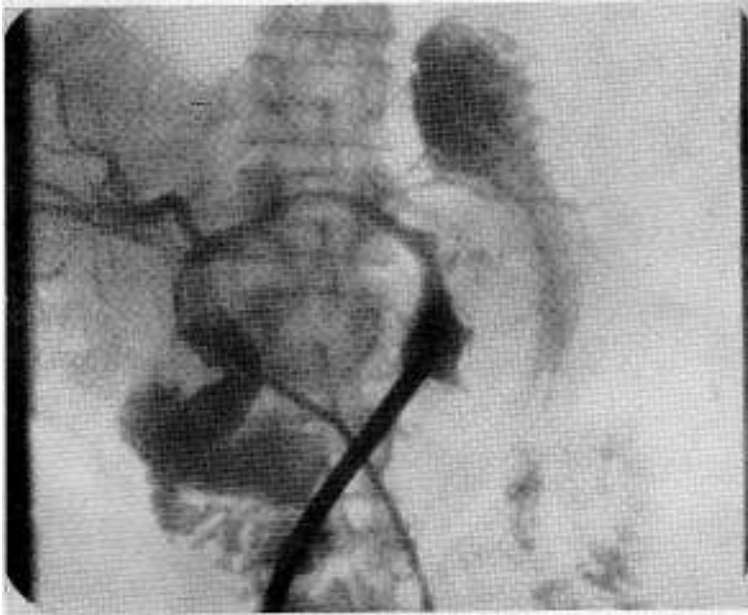


Fig. 3. La cavidad del lóbulo izquierdo se ha reducido netamente de tamaño. Se ve siempre muy bien la comunicación con el hepático izquierdo. Las vías biliares se rellenan uniformemente.

700 á 800 c.c. salían diariamente por el tubo de Kehr y la sonda de Pezzer. Esta complicación que llegó a preocuparnos mucho se solucionó al quitar ambos tubos (17 - XII - 54), comprobando que el Kehr estaba casi totalmente ocluido por una masa que el estudio anatomopatológico, mostró que eran restos hidáticos impregnados por bilis. En ningún momento salieron por los tubos restos hidáticos.

Colangiografía (4 - XI - 54): muestra la comunicación de la cavidad con el hepático izquierdo. Hay salida de líquido de contraste a través del colédoco el que se deposita en la zona subhepática (fig. 2).

Colangiografía (I - XII - 54): amplia cavidad hepática en comunica-

ción con la vía biliar principal, la que aparece dilatada e irregularmente rellena.

Colangiografía (8 - XII - 54): La cavidad del lóbulo izquierdo del hígado se ha reducido notablemente de tamaño. Se visualiza siempre muy bien la comunicación con el hepático izquierdo. Las vías biliares se rellenan uniformemente (fig. 3).

Anatomía Patológica (Instituto de Anatomía Patológica).

a) Vesícula: colecistitis crónica fibroproductiva e infiltración mo-



Fig. 4. — Fragmento de membrana quitinosa hidática y masas granulosas de detritus.

nonuclear y polinuclear (proceso inflamatorio en actividad). Las manifestaciones inflamatorias predominan en la mucosa.

b) Cálculo contenido en la vesícula: el residuo de la decalcificación y disolución de los lípidos está formado casi totalmente por fragmentos de membrana quitinosa hidática, fuertemente Best positiva y algunas masas granulosas de detritus probablemente minerales (fig. 4).  
Firmado: Dr. Cassinelli.

## COMENTARIO

La apertura de un quiste hidático en las vías biliares es una complicación frecuente y grave, que expone al enfermo a sufrir inmediatamente una serie de alternativas, a saber:

- shock anafiláctico;
- supuración del quiste;
- modificaciones anatómicas y funcionales en relación con la alergia hidática;
- la infección de los canales biliares que en los casos de obstrucciones persistentes pueden llevar a una infección supurada ascendente con producción de abscesos múltiples;
- la obstrucción biliar transitoria o permanente.

Tardíamente tiene un porvenir incierto, debido a la posibilidad de que elementos fértiles puedan dar origen a:

- equinocosis secundaria de las vías biliares;
- síndrome inflamatorio crónico (angiocolitis y colecistitis crónica), bien estudiado por Piaggio Blanco y Roglia;
- posibilidad de que fragmentos hidáticos puedan constituirse en el núcleo sobre el cual se producirá la precipitación de bilis en capas superpuestas dando origen a la formación de cálculos, tal es la llamada litiasis hidática.

El caso que hemos presentado muestra una serie de hechos que consideramos de interés.

Debe destacarse la localización del quiste hidático en el lóbulo izquierdo en comunicación con un grueso canal biliar, modalidad poco frecuente porque el quiste en su crecimiento se exterioriza del parénquima eludiendo por tanto el contacto con los canales biliares.

La comprobación en el acto operatorio de abundante cantidad de elementos hidáticos dentro de las vías biliares, que no pudimos extraer totalmente no obstante los lavados repetidos. Las colangiografías post - operatorias muestran la existencia de restos hidáticos que fueron migrando ulteriormente en forma progresiva hasta volver libre las vías biliares. Esta comprobación nos permite asimilar que seguramente, muchas veces, el quiste hidático del hígado se abre en los canales biliares, evacuándose parcial o totalmente sin provocar ningún trastorno, haciendo muda esta complicación del punto de vista clínico. Débese por tanto buscar el pasaje anormal de restos hidáticos al tubo digestivo por el sondeo duodenal y aún realizando el tamizado de las materias fecales seguida de tinción por el carmín de Best. Estas búsquedas dan habitualmente grandes resultados. No obstante a veces estos exá-

menes son negativos, pues la hidátide se evacúa en las vías biliares de manera intermitente, debido al régimen de presiones cambiante dentro de los canales. Esto nos permite comprender y explicar algunos hechos de nuestra observación, como ser el sondeo duodenal en blanco, totalmente en desacuerdo con el cuadro clínico del enfermo y que tanto desorientó al especialista. Actualmente un nuevo y preciso medio de investigación se agrega para la búsqueda de esta complicación: la colecisto - colangiografía con biligrafina intravenosa sustancia de contraste capaz de opacificar en forma sistemática los conductos biliares extrahepáticos, el cístico, y el hepato colédoco, denunciando su permeabilidad.

La existencia de una litiasis hidática vesicular, distinta de la litiasis biliar común coexistiendo con un quiste hidático abierto en las vías biliares, y que sólo se pone de manifiesto por el estudio sistemático de los cálculos vesiculares o coledocianos en enfermos portadores de un quiste hidático.

Finalmente en el post - operatorio de nuestra observación asistimos a una complicación que nos creó una grave preocupación: una bilirragia intensa y persistente que se resolvió, agotadas todas las medidas, por el retiro del tubo de Kehr, con la comprobación de su casi obstrucción por un tapón constituido exclusivamente por elementos hidáticos que perturbaban el libre corriente biliar.

## RESUMEN

Se presenta un nuevo caso de quiste hidático del lóbulo izquierdo del hígado en comunicación con las vías biliares y litiasis hidática vesicular concomitante.

Se revisan diversas peculiaridades evolutivas a que están expuestos los pacientes afectados de esta complicación.

Destacamos la localización del quiste hidático complicado en el lóbulo izquierdo del hígado, así como la comprobación operatoria de elementos hidáticos en las vías biliares.

Se insiste en el valor de los distintos elementos de investigación en el estudio de esta complicación, como son, el sondeo duodenal, el tamizado de las materias fecales, y más recientemente el estudio radiológico de las vías biliares: la colecisto - colangio-

grafía con biligrafina intravenosa, así como el examen anatómico sistemático de los cálculos vesiculares o coledocianos, en enfermos portadores de un quiste hidático del hígado.

Señalamos en nuestro caso, la evolución feliz de una bili-rragia intensa y persistente postoperatoria, solucionada con el retiro del tubo de Kehr ocluido por elementos hidáticos.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) CALCAGNO, B. N. y MANFREDI, F. J. — “Quiste hidático calcificado del hígado abierto en vías biliares”. Bol. y trab. Acad. Argent. cir., v. 25, p. 363 - 374; 1941.
- 2) CENDAN ALFONZO, J. E. — “Relaciones de la hidatidosis hepática con la litiasis biliar”. An. Fac. de M. Montevideo, v. 33, p. 879-956; 1943.
- 3) CHIFFLET, A. — “La hidatidosis hepática es una afección hepatobiliar”. Bol. Soc. cir. d. Uruguay, v. 19, p. 23 - 38; 1948.
- 4) CHIFFLET, A. y MUSSO, R. — “El desprendimiento de la adventicia en los quistes operados del hígado”. An. Fac. d. M. de Montevideo, v. 23, p. 950 - 957; 1938.
- 5) CHIFFLET, A. y SUIFFET, W. — “Quiste hidático abierto en vías digestivas”. Arch. urug. de med. cir. y especialid., v. 22, p. 392 - 405; 1943.
- 6) DEVE, F. — “L'élimination périodique prolongée des kystes hydatiques du foie dans les voies biliaires”. Compt. rend. Soc. de biol., v. 83, p. 1366 - 1367; 1920.
- 7) DEVE, F. — “Il n'existe pas de kystes hidatiques primitifs de la vésicule biliaire”. Compt. rend. Soc. de biol., v. 85, p. 632 - 634; 1921.
- 8) DEVE, F. — “L'ouverture des kystes hidatiques de foie dans les voies biliaires”. J. méd. franc., v. 13, p. 343 - 354; 1924.
- 9) DEW, H. R. — “Hydatid disease. Hepatic cyst involving the biliary passages”. Chapter XI, p. 168 - 181; 1927.
- 10) LARGHERO YBARZ, P. — “Discusión sobre quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares”. Bol. Soc. cir. d. Uruguay, v. 6, p. 58 - 72; 1935.
- 11) MARELLA, M. — El quiste hidático del hígado abierto en las vías biliares. Tesis de doctorado”. F. d. Med. d. Montevideo, 1955.
- 12) PIAGGIO BLANCO, R. y ROGLIA, J. L. — “Síndrome ictero - ascítico con esplenomegalia por obstrucción hidática del colédoco”. An. Fac. de med. d. Montevideo, v. 23, p. 844 - 851; 1938.
- 13) PIAGGIO BLANCO, R. y SANGUINETTI, C. — Las afecciones del hígado, de las vías biliares y el páncreas”. Montevideo. Asoc. est. med., 1948.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

- 14) PRAT, D. y PIQUEREZ. — “Quiste hidático del hígado abierto en vías biliares”. An. Fac. de med. de Montevideo, v. 10, p. 204 - 290; 1925.
- 15) IVANISSEVICH, O. — “¿Litiasis biliar? ¿Quiste hidático?”. Imprenta de la Universidad, Buenos Aires, 1927.
- 16) IVANISSEVICH, O. — “Tratamiento operatorio de los quistes hidáticos del hígado”. Imprenta de la Universidad, Buenos Aires, 1928.

**Dr. Prat.** — Quisiera preguntar al Dr. Santos, si fué una colangiografía o quistografía, la realizada en su caso.

**Dr. Santos.** — Colangiografía.

**Dr. Prat.** — Colangiografía post - operatoria. Quería llamar la atención sobre esto: nuestros cirujanos tienen una gran experiencia en el quiste hidático y por lo general, no tratan de investigar todos los elementos y todos los recursos semiológicos que pudiera tener este examen.

Creo que hoy día debe ser de práctica corriente la quistografía en todo caso de quiste hidático del hígado o de cualquier otro órgano del abdomen y especialmente en el diagnóstico del quiste hidático de vías biliares y que por eso en el acto operatorio debe realizarse la quistografía o colangiografía.

Esta práctica puede dar datos muy importantes para darse cuenta de las relaciones que existen entre el quiste y las vías biliares, sobre todo para establecer el plan de terapéutica más perfecto posible.

**Dr. Santos.** — Agradezco a los doctores Cendán y Prat, por su participación en la discusión de esta comunicación.

Con el Dr. Cendán estoy totalmente de acuerdo y sus conceptos afirman en forma más clara el interés de este trabajo.

Al Prof. Prat, le diré, que es hábito general en la clínica en que actúo, realizar en forma sistemática la colangiografía per - operatoria en todo enfermo en que se sospecha la posibilidad de complicaciones en la vía biliar principal. En nuestro paciente por motivos ajenos a nosotros no pudo llevarse a cabo, lo que mucho lamentamos.