

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. H. García - Lagos

PIO - NEUMO - QUISTE HIDÁTICO DEL HÍGADO

José - P. OTERO

Habiendo tenido oportunidad de observar personalmente tres casos de pio - neumo - quiste hidático del hígano, nos ha parecido interesante traer las historias ante esta tribuna a fin de comentar los hechos que más nos han llamado la atención ya que poseemos un material bastante abundante de una afección relativamente rara.

Nuestro material clínico se compone de 4 enfermos que corresponden: el 1º, al Servicio de Cirugía de Urgencia (guardia del Dr. Del Campo); el 2º y 3er. casos a la Clínica Quirúrgica del Profesor García Lagos; el 4º caso nos ha sido cedido por el Prof. Del Campo a quien agradecemos su contribución.

Las historias de estos enfermos son las siguientes:

H. B., 25 años; 22 de enero de 1935. — Ingresa porque desde hace 18 días sintió un dolor intenso en hipocondrio derecho que se irradió hacia el hombro derecho, brazo derecho y mitad derecha del cuello. Siguió con dolores intensos hasta el momento de su ingreso. En los últimos días tuvo escalofríos. En los primeros días tuvo constipación, en los últimos tres días tuvo diarrea de tres deposiciones diarias; no ha tenido vómitos, ni trastornos de la micción.

Antecedentes: Hace tres años, a raíz de un trauma en hipocondrio derecho (pelotazo de football) tuvo un estado de pérdida de conocimiento de algunas horas y luego tuvo urticaria, gran prurito e hinchazón.

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 13 de agosto de 1937.

Examen: Temperatura axilar 38 $\frac{1}{2}$. Pulso 110, muy hipotenso. Labios secos. Fascies intoxicado. *Vientre:* gran asimetría del vientre superior y base del tórax: levantamiento del reborde costal derecho, saliente marcada de las últimas costillas, ensanchamiento de los espacios intercostales; saliente marcada del epigastrio en su parte superior y derecha, saliente redondeada, del tamaño de una naranja grande. *A la palpación* se constata dolor marcado en los últimos espacios intercostales en su parte anterior y lateral, dolor igualmente en la zona de tumoración descripta. Hígado cuyo borde inferior llega hasta la F. I. D. *A la percusión* el borde superior de la macidez hepática llega hasta la 5ª costilla, el borde inferior va desde la F. I. D. hasta la parte más declive del reborde costal izquierdo. Frente a la tumoración epigástrica hay sonoridad en una extensión bastante grande, zona de sonoridad que se hace mate al pasar el enfermo de la posición horizontal a la posición sentado. No hay reacción peritoneal, el vientre inferior está completamente libre. Douglas libre.

Tórax: Macidez, abolición de vibraciones y disminución de respiración en la extrema base derecha. El resto del tórax normal.

Diagnóstico clínico: Pic-neumo-quiste hidático del hígado.

Diagnóstico radiológico: Radioscópicamente se constata un gran nivel líquido en la sombra hepática, coronado por una gran zona de gas que llega casi hasta el diafragma. No hay derrame pleural. El borde inferior del hígado llega hasta la F. I. D. resaltando sobre los gases del ciego. Se saca placa.

Intervención: Dr. Otero, Pte. Salveraglio. Anestesia local. Incisión vertical transrectal sobre la tumoración. Abierto el peritoneo se constata un quiste que hace saliente sobre la vertiente anterior de la cara superior del hígado; quiste que en su parte superior tiene adherencias laxas al peritoneo. El borde inferior del hígado no se ve, pues el hígado es enorme de acuerdo con la clínica. Se protege cuidadosamente con compresas que aislan el campo operatorio imbibidas en formol al 1 %. Punción del quiste que da salida a gas fétido bajo presión. Punción con un trócar de Finochietto y aspiración; evacuación. Salen abundante cantidad de membranas y vesículas degeneradas y una enorme cantidad de pus. Formol en la cavidad por unos instantes. Se trata de un enorme quiste que hemos abordado por su zona declive pues se extiende hacia arriba hacia el diafragma; se puede introducir un clamp curvo hasta el mango inclusive; dirigiendo el clamp hacia arriba e izquierda se siente latir el corazón cuyos latidos se transmiten al instrumento. Se trata, pues, de un enorme pic-neumo-quiste hidático del hígado del tamaño de una pelota de football número 4, tomando los dos tercios superiores del lóbulo derecho e invadiendo en parte el lóbulo izquierdo. Se coloca un grueso tubo de drenaje; puntos de catgut solidarizan la periquística a la pared. Cierre parcial de la pared con puntos totales y después crín en la piel.

Post-operatorio: Excelente. El tubo drena algo durante los primeros días (pus y bilis). El estado general mejora, la temperatura cae.

15-II-35. *Radioscopia:* En el momento actual el borde hepático inferior

aún se conserva bajo y deformado. No se ve cavidad hidro-aérea en la extremidad del tubo (García Capurro).

26-II-35. Evolucionaba normalmente y muy mejorado pasa a policlínica. Luego el enfermo evoluciona perfectamente y su herida completamente cerrada es dado de alta.

C. da S., 20 años, soltera. — Antecedentes familiares, sin importancia.

Ha sido siempre sana hasta hace unos 3 años en que empezó a sentir dolores del hipocondrio derecho no muy intensos, separados por períodos de acalmia. Hace 20 días empieza a sufrir de un dolor en el hipocondrio derecho, continuo, intenso, que ha persistido hasta ahora. Al mismo tiempo decaimiento, mal estado general, pérdida de apetito y a veces vómitos.

Examen: Pulso 100. Apirexia. Fascies algo intoxicado.

Ventre. Inspección: Se observa una saliencia que ocupa hipocondrio derecho, epigastrio y parte de hipocondrio izquierdo, cuyo límite inferior es neto y su punto declive llega casi al ombligo, cuyo límite superior se pierde bajo el reborde costal derecho. Además la parrilla costal anterior está levantada, más saliente que la del otro lado, como si estuviese empujada por algo que crece en el hipocondrio derecho.

Palpación: Se palpa una tumoración que ocupa las zonas mencionadas, lisa, renitente, tensa, sensible, poco móvil con la respiración, cuyo límite superior se pierde bajo el reborde costal.

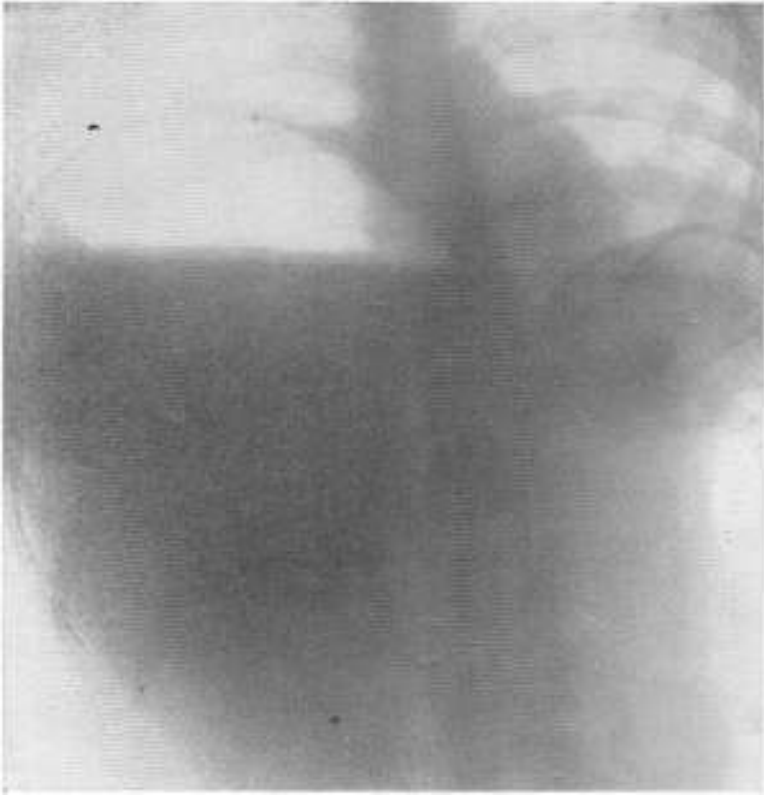
Percusión: Esa tumoración es sonora en toda su extensión y esta sonoridad invade y se continúa con la sonoridad que reemplaza a la macidez hepática normal. Si colocamos la enferma en decúbito lateral se constata que en la zona declive la sonoridad es reemplazada por macidez, es decir, pues, que hay macidez desplazable; si colocamos la enferma en decúbito ventral toda la zona se hace mate. Hay sucusión hipocrática y chapoteo.

El vientre fuera de esa tumoración es normal, indoloro, libre, sin defensa.

Tórax: Se constata un ensanchamiento de la base del hemitórax derecho, ensanchamiento posterior, lateral y anterior, es decir total apreciable a la inspección y a la palpación bimanual; hay ensanchamiento de los espacios intercostales con respecto a los del otro lado y dolor a la presión sobre todo en la parte anterior. Resto del examen, sin particularidades.

Radioscopia: Se ve un gran nivel líquido que ocupa transversalmente todo el hipocondrio derecho y que está coronado por una gran cámara de gas que está limitada arriba por una curva absolutamente regular que es el diafragma el cual está levantado en gran desnivel con el del otro lado. Cuando se le mira en posición de perfil se constata un nivel líquido que ocupa todo el diámetro antero-posterior.

Radiografía: "Gran imagen hidro-aérea con un nivel líquido bien neto por encima del cual se ve otra línea algo convexa hacia arriba; hay en ella muy pequeñas irregularidades y diferencias de opacidad. Podría correspon-



Caso N° 2. — Radiografía de frente

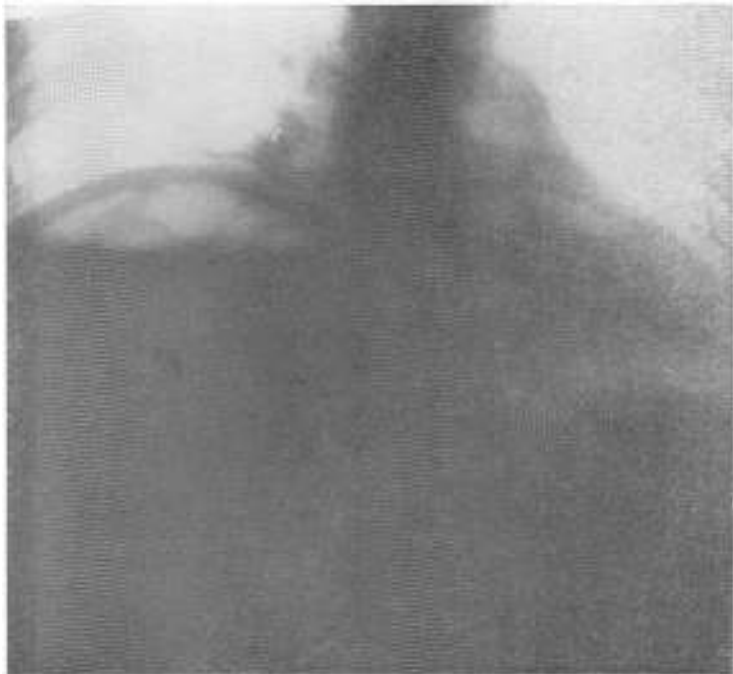
der esto a la membrana desprendida entera, flotando en el nivel líquido". Interpretación del Prof. Cunha.

Intervención. — Dr. Pérez Fontana y Dr. Otero. Paramediana derecha con anestesia local. Punción con aguja que da salida a gases bajo tensión; evacuación de gran cantidad de pus y membranas hidáticas alteradas. Marsupialización.

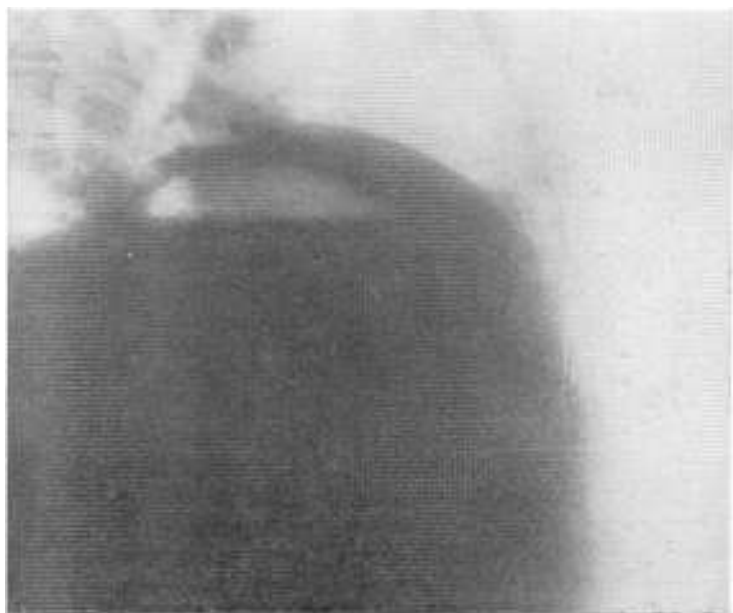
Post-operatorio: sin incidentes. Aíta, curada a los 40 días.

H. M., 50 años. — Hace 20 días comenzó su enfermedad con puntada de costado en base de hemitórax derecho. Tuvo chuchos de frío y sudores profusos. Ingresa el 18 de julio de 1936 con intensa disnea, respiración superficial dolorosa. Temperatura axilar 39. Pulso regular taquicárdico. Fascies intoxicado, sub-ictericia neta de las conjuntivas.

Vientre: Hígado muy aumentado de volumen llegando hasta F. I. D., en la línea media hasta el ombligo y en el hipocondrio izquierdo rebasa las costillas. Hígado uniforme, sin irregularidades, doloroso, tenso. No hay defensa.

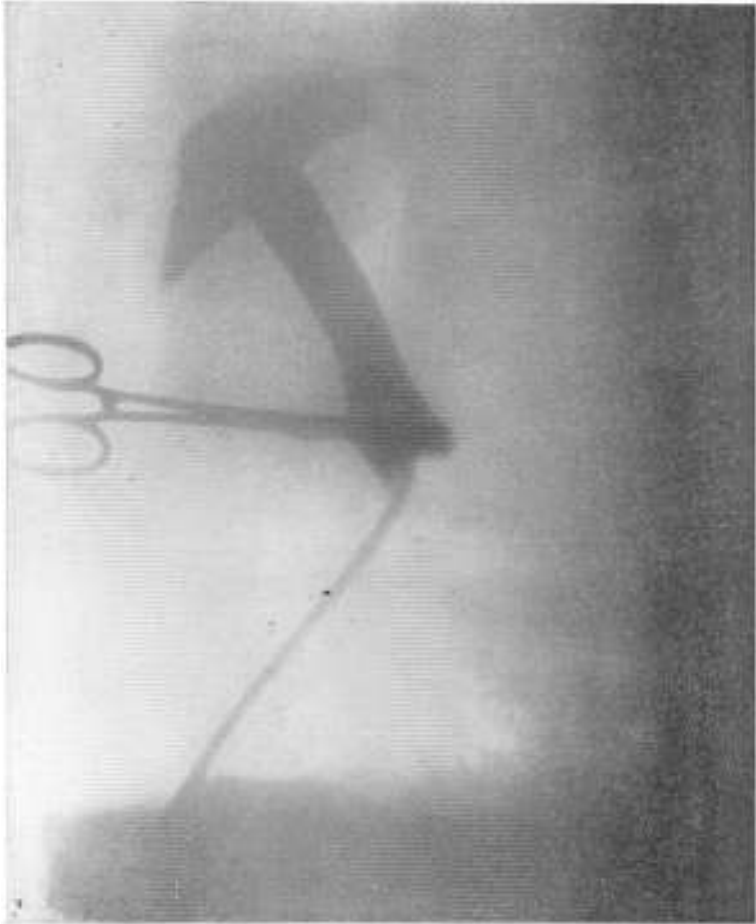


Caso N° 3. — Radiografía de frente



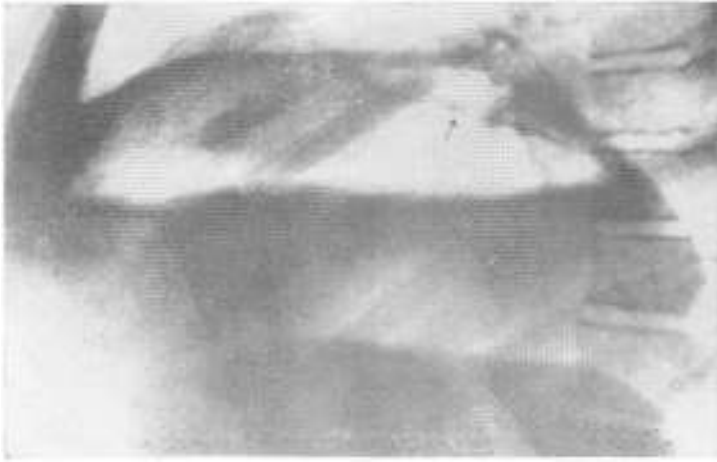
Caso N° 3. — Radiografía de perfil

La base del hemitórax derecho está muy ensanchada en todos sus diámetros, los espacios intercostales derechos abiertos. *Percusión*: Decúbito dorsal: hay sonoridad neta en una zona bastante extensa situada en cara anterior, hemitórax derecho en su parte inferior, correspondiendo más o menos al área de



Caso N° 3. — Inyección de yoduro en la cavidad quística residual.
No hay comunicación con vías biliares.

macidez normal del hígado; zona sonora que se transforma en zona mate al percudir el enfermo en posición sentado. Si se percute la parte inferior de cara lateral derecha del tórax se encuentra macidez, pero si se coloca el enfermo en decúbito lateral izquierdo, la macidez es reemplazada por una zona extensa de sonoridad. No hay succusión hipocrática a una movilización prudente. Auscultación de esa región es negativa. Resto del vientre sin particularidades.



Signo de Lessertisseur (copiado de Escudero)



Signo de Lessertisseur (copiado de Escudero)

Tórax: Parte posterior. Macidez 1/3 inferior del hemitórax derecho; vibraciones abolidas en esa zona; respiración disminuída. En extrema base síndrome de derrame.

Radioscopia: Hemidiafragma derecho muy elevado y completamente inmóvil a la respiración; gran desnivel entre uno y otro hemidiafragma. Base pulmonar derecha completamente normal; no hay sombra de derrame ni aún en el extremo fondo de saco pleural. Por debajo de la curva regular del hemidiafragma derecho se constata una línea horizontal de nivel líquido neto que va de la pared lateral derecha hasta la línea media y en perfil toma gran parte del diámetro antero-posterior de la curva diafragmática; nivel líquido coronado desde luego por una cámara de gas. Imprimiendo movimientos al enfermo se ve el chapoteo; inclinando al enfermo el nivel permanece siempre horizontal.

Radiografía (Prof. Cunha). — Imagen hidro-aérea; sobre la línea del nivel líquido hay pequeñas irregularidades y sobresalen sombras irregulares y algo difusas que corresponden probablemente a la membrana del quiste; signo del camalote evidente. El límite de la curva superior de la cámara aérea es un poco irregular y festonado.

Intervención. — 19-7-36. Dr. Otero. Pte. Suárez. Anestesia local. Paramediana derecha. Abierto el peritoneo se constata un hígado enorme que llega a F. I. D., hígado muy congestivo no adherente. No se ve el quiste y a la palpación no se tiene sensación de resistencia neta. Se punciona con aguja intra-muscular que entra hasta el pabellón, encontrándose a esa profundidad el quiste, lo que se traduce por salida de gases fétidos y a tensión por la aguja. Sección del parénquima hepático hasta el quiste inclusive, después de protección cuidadosa del peritoneo; sale una enorme cantidad de pus, membranas hidáticas degeneradas teñidas de bilis y bilis. Aspiración; tubo grueso; puntos hemostáticos de la sección del hígado. Cierre parcial de la herida.

Post-operatorio. — Al día siguiente se encuentra mejorado, el facies menos tóxico, el pulso muy bueno. Sale pus y bilis en cantidad que empapa y tiñe la curación obligando a cambiar el enfermo 2 veces por día. Se ordena: drenaje postural todas las mañanas media hora, sueros, toni-cardíacos, insulina, extracto hepático intra-muscular. 31-7. Ha seguido marchando muy bien; sigue drenando mucha bilis que empapa la curación. Le hacemos hoy una inyección de 30 c.c. de yoduro de sodio al 15 % introduciendo una sonda Nelaton por el interior de tubo de drenaje bajo la pantalla radioscópica. La sustancia opaca ocupa la cavidad pero no se ve correr hacia ningún canal biliar; colocamos el enfermo de pie pero tampoco se rellena el colédoco. Le sacamos placa que el radiólogo informa: "Cavidad con yoduro; no se ven canales hepáticos llenos". (Cunha).

Durante todo el post-operatorio las materias fecales han sido completamente decoloradas, lo cual unido a su gran bilirragia nos lleva a explorar radiológicamente la posible comunicación de la cavidad con las vías biliares.

10 de agosto. — Sigue bien; sigue drenando bilis en gran cantidad.

1º de setiembre. — Le empezamos a hacer tubajes duodenales con inyección por la sonda de sulfato de magnesía.

Al cabo de 3 o 4 tubajes empieza a salir menos bilis por la herida y las materias se recoloran.

Sigue bien. Es dado de alta con su herida cerrada el 25 de setiembre.

M. M., 17 años. Ingresa el 28 de diciembre 1935.

Antecedentes. — Hasta el 5 de setiembre de este año estuvo bien. Menstruaciones regulares, periódicas, indoloras. El 5 de setiembre se enfermó con dolor epigástrico, vómitos biliosos, chuchos, fiebre llegando a 40°. El dolor se irradia luego en cintura al hipocondrio derecho e izquierdo, ambas fosas lumbares, espalda y hombro derecho; vómitos abundantes, a los dos días ictericia acentuada. Diarrea en los primeros días de color normal. Micciones normales; orinas oscuras. A los 15 días mejoró encontrándose entonces perfectamente bien.

Al mes nuevo episodio igual al anterior pero más atenuado y más corto. (Dolores, vómitos biliosos, ictericia, chuchos, fiebre). Duró 8 días.

A principios de diciembre (hace unos 20 días), nuevo episodio con iguales caracteres: vómitos, chuchos, etc. Los vómitos y chuchos desaparecen pero el dolor y la ictericia continúan.

En cada episodio tuvo prurito y un "sarpullido".

Examen clínico. — Intoxicada, obnubilada, contesta lentamente a las preguntas. Lengua seca; ojerosa. Tinte icterico de piel y mucosas con mejillas rosadas. Temperatura axilar 37.6; pulso 120; corazón, tonos normales.

A la inspección *ensanchamiento del hipocondrio derecho que está más saliente adelante y lateralmente.* Vientre ligeramente balcnado, no moviéndose a la respiración con la amplitud normal. Hígado grande y doloroso, parece rebasar unos 10 cms. el reborde costal pero no es posible por el dolor y la contractura que provoca delimitar el reborde hepático. Todo el hígado es doloroso lo mismo en su parte abdominal que en la intratorácica a través de los espacios intercostales. A la percusión la macidez atrás llega hasta la punta del omoplato; hay disminución de vibraciones pero la respiración aunque disminuída llega bien abajo. *Adelante*, en decúbito dorsal hay una zona de sonoridad pulmonar desde la clavícula hasta el borde inferior de la 3ª costilla. A partir de allí desde la línea esternal hasta la mamelona y en una extensión de dos dedos hay una franja de macidez; por debajo una zona de sonoridad timpánica de tres dedos de altura, llegando y sobrepasando en parte el reborde costal; y por debajo aún hay una zona de macidez de dos dedos y que termina abajo unos 4 cms. por encima de la línea transversa umbilical. Traube algo desplazado a la izquierda. Al sentarla y percutiendo la zona de sonoridad ésta se hace mate, la macidez empezando al nivel del 4º espacio intercostal. Hemivientre inferior sin particularidades.

Radibscopia. — Cavidad hidro-aérea en la parte superior de la sombra hepática cerca de la línea media y netamente anterior.

Radiografía (A-5820).

Orina. — Pequeña cantidad de pigmentos biliares. Regular cantidad de urobilina. Indicios de albúmina.

Sangre. — 3.540.000 glóbulos rojos. 17.200 glóbulos blancos. Neutrófilos, 75 %; Eosinófilos, 3 %; Basófilos, 0 %; G. Mononucleares, 7 %; Linfocitos, 15 %.

Intervención. — Dr. Del Campo, Dr. Nande. Anestesia local y se continúa con éter y CO. Pequeña incisión Bevans alta y luego prolongada sobre el reborde costal. Protección del campo. Punción con aguja del quiste, sale líquido purulento fétido, con gas. Se punciona luego con trocar y se hace aspiración saliendo gran cantidad de líquido y membranas. Enorme cavidad que se limpia lo mejor posible. Colgajos de periquística cuelgan de las paredes. Se coloca grueso tubo de drenaje. Dos mechas en la pared. Cierre parcial.

Post-operatorio. — El drenaje desde los primeros momentos ha sido entre 500 y 900 grs. de líquido sanguinolento al principio y luego bilioso. Poco a poco se fué acortando el tubo y luego colocando más finos.

Mayo 1° — Desde hace varios días se encuentra con dolores en la espalda y región lumbar derecha. Al examen y radioscopia no se constata nada anormal. Hace un proceso de condritis dando lugar a la formación de un absceso que se incinde y cura. Estado general excelente; come bien y ha engordado mucho.

Radiografía (B-15.850). Pulmones y pleura normales. Hígado agrandado, con drenaje.

Urea: 0.36.

Glicemia: 1.20.

Las memorias fundamentales sobre el tema son: la memoria del Prof. Dévé en la "Revue de Chirurgie" de 1907, la tesis de Adnet en 1910, la tesis de Delamare en 1925 (ambas inspiradas por Dévé), el relato de Spangember, al 2° Congreso Argentino de Medicina en 1922. Los autores argentinos se han ocupado mucho del tema: Escudero, Castex, Tobías, etc. En nuestro país no conocemos ningún trabajo sobre este asunto.

Circunscribiendo el tema estableceremos que nos ocuparemos solamente de las supuraciones gaseosas espontáneas del Q. Hid. del Hig. dejando de lado los neumo - quistes secundarios a punciones diagnósticas o terapéuticas, los neumo - quistes post - operatorios, los quistes hidáticos abiertos en los bronquios o en el tubo digestivo.

Respecto a etiología, patogenia y bacteriología no tenemos nada interesante que aportar por lo cual nos remitiremos a los trabajos anteriores. El estudio bacteriológico ha sido realizado por Gilbert y Weill (1898), por Barth y Rist (1901), y sobre todo por Lipmann en 1902. Estos trabajos han establecido de un modo

terminante la importancia fundamental de la flora anaerobia en estas supuraciones gaseosas. La vía de infección ha sido estudiada por Dévé en múltiples artículos dando fundamental importancia a la infección de origen canalicular biliar; más adelante haremos algunas consideraciones sobre este punto.

Anatomía patológica. — VOLUMEN. — En nuestros cuatro casos se trataba de quistes de gran volumen que ocupaban todo el lóbulo derecho y parte del izquierdo: en el caso número 1 se relata que se podía introducir una pinza curva de coprostasis hasta el mango inclusive y en los otros dos casos se trataba de enormes quistes. En casi todos los casos que hemos leído se trataba de enormes quistes que daban salida a dos o tres litros de pus bilioso con membranas hidáticas degeneradas.

SITUACIÓN. — Ocupan comúnmente un lóbulo entero del hígado e invaden mismo el otro.

Se trata casi siempre de quistes centrales que se desarrollan excéntrica y regularmente en todos los sentidos llegando al domo hepático hacia arriba, a la pared abdominal anterior hacia adelante, hasta las costillas atrás, respetando amenudo la parte inferior del lóbulo. Podemos admitir que el parénquima hepático, es rechazado excéntricamente pero no destruido sino parcialmente pues de lo contrario los enfermos no harían esas recuperaciones rápidas y totales a que estamos habituados. No hemos tenido fenómenos graves de insuficiencia hepática al contrario de lo que podría esperarse de un parénquima sometido a la influencia de esta gran supuración gaseosa y además el aspecto del parénquima en nuestros casos no ha sido el de un hígado seriamente afectado por degeneraciones celulares sino más bien el de una hepatitis simple con intensa congestión que le da un color rojo oscuro que disminuye al evacuar el quiste.

CONTENIDO. — Mezcla de pus teñido de bilis, membranas hidáticas degeneradas y gases fétidos a gran tensión que salen silbando a través de la aguja que punciona.

REACCIÓN PERITONEAL. — La peri-hepatitis existe amenudo pero es variable en su importancia; en nuestros tres casos había adherencias del hígado sobre todo al diafragma, adherencias laxas y no muy extendidas.

REACCIÓN PLEURAL. — Amenudo las pleuras diafragmáticas están unidas por adherencias espesas; a veces hay derrame pleural. En nuestros casos no había ningún derrame pleural.

Sintomatología. — COMIENZO. — El comienzo ha sido brusco con dolor intenso en hipocondrio derecho y hemitórax derecho con irradiaciones altas (hombro, brazo, etc.). Al mismo tiempo que el dolor se ha iniciado una enfermedad seria, con repercusión marcada sobre el estado general, fiebre y escalofríos. Enfermedad que ha evolucionado hacia una agravación progresiva, sin remisión y que seguramente conduciría a la muerte en breve plazo si no se hubiera intervenido.

En el momento que vemos los enfermos (unos 20 días después del comienzo) nos encontramos con enfermos gravemente afectados, con fascies de intoxicación, pulso rápido, temperatura alrededor de 39, sub - ictericia de las conjuntivas. En caso número 3 el estado general era muy grave.

Pasando al examen físico nos encontramos con un cuadro que podemos casi clasificar de típico.

INSPECCIÓN. — Gran deformación del hipocondrio derecho y base de hemitórax derecho. En los tres casos había franca saliente tumoral del hipocondrio derecho, evidente y marcado aumento de diámetro antero - posterior del hemitórax derecho con relación al izquierdo, ensanchamiento de los últimos espacios intercostales. En suma: al mirar el vientre de estos enfermos se tiene la impresión de que tienen un gran tumor que ocupa el hipocondrio deformando la base del hemitórax derecho, levantando el reborde costal, haciendo evidente saliencia bajo el hipocondrio y epigastrio.

A la *palpación* todos estos datos se confirman: aumento evidente del diámetro antero - posterior a la palpación bimanual comparativa; ensanchamiento de los espacios intercostales. Se palpaba en los tres casos el borde inferior del hígado muy descendido: hasta la F. I. D. en la línea mamilar, hasta el ombligo en la línea media. Hígado uniforme, sin irregularidades, doloroso, tenso. Dolor en toda la zona asimétrica: en los últimos espacios intercostales, en toda la tumoración del hipocondrio y en el hígado que rebasa por debajo.

No había defensa y el resto del vientre estaba libre, sin dolor, sin balonamiento. Douglas indoloro.

PERCUSIÓN. — Pasamos a la percusión y constatamos con cierta sorpresa que esta gran tumoración es sonora en un área bastante extensa y percutiendo con el enfermo en decúbito dorsal. Elemento semiológico que puede ser un tanto desorientador para quien no conozca la enfermedad pero que es en realidad el trazo más característico de ella. Esta sonoridad a la percusión desaparece completamente y es reemplazada por macidez absoluta cuando hacemos pasar el enfermo de la posición decúbito dorsal a la posición sentada y viceversa, reaparece inmediatamente cuando volvemos el enfermo a su primitiva posición. Se trata pues de una macidez desplazable reveladora de una gran cavidad hidro-aérea ocupando la base de hemitórax y el hipocondrio derecho. Del mismo modo si percutimos la cara lateral de la base del hemitórax constatamos macidez o sonoridad según que la posición del enfermo lleve esa zona a la declividad (decúbito lateral derecho) o al contrario a ocupar el punto culminante (decúbito lateral izquierdo).

En suma: gran tumoración deformante del hemivientre superior derecho y del hemitórax inferior derecho con una zona de sonoridad a la percusión que se desplaza según las distintas posiciones del enfermo.

Estudio radiológico. — **RADIOSCÓPICAMENTE** hemos visto en todos los casos una gran imagen hidro-aérea ocupando el hipocondrio derecho, elevando marcadamente el hemi-diafragma que está inmóvil a la respiración; la curva diafragmática se visualiza perfectamente por no haber derrame pleural. Queda muy poco parénquima hepático entre el gas y el diafragma. El nivel líquido horizontal se mantiene horizontal con los cambios de posición del enfermo, cambios que permiten estudiar toda la cavidad quística pues la cámara gaseosa ilumina por así decir las distintas zonas según cambie la orientación de la declividad. Nivel líquido que es muy extenso, ocupando casi todo el diámetro antero-posterior en perfil y casi todo el hipocondrio derecho en frontal.

RADIOGRÁFICAMENTE se observan elementos de gran interés que no es posible apreciar radioscópicamente. En primer lugar el

nivel líquido en vez de ser nítido, en línea recta, es irregular, festoneado. En el caso 2 por encima de un nivel líquido nítido se ve una zona limitada hacia arriba por una línea convexa irregular que podría corresponder según el radiólogo a la membrana madre desprendida y flotando en el líquido. En el caso 3 ya el radiólogo es completamente afirmativo en el sentido de que las irregularidades que se ven por encima del nivel líquido constituyen un signo del camalote evidente. Sabemos que el signo del camalote fué descrito por Lagos García en los quistes hidáticos abiertos del pulmón y que en esa localización tiene un gran valor semiológico. Del mismo modo el Prof. Escudero ha descrito el primero la existencia de este signo con igual significación en el pionesumo - quiste hidático del hígado. Desde el punto de vista anatomo - patológico puro no es en realidad la membrana madre que sobresale en festón sobre el nivel sino que son los fragmentos degenerados de las membranas hidáticas que flotan en el líquido; pero desde el punto de vista radiológico el valor del síntoma es idéntico. En 1927 Lessertisseur describió un nuevo signo típico radiológico que luego ha sido encontrado por otros autores y que consiste en la constatación por encima del nivel líquido de una línea irregular en arcada convexa hacia arriba que correspondería a la proyección de la periquística parcialmente desprendida. Reproducimos una lámina del Trabajo de Escudero y Tobías (Anales del Ateneo de Clínica Médica, 1933, vol. 3), que ilustra este signo que ya tiene un valor semiológico unánimemente aceptado por distintos autores que lo han constatado y que están de acuerdo en cuanto a su significación y en cuanto a su patogenia. Queda así resumido el signo de Lessertisseur cuya existencia habrá que buscar sistemáticamente, como se busca el signo del camalote y expresando si hay o no signo del camalote, si hay o no signo de Lessertisseur en toda imagen hidro - aérea del hipocondrio derecho.

M. Castex presenta en 1926 una comunicación a la Sociedad Médica de los Hospitales de París titulada: "Exploración radiológica del pio - neum - quiste hidático por inyección de lipiodol" donde preconiza inyectar lipiodol ascendente y descendente para obtener imágenes más netas de las irregularidades en el nivel líquido constatadas antes por Escudero y Tobías. Nos parecen poco prudentes estas punciones de un quiste muy séptico a través

del peritoneo y sobre todo cuando la cámara gaseosa está allí sirviendo de precioso medio de contraste natural para estudiar la vía de abordaje y los caracteres del nivel.

Diagnóstico. — No es un diagnóstico difícil y prácticamente se plantea con muy pocas afecciones. Mencionaremos solamente el diagnóstico con pío - neumotórax que se descarta fácilmente por la topografía de los signos, por la ausencia de signos de auscultación torácica y por la existencia en todos nuestros casos de gran tumor visible, amén del aspecto radiológico. La interposición interhepato - frénica de intestino se descarta fácilmente lo mismo que también se descarta el neumo - peritoneo por perforación visceral.

De modo que queda como único diagnóstico realmente a plantearse el de absceso piogaseoso sub - frénico y el de absceso pío - gaseoso del hígado. Si decimos desde ya que el absceso hepático gaseoso es excepcional queda en último término como único diagnóstico realmente a plantear el diagnóstico entre pío - neumocisto y absceso gaseoso sub - frénico. Aquí sí, las dificultades pueden ser muy grandes puesto que todos los elementos semiológicos están representados: modo de evolución, deformación del hipocondrio, dolor, fiebre, aspecto radiológico. Sin embargo hay una serie de elementos un poco especiales que harán inclinar al pío - neumocisto y que son: la existencia anterior de un tumor conocido por el enfermo, historia de dispepsia hidática y de urticaria y en nuestros casos el elemento que más nos ha asegurado en el diagnóstico ha sido la existencia de una gran deformación asimétrica del hipocondrio y del hemitórax como solo puede darla un tumor a crecimiento progresivo que venza poco a poco la resistencia costal. Queremos detenernos sobre este elemento semiológico que para nosotros ha sido fundamental en el diagnóstico clínico y que llamaremos *gran deformación asimétrica del vientre superior*. ¿Puede un absceso sub - frénico desarrollado en semanas o meses dar esta gran deformación de la base del hemitórax, agrandando todos sus diámetros, rechazando el reborde costal? No es imposible, pero no es frecuente que sea tan marcada, tan evidente.

Radiológicamente los aspectos son muy parecidos: la misma ascensión del hemidiafragma derecho, el mismo nivel líquido ho-

rizontal coronado de una imagen gaseosa. Pero aquí la cúpula es menos neta, menos regular y el resto de la imagen es también menos trazada a compás; existe mucho más amenudo un velo pleural de la base derecha. Es aquí donde tiene una importancia decisiva el signo del camalote o el signo de Lessertisseur que permite afirmar de un modo categórico el diagnóstico de pio - neumo - quiste hidático del hígado.

Relaciones entre el pio - neumo - quiste y las vías biliares. — Dévé ha estudiado perfectamente este aspecto del problema.

En primer lugar hay un hecho perfectamente establecido y es la importancia de la vía canalicular biliar como vía de infección en la inmensa mayoría de los casos tanto para los quistes supurados como para los pio - neumo - quistes. Este hecho no significa sin embargo que haya habido abertura de los quistes en los gruesos canales y eliminación de los elementos hidáticos hacia el intestino sino que canaliculos biliares en comunicación con la cavidad quística han infectado su contenido.

Otro problema se refiere a la frecuencia de la abertura y eliminación de elementos hidáticos en el colédoco de estos pio - neumo - quistes. Dévé estudiando su estadística en 1924 (Soc. de Biologie, pág. 1143) encuentra que sobre su total de 56 observaciones de P. N. Quistes, 15 conciernen quistes en curso de evacuación anatómica o clínicamente segura, 10 eliminaciones muy probables por los signos clínicos y 7 que podrían ser discutidas. La proporción buscada es pues de 24 % para los casos ciertos y 41 % incluyendo los casos probables. En nuestro caso número 3 hicimos un estudio lipiodolado del quiste, 12 días después de operado para ver si era posible revelar una comunicación con las vías biliares. El lipiodol relleno la cavidad quística pero no pasó a las vías biliares lo cual no permite sacar ninguna conclusión negativa pues si el colédoco estuviese lleno de elementos hidáticos evidentemente no podría ser relleno por la sustancia opaca. Por otra parte nos inclinamos seriamente a pensar en este caso en la obstrucción hidática del colédoco basados en la decoloración persistente de las materias fecales, en la intensa y prolongada bilirragia y en la acción muy neta de los tubajes duodenales sobre esos síntomas de posible obstrucción coledociana. En el caso número 4 hay también elementos que inclinan a pensar en esa posibilidad: ictericia marcada, bilirragia prolongada.

Un tercer problema resuelto por Dévé es la frecuencia de la supuración gaseosa del Q. H., apareciendo secundariamente a su abertura en las vías biliares; su estadística le da 10 % de supuración gaseosa secundaria del quiste hidático abierto en vías biliares.

En resumen (según Dévé):

a) La vía de infección de los pio - neumo - quistes es la vía canalicular.

b) La frecuencia de los P. N. Q. abierto en vías biliares es de 24 % para los casos seguros y 40 % para los dudosos.

c) La frecuencia de los quistes hidáticos abiertos en las vías biliares que se hacen luego gaseosos (por supuración gaseosa autóctona de origen biliar) es de 10 %.

Pronóstico. — Es muy grave si se deja evolucionar el cuadro como se ve en las observaciones antiguas. Sin embargo no es la gravedad que corresponde a infecciones gangrenosas que no permitirían una sobrevida de semanas y aún meses y que no respetaría el resto del parénquima como lo hace en estos casos. Esta supuración gaseosa no es invadiente sino que se limita al quiste mismo, como si solo fuera el cadáver parasitario el atacado, mientras el resto del parénquima se defendiera perfectamente de los microbios anaerobios o como si la periquística fuera una barrera entre el proceso infeccioso y el hígado. De modo que apesar de la etiología anaerobia de estas supuraciones pútridas no creemos deban clasificarse dentro de las infecciones gangrenosas verdaderas extensivas, por lo cual creemos perfectamente justificada la denominación de pio - neumo - quiste hidático de hígado y no por ejemplo supuración gangrenosa del quiste hidático del hígado u otra semejante.

Los cuatro casos que hemos observado han evolucionado perfectamente después de su evacuación y drenaje no habiendo dado lugar a ninguna infección gangrenosa de la herida ni a distancia, cediendo rápidamente el cuadro general. Nos ha llamado también la atención el rápido borramiento y achicamiento de la cavidad quística y la evolución hacia el cierre completo sin fístula en el curso de unos 50 días en término medio.

Tratamiento. — Inmediatamente de hecho el diagnóstico se debe intervenir. En todos nuestros casos nos ha bastado con la anestesia local.

La vía de abordaje es como para todos los quistes la más directa y en este caso su elección es fácil pues se puede localizar el quiste radioscópicamente con toda precisión debido al gas. Además estos enormes quistes se ofrecen espontáneamente al cirujano pues su gran volumen hace casi imposible alguna dificultad en su abordaje.

Una vez descubiertos deben ser evacuados con los cuidados habituales y serán drenados por un grueso tubo; la evacuación completa de todo el contenido es aquí como en cualquier quiste hidático fundamental en la evolución sin incidente hacia el cierre.

En el post-operatorio hemos usado: suero glucosado e insulina, extracto hepático inyectable, drenaje postural.

En los casos en que haya gran bilirragia con o sin decoloración de materias fecales debe practicarse el tubaje duodenal repetido que en nuestro tercer caso nos dió un resultado tan evidente. Siendo relativamente frecuente (24 %) la abertura de estos quistes en vías biliares podría plantearse a veces el problema del drenaje del colédoco; sin embargo en ninguno de los casos que hemos estudiado ha habido necesidad de ello y en el caso personal que nos tocó resolver todo entró fácilmente en orden con el drenaje médico de las vías biliares por tubaje duodenal.