

PARTICULARIDADES DE LA ICTERICIA, EN EL QUISTE HIDÁTICO ABIERTO EN VIAS BILIARES

Por B. Varela Fuentes, J. A. Coronel y N. Rubira

Utilizando el método de Varela y Recarte (1) para la dosificación separada de las bilirrubinas indirecta y directa del suero icterico, hemos estudiado las características que ofrece la ictericia en 19 casos de quiste hidático abierto en vías biliares.

Destacaremos previamente los signos clínicos relacionados con la ictericia que se observaron en estos casos, antes de analizar los datos de la bilirrubinemia.

DATOS SURGIDOS DE LA ANAMNESIS

Edad. — La edad de estos ictericos osciló entre 20 y 45 años. Pero hay 1 caso de 16 años y 2 por encima de los 20.

Sexo. — Encontramos 60 % de hombres y 40 % de mujeres.

Antecedentes hepato-vesiculares. — Es constante la existencia de una historia anterior, a veces muy remota (hasta de 20 años) pero casi siempre relativamente reciente (2 ó 3 años, hasta algunos meses) de dolores epigástricos, episodios febriles pasajeros, urticaria y trastornos dispepticos del tipo hepato-vesicular. En varios casos los enfermos relatan haber presentado ya antes un cuadro semejante al que motiva su consulta actual, con ictericia inclusive. Llama la atención la frecuencia con que se observó un adelgazamiento marcado, en poco tiempo, en cuanto se inician las molestias.

DATOS DEL EXAMEN CLÍNICO

Dolor. — Es casi constante la presencia de dolores epigástricos, alguna vez acompañados de defensa muscular de la misma región (2 casos). El dolor toma a veces (2 casos) los caracteres del cólico hepático. Respecto al origen de los dolores de cólico en la forma pseudo-litiásica del quiste hidático del hígado, ya lo hemos discutido en un trabajo anterior (2) y ha sido motivo reciente de estudios prolijos de Cendan (3) y de Graña (4). Solamente en 3 de las observaciones no existieron dolores francos.

Fiebre. — Salvo en 3 casos, en todos los demás existió fiebre, ya sea en forma de febrícula prolongada o intermitente, y con más frecuencia en forma de fiebre alta del tipo de la fiebre bilioséptica de Chauffard, con chuchos intensos, que fueron observados en 6 casos.

Hígado. — Este órgano se encontró engrosado a la palpación y de consistencia aumentada (a excepción de 1 caso). En 6 casos se comprobó además la existencia de las tumoraciones típicas accesibles a la palpación, que revelan la existencia del o de los quistes hidáticos.

Vesícula. — No se encontró engrosamiento palpable de estos órganos en ninguno de los casos. En 3 casos en que fué practicada la colecistografía, ésta dió como respuesta una "ausencia de sombra vesicular", lo que por otra parte ya habíamos hecho notar anteriormente (2). En uno de los casos la bilis obtenida por punción de la vesícula durante el acto operatorio, demostró la presencia de ganchos hidáticos.

Bazo. — Se encontró un bazo palpable en 1/3 de los casos.

Grado de la obstrucción biliar. — En toda ictericia es importante reconocer el grado de obstrucción biliar, por el examen combinado del color de las heces y los datos del jugo duodenal obtenido por sondeo. En las ictericias llamadas "por obstrucción total de las vías biliares" y que se caracterizan por acompañarse de heces completamente decoloradas, hemos propuesto diferenciar dos tipos diferentes de obstrucción (5): 1) la obstrucción total, en la cual el jugo duodenal obtenido con la sonda es permanentemente incoloro, sin trazas de bilirrubina; y 2) la obstrucción subtotal, en la que a pesar de las heces decoloradas, el jugo duodenal es bien amarillo.

La obstrucción total es casi exclusivamente de origen neoplásico, mientras que la coledocolitiasis y la ictericia por hepatitis (catarral, etc.) dan solamente una obstrucción subtotal; cuando esta última es total, lo es solo transitoriamente.

En el caso particular de la ictericia por quiste hidático abierto en vías biliares, hemos encontrado heces hipocólicas o acólicas en 8 casos. Pero el grado de la obstrucción fué parcial o del tipo subtotal en 7 de ellos. Solamente en un caso (caso II) con heces totalmente decoloradas, el jugo duodenal obtenido por sondeo (con control radioscópico) fué durante algunos días incoloro, es decir que presentaba la verdadera obstrucción total. Posteriormente la enferma expulsó en sus heces algunas vesículas y un trozo de membrana hidática, lo que fué seguido de la desaparición de la tumoración hepática que se palpaba y de una recoloración de las materias fecales.

Leucocitosis. — En 11 casos en los que se practicó la numeración de glóbulos blancos, se encontró una hiperleucocitosis franca en 10; en un caso hubo 23.000 leucocitos.

Esta revisión de los datos clínicos observados en la ictericia del quiste hidático abierto en vías biliares, demuestra la gran analogía que existe en su sintomatología con la ictericia por colédoco-litiasis: hay trastornos dispépticos, dolores epigástricos muchas veces con el carácter del cólico hepático seguidos de fiebre con o sin chuchos, leucocitosis elevada y finalmente ictericia, que es en general discreta y variable, provocada por una obstrucción biliar parcial o subtotal. Desde luego que en el caso de la colédoco-litiasis, es habitual que los episodios dolorosos sean mucho más intensos y frecuentes y que los episodios de ictericia estén más íntimamente ligados al cólico, apareciendo en general en forma intermitente después de cada cólico.

DATOS QUE RESULTAN DEL ESTUDIO DE LA BILIRRUBINEMIA

La ictericia es en general de mediana intensidad y puede prolongarse durante mucho tiempo. Una ictericia intensa solo fué observada en 2 casos y veremos enseguida la interpretación que puede darse de este hecho.

BILIRRUBINA DIRECTA (B.D.).

Concentración de la B. D. — La intensidad clínica de la ictericia depende sobre todo de la concentración en el suero de la B.D. Estudiando el valor máximo encontrado en cada caso, observamos que en el 74 %, los valores de B. D. fueron inferiores a 15 mgrs. por ciento. El valor promedio fué de 10 mgrs. %. El valor máximo encontrado fué de 25 mgrs. %.

Bilirrubina directa

(Valores máximos encontrados en cada caso)

Hasta 5 mgrs. %	5 casos	26,3 %	}	74 %
De 5 a 10 " "	4 "	21 "		
De 10 a 15 " "	5 "	26,3 "		
De 15 a 20 "	3	15,7 "	}	26 %
Más de 20 "	2	10,5 "		

Valor máximo encontrado: 25 mgrs. %

Promedio de los valores máximos: 10 mgrs. %

Comparemos con los valores habituales de la B.D. en los demás tipos de ictericia más importantes:

En la colédoco-litiasis (6) en el 86 % de los casos los valores máximos de B.D. son inferiores a 15 mgrs. % siendo su promedio de 10 mgrs. %; el valor máximo encontrado fué de 28 mgrs. %.

En las ictericias catarrales se alcanzan generalmente valores superiores a 20 mgrs. % en el momento culminante de la misma, entre el 8º y el 15º día de la ictericia.

En la ictericia neoplásica el valor máximo encontrado fué de 55 mgrs. %.

De este estudio comparativo surge en seguida la gran semejanza de valores con los encontrados en las ictericias por colédoco-litiasis.

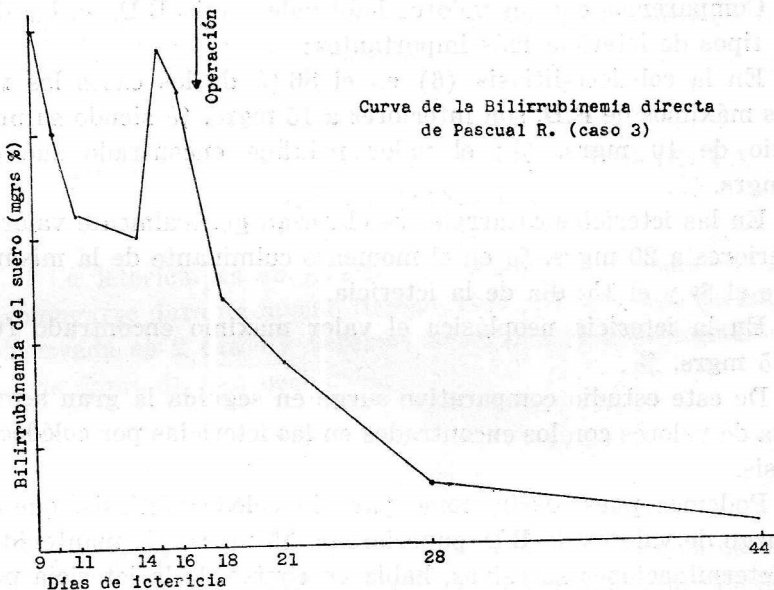
Podemos pues, decir, como para la colédoco-litiasis, que el hallazgo de valores de B.D. superiores á 15 mgrs. %, mantenidos en determinaciones sucesivas, habla en contra de la ictericia por quiste hidático abierto en vías biliares.

Curva de la B.D. — Practicando dosificaciones seriadas del pigmento cada 2 o 3 días, se puede obtener una curva que tiene caracteres bastante precisos en las ictericias de los distintos orígenes.

Ya describimos que en las ictericias por colédoco-litiasis (6) se obtenía una "línea quebrada" que demuestra que los valores oscilan continuamente en ambos sentidos, alrededor de un valor medio de 10 mgrs. %. En cambio en las ictericias neoplásicas (7)

los valores tienden a ser más uniformes: al principio crecen hasta alcanzar cierto nivel en el que se mantienen largo tiempo, con oscilaciones insignificantes, dando un trazado "en platillo". Valores semejantes por su constancia, se encuentran en las dosificaciones sucesivas en el curso de las cirrosis con ictericia. En el caso de las ictericias catarrales también destacamos su curva típica, con un período de ascenso inicial, que culmina alrededor del 8º día, para declinar en seguida hasta su desaparición total del plasma, en los 15 días siguientes.

La curva de la ictericia por quiste hidático, es también del tipo oscilante, es decir en "línea quebrada" como la de la ictericia por colédoco-litiasis, como se observa en el siguiente ejemplo:



Bilirrubina indirecta (B.I.). — Con el método que utilizamos el valor medio normal de la B.I. en el suero sanguíneo es de 0,3 mgr. %. Este valor tiende a aumentar en los sueros icterícos, excepción hecha de la ictericia por colédoco-litiasis, que ofrece la particularidad de mantenerlo dentro de cifras normales y aun subnormales.

Veamos que sucede en la ictericia por quiste hidático abierto en vías biliares. Estudiando los valores máximos de B.I. obser-

vados en cada caso, resulta que en el 89,5 % los valores permanecen por debajo de 1 mgr. % ; su promedio fué de 0,7 mgr. % ; y el valor máximo encontrado fué de 2,9 mgr. % :

Bilirrubina indirecta

(Valores máximos de cada caso)

Hasta 0,4 mgr. %	9 casos	47,3 %	} 89,5 %
De 0,5 a 1 mgr. "	8 "	42,1 "	
Más de 1 mgr. "	2 "	10,5 "	

Valor máximo encontrado: 2,9 mgr. %

Promedio de los valores máximos: 0,7 mgrs. %

En la colédoco-litiasis (6) la B.I. se mantiene por debajo de 1 mgr. % en el 79 % de los casos y el valor máximo encontrado fué de 2,95 mgr. %. Encontramos pues nuevamente aquí una gran semejanza entre los valores de B.I. de estos dos tipos de ictericia.

Hay que recordar aquí que pueden encontrarse también valores bajos de B.I. en las siguientes ictericias:

- a) en algunas cirrosis con ictericia prolongada (7) ;
- b) excepcionalmente en ictericias de origen neoplásico (7) ;
- c) en las ictericias cuyo suero da la diazo-reacción amarilla (8).

Significado de los valores encontrados para la B.I. — De acuerdo a la interpretación que hemos dado desde un principio a los valores de la B.I. en las ictericias, en el sentido de que su elevación traduce un estado de insuficiencia funcional de la célula hepática (una vez descartada la existencia de hiperhemolisis), las cifras relativamente bajas de la B.I. obtenidas en las ictericias por quiste hidático abierto en vías biliares, que se mantienen en general por debajo del 10 % del valor de la B. D., indicarían que la función hepática está en este tipo de ictericia bien conservada (9).

Solamente en 2 casos (III y XI de la tabla final) encontramos valores elevados.

El caso III demostró en el acto operatorio un hígado grueso, turgescente, algo obscuro, con un grueso quiste hidático que al puncionarlo dió salida a un líquido amarillo, puriforme, muy bilioso. La vesícula, de aspecto normal, estaba semillena y el colédoco aplastado.

El caso XI mosiró durante la operación un enorme quiste de cara inferior de hígado que una vez puncionado y vacío, reveló la existencia de otro quiste central que hacía hernia dentro de la cavidad del primero. No había tampoco ninguna compresión de las vías biliares extrahepáticas; la vesícula era de aspecto normal, con una bilis de aspecto también normal. En el post-operatorio hizo fiebre, taquicardia. (160 pulsaciones por minuto), y un síndrome hemorragíparo. Falleció al 4º día en plena lucidez.

Como en el caso de la colédoco-litiasis, hemos debido interpretar esta elevación inusitada de los valores de la B.I. como traduciendo una gran insuficiencia funcional del parénquima y probablemente ligada a una alteración anatómica concomitante del tipo de la hepatitis, que es sabido puede agregarse en cualquier momento de la evolución de una ictericia severa, al proceso primitivo que le dió origen.

Por consiguiente, la hiperbilirrubinemia indirecta sería un índice de alta gravedad pronóstica. En el caso de la colédoco-litiasis esto ha sido ampliamente corroborado por *Bengolea* y *Velazco Suárez*, que han indicado el grave riesgo operatorio inherente a tales casos.

En el caso que nos ocupa aquí, del quiste hidático, llama la atención la evolución seria post-operatoria (uno de ellos fatal) de los dos únicos casos que presentaron este signo de insuficiencia funcional del hígado en el pre-operatorio.

Del conjunto de datos referentes a la evolución clínica, completados ahora con el estudio de la B. I. y la B. D., resulta evidente la similitud de la ictericia que acompaña al quiste hidático abierto en vías biliares con la que se observa en la colédoco-litiasis.

Es probable que la patogenia de la ictericia sea muy similar en ambas circunstancias. En los dos casos la afección se origina primitivamente dentro del árbol biliar, es decir que no es una ictericia de origen parenquimatoso. En ambos casos existe seguramente siempre la infección de este árbol biliar (angiocolodocitis) que es mantenida en actividad por la presencia del cálculo

o por la penetración intermitente del material séptico procedente de la cavidad quística en el segundo caso.

Pero entre la colédoco-litiasis y el quiste hidático hay una diferencia y es que en el primer caso además del factor infección existe también la obstrucción baja por el cálculo de la vía biliar y es difícil deslindar la parte que corresponde en la génesis de la ictericia a los dos factores por separado, es decir a la obstrucción y a la infección.

En el caso del quiste hidático la existencia de una obstrucción baja de la vía biliar principal es excepcional. Descartamos desde luego por no interesar aquí, el caso de la comprensión extrínseca del colédoco por un quiste hidático de la cara inferior del hígado o de la cavidad peritoneal. Estos casos son muy raros y entonces la ictericia sería similar en su mecanismo a lo que ocurre en el caso por ej. del cáncer de la cabeza del páncreas, es decir una ictericia por obstrucción pura. Un caso de esta naturaleza fué relatado por *Urioste y Piaggio Blanco* (10).

También en algún caso excepcional, los restos evacuados por el quiste en gran cantidad en la vía biliar intrahepática, llegan a acumularse en el árbol biliar inferior obstruyéndolo mecánicamente, creándose condiciones muy semejantes a las que ocurren en la colédoco-litiasis. Esto fué observado en uno solo de los casos de esta serie:

Observ. VIII. — Andrea I., 16 años. Operada hace 8 años de quiste hidático de hígado. Dolores en hipoc. der. irradiados a espalda y hombro derecho. Vómitos. Fiebre y chuchos de frío. Ictericia de 8 días. Orinas colúricas. Materias fecales decoloradas. Examen: Febriil. Ictericia marcada. Abdomen doloroso espontáneamente y a la palpación en hipoc. der. Hígado engrosado con su borde inferior a la altura de la línea umbilical, doloroso, duro en su lób. der. Al 4º día de su ingreso, dolor intenso en hip. der. tipo cólico, que se repite dos horas después, chuchos de frío. A las 3 horas de su cólico expulsó una vesícula hidática y restos de membrana. Operación: Hígado grande, no se observa zonas fluctuantes ni salientes ni se consigue retirar líquido a la punción. En el post-operatorio pulsa nuevamente membranas. Alta después de 1 mes, sin ictericia.

Pero en la gran mayoría de los casos no existe ninguna obstrucción mecánica del árbol biliar principal de tal manera que el origen de la ictericia está exclusivamente a cargo de la angio-coleodocitis provocada por la infección secundaria de aquel, a par-

tir del quiste hidático supurado ya abierto en algún punto del árbol biliar intrahepático.

El hecho de esta notable semejanza clínica y también en el estudio de la bilirrubinemia, que hemos observado entre la ictericia por colédoco-litiasis y la del quiste hidático del hígado, nos hace admitir que el factor angiocolítico sea casi exclusivamente en el segundo caso, el fundamental en la provocación de la ictericia.

Comparación de los datos obtenidos en las ictericias por absceso único, no hidático y en los abscesos múltiples del hígado.

Hemos observado un sólo caso de ictericia por absceso hepático único, no hidático (en general estos abscesos no se acompañan de ictericia) y 8 casos de abscesos múltiples de origen apendicular o colangítico, que habitualmente se acompañan de ictericia.

En nuestra observación de gran absceso hepático, único, de origen no hidático, existían como síntomas principales: dolor hipogástrico y diarrea disenteriforme, fiebre y chuchos, con hígado grande y doloroso y defensa muscular en la misma región, acompañados de reacción pleuro-pulmonar en base derecha con algunos esputos hemoptoicos. La ictericia, que comenzó a los 12 días se fué acentuando progresivamente: a los 20 días la bilirrubinemia indirecta era de 3 mgrs. % y la B. D. de 14 mgrs. %. En los días siguientes: B.I. 1,3 mgr. % y B.D. 15 mgr. % (el 23º día) y el 26º día: B.I. 0,7 mgr. % y B.D. 20 mgrs. %. La intervención quirúrgica mostró un hígado engrosado, sin aspecto de hepatitis. Vías biliares libres. La autopsia recién permitió comprobar el absceso del lóbulo derecho del que salió abundante pus achocolatado, bilioso.

Los casos de abscesos múltiples fueron estudiados en trabajo anteriores (11) y además fueron motivo de un estudio clínico por Stajano (12) y por Suiffet (13). La ictericia es en ellos constante y el suero se caracteriza por dar la diazo-reacción amarilla. Este hecho permite diferenciar fácilmente a estos sueros ictericos que provienen de casos de abscesos múltiples del hígado, de los sueros ictericos del absceso único por quiste hidático supurado del hígado, que en ninguna de nuestras observaciones presentó este fenómeno tan llamativo de la diazo-reacción amarilla.

Resumen

1) Los valores máximos de B.D. demuestran que la ictericia no pasa de ser de mediana intensidad, siendo excepcional encontrar más de 20 mgrs. ‰. Valores superiores a 15 mgrs. ‰ repetidos en dosificaciones sucesivas, hablan en contra de ictericia por Q. H. abierto en vías biliares.

2) Los valores sucesivos de la B.D. oscilan continuamente, dando su trazado una línea quebrada, aun en los casos en los que la ictericia simula ser clínicamente uniforme en intensidad.

3) La B.I. suele dar valores normales o muy poco elevados. El promedio de los valores máximos fué de 0,7 mgrs. ‰.

4) Excepcionalmente la B. I. da cifras más elevadas, lo que traduciría una gran insuficiencia funcional del parénquima hepático. La hiperbilirrubinemia indirecta sería un índice de gravedad pronóstica.

5) Hay una evidente similitud entre la ictericia por Q.H. abierto en vías biliares y la producida por la litiasis coledociana, tanto en su aspecto clínico como en los valores y curva de las bilirrubinas.

6) Contrariamente a lo que ocurre en los abscesos múltiples de hígado, el suero de las ictericias por absceso único de origen hidático, no muestra la aparición de la diazo-reacción amarilla.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

N O M B R E	DIAS DE ICTERICIA	B I L I R R U B I N E M I A	
		INDIRECTA mgr. ‰	DIRECTA mgr. ‰
1) Andrés B.	3	0,6	3
	17	trazas	0
2) Juan L.	60	0,35	4,5
	63	0,4	9
	65	0,4	4
	86	0,7	15
	90	0,7	18
	95	0,9	17
3) Pascual R.	9	2,9	25
	10	1,3	20
	11	0,8	16
	14	1,5	15
	15	1,2	24
	16	0,9	22
	17	Operación	
	18	1,3	12
	21	0,8	9
	28	0,2	3
	44	trazas	1
	4) Juan S.		Operación
15		0,1	2
18		0,2	1
21		0,1	1
36		trazas	0,5
5) Romana U.	210	0,1	17
6) Carlos D.	45	0,3	25-
	47	0,2	14
	66	Operación	
	68	Fallece	
7) Faustina R.	65	0,8	5
	67	0,3	5
	74	0,5	1
	80	Operación	
	82	0,3	0,5
8) Andrea I.	10	0,2	5
	34	0,1	1
	39	0,3	2
	44	Operación	
9) Pantaleón G.	18	0,4	11
	28	trazas	5
	43	0,1	2
10) Adrián G.	165	0,2	12
	176	1ª Operación	
	181	2ª Operación	
	207	0,6	11
	226	Fallece	

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

11) Guillermo E.	8	1,8	14
	11	0,3	12
		Operación	
		Fallece	
12) Amalia G.	15	0,3	9,5
	21	trazas	2
	25	Operación	
13) Juan C.		0,5	8,5
		0,7	4
		0,3	2
		Operación	
14) Moisés G.	6	0,7	5,5
	9	0,5	1
	13	0,2	0,7
	14	0,2	0,4
	16	trazas	0,3
15) Ana D.		Operación	
	3	0,5	6
	9	0,4	3
	15	0,3	3
	20	trazas	trazas
16) Julio S.		0,3	16
17) Ana M.		0,3	13
18) N. N.		0,6	13
19) Miguelina M.		trazas	2

BIBLIOGRAFÍA

- 1) VARELA FUENTES y RECARTE. — Comp. rend. *Soc. Biol.* 1934, 116, 1193.
- 2) VARELA FUENTES. — Pseudo litiasis por quiste hidático del hígado. *Bol. de la Soc. de Cirug.* 1931, T. II, p. 214.
- 3) CENDÁN (J. E.). — Relaciones de la hidatidosis hepática con la litiasis biliar. *Tesis Fac. de Med. de Montev.*, 1939.
- 4) GRAÑA (A.), VARELA FUENTES y GARCÍA CAPURRO. — Patología Digestiva. — 2ª ed., 1943, p. 603.
- 5) VARELA FUENTES y CANZANI. — El síndrome de obstrucción subtotal de las vías biliares. Su diferenciación con la obstrucción total. — *Arch. Urug. Med. Cir. y Espec.* 1941, T. 18, p. 385.
- 6) VARELA FUENTES y CANZANI. — *Arch. Urug. de Med. Cir. y Esp.* 1941, T. 18, p. 12.
- 7) VARELA FUENTES y VIANA. — *Arch. Ur. de Med. Cir. y Esp.*, 1934, T. 4, p. 211.
- 8) VARELA FUENTES y CANZANI. *Le Sang*, 1939, T. 13, p. 19.
- 9) VARELA FUENTES y GARCÍA CAPURRO. Patología Digestiva, pág. 536; 2ª Edic. Espasa-Calpe, 1943.

- 10) URIOSTE y PIAGGIO BLANCO. *Anales de la Fac. de Med. de Montevideo*, 1934, T. 19, N° 3 y 4.
- 11) VARELA FUENTES y CANZANI. — La diazo-reacción en los abscesos múltiples del hígado. *Anales de la Fac. de Med. de Montevideo*, 1941, T. 26, p. 239.
- 12) STAJANO (C.). *Anales Fac. de Med. de Montevideo*, 1941, T. 26, p. 226.
- 13) SUIFFET (W.). *Idem*, p. 211.

DISCUSIÓN

Dr. Cendán. — Hace poco tuve ocasión de observar un caso que pensaba presentar a nuestra Sociedad, que creo conveniente resumir ahora dada su relación con el interesantísimo trabajo del Prof. Varela Fuentes.

Se trata de una enferma que hizo un cuadro agudo doloroso de hipocondrio derecho con todos los caracteres de un cólico hepático. Al día siguiente se había instalado una ictericia franca, cutáneo-mucosa con orinas fuertemente colúricas y con decoloración de materias fecales. Todo el proceso evolucionó en forma fría, sin chuchos ni friebre. Ingresó en esa forma a la Sala Padre Ramón, donde se comprobó un hígado grande (rebasando dos traveses de dedo el reborde costal) y discretamente doloroso. Se practicó un sondeo duodenal, extrayendo *liquido duodenal completamente decolorado*. Se inyectó entonces sulfato de magnesia al 33 %, lo que provocó una abundante descarga de bilis concentrada. (El examen del sedimento de esta bilis no mostró nada anormal). Desde entonces el dolor cedió, las materias se colorearon y la ictericia desapareció rápidamente. El hígado disminuyó de tamaño y en los días siguientes se hizo aparente una tumoración con los caracteres de un quiste hidático de su cara anterosuperior, lóbulo derecho.

La enferma fué operada, comprobándose la existencia de un *quiste hidático hialino*, sin el menor signo de sufrimiento del parásito. La exploración de las vías biliares, que practicamos sistemáticamente, en estos casos, nos mostró una vesícula que se vació bien por expresión; la palpación del colédoco no mostró ningún obstáculo a la eliminación de la bilis. La punción de la vesícula dió bilis espesa, oscura, de estasis, como es de rigor en estos casos.

En tren de buscar una explicación a los fenómenos observados, y basados en nuestras observaciones anteriores, hemos pensado que la causa del dolor y la ictericia en esta enferma, puede buscarse en un mecanismo puramente funcional. Creemos conveniente insistir en que *la presencia de un Q. H. en el hígado ocasiona trastornos funcionales importantísimos en todo el árbol biliar, que se manifiestan por una "dissinergia biliar", con espasmo del esfínter de Oddi y retroéctasis*. Hemos logrado obtener colangiografías que muestran el cierre del esfínter y la dilatación, perfectamente apreciable, de todo el árbol biliar. El hecho de que la intervención haya mostrado un Q. H. hialino, íntegro, donde no puede pensarse en dehiscencia en vías biliares, hace deshechar la idea de una ictericia obstructiva y pensar que la

ictericia y el dolor fueron provocados por el espasmo del esfínter de Oddi, que cedió por la acción del sulfato de Mg.

Prof. Prat. — Deseo destacar la importancia de la interesante comunicación del Prof. Varela Fuentes y sus colaboradores, pues nos ha traído un estudio completo de la bilirrubinemia directa e indirecta en la ictericia por obstrucción hidática de las vías biliares que representa las complicaciones serias y graves del quiste hidático abierto en vías biliares. Esto es muy importante porque nosotros, que hemos seguido esta disciplina semiológica especial, de aplicar en la clínica con particular atención la investigación de la bilirrubinemia, nos hemos dado cuenta de la capital y fundamental importancia de este importantísimo medio de diagnóstico. Se ha dicho que nadie es profeta en su tierra y precisamente, ha ocurrido que en ciertos casos se ha puesto en duda en nuestro país la importancia grande de esta práctica diagnóstica, sobre la que tanto se ha preocupado de perfeccionar el Dr. Varela Fuentes.

Hoy, el profesor Varela Fuentes, pone una vez más de manifiesto, la importancia del estudio de la bilirrubinemia en esta grave complicación de los quistes hidáticos abiertos en vías biliares; estudio que si es bien hecho, por técnicos capacitados, puede garantir los resultados y puede orientarnos perfectamente para el diagnóstico puesto que nos permitirá diferenciar ciertos tipos de ictericia mecánica, con la ictericia por obstrucción hidática de las vías biliares. Pero lo más interesante que tiene la comunicación de hoy, es esa parte tan fundamental, que corresponde a la reacción diazo amarilla que tanta importancia tiene para revelarnos la infección del hígado y que indica la presencia de abscesos múltiples en el parénquima hepático.

Debemos estar gratamente agradecidos a los autores de esta comunicación y por nuestra parte, queremos darles la seguridad de que en nuestra clínica, realizaremos esta disciplina de la investigación de la bilirrubinemia en los quistes hidáticos del hígado, abiertos en vías biliares.

Para terminar, no cabe más que agradecer y felicitar al Dr. Varela Fuentes y colaboradores que nos han presentado esta interesante comunicación.

Dr. Varela Fuentes. — Deseo ante todo agradecer las manifestaciones del Prof. Prat acerca del interés que puede haber despertado esta investigación sobre la bilirrubinemia.

En cuanto a lo que expuso el Dr. Cendán que se ocupó muy especialmente de este asunto que constituye el tema de su tesis de doctorado, es efectivamente muy interesante. En este caso inicialmente el esfínter de Oddi, estaba seguramente muy cerrado, puesto que las heces eran de aspecto masilla, decoloradas y la sonda duodenal retiró un líquido incoloro al principio. Pero la obstrucción no era total sino sub-total, como decimos nosotros, pues después de instilar el sulfato de magnesio, hubo un flujo abundante de bilis al duodeno, demostrando que la bilis pasaba seguramente al duodeno, aunque en cantidad insuficiente como para teñir las heces.

De todos modos y a pesar de tratarse de un quiste hidático hialino, éste fué capaz de producir un profundo trastorno de la motilidad del árbol

biliar. Hemos descrito antes casos muy semejantes, con fuertes cólicos hepáticos, como observamos p. ej. en una enferma, donde la exploración funcional de la vesícula demostró una ausencia de colecistograma y una prueba de Meltzer-Lyon negativa, es decir, una exclusión funcional total de la vesícula, tal como se ve en las colecistitis muy intensas. Y sin embargo durante la intervención se comprobó que el árbol biliar era normal anatómicamente, y que el trastorno de su función debía ser provocado por un quiste hidático hialino, colocado casi en la cara superior del hígado, es decir muy alejado del árbol biliar extra-hepático. Que el quiste era el responsable de los trastornos del árbol biliar, lo demostró el hecho clínico de que después de la curación quirúrgica del quiste, desaparecieron definitivamente sus cólicos hepáticos, y además la exploración funcional de la vesícula repetida 15 días después de la operación, mostró un colecistograma normal y una prueba de Meltzer-Lyon positiva. Este caso lo dimos en una publicación anterior como ejemplo de que la pseudo-litiasis hidática, puede coexistir con un quiste hialino, no pudiéndose sin embargo descartar, como pudo también ocurrir en la observación del Dr. Cendán, de que existan pequeñas fisuras del quiste que permitan la penetración de minúsculas cantidades de líquido hidático en el árbol biliar, pero suficientes para despertar las reacciones del tipo alérgico en el mismo.

No hay duda también de que la éxtasis vesicular hipertónica, responsable de estos cólicos hepáticos del quiste hidático, sea capaz de provocar en algún caso la aparición de la ictericia. Nosotros no hemos observado personalmente ningún caso de esta naturaleza y por este motivo nos resulta de especial interés la observación del Dr. Cendán. Pero hemos descrito ya en nuestro libro de "Patología Digestiva", un caso de un colega, que tenía intensos cólicos hepáticos, que eran seguidos cada vez de una ictericia moderada, con la particularidad de que el cólico se acompañaba de una intensa erupción urticariana, con pápulas intensamente amarillas, porque en ellas se concentra la bilirrubina del plasma de los ictericos. Se había pensado en una colecistitis litiásica y hablado ya de operar; pero la existencia de esta urticaria recidivante, y una eosinofilia alrededor de 30 %, nos hizo pensar en quiste hidático que se descartó por toda la observación clínica y datos correspondientes, y después en una simple colecistopatía alérgica. El colecistograma era solamente pálido, pero sin imágenes de cálculos y el Meltzer-Lyon fué positivo. El tratamiento dietético apropiado bastó para curar el brote agudo, manteniéndose desde hace 2 años sin ninguna molestia. Así nos explicaríamos la provocación de la ictericia por una éxtasis vesicular hipertónica, por alérgica hidática, en el caso del doctor Cendán, que cedió al desaparecer el espasmo del Oddi por el sondeo duodenal.