

QUISTE HIDATIDICO DEL HIGADO ABIERTO EN VIAS
BILIARES Y COMPLICACION DE FRACTURA PATOLÓGICA
DEL FEMUR DERECHO

Prof. D. Prat y Pte. Paiva

La cauística profesional nos ha proporcionado un caso de quiste hidatídico del hígado, abierto en vías biliares y que ha presentado la rara complicación en estos casos, de la fractura patológica del fémur. Hemos considerado de interés presentar esta observación a la Sociedad de Cirugía, cuya historia clínica es la siguiente:

J. G., 35 años de edad, uruguayo, ingresa a nuestro Servicio del Hospital Maciel el 11 de setiembre de 1942.

Motivos de ingreso. — Enfermo que viene de campaña por dolores en el epigastrio e hipocondrio izquierdo.

Enfermedad actual. — Hace dos años, después de un almuerzo siente dolores en el epigastrio que lo obligan a permanecer en cama, dolores que fueron acompañados de vómitos. El enfermo notó que sus orinas eran de color té cargado. No recuerda si fué acompañado de ictericia pero sí tuvo pérdidas de conocimiento y se vió obligado a llamar médico. Pasó regularmente hasta 12 días en que tiene un nuevo episodio doloroso en epigastrio e hipocondrio izquierdo, que fué acompañado de ictericia, que se observa actualmente. Nuevamente tuvo orinas colúricas pero no decoloración de materias fecales. tuvo chuchos, fiebre, vómitos después de una comida condimentada (guiso). Los huevos y las grasas son mal toleradas.

Antecedentes personales. — No recuerda enfermedad de infancia. Niega venéreas. Tomaba agua de pozo y de cachimba.

Antecedentes familiares. — Padre fallecido, madre vive, seis hermanos.

Examen. — Enfermo lúcido, regular estado general, ha adelgazado en un término de 20 días. Pulso 90 p. m., regular, bien golpeado. Mucosas con tinte icterico que es más evidente en la esclerótica.

Hay ictericia generalizada.

Inspección de abdomen y tórax. — Se observa ligero relieve en la

bases del hemitórax derecho, a la respiración se moviliza bien el abdomen pero tiene ligero dolor a nivel del epigastrio y flanco izquierdo.

Palpación. — La palpación de los espacios intercostales revela que hay un aumento de los espacios derechos con relación a los izquierdos, siendo además dolorosa la palpación de los espacios derechos.

La palpación del abdomen es difícil pues hay intensa contractura de la pared abdominal. A la compresión hay ligero dolor del flanco izquierdo y epigastrio. La palpación es más difícil al nivel del flanco e hipocondrio

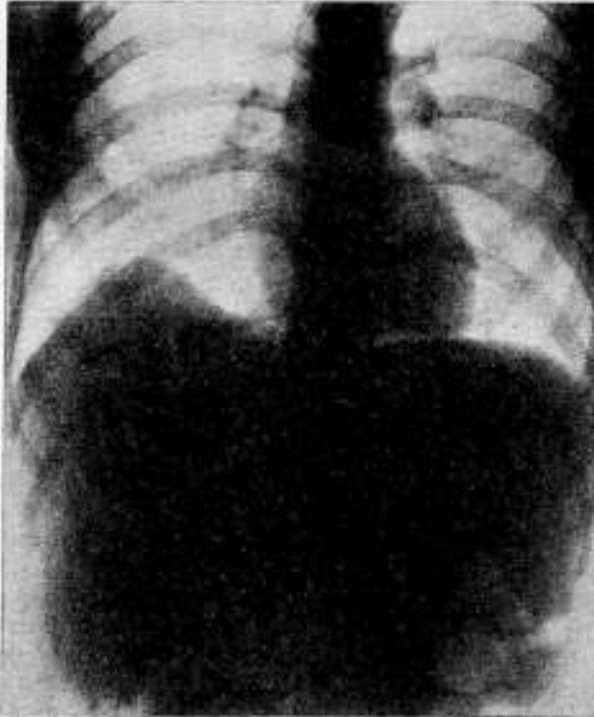


Fig. 1*

J. G. — Sombra cónica de la cara superior del hígado, correspondiente a un quiste hidatídico abierto en vías biliares.

derecho. Sin embargo parece palparse el reborde inferior del hígado a tres o cuatro traveses de dedo del reborde costal. La percusión también es imprecisa aunque parece confirmarse el dato de la palpación. En el resto del abdomen, no se notan particularidades. Aparato circulatorio y respiratorio: sin alteraciones.

Radioscopia. — Revela una elevación cupuliforme del diafragma derecho, deformación que hace pensar en un quiste de la cara superior del hígado.

Reacción de Cassoni. A los 25' positiva. Wassermann negativo.

Examen de sangre: Urea en el suero 0gr.34. Leucocitos 11.900, Neutrofilos 84, Eosinófilos 1, Monocitos 5, Linfocitos 10.

Con el diagnóstico de quiste hidático del hígado abierto en vías biliares se opera al enfermo.

Operación. — Sept. 18 - 42. Este enfermo en el que se diagnosticó un quiste hidatídico del hígado abierto en vías biliares fué visto por nosotros dos veces en radioscopia, para establecer la brecha operatoria; además de la radiografía que revela una sombra cupuliforme que sube ampliamente por encima de la cara superior del hígado y levanta el diafragma. En estas radioscopias comprobamos que el quiste está en la parte central de la cara superior del hígado, algo hacia la derecha y adelante. Está lejos de la cara posterior y lateral del tórax, algo más cerca de la pared anterior. Resolvemos abordarlo por la cara antero lateral, sobre la línea axilar anterior, levantando el fondo de saco pleural, si fuera posible, como lo hemos realizado en otros casos. Estado general deficiente. Anestesia crepuscular y local de novocaína. Infiltramos la piel sobre la 9ª costilla derecha en unos 15 cmts., desde arriba hasta el reborde costal, en el enfermo que está dispuesto en posición de decúbito dorsal, pero ligeramente inclinado hacia la izquierda. Incisión de unos 14 cmts. sobre la 9ª costilla y los cartílagos hasta el reborde. Sección de piel, tejido celular y músculos, hasta poner al descubierto la costilla en toda su extensión y el plano condral. Se legra el periostio y se le desprende cuidadosamente con la legra de Doyen. Sección de la costilla en el vértice superior de la incisión y la levantamos traccionando desde esta extremidad, lo que nos sirve para liberar completamente toda la costilla en sus bordes, particularmente en su parte inferior y cuando está completamente liberada, la seccionamos en su unión con los cartílagos. Se libera el cartílago desde su articulación con la costilla hasta el reborde, liberándolo con todo cuidado para no herir la pleura adyacente. Se secciona el puente de cartílago superior y su unión inferior y entonces reseca el cartílago que llega al reborde y que estaba en la dirección de la costilla reseca. Queda en el fondo de la herida el periostio y tejido subcondral. En seguida liberamos bien la herida en la parte más inferior, hasta visualizar el fondo de saco pleural y con un tapón de gasa lo deslizamos un poco hacia arriba y valiéndonos de la tijera, disecamos y liberamos el plano subpleural, o sea, el tejido celular que lo une al diafragma. Se libera bien el fondo de saco pleural y haciendo presión con un tapón de gasa, logramos levantar primero unos 5 a 7 cmts. ese fondo de saco pleural. Aparece el diafragma que se disocia y en seguida vemos debajo el peritoneo que seccionamos y aparece debajo el hígado congestivo, algo oscuro con aspecto de nuez moscada.

A bisturí desprendemos algunas adherencias conjuntivas del fondo de saco al borde superior de la brecha de sección condral y también se hace la misma maniobra abajo y logramos levantar el fondo de saco pleural en unos 8 o 10 centímetros que luego ampliamos a 12 cmts. Esta brecha nos permite explorar bien la cara antero superior del hígado y comprobar que queda bien visible y perfectamente accesible, la región del hígado que presenta una tumefacción redondeada y renitente, que podemos abordar

bien por la amplia brecha realizada sin haber abierto la pleura. Se protege con compresas el espacio superior, entre el hígado y el diafragma y lo mismo se hace abajo hasta rodear completamente la región de la tumefacción renitente del hígado por donde vamos a abordar el quiste.

La superficie hepática en este punto está algo rugosa y da la impresión de existir una buena capa de parénquima hepático entre el quiste y la superficie del hígado. Punción con una aguja hipodérmica, armada en una jeringa. en la zona renitente; sale líquido claro, cristal de roca. Punción con el trócar y aspiración. Sale líquido hidático y gran cantidad de membranas, vesículas hijas, etc. (1 lto. 600 grs.). Se retira el trócar del quiste que se ha obliterado y tomamos la adventicia con una pinza de Gregoire, después de haber colocado un clamp dentro del quiste. Hay 2 cmts. de parénquima hepático sobre la adventicia. Se formoliza la cavidad con solución de formol al 2 %. Aspiración a los 8 minutos. Tratamos de explorar la cavidad quística pero es difícil porque la brecha es chica (5 ctms.) y muy profunda. Aspiración con una cánula de quiste. Secado de la cavidad y se pulveriza el foco operatorio con Sulfatiazol y se le pasa una mecha con estos polvos, dentro de la cavidad del quiste. Se coloca una sonda gruesa de Prat en la cavidad quística y además un tubo grueso de drenaje, acoplado a la sonda.

Se practica un punto sobre la brecha hepática, que sangraba un poco. Reconstitución de los planos de la herida después de retirar las compresas y realizar la desinfección y revisar la hemostasis del foco operatorio. Estamos seguros que no ha pasado nada de líquido ni al vientre ni al foco operatorio porque la operación se ha hecho en muy buenas condiciones. Se sutura entre sí los labios del peritoneo, que traccionan un poco, pero se consigue aproximarlos. En un segundo plano, se suturan los músculos y por encima, se sutura el plano aponeurótico. Se colocan 5 mechas de gasa en el quiste sobre los tubos, a fin de aislar y proteger la brecha hepática e impedir la filtración de líquido a la cavidad peritoneal. Sutura de la piel con lino. El enfermo ha tolerado muy bien la operación, con pocos dolores y esta se ha hecho sin inconvenientes y en las mejores condiciones, sin haber abierto el fondo de saco pleural, que es lo que constituye el mayor éxito de la operación de la vía seguida, así como la táctica operatoria empleada, para abordar un quiste hidático de la cara superior del hígado, que estaba distante de las paredes del tórax.

El examen del líquido dió: ganchos y vesículas prolíferas de quiste hidático. 9/18/42.

A pesar de que el paciente toleró perfectamente la intervención, en los días subsiguientes el estado general no mejora.

Drena abundantemente por los tubos líquido seroso y bilis que mojan mucho la curación, y elimina vesículas.

Al 6° día de la intervención sigue con temperatura de 38.5, orinas colúricas e ictericia bastante acentuada.

A los 12 días retrocede casi completamente la ictericia, persiste la temperatura, 38° y pulso rápido. Estado de decaimiento marcado.

El vientre está completamente libre y mueve espontáneamente su intestino.

En fecha 4 de noviembre a pesar de su precario estado general, hacemos una radiografía de Hipoc. derecho, previa inyección de yodinol por la sonda intra-quística para rellenar la cavidad residual del quiste e investigar si tiene comunicación con las vías biliares.



Fig. 2ª

J. G. — Quiste hidatídico del hígado abierto en vías biliares. Radiografía de la cavidad quística con yodinol que pasó a las vías biliares principales y al duodeno.

J. G. — Fractura patológica del fémur derecho. Gran decalcificación de la diáfisis y parte inferior del segmento superior.

Placa G. A. 16404. El Lipiodol penetra en una cavidad anfractuosa y luego se visualiza el canal hepato colédoco, llegando la sustancia opaca hasta el duodeno.

El enfermo a pesar del tratamiento instituido no mejora, decayendo porque no se repone su estado general, ya malo de por sí, con pérdidas de fuerzas y temperatura a ganchos llegando hasta 38°5. Luego tinte subictérico. Orinas algo colúricas.

En vista de esto se resuelve drenar y explorar su vía biliar principal, si ella está obstruida por restos hidáticos.

2ª intervención: Prof. Prat - Pte. Paiva. Nov. 6 de 1942. Anestesia crepuscular y local. Paramediana derecha transrectal. Exploración de vías biliares. No se observa nada de particular y la vesícula parece normal; sin embargo se realiza una colecistostomía. Resección de un pequeño fragmento de hígado para biopsia hepática.

Post-operatorio: repunte del estado general. Temperatura con tendencia al descenso. En los días subsiguientes mejor estado general.

Resultado de la biopsia hepática. — 11/XI/42. Inflamación exudativa leucocitaria peri canicular. Congestión difusa (Lasnier).

Cuando todo hacía suponer un repunte franco, inicia nuevamente una curva térmica a ganchos, llegando así hasta 38 y 39°. Anorexia y adelgazamiento extremo. Examen de sangre: Glóbulos rojos 3.220.000, Glóbulos blancos 13,100, Hemoglobina 67 %, V. Glob. 1.04.

A nivel del tubo de colecistostomía drena abundante bilis, bastante sucia.

Por el otro tubo de drenaje del quiste sale líquido francamente purulento. Desinfección de la cavidad quística y sulfamidas.

La temp. siempre a ganchos. Sigue así unos 15 días. Hemocultivos negativos (Widal).

A los tres meses: Fractura patológica del tercio medio de fémur derecho (Diciembre 16/942).

Gran absceso de región glútea y supuración a nivel del foco de fractura.

Fallece en caquexia el 12 de enero de 1943. No se pudo realizar la autopsia en un caso tan interesante.

Examen radiológico del hipocondrio D. — El lipiodol penetra en una cavidad anfractuosa y luego comunica por un canal hepático con el colédoco y llega la substancia opaca hasta el duodeno.

El caso clínico que acabamos de relatar a Vds. presenta varias características interesantes, que vamos a considerar muy brevemente.

Por los antecedentes clínicos, pudimos establecer la presencia de un síndrome doloroso del hipocondrio, que se acompañó de ictericia y que en presencia de un hígado grande, nos hizo pensar en un posible quiste hidatídico del hígado, abierto en vías biliares; sospecha que parecía confirmarse plenamente con la pronunciada deformación cupuliforme de la cara superior del hígado, que levantaba el diafragma derecho. No podemos tomar en

cuenta para el diagnóstico, el resultado de las reacciones biológicas del Cassoni o del Ghedini, Bordet, porque estos resultados no fueron documentados por olvido en la historia clínica, pero seguramente fueron negativos.

La intervención quirúrgica, nos permitió comprobar que nuestro diagnóstico era exacto, pero dudamos sin embargo, de que el quiste drenado fuese el abierto en vías biliares, puesto que el líquido de la punción era cristal de roca y las vesículas también con líquido claro, parecían indicar que el quiste no estaba infectado y que por lo tanto, se nos planteó la duda de si el quiste que tratamos por quistotomía, era realmente, el quiste abierto en las vías biliares. En el examen lipiodolado realizado ulteriormente, pudimos comprobar que el quiste tratado, comunicaba realmente con las vías biliares y que inyectando el yodinol en su cavidad, visualizamos la vía biliar principal del hepato - colédoco, con derivación de la sustancia de contraste hacia el duodeno.

Otro detalle interesante de la terapéutica y de la técnica quirúrgica empleada en este quiste hidatídico central, de la cara superior del hígado, es el abordaje transtorácico empleado por vía parapleural. En varios casos ya, sobre todo en los quistes centrales y de la cara superior del hígado, que están lejos de las paredes del tórax, hemos empleado la vía parapleural, que consiste en reseca la 9ª ó 10ª costillas derechas con su correspondiente cartílago hasta el reborde costal y luego de liberar el fondo de saco pleural y levantarlo por despegamiento del diafragma, se consigue obtener una brecha operatoria de 10 a 15 centímetros, sobre la cara antero superior del hígado, después de seccionado el diafragma, que nos permite abordar ampliamente estos quistes hidatídicos centrales o de la cara superior del hígado, localizados lejos de las paredes del tórax, sobre el centro frénico. También hemos abordado así y con éxito quistes hidáticos del hígado, abiertos en los bronquios, sin lesionar para nada la pleura y disponer de una brecha operatoria amplia, que nos permitió realizar libremente el acto quirúrgico, sin tener que recurrir a esas operaciones graves y mutilantes, como son las tóraco - freno - celiotomías.

Consideramos innecesario insistir en la técnica empleada puesto que ella consta en la descripción detallada de la opera-

ción realizada en nuestro paciente y sólo queremos destacar, que se trata de un excelente método, que permite realizar una operación grave, con anestesia local, disponer de una amplia brecha operatoria, con muy buena luz y practicar un drenaje en la parte declive del quiste, en el sitio más conveniente para su derivación, sin hacer correr un grave riesgo al enfermo.

Es conveniente destacar, de paso, las ventajas del drenaje de la quistotomía hecha por vía para pleural, de la que se hace por vía transpleuro diafragmática.

En la operación por vía para pleural anterior, además de evitar la complicación del neumotórax y la infección de la cavidad pleural, dos elementos muy importantes, se consigue además el drenaje del quiste hidatídico, por su cara antero inferior o inferior, que permite realizar este drenaje, casi en el sitio de elección o sea en la parte inferior del quiste.

Los quistes centrales de la cara superior del hígado, vecinos al centro frénico, cuando se abordan por la vía trans-pleuro diafragmática, se abren y se evacúan por aspiración, penetrando al quiste por su cúpula superior subdiafragmática y el tubo que se coloca en la cavidad residual, realizará un drenaje indirecto, que drenará defectuosamente el quiste, con la desventaja, de que el mismo drenaje postural, no drenará tampoco convenientemente la cavidad de la cara superior del hígado, porque su abertura está en la cara superior. Contrariamente a esto, el drenaje del quiste abordado por vía para pleural anterior, situado en la parte antero inferior del quiste, drenará bien esa cavidad en la posición sentada y semi sentada del paciente y mucho más eficazmente con la posición de decúbito ventral.

Queda demostrado pues, que la vía para pleural drena mejor y más eficientemente los quistes hidáticos de la cara superior del hígado, a localización central.

Lo anormal de nuestro caso, es que después de haberse insinuado una evolución favorable hacia la curación, siguió el paciente, haciendo fiebre y con ictericia, lo que nos hizo pensar, que posiblemente el quiste drenado, no era el quiste abierto en las vías biliares o que persistía una obstrucción hidática del hepato colédoco.

El examen radiológico de contraste, realizado con yodinol nos permitió establecer que la cavidad quística, comunicaba con

= vías biliares principales y que éstas, estaban permeables. Sin argo y no obstante esta comprobación, dada la evolución desfavorable del caso, nos decidimos a realizar una segunda operación por vía abdominal anterior, con exploración negativa de las a biliares y en la que practicamos una colecistostomía, que enó abundantemente, pero que no contribuyó en nada para la ejería del enfermo. Como la pérdida de bilis era bastante abundante, recurrimos a la opoterapia biliar, suministrándole al enfermo, extracto biliar en dosis intensas.

A pesar de haber desaparecido la ictericia, el paciente no mejora, sigue con fiebre y desnutriéndose progresivamente, hasta que, casi a los tres meses y medio, hace una fractura patológica del fémur derecho, que se acompaña poco después de una intensa upuración del foco.

La radiografía del fémur de este enfermo pone bien de manifiesto una fractura patológica en la unión de su $1/3$ superior con sus $2/3$ inferiores, comprobándose además un gran proceso de decalcificación sobre todo en su fragmento inferior y que se extiende intensamente, en casi toda la diáfisis del hueso.

La radiografía no permite establecer la naturaleza precisa de la lesión y como no pudo desgraciadamente, realizarse la autopsia, resulta que el diagnóstico etiológico exacto de esta fractura, no lo hemos podido establecer.

Entre las causas posibles hemos sospechado el sarcoma, el epiteloma metastático, la equinocosis y la decalcificación por insuficiencia biliar.

No creemos en el sarcoma, por la localización de la fractura y por la ausencia de toda reacción osteo perióstica, a pesar de la existencia de los sarcomas osteolíticos por excelencia. Más posible, consideramos al epiteloma metastático, pero la gran extensión del proceso decalcificante con la abundante supuración producida en el foco, no están de acuerdo con la hipótesis del cáncer metastático, sin contar, que el tumor primitivo no fué encontrado a pesar de su cuidadosa investigación.

La equinocosis, aunque puede presentarse con formas muy atípicas, confesamos que la imagen radiográfica no presenta ninguna característica de esta lesión, sobre todo en este caso en que, el foco contenía mucho pus y entonces se trataría del absceso osifluente hidático, que generalmente, se caracteriza por el aspecto

radiológico del panal de miel con orificios, rodeados por un anillo hiperostósico debido a la infección sobreagregada que nuestro caso no presenta.

Queda finalmente la hipótesis de la intensa decalcificación ósea, producida en los huesos, por un exagerado drenaje biliar y que puede llegar en ciertos casos a la fractura patológica. No hemos visto ningún caso semejante y por eso no podemos aventurar opinión, pero, nos llama la atención, de que al tratarse de una insuficiencia biliar, la decalcificación, sea sólo segmentaria, pues la cabeza y el cuello del fémur presentan una buena calcificación.

Pedimos disculpas a los consocios de la Sociedad de Cirugía, por no poderles establecer, la verdadera etiopatogenia de la fractura del caso que presentamos, complicación rara en un caso de quiste hidático del hígado, abierto en las vías biliares, pero, eso se debe fundamentalmente a la práctica que se va estableciendo como hecho sistemático en nuestro medio, de que en las Clínicas de la Facultad de Medicina, no se pueden realizar ya, las autopsias necesarias e indispensables, para conocer la verdad científica. Considero que esta Sociedad debe prestar todo su apoyo a la gestión que se realice para que volvamos cuanto antes a disponer de esa necesaria e indispensable colaboración de la autopsia, para el adelanto y progreso de las ciencias médicas en nuestro país, si no queremos retrogradar a pasos agigantados.

A pesar de la falta del examen fundamental de la autopsia en este caso, que nos habría permitido establecer el diagnóstico exacto, hemos considerado de interés para nuestra Sociedad de Cirugía, presentarle la evolución rara y anormal de este caso, aunque falte el detalle anatomo-patológico capital y decisivo.

Discusión

Dr. Etchegorry. — Yo le preguntaba al Prof. Prat la raza y edad del enfermo, porque en estos últimos tiempos y gracias a la colaboración del hematólogo, estamos encontrando en casos que sospechamos de qui te hidático, un tipo especial de ictericia que para los cirujanos es poco familiar, un tipo de ictericia que se caracteriza sobre todo en los casos avanzados por dar fracturas patológicas, pero justo es decirlo, no son de tipo que tenemos delante. Se trata de lo que los americanos llaman la sickle-anemia y que creíamos inexistente en nuestro país.

Digo esto a raíz de un caso que vino al Instituto de Enfermedades Infecciosas enviado por un colega de la capital, en el cual sospeché por los antecedentes del sujeto de que pudiera tener una parasitosis hepática. El enfermo tenía y tiene una ictericia acentuada; un hígado aumentado de volumen. Se comienza por hacer, como de costumbre, un tubaje duodenal que produjo una gran expulsión de barro biliar. No presentaba ningún antecedente interesante. Pero como sistemáticamente hacemos el examen de sangre completo, nuestro jefe de laboratorio, de Hematología, el Dr. Canzani, al día siguiente encontró la causa de la enfermedad que consistía en una sickle-anemia, es decir una anemia con glóbulos rojos en forma de hoz.

A este enfermo, la ictericia sólo lo molestaba porque le impedía entrar a la Armada Nacional. Tenía dos millones de glóbulos rojos. Fué examinada la familia y nos encontramos con que también algunos miembros tienen la enfermedad igualmente con ictericia, pero pueden trabajar. Esta afección parece presentarse en la raza negra, es familiar, congénita, y la fractura patológica puede producirse. Creo que hay interés en que los cirujanos conozcan este tipo de hepatomegalia con ictericia. Como está perfectamente estudiado trataré de que el Dr. Canzani lo traiga a esta Sociedad.

La segunda parte que quería decir es a propósito de la incisión parapleural.

Yo las he utilizado pero no he tenido tanta suerte como el Dr. Prat, posiblemente porque no sigo exactamente algunos detalles de la técnica que sigue el Dr. Prat, y quizás porque mis incisiones eran más chicas. Yo creo que las incisiones parapleurales se pueden utilizar y dan resultado cuando no se topa con procesos supurados de antigua data. En estos casos siempre me sucedió el mismo accidente. Al querer decolar la pleura, levantándola del diafragma, las adherencias son tales que aquella se desgarró. Yo no sé si habré obrado con precipitación.

El último enfermo en que la utilicé era un portador de quiste hidático del hígado. Traía el diagnóstico de neo gástrico con metástasis hepática. El quiste era supurado y muy grande. En esa forma resequé la novena costilla, pero no hice una incisión de 15 a 16 centímetros, sino más chica. Al final, cuando creí que estaba en buen camino, de un golpe de gasa se desgarró el fondo de saco pleural.

A pesar de que lo suturamos inmediatamente este hombre, que marchó muy bien de su quiste hidático supurado, drenando perfectamente bien, en cambio, hizo una pleuresía purulenta pútrida que lo fué matando por caquexia, falleciendo a los cuatro meses.

En cuanto a la fractura que presenta el enfermo del Dr. Prat creo que fué debida a una osteomielitis, sin poderlo afirmar. Lo más probable es que el foco supurado haya hecho un foco metastásico en su fémur.

En un individuo que se defiende mal por su insuficiencia hepática, el proceso de reacción ósea no ha seguido el ritmo que estamos acostumbrados a ver. De ahí el aspecto raro de la placa.