

Sr. PRESIDENTE: Tiene la palabra el Dr. Héctor Ardao.

Clinica Quirúrgica del Prof. A. Chifflet.

LOS PROCESOS DE LA ADVENTICIA EN LA EVOLUCION DE LOS QUISTES HIDATICOS DEL HIGADO TRATADOS POR EL DRENAJE

Prof. Agr. Dr. Héctor A. Ardao.

La mayor parte de las complicaciones en la evolución del Quiste Hidático del Hígado tienen su origen en la adventicia, por la participación en ella del tejido conjuntivo vascular de neoformación y canaliculos biliares.

El tejido conjuntivo vascular está sujeto naturalmente a la evolución propia de las neoformaciones inflamatorias: madura, se esclerosa y termina en la necrosis y calcificación.

En la parte interna de la adventicia, en contacto con el parásito, el tejido conjuntivo vascular se dispone en capas paralelas y concéntricas y a medida que el quiste crece esta parte interna se envejece primero, pasa por la etapa de esclerosis y se mortifica en tanto que el proceso de neoformación continúa por la periferia en contacto con el parénquima que desaparece por atrofia. En esta parte externa de la adventicia la neoformación de tejido conjuntivo vascular difunde en el parénquima hepático disociando los lobulillos y a lo largo de los espacios de Kiernan.

La maduración y necrosis de la parte interna de la adventicia es un fenómeno histológico general, fácil de comprobar en los quistes hepáticos de cualquier tamaño, estando en relación con el tiempo de evolución del proceso. Esta necrosis se presenta en forma variable. Mientras se conserva aséptica puede ser granulosa y al microscopio se observa degeneración hialina, gotas de grasa y cristales de colesterina. Tiene los caracteres de las placas de ateroma de las arterias. Esta capa se mantiene en el sitio en contacto con el parásito por la presión del mismo. En otras circunstancias la parte interna de la adventicia se necrosa formando una cáscara de tejidos esclero-calcificados que se mantiene coherente rodeando al parásito (Fig. 1). Entre el esta-

granulosa
degeneración hialina
gotas de grasa
cristales de colesterina
Núcleo calcificado

do granuloso y el de cáscara se encuentran estados intermedios constituyendo en su conjunto un proceso regresivo de la adventicia o periquística que ha sido llamado Periquistitis o Adventicitis.

La existencia de canales biliares en el espesor de la adventicia ha sido reconocida desde hace mucho tiempo. Devé en su trabajo experimental de 1916 sobre la histogénesis de la adventicia hidática en cerdos jóvenes los señala y los figura. Desde 1935 hasta la fecha en varias oportunidades nos hemos ocupado de estos canales señalando, del punto de vista histológico, que en su mayor parte corresponden a canales y lagunas de neoformación



Fig. 1

Pieza de autopsia. Corte frontal de hígado. Quiste hidático operado y muerte por hemorragia 20 horas después. Se observan los estratos internos en vías de exfoliación y numerosos vasos A, B, C, etc. permeables dentro de los estratos en exfoliación.

y que del punto de vista de la patología, estos canales por los que circula bilis llegan a abrirse en la superficie interna de la adventicia por el mecanismo de la necrosis y movilización de sus capas internas y que desde este momento la adventicia cobra importancia en patología.

En los quistes con adventicia joven, los canales y lagunas están distribuidos en su espesor y fuera del contacto con el parásito pero a medida que esta adventicia envejece y los estratos internos se necrosan y se desprenden los canales biliares que no se obliteran como los vasos sanguíneos adyacentes

persisten permeables y vierten su contenido al interior (Fig. 2). Por este mecanismo la bilis colorea la membrana de ciertos quistes voluminosos en los que al operarlos se encuentra replegada y de color verdoso rodeada de una papilla necrótica. La detención de la adventicia, la eliminación de sus capas inter-



Fig. 2

Pieza de autopsia. Corte frontal. A. diafragma derecho; B. Lóbulo derecho del hígado; C. Lobulillo inferior del pulmón derecho; D. miocardio.

Bajo el diafragma derecho se ve la cavidad residual de un quiste hepático en cuya superficie se abocan numerosos canales biliares dilatados. Uno de ellos está cateterizado desde el hilio.

nas necrosadas y la apertura de los canales biliares constituyen un proceso regular que se produce después de la evacuación del parásito. Hay una patología de la adventicia que comienza con la operación (Fig. 3).

En los quistes hepáticos drenados la eliminación de las capas internas se produce en forma variable que esquemáticamente se pueden reducir a dos. Cuando no hay calcificación la cavidad vacía se colapsa y en el curso de los días siguientes la mayor

parte de las capas necrosadas se moviliza y cae en pequeños fragmentos. Esta detersión pone al descubierto los canales biliares y coincide con la bilirragia del postoperatorio proceso del cual se han ocupado en nuestro medio los Dres. A. Chifflet y R. Musso.

Desde este momento el producto de la detersión molecular o en pequeños fragmentos se elimina al exterior por el tubo y en grado menor al árbol biliar por los canales y lagunas de la pared. Al comienzo es un proceso aséptico pero a los pocos días

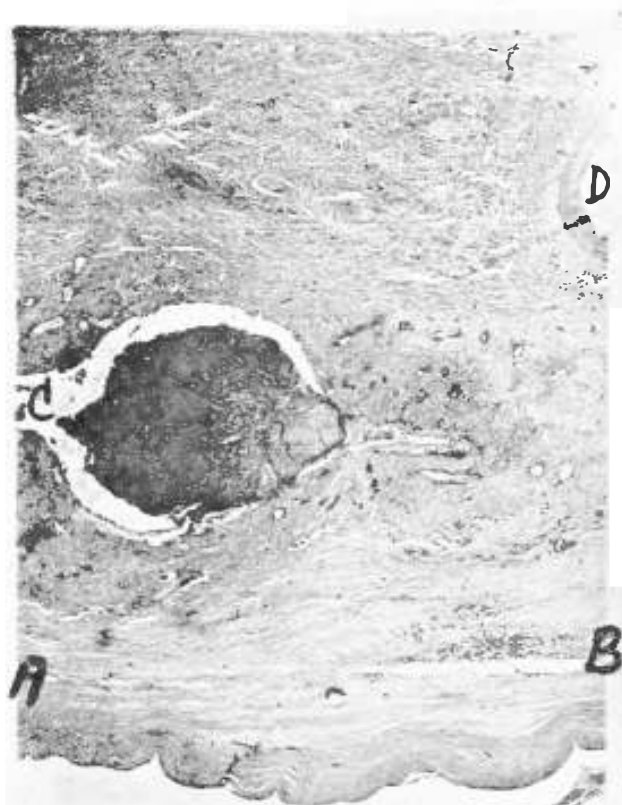


Fig 3

En la parte inferior en contacto con la hidática aparecen los extractos internos de la adventicia en un quiste operado en la etapa de liberación según el plano A B. Encima se ve un grueso vaso (con una trombosis reciente y hemorragia alrededor. En D canal biliar de la adventicia.

se complica de infección piógena venida del exterior y una verdadera **Adventicitis** se instala en la cavidad. El proceso infeccioso se revela por un ascenso térmico fácil de comprobar en los primeros días del postoperatorio en quistes hialinos operados. La infección supurada de la cavidad adventicia contribuye a facilitar la detersión de su superficie interna y a estimular una neoformación granulante que tiende a la obliteración de la cavidad.

La caída de los estratos internos en otros casos puede ser masiva y excepcionalmente coincide esta disociación con la rotura de vasos sanguíneos permeables. Por lo común sólo se desprenden tejidos esclerocalcificados a cuyo nivel los vasos están obliterados. Pero a veces pueden originarse hemorragias graves y aún mortales que se exteriorizan a través del tubo de drenaje en el curso de las primeras horas o días del postoperatorio.

La exfoliación masiva interna del saco adventicio conduce a la formación de un cuerpo extraño libre (Fig. 4) o semi desprendido que en ciertos quistes drenados puede persistir durante varios meses o años, manteniendo la fístula biliar y purulenta externa por una parte y el pasaje continuo de los materiales de detención y exudación al árbol biliar. Esta agresión puede ser silenciosa persistiendo indefinidamente la fístula externa o bien si ésta cicatriza la cavidad continúa vertiendo su contenido en los canales biliares de la adventicia que en adelante lo drenan hacia el colédoco. Cuando los estratos calcificados se mantienen adheridos o toda la pared está transformada en una cáscara calcificada, la cavidad permanece indefinidamente. En esta circunstancia pueden instalarse complicaciones serias como la obstrucción biliar, la infección supurada del árbol biliar y del parénquima y finalmente la litiasis vesicular o coledociana.

Estos procesos propios de la adventicia están en la base de la llamada rotura del quiste hidático del hígado en las vías biliares por una parte y en el establecimiento y persistencia de la fístula hepatobronquica por otra. La inmensa mayoría de los casos en los cuales la evolución del quiste hidático del hígado se complica de ictericia obstructiva e infección corresponden al pasaje de membranas y vesículas al árbol biliar por los canales y lagunas de la adventicia y a su atascamiento en el colédoco (Fig. 6). Es absolutamente excepcional el pasaje directo de elementos hidáticos desde el quiste a las vías biliares extrahepáticas (vesícula, canales hepáticos, colédoco).

La adventicitis purulenta que se mantiene sobre restos necróticos o calcificados y que está en comunicación con el árbol biliar en quistes drenados habitualmente queda limitada a la cavidad. La evacuación del parásito y el drenaje detienen el progreso de la infección pero la supuración de la adventicia puede persistir indefinidamente. En el mantenimiento de la infección

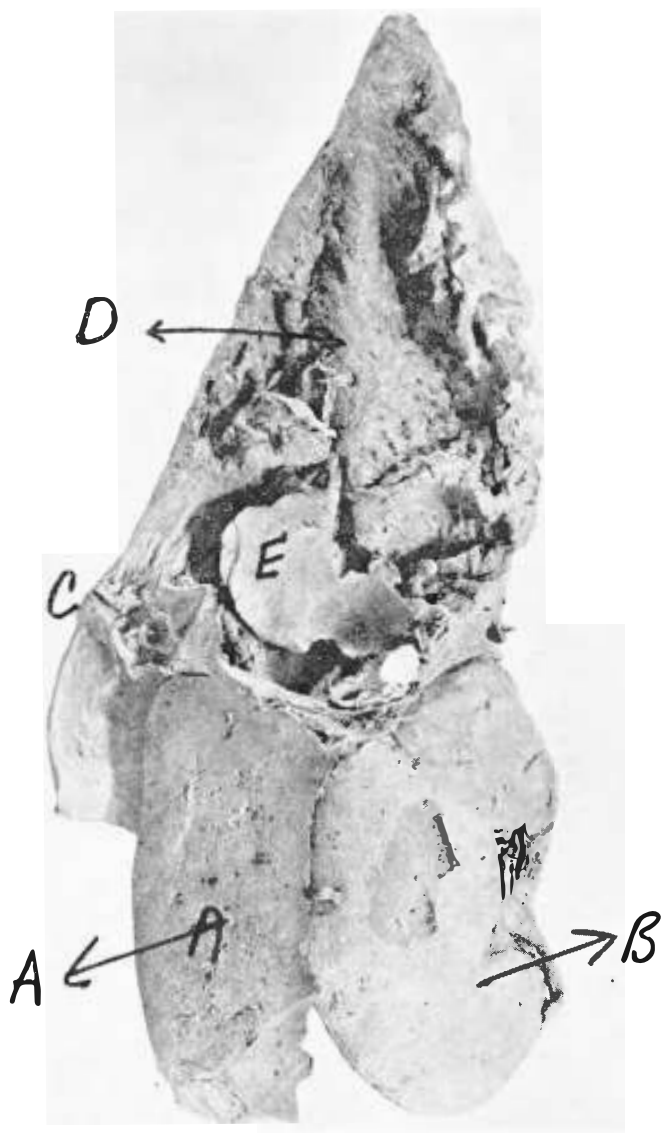
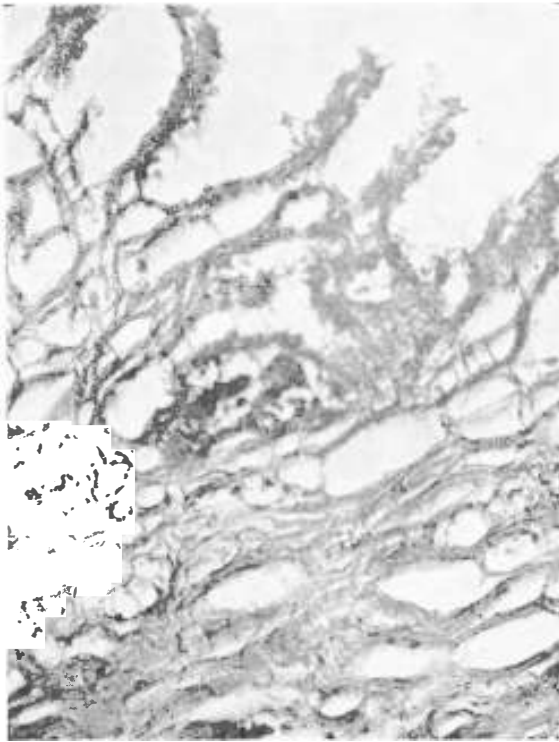


Fig 4

Pieza de autopsia. Corte sagital derecho. A. Hígado; B. Riñón derecho; C. Diafragma; D. Pulmón derecho. En el lóbulo inferior se encuentra una cavidad en comunicación con un quiste hepático y un grueso fragmento E. de la adventicia exfoliada dentro de la cavidad pulmonar.

participan también los restos de quitinosa incorporados en el espesor de la adventicia.

En otros casos en quistes drenados la infección a la que puede agregarse la estasis y la hipertensión en el árbol biliar y fermentos pancreáticos activados no impide la difusión del proceso infeccioso hacia los espacios subfrénicos o al tórax a través del diafragma. Presentamos a continuación 3 observaciones típicas en las que el proceso de adventicitis se presenta en la clínica en forma distinta.



Superficie interna de la adventicia de un quiste hepático evacuado y drenado. Se ven restos necróticos esclerosos fijos impregnados de bilis y sales.

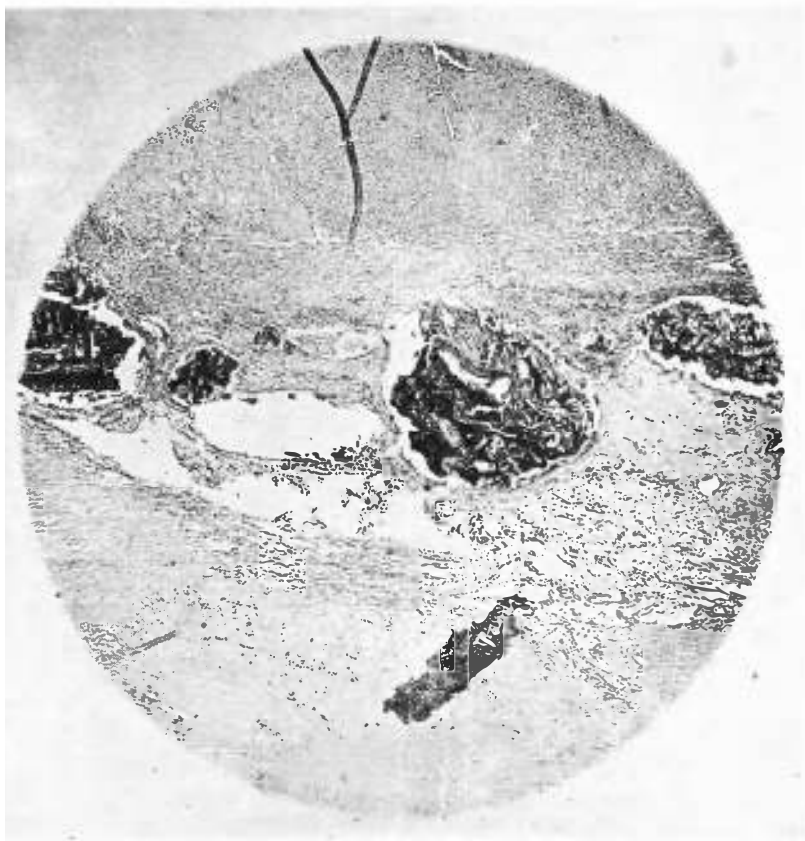


Fig. 6

Lagunas y canales biliosos en el espesor de la adventicia atascadas de membranas hidáticas coloreadas por la bilis.

Observacion Nº 1: M. S. Servicio del Prof. Chifflet.

39 años. Ingresó en enero de 1951 por dolores de hipocondrio derecho irradiados al hombro, desde hace 6 meses. 15 días antes del ingreso, tos y expectoración hemoptoica. Sumatidez en tercio inferior de pulmón derecho. Expectoración sin bilis al examen. Radiografía: diafragma derecho deformado, elevado en sector anterior, con imagen de halo calcificado.

Operación: 27-I-51. Dr. Ardao. Laparatomía paramediana derecha supraumbilical. Q. H. emergente como tanjerina, duro, calcificado, adherente al diafragma en la cara superior del lóbulo derecho del hígado.

junto a la vena cava, punción: líquido turbio. Se incinde: contiene membranas y vesículas sin líquido. Adventicia esclero-calcificada, incorporada al diafragma, pero al tacto no se halla comunicación. Se deja tubo en el quiste y mecha subfrenica. Vesícula biliar enorme, contiene bilis y un gran cálculo. Colecistostomía. Se explora el colédoco por coledocotomía supraduodenal. Está dilatado. Viene bilis con grumos blanquecinos. Pasan tres Beniqué al duodeno. Cierre de la coledocotomía.

Post-operatorio bueno. Alta a los 20 días con el tubo de drenaje en la cavidad quística.

Reingreso: julio de 1951. por persistencia de la fistula en la parte media de la cicatriz operatoria, por la que viene escasa cantidad de líquido seroso puriforme y a veces bilis. Buen estado general. **Segunda operación:** Dr. Ardao. Abordaje transpleurodiafragmático derecho con resección de la 3ª costilla. Se desprende el pulmón del diafragma. A través del diafragma se toca una masa calcificada de la cara superior del hígado. Se secciona el diafragma y se cae dentro de la cavidad drenada. Paredes calcificadas con pus escaso. Se trata de una cavidad bisaculada. Se reseca la adventicia desprendiendo en lo posible el parénquima hepático. Se deja tubo de drenaje por el trayecto abdominal. Cierre del diafragma. Drenaje pleural. Al 2º día, el tubo da bilis. Alta el 11 de octubre de 1951.

Observación Nº 2: N. M. Prof. Chifflet.

22 años, procedente de Caraguatá. Fué tratada en otro Servicio con colecistografía negativa y sombra de quiste hidático en la cara superior del hígado, practicándosele una colecistectomía en la que se comprueba el quiste. Post-operatorio accidentado, febril y se le da el alta al cabo de un mes. 15 días después estado infeccioso grave, con ictericia y supuración de quiste. Operación: Prof. Chifflet. Dada la gravedad del caso, la enferma está en coma, se coloca un tubo en el quiste por una pequeña incisión epigástrica. Mejora y se le da el alta en buenas condiciones, en agosto de 1947 y un mes después aparece una fistula hepato-bronquica (Fig. 7). Se opera un mes más tarde por vía transtorácica derecha. Separación del lóbulo medio. Resección segmentaria del lóbulo medio. Se abre el diafragma y el quiste al que llega el tubo. Agrandamiento del trayecto del tubo. Cierre de la brecha diafragmática. Cierre del tórax.

Un año después ictericia grave obstructiva. Nueva intervención. Abordaje imposible del pedículo hepático, por lo cual se realiza hepatostomía derecha de drenaje, quedando curada hasta la fecha.



Fig. 7. - Obs. 2

La inyección de Iopodol por el tubo del drenaje abdominal revela la comunicación con los bronquios del lóbulo medio.

Observación N° 3: A. U. H. C1. No 890. Servicio Prof. Chifflet.

48 años. Ingresa en noviembre de 1951 por cuadro doloroso de hipocondrio derecho, datando de 7 meses. 2 meses atrás vómica al parecer hidática y biliar que ha continuado con expectoración purulenta y en una oportunidad expulsó una concreción cretácea que reconoció el médico. Hígado grande. Soplo tubo-pleural en la base derecha. Discreta atonía vesicular con bilis infectada, sin elementos hidáticos. Orina y sangre normal. A los rayos X, Q. H. calcificado bajo el diafragma derecho, deformado y levantado atrás. Apirético. Buen estado general.

Operación: 24-XI-51. Dr. Ardao. Abordaje transpleurodiafragmático derecho con resección de la 7ª costilla. Cara inferior del lóbulo inferior adherido al diafragma muscular. Se desprende y aparece una brecha diafragmática permeable a dos dedos. A través del orificio se tocan calcificaciones de la superficie interna de la adventicia que pinchan los dedos. Curetaje de la cavidad. Drenaje subcostal del quiste por gruesos tubos.

que salen al hipocondrio derecho. Cierre de la brecha diafragmática. Resección parcial del lobulo inferior del pulmón. Drenaje de la cavidad pleural. 1.300 c.c. de sangre transfundida. Sale de la mesa con 9 $\frac{1}{2}$ de máxima y 130 pulsaciones. 30-XI-51: Se retira el tubo pleural. 10-I-52: Alta, curado.

Reingreso: octubre de 1953. Tres meses atrás comenzó con dolor al nivel del reborde costal derecho, línea axilar anterior, en donde le apareció una tumefacción inflamatoria que puncionada en campaña dió salida a pus abundante. Desde entonces tiene dos orificios fistulosos en la base derecha del tórax lateral, con buen estado general y sin fiebre (Fig. 8). Lavados con antisépticos y alta cicatrizado el 20 de noviembre de 1953.



FIG 8 - Obs 3
El lipoidal introducido por uno de los orificios fistulosos de la base del torax revela que no existe comunicación con el torax y que el medio de contraste rellena una cavidad y el árbol biliar del lóbulo derecho

CONCLUSIONES

- 1º) La adventicitis necrótica y exudativa purulenta es un proceso que puede mantener indefinidamente la fistulización externa en quistes drenados quirúrgicamente.
- 2º) En quistes drenados quirúrgicamente el proceso de adventicitis puede ser responsable de la aparición de complicaciones tales como la fistula hepato-brónquica.
- 3º) En quistes drenados quirúrgicamente y en apariencia curados el proceso de la adventicitis puede continuar silenciosamente vertiendo el producto de exudación al árbol biliar y al cabo de meses o años revelarse su existencia por una infección hepatobiliar y supuración fistulizada a la piel.

BIBLIOGRAFIA

1. **Ardao Héctor A.**— El quiste hidático del hígado fistulizado en los bronquios. 1937. Tesis de Agregación.
2. **Ardao Héctor A.**— El quiste hidático del hígado fistulizado en los bronquios. (Bol. de la Soc. de An. del Uruguay. T. XXI, Nº 3; 1950).
3. **Ardao Héctor A.**— Contribución al estudio de la adventicia en los quistes hepáticos drenados. (Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay. T. XIX, Nº 1, págs. 39-50; 1948).
4. **Chifflet, A. y Ardao, H. A.**— Equimococosis peritoneal secundaria. Anales de la Fac. de Med. de Montevideo. Nº 1 y 2; 1935).
5. **Chifflet, A. y Musso R.**— El desprendimiento de la adventicia en los quistes hidáticos operados del hígado. (Anales de la Fac. de Med. de Montevideo. Nos. 11 y 12; 1938).
6. **Del Campo, J. C.**— Quistes hidáticos calcificados del hígado. (Boletín de la Sociedad de Cirug. del Uruguay. T. XXI, año 1950. Nº 2; pág. 143-153).
7. **Devé, F.**— L'Histogenese du Kyste hidatique. Archives de Medicine Experimental et d'Anatomie Patologique. T. XXVII; 1916, pág. 113-139.
8. **Larghero Ibarz, P.; Purriel, P. y Ardao, H. A.**— Pionemotorax Hidático. Imprenta Mercant; 1935, págs. 144-151.
9. **Lasnier, E. P.; Ardao, H. A. y Casinelli, J. F.**— Estudio del tejido de granulación de la adventicia de un antiguo quiste hidático del hígado operado. (Bol. de la Fac. de Cir. del Uruguay; Nos. 9 y 10; 1947).
10. **Mernies, G.**— Quiste hidático del hígado. (1er. Congreso Uruguayo de Cirugía; págs. 146-151, 1950).