

## UN CASO ESPECIAL DE QUISTES HIDATÍDICOS DEL HÍGADO

por el doctor

**MORALES LLORENS**

Profesor de la Facultad de Medicina de Barcelona

He llamado a éste, caso especial, por la sintomatología por la que se hizo evidente el tumor, en primer lugar; y en segundo, por el tratamiento, que sin ser excepcional, no es ni con mucho el más frecuente en este género de afecciones.

Trátase de una señora de 36 años, casada, con 5 hijos, bien reglada, y cuyos partos han sido absolutamente normales, sin antecedentes patológicos, a pesar de presentar la particularidad de un pulso pequeño y frecuente antes de presentarse los fenómenos a que hago referencia en este momento.

Hasta el 22 de noviembre último, pues, no había sufrido molestia alguna. Dicho día sintió un fuerte dolor en el abdomen, preferentemente localizado hacia la parte derecha, intenso, y acompañado de vómitos, que siendo al principio puramente alimenticios, se fueron transformando en biliosos y porráceos por fin, a lo que seguramente no fué ajena la administración de un purgante que se le administró por causa del estreñimiento pertinaz y que no tuvo otro efecto, a cambio de una pequeña evacuación diarreica, que la de aumentar las molestias y dolores.

Durante la noche siguiente observó como iba aumentando el volumen del abdomen, sobre todo en el lado derecho, desde la fosa ilíaca hasta el hipocondrio de este lado, aunque al día siguiente púdose observar que el abultamiento del abdomen se iba generalizando. Con objeto de disminuir los dolores se colocaron cataplasmas calientes que tuvieron un cierto efecto.

Al día siguiente la crisis fué menguando; el abdomen era menos doloroso, los vómitos fueron haciéndose más escasos, y por fin, tras de una deposición abundante y con muchos gases, al otro día el abdomen disminuyó de volumen y en los días sucesivos fué restituyéndose la enferma a su estado normal poco a poco, pero el médico que la asistía (pues dicha señora no habita en Barcelona) pudo comprobar la existencia de una tumoración abdominal en el lado derecho, a la cual atribuyó los accidentes y que fué mostrándose cada vez más perceptible, a medida que fué disminuyendo la tensión abdominal.

Aunque es de presumir, no he podido comprobar, ya que durante este período no fui yo quien visitó a la enferma, si estos dolores que sufría venían acompañados de las crisis peristálticas que constituyen el síndrome de KÖRSCIG.

A los 7 días abandonó el lecho, no presentando otra molestia que una sensación de peso en el epigastrio, que sin ser dolorosa no ha abandonado a la enferma desde los días de la crisis.

La existencia del tumor, que pudo confirmar siempre después el médico de cabecera, indujo a éste a presentar como conveniente el que la enferma viniera a Barcelona para consultar con un cirujano, ya que consideraba necesaria una intervención quirúrgica para practicar la ablación del tumor.

Esto se verificó durante el último mes de enero, en cuya época visité a la enferma.

En el examen que practiqué a dicha enferma, que tenía la pared abdominal bastante flácida y que por lo tanto era susceptible de una buena palpación, pude apreciar la existencia de una tumoración algo irregular, que ocupaba el vacío derecho y se dirigía por su polo inferior hacia la línea media, siendo el polo inferior como una tumoración al-

go distinta, aunque unida a la que podemos llamar superior, dando la impresión de un tumor bilobulado aunque único. En cambio, hacia la parte superior el tumor se perdía hacia atrás. La tumoración era muy movable por su parte inferior y el extremo podía levantarse con los dedos, pudiendo llegar a palpar la cara posterior de dicho extremo, pero la parte superior era difícil de apreciar y mucho menos movable.

En cuanto a su consistencia daba una sensación de dureza un poco elástica, pero sin tener la consistencia especial de los quistes. Dicho está que no presentaba fluctuación ni menos el estremecimiento hidatídico que se presenta en algunos (los menos) quistes de esta naturaleza.

El borde inferior del hígado, cortante, se apreciaba bastante bien distinto de la tumoración, muy bien hacia el epigastrio adonde la tumoración no llegaba, pero también bastante bien en la parte alta del vacío derecho, lindante con el hipocondrio, de tal modo que parecía independiente del tumor. Además, éste no seguía en absoluto los movimientos respiratorios, dato ciertamente aunque clásico, poco seguro de los tumores del hígado.

Con objeto de estudiar sus relaciones con el riñón practiqué la palpación de la región lumbar combinada con la abdominal siguiendo el método de GUYÓN y también en la posición de ISRAEL pudiéndome convencer de que el tumor se encontraba en un plano bastante anterior y que no tenía contacto lumbar.

Practiqué después la percusión y la zona del tumor se presentaba ampliamente sonora hasta llegar al límite superior del hígado en que aparecía la matidez. Dicha sonoridad se hizo aun más evidente al practicar a la enferma la insuflación rectal, y este dato que era clarísimo fué precisamente el que nos hizo equivocar el diagnóstico a mí y al Dr. Luis GUILERA, que también había visitado la enferma y con el cual tuvimos una entrevista comunicándonos la impresión compartida por ambos de que aquella tumoración se hallaba situada detrás del colon ascendente, y que por tanto, no podía tener en ningún modo un origen de implantación hepático.

Este síntoma, que pasa por ser casi de seguridad, me ha engañado ya otras veces, como en un caso en que se presentaba una tumoración de una localización muy parecida a ésta, pero además con hematurias abundantes, lo que me hizo asegurar que el tumor era renal. En este caso, que era, por cierto, médico, y que se negó en absoluto a ningún examen intravesical, se le hizo una radiografía y en ella podían verse los límites del riñón muy precisos y normales, lo que nos puso en la mayor confusión a los médicos que lo veíamos, y efectivamente, al poco tiempo se fué acentuando la posición anterior o abdominal del tumor hasta juntarse con la pared abdominal, y ya después a presentarse un enrojecimiento de la piel del abdomen y franca fluctuación. Se abrió la tumoración y por la incisión salió un líquido bastante claro y cálculos de colestera, lo que daba el diagnóstico del tumor que era una colecistitis calculosa y lo que habíamos hecho era una colecistostomía. Al cabo de algún tiempo la fistula se cerró, pero el enfermo continuaba teniendo hematurias que, naturalmente, tenían una causa distinta, pero que no pudimos precisar por la resistencia del enfermo a la cistoscopia. Perdí luego de vista al enfermo, que murió poco después de una enfermedad intercurrente aguda.

Este caso era en realidad sumamente falaz para el diag-

nóstico clínico por la existencia repetida de las hematurias, pero la radiografía al precisar tan bien los límites normales del riñón, a pesar de las hematurias y de la sonoridad manifiesta sobre el tumor, nos había hecho dudar del diagnóstico y los hechos posteriores justificaron esta duda.

En el caso de que ahora me ocupó no se hizo radiografía, lo cual confieso que no es perdonable porque una radiografía puede acusar los límites renales y probar una independencia del tumor respecto del riñón.

En este caso la posición anterior (abdominal) del tumor y la falta de contacto lumbar no nos hacía muy propicios a creer en un origen renal, y teníamos más bien el concepto de que se trataba de un origen mesentérico.

Cierto es que los tumores mesentéricos son raros; pero fuimos aceptando este diagnóstico por exclusión. Más bien nos inclinábamos a que se trataba de un tumor sólido, por la consistencia, si bien es verdad que esto es muy difícil de determinar por la situación profunda del mesenterio. Son más frecuentes los tumores quísticos, particularmente los angiomas, y aún más los linfangiomas quísticos; siguen en orden de frecuencia los quistes de origen embrionario, y muy raros los hidatídicos. De los tumores sólidos los más frecuentes son los lipomas y los fibromas, algunos con degeneración sarcomatosa. Algo de esto creíamos como lo más probable: un fibroma o un linfangioma con comienzo de degeneración sarcomatosa, fundándonos, primero en el aspecto de la enferma que podía hacerlo sospechar, pero sobre todo en la crisis de oclusión aguda que había sufrido la enferma poco antes, ya que era muy difícil concebir como por simple compresión se hubiera podido producir aquélla, dada la elasticidad del colon y de la misma pared abdominal.

No hicimos ninguna reacción de quiste hidatídico, porque habiendo descartado el origen hepático y siendo rarísimos los quistes hidatídicos del mesenterio, no creyendo tampoco fácil que el tumor tuviera un asiento renal, donde, por otra parte, los quistes hidatídicos representan respecto a las tumoraciones de este órgano un tanto por ciento muy pequeño, además de haber sido negativas nuestras investigaciones respecto del análisis de la orina.

Por estas razones no se hizo la desviación del complemento, ni la dermo-reacción de Cassoni y se buscó la eosinofilia en la fórmula leucocitaria, dato, por cierto este último sumamente inseguro.

¿Qué vía operatoria debíamos elegir? Si hubiéramos tenido la seguridad de un tumor renal, hubiera hecho la incisión de Guyón, o mejor la de Gregoire, buscando una vía extra-peritoneal; pero una tumoración como la de que se trataba, tan abdominal, de la que además se tenía sospecha de haber invadido el colon ascendente, nos hizo desechar la vía extra-peritoneal y practicar la laparatomía.

Esta vía tenía, además, la ventaja de poder explorar mucho mejor, ya que esperábamos un caso en que a pesar de haber hecho casi un diagnóstico, no estábamos absolutamente seguros, y laparatomizando a la enferma podíamos darnos cuen-

ta del tumor, su punto de implantación y orientar la operación en el sentido conveniente.

Así es que la incisión se practicó longitudinalmente dos traveses de dedo por fuera del borde externo del músculo recto del abdomen, y llegaba desde el reborde costal hasta más abajo del nivel horizontal de la espina iliaca anterosuperior.

Hecha esta incisión nos encontramos con que el tumor estaba unido a la cara inferior del hígado, de donde tomaba origen, y se encontraba como envuelto en el epiplón mayor, fuertemente adherido a él formando, sobre todo en su extremidad inferior, una cubierta más o menos completa, de tal modo que nos explicamos en seguida la razón de la crisis de oclusión que había sufrido la enferma, ocasionada por el estiramiento del epiplón que en un momento de mayor repleción gaseosa del intestino produjo un acodamiento del colon transversal, ya que el epiplón fuertemente sujeto y aún retorcido no podía efectuar movimiento alguno que siguiera al colon al presentarse lleno de gas. Al mismo tiempo el colon se encontraba acodado hacia abajo por la nueva posición fija del epiplón. Sin duda alguna, la crisis se hubiera repetido varias veces y cada vez con mayor frecuencia de haber seguido el tumor su desarrollo.

Así, pues, comenzamos la operación procurando disecar el tumor de la cubierta que le formaba el epiplón, lo que sólo conseguimos en parte ya que en muchos sitios la firmeza de la adherencia nos obligó a resear con el tumor una parte considerable del epiplón.

Liberado así el tumor, cuyas dos terceras partes o más se hallaban fuera del hígado, nos decidimos a practicar la enucleación del mismo separándolo del tejido hepático. Esto pudo conseguirse con relativa facilidad y hasta podemos decir que con relativa poca hemorragia, dada la exteriorización del tumor. Una vez hecha la enucleación suturamos la superficie sangrante del hígado con puntos de catgut grueso en asa, procurando hundir la aguja todo lo posible para dejar la menor cavidad que se pudiera, quedando de modo tan satisfactorio, que nos decidimos a no dejar drenaje.

Un ayudante incindió el tumor, del cual salió abundante líquido cristalino y numerosas vesículas hidatídicas.

Después de extirpado el tumor hidatídico practiqué un reconocimiento en toda la superficie hepática pudiendo descubrir en la cara superior convexa otro tumor más pequeño que no parecía tener mayor tamaño que un huevo de paloma.

Como por la incisión practicada no era éste asequeable, practiqué otra oblicua unida a la primera por su punto inferior y que se dirigía al apéndice xifoides siguiendo el reborde costal. Aun así no era muy asequeable, y a estar un poco más atrás hubiera necesitado la resección de los últimos cartílagos costales. Pero, con ciertas dificultades, me decidí a operar por la vía hasta entonces conseguida y a practicar también una enucleación del

tumor, habida cuenta del tamaño que aparentaba.

Sin embargo, éste era mayor; y cuando estuvo enucleado tenía el tamaño tres veces mayor dejando en el hígado una cavidad mayor que la del primero, y lo que era peor, más redondeada. Procedí a la sutura en la misma forma que la descrita para el tumor primeramente enucleado. No fué aquí tan fácil ni tampoco tan perfecto, de modo que me decidí a dejar drenaje, no dentro de la cavidad, sino junto a la superficie suturada, porque la sangre rezumaba algo. Suture, pues, las incisiones, dejando dos mechas de gasa que salían por el vertice angular, donde las dos incisiones se juntaban.

El curso post-operatorio se mostró alterado por una neumonía lobular de la base del pulmón derecho, perfectamente delimitada, a lo que yo creo que debió contribuir la gran cantidad de suero anfibronconeumónico que se dió a la enferma, y el proceso siguió su curso general y local, aunque retardado al final, de esta clase de procesos pulmonares. La causa de la complicación puede ser la anestesia general que se dió a la enferma, obligados por la inseguridad del diagnóstico y también es posible que dependiera de una embolia originada en la amplia zona de superficie hepática enucleada.

El proceso local de la herida fué normal. A los cuatro días se retiró el drenaje de gasa y a los 15 días la sutura sin que se presentara infección alguna y hoy la enferma está absolutamente curada.

Este caso me ha parecido interesante por tres motivos. El primero, en cuanto al diagnóstico, porque demuestra la inseguridad del síntoma clínico que se encuentra en todos los libros como dato seguro, y es la sonoridad de la zona del tumor y de la utilidad de la insuflación rectal para el diagnóstico. Como yo ya he tenido otros casos como el que arriba he citado, estoy perfectamente convencido de ello y concedo más importancia a la sensación de contacto lumbar en los tumores del riñón y a la posición anterior del tumor para los que son intraabdominales. Es necesario en estos casos practicar siempre una buena radiografía; de este modo puede llegar a verse los límites del riñón distinto del tumor y también se saca en consecuencia la necesidad en estos casos dudosos de comenzar la operación por una laparatomía que da un ancho campo de exploración y que puede cerrarse luego si se juzga más conveniente atacar el tumor por vía extraperitoneal.

En segundo lugar es interesante por la forma ciertamente no frecuente de adherencia del epiplón al tumor. No se presentan muy a menudo quistes hidatídicos del hígado que den síntomas tan netos de oclusión intestinal, accidentes por otra parte tan distintos de los casos de rotura del quiste, en que aunque se presenten vómitos y estreñimiento van estos síntomas acompañados de un cortejo de síntomas de naturaleza tóxica (frecuencia de pulso,

defensa de la pared, urticaria, etc.) y que no ceden tampoco con la rapidez de horas con que cedió el síndrome de oclusión mecánica de nuestra enferma.

El tercer concepto, en que es interesante nuestro caso, es en el de la operación que se practicó. Se extirparon éstos como si hubieran sido tumores enucleables. Aunque se procure en estos casos permanecer por dentro de la túnica adventicia, esto no es posible en muchos sitios y se sale fuera de la misma trabajando en pleno tejido hepático. Para conservar la adventicia es preciso abrir el quiste previa formolización y sacar juntas las otras dos túnicas. Esta que es la operación de THORNTON, que los franceses llaman de DELBET, deja la adventicia íntegra, pero procediendo por fuera la adventicia se desgarran en muchos sitios.

La enucleación, pues, tal como se practicó, no se puede hacer más que en los casos de quistes muy exteriorizados como el primero que se enucleó o en los quistes muy pequeños, la mayor parte de ellos múltiples. Si en el segundo quiste que extirpé hubiese creído que alcanzaba el tamaño que tenía, hubiera preferido puncionarlo y formolizarlo, luego abrirlo y después sacarlo dejando íntegra la adventicia, después cerrar con una sutura los labios de la herida hepática, tal como se hace en la operación de THORNTON. En cambio el primero lo hubiera operado operado igualmente por enucleación.

En los casos que no son aptos para la enucleación, ésta, además de producir más hemorragia, siendo la enucleación un poco forzada y entrando en algún sitio en el tejido hepático puede producir embolias y yo creo que la neumonía que obscureció algunos días el curso post-operatorio de la enferma, más que a la anestesia que hubo que darse, debe atribuirse a un accidente de esta naturaleza.

#### RÉSUMÉ

*L'auteur expose un cas de Kyste hydatidique du foie, intéressant à plusieurs points de vue: d'abord à cause de l'incertitude du syndrome clinique que l'on donne comme classique dans tous les traités; ensuite à cause des adhérences avec l'épiploon que présentaient les kystes donnant origine à des symptômes bien nets d'occlusion intestinale mécanique; et en dernier lieu, à cause du traitement pratiqué par l'auteur qui a pu extirper les kystes comme s'ils eussent été des tumeurs énucléables.*

#### SUMMARY

*The Author exposes a case of hydatidic Cyst of the liver, by several reasons very interesting first, because of the insecurity of the clinical syndrome given as a classical one in all the treatises; second, owing to the adherences of the cysts with the epiploon originating thus very clear symptoms of a mechanical intestinal occlusions; third, because of the treatment employed by the Author who could extirpate said cysts as if they were enucleable tumors.*