

Sobre un caso de quiste hidatídico de la cara cóncava del hígado con ictericia precoz

POR EL DR. ERNESTO ODRIOZOLA

Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina

EL caso de que hoy vamos a ocuparnos, es uno de aquellos que parecen vulgares, por su aspecto ostensible, pero en realidad insólito, porque constituye una rareza entre nosotros; por lo menos es la primera vez que tenemos la oportunidad de observarlo y dicho sea de paso, no son muy numerosos todavía los ejemplares de esta especie, en la bibliografía científica.

Se trata de un joven de 28 años de edad, de raza mestiza, soltero, nacido en el Cerro de Pasco de donde procede. Ingresó en el servicio el 17 de junio del presente año, ocupando la cama N.º 20.

Su padre murió de «pulmonía»; su madre vive y es sana.

A los 6 años fué acometido por una «disentería». A los 22, contrajo una «blenorragia» y un «chancro». La primera curó a los dos meses; el segundo reclamó de parte del médico tratante, el uso de las inyecciones de aceite gris. El paciente ha sufrido también una «pleuresía» hacen diez años, sin dejar huella alguna.

La enfermedad actual, comenzó a revelarse, según refiere, en el mes de mayo de 1916. Después de almorzar un día, en la cantidad y calidad acostumbradas, experimentó escalofríos, inaptitud para el trabajo, náuseas y vómitos. Estos accidentes desaparecieron pronto, pero la mejoría fué efímera, desde que ellos reaparecieron muchas veces, en el curso de los seis primeros meses, tiempo durante el cual no se percató de acudir a un profesional, limitándose escasamente a medicarse con remedios que le suministraban sus parientes.

En noviembre del mismo año, después de sufrir, durante una noche, gran *prurito* en todo el cuerpo, comprobó con gran asombro,

al día siguiente, que se había puesto todo amarillo. Desde esa fecha, se añadieron a sus trastornos, constipación y cámaras *descoloridas*.

Apesar de los regímenes que se le recomendaron, la *icteria* no ha logrado modificarse hasta el presente, sintiendo además un gran peso en el hipocondrio derecho.

El enfermo en cuestión, es hombre de buena estatura y de estado general todavía aceptable, no obstante los dos años y medio de enfermedad que cuenta.

Sus tegumentos todos están fuertemente teñidos de *amarillo oscuro*, incluyendo las conjuntivas y la mucosa bucal. La constipación es permanente y las heces totalmente *acólicas*. El hígado está *muy aumentado de volumen*: el lóbulo derecho alcanza las proximidades de la espina iliaca anterior y superior; el lóbulo izquierdo invade todo el hipocondrio izquierdo, de suerte que impide la exploración de los órganos en ese lugar. La consistencia de la entraña es bien dura; no ofrece irregularidades de superficie ni está dolorosa a la presión. Por arriba el hígado sobrepasa el mamelón, apareciendo también cerrado el espacio de Traube. Como se ve pues, por esta exposición, el hígado ha ganado casi dimensiones gigantes.

El aparato respiratorio es normal.

El aparato circulatorio no presenta, en ninguna de sus circunscripciones, alteración apreciable.

En el aparato genital se descubre la huella de un chancro poneano. No hay ganglios aumentados de volumen. La reacción de *Wassermann* resultó *negativa*.

El análisis de la orina demostró una densidad de 1023; vestigios de *serina* y de ácidos y pigmentos *biliares*; raya de urobilina y espectro de *bilis*.

El exámen de la sangre descubrió: 2.260.000 de hemátios; 14.000 leucocitos, 64 % de polinucleares y 0% de eosinófilos.

El sistema nervioso, no ha presentado trastorno alguno digno de mención.

Ha estado constantemente *apirético*.

El diagnóstico de este caso no es cosa fácil. Según el cuadro esquemático que ya ustedes conocen, pusimos a un lado la idea de una *neoplasia*, porque ni su edad, ni la falta de dolor, eran como para abrigar temores de un *cáncer*, en cualquiera de sus formas, tanto más cuanto que la *icteria primitiva* es excepcional en estos casos. Por otro lado, el tiempo ya recorrido, de cerca de tres años, era incompatible con ese postulado y con mucha mayor razón, el de una lesión *pancreática*, de imposible concep-

ción, después de ese largo plazo, conservando un regular estado general. También pusimos en deshaucio la hipótesis de un *quisté hidatídico*, por la falta de los caracteres ordinarios de esta localización visceral parasitaria, apremiándonos también a ello la circunstancia de ausencia de *eosinofilia*, cosa que evidentemente no tiene gran valor como lo ha demostrado entre nosotros el Profesor C. CARVALLO, en un caso que se ha hecho memorable y que ha merecido por la recidiva post-operatoria a largo plazo del quiste, una interesantísima publicación en la «La Crónica Médica» N° 658 (abril de 1918) del Dr. CARLOS BAMBAREN. Además, la *icteria primitiva*, sin anterioridad clínica apreciable de carácter especial, como ha ocurrido en este enfermo, era motivo muy sobrado para no pensar en semejante emergencia.

Tampoco estábamos autorizados para acoger la presunción de una *cirrosis hipertrófica de tipo biliar*, porque la *acolia absoluta y permanente*, desde que se inició la dolencia, es desconocida en esta categoría de cirrosis.

Era preciso pensar también en este caso, en la posible eventualidad de un hígado *sifilítico* o *tuberculoso*, no obstante que la *icteria primitiva y permanente* no se encuentra en ellos. Aunque la negación de la prueba de *Wassermann*, no es decisiva, es de advertir que el examen del hígado no corresponde a los caracteres conocidos de su identidad sifilítica, no obstante el polimorfismo reconocido en este caso. Lo mismo debemos decir de hígado *tuberculoso*, no encontrándose de parte del análisis prolijo de sus demás aparatos y órganos razón alguna para estimar esta hipótesis.

En nuestro enfermo hay muy ligera *ascitis*, sin circulación suplementaria de las paredes del vientre, *ni ha habido tampoco fiebre*.

No es muy difícil por cierto asegurar que en nuestro enfermo debe existir una causa *extrínseca* o *intrínseca*, capaz de ejercer compresión permanente en el *canal colédoco*, porque sólo así se explica la *acolia incoercible*. Si se trata de una causa extrínseca no hay lugar para pensar en un neoplasma maligno, por las razones que ya hemos presentado. Si es una causa intrínseca se puede creer en una *litisias biliar* o en una *angiocolecistitis*. Pero en este enfermo no ha habido ni *crisis dolorosas* litiásicas ni *fiebre*, de manera que esos conceptos no pueden sostenerse con energía.

Se vé pues, por este menudo análisis, que una opinión formal dentro de las especies morbosas que hemos revisado, no puede asentarse sobre bases sólidas y es preciso siempre, en esa difícil situación clínica, no dejar escapar la idea de las *frecuentes sorpresas* que nos depara la patología intraabdominal.

Después de la corta permanencia de nuestro enfermo en el servicio y comprendiendo que era prudente no perder más tiempo, con el uso de los medios farmacológicos, recomendamos una laparotomía investigadora, que fué inmediatamente aceptada por el enfermo y practicada por el Dr. L. de la PUENTE.

Hecha una incisión del apéndice jifoides a la espina iliaca anterior y superior, se encontró una *ligera ascitis*; en el hipocondrio izquierdo se descubrió un *tumor líquido*, radicado en la *cara cóncava del lóbulo izquierdo del hígado*. La punción exploradora dió salida a un líquido «cristal de roca» en la cantidad de 1750 centim. cúbicos, que fué adquiriendo un color cetrino, cada vez más intenso. Se *marsupializó* la bolsa quística y se *formolizó* la cavidad con una solución al 1 %. Se implantó un drenaje.

Por estos datos se viene en conocimiento de que se ha tratado de un *quistes hidatídico, en la cara cóncava del lóbulo izquierdo del hígado*.

Desde el mismo día en que fué operado, la *colerragia* fué abundante. No hubo *urticaria*, a pesar de haberse derramado líquido en la cavidad abdominal, pues la labor de *marsupialización* fué excepcionalmente difícil, por la profundidad de la bolsa y la fragilidad de su tejido.

Tres días después, el enfermo sucumbió. En la autopsia se encontró que la causa de la muerte fué una *hemorragia inevitable* dadas las condiciones de la bolsa que acabamos de referir.

El hígado estaba enormemente desarrollado, pesando 3000 gramos. El diámetro transversal era de 36 centim.; el vertical de 24 y el antero-posterior de 8.

Las dimensiones del quiste eran: diámetro vertical 15 centim. antero-posterior 5 y transversal 9.

El caso que acabamos de historiar presenta un interés culminante. Desde luego, los vulgares trastornos experimentados por el enfermo, antes de la aparición de la *icteria*, de náuseas y de vómitos, no tenían carácter alguno que permitiera hacer sospechar la índole del proceso, y los dichos trastornos no eran permanentes, sino se presentaban en forma de crisis, a punto que no lo compelió a solicitar el consejo de un profesional y se conformó con el uso de medicaciones caseras, recomendadas por sus allegados y amigos.

En el hospital, su hígado, grande como era, no ofrecía el más leve dolor, ni presentaba tampoco irregularidad de superficie alguna, que pusiera nuestras sospechas en dirección de un tumor cualquiera.

Puede decirse, pues, que en este enfermo, el primer síntoma, de carácter permanente ha sido la *icteria*, aparecida bruscamente *sin reacción febril*, por lo menos comprobada por nosotros, durante su estadía en nuestra sala y esta circunstancia, con la ausencia completa de crisis dolorosas, no nos permitió acoger la idea de una *angio-coledocitis*, de origen litiásico ú otro.

La *icteria*, en los quistes hidatídicos del hígado, se menciona en el tratado sobre «Les Maladies chirurgicales du foie et de voies biliaires» del profesor A. LE DENTU y PIERRE DELBET—1910; el artículo escrito por los Dres. J. L. FAURE y S. LEBEY dice en la pág. 145: «Más a menudo se ven producirse fenómenos de obstrucción biliar después de infección grave y de angiocolitis que determinan con frecuencia la muerte».

En la obra bien conocida sobre «Los quistes hidatídicos en la República Argentina», publicada en 1901 por los Dres. M. HERRERA VEGAS y DANIEL J. CRANWELL se dice en una anotación de la pág. 80: «La *icteria* es una rareza en los quistes hidatídicos del hígado «no complicados, como lo hacen notar JACCOUD, GRISOLLE y «FRERICHS; sin embargo MURCHISON la observó 4 veces en 32 casos. ORTIZ COFFIGAY (De l'ictère dans les Kystes du foie. Thèse de Paris, 1881), dice que pueden observarse tres variedades: 1º *icteria* pasajera, por congestión de las vías biliares del hígado; 2º *ictericia* más o menos prolongada por obstrucción de las vías biliares; 3º *ictericia* grave».

En la pág. 90 de esta misma obra, al tratar de la «ruptura en las vías biliares», habla del dolor, de la *ictericia* y de la aparición de membranas en las deyecciones.

En nuestro enfermo no ha habido ruptura. El quiste estaba implantado en el tejido hepático, del lado de su cara cóncava, y en el lóbulo izquierdo y su desarrollo se dirigió hacia la cavidad abdominal. Pertenece pues a la categoría de los quistes *antero-inferiores* de SEGOND.—«Du traitement chirurgical des Kystes du foie. Congrès français de Chirurgie, 1888. pagina 529.—o de quistes desarrollados hacia el abdomen y accesibles a través de la pared abdominal de LANSENBUCH,—«Deutsche Chirurgie. Lief., 45 c. 1894.

La *ictericia* en nuestro enfermo se explica por la compresión que el quiste ha producido sobre el colédoco; pero lo que es de llamar la atención es todo el dilatado tiempo que ha podido permanecer en tal estado —dos años— sin producir la fiebre de infección consecutiva ni fenómenos más graves; tal vez, si esa fiebre ha existido pero ha pasado inadvertida.

En este caso *no habia eosinofilia*. Este dato es indudablemente de poco valor, como hemos ya dicho o por lo menos su ausencia no excluye la posibilidad de un quiste hidatídico.

De todos modos, una *icteria precoz*, explicable en este caso por la localización especial del quiste, *comanda la obligación del clínico de pensar en el quiste hidatídico del hígado y sospecharlo, mientras no se demuestre lo contrario.*

Es evidente que aunque hubiéramos podido *adivinar* la existencia del quiste a raíz de su ingreso, habría sido ya tarde; porque llegó a nuestras manos cuando su gran desarrollo hacía más que dudosa la eficacia de la intervención, pues no obstante las cautelosas medidas ejercitadas para exteriorizarlo, la fragilidad de sus tejidos y lo recóndito de su situación, explican la fatalidad de la hemorragia que lo llevó a la tumba.

Es digno de notar, no sólo el desarrollo del quiste del lado de la cara cóncava de la víscera cuyo infarto lo ocultaba, sino su implantación en el lóbulo izquierdo. Estas circunstancias elevan este ejemplo a la categoría de una curiosidad clínica digna de tomarse en consideración y demuestra una vez la justificación del parecer formulado hace tiempo por el Profesor C. T. CARVALLO de que los quistes hidatídicos entre nosotros, son más frecuentes de lo que se cree y si no se encuentran, es porque no se piensa en ellos y no se les busca. Por esta razón, nosotros omitimos hacer las investigaciones tendientes a su descubrimiento (reacción del complemento, radiografía &, &) que tal vez nos habrían abierto el camino de la sospecha.

