

RÉSUMÉ

1. On dose Sodémie, Chlorémie, Kalémie et Réserve alcaline, sur 50 diabètes, ayant trouvé qu'il existe une corrélation manifeste entre potassium et glucose.

2. La corrélation trouvée est inverse et négative, ayant comme chiffre $r = -0,8990 \pm 0,0271$.

3. Les électrolytes sodium et chlore ne présentent pas de variations appréciables avec le diabète, car leurs chiffres ne s'éloignent pas beaucoup des normaux.

4. La corrélation glucose-réserve alcaline est très relative, car elle est de $r = -0,33 \pm 0,126$.

las vías biliares extrahepáticas a consecuencia de la irritación mecánica que el quiste ejerce sobre dichas vías. Para HENSCHEN, en cambio, serían estas crisis dolorosas una manifestación de alergia que originaría un glaucoma hepático agudo, o sea, un violento edema intracapsular por reacción antígeno-anticuerpo, secundario a la dehiscencia de las paredes del quiste y filtración del líquido hidatídico al parénquima hepático. El fundamental factor en la génesis del shock inmediato que a veces acompaña a la rotura del quiste sería también para CASAS la irritación química que ejerce un líquido provisto de cualidades antigenicas sobre una serosa específicamente sensibilizada. Para explicar el dolor, el estasis y los espasmos de la vesícula y de las vías biliares, admite VARELA FUENTES asimismo un origen alérgico; teniendo en cuenta, según este autor, que en el mecanismo de los fenómenos de alergia lo fundamental está constituido por el edema local o por la contracción espasmodica de las fibras musculares lisas en el órgano que sufre el shock, hay que admitir que las estasis vesiculares y la anormal contracción de las fibras musculares lisas del esfínter de Oddi pueden ser determinadas en muchos casos por el mecanismo inicial alérgico.

GRAÑA ha observado con cierta frecuencia que el síndrome doloroso biliar y el de la seudolitiasis se presentan también en los quistes hidatídicos calcificados del hígado; en estos casos ha encontrado grandes aumentos de la histamina sanguínea, y habiendo procedido en ellos al empleo de la terapéutica biológica de desensibilización específica de CALCAGNO, ha logrado mejorías sobre estas manifestaciones, que juzga de origen alérgico; asimismo, GRAÑA ha empleado esta terapéutica de desensibilización en los enfermos de quiste hidatídico fértil y recalca la rapidez con que ceden los trastornos funcionales, por lo que juzga estas manifestaciones como de alergia hidatídica, equivalentes al asma, urticaria y edema angioneurótico y a la hipersensibilidad cutánea manifestada por la reacción de Cassoni; igualmente la transmisión pasiva de la sensibilización a un sujeto sano (prueba de Prausnitz-Kunster) demuestra la existencia de reaginas circulantes.

Estudiando la histaminemia en el suero de los portadores de quiste hidatídico, han encontrado RECARTE y BAREA, lo mismo que GRAÑA, cifras altas de histamina sanguínea, y precisamente las más elevadas corresponden a los quistes calcificados. Concluye, en fin, GRAÑA, que una gran parte de los trastornos funcionales de los quistes calcificados del hígado, y también de los fértils, corresponden a manifestaciones hepatobiliares de alergia, e insiste en la notable mejoría obtenida con la desensibilización específica tras el tratamiento biológico de la hidatidosis.

También JIMÉNEZ DÍAZ, estudiando el mecanismo de la forma litiásica del quiste hidatídico, reconoce la importancia que pueden tener los fenómenos de sensibilización a las albúmi-

DISCINESIAS BILIARES Y SEROSITIS
EN LA HIDATIDOSIS (*)

J. VIAR BAYO.

El axioma de PETERS que dice "hígado grande con buen estado general equivale a quiste hidatídico", se refiere a que con mucha frecuencia evoluciona este parásito sin producir ningún síntoma, y solamente cuando ha alcanzado un gran volumen aparecen una pronta repleción gástrica por compresión extrínseca del estómago o un dolorimiento en el hipocondrio derecho por distensión de la cápsula de Glison. Pero, sin embargo, existen bastantes casos en que el paso del líquido hidatídico a las vías biliares, actuando como antígeno sensibilizante, determina síntomas generales, urticarias más o menos intensas, a veces con cuadros sincopales; edemas de Quincke, jaquecas, accesos de asma y de shock y derrames pleurales, pericárdicos o peritoneales, por una parte, y por otra, síntomas localizados al árbol biliar, que han sido calificados de formas seudolitiásicas de la hidatidosis.

Habiendo asistido estos últimos años cuatro enfermos de quiste hidatídico del hígado que presentaron crisis dolorosas e ictericia, solamente uno de ellos con obstrucción del colédoco por una hidátide, mientras los otros tres asentaban lejos de las vías biliares extrahepáticas, en los cuales, por consiguiente, la discinesia biliar pudo ser debida a alergia hidatídica, y otros tres casos que se acompañaron de exudados pericárdicos o pleurales, voy a presentarlos, haciendo unos previos comentarios acerca del mecanismo de estas manifestaciones.

Hace ya muchos años, CHAUFFARD expresó su opinión acerca de la patogenia del cólico hepático hidatídico, suponiendo que sería debido a una crisis discinética por intenso espasmo de

(*) Comunicación presentada a la Academia Médica de Bilbao el día 26 de noviembre de 1958.

nas heterólogas del quiste en el desencadenamiento de las crisis de dolor espástico biliar. Recuerda a este propósito JIMÉNEZ DÍAZ las experiencias de WALZER y cols., quienes mediante inyecciones parietales de un suero en cualquier segmento del aparato digestivo observan que van seguidas de edema local y reacción espástica en los animales sensibilizados a aquel suero, lo que explica el edema y la discinesia biliar provocados por el contacto de la proteína hidatídica sobre la mucosa del árbol biliar. No es preciso, pues, para la aparición de cólicos hepáticos que el quiste se perfore en los gruesos conductos extrahepáticos, sino que basta el paso de líquido hidatídico a la atmósfera periquística, donde se abren los canalículos biliares más finos, sobre cuya mucosa actuaría, determinando la alergia, la proteína hidatídica; también de manera recíproca puede la bilis pasar al interior del quiste, como ocurre con cierta frecuencia, y muchas veces este paso va seguido de la muerte y calcificación del quiste, pero otras veces éste se infecta y supura.

La toxihidatidosis hepática, anafiláctica, se manifestaría, según BERGARECHE, en dos formas, según que la extravasación del antígeno hidatídico tenga lugar en los conductos biliares o en el tejido intersticial parenquimatoso; si la fisuración ocurre en los conductos biliares, sobreviene un edema de todo el árbol biliar que se traduce por fenómenos de discinesia y estasis biliar o por atonía o espasmo del esfínter de Oddi, cuyas manifestaciones clínicas son la llamada dispepsia biliar: anorexia, repugnancia por las grasas, náuseas, diarrea postprandial, inflazón epigástrica e incluso en ciertos casos cólicos hepáticos e ictericia ligera y fugaz, que ceden a la medicación antiespasmódica. Si la fisuración tiene lugar, en cambio, en el tejido intersticial, parenquimatoso, se presentaría el glaucoma hepático agudo de Henschén, que, como hemos dicho antes, se caracteriza por congestión, edema, hepatomegalia de rápido crecimiento, intenso dolor y fiebre.

Otras veces la congestión y el edema tienen lugar en un órgano de la vecindad, como ocurrió en un caso muy interesante que refiere BERGARECHE, de un enfermo afecto de crisis dolorosas del epigastrio al hipocondrio izquierdo, que presentaba a la exploración una tumoración en parte izquierda epigástrica y Cassoni positivo rápido; a los ocho días la tumoración disminuyó mucho de volumen y en la intervención se encontró edema del epiplón gastrocólico, gran aumento del volumen del páncreas y un quiste hidatídico implantado en el mesocolon transverso y enraizado en la cápsula y parénquima del páncreas, lo que explica la fisuración anafilactizante. Con este motivo recuerda BERGARECHE los estudios de VALDONI acerca de la pancreopatía edematosa de naturaleza anafiláctica y los de RODRÍGUEZ OLLEROS y ANDREU URRA, que han logrado producir pancreopatías serosas por medio de inyecciones de histamina sola o asociada

a la secretina, y recalca que la hidatidosis es el proceso anafilactizante por excelencia, como lo demuestran la urticaria, el edema de Quinke, la jaqueca, el asma, el shock y la eosinofilia que acompañan a esta enfermedad. En el caso de Bergareche, un año después de la intervención, el enfermo, clínica y radiológicamente aparecía curado, por lo que juzga que la pancreatitis fué consecutiva a la alergia que provocó el quiste del mesocolon y que cedió con la extirpación quirúrgica de éste.

Equivalentes a estos edemas agudos viscerales podemos considerar a los exudados de las serosas, pleural, pericárdica o peritoneal que a veces acompañan a la hidatidosis hepática, y que a juicio de algunos autores no serían de rara presentación. Así, CASANOVA, en su tesis de 1935, refiere varios casos de exudados pleurales en el curso de la equinococosis pulmonar, y señala el gran interés de practicar precozmente el diagnóstico de quiste pulmonar, cuyos primeros síntomas son con frecuencia los pleurales.

Entre los derrames de las serosas conviene distinguir dos grupos, a saber, los debidos a la ruptura de un quiste hidatídico en las serosas, pleural, peritoneal o pericárdica, derrames constituidos por líquido hidatídico más o menos modificado por una infección secundaria o por una fistula biliar, y aquellos otros exudados que sobrevienen simultáneamente a un quiste hidatídico del pulmón, hígado u otra víscera abdominal, y que se interpretan como derrames reacionales que con frecuencia se manifiestan por alteraciones funcionales mínimas.

Los derrames ascíticos, que en ocasiones se hacen muy abundantes, alcanzando volúmenes de 10 litros, están constituidos por un líquido citrino, serofibrinoso, con Rivalta negativo, algunas células endoteliales y predominio de linfocitos y, sobre todo, de eosinófilos. Esta eosinofilia indica, según THIODET, que la génesis del exudado no es mecánica, sino que se trata de una reacción biológica semejante a la eosinofilia sanguínea; aunque a veces, como decíamos ya, estos exudados adquieren un volumen considerable, con frecuencia se reabsorben espontáneamente; pero otras veces, en cambio, experimentan una transformación puriforme, de evolución lenta y tórpida, que obliga a pensar en los países donde la hidatidosis es frecuente, en la posibilidad de esta etiología. Además de su reabsorción espontánea, se ha observado una más rápida reabsorción de estos exudados coincidiendo con la extirpación del quiste o con su tratamiento biológico, lo que depone en favor de su patogenia alérgica.

THIODET, FOURRIER y cols. ven en estos derrames hidáticos una semejanza con los exudados de las serosas en la infección tuberculosa y recuerdan este problema patogénico complejo de la alergia o anafilaxia de las serosas en estas dos enfermedades que presentan fenómenos de sensibilización. BURNAND destaca, en efecto, que al lado de los accidentes inflamatorios parabaci-

lares que afectan al parénquima es preciso reservar un lugar en el cuadro de las manifestaciones atípicas de la tuberculosis a los derrames inflamatorios calificados de alérgicos; así, la existencia en un punto del organismo de un foco bacilar, caseoso o tórpido, e incluso calcificado, puede dar lugar a exudados pleurales, peritoneales, pericárdicos, meníngeos o sinoviales aparentemente estériles, pero no por ello menos tributarios de la tuberculosis, aunque con mayor frecuencia aparecen estos exudados tuberculosos en el período hiperérgico de la bacilosis. Por consiguiente, para THIODET y cols. los exudados serosos de la hidatidosis constituirían manifestaciones locales de la anafilaxia hidatídica, que exigen una previa sensibilización de estas serosas, lo que ocurriría por la fisuración del quiste y paso de algunas gotas a las serosas vecinas que responden con la formación de un exudado, verdadero edema local, semejante a la reacción de Cassoni del dermis. Estos autores han tratado los exudados serosos hidáticos mediante la desensibilización del organismo con repetidas inyecciones del antígeno, logrando la desaparición de los derrames, lo que también constituye una prueba en favor de la patogenia alérgica de los exudados de la equinococosis.

Por cierto, que POINSO y CHANAS encuentran también 103 casos de derrame pleural entre 400 enfermos de cirrosis hepática, de los cuales 51 presentaban el exudado en el lado derecho y 32 en ambas pleuras; suponen que estos derrames puedan ser debidos a elevación diafragmática con compresión y estasis de las bases, que originan una alveolitis edematosas y trasudación del líquido a la pleura, o a perihepatitis que a través de los poros de Ranvier afectaría a la serosa pleural, factores ambos que se pueden encontrar también en algunos voluminosos quistes hepáticos.

Respecto al diagnóstico del quiste hepático, sólo diremos como curiosidad que FINOCHIETTO encontró en un caso de ictericia sin dolor la presencia de ganchos equinocócicos en el líquido duodenal por fisura de la cavidad quística en las vías biliares; cuando la rotura, en cambio, es amplia con paso de hidátides y membranas, acompañadas de crisis dolorosas intensas que los franceses califican de apertura a gran orquesta, se pueden encontrar vesículas y membranas en las heces y hasta en el vómito.

El diagnóstico a rayos X es demostrativo cuando el quiste asienta en la cara convexa del hígado, pues produce un abombamiento de la cúpula derecha del diafragma; conviene recordar, sin embargo, que con alguna frecuencia aparece una giba fisiológica, más pronunciada en la inspiración, debida, según ALTSCHULE, al diafragma blando. CASAS aconseja obtener tres radiografías, dos anteroposteriores, en inspiración forzada una, y en espiración la otra, mientras la tercera radiografía debe obtenerse en posición lateral, pues siendo mucho más profundo el receso costodiafragmático posterior, es en

esta posición lateral como mejor se descubren los quistes posterosuperiores. Cuando el quiste supura, puede aparecer la imagen de pneumoquiste con un nivel líquido y una cámara gaseosa, que obliga a practicar el diagnóstico diferencial con el absceso subfrénico.

En cuanto al tratamiento del quiste, si éste ha alcanzado un gran volumen o ha originado complicaciones graves, debe ser quirúrgico. Pero vamos a decir unas palabras acerca del tratamiento biológico que fué estudiado en el IV Congreso Internacional de Hidatidosis, celebrado en Chile en 1952, y de sus fundamentos médicos. Ya BOURGEON y otros autores habían observado la involución espontánea del quiste del hígado, y todos hemos visto algunos casos de quistes calcificados, con gran contraste a rayos X en el interior del parénquima hepático, debido sin duda a la muerte y calcificación del parásito; hemos dicho que precisamente en los quistes calcificados es donde se han encontrado más altas cifras de histaminemia, lo que indica que la membrana hidatídica permite el paso por osmosis o diáfrasis a la sangre de los productos del catabolismo hidatídico y recíprocamente pasan de la sangre al interior del parásito los materiales (aminoácidos, sales, etc.) necesarios para la nutrición y crecimiento de aquél, pero también pueden pasar anticuerpos fabricados como respuesta del organismo al antígeno hidatídico que contribuyan a destruir la fertilidad de la membrana germinativa y actúen como parasiticidas. Ahora bien, el método de curación biológica pretende crear o aumentar las defensas naturales del organismo contra el parásito, inyectando bien el líquido hidatídico o un extracto de membrana, liofilizado en dosis crecientes de 1/2, 1 y 2 c. c., tres veces por semana, en series de 15 inyecciones, con cuyo método algunos autores han logrado la detención del desarrollo del quiste.

Por su parte, CUERVO GARCÍA ha empleado con gran éxito en 12 casos de quistes hidatídicos la inyección intramuscular de una solución de timol al 50 por 100 en aceite iodado en cantidad de 3 c. c. cada día, y en series de 15 inyecciones cada una, con los que pretende destruir la fertilidad de la membrana germinativa. De estos 12 casos, en varios de ellos el parásito asentaba en el parénquima pulmonar, y en las sucesivas radiografías se aprecia, después del tratamiento, la desaparición en unos y la reducción en otros de la sombra quística pulmonar. En otra de las enfermas tratadas por CUERVO con esta solución de timol por un voluminoso quiste hidatídico del hígado, a los tres meses del tratamiento experimentó una gran disminución del volumen quístico; entonces fué intervenida, encontrándose la cápsula del parásito arrugada, no había hidátides hijas y la inoculación de la arena hidatídica a un animal de laboratorio no prendió, es decir, que según el autor, esta muerte del parásito hay que atribuirla a las inyecciones de timol. Estos tratamientos están fundados, como

hemos dicho, en que el quiste carece de cápsula propiamente dicha y su membrana es permeable a los líquidos; esto ocurre sobre todo cuando el parásito es joven, pero con el tiempo el organismo reacciona, desarrollando una túnica adventicia dependiente del tejido conjuntivo hepático, y esta capa fibrosa o periquistitis satélite dificulta los movimientos de osmosis, por lo que no siempre da resultado el tratamiento médico.

CASUÍSTICA.

Caso 1.^o De cincuenta y ocho años, de Orense, acude a mi consulta el 27-X-55, relatando que desde los treinta años tenía temporadas de ardores y acideces y que a los treinta y ocho años empezó a padecer crisis dolorosas de comienzo epigástrico y propagación a hipocondrio derecho y espalda, de varias horas de duración, calmadas con Pantopón; estas crisis reaparecían cada cinco o más años al principio, pero ahora son más frecuentes, una cada dos años, habiéndose acompañado las últimas de fiebre, ictericia e ileo paralítico. En algunos exámenes de orina practicados con motivo de las crisis se presentaron pigmentos biliares y urobilina. Leucocitos, 7.200. Eosinófilos, 10. Cayados, 23. Segmentados, 30. Monocitos, 1. Linfocitos, 36.

Es un enfermo con bastante buen estado general, pero algo delgado, y en el abdomen se aprecia una tumoración dura, consistente, redondeada, del tamaño de una naranja, en su hipocondrio derecho. Tonos cardíacos, normales. Presión arterial, 11/7.

A rayos X se aprecia una menor amplitud del seno costodiafragmático derecho y el área hepática aparece aumentada de volumen, llegando en bipedestación el borde inferior del hígado a la cresta iliaca.

La colecistografía muestra una vesícula larga, bien contrastada, incurvada, con la cara cóncava hacia dentro; con la prueba de Boyden se contrae bien, acentuándose más su incurvación y visualizándose el cístico. Este colecistograma de tan buen contraste nos asegura que la tumoración no es vesicular, sino que es con seguridad un quiste hidatídico que comprime e incurva la vesícula, y a pesar de que las reacciones de Weimberg y Cassoni son negativas, y que ahora la fórmula leucocitaria sólo demuestra un eosinófilo, enviamos al enfermo al cirujano con el diagnóstico de quiste hidatídico de hígado.

Intervenido por el doctor OTADUY, encuentra un quiste hidatídico del lóbulo derecho del hígado, grande, con multitud de hidátides hijas, y con líquido claro, es decir, sin contaminación con bilis, por tanto, no abierto en vías biliares; después de extirpadas las hidátides se marsupializa. La vesícula biliar aparece tensa, sin cálculos, y puncionada ofrece una bilis normal. El curso postoperatorio es muy prolongado, pues la cavidad era grande y aún continuó expulsando hasta 20 hidátides y a veces exudado purulento y hemático. Aún el 28 de abril de 1956 tuvo dolores seguidos de expulsión de hidátides, y como todavía persistieran dolores le practicamos una radiografía, con papilla baritada, que demostró una deformación del contorno del bulbo duodenal, seguramente por adherencias a la zona quística, que aparece con sus contornos calcificados.

Actualmente se encuentra bien, haciendo vida normal.

Caso 2.^o M. O., de cincuenta años, casada. Hace veinte años cólico hepático, que ha repetido en algunas ocasiones. A 25-IV-58, molestias en lado derecho abdominal, escalofríos y fiebre irregular, que remite algo con inyecciones de Sincrobin. Los días siguientes orinas como iodo, heces blanquecinas, ictericia que va acentuándose y menor apetito. El 8-V-58, examen de orina: Albúmina, 0. Gluc., 0. Urob., 0. Pig. bil., ++. Continúan escalofríos y fiebre irregular, y a 22-V la vesícula aparece grande, móvil, y el hígado aumentado de volumen, rebasando varios traveses de dedo la arcada costal; acentuada ictericia verdinica.

Otro examen de orina a 23-V: Dens., 1.020. Alb., indi-

cios. Gluc., 0. Pig. bil., ++. Ácidos bil., ++. Urobilina, indicios. Escasos cilindros granulosos.

Hemoglobina, 80. Hem., 4.000.000. V. G., 1. Leuc., 9.200. E., 0. C., 0. S., 60. M., 8. L., 23. Takata Ara, 00333333. Weltman, 8. Tiempo de coagulación, 10'. Coágulo retráctil. Sangría, 4'.

Intervenida el 27-V-58 (doctor OBREGÓN) aparece una vesícula grande, llena de bilis, habitada por un cálculo como aceituna, en el cístico, que estaba dilatado; pero el colédoco, enormemente dilatado, al incindirlo, aparece una hidátide que lo ocluye, procedente de un quiste hidatídico del lóbulo derecho hepático, que se marsupializa.

Se practica también colecistectomía y extracción del cálculo biliar.

Buen curso postoperatorio; va cediendo progresivamente la ictericia y aclarándose la orina, así como disminuye la secreción por la fistula, y el 1-VI una colangiografía a través del tubo colocado en colédoco muestra la unión de las vías biliares con la cavidad quística, que ha disminuido de volumen.

Actualmente está bien.

Caso 3.^o De treinta y cinco años, de Burgos, visto el 18-IX-57.

Hace dos años, crisis dolorosa en hipocondrio derecho de media hora de duración; desde entonces, otras cuatro crisis dolorosas más, la última en VII-57, de más de cuatro horas de duración; se mitigó con vómito, provocado por el enfermo, y fiebre de 39°, que duró quince días; los días anteriores, anorexia y molestias; en estos dos meses ha adelgazado unos 20 kilos; frecuentes dolores casi continuos en hipocondrio izquierdo, acentuados con ingestas; también un dolorimiento lento en hipocondrio derecho, ruidos de gases abdominales, de fácil expulsión, que alivia el dolor; deposición diaria blanda amarillenta con mucus.

Enfermo pálido; abdomen con dolor a presión en parte alta del epigastrio, donde se palpa una tumoración difícil de delimitar porque aparece contractura de los rectos abdominales provocada por el dolor.

Tonos cardíacos, bien. Presión arterial, 12/7. A rayos X, tórax normal. Estómago ortotónico, antral alargado, aspecto rígido de su corvadura menor; todo el estómago aparece rechazado a la izquierda por aumento de volumen del hígado.

Colecistografía: Vesícula, no se visualiza. Los días sucesivos aparecen ictericia, fiebre y leucocitosis.

Intervención el 30-IX-57 (doctor FÉLIX LANDÍN). Enorme quiste hidatídico del hígado, perforado, infectado, formando un absceso subfrénico; se drena el absceso, se marsupializa el quiste y se continuó con antibióticos; el curso postoperatorio es bueno, tiene buen apetito, engorda y la supuración va disminuyendo hasta que se cierra la fistula al 23-XII-57.

Caso 4.^o De dieciocho años, de Burgos. Refiere entre sus antecedentes que a los cuatro años de edad fué intervenida en Burgos de un quiste hidatídico del hígado, que se extirpó. Vista por nosotros el 18 de marzo del año actual, 1958, nos cuenta que después de aquella intervención siempre se ha encontrado bien hasta hace nueve meses, en que aparecen crisis dolorosas de comienzo epigástrico e irradiación a abdomen, frecuentes, una o dos por semana, de alrededor de dos horas de duración; algunas han coincidido con la toma de Nescafé; las últimas crisis intensas no se calman con Buscapina, siendo necesaria la morfina para su alivio.

Presenta buen estado general, acusa dolor a presión en hipocondrio derecho, el examen radiológico de estómago y duodeno es normal, siendo, en cambio, negativo el colecistograma. Con el diagnóstico, pues, de exclusión de vesícula biliar por probable cálculo enclavado en el cístico, recomendamos la intervención quirúrgica, ingresando en el Servicio del doctor OBREGÓN, pero se demora la intervención por presentarse fiebre e ictericia. Tratada con antibióticos va cediendo la fiebre, y a fines de abril es operada (doctores OBREGÓN y GOTI), encontrándose la vesícula y el resto de las vías biliares libres y sin cálculos. Sobre la cara anterosuperior del hígado, y muy cerca de su ligamento suspensorio, aparece un quiste hi-

hidatídico del tamaño de una naranja, que se extiende por la superficie hepática hacia la cúpula diafragmática; a pesar de no ser favorable el campo operatorio se decide realizar la extirpación del quiste en un tiempo: durante las maniobras de enucleación se abre el quiste, aspirándose el líquido y las vesículas hidatídicas. Enucleado finalmente el quiste, queda el lecho del hígado, que se cierra con puntos sueltos de catgut.

El curso postoperatorio es bueno, retirándose a los pocos días el tubo de drenaje; se puede asegurar que no existe comunicación entre este quiste hidatídico, implantado en la cara convexa del hígado, y las vías biliares extrahepáticas, que como hemos dicho aparecen normales; por tanto, las crisis dolorosas y la ictericia se deben atribuir, a mi juicio, a fenómenos de alergia hidatídica.

Caso 5.^o A. A., de cincuenta años, casado, de Eibar, consulta el 16-IX-52. Siempre sano, aficionado a la caza y a los perros. Hace diez años un día, coincidiendo con la toma de una bebida fría en ayunas, apareció malestar general, sudor frío y sensación de desmayo, que cedió pronto. Estos desmayos, o pequeñas lipotimias, han repetido en varias ocasiones, algunas coincidiendo con la ingestión de bebidas frías; otra, con la toma de agua de Carabaña.

El día 7-VIII-52, también súbitamente, malestar y estorbo epigástrico; tomó Palmil, que le produjo asimismo sudor frío, astenia, y en seguida, al subir las escaleras de su casa, apareció opresión pretorácica; unos días febrícula, presentándose una pericarditis exudativa (doctor IRIARTE); tratado con estreptomicina (28 gr.), aureomicina, Euflilina y tónicos cardíacos; visto luego por el doctor YARZA, un ECG acusa claras curvas de anoxia de miocardio, especialmente en cara posterior y región diafragmática, y en V F sospecha de alteración del miocardio sin infarto reciente.

Orina: Dens., 1.022. Alb., indicios. Gluc., 0. Acet., 0. Pigmentos bil., ++. Urob., ++. Intradermo tuberculina, 0. Cassoni, +. Weimberg, 0. Con., 0,15 cm. y + con., 0,3 cm. McLagan, 4 unid. Hanger, +++. V. S., 43. Hb., 86. Hematies, 4,3. V. G., 1. Leuc., 6.500. E., 6. C., 5. S., 55. M., 5. L., 29. R. W., 0. Meinike, 0. Kahn, 0. Heces: Sangre, +— (doctor ASPE).

Exploración.—Enfermo en buen estado de nutrición y buen color; en abdomen se percibe aumento de volumen del hígado, cuyo borde inferior rebasa tres traveses de dedo el reborde costal y es consistente, duro. Tones cardíacos normales. Presión arterial, 13/8.

A rayos X, corazón aumentado de tamaño, a expensas del diámetro horizontal, de forma de zueco, con la punta desviada a la izquierda, pero se observa bien la contracción sistólica en todos sus bordes. Área hepática, aumentada de volumen. Estómago alargado, con irregularidades en su corvadura mayor, probablemente de origen extrínseco (compresión del hígado); durante la exploración sufre también una lipotimia.

Días después se vuelve a practicar una intradermo. Cassoni, + débil. Weimberg, 0. Hb., 92. Hematies, 4,9. Leucocitos, 10.800. E., 4. C., 5. M., 8. L., 12.

Ante el temor expresado por el cardiólogo de que no soportara la intervención quirúrgica se retrasó ésta, pero a primeros de noviembre tiene escalofríos, fiebre de 39°, que se trata con aureomicina, penicilina y estreptomicina, con lo que queda en febrícula, que dura once días; el 20-XI-52, dolor epigástrico propagado a brazo izquierdo y región subclavicular izquierda, sudores fríos y angustia; el 23-XI, sudor frío y febrícula. Otra hematimetría: Hb., 92. Hem., 4,7. V. G., 0,96. Leucocitos, 11.400. E., 3. C., 4. S., 59. M., 2. L., 3. Proteína, 64,5. Alb., 30. Glob., 34,5. Coc. alb./glob., 0,86. Mac Lagan, 8,1. Weltman, 2. Cadmio, 0. Hanger, 0.

Visto a rayos X, el corazón aparece de tamaño normal, y la cúpula diafragmática derecha muy abombada con aumento de la sombra hepática total. Protrombina, 95 por 100. V. S. G., 61. Hb., 71. Hem., 4,6. V. G., 0,77. Leucocitos, 12.800. E., 6. L., 1. C., 3. S., 60. M., 7. L., 23.

Intervenido el 9-XII-52 (doctor GUIMÓN).—Laparotomía media. El lóbulo izquierdo hepático aparece muy abultado, congestivo, con neovasos ingurgitados y fluc-

tación; se practica una punción, que da salida a un pus amarillo claro sin fetidez; entonces se incide el hígado, apareciendo varias vesículas hidatídicas y mucho líquido purulento; marsupialización de una bolsa muy grande, casi como una cabeza de feto.

El curso postoperatorio es bueno, aparte algunas molestias por meteorismo, náuseas y febrícula los primeros días; pero a los quince días se levanta y va disminuyendo progresivamente la secreción hasta curar totalmente. Luego hace vida normal hasta abril de 1955, en que aparece un absceso en la herida operatoria que fistuliza, dando salida a una mezcla de pus y líquido más claro. Se colocó un tubo en la fistula y se practicaron unos lavados con Dakin, curando en pocos días.

Caso 6.^o E. N., de cuarenta y cinco años, casado, de Valladolid. Visto el 19-II-58. Algunas artralgias. Avulsión de miembro superior derecho por obús en la guerra civil. Bebedor.

Hace un mes, tos seca, diarrea, dolor del costado derecho, más acentuado en decúbito derecho; febrícula y orinas cargadas; el doctor ARRÓSPIDE encuentra una pleuritis derecha con el seno costodiafragmático derecho velado, gran elevación del diafragma e intenso frote en plato anterior y axilar.

V. S. G., 6. Hb., 84. Hem., 4.300.000. V. G., 0,97. Leucocitos, 5.000. E., 3. C., 2. S., 55. M., 5. L., 35.

Orina: Dens., 1.020. Alb., 0. Gluc., 0. Pig. bil., 0. Urobilina, + + +.

El doctor ARRÓSPIDE le trata con estreptomicina e hidrazidas, con lo que mejora la febrícula, pero en vista de la persistencia del aumento del área hepática le remite a mi consulta.

Es un hombre muy grueso, con el abdomen muy abultado, y dolor a la presión en hipocondrio derecho; parece existir una submatidez en hipogastrio en bipedestación. Frotos pleurales rudos en plato anterior y axilar derechos.

Con el antecedente del abuso de bebidas alcohólicas, hígado muy grande, submatidez en parte baja abdominal y urobilinuria + + +, pienso en una cirrosis hepática, pero la reacción Weltman es de 7,5 y Mac Lagan, 5.

Visto a rayos X aparecen los diafragmas muy elevados, más el derecho, cuyo seno costodiafragmático no se ventila en la inspiración; el seno izquierdo es normal; la sombra hepática muy grande.

La reacción de Weimberg es negativa, pero la intradermo de Cassoni ya a los quince minutos es muy positiva.

Entonces pensamos en quiste hidatídico del hígado y le aconsejamos la intervención quirúrgica, que se demora para ver si cede primero totalmente la reacción pleurítica, y el mes de mayo de 1958 es operado (doctor OBREGÓN), encontrando el hígado muy aumentado de volumen con adherencias de parte de su cara convexa al diafragma, que está muy elevado; el color del hígado es normal; el epíplón está también atraído y adherido al hígado; a los cinco días de la laparotomía, cuando se han establecido adherencias entre la herida operatoria y la pared, se incide el hígado, extrayéndose más de tres litros de líquido purulento y numerosas hidatídes.

El curso postoperatorio es bastante bueno, aunque unos días el exudado es fétido; a primeros de julio aparece ictericia, que se va acentuando; heces blanquecinas y orinas cargadas.

El examen de orina muestra: Densidad, 1.020. Albúmina, no. Glucosa, no. Acetona, no. Pigmentos biliares, + + +. Urobilina, + + +. Hematies, algo frecuentes. Heces blanquecinas.

Se instituye un tratamiento de hepatitis, y la ictericia va regresando, para ceder totalmente a fines de agosto, en que marcha a su domicilio, encontrándose bien; pero a mediados de septiembre aparecen dolores en el hombro y costado derecho y febrícula; el doctor ARRÓSPIDE encuentra exudado en pleura derecha y practica una toracentesis con extracción de un litro de líquido serofibrinoso. El examen de este líquido demuestra abundantes hematies y algunas células de tamaño voluminoso que pudieran corresponder a un proceso neoplásico. Sin embargo, a este propósito, recuerda MATTHES que no

conviene deducir conclusiones definitivas por la forma de las células endoteliales de la pleura contenidas en el derrame, pues es frecuente que estas células adopten formas raras, sin que ello tenga la menor significación, y únicamente se podrá deducir un criterio diagnóstico y, aun así, solamente inseguro del hecho de comprobarse partículas tumorales, por ejemplo, evidentes nichos de células cancerosas.

En efecto, tratado nuestro enfermo con inyecciones de antígeno hidatídico, que provocan de momento intensa reacción local y general (fiebre), empieza a mejorar, engorda dos kilos y no se reproduce el exudado, sino que mejora el aspecto radiológico de la pleura.

Velocidad de sedimentación globular en octubre, 32; ahora, 19 (26-XI-58).

Caso 7.º Enfermo E. Z., de quince años, natural de San Sebastián. Visto el día 18 de septiembre de 1956 con el doctor BARRIOLA, que ha tenido la gentileza de proporcionarme los datos de su historia.

Es un muchacho de hábito asténico, que sólo ha padecido infecciones banales, habiéndole apreciado los médicos consultados una ligera hipertrofia cardiaca.

En octubre de 1955 sufrió un dolor brusco en el hipocondrio derecho, calificado de cólico hepático, con ictericia, coluria y heces acólicas, durante ocho días. Desde entonces, cada tres o cuatro semanas tenía una crisis, en general nocturna, de molestias en hipocondrio derecho y vómito. En julio de 1956, dolor más intenso, fiebre y subictericia; visto entonces por el doctor BARRIOLA le aprecia dolor a presión en hipocondrio derecho, palidez, dolor de nuca, aumento de la matidez hepática y esplénica y en la orina presencia de pigmentos y de urobilina. Hematies, 4.440.000. Leucocitos, 7.200. E., 2. N., 72. M., 4. L., 22. V. S. G., 85. Reacción de Cassoni, positiva, inmediata.

A rayos X: Tórax, normal, salvo elevación del diafragma derecho. Colecistografía con Biliunbradil: Colecistograma, negativo. Tratado con antibióticos, penicilina, aureomicina y estreptomicina, la fiebre va remitiendo lentamente, pero el 13 de agosto los hematies han bajado a 3.660.000, mientras ascienden los leucocitos a 11.000 con 4 eosinófilos y 79 neutrófilos. V. S. G., 82. Aumenta la matidez hepática, palpándose el borde del hígado a dos dedos bajo la arcada costal; ligero aumento del bazo.

El doctor BARRIOLA diagnostica quiste hidatídico supurado, pero dos compañeros que acuden en consulta piensan en endocarditis subaguda y proponen un tratamiento con cortisona.

Visto por mí el 8 de septiembre, lo encuentro con palidez acentuada, abombamiento del hemitórax derecho, gran aumento de volumen del hígado, que rebasa cuatro dedos el reborde costal; tonos cardíacos, normales, no pudiendo apreciar los soplos que encontraron los anteriores colegas, y sólo percibo un frote subcostal que atribuyo a reacción peritonítica perihepática. Insisto en la urgencia de la intervención quirúrgica, que practica el doctor BARRIOLA dos días después, descubriendo un quiste hidatídico hepático unilocular, del que salen unos dos litros de líquido purulento con gran cantidad de vesículas. Formolización de la bolsa y marsupialización. Unos repliegues del epiplón engrosados y adheridos a borde anterior de hígado explicaba el frote inspiratorio percibido a la auscultación.

El curso postoperatorio es normal, sin incidentes, cerrando totalmente la herida a fines de diciembre. Actualmente el muchacho, que ha mejorado extraordinariamente, se encuentra muy bien y libre de molestias.

RESUMEN.

Presentamos siete casos de quiste hidatídico del hígado, cinco de ellos con cólicos hepáticos e ictericia, habiendo demostrado la intervención quirúrgica tan sólo en uno de ellos la comunicación del quiste con las vías biliares extrahepáticas, por lo que juzgamos que en los restantes

las crisis dolorosas debieron tener su origen en un mecanismo alérgico.

Los exudados pleurales y pericárdicos que acompañaron a otros dos enfermos se pueden interpretar asimismo como de patogenia alérgica, y en cuanto al último, cuando fué visto por mí no presentaba ya los soplos que percibieron otros compañeros anteriormente y el frote perihepático fué debido, como demostró la intervención, a una reacción peritonítica de vecindad, localizada alrededor del hígado, que albergaba un quiste infectado.

En cuanto al tratamiento de los quistes grandes, complicados, debe ser quirúrgico, inmediato, y solamente en los asintomáticos, encontrados por casualidad en exploraciones radiológicas de rutina, se podía ensayar el tratamiento biológico con antígeno hidatídico, pero si éste fracasara se recurriría también al tratamiento quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- HENSCHEN.—Zeit. f. Chir., 22, 1931.
CASAS.—Medicina interna (BAÑUELOS), tomo III.
VARELA FUENTES y GARCIA CAPURRO.—Patología digestiva.
GRAÑA.—Patología digestiva (VARELA FUENTES).
JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica, tomo VI.
BERGARECHE.—Rev. Esp. Enf. Ap. Dig., 4, 1955.
BERGARECHE.—Bol. Inst. Pat. Med., 5, 1956.
CASANOVA.—Tesis de Argel, 1935.
THIODET, FOURRIER, etc.—Algérie Méd., 5, 59, 1955.
BURNAND.—E. M. C. pulmón, 1951.
POUQUÉS.—Presse Méd., 65, 1957.
BOURGEON y cols.—Presse Méd., 18, 11, 1953.
POINSO y CHANAS.—Presse Méd., 66, 1.107, 1958.
CUERVO GARCIA.—Rev. Clin. Esp., 15, 6, 1951.
FINOCHIETO.—Prensa Méd. Argent., 29, 6, 1949.

SUMMARY

Seven cases of hydatid cyst of the liver are reported of which five were attended with hepatic colic and jaundice. Only in one of them was it possible at operation to prove communication between the cyst and extrahepatic bile ducts. For this reason, it is thought that in the remaining cases the attacks of pain should be ascribed to an allergic mechanism.

The pleural and pericardial effusions occurring in two patients may likewise be explained by an allergic pathogenesis. One of the patients, when seen by the writer, did not exhibit the murmurs previously heard by their examiners, and the perihepatic friction rub was due, as was later proved at operation, to a reaction in the neighbouring peritoneum, localised about the liver which harboured an infected cyst.

The treatment of large-sized, complicated cysts should be immediate surgical operation. Only in symptomless cases accidentally discovered in routine x-ray examinations could biological treatment with hydatid antigen be tried; when this, however, fails, surgical treatment should be resorted to.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden 7 Fälle von Echinokokkuszyste der Leber angeführt; fünf litten an Leberkoliken und Gelbsucht. Bloß bei einem konnte im chirurgischen Eingriff die Verbindung der Zys-

te mit den extrahepatischen Gallenwegen nachgewiesen werden. Es ist sonach zu vermuten, dass bei den übrigen Fällen die schmerzhaften Krisen ihren Ursprung in einem allergischen Mechanismus haben.

Auch die Rippenfell- und Perikardexsudate, die bei zwei anderen Fällen beobachtet wurden, können auf Grund der gleichen allergischen Pathogenie erklärt werden. Beim letzten der Fälle war, zur Zeit als er von uns untersucht wurde, keines der Geräusche mehr vorhanden, die vorher von anderen Kollegen beobachtet wurden. Wie es sich beim Eingriff zeigte, war das perihepatische Reiben auf eine Bauchfellreaktion der Umgebung zurückzuführen, welche rund um die zystische Leber herum lokalisiert war.

Grosse und komplizierte Zysten erfordern einen sofortigen Eingriff. Nur asymptomatische Zysten, welche zufallsweise im Laufe einer üblichen Roentgenuntersuchung entdeckt werden, können zur biologischen Behandlung mit Echinokokkusantigen herangezogen werden und falls diese Behandlungsweise versagt, so muss ebenfalls zur chirurgischen Behandlung gegriffen werden.

RÉSUMÉ

On présente 7 cas de kyste hydatidique du foie, parmi lesquels 5 avec des coliques hépatiques et ictere; dans un seul cas l'intervention chirurgique démontre la communication du kyste avec les voies biliaires extrahepatiques; voilà pourquoi on juge que dans les cas restants les crises douloureuses avaient leur origine dans un mécanisme allergique. Les exsudats pleuraux et péricardiques qui accompagnaient chez deux autres malades peuvent également s'interpréter comme de pathogénie allergique, et quant au dernier, lorsqu'il a été vu, il ne présentait plus les souffles que d'autres collègues observèrent antérieurement et le frottement périhépatique fut du, comme démontre l'intervention, à une réaction péritonique de voisinage localisée au tour du foie qui logeait un kyste infecté.

Le traitement des grands kystes, compliqués, doit être chirurgical, immédiat et seulement dans les asymptomatiques, trouvés par hasard dans des explorations radiologiques de routine, on peut essayer le traitement biologique avec antigène hydatidique, mais si celui-ci échoue on doit avoir recours au traitement chirurgical.

NOTAS CLINICAS

ENFERMEDAD DE EBSTEIN

A. SÁNCHEZ CASCOS, J. M. DÍAZ, A. ESQUIVEL JIMÉNEZ, P. DE RÁBAGO-GONZÁLEZ, M. SOKOLOWSKI y J. R. VARELA DE SEIJAS.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Clínica de Nuestra Señora de la Concepción.
Departamento Cardiovascular.

La enfermedad de Ebstein ha sido revisada por uno de nosotros recientemente en esta misma Revista¹⁸. Posteriormente, una revisión más extensa ha sido llevada a cabo por KEZDI y WEN-NEMARK¹¹ y por VACCA, BUSSMAN y MUDD²¹.

Es nuestro propósito presentar ahora un caso cuyo diagnóstico se presumió clínicamente y se confirmó por el cateterismo cardíaco.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

J. R. D., mujer de cincuenta y dos años de edad. Recuerda que desde los cinco o seis años no podía jugar con los niños de su edad porque al correr presentaba disnea, palpitaciones regulares de comienzo y fin bruscos y latidos en el cuello. También desde esa edad recuerda tener en los labios, la nariz, las manos y las piernas (más la izquierda) cianosis ligera, desencadenada

por el frío y, al parecer, no por los esfuerzos, con chapetas en las mejillas.

Con esta sintomatología permaneció hasta los veintitrés años, en que padeció anginas flegmonosas; se las cauterizaron y mejoró por algún tiempo (diez años). Pero después de este intervalo el cuadro fué empeorando, le aumentaron la disnea y la fatigabilidad, empezó a tener edemas maleolares y las palpitaciones se hicieron arrítmicas.

En la actualidad tiene disnea de esfuerzo al segundo piso, han desaparecido sus edemas y sigue teniendo episodios de palpitaciones arrítmicas y cianosis, desencadenada ésta por el frío.

Nunca ha presentado ortopnea ni disnea paroxística nocturna; tampoco catarros ni dolor precordial. Ha tenido alguna vez mareos ligeros, generalmente sin pérdida de conocimiento. No refiere brotes de reumatismo cardioarticular.

En la infancia tuvo frecuentes anginas, pero cuando empezó a tenerlas ya llevaba tres años con disnea de esfuerzo, palpitaciones y cianosis con el frío.

A la exploración encontramos una enferma pálida, de hábito grácil, con cianosis en los labios y chapetas en las mejillas; red venosa marcada en la cara y en la frente, con estasis yugular y pulso venoso sistólico en el cuello, visible y palpable.

El tórax presenta una ligera prominencia frontal de la región precordial. Latido apical en el quinto espacio intercostal izquierdo, línea medioclavicular, normal a la palpación. A la percusión se encuentra aumento de la matidez en la región del cono de la pulmonar y en el borde derecho de la silueta.

La exploración física pulmonar reveló una disminución de la función del pulmón derecho. No había hepatomegalia.