

## CAPITULO VII

# Síndromes abdominales agudos de origen hepático

Las afecciones hepáticas determinan estados abdominales agudos que pueden, **ya** sea presentar un problema diagnóstico difícil de resolver, ya **sea** imponer una intervención de urgencia.

Es un capítulo eminentemente clínico, que se hace acumulando observaciones; pero él admite, desde el punto de vista descriptivo, una división sintética en tres grupos, de acuerdo al mecanismo patogénico del síndrome abdominal, y a los trazos del síndrome clínico.

1º: **Distensiones agudas del hígado.**

2º: **Cuadros de origen diafragmático o pleural.**

3º: **Peritonitis por perforación.**

Se comprende bien que nosotros no estudiamos aquí un capítulo sin embargo importantísimo; nos referimos a la repercusión hepática de las afecciones abdominales agudas. Por importante que sea, la participación hepática se presenta como secundaria, en el tiempo y no da entonces lugar a errores de interpretación. Hay sin embargo dos afecciones en las que la lesión hepática, puede encontrarse desde los primeros momentos y se inscribe en la sintomatología: las colecistitis agudas y las pancreatitis agudas.

Nosotros hemos tratado de darles, en los capítulos respectivos, el sitio que merecen.

### 1º: **Distensiones agudas del hígado**

Todas las afecciones hepáticas pueden tener empujes congestivos agudos, dando lugar a crisis dolorosas; ellas son fácilmente reconocidas al encontrar un hígado grande y doloroso y no se podría en este caso cometer un error tomándolas por cuadros quirúrgicos. Pero cuando ella pasa de ciertos límites puede determinar:

1º: Un dolor espontáneo, intensísimo, insoportable.

2º: Una contractura de **la** pared abdominal anterior, acompañada de dolor a la palpación, y generalmente limitada al piso superior del vientre.

Esta contractura opone un obstáculo insalvable a la palpación del hígado e impide en esta forma que se haga el diagnóstico exacto.

El dolor brusco, intenso y la contractura pueden llevar al diagnóstico de peritonitis por perforación y a una operación inadecuada salvo que un examen minucioso corrija el error. Hemos visto estos cuadros en dos situaciones: en las asistolías hepáticas agudas y en las hepatitis agudas.

Hemos recibido enfermos en asistolía hepática aguda con diagnóstico de peritonitis por perforación o con diagnóstico de colecistitis y tenemos conocimiento de dos intervenciones de urgencia practicadas en esas circunstancias.

No se trata de errores provocados por exámenes incompletos ni de desconocimientos clínicos, sino de formas monosintomáticas de la asistolía, de difícil individualización.

En uno de nuestros casos, el diagnóstico de asistolía hepática hecho por nosotros, fué discutido en el servicio de medicina en que ingresó la enferma; tanto nosotros como el médico tratante, habíamos llegado a encontrar un hígado grande y doloroso, a pesar de la contractura, pero el último creía encontrar en la región vesicular una zona de mayor dolor e interpretaba todo como una colecistitis aguda. Sólo la evolución indicó claramente que se trataba de una congestión pasiva del hígado.

Otras veces es una hepatitis aguda la que hace temer una afección peritoneal.

Para el diagnóstico de las distensiones agudas del hígado, la llave está indudablemente en individualizar la hepatomegalia. La percusión es dificultosa por el dolor que provoca. La suavidad de la palpación, o el efecto sedante, utilizado a propósito, de 0 gr. 01 de morfina pueden permitir encontrar los límites del hígado. Señalamos dos síntomas que nos han ayudado bastante: A) el dolor a la palpación al nivel de los espacios intercostales, que se encuentra raramente en las infecciones peritoneales; B) la desaparición del espacio de Traube.

La radiografía, puede dar indicaciones precisas.

Agreguemos a todo esto los datos del interrogatorio y del examen físico tendientes a encontrar la prueba de la afección médica sospechada.

## **2º: Cuadros abdominales agudos por irritación pleural o diafragmática de origen hepático**

Estos casos presentan una modalidad interesante, dado que podríamos decir que en ellos existe:

- a) Una sintomatología abdominal de origen torácico.
- b) Una irritación torácica de origen abdominal.

A diferencia de los estudiados anteriormente, ellos se encuentran en afecciones hepáticas circunscriptas, inflamatorias o irritativas a evolución superior.

Estos procesos en su progresión, irritan al diafragma o a través del diafragma más o menos invadido irritan la pleura, diafragmá-

tica. Veremos más adelante, en un caso, la prueba de esta última afirmación.

Todos estos casos podrían haber sido estudiados dentro del problema de afecciones médicas simulando la urgencia quirúrgica (véase cap. III-VI, pág. 88), dado que las primeras etapas del diagnóstico son exactamente las mismas. Pero ellas tienen cierta individualidad que permiten el diagnóstico de la afección causal. Hasta ahora lo hemos visto en los abscesos hepáticos y en los quistes hidáticos del hígado.

He aquí una observación ya antigua, correspondiente a un colega de guardia:

**Cuadro de perforación abdominal aguda. — Quiste hidático supurado del hígado**

S. C., 35 años, uruguayo, domiciliado en el Dpto. de Canelones (Canelón Chico). Nació en el Dpto. de San José. **Antecedentes personales:** Varicela a los 23 años; ha tenido blenorragia. Padres muertos de tifoidea. El 1º de Diciembre de 1922 sintió dolor agudo en el epigastrio y náuseas; este cuadro duró dos días, apaciguándose después: el 6 de diciembre tiene un cuadro más vivo ingresando al Hospital Maciel (Sala Maciel).

Desde ayer dolor vivo en el epigastrio; sin irradiaciones; náuseas, vómitos, constipación. Estado angustioso; facies doloroso. Vientre inmóvil. Defensa generalizada, en tabla en su parte superior; dolor a la decompresión. Hígado grande. Douglas doloroso, no ocupado. Temperatura 38º. Pulso 86. Pulmón y corazón, bien. No huy Arqyll-Robertson. No hay antecedentes gástricos.

El cuadro es el de una peritonitis por perforación. Se piensa en una úlcera perforada.

**Intervención.** -- Anestesia general al éter. Laparotomía mediana supraumbilical. Hígado grande, llegando hasta el ombligo. Exploración de la cara anterosuperior. Hay pequeñas granulaciones, superficiales. Estómago, duodeno, vesícula y apéndice, normales. No hay líquido de reacción peritoneal. Cierre completo.

**Post-operatorio.** — Los primeros días pasa algo aliviado, pero el estado general no remonta. Hay un ligero balonamiento epigástrico correspondiendo a la hepatomegalia. Hace de cuando en cuando fiebre: siente dolores torácicos inferiores derechos y por el 18 de Diciembre empieza a hacer sub-ictericia.

Un examen completo hecho en este momento permite constatar: Facies de intoxicación: el estado general declina, subictericia, fiebre (algunos quintos), puntada en el hemitórax derecho. Vientre depresible en su parte inferior: tenso en su parte superior, en la que se palpa y se percute el hígado, que llega hasta la línea umbilical. Espacio de Traube libre. El borde superior del hígado llega hasta su posición normal en la parte anterior, pero en la parte posterior la macidez se eleva hasta el ángulo del omóplato. Punción exploradora posterior positiva; sale pus franco, bien ligado a 1 ½ centímetros de la piel.

**Intervención.** — X11-21-922. Dr. Del Campo • Rodella. Anestesia local: novocaína. Resección de un trozo de 10ª costilla. Sección de la pleura, de la que sale un líquido citrino que no es el de la punción. Sección del diafragma y fijación del labio superior a los planos superficiales, para aislar la pleura. La cara del hígado que se presenta está arrugada, no tensa y aislada de la cavidad peritoneal. Punción positiva y hepatotomía atravesando un espesor de parénquima de un centímetro. Sale pus abundantemente, y vesículas hidáticas, unas sanas, otras degeneradas, otras biliosas. Tubo de drenaje fijado por crin.

**Post-operatorio excelente.** El tubo drena ampliamente. La subictericia desaparece, el estado general mejora progresivamente; poco a poco la supuración disminuye. Alta I-81 1923.

Y he aquí una observación personal individualizada gracias a un examen radiológico hecho con otro fin:

M. R. Operada de hidatidosis peritoneal. Es enviada al Hospital Maciel por cólico hepático.

Un mes antes es vista por un médico por un supuesto cólico hepático. Se le dió una inyección de 1 c.c. de morfina y todo pasó.

El mismo cuadro se ha repetido ahora. Al ingresar al Hospital, se le constata dolor y defensa muscular en el hipocondrio derecho. Nuevamente la administración de 0 gr. 01 de morfina atenúa el cuadro doloroso.

Vemos por primera vez a la enferma al día siguiente, encontrando sólo ligeramente dolorosa y defendida la zona subhepática. Estado general bueno.

Recordando que la última vez que habíamos visto a la enferma, ésta tenía un quiste hidático subdiafragmático derecho, resolvemos verla a radioscopia, sin pensar que su quiste tuviera nada que ver con el cuadro agudo de la noche anterior.

Con gran sorpresa comprobamos no sólo la existencia del quiste, sino también un derrame pleural, cuyo único sintoma físico, la macidez posterior, no había sido tenido en cuenta porque era atribuido al quiste a evolución superior conocido ya de antes.

El episodio agudo, de apariencia abdominal, traducía pues la irritación pleural. El quiste fué operado por vía transtorácica, a pleura libre, comprobándose una adherencia franca pero limitada del pulmón al domo diafragmático.

El proceso diagnóstico en estos casos sigue una orientación diferente de la de los casos del grupo primero.

Una vez llamada la atención en ellos, el examen clínico encontrará además de la sintomatología abdominal con síntomas de irritación diafragmática:

**disnea dolorosa,  
dolor en uno o dos espacios intercostales,  
signos de derrame pleural.**

Pero es principalmente el examen radiológico el que resolverá el punto al mostrar la elevación y deformación del hemidiafragma derecho, y a veces el derrame pleural.

### **3º: Peritonitis por perforación de lesiones hepáticas**

Estas se presentan principalmente en dos afecciones:

**absceso hepático.  
quiste hidático.**

El interés y la importancia de ellas nos obliga a estudiarlas por separado.

Otras afecciones hepáticas pueden también abrirse en el peritoneo.

Transcribimos a continuación un caso de ruptura de un cáncer cavitario intervenido con diagnóstico de úlcera perforada:

Peritonitis generalizada (Cáncer cavitario hepático perforado)

Cuadro de peritonitis por perforación. Intervención: Laparatomía. Anestesia: general al éter.

J. G., 50 años, uruguayo. Ingresa al H. Maciel el 28 de Octubre de 1927.

Cuadro agudo de vientre datando de 15 horas, habiendo comenzado por un

dolor epigástrico muy violento que se corrió luego al hipocondrio derecho. Ha tenido náuseas. No ha tenido vómitos. Estado general malo. Temperatura 37° 2/5. Pulso, 150 pequeño, hipotenso. Disnea de 42 R. Vientre de madera. No hay desaparición de la macidez hepática; no hay hiperestesia cutánea. No hay antecedentes gástricos. Tacto rectal: Douglas doloroso. Pulmón y corazón, bien. Se hace diagnóstico de probable ulcus gástrico perforado.

Intervención: Dr. Del Campo . Pte. Soto. Anestesia general al éter. Laparatomía mediana supraumbilical con, posteriormente, debridamiento transversal inferior transrectal, hacia la derecha. Líquido seropurulento diseminado en el vientre. Intestino congestionado. Ciego y apéndice bien. Vesícula biliar sana.

Al separar el hígado del estómago para explorar este último, el dedo entra en una cavidad intrahepática de la que sale sangre. En el hígado hay otra cavidad o zona reblandecida y nódulos diseminados. Neoplasma.

Mecha en la logia hepática. Cierre de la pared en dos planos.

El enfermo sale muy deprimido de la sala de operaciones, falleciendo 5 o 6 horas después.

