T166

# Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Programa Académico de Medicina

# " Patología Parasitaria en Cirugía Abdominal en el Hospital Central del Empleado"

1958 - 1969

UNIVERSIDAD N. M. DE SAN MARCOS

BIBLIOTECA DE MEDICINA

TESIS DE BACHILLER

18 DIC 1970

Jaime E. Quintana Macedo

LIMA - PERU

1970

A la memoria de mi
querido Padre, quien
hizo posible el momento
que hoy me toca vivir.

A mi adorada Madre por
su esfuerzo y sacrificio
en forjar un destino y
un porvenir.

Mi agradecimiento al Dr. Félix Grillo Leonardi, Jefe de la Unidad de Cirugía 9ª C. del Hospital Central del Empleado. Maestro y amigo.

# C O N T E N I D O

I.- INTRODUCCION

II.- GENERALIDADES

1.- Amebiasis: Abscesos hepáticos.- Complicaciones.

2.- Hidatidosis abdominal.

3.- Parasitosis apendicular.

4.- Ascaridiasis de vías biliares.

5.- Fascioliasis hepática.

III.- MATERIAL DE TRABAJO Y METODOS DE ESTUDIO.

IV.- RESULTADOS OBTENIDOS

V.- DISCUSION

VI.- RESUMEN Y CONCLUSIONES

VII.- BIBLIOGRAFIA.

## I.- INTRODUCCION

La elevada incidencia de la parasitosis a protozoos y helmintos, sigue siendo uno de los problemas médico-sanitarios de gran importancia en nuestro país, debido, como se sabe, a la complejidad de factores epidemiológicos; distribución, difusión, estrecha dependencia de las caráctersísitcas bio-sociales, condiciones sanitarias de nuestra población y su vinculación con la educación higiénica de los habitantes.

Las parasitosis en general son afecciones crónicas que causan disminución del rendimiento de trabajo del individuo y que, asociadas a estados carenciales, por alimentación deficiente o por la misma parasitosis, predisponen a complicaciones u otras enfermedades; requiriendo no solo un tratamiento médico sino quirúrgico, muchas veces laborioso.

Es importante señalar un hecho real y negativo en los lugares como el nuestro, donde la parasitosis es endémica; las personas afectadas se habitúan corrientemente a las molestias que produce, considerándolas como situaciones normales e inevitables de la vida diaria; las consecuencias son obvias, la parasitosis se extiende con funestos resultados; es por ello que estas enfermedades constituyen indudablemente índices objetivos del grado de saneamiento ambiental y de las condiciones económicas y culturales de los pueblos; y sabemos que las diferencias geográficas existentes en nuestro territorio, tienen marcada influencia en sus pobladores, determinando una patología especial para cada región.

Con el presente trabajo, se desea dar a conocer los resultados de un estudio sobre entidades patológicas parasitarias que, inevitablemente requieren soluciones quirúrgicas, efectuado en la población hospitalaria de servicios de Cirugía del Hospital Central del Empleado; y que no solamente representa información sobre la incidencia de estas variadas formas de parasitismo en Lima, sino en general en las tres regiones naturales que conforman nuestro país, dado que, el Hospital, atiende prácticamente a todos los empleados asegurados del Peru.

De esta manera, espero contribuir al estudio de estas enfermedades desde algunos aspectos epidemiológicos y clínico-quirúrgicos, entre otros. Confío que las conclusiones derivadas, sirvan, cuando menos, de referencia a nuevos investigadores de estas dolencias que agobian a nuestro país.

## II.- GENERALIDADES

### 1.- AMESIASIS: ABSCESOS HEPATICOS AMEBIANOS.- CONPLICACIONES.

#### a.- Consideraciones Generales

La amebiasis, trasmitida por un parásito protozoo Endamoeba histolytica, es, inicialmente y predominantemente, una enfermedad intestinal; pero suele comprometer el hígado en 1/10 a 1/3 de los casos. La forma infestante que es el quiste del parásito, se difunde, de hombre a hombre, sin contar con un huésped intermediario, por medio de los alimentos, agua, etc; los cuales han estado en contacto con materias fecales del hombre, pasan al tracto intestinal por la vía oral, llegan al estómago y pierden su cubierta quística a nivel del intestino delgado, El quiste, de 5 á 20 micrones de diámetro, ha madurado durante el pasaje a través de la vía digestiva en cuatro trofozoítos, que es la forma vegetativa, la cual, en contraste con la forma quística, son móviles pero no sobreviven fuera del organismo. Las amebas, las cuales se encuentran íntimamente adheridas a la pared colónica, lugar predilecto de la enfermedad, migran dentro de las criptas y penetran dentro del epitelio y muscularis. En la submucosa, las amebas, viven en los tejidos circundantes, produciendo pequeñas cavidades (no abscesos), las cuales eventualmente se comunican con el lumen intestinal, permitiendo la liberación de trofozoítos. Otros trofozoítos son excretados bajo la forma quística, manteniendo, de esta manera, el ciclo vital.

Los eventos descritos pueden sucederse sin produ

cir molestia alguna en el individuo, haciéndose este en un "portador asintomático"; en otros, la relación huésped-parásito resulta en una disentería o colitis amebiana caracterizada por la presencia de úlceras diseminadas a través del colón. Las amebas pueden alcanzar el HIGADO por vía portal en presencia o ausencia de disentería amebiana.

La amebiasis usualmente puede tratarse con drogas, con resultados satisfactorios; sin embargo, las complicaciones, las cuales requieren tratamiento quirúrgico, se estiman que se desarrolla en un 0.5 % de pacientes con disentería. Mientras esta complicaciones constituyen una pequeña fracción de la morbilidad amebiana total, la amenaza de vida potencialmente cobra una especial importancia.

b.- Cambios patológicos

La Endamoeba histolytica, puede invadir las venas de la submucosa próxima a las úlceras del colon y ser llevados por vía portal al hígado.( ver foto 1). Las amebas son filtradas por los capilares portales intrahepáticos donde la mayoría son lisados y desaparecen, sin embargo, algunas amebas sobreviven y producen pequeñas lesiones con licuefacción focal y necrosis (16).

Craig describe la lesion inicial como una zona central de degeneración compuestas de células hepáticas lisadas, algunos leucocitos hematíes, células tisulares conectivas, restos granulares y ocasionalmente una ameba rodeada por una zona hiperémica. Las lesiones pueden curar con cicatrización focal o progresar a macroabscesos. Se considera que 5% de portadores de E. Histolytica sufren de amebiasis hepática. Aparentemente, la mayoría de los pequeños abscesos

amebianos, llegan a detenerse y curan. Pequeñas lesiones pueden progresar y como resultado de la coalescencia de abscesos solo uno o pocos abscesos pueden estar presentes clínicamente o en la autopsia. El absceso crece en la dirección de menor resistencia de la superficie hepática, donde la inflamación produce adherencias a estructuras adyacentes. Las cavidades del absceso, varían en diámetro, desde el tamaño de la cabeza de un alfiler, hasta 25 cm. y se encuentra lleno de necrosis hepática no purulenta espesa con restos sanguíneos; en el examen microscópico el absceso en su contenido muestra escasos o ninguna ameba (16), leucocitos y piocitos y ninguna bacteria en el cultivo, El color achocolatado del pus, es el resultado de hemorragia reciente y antigua. El pus es frecuentemente amarillo en la autopsia. Los abscesos amebianos están típicamente libres de bacterias, pero secundariamente pueden llegar a infectarse por bacilos del colon u otros organismos. El parénquima esfacelado y purulento contiene escasa fibrosis y está rodeado por una zona inflamatoria delgada y pobremente vascularizada. Multitudes de amebas se encuentran presentes en la pared del absceso, y muy pocas en la cavidad necrótica. El hígado restante frecuentemente se encuentra agrandado con infiltración grasa y/o cirrosis; pero puede estar relativamente normal. Los abscesos amebianos, aún si son múltiples, pueden curar en algún tiempo espontáneamente o con tratamiento médico, ocurriendo cicatrización mínima así como distorsión en la forma del hígado que es mínima o no existe, regenerándose de esta manera el hígado.

Los abscesos amebianos hepáticos se encuentran

clínicamente en el lóbulo derecho en más o menos 85% de pacientes y en el izquierdo en 15%; mientras que 15-25% de pacientes tienen abscesos que involucran ambos lóbulos(16, 14).

Serege ha demostrado un flujo axial en el sistema portal; la tinta de la India, inyectado dentro de las venas mesentéricas superiores que drenan en el colon derecho son llevadas primariamente al lóbulo derecho del hígado; en este sentido circulatorio puede estar la explicación de la relativa frecuencia de los abscesos en el lóbulo derecho, desde que el colon derecho está más frecuentemente afectado (16).

La única lesión amebiana probada en el hígado, es el absceso. Las máximas autoridades están de acuerdo que las hepatitis amebianas representan numerosos pequeños abscesos focales, antes que una infección difusa del parénquima.

Kean revisó 4,478 autopsias, incluyendo 148 pacientes que murieron de amebiasis en la zona del Canal de Panamá, y no encontró ningún caso de hapatitis amebiana difusa. La dolorabilidad del hígado indica distensión o inflamación de la cápsula, desde que el tejido hepático, por sí solo, es insensible al dolor. Los abscesos amebianos que progresan comprometiendo la cápsula, generalmente producen dolor localizado, y cuando se aspira el material del absceso, el diagnóstico es obvio. La dolorabilidad difusa del hígado indica que el absceso está profundamente localizado el cual requiere aspiración, o múltiples pequeños focos amebianos que todavía no han confluído. Las lesiones focales no son suficientemente grandes para requerir drenaje y gene

nes son frecuentes en zonas tropicales o subtropicales ("Abscesos tropicales"); pero también son frecuentes en zonas templadas. Los "abscesos" más pequeños, están circunscritos, necróticos y no exactamente limitados, ya que cuando crecen, desarrollan una cavidad central, con una membrana delgada amarillenta, conteniendo un fluído espeso, de color marrón-achocolatado, que recuerda a la anchoa. Los restos necróticos de la parte interna de la cavidad, no contienen amebas, presentes próximos al parénquima hepático. Los grandes abscesos están localizados generalmente en el lóbulo derecho, próximo a la cúpula o a la flexura hepática del colon. El diafragma está frecuentemente fijado al hígado por adherencias de fibrina y tejido fibroso. Anorexia severa, dolor, pérdida de peso, fiebre, escalofríos, leucocitosis y hepatomegalia, son las primeras manifestaciones clínicas.

La inmovilidad del diafragma es una característica roentgenológica. Las pruebas hepáticas son de escasa ayuda. La mortalidad por abscesos amebianos es elevada y alcanza por encima del 40%, cuando se instalan complicaciones. La perforación de un absceso infectado o no lleva a un absceso subfrénico o subhepático y eventualmente a una peritonitis difusa.

La complicación típica del absceso amebiano hepático es la extensión a través del diafragma, dentro de la cavidad torácica, produciendo primero un empiema, eventualmente un absceso pulmonar o hepatopulmonar, y algunas veces una fístula hepatobronquial. Un absceso pulmonar puede también desarrollarse directamente por vía hematógena del intestino o del hígado. Aún suelen ocurrir de esta manera,

absceso cerebrales. (Ver foto 1).

2.- HIDATIDOSIS ABDOMINAL: QUISTES HIDATICOS HEPATICOS

a.- Consideraciones Generales

El agente etiológico de la hidatidosis, es el ECHINOCOCCUS GRANULOSUS, denominado también "Taenia echinococcus", de la clase de los platelmintos, subclase de los céstodes.

Es un verme que tiene de 3 a 6 mm. de longitud, de cuerpo aplanado y blanquecino, compuesto por tres anillos y una cabeza o scolex, que es portadora de doble corona de ganchos y cuatro ventosas. El último anillo en estado de madurez alberga entre 800 y 2,000 embriones exacantos. Se consideran capaces de ser huéspedes definitivos a varios animales, entre ellos el lobo y el chacal; pero el más frecuente es el perro, en cuyo intestino delgado vive la tenia la que ha llegado junto con los alimentos, al haber ingerido carne de hervíboros que contienen quistes hidatídicos o escólices que nacen de estos. (Ver foto 2).

El huésped intermediario es el hombre o animales domésticos, los ovinos, porcinos, bovinos y caprinos. La infestación del huésped intermediario se hace por la ingestión de alimentos contaminados con las heces del perro que contienen huevos del parásito; habitualmente están contaminadas las legumbres crudas, agua no filtrada y las manos lamidas por el perro. Los embriones liberados penetran en la mucosa intestinal, luego en las venas y en los linfáticos, instalándose el embrión exacanto en los diversos tejidos de la economía humana (pulmones, hígado, peritoneo, cerebro, huesos,

etc.). Anidado el embrión en los tejidos, comienza constituyendo un granuloma, que empieza poco después a sufrir la transformación que lo lleva a la vesiculación, aumenta de tamaño y forma sus dos membrnas de envoltura: la cuticular externa, y la interna o germinativa. Llegado a este punto, el parásito queda constituído, en su fase vesicular, como quiste hidatídico con sus dos membranas propias, más la que depende del órgano en que anida, que es la adventicia, la que, en el curso de su evolución, que puede y suele durar muchos años, tiene una importancia trascendental a tener en cuenta en la terapéutica de la enfermedad (9). El quiste alberga en su interior, el líquido hidatídico con escólices, cápsulas prolígeras y vesículas hijas y nietas. Las vesículas hijas, pueden encontrarse dentro del quiste en la capa cuticular y llegar a la adventicia la que atraviesan originando la vesiculación exógena (Ver foto 2). La capa adventicia tien gran importancia en el proceso evolutivo de los quistes hidatídicos; en lo que se refiere a los quistes hidatídicos hepáticos, comienza siendo una delgada capa conjuntiva, pero a medida que pasa el tiempo, va aumentando de espesor e incluyendo vasos y conductos biliares.

El ECHINOCOCCUS MULTILOCULARIS, variedad de tenia echinococcus, cuyo huésped definitivo en el perro, el zorro o el gato, y el huésped intermediario el ratón u otros roedores, accidentalmente el hombre; es el agente de la Echinococosis Alveolar, de presentación excepcional y cuyas lesiones son destructoras debido a que es de carácter invasor.

b.- Aspectos epidemiológicos

Entre los numerosos factores epidemiológicos que e requiere para que el céstode evolucione óptimamente, los ás importantes son:

a.- El clima, que debe ser templado o frío, de scasa radiación solar y con elevado grado de humedad.

b.- El agua de bebida de los animales, que debe er dulce.

c.- Una economía pastoril importante con predomi- io del ganado ovino.

d.- Una población canina numerosa, incontrolable esde el punto de vista sanitario e higiénico y que vivan n promiscuidad con las personas.

e.- La población humana de hábitos higiénicos sa itarios perniciosos, como ser: falta de higiene personal, ostumbre de alimentar a los perros con los deshechos del faenamiento domiciliario rural, y faenamiento sin control sanitario adecuado.

f.- Bajo standard de vida de la población.

c.- Patogenia y Sintomatología

En el huésped intermediario se desarrollan dos tipos principales de quiste hidatídico, el tipo unilocular de E. granulosus y el tipo alveolar de E. multilocularis. El primero es más común, crece lentamente y consiste en una cutícula externa laminada y una capa germinal interna. el quiste está lleno y distendido por líquido. Los quistes secundarios y las cápsulas germinales crecen a expensas de la capa germinal, representando el desarrollo endógeno. La "arena hidatídica" encontrada en el quiste está formada por

escólices liberados de cápsulas germinales rotas. El desarrollo exógeno se debe a la evaginación de la pared del quiste y produce ulteriormente la lesión multilocular o de tipo alveolar. Las lesiones metastásicas se presentan cuando el crecimiento se extiende hacia dentro de los vasos.

los síntomas producidos dependen del tamaño alcanzado por la lesión quística y la cantidad de tejido destruído. Las lesiones uniloculares pueden volverse estériles como consecuencia de la resolución de una infección bacteriana secundaria. La ruptura, dentro de las cavidades peritoneal o pleural, produce una reacción anafilactoide, la cual, en ocasiones resulta fatal.

El tipo unicolar de lesión hepática progresa lentamente y es susceptible de resolverse con el tratamiento quirúrgico. El tipo alveolar evoluciona más rápidamente con lesiones metastásicas hacia los huesos, cerebro y otros lugares. Suelen presentarse fracturas patológicas y el ataque cerebral se manifiesta por epilepsia.

d.- Diagnóstico y Tratamiento

Los datos clínicos, rara vez son lo suficientemente característicos como para sugerir el diagnóstico; pero la imagen radiológica de la lesión, sobre todo cuando se ha calcificado, es a menudo de utilidad (Schlanger y Schlanger). La eosinofilia es sugestiva, aún cuando raras veces se presenta (sin embargo, este es uno de los hallazgos de laboratorio más constantes en este estudio, como veremos más adelante). Deberá buscarse el antecedente de si los enfermos viven o no en zonas endémicas, y se harán pruebas intradér-

micas (antígeno de Casoni o sustitutos), serológicas o ambas, antes de iniciar la exploración clínica, la cual podrá necesitarse, tanto como medida diagnóstica como terapéutica. A causa de las serias reacciones causadas por el escurrimiento del líquido de los quistes en los tejidos y en las cavidades del cuerpo, deberá intentarse la aspiración solo durante la exploración. El líquido de aspiración del quiste deberá ser examinado cuidadosamente, buscando escólices, ganchos y pared quística laminada. El tamaño de la lesión, indicará el procedimiento a seguir, el cual podrá consistir en la extirpación o la marsupialización. Solamente el tratamiento quirúrgico ofrece alguna probabilidad de curación.

e.- Profilaxis

Como medidas preventivas: 1) Se evitará el contacto con perros infectados, especialmente la contaminación de las manos y los pies por materias fecales; 2) los cadáveres infectados y otros deshechos deberán ser quemados o enterrados, con objeto de evitar que los perros tengan acceso al material que contenga escólices, y 3) deberá tratarse a los perros en caso de hallarse infectados.

3.- PARASITOSIS APENDICULAR

a.- Consideraciones generales

Por mucho tiempo se ha conocido que lesiones parasitológicas afectan el apéndice cecal dando manifestaciones que simulan apendicitis; siendo los parásitos responsables más importantes por su frecuencia, los oxiurus o Enterobius vermicularis, dejando de lado otros hallados con excepciona

lidad como: áscaris, amebas coli e histolytica, huevos de tenia, trichocéfalos, strongiloides, quistes de Giardia, etc, etc. Por tal razón dedicamos especial interés a los oxiurus, por ser éstos, hallados en más del 95 % de casos estudiados..

b.- Ciclo vital del Oxiurus vermicularis

El Enterobius u Oxiurus vermicularis, pertenece al philum de los nemátodes, parásito común del hombre, que se encuentra repartido en todas partes del mundo. Los parásitos adultos, son pequeños, redondeados en forma de huso y suelen habitar el ciego, apéndice y porciones adyacentes entre el intestino delgado y el grueso; y se encuentran unidos a la mucosa intestinal por sus labios.

El verme macho mide de 2 a 5 mm. de longitud y 0.1 a 0.2 mm de diámetro mayor, con uno de sus extremos punteagudo, curvado posteriormente. El parásito hembra de 9 a 11 mm. y 0.3 a 0.5 mm. en su diámetro mayor, tiene una cola punteaguda, produce a nivel de su ovario huevos que los deposita en el útero reservorio donde se realiza la fecundación; cuando el útero se encuentra lleno de huevos, el parásito se desliga de la pared intestinal y migra hacia el colon, recto y de allí a través del canal anal, llega a las regiones perianal y perineal. Algunos de estos parásitos son expelidos pasivamente con las heces. La migración más allá del esfínter anal, ocurre en la noche y la hembra mientras se desliza sobre la piel va depositando huevos en los pliegues perianal y genitocrural. El número de huevos que es depositado por cada hembra es cerca de 11,000 (26); en el mo-

mento de depositar los huevos, ya están embrionados y en pocas horas se hace infectante. Los huevos embrionados, miden de 50 a 60 micrones por 20 a 30 micrones y son aplanados en cada lado; tienen una cubierta translucida que consta de dos capas: una externa, albuminosa, y una interna embriónica lipoidal; los huevos no requieren una huésped intermediario para su subsecuente desarrollo, llegan a ser infectantes a las pocas horas de haber sido puestos y permanecen viables de semanas a meses. De la región perianal los huevos contaminan las ropas, cama, las manos del paciente, particularmente las uñas que llegan por el rascado de las regiones perianal, o por el manejo de las ropas. Los huevos pueden contaminar a la misma persona u otro huésped, ya de mano a boca, o indirectamente a través de la comida o bebida contaminadas, y aún luego de inhalados al sacudir las ropas, ser deglutidos.

Los parásitos hembras que son expelidos con las heces, vacían su contenido uterino fuera del huésped, parte de estos huevos llegan a infectar los alimentos. Cuando los huevos que contienen larvas infectantes, alcanzan el estómago y duedeno, las secreciones digestivas lisan la pared ovular, quedando libres las larvas, siguen su curso por el intestino delgado, mudan dos veces y se desarrollan en parásitos maduros, hembras y machos. Después de la copulación, la hembra llega a la "gravidez" y se inicia un nuevo ciclo. La duración de cada ciclo, desde la ingestión del huevo, hasta el desarrollo del embrión es variable, considerándose de 2 a 7 semanas. (26). (Ver foto 3).

c.- Patogenia y Sintomatologia

El Enterobius vermicularis, es un parásito relativamente inocuo que solo raras veces produce serias lesiones. Una inflamación catarral moderada de la mucosa intestinal e irritación mecánica, son los resultados de la adhesión del verme. En individuos sensibles de sus productos, cuando son absorbidos, suelen producir reacciones alérgicas. Una infestación masiva, y una invasión bacteriana secundaria, pueden ocasionalmente producir, inflamación de las capas más profundas del intestino y eventualmente ser responsables de la ocurrencia de una apendicitis aguda (26). El síntoma más común y molesto de la enterobiasis, es el prurito anal, el cual puede variar de un grado moderado a extremo. Nelson establece que los parásitos, se unen a la mucosa, sin causar daño apreciable, sin embargo, pueden desencadenar hemorragia de la mucosa, o favorecer la entrada para la invasión de bacterias resultando abscesos submucosos.

Richmond y Guthrie hicieron un estudio detallado de apéndices con oxiurus, múltiples secciones de cada muestra fueron estudiadas; ellos concluyeron que los oxiurus causan granuloma mucoso y submucoso, produciendo dolor; además, establecieron que la cubierta muscular normal del apéndice es impenetrable a los oxiurus y que había poca asociación con las apendicitis supurativas.

Toldstedt, no nota la formación de granuloma reportado por Richmond y Guthrie, pero hace comentario en la frecuente presencia de hiperplasia linfoide.

Gross, establece que los oxiurus, pueden causar

síntomas que son altamente sugestivos de apendicitis. Estos incluyen, náuseas, vómitos, dolor abdominal, y moderada dolorabilidad en el cuadrante inferior derecho; y hace hincapié con vermicidas como un intento terapéutico en casos probados de infestación por oxiurus con mediano dolor abdominal; pero cree que no es aconsejable administrar estas medicinas en pacientes con síntomas apendiculares impresionantes, y establece que un vermicida, raramente vaciará el apéndice de parásitos.

4.- ASCARIDIASIS DE VIAS BILIARES

a.- Consideraciones generales

La infestación parasitaria de las vías biliares, si bien en general no es frecuente, como lo es la ascaridiasis intestinal, que es una de las helmintiasis más comunes y ampliamente distribuidas en todo el mundo, no deja de ser infrecuente en países, como el nuestro, donde el parasitismo, es endémico, constituyendo un problema médico-quirúrgico de importancia.

Muchos son los parásitos que pueden invadir las vías biliares, provocando cuadros clínicos similares a la enfermedad litiásica, asociados o no a litiasis. Se encuentran casos reportados de infestación de vías biliares por: Tenia solium, Ancylostoma duodenal, Clonorchis sinensis, Ameba histolytica, Fasciola hepática, Giardia lamblia y Ascaris lumbricoides, haciendo su ingreso a la vía biliar a través del esfínter de Oddi, y la hidatidosis evacuándose a través de ella (28); pero considerando las dimensiones

que tiene el Ascaris adulto, su amplia distribución, la frecuencia con que se le encuentra parasitando las vías biliares y los trastornos que provoca una vez alojado en ellas, le confiere mayor importancia. No hay víscera en la cual el Ascaris no penetre, dadas su ubicuidad y tendencia migratoria, y en la literatura encontramos publicaciones sobre este parásito, ocasionando: obstrucción intestinal, muerte por aspiración, abscesos pulmonares, hepáticos y de pared abdominal, afecciones del oído y senos paranasales, perforación intestinal (ver foto 6) y peritonitis (especialmente después de Cirugía Gastrointestinal), obstrucciones intestinales masivas (ver foto 7), penetración al apéndice, obstrucción de las vías biliares y pancreática, (ver foto 8) pancreatitis aguda, formación de pseudoquistes del páncreas, y su localización en la trompa de Falopio (30).

Se han reportado casos de hallazgos de parásitos en la vía biliar desde uno hasta 46 (29), siendo variable el número de parásitos que puede alojarse en el árbol biliar.

(27) considera a la Ascaridiasis hepatobiliar como una complicación rara, grave y de diagnóstico muy difícil.

b.- Cuadro clínico

La sintomatología es provocada por la acción mecánica, por presencia del áscaris en el árbol biliar, por la acción alérgica y por la infección resultante de gérmenes intestinales que migran junto con los vermes.

Los principales síntomas son:

1.- Dolor en la parte superior del abdomen, pudiendo ser de tipo cólico continuo, o intermitente.

2.- Náuseas y vómitos.

3.- Fiebre de tipo supurativo.

4.- Hepatomegalia, pudiendo palparse a veces nódulos en su superficie.

5.- Ictericia raramente observada (27).

6.- Siempre hay una historia de eliminación de vermes por el ano o boca.

(29) en 35 casos de obstrucción biliar por áscaris, no encontró síndrome coledociano.

La infestación intestinal con pocos parásitos adultos es generalmente asintomático. Infestaciones masivas pueden causar disturbios locales; tales como: obstáculos mecánicos o efectos alérgicos generalizados tóxicos por absorción de productos metabólicos del parásito. En la mayoría de casos, los síntomas por infestación intestinal son, molestias abdominales, dolor, pérdida de apetito, náusea, diarreas o constipación. Ocasionalmente, masas de áscaris pueden obstruir el lumen intestinal, especialmente en niños (como el caso de la Foto 7, registrado en el Hospital del Niño)

c.- Examenes de Laboratorio y Diagnóstico

Las pruebas de función hepática están generalmente poco alteradas.

La radiografía simple de abdomen, a veces puede evidenciar la presencia de abscesos sobre una forma de áreas más transparentes en la sombra hepática, y elevación

de la cúpula diafragmática de este lado. La colangiografía a veces reproduce la forma típica del áscaris (27) (ver fotos 10 y 11).

El hemograma muestra generalmente leucocitosis con neutrofilia, desviación izquierda y eosinofilia (escasos trabajos consignan estos datos). El examen de heces puede revelar la presencia de huevos característicos. (29) reporta positividad de este examen en 68 %.

El tubaje duodenal, con el hallazgo de huevos del parásito en la bilis, también es de cierto valor para el diagnóstico, ya que hay la posibilidad, por un lado, de su negatividad al ocurrir la muerte del parásito o de los parásitos en la luz del árbol biliar, y de otro lado, arrojar un dato positivo falso, debido a la presencia de parásitos en la luz duodenal y dado que, en este examen, la bilis se extrae por sonda, es posible aspirar huevos de la luz duodenal y no del árbol biliar.

d.- Tratamiento

En lo que respecta al tratamiento, hay que considerar el parasitismo sin obstrucción, y el que produce obstrucción; en el primer caso es aconsejable el tratamiento médico. Bello y Hernández han reportado al respecto buenos resultados, mas si este tratamiento con vermicidas no da resultado, es muy posible que el o los parásitos, se encuentren muertos; por consiguiente; queda el tratamiento quirúrgico, prefiriéndose la coledocotomía, extracción del parásito, y drenaje con el tubo en T; el cierre primario, no es aconsejable (29), ya que pueden presentarse reinfestaciones

de la vía biliar.

Por último, el tratamiento quirúrgico,se complementa con la terapia antiinfecciosa y medidas para mejorar el estado general.

5.- FASCIOLIASIS HEPATICA

a.- Consideraciones generales

Afección producida por un tremátode, "Fasciola hepática", que ataca por lo general a los vinos, en los que provoca anemia, y que ocasionalmente se trasmite al hombre. A este parásito se le conoce también con el nombre de "duela del hígado de carnero", es el atacante principal, que se encuentra en todas las áreas del mundo donde se cría ganado ovino; en el hombre habita principalmente las vías biliares.

La Fasciola hepática, es un verme hermafrodita en forma de hoja, que se localiza en las vías biliares del huésped. La forma adulta, mide 3 cm. x 1 cm. y libera huevos con opérculos de gran tamaño, 14o x 70 mm. que al caer en el agua, se convierten en miracidios libres; estos son ingeridos por una babosa del género Lymnea (caracoles), dentro del cual se transforman en cercarias; después, las formas intermedias de F. hepática, se enquistan, adhiriéndose a las plantas acuáticas, y de esta manera pueden infectar al hombre y las ovejas. Una vez ingerido el quiste por el huésped definitivo, maduran en la porción superior del intestino, invaden la s vías biliares intrahepática del hombre. En este sitio provocan reacción inflamatoria localizada, e hi-

perplasia notable del epitelio del conducto biliar. Como resultado de estas dos alteraciones, con frecuencia ocurre obstrucción biliar. En otros casos, los parásitos erosionan la pared de las vías biliares y causan abscesos del parenquima hepático. En períodos avanzado de esta infección, puede presentarse cicatrices focales inflamatorias; cuando la obstrucción es de un conducto de grueso calibre, la fibrosis hepática periportal difusa, puede causar cirrosis biliar obstructiva. En muy raros casos, la duela se localiza en otros sitios, como pared abdominal, cerebro, órbita y músculos del cuello. La enfermedad es frecuente en la oveja, en los países donde la vigilancia de los animales es insuficiente. Otros herbívoros, el caballo, el perro, y el conejo, pueden ser atacados. La infección se contrae por la ingestión de quistes fijados sobre las plantas acuáticas tipo berros.

b.- Sintomatología

Las manifestaciones clínicas más precoces, hacen pensar en una colecistitis; y se deben a la migración de larvas hacia el hígado, donde provocan, angiocolitis, con dolores epigástricos, dolor en hipocondrio derecho, a veces incluso dolor abdominal generalizado.

Las manifestaciones focales se acompañan de fiebre, anemia, diarreas, ictericia, dolores articulares, urticaria y eosinofilia. La cirrosis del hígado puede ser una manifestación tardía, que aparece solamente en las formas crónicas. El diagnóstico se hace al identificar los huevos de la F. hepática en las heces o por tubaje duodenal en

la bilis.

Profilaxis.- Evitar la ingestión de plantas acuáticas crudas, vigilancia del agua potable.

c.- Tratamiento

El agente terapéutico de elección es por ahora, el clorhidrato de emetina, administrado por vía intramuscular. La dosis no debe exceder de 1 mg. por kilogramo de peso, o una dosis total diaria de 60 mg.; esta dosis no debe darse por más de 6 a 7 días. Se han dado 30 mg. por día hasta por 18 días, con buenos resultados. Unicamente deberá darse este medicamento cuando se cuente con amplias facilidades para el reposo en cama. No deberá darse a pacientes cardiópatas o con nefropatía crónica, o a los niños.

## III.- MATERIAL Y METODOS

Para la elaboración del presente trabajo se ha revisado en el Departamento de Anatomía-Patologica del Hospital Central del Empleado, todos los informes anátomo-patológicos, desde la apertura de dicho Departamento (Oct. 1958) hasta Dic. de 1969; de igual manera se procedió en el Hospital del Niño para poder establecer cuadros comparativos.

El total de informes de exámenes de piezas operatorias o material de biopsias alcanza la cifra de 52,543; del cual se obtuvo 155 casos de parasitosis abdominal, que fueron tratados por medios quirúrgicos.

Posteriormente, se revisa en el archivo de Historias Clínicas del H.C.E. 144 historias; 11 historias no fueron halladas.

En total, se revisaron 144 casos de patología parasitaria abdominal tratados quirúrgicamente, distribuyéndose de acuerdo al cuadro 1.

CUADRO 1

DISTRIBUCION DE AFECCIONES PARASITARIAS TRATADAS QUIRURGICAMENTE EN EL H.C.E. EN EL PERIODO DE 11 AÑOS

| PARASITOSIS ABDOMINAL | Nº de Casos |
|---|---|
| Amebiasis | 25 |
| Hidatidosis Abdominal | 27 |
| Parasitosis Apendicular | 86 |
| Ascaridiasis de Vías Biliares | 3 |
| Fascioliasis Hepática | 3 |
| TOTAL | 144 |

De estas 144 historias con diagnóstico anátomo-patológico de afección parasitaria, comprendidas en el cuadro 1, se obtuvieron los datos que se consideran de importancia para este estudio; que, a continuación, se enumeran:

A.- IDENTIFICACION : 1.- Nº de Orden.
2.- Nº de Seguro.
3.- Nombre de Iniciales.

B.- FILIACION : 1.- Edad.
2.- Sexo.
3.- Procedencia.

C.- CUADRO CLINICO : 1.- Tiempo de Enfermedad.
2.- Antecedentes.
3.- Síntomas y Signos Principales.
4.- Diagnóstico Pre-operatorio.

D.- EXAMENES AUXILIARES Y DE LABORATORIO

E.- REPORTE QUIRURGICO :
1.- Modalidad.
2.- Accidentes Operatorios.
3.- Operaciones Concomitantes.
4.- Hallazgos.

F.- INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

G.- TRATAMIENTO CONCOMITANTE

H.- EVOLUCION : 1.- Estancia Hospitalaria Post-operatorio.
2.- Complicaciones.- Mortalidad.

## IV.- RESULTADOS

De las 144 historias clínicas estudiadas, según los puntos señalados anteriormente en material y métodos, se encontró lo siguiente:

### 1.- AMEBIASIS: ABSCESOS HEPATICOS AMEBIANOS.- COMPLICACIONES

Número de Casos.- Se estudiaron 25 casos de afección amebiana, que fueron sometidos a intervención quirúrgica, distribuyéndose:

| | |
|---|---|
| Abscesos hepáticos amebianos | 22 casos. |
| Granulomas Amebianos | 2 casos. |
| Perforación Intestinal Amebiana | 1 caso. |
| Total | 25 casos. |

Edad

CUADRO 2

DISTRIBUCION DE LA AMEBIASIS SEGUN GRUPOS ETARIOS

| Grupo | Edad: Años | Nº de Casos | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| I | 20 - 30 | 5 | 20 % |
| II | 31 - 40 | 10 | 40 % |
| III | 41 - 50 | 6 | 24 % |
| IV | 51 - 60 | 4 | 16 % |
| TOTAL | | 22 | 100 % |

El grupo de edad, con el mayor número de casos, fue el comprendido entre 31 y 40 años, con 10 casos (40 %);

y el de menor porcentaje correspondió al grupo IV con 4 casos (16 %). El paciente más joven, fue de 21 años, que presentó el único cuadro de perforación intestinal amebiano, registrado en este estudio; y el paciente de mayor edad, fue de 59 años, portador de doble absceso hepático amebiano.

Sexo

Referente al sexo, se encontró que 21 casos correspondieron al masculino con 84%, y 4 casos, al femenino con 16 %.

CUADRO 3

| Sexo | Nº de Casos | Porcentaje % |
|---|---|---|
| Masculino | 21 | 84 |
| Femenino | 4 | 16 |
| TOTAL | 25 | 100 % |

Procedencia

Si bien los 25 pacientes con afección amebiana, proceden de diversos lugares del país, tanto costa, sierra y selva; el mayor porcentaje corresponde pacientes de la Sierra, Centro y Sur (Huánuco, Junín, Ayacucho, Huancavelica y Cusco) con 13 casos, de Piura 5 casos, de Ica 2, de Ancash 2, y 1 caso de San Martín, Arequipa y Lima.

Cuadro Clínico

1.- Tiempo de enfermedad: 14 pacientes (56%) mani

festaron un síndrome crónico, es decir, más de 3 semanas de duración (19), con un tiempo de enfermedad promedio de 2.8 meses, y 10 pacientes (40%), presentaron un síndrome agudo, con un promedio de 10.6 días; el caso restante correspondió a un paciente portador de granuloma amebiano con 3 años de enfermedad.

2.- Antecedentes: 56% (14 casos) de pacientes no presentaron molestias gastrointestinales previos al inicio de la enfermedad. El 44% restante, se quejaron previamente de síntomas disentéricos, caracterizados por despeños diarreicos (en 6 de estos últimos, con moco y sangre). Una paciente, de 41 años, enfermera, procedente de Jauja, tenía antecedentes de disentería amebiana desde los 12 años de edad, habiéndosele detectado en una oportunidad por cistoscopía, ulceraciones típicas con abscesos quísticos en el techo vesical; otro paciente, procedente de Piura, presentaba el antecedente epidemiológico de tener a su madre, con tratamiento de Amebiasis hepática.

3.- Sintomatología

CUADRO 4

FRECUENCIA DE SINTOMAS Y SIGNOS EN 22 CASOS DE AMEBIASIS HEPATICA (X)

| SIGNOS Y SINTOMAS | Nº de Casos | Porcentaje |
|---|---|---|
| Dolor abdominal: | 22 | 100 % |
| Hipoc. derecho y epigastrio 7 | | |
| Hipocondrio derecho 6 | | |
| Hipoc. derecho, epig. e irrad. dorso 5 | | |
| Difuso abdominal 3 | | |
| Epigastrio 1 | | |
| Fiebre | 19 | 86.3 % |
| Tumoración en hipocondrio derecho | 15 | 68.3 % |
| Diarreas | 10 | 45.4 % |
| Escalofríos | 10 | 45.4 % |
| Pérdida de peso | 8 | 36.3 % |
| Abdomen tenso con defensa muscular | 6 | 27.2 % |
| Estreñimiento | 6 | 27.2 % |
| Cefalea | 3 | 13.6 % |
| Vómitos | 3 | 13.6 % |
| Ictericia | 2 | 9 % |
| Rash cutáneo | 1 | 4.5 % |
| Derrame pleural | 1 | 4.5 % |

(X) Los otros tres pacientes, que corresponden: dos casos a granulomas amebianos y un caso a perforación intestinal amebiano, lo presentamos, como casos 1, 2 y 3 por su excepcionalidad.

Como puede apreciarse el cuadro 4, el dolor fue el síntoma más constante, presente en 100% de casos, encontrándose con mayor frecuencia el dolor tipo hincada, localizado en hipocondrio derecho e irradiado a epigastrio; se mencionan otras variedades, esto dependiendo, posiblemente, de la localización o extensión del absceso.

La fiebre se dió en 19 de los 22 casos de abscesos hepáticos (86.3%), siendo usualmente alta, en picos y acompañado de escalofríos en 10 casos; algunos de los pacientes que no presentaron fiebre, tuvieron sudoración nocturna. Al igual que los escalofríos, la diarrea, estuvo presente en 10 casos (45.4%) y como se señala, en 6 se acompañó de tenesmo, moco y sangre.

En verdad, un síntoma no infrecuente, fue la constipación, siendo de carácter pertinaz en dos casos; con carácter infrecuente se presentaron: la cefalea, vómitos e ictericia. Se registró un caso de urticaria con síndrome torácico, y derrame pleural, en otro.

Uno de los hallazgos clínicos más constantes que se objetivaron, fue la hepatomegalia, consignada en el cuadro 4, como tumoración en el hipocondrio derecho, confirmado por los exámenes radiológicos, como veremos más adelante; este signo estuvo presente en 68.3% de casos. Un abdomen tenso, con defensa muscular fue notado en 6 pacientes.

4.- Diagnóstico-Preoperatorio

CUADRO 5

| DIAGNOSTICOS | Nº de Casos |
|---|---|
| Colecistitis subaguda y colelitiasis | 6 |
| Absceso hepático | 5 |
| Abdomen agudo: apendicitis | 4 |
| Ulcera péptica perforada | 3 |
| Hepatoma | 1 |
| Absceso hepático amebiano | 1 |

De los 22 casos de amebiasis hepática, el diagnóstico preoperatorio que con mayor frecuencia se hizo fue de colecistitis subaguda, con colelitiasis en 6 casos, seguido de absceso hepático en 5 casos; como vemos, en estos 5 casos, no se da la etiología del proceso, antes del acto quirúrgico. Sólo en un caso se hizo el diagnóstico pre-operatorio correcto.

Exámenes auxiliares y de laboratorio

CUADRO 6

EXAMENES AUXILIARES Y DE LABORATORIO EN 22 CASOS DE AMEBIASIS HEPATICA

| HALLAZGOS | Nº de Casos | Porcentaje |
|---|---|---|
| Leucocitosis con desviación izq. | 22 | 100 % |
| Velocidad de sedimentación elev. | 19 | 86.3 % |
| Neutrofilia | 16 | 72.7 % |
| Linfopenia | 14 | 63.6 % |
| Rx torax:hemidiaf. der. elevado | 12 | 54.5 % |
| Hepatomegalia detectado por Rx | 11 | 50.0 % |
| Eosinofilia | 10 | 45.4 % |
| Hipoprotrombinemia | 4 | 18.1 % |
| Hiperbilirrubinemia | 3 | 13.6 % |
| Amebas histolyt. en heces | 2 | 9.0 % |

Como puede observarse en el cuadro 6, en 100% de casos, se detectó leucocitosis con desviación izquierda, completando la fórmula en la mayoría de los casos la neutrofilia y linfopenia. Estuvo presente la eosinofilia en cerca al 50% de casos, con un promedio de 10 eosinófilos en la fórmula. Uno de los exámenes más constantes, encontrándose elevada en 19 casos (86.3%), fue la velocidad de sedimentación, con un promedio de 61.7mm a la hora.

Sólo en dos casos se llegó a identificar formas vegetativas de amebas histolyticas en heces; otros parási-

tos que se encontraron concomitantemente, fueron: quistes de Giardias, huevos de trichocefalos y de tenia saginata.

Reporte Quirúrgico

1- Modalidad.- Los 22 pacientes fueron sometidos a exploración quirúrgica con drenaje de o de los abscesos. Dentro de esto, está incluido el único caso en que se hizo diagnóstico correcto antes de ser intervenido, y fue sometido a drenaje quirúrgico por no ceder al tratamiento médico con emetina.

2- Accidentes operatorios.- No fueron registrados en ninguno de los casos estudiados, accidentes durante el acto quirúrgico.

3- Operaciones concomitantes

Sólo en un caso por haber presentado como complicación fístula hepato-bronquial, se procedió al drenaje del absceso por vía transtorácica y se completó con lobectomía.

4.- Hallazgos operatorios

CUADRO 7

LOCALIZACION DE ABSCESOS EN 22 CASOS DE AMEBIASIS HEPATICA

LOCALIZACION

| LOBULOS | SUPERIOR | INFERIOR | POSTERIOR | NO ESPECIF. | TOTAL | % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Derecho | 5 | 2 | 3 | - | 10 | 45.4 |
| Izquierdo | 1 | 2 | - | 2 | 5 | 22.7 |
| Ambos | 1 | 2 | - | 4 | 7 | 31.9 |

De acuerdo al cuadro 7, el mayor número de abscesos se da en el lóbulo derecho, con un total de 10 casos que

representa 45.4%; siendo la localización superior la más frecuente, con 50% de abscesos del lóbulo derecho. Los abscesos múltiples que ocupan ambos lóbulos, siguen en frecuencia con 7 casos (31.9%), sin precisar la localización exacta de dichos abscesos. Los abscesos del lóbulo izquierdo no llegan a la cuarta parte de todos los casos.

En lo que respecta a las características del material drenado o evacuado del absceso, en 59.9% de casos, se reporta como secreción purulenta achocolatada, y en 40.1% (9 casos) como secreción achocolatada, no purulenta; de estos sólo en 2 casos se pudo identificar formas vegetativas del protozoo. En su mayor parte, se encontraron como gérmenes contaminantes a: Escherichia coli (9 casos), Streptococo hemolítico (2 casos), E. Freundi (2 casos), y otros en menor porcentaje como enterococo, Proteus, neumococo, estafilococo.

Informe Anatomo-patológico

En 13 casos (59.9%), se reporta: material constituido por abundantes elementos fibrino-leucocitarios, detritus celulares, hemorragia y colonia de gérmenes. En 5 casos (22.7%) se reporta como necrosis celular extensa con áreas de hemorragia, polinucleares y piocitos, fibrina gruesa, neoformación vascular, proliferación de haces colágenos y elementos formes compatibles con E. histolytica. En 4 casos, no se envió muestras a Anatomia-patológica.

Tratamiento concomitante

En 18 pacientes el tratamiento fue médico-quirúr-

gico: exploración quirúrgica con drenaje del absceso, antibióticoterapia, medidas generales para mejorar el estado y amebicidas a base de Clorhidrato de Emetina, en dosis promedio de 0.06 gm. I.M./día X 10 días.

Se observó recidivas del proceso en 6 pacientes, de los cuales 4 no recibieron emetina, sólo drenaje quirúrgico y antibióticos de amplio espectro; los dos restantes recibieron nueva serie de emetina, evolucionando favorablemente. En dos pacientes se suspendió el tratamiento específico, por intolerancia a la droga.

Evolución

1.- Estancia hospitalaria post-operatoria

El tiempo de estancia post-operatoria promedio fue de 33.7 días; el paciente que permaneció menos tiempo, fue dado de alta a los 11 días de operado; y el caso de mayor permanencia hospitalaria, fue de 105 días, pues, este paciente presentó recidivas, siendo reintervenido en tres oportunidades; además, fue sometido a fistulectomías y eventroplastías.

2.- Complicaciones.- Mortalidad

Como complicaciones, se registraron: recidivas del proceso, instalación de abscesos supurativos subdiafragmáticos, instalación de fístulas de pared y hepatobronquial (1 caso).

Se registró un caso de muerte, por complicaciones postoperatorias mediatas.

INCIDENCIA EN EL HOSPITAL DEL NIÑO

Revisado los Archivos del Departamento de Anatomía-patológica del Hospital del Niño, en el período de 11 años (1958-1969) sólo se tiene registrado un caso catalogado como "Absceso hepático amebiano" en el niño J.P. de 9 años de edad. Nº de biopsia 3506.

CASO 1

R.CH.A., Nº S. 126-00798, de 38 años de edad, sexo femenino, natural y procedente de Huancavelica, de ocupación maestra.

Tiempo de enfermedad, 3 años. En 1965, es operada en Huancayo de apendicitis perforada, complicada con peritonitis; 10 días después presenta un absceso intraperitoneal, con fístula abdominal por la que drena, durante 4 meses, material purulento achocolatado. En enero de 1968, presenta un absceso glúteo, el cual se drena; en mayo del mismo año, consulta al hospital por presentar eventración por cicatriz operatoria.

Examen clínico, paciente en regular estado general, algo adelgazada, pálida; como hallazgos clínicos positivos, presenta cicatrices en hemiabdomen inferior, con signos de eventración. Es admitida, para ser sometida a cura quirúrgica de dicha eventración. Los exámenes de laboratorio revelan moderada leucocitosis con neutrofilia y linfopenia. Eosinofilia de 7%. Investigación de amebas en heces, negativo; otros parásitos, negativo. Investigación de gérmenes en secreción de herida: estafilococo no patógeno.

El 24 de mayo de 1968, es sometida a intervención quirúrgica con el objeto de corregir la eventración, encontrándose una tumoración en intestino delgado próximo al ciego, de 3 X 2 cm., en forma de una aceituna, la que se reseca y envía al departamento de Anatomía patológica; luego se procedió a una entero-entero anastomosis.

El reporte anátomo-patológico B 68-2348 informa: Se recibe como tumor de intestino delgado, espécimen polipoide hemorrágico, de base sesil, y de periferia mucosa intestinal. Conclusión: Enteritis ulcerosa crónica pseudopolipoide de etiología amebiana.

Posteriormente, la paciente fue sometida a nuevas intervenciones por recidivas de eventración y fistulectomías. Fue dada de alta, después de tres meses y medio de hospitalización, en regulares condiciones.

CASO 2

M.G.P. con Nº S. 164-164747, de 51 años de edad, sexo masculino, natural de Huánuco, ocupación capataz. Tiempo de enfermedad, dos meses. Sintomatología principal: dolor tipo ardor en epigastrio que desaparece con la ingesta de alimentos. 24 horas antes de su ingreso, presenta en forma brusca dolor tipo retortijón en fosa ilíaca derecha, no irradiado; deposiciones duras, y niega vómitos, diarreas y fiebre. Antecedentes de sufrir de gastritis desde hace 2 a 3 años.

Examen clínico: paciente pálido, adelgazado, en regular estado general. Abdomen blando, depresible, con signos apendiculares positivos (Mc Burney, del rebote, etc.).

Los exámenes auxiliares demuestran leucocitosis con desviación izquierda. Eosinófilos 3%; coprocultivo: se aisla paracolon. Investigación de amebas y otros parásitos en heces, negativo. Acidograma: curva mostrando hiperacidez. Radiografía de estómago y duodeno: signo de antrobulbitis.

Con el diagnóstico pre-operatorio de Apendicitis aguda y gastritis, es intervenida el 4-1-69; abierta la cavidad, previa incisión Mc Burney, se encontró: ciego dilatado, con serosa congestionada, con numerosas adherencias al peritoneo parietal y al colon ascendente. A la palpación, masa quística renitente en fondo de ciego, por lo que se procede a colostomía en cara anterior, encontrándose proceso agudo, de donde se toma biopsia; cuyo resultado se informa de la siguiente manera: se recibe fragmento de tejido de 0.2 cm. que se incluye todo; conclusión: colitis ulcerativa, de etiología amebiana.

El tratamiento se complementa con antibióticoterapia y clorhidrato de emetina de 0.04 gm. 1 amp. I.M. diario por 10 días, saliendo de alta a los 12 días del postoperatorio, en buenas condiciones.

CASO 3

C.V.P. con Nº S. 164-323550, de 21 años de edad, sexo femenino, natural y procedente de Ancash, de ocupación empleada.

Consulta por presentar 15 días antes de su ingreso, en forma más o menos brusca, sensación de distensión abdominal, con discreto dolor, en fosa ilíaca derecha, tipo

retortijón, que le dificulta la deambulación. Concomitantemente, refiere estreñimiento, alternándose, durante el curso de la enfermedad, con diarreas durante dos días.

Al examen clínico, se objetiva dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha y flanco derecho; a cuyo nivel se palpa una tumoración de forma irregular, consistencia dura, sin poder precisar otras características por el dolor que despierta.

Los exámenes auxiliares muestran: Hemograma: leucocitosis con desviación izquierda y linfopenia. Hb. 10.9 gm %. Veloc. Sediment. 45 mm/h. Investigación de amebas y otros parásitos en heces: negativo. Proctoscopía, normal. Radiografía de pulmones: obturación del seno costodiafragmático derecho, relacionable a pleuritis.

Con el diagnóstico provisional de "Quiste de ovario a pedículo torcido", es sometida a cirugía el 12-1-68; cuyos hallazgos fueron: adherencias de epiplón a ciego, donde se palpa tumoración dura, irregular, que ocupa casi toda la luz del ciego; el epiplón se encontraba taponando un orificio de perforación a ese nivel; además se encuentran tres ganglios próximos a la tumoración. El acto quirúrgico se concluyó con una anastomosis íleo-cólica término-lateral.

El informe Anatomo-patológico con Nº B68-184, es el siguiente:

1.- Colitis ulcerosa amebiana, con perforación de ciego.
2.- Ganglio linfático con hiperplasia linfoide.
3.- Ileon sin alteraciones significativas.

A los 12 días de operada, la herida operatoria se infectó; aliviada de sus molestias sale de alta a los 20 días del post-operatorio y de haber recibido tratamiento médico a base de emetina. Reingresa por persistir dolor en fosa ilíaca derecha, siendo nuevamente laparotomizada el 27-II-68, encontrándose sólo adherencias. Sale de alta a los 9 días después de la 2a. intervención, en regulares condiciones.

2.- HIDATIDOSIS ABDOMINAL: EQUINOCOCOSIS HEPATICA

Número de Casos

Se revisaron en total 27 casos de Hidatidosis abdominal de los 30 registrados, no hallándose 3 historias clínicas.

Considero de interés conocer la incidencia de las Hidatidosis, registradas en el Hospital Central del Empleado, en el período 1958-1969, según la revisión de los archivos del Departamento de Anatomía-patológica:

| | |
|---|---|
| HIDATIDOSIS PULMONAR | 44 casos |
| HIDATIDOSIS ABDOMINAL | 30 casos |
| HIDATIDOSIS OSEA (8a.costilla) | 1 caso |
| TOTAL | 75 casos |

Los 27 casos corresponden a la Hidatidosis abdominal, que se distribuyen de acuerdo al cuadro 8.

CUADRO 18

DISTRIBUCION DE QUISTES HIDATIDICOS ABDOMINALES EN 27 CASOS ESTUDIADOS

| LOCALIZACION | | Nº de Casos | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| Hepático: | | 19 | 70.3 % |
| Unicos | 14 | | |
| Dobles | 2 | | |
| Múltiples | 3 | | |
| Hepático y pélvico | | 2 | 7.5 % |
| Hepático e intradiafragmático | | 1 | 3.7 % |
| Hepático y renal | | 1 | 3.7 % |
| Hepático y peritoneal | | 1 | 3.7 % |
| Anexos derecho | | 1 | 3.7 % |
| Uterino y peritoneal | | 1 | 3.7 % |
| Pared abdominal (subcutáneo) | | 1 | 3.7 % |
| TOTAL | | 27 | 100.0 % |

Dentro de los Quistes hidatídicos abdominales, 70% de casos, lo constituye la equinococosis hepática, siendo los quistes únicos de mayor frecuencia dentro de esta localización. Asociado con otras localizaciones abdominales, encontramos en más de 15% casos (pélvico, intradiafragmático y renal). Son casos de real interés por su excepcionalidad los señalados en Anexos, útero y pared abdominal (subcutáneo).

EDAD

CUADRO N° 9

DISTRIBUCION DE EQUINOCOCOSIS ABDOMINAL SEGUN GRUPOS ETARIOS

| Grupo | Edad | Nº de Casos | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| I | 15 - 20 | 1 | 3.7 % |
| II | 21 - 30 | 8 | 29.6 % |
| III | 31 - 40 | 7 | 25.9 % |
| IV | 41 - 50 | 6 | 22.2 % |
| V | 51 - 60 | 2 | 7.5 % |
| VI | 61 - 70 | 3 | 11.1 % |
| TOTAL | | 27 | 100.0 % |

Si bien, el mayor número de casos se dan en el grupo II, entre los 21 y 30 años de edad, en general podemos concluir que la incidencia de equinococosis abdominal, está equilibradamente repartida entre los 20 y 50 años, con un promedio de edad de 38.7 años.

El paciente más joven fue de 17 años, procedente del Rímac, que presentó 2 quistes en el lóbulo izquierdo del hígado; y el caso de mayor edad, se registró en un paciente procedente de Ancash, de 68 años de edad, que presentaba múltiples quistes en cúpula hepática.

SEXO

CUADRO 10

DISTRIBUCION DE EQUINOCOCOSIS ABDOMINAL SEGUN SEXO

| Sexo | Nº de Casos | Porcentaje |
|---|---|---|
| Masculino | 17 | 62.9 % |
| Femenino | 10 | 37.1 % |
| TOTAL | 27 | 100.0 % |

17 casos correspondieron al sexo masculino, 62.9% de casos; los 10 restantes (37.1%) fueron del femenino.

PROCEDENCIA

La mayor parte de pacientes procedía de Lima (7 casos); siguen: Junín con 4 casos; Ayacucho 3; 2 casos, Ica, Cuzco, Ancash y Cerro de Pasco, y un caso Apurímac, Arequipa y La Libertad. Se registró 1 procedente de Italia (Letoria).

CUADRO CLINICO

1.- Tiempo de Enfermedad

Se encontró tiempo de enfermedad promedio de 6.7 años. El cuadro más agudo, se presentó en una paciente de 26 años de edad, que, al octavo día de puerperio, presenta pérdida de secreción mucosa espesa, con eliminación de abundantes vesículas y membranas, proveniente de un quiste hidatídico en cavidad uterina; aunque esta paciente ya tenía el el antecedente de haber sido operada, 1 año antes, de quis-

te hidatídico pulmonar; y el caso de más larga evolución, corresponde a una paciente de 64 años de edad, que, después de 32 años de operada de quiste hidatídico hepático, recidiva la tumoración.

2.- Antecedentes

De los casos estudiados se encontró que 4 pacientes presentaban el antecedente quirúrgico de quistectomía pulmonar, y un caso de quistectomía hepática. No se registraron antecedentes epidemiológicos, ni otros.

3.- Sintomatología

CUADRO 11

FRECUENCIA DE SINTOMAS Y SIGNOS EN 24 CASOS DE HIDATIDOSIS HEPATICA (X)

| SINTOMAS Y SIGNOS | | Nº de Casos | Porcentaje |
|---|---|---|---|
| Dolor: | | 20 | 83.3 % |
| Hipocondrio derecho | 12 | | |
| Epigastrio | 4 | | |
| Hipocondrio izquierdo | 1 | | |
| Dorsolumbar | 2 | | |
| Hemitórax izquierdo | 1 | | |
| Dispepsias | | 12 | 50.0 % |
| Fiebre | | 8 | 33.3 % |
| Tumoración abdominal | | 17 | 70.8 % |
| Hepatomegalia | 6 | | |
| Hipoc.derech.y epigast. | 5 | | |
| Hip.izq. y epigastrio | 2 | | |
| Epigastrio | 2 | | |
| Hipocondrio izquierdo | 2 | | |
| No hallazgos clínicos | | 7 | 29.1 % |
| Escalofríos | | 5 | 20.8 % |
| Náuseas | | 5 | 20.8 % |
| Pérdida de peso | | 5 | 20.8 % |
| Estreñimiento | | 4 | 16.6 % |
| Signo de Murphy | | 4 | 16.6 % |
| Ictericia | | 4 | 16.6 % |
| Coluria | | 4 | 16.6 % |
| Síndrome pulmonar | | 3 | 12.5 % |
| Vómitos | | 3 | 12.5 % |
| Circulación colateral | | 2 | 8.3 % |
| Diarreas | | 1 | 4.2 % |

(X) No se incluyen los casos de Equinococosis uterina, de anexos y subcutáneo de pared abdominal, que se presentan como casos 1, 2 y 3, respectivamente, por considerarse de excepcional interés.

Según el cuadro 11, vemos que el dolor, es el síntoma más constante, presente en 83.3%; siendo en hipocondrio derecho la localización más frecuente. La mayor parte de pacientes presentaron dolor tipo cólico, e irradiado a región lumbar; otros, tipo pesadez, y con menor frecuencia, tipo ardor o punzada. En 70.8% de casos se objetiva al examen clínico, tumoración abdominal, descrita como hepatomegalia en 6 casos, localizado en hipocondrio derecho y abarcando epigastrio en 5; en hipocondrio izquierdo y epigastrio, en 2; circunscrita a epigastrio en 2 casos, y tumoración en hipocondrio izquierdo en dos casos.

Sensación de distensión abdominal, eructos, vinagreras y meteorismo e intolerancia a las grasas, catalogados como síntomas dispépticos, se presentaron en la mitad de casos. En 7 pacientes (29.1%), el examen clínico resultó negativo; y más del 30% de pacientes presentaron fiebre, muchas veces precedida de escalofríos.

En 4 casos, se instaló un Síndrome Obstructivo biliar con ictericia, coluria, prurito, etc.; haciéndose presente en dos de estos cuatro casos, circulación colateral. Tres pacientes presentaron sintomatología pulmonar, caracterizada por: tos, disnea y dolor torácico. Otros síntomas menos frecuentes, fueron: vómitos, estreñimiento y diarrea.

4.- Diagnóstico Pre-operatorio

En los 24 casos de Hidatidosis hepática, se die-

ron los siguientes diagnósticos pre-operatorios, de acuerdo al cuadro 12.

CUADRO 12

| DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO | | Nº de Casos |
|---|---|---|
| Tumoración intraabdominal: | | 12 |
| Quiste hidatídico hepático | 4 | |
| Tumor intra-abdominal | 3 | |
| Hepatoma | 2 | |
| Quiste hidatídico abdominal | 1 | |
| Neoplasia gástrica | 1 | |
| Absceso hepático | 1 | |
| Colelitiasis | | 9 |
| Cirrosis hepática | | 1 |
| Divertículo vesical | | 1 |
| Litiasis renal | | 1 |

EXAMENES AUXILIARES Y DE LABORATORIO

CUADRO 13

| HALLAZGOS | Nº de Casos | Porcentaje |
|---|---|---|
| Eosinofilia | 18 | 66.6 % |
| Rx. imagen quística | 12 | 44.4 % |
| Leucocitosis con desviación izquierda | 8 | 29.6 % |
| Velocidad de sedimentación acelerada | 6 | 22.2 % |
| Rección de Casoni positivo | 7 | 25.9 % |
| Parásitos en heces: | 4 | 14.8 % |
| Trichocéfalos 1 | | |
| Himenolepis nana 1 | | |
| Ameba histolytica 1 | | |
| Giardia lamblia 1 | | |
| Thevenon positivo | 3 | 11.1 % |
| Colecistografía: vesícula excluida | 3 | 11.1 % |
| Hiperbilirrubinemia | 3 | 11.1 % |
| Casoni negativo | 2 | 7.4 % |

Resulta uno de los hallazgos más constantes, la eosinofilia, presente en 66.6 % de casos, con un promedio de 7.5 % de eosinófilos.

En 44.4 % (12 casos) se obtiene radiológicamente, la presencia de imágenes quísticas características, descrito en la mayor parte de casos, debajo del hemidiafragma derecho. Leucocitosis moderada con desviación izquierda encontramos en 29.6 % de casos.

La intradermorreacción de Casoni, se llevó a efecto en 9 de los 27 pacientes en estudio; y de éstos, en 7 la prueba fue positiva.

En 4 pacientes, al realizar exámenes de heces, se detectó la presencia de otros parásitos concomitantes: huevos de tricocéfalos, de himenolepis, quistes de Giardias y de ameba histolytica. Otros hallazgos menos constantes, fueron: sangre oculta en heces, vesícula excluida a los Rx e hiperbilirrubinemia.

REPORTE QUIRURGICO

1.- Modalidad

De acuerdo al cuadro 14, se reporta: simple resección del quiste o quistes, sin señalar específicamente la técnica usada, en 12 casos; se hizo marsupialización en 6 casos; drenaje del quiste en 5; capitonaje en 2; drenaje por vía abdominal y torácico en 1, y aspiración previa laparotomía en 1 caso.

CUADRO 14

TECNICAS QUIRURGICAS EMPLEADAS EN HIDATIDOSIS ABDOMINAL

| TECNICA | Nº de Casos |
|---|---|
| Resección quirúrgica simple | 12 |
| Marsupialización | 6 |
| Drenaje | 5 |
| Capitonaje | 2 |
| Drenaje por vía abdominal torácico | 1 |
| Aspiración por laparotomía | 1 |

2.- Accidentes operatorios

Se registró un caso de accidente, no durante el acto quirúrgico, por error de diagnóstico (cirrosis hepática), se hizo punción hepática para biopsia, produciéndose un shock anafiláctico y cuadro de peritonitis, luego de tratado el shock, se procedió a laparotomía de urgencia, encontrándose en borde del hígado, una tumoración tensa, de más o menos 30 cm. de diámetro, que hacía cuerpo con el hígado, correspondiente a "Quiste hidatídico".

3.- Operaciones concomitantes

Conjuntamente a la quistectomía hidatídica, en 3 casos, se realizó colecistectomía por encontrarse cálculos en vesícula; en un caso se hizo coledocostomía por coledocolitiasis; en otro paciente, en el mismo acto operatorio, se hizo quistectomía de hidatidosis pulmonar. Por último, en el caso de quiste hidatídico de anexos, se procedió a una resección cuneiforme de ambos ovarios, completándose con una apendicectomía profiláctica.

4.- Hallazgos quirúrgicos

CUADRO 15

LOCALIZACION TOPOGRAFICA DE QUISTES HIDATIDICOS EN 24 CASOS DE EQUINOCOCOSIS HEPATICA

| | Nº de Casos | Porcentaje |
|---|---|---|
| Lóbulo derecho | 10 | 41.6 % |
| Lóbulo izquierdo | 5 | 20.8 % |
| No especificados | 4 | 16.8 % |
| Perivesiculares | 5 | 20.8 % |

Se encontraron 10 casos de quistes circunscritos al lóbulo derecho del hígado, constituyendo la localización más frecuente, con 41.6 % de casos; 5 casos (20.8 %) encontrados en el lóbulo izquierdo, estableciéndose una relación entre lóbulo derecho e izquierdo de 2 a 1. En igual número que los del lóbulo izquierdo, se encontraron quistes próximos en las vecindades de la vesícula biliar. En 4 casos no se registra la localización exacta del quiste.

Además, es importante señalar que, en 11 casos, los quistes se encontraron contaminados, de acuerdo al cuadro 16.

CUADRO 16

| QUISTES CONTAMINADOS EN 11 CASOS DE HIDATIDOSIS HEPATICA | |
|---|---|
| Supurados (secreción piógena) | 7 casos |
| Bilis | 4 casos |

CUADRO 17

TAMAÑO DE QUISTES PRESENTADOS EN HIDATIDOSIS ABDOMINAL

| DIAMETRO MAYOR | Nº DE CASOS |
|---|---|
| 30 cm. | 2 |
| 20 cm. | 2 |
| 15 cm. | 1 |
| 10 cm. | 3 |
| 8 cm. | 2 |
| 6 cm. | 1 |
| 4 cm. | 2 |
| 2 | 1 |

En más del 50% de casos en estudio, se registraron tamaños del quiste, y así según el cuadro 17, se tuvo dos casos en que el quiste alcanzó grandes dimensiones; uno de ellos ubicado en la cara inferior del lóbulo izquierdo y el otro abarcando ambos lóbulos y la vesícula; ambos pacientes presentaron un cuadro obstructivo biliar.

CUADRO 18

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

| | |
|---|---|
| Membranas | 15 casos |
| Membranas con vesículas | 10 casos |
| Membranas con scolex | 1 caso |
| Membranas, vesículas y ganchos | 1 caso |

En la mayor parte de casos, se describe como fragmentos membranosos blanco-nacarados, con restos de tejido conjuntivo y mixoide (15 casos); en 10 casos conjuntamente con las membranas, se encuentran vesículas en número y tamaño variable, descritas como formaciones quísticas de paredes delgadas y transparentes, con contenido líquido cristal de roca. Solo en un caso se identificó scolex, y en otro se encontraron ganchos de tenia conjuntamente con membranas y vesículas.

TRATAMIENTO CONCOMITANTE

Aparte del tratamiento quirúrgico de acuerdo a la técnica señalada según el cuadro Nº 14, en el 100% de los

casos, se administró antibióticos, en su mayoría de amplio espectro y medidas generales para mejorar el estado del paciente.

EVOLUCION

1.- Estancia hospitalaria post-operatoria

CUADRO 19

| DIAS | Nº de Casos |
|---|---|
| 21.5 | 22 |
| 90 | 2 |
| 180 | 1 |
| 225 | 1 |
| 65 (fallec.) | 1 |

En 22 casos el tiempo promedio de estancia hospitalaria post-operatoria fue de 21.5 días; dos pacientes permanecieron después de operados un tiempo promedio de 3 meses, uno de ellos por complicación de un quiste hepático de evolución torácica (cúpula hepática), desarrolló una fístula hepatobronquial; en el otro caso, por error de diagnóstico, al intentarse realizar una biopsia hepática, se produce ruptura de un quiste hepático de gran volumen, instalándose un cuadro de peritonitis. Un paciente permaneció 6 meses después de operado de múltiples quistes de cavidad peritoneal, concomitantemente, este paciente era portador de TBC pulmonar. En otro caso, el paciente permaneció 7 y medio meses por haber sido intervenido en tres oportunidades con-

secutivas de hidatidosis pulmonar.

Se registró un caso de mortalidad a los 65 días de operado por septicemia.

2.- Complicaciones

Se registraron las siguientes complicaciones:

| | |
|---|---|
| Absceso subdiafragmático | 1 caso |
| Derrame pleural izquierdo | 1 caso |
| Colostomía por obstrucción intest. | 1 caso |
| Fístula hepato-bronquial | 1 caso |
| Peritonitis | 1 caso |

Enfermedades concomitantes:

| | |
|---|---|
| Cáncer gástrico | 1 caso |
| TBC pulmonar | 1 caso |
| Colédocolitiasis | 1 caso |
| Colelitiasis | 3 casos |

Mortalidad

Se registró un solo caso de la serie estudiada, en un paciente de 60 años de edad, que luego de operado de quistes hidatídicos de hígado y celda renal derecha, presentó varios episodios de hemorragia digestiva (antecedentes de úlcera péptica antigua), complicándose posteriormente con bronconeumonía, dehiscencia de herida operatoria, falleciendo por Septicemia a los 65 días del post operatorio.

INCIDENCIA DE LA EQUINOCOCOSIS PULMONAR Y HEPATICA EN EL HOSPITAL DEL NIÑO 1959-1969

| LOCALIZACION | Nº DE CASOS | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| Pulmonar | 60 | 82.1 % |
| Hepática | 13 | 17.9 % |
| TOTAL | 73 | 100.0 % |

En el Hospital del Niño, en el período que comprende este estudio, enero de 1959 a diciembre de 1969, se tiene registrado en los archivos del Departamento de anatomía-patológica, 73 casos de Hidatidosis, correspondiendo más del 80 % de casos a localización pulmonar.

CASO 1

C.C.B. con S. Nº 164-341449, de 26 años de edad, sexo femenino, casada, natural y procedente de Lima, que al octavo día de puerperio (2do. parto), pierde líquido mucoso espeso, conjuntamente con abundantes membranas y vesículas, por vía vaginal; concomitantemente, presentó escalofríos, seguidos de alza térmica y bochornos. Como ateceden tes de importancia, refiere que, hace 1 año, fue sometida a intervención quirúrgica de quiste hidatídico pulmonar derecho.

Examen clínico: paciente en regular estado general, pálida, adelgazada. El examen del abdomen revelaba útero aumentado de tamaño, que llegaba cerca al ombligo, pal pándose como una masa compacta, tensa, con cavidad uterina

relativamente pequeña (10 cm.), como tabicada por una tomoración localizada en el fondo izquierdo, por lo que fue sometida a curetaje con el diagnóstico de "Retención de membranas y restos placentarios". Los exámenes de laboratorio, daban los siguientes resultados: Hemograma: ligera leucocitosis, con eosinofilia de 6 y 8 %. Reacción de Casoni: positiva. Ginecografía: cavidad uterina, ocupada por imagen quística.

Sometida a curetaje el 5-V-67, se extrae numerosas membranas blanco nacaradas con vesículas de contenido claro, correspondiendo a quiste hidatídico, por lo que dejan dos gasas yodoformadas y no procediéndose a otras maniobras. Mejorada de sus molestias, la paciente es dada de alta en aparentes buenas condiciones; dos años más tarde, reingresa por presentar molestias gastrointestinales, tipo dispepsias y sensación de tumoración abdominal con dolor tipo pesadez en hipogastrio.

El examen clínico revelaba tumoración en hipocondrio derecho, por lo que se le practica neumopelvigrafía y celíacografía, cuyos resultados revelan aumento del lóbulo izquierdo del hígado, con imagen quística, sugestiva de hidatidosis hepática; sometida a laparotomía exploradora, el 17-I-69, se encuentra quiste hidático en el lóbulo izquierdo del hígado y pequeños quistes en cavidad peritoneal, procediéndose a marsupialización de quiste hepático y extracción de quistes peritoneales. El reporte Anátomo-patológico informaba: pared de quiste hidatídico con quiste reaccional peritoneal.

CASO 2

Z.L.R., con S. Nº 164-354370, de 23 años de edad, sexo femenino, natural de Lima, de ocupación, secretaria bilingüe.

Tiempo de enfermedad: 1 mes. Acude a los consultorios externos del hospital, por presentar, desde hace 1 mes, estreñimiento pertinaz, acompañado de ligero dolor en epigastrio, con sensación de tumoración en el mismo; concomitantemente, nerviosidad y anorexia. Niega otra sintomatología. No antecedentes de importancia.

Examen Clínico: paciente joven, en aparente buen estado general. Abdomen depresible, palpándose tumoración, que comprendía parte del hipogastrio, fosa ilíaca derecha y flanco del mismo lado, cuyo borde superior llegaba al ombligo, de consistencia dura, ovalada, lisa, fija y el borde inferior se pierde por detrás del pubis. Al tacto rectal, se objetiva tumoración extrínseca, que deforma la ampolla.

Los exámenes auxiliares y de laboratorio, revelaban: hemograma normal. Eosinófilos de 2 y 4 %. Velocidad de sedimentación elevada. Urograma: sistema pielocalicial izquierdo, normal; doble sistema pielocalicial derecho, con uréteres desplazados hacia la izquierda, en su porción inferior, por proceso expansivo pélvico; vejiga con compresión extrínseca de fosa ilíaca derecha.

Sometida a laparotomía, el 27-XII-1969, con diagnóstico preoperatorio de "Fibroma uterino" o "Quiste neoplásico de ovario derecho". Abierta la cavidad abdominal, se encuentra tumoración intraligamentaria de 20x15x15 cm. en

el lado derecho de la fosa obturatriz, que diseca el uréter, llevándolo hacia adelante, úterno normal, ovarios alargados y con pequeños quistes. Se punza la tumoración, extrayéndose líquido cristal de roca y vesículas en gran número; quiste de Morgagni en trompa izquierda. Enviada la muestra la muestra a Anatomía-patológica, el reporte es el siguiente: numerosas formaciones vesiculares de aspecto quístico, de diferentes dimensiones, y formación membranosa blanquecina de 8 cm. de diámetro, correspondiente a estructuras de "Quis hidatídico".

Realizada la quistectomía con resección cuneiforme de ambos ovarios y apendicectomía profiláctica, es dada de alta, al 11º día del post-operatorio, en buenas condiciones.

CASO 3

O.B.L., con S. Nº 164-177128. Paciente de 24 años, sexo femenino, procedente de Huancayo. Consulta por presentar desde hace 6 años, una tumoración por debajo del reborde costal izquierdo, que lentamente ha ido aumentando de volumen, sin ocasionarle mayores molestias. Niega sintomatología y antecedentes de importancia. El examen clínico revela tumoración en hipocondrio izquierdo, de forma ovoide, de 10 x 7 cm. de tamaño, dura, algo móvil y localizada en planos superficiales de pared abdominal.

Los exámenes auxiliares y de laboratorio, no revelaban anormalidad, excepto un hemograma, con eosinofilia de 16 %.

Con el diagnóstico pre-operatorio de "Lipoma abdo

minal" es intervenida quirúrgicamente el 20-II-1961, por incisión elíptica, se extirpa una tumoración ovoide, fijada en aponeurosis abdominal, dura y con pequeñas vesículas; enviada a Anatomía-patológica, el reporte es: fragmento de paredes quísticas, con restos de tejido conjuntivo, no se encontraron scolex ni formaciones hidatídicas; conclusión: "Quiste hidatídico degenerado". Realizada la resección quirúrgica, la paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta a los 7 días del post-operatorio.

3.- PARASITOSIS APENDICULAR

CUADRO 20

PARASITOSIS APENDICULAR EN EL HOSPITAL CENTRAL DEL EMPLEADO 1959-1969

| AÑO | CAUSA DE APENDICECTOMIAS | | TOTAL | TIPO DE PARASITO | | | | | CASOS PARASIT. | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | APENDIC | PROFIL | | OXIURUS | ASCARIS | TENIA | COLI | MIXTA | APEND | PROFILAC |
| 1959 | 65 | 17 | 82 | - | - | - | - | - | - | - |
| 1960 | 103 | 23 | 126 | 4 | - | - | - | - | 4 | - |
| 1961 | 136 | 73 | 209 | 8 | - | - | - | 1 | 5 | 4 |
| 1962 | 173 | 59 | 232 | 4 | - | - | - | - | 3 | 2 |
| 1963 | 196 | 83 | 279 | 1 | - | - | - | - | - | 1 |
| 1964 | 283 | 287 | 570 | 15 | - | - | - | - | 7 | 8 |
| 1965 | 273 | 267 | 540 | 3 | 1 | - | - | - | - | 4 |
| 1966 | 287 | 285 | 572 | 12 | 1 | - | 1 | - | 8 | 6 |
| 1967 | 278 | 281 | 559 | 8 | 1 | - | - | - | 5 | 4 |
| 1968 | 289 | 277 | 566 | 9 | - | - | - | - | 3 | 6 |
| 1969 | 431 | 430 | 861 | 15 | - | 2 | - | - | 5 | 12 |
| TOTAL | 2513 | 2093 | 4606 | 79 | 3 | 2 | 1 | 1 | 40 | 46 |

Desde enero de 1959 hasta diciembre de 1969, esto es en un período de 11 años en el H.C.E., se realizaron 4,606 apendicectomías: 2,513 por cuadro apendicular y 2,093 como medida profiláctica al realizar operaciones de otra índole. De éstos, 4,606 apéndices resecados, se encontraron parasitados en 86, haciendo una incidencia de 1.8%, distribuidos 40 en apéndices extirpados por cuadro apendicular (apendicitis) y 46 apéndices resecados profilácticamente.

De 86 casos de parasitosis apendicular, más del 90 % de casos lo constituyen oxiurus; solo 7 pertenecen a otros parásitos: ascaris (3 casos), huevos de tenia (2 casos), quistes de ameba coli (1 caso) y un caso de infestación mixta (oxiurus-ameba coli).

Es de importancia remarcar que más del 50 % de casos constituyen los hallazgos de infestación parasitaria en apendicectomías profilácticas; pues estos pacientes negaron toda sintomatología apendicular y la mayoría fueron intervenidos por colecistopatías, fibromas uterinos, úlceras pépticas, etc.

En 40 casos (46.5 %), la apendicectomía si se efectuó por la presencia de un cuadro apendicular en su mayoría de curso crónico, cuyas piezas operatorias se encontraron parasitadas por OXIURUS VERMICULARIS en 39 casos y solo en un caso, se encontró quistes de ameba coli. Por ello nos ocuparemos de analizar los casos de Apendicitis parasitaria con oxiuriasis.

Número de casos

Se analizaron en total 38 casos de "Oxiuriasis a-

pendicular" de los 40 registrados como apendicitis parasitaria; no se hallaron las historias clínicas en dos casos.

EDAD

CUADRO 21

DISTRIBUCION DE OXIURIASIS APENDICULAR SEGUN LA EDAD (38 casos)

| GRUPO | EDAD | Nº de Casos | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|
| I | 15 - 20 | 7 | 18.4 % |
| II | 21 - 30 | 23 | 60.5 % |
| III | 31 - 40 | 8 | 22.1 % |

De los 38 casos estudiados, más del 60 % lo constituye el grupo II que comprende entre los 21 y 30 años de edad, con un promedio de 25.1 años.

CUADRO 22

TIPOS DE PARASITOS EN 86 CASOS DE PARASITOSIS APENDICULAR

| TIPO DE PARASITO | Nº de Casos | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| Oxiurus vermicularis | 79 | 91.8 % |
| Ascaris lumbricoides | 3 | 3.5 % |
| Tenia | 2 | 2.3 % |
| Entoameba coli | 1 | 1.2 % |
| Mix (oxiurus-coli) | 1 | 1.2 % |
| TOTAL | 86 | 100.0 % |

SEXO

CUADRO 23

DISTRIBUCION DE OXIURIASIS APENDICULAR SEGUN EL SEXO

| SEXO | Nº de Casos | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| Masculino | 14 | 36.9 % |
| Femenino | 24 | 63.1 % |
| TOTAL | 38 | 100.0 % |

A diferencia de las amebiasis y Equinococosis, la mayor parte de pacientes, fueron del sexo femenino con 24 casos (63.1 %), 14 del sexo masculino.

PROCEDENCIA

La mayor parte de pacientes procedían de Lima (17 casos); el resto de los pacientes procedían de diversos lugares del país.

CUADRO CLINICO

1.- Tiempo de enfermedad

18 pacientes (47.4 %) presentaron un tiempo de enfermedad entre 1 y 13 años con un tiempo promedio de 3.8 años; 10 pacientes (26.3 %) entre un mes y medio y 6 meses, con un promedio de 3.7 meses; 6 casos entre uno y 20 días y 4 casos entre 4 y 6 horas. El caso más agudo se registró en un paciente con 4 horas de sintomatología y el caso más crónico, con 13 años de enfermedad en un paciente que periódicamente presentaba dolor tipo cólico difuso en abdomen,

dolor provocado en ambas fosas iliacas y diagnosticado como "apendicitis recurrente"; el reporte Anátomo-patológico informa apéndice ligeramente congestivo, parasitado por Oxiurus vermicularis.

2.- Antecedentes

Un paciente de 24 años de edad, con un tiempo de enfermedad de 1 año, refería haber eliminado "pequeños parásitos" en repetidas oportunidades; y un segundo paciente de 35 años de edad, con 8 años de cuadro doloroso en fosa iliaca derecha, refería antecedentes de Giardiasis.

3.- Signos y síntomas

En 100 % de casos, está presente el síntoma dolor, referido en fosa iliaca derecha en 32 casos, en epigastrio 4 vasos; los dos restantes registrados en hipocondrio derecho y periumbilical respectivamente.

Otros síntomas constantes son: el estreñimiento presente en cerca al 50 % de los casos, dolor irradiado de fosa iliaca derecha a muslo con adormecimiento de la pierna derecha (42.1 %) y otros síntomas mencionados en el cuadro Nº 24.

CUADRO 24

SINTOMAS ENCONTRADOS EN 38 CASOS DE OXIURIASIS APENDICULAR

| | Nº de Casos | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| Dolor abdominal | 38 | 100 % |
| Fosa iliaca derecha 32 | | |
| Epigastrio 4 | | |
| Hipocondrio derecho 1 | | |
| Periumbilical 1 | | |
| Estreñimiento | 17 | 44.7 % |
| Dolor irradiado a muslo y adormecm. pierna derecha | 16 | 42.1 % |
| Sensación nauseosa | 13 | 34.2 % |
| Náuseas y vómitos | 6 | 15.2 % |
| Dolor irradiado a fosa iliaca derecha | 5 | 13.1 % |
| Diarreas | 5 | 13.1 % |
| Fiebre | 1 | 2.6 % |
| Distensión abdominal | 1 | 2.6 % |

CUADRO 25

TIPOS DE DOLOR Y SU FRECUENCIA EN LA OXIURIASIS APENDICULAR

| TIPO DE DOLOR | Nº de Casos | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| Hincada | 13 | 34.2 % |
| Cólico | 11 | 28.9 % |
| No especific. | 6 | 15.2 % |
| Sordo | 6 | 15.2 % |
| Opresivo | 1 | 2.6 % |
| Pulsátil | 1 | 2.6 % |

De lo analizado, resulta como el Síndrome apendicular más frecuente y "característico de la Oxiuriasis apendicular: "Dolor tipo hincada o cólico en fosa iliaca derecha, irradiado a muslo con adormecimiento de la pierna derecha; de evolución crónica (3.8 años) y acompañado frecuentemente de Constipación. Dentro del examen clínico, encontramos con gran frecuencia que los clásicos signos apendiculares, no son claramente positivos; tanto el signo de Mc Burney como el de Blumberg se esbozan.

Otros hallazgos clínicos, podemos apreciarlos en el cuadro 26.

CUADRO 26

HALLAZGOS CLINICOS EN 38 CASOS DE OCIURIASIS APENDICULAR

| HALLAZGOS | Nº de Casos | PORCENTAJE |
|---|---|---|
| Signos apendic. insinuad | 17 | 42.1 % |
| Signo de Mac Burney | 17 | 42.1 % |
| Signo de Blumberg | 12 | 31.5 % |
| Clinicam. negativo | 4 | 10.4 % |
| Signos de irrit. psoas | 1 | 2.6 % |
| Dolor a palp. ambas fosas | 1 | 2.6 % |
| Tacto rectal doloroso | 1 | 2.6 % |

4.- Diagnóstico pre-operatorio

En 24 casos (63.1 %) se hizo el diagnóstico clínico de "Apendicitis Crónica Recurrente"; en 8 casos (21 %) de "apendicitis aguda"; y en 6 pacientes, el cuadro fue ca-

talogado como una apendicitis subaguda.

El diagnóstico etiológico no se hizo en ninguno de los 38 casos, antes del acto quirúrgico.

EXAMENES AUXILIARES Y DE LABORATORIO

CUADRO 27

HALLAZGOS DE EXAMENES AUXILIARES EN 38 CASOS DE OXIURIASIS APENDICULAR

| HALLAZGOS | | Nº de Casos | PORCENTAJE |
|---|---|---|---|
| Leucocitosis con desviación izquierda | | 16 | 42.1 % |
| Radiografía Cecoapendicular | | 15 | 39.4 % |
| Signos Rx compatible con apendic. crónica | 11 | | |
| Normal | 4 | | |
| Eosinofilia | | 14 | 36.9 % |
| Heces: investigación de parásitos | | 3 | 7.9 % |
| Quistes de Giardias | 1 | | |
| Huevos de himenolepis nana | 1 | | |
| Huevos de tenia | 1 | | |
| Velocidad de sedimentación elevada | | 3 | 7.9 % |

De acuerdo al cuadro 27, el hallazgo más frecuente fue la presencia en el hemograma de leucocitosis con desviación izquierda. La radiografía Cecoapendicular se llevó a efecto en 15 de los 38 casos en estudio; de estos 15, en 11 se encontraron signos patológicos como falta de opacificación del apéndice; y en 4 el examen radiológico no reveló

aparente patología.

La eosinofilia estuvo presente en más del 30 % de casos, con un promedio de 5.5 % de eosinófilos.

En 21 casos se investigó parásitos en heces, encontrándose quistes de Giardias, huevos de himenolepis nana y de tenia, en 1 caso por cada uno de ellos.

La velocidad de sedimentación elevada, solo estuvo presente en tres casos.

REPORTE QUIRURGICO

1.- Modalidad

En 100 % de casos se llevó a efecto la extirpación del apéndice por el método clásico, no se registraron casos de drenaje quirúrgico, ni otros.

2.- Accidentes operatorios

No se consignan datos concernientes a accidentes durante el acto quirúrgico.

3.- Operaciones concomitantes

En un caso se realizó concomitantemente a la apendicectomía, extirpación de cuerpo lúteo hemorrágico; y en otro caso, extirpación de quistes serosos ováricos.

4.- Hallazgo quirúrgico

En 18 casos se encontró apéndice engrosado, con evidentes signos inflamatorios; en 9 de estos, con adherencias, en 5 con coprolitos y en 4 las piezas operatorias se

encontraron flemonosas, eréctiles y con placas de fibrina. En 4 pacientes se encontró líquido amarillento en cavidad peritoneal. Otros hallazgos: 1 apéndice con meso corto, 1 angulado, 1 apéndice en situs inversus total y un plastrón.

INFORME ANATOMO-PATOLOGICO

CUADRO 28

HALLAZGOS ANATOMO-PATOLOGICOS EN 38 APENDICES PARASITADOS POR OXIURUS VERMICULARIS

| HALLAZGOS | Nº de Casos |
|---|---|
| Apéndice de caracteres normales | 17 |
| Apéndice con escasos signos inflam. e hipertrof linfoide | 7 |
| Apéndice con vasos subserosos ingurgit. y mucosa S.A.S. | 6 |
| Aspecto congest. luz dilatada con secrec. purulen y necrosis de mucosa | 5 |
| Conteniendo material fecaloide, periapendicitis e infilt. de eosinófilos en mucosa | 3 |

TRATAMIENTO CONCOMITANTE: Solo un paciente recibió después de operado, tratamiento específico antioxiuriásico a base de pamoato de pirvinio; el resto de los pacientes recibieron antibióticos de amplio espectro y cuidados generales.

EVOLUCION: 1.- Estancia hospitalaria postoperatoria promedio fue de 8.6 días.

COMPLICACIONES: Se registraron tres: un caso reo-

perado a la semana por hemoperitoneo, otro paciente presentó Fiebre tifoidea intercurrente y un tercer paciente que luego de evaluado y detectado patología vesicular fue colecistectomizado.

No se registraron casos de mortalidad.

INCIDENCIA DE LA OXIURIASIS APENDICULAR EN EL HOSPITAL DEL NIÑO. 1959-1969

En el Hospital del Niño, en el período de 11 años; es decir, de enero de 1959 a diciembre de 1969, se tiene registrado en el Departamento de Anatomía-patológica de dicho Hospital un total de 1322 apendicectomías, encontrándose parasitados por Oxiurus vermicularis 51 apéndices, es decir un 3.8 % de incidencia.

4.- ASCARIDIASIS DE VIAS BILIARES

Número de casos

Se analiza tres casos de Ascaridiasis de vías biliares, incidencia registrada en el Hospital Central del Empleado en el período de 11 años.

Estos casos lo presento como casos 1, 2 y 3, respectivamente para ser analizados de acuerdo a los parámetros ya conocidos, es decir, estadístico, clínico, radiológico, anátomo-patológico, terapéutico y evolutivo.

CASO 1

A.E.R., S. Nº 126-00532, de 43 años, sexo femenino, casada, natural y procedente de Lima; como antecedentes de importancia presenta 5 hospitalizaciones anteriores: en

Feb. de 1965 por G.N.C.; en Oct. del mismo año por Pielonefritis crónica y amigdalectomía en Dic. de 1965. En 1966 por hipertensión arterial y "pericarditis", y en Agosto de 1967 para colecistectomía.

Refiere que sus molestias se inician tres días antes de su ingreso (27 Dic 69) al hospital, en forma brusca con dolor tipo cólico en hipocondrio derecho e irradiado a espalda como hincada. Concomitantemente, náuseas, mareos, fiebre, vómitos alimenticios y biliosos, estreñimiento, polaquiuría y pérdida de peso (6 kg. en 5 meses). Niega antecedentes parasitológicos.

El examen clínico revela hipoacusia del oído izquierdo y dolor en epigastrio e hipocondrio derecho a la palpación profunda; el diagnóstico clínico fue "Litiasis residual del colédoco".

Los exámenes auxiliares y de laboratorio dan los siguientes resultados: Hemograma: 11,300 leucocitos con 5 a bastonados, eosinófilos 7 y 10% (dos exámenes sucesivos). Investigación de parásitos en heces: negativo. Colangiografía (440626) da el siguiente resultado: Dilatación del colédoco y los hepáticos, con imagen de parásito que ha ascendido por el colédoco hasta el hepático izquierdo penetrando 4 cm. (Ver foto 10).

Sometida a intervención quirúrgica por incisión abdominal paramediana superior derecha, se incinde el hepatocolédoco y se extrae un verme de 17 x 0.5 cm. se deja sonda de Kehr para drenaje.

El informe anátomo-patológico reporta lo siguiente: se recibe verme de 17 x 0.5 cm. de diámetros mayores,

color rosado pardusco, correspondiente a un ascaris lumbricoides.

La paciente evolucionó favorablemente, saliendo de alta a los 20 días.

CASO 2

T.R.A., con S. Nº 228-00388, de 38 años de edad, sexo femenino, casada, natural de Huánuco, procedente de Tingo María, de ocupación maestra. La paciente refiere que sus molestias se inician el año 1954 con dispepsia a las grasas, dolor tipo cólico, localizado en hipocondrio derecho e irradiado a la espalda, náuseas y vómitos biliosos; fue tratada médicamente. En Enero de 1959, ingresa al Servicio de Medicina del hospital, por un cuadro catalogado como Colecistitis crónica calculosa. Efectuados sus exámenes, en el tubaje duodenal se obtuvo bilis "B", con presencia de cristales de bilirrubinato de Calcio y el examen colecistográfico reveló ausencia de imagen vesicular; después de permanecer 19 días en el servicio, sale de alta a su solicitud, habiéndosele sugerido tratamiento quirúrgico de su afección. En Marzo de 1959, se opera en una clínica particular, donde realizaron Colecistectomía extrayéndole numerosos cálculos. En Agosto de 1962, luego de ingesta grasa presenta dolor tipo cólico de fuerte intensidad, localizado en hipocondrio derecho que no cedió al tratamiento Médico y tuvo una duración de 8 días; a fines del mismo mes, se repite el cólico, acompañado de náuseas y vómitos bilioalimenticios. No refiere en ningún momento ictericia, coluria, hipocolia, escalofríos y fiebre. Internada en Setiembre del mismo año en

el Servicio de Medicina, el examen clínico es negativo. Los exámenes auxiliares y de laboratorio, arrojan los siguientes resultados: Hemograma: 3'740,000 hematíes, 7,600 leucocitos; 8 eosinófilos; HB 11 gm %. Bilirrubinas, fosfatasa alcalina y pruebas hepáticas dentro de límites normales; examen de orina, normal; Heces: examen directo y concentrado: presencia de huevos de Ascaris lumbricoides, trichocéfalos y anquilostoma duodenal. La colangiografía (441591) reveló: hepatocolédoco dilatado con una imagen negativa en banda, alargada de más o menos 10 cm. de longitud, que aparenta corresponder a Ascaris Lumbricoides (ver foto 11). Fue sometida a tratamiento antihelmíntico, sin lograr ningún beneficio, pues continúan sus molestias. Con el diagnóstico de Parasitismo de hepatocolédoco, es sometida a intervención quirúrgica, el 24-X-62 con el fin de explorar la vía biliar, comprobándose en el acto operatorio la existencia de múltiples adherencias en la zona hepatocoledociana; abierto el colédoco y haciendo ligera expresión de su contenido, se pudo visualizar y extraer una formación cilíndrica, de más o menos 14 cm. de longitud, de color verde oscuro, que resultaba ser un Ascaris lumbricoides muerto; luego se efectúa minuciosa exploración instrumental de los conductos hepáticos y el esfinter de Oddi, encontrándose normal, exploración de la cavidad, negativa; colangiografía operatoria, normal. Se procede al cierre de la coledocotomía previa de colocación de una sonda en T. Hace buen postoperatorio con molestias propias de la intervención. Se retira el tubo en T, a los 9 días de intervenida y sale de alta dos días después en buenas condiciones.

CASO 3

A.R.E. con S. Nº 196-00247, de 53 años, sexo femenino, natural y procedente de Huánuco, de ocupación maestra.

Refiere que sus molestias se inician, ocho años antes de su ingreso, con dolor localizado en epigastrio e irradiado a hipocondrio derecho y espalda, que se despierta agudamente a la ingesta de grasas; concomitantemente náuseas y vómitos alimenticios y biliosos; con frecuencia orinas colúricas y en una oportunidad ictericia. Sufría de estreñimiento crónico y tenía antecedentes de eliminar parásitos. El examen clínico reveló paciente en aparente buen estado general. Abdomen simétrico, blando, depresible, con borborismos en fosa ilíaca derecha y signo de Murphy positivo. El diagnóstico preoperatorio fue "Colecistopatía calculosa". Los exámenes auxiliares y de laboratorio, reportaban lo siguiente: Leucocitos 4,300, Eosinófilos 8 %. Hb 10.3 gm %. Investigación de parásitos en heces, negativo, en jugo gástrico, negativo.

Colangiografía (154737) imagen de falta de relleno en ambos hepáticos primitivos. Sometida a la exploración quirúrgica el 24-I-64, se encòntró lo siguiente:

1.- Vesícula esclerorretráctil de 2 x 1 cm.

2.- Colédoco retraido por la vesícula con acodadura a nivel del cístico.

3.- Colédoco proximal y hepáticos, dilatados, encontrándose a su apertura un Ascaris lumbricoides, con sus extremos metidos en los hepáticos, haciendo una imagen en U. Se extrajo

el verme y se hizo una colédocoduodeno anastomosis latero-lateral.

Con cuidados generales, hizo un buen postoperatorio, evolucionando favorablemente, sale de alta a los 14 días de operada.

Sometidos los tres casos presentados a los respectivos análisis, obtenemos los siguientes resultados:

1.- Edad

Las pacientes en estudio, están comprendidas entre los 35 y 45 años de edad.

2.- Sexo

En los tres casos, se trata de pacientes del sexo femenino.

3.- Procedencia

Caso 1 proviene de Lima; caso 2 de Tingo María, y Caso 3, de Huánuco.

4.- Cuadro Clínico

a.- Tiempo de enfermedad.- En los casos 2 y 3, las pacientes presentan un cuadro crónico con 5 y 8 años de enfermedad, respectivamente. En el caso 1, el cuadro es agudo, de inicio brusco con un tiempo de enfermedad no más de tres días.

b.- Antecedentes.- Los casos 2 y 3 refieren antecedentes parasitológicos, habiendo eliminado parásitos en repetidas oportunidades; antecedentes no hallados en el caso 1. Colecistectomizadas las pacientes 1 y 2.

c.- Síntomas y signos.- La sintomatología en los tres casos se presenta con características muy similares

(excepto el inicio), constituyendo un síndrome único dado por:

1.- Dolor cólico en hipocondrio derecho y epigastrio e irradiado a espalda.
2.- Náuseas y vómitos bilioalimenticios.
3.- Dispepsia a las grasas.
4.- Dolor a la palpación en hipocondrio derecho, con signo de Murphy positivo.
5.- Constipación crónica.

d.- Diagnóstico preoperatorio

En los casos 1 y 2, el diagnóstico clínico, fue de "Litiasis residual del colédoco", y en el caso 3, de "Colecistopatía calculosa".

5.- Exámenes Auxiliares y de Laboratorio

CUADRO 29

HALLAZGOS DE EXAMENES AUXILIARES EN TRES CASOS DE ASCARIDIASIS DE VIAS BILIARES

| | CASO Nº 1 | CASO Nº 2 | CASO Nº 3 |
|---|---|---|---|
| Hemograma: | | | |
| Leucocitos | 11,300 | 7,600 | 4,300 |
| Abastonados | 5 | 2 | 1 |
| Eosinófilos | 8 | 8 | 7 |
| Heces: invest. parásit. | Negativo | Ascaris, tricocéf. anquilostom. | Negativo |
| Colangiografía | Dilatación del colédoco y hepáticos con imagen de parásito en conductos. | Hepatocolédoco dilatado, con imagen de áscaris. | Falta de relleno en ambos hepáticos primitivos. |

Si bien en el caso 1 se observa ligera leucocito-

sis con desviación izquierda, este hallazgo no se detecta en los otros dos casos.

La eosinofilia se detecta en los tres casos, con un promedio de 7.8 eosinófilos. Es de sumo interés la colangiografía realizada en los tres casos, dándonos imagen típica de presencia de parásito en dos de los tres casos estudiados.

6.- Reporte Quirúrgico

a.- Modalidad.- En los tres casos se procedió a Coledocostomía y extracción del parásito, luego exploración instrumental y radiológica de los conductos hepáticos y esfinter de Oddi y cierre de la coledocostomía, previa colocación de una sonda en T en los dos primeros casos y derivación biliodigestiva en el tercer caso.

b.- Accidentes operatorios.- No se registraron en ninguno de los tres casos.

c.- Operaciones concomitantes.- Apendicectomía profiláctica llevado acabo en el caso 3.

d.- Hallazgos operatorios.- En los tres casos se encontró en las vías biliares principales, parásito muerto, correspondiente a Ascaris lumbricoides, estando los hepáticos y colédoco proximal dilatados; en el caso 3 se halló además vesícula escleroretráctil con colédoco acodado.

7.- Informe Anátomo-patológico

En los tres casos, el reporte anátomo-patológico se refiere al parásito correspondiendo a Ascaris lumbricoides, de 17, 14 y 15 cm. de longitud, respectivamente.

8.- Tratamiento concomitante

En los tres casos, se complementó el tratamiento con antibióticos de amplio espectro y medidas generales para mejorar las condiciones del paciente. Solo en 1 caso se dió tratamiento antihelmíntico, sin resultados satisfactorios.

9.- Evolución

a.- Estancia hospitalaria postoperatoria.- Las pacientes fueron dadas de alta a los 20, 12 y 14 días, respectivamente, haciendo buen postoperatorio.

b.- Complicaciones.- No se registraron complicaciones en ninguno de los tres casos.

CASOS REGISTRADOS EN EL HOSPITAL DEL NIÑO

En el período que comprende este estudio, se tiene registrado en el Departamento de Anatomía-patológica del Hospital del Niño 14 casos de Ascaridiasis, que fueron tratados quirúrgicamente y cuya distribución es la siguiente:

| | |
|---|---|
| Perforación Intestinal por Ascaris | 11 casos |
| Obstrucción masiva intest.por Ascaris | 3 casos |
| Total | 14 casos |

A propósito, se cuenta con casos de interés en los que destaca el caso de un pequeño paciente de 3 años de edad, que fue operado de urgencia por presentar un cuadro agudo de peritonitis con obstrucción intestinal, encontrándosele numerosas perforaciones a lo largo del intestino del

gado, con abundantes ascaris en cavidad peritoneal (ver fo-
to 6) y abierta la luz intestinal se observa ocupada por o-
villos de estos mismos parásitos (foto 7); este paciente fa
lleció en el postoperatorio inmediato.

Otro paciente de 7 años es operado por presentar un cuadro de peritonitis aguda, sometido a intervención qui rúrgica, se le encuentra numerosas perforaciones a lo largo de 50 cm. de intestino delgado, el cual enviado al Departamento de Anatomía-patológica reporta: Macroscópicamente, intestino delgado que mide aproximadamente 60 cm. de longitud, cuya superficie está recubierta de exudado fibrino purulento. Muestra numerosas perforaciones desde puntiformes hasta 0.5 cm.; en algunas porciones son tan confluentes y numerosas que le dan el aspecto de criba (ver foto 9).

Examen microscópico: necrosis total de la pared intestinal; algunos cortes muestran infiltrado inflamatorio crónico en todas las capas y proliferación de tejido de granulación.

Diagnóstico: Perforación intestinal por Ascaris con necrosis de la pared.

5.- FASCIOLIASIS HEPATICA

Número de Casos

Completando el presente estudio, incluyo la presentación de tres casos únicos de Fasciola hepática que se han presentado en el H.C.E. en el periodo de 11 años.

CASO 1

T.A.G. con S. Nº 252-04730, de 39 años de edad, sexo masculino, natural de Iquitos y procedente de Pisco, de ocupación contador. Inicia sus molestias tres años antes de su ingreso al Hospital, con dolor en epigastrio, tipo cólico, de presentación esporádica, de gran intensidad que solo calma con analgésicos potentes; molestias que se presentan sin relación con los alimentos; concomitantemente estreñimiento con deposiciones duras e irregulares. Refiere como antecedentes ingesta de berros en repetidas oportunidades.

El examen clínico revela: paciente en aparente buen estado general, clínicamente todos los aparatos y sistemas de caracteres normales.

Se hizo el diagnóstico clínico de Disquinesia Vesicular. Los exámenes auxiliares y de laboratorio, dieron los siguientes resultados: Hemograma, leucocitos: 23,000. Abastonados: 3. Linfocitos: 12. Eosinófilos: 44 y 68 % (dos exámenes repetidos). Neutrófilos 38.

Colecistografía: hipoquinesia vesicular. Investigación repetida de parásitos en heces: negativo, en bilis: larvas de strongiloides, posteriormente en Jugo gástrico: huevos de Fasciola hepática. Intradermorreacción para distoma hepático: positivo; llegado al diagnóstico definitivo se procedió al tratamiento médico con antihelmínticos (Mintezol) y Clorhidrato de emetina de 0.04 gm. en dosis de 1 amp. I.M./diario x 10 días, conjuntamente control E.C.G. Evolución favorable, saliendo de alta en buenas condiciones

para ser controlado ambulatoriamente.

CASO 2

V.V.J. Con S. Nº 100-11361, de 22 años de edad, sexo masculino, natural y procedente del Cuzco, de ocupación profesor.

Refiere que sus molestias se inician, tres meses antes de su ingreso, en forma insidiosa con dolor tipo peso en hipocondrio derecho, otras veces de tipo hincada irradiado a hombro derecho; en una oportunidad presentó cólico agudo en hipocondrio derecho por lo que acudió a emergencia; concomitantemente presentaba períodos de malestar general y aparición de ronchas con prurito generalizado. Presenta antecedentes de ingesta de berros en forma habitual.

Examen clínico: paciente joven, en aparente buen estado general, con ligero tinte subictérico. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Diagnóstico clínico: "Colecistitis Subaguda". Los exámenes auxiliares y de laboratorio, daban los siguientes resultados: Hemograma: leucocitos 16,300. Abastonados 2, Segmentados 20, Linfocitos 18. Eosinófilos: 45, 23 y 36% (exámenes repetidos). Pruebas hepáticas ligeramente positivas. Tiempo de protrombina 45 %. Investigación de parásitos en heces, quistes de ameba coli, bilis: negativo (8-ag-69), abundantes huevos de Fasciola (2-set-69). Colecistografía normal. Intradermorreacción para Fasciola: fuertemente positivo.

Con el diagnóstico definitivo de "Fasciola hepáti

ca" fue sometido a tratamiento médico intensivo, recibiendo 1 amp. diaria de clorhidrato de emetina de 0.04 gm. I.M./ día x 10 días. Sale de alta aliviado de sus molestias para control ambulatorio y tres semanas más tarde recibe una nueva serie de emetina, respondiéndose favorablemente.

CASO 3

G.F.R. con S. Nº 128-02684, de 43 años de edad, sexo masculino, natural y procedente de Cañete, de ocupación Radiotelegrafista.

Inicia su enfermedad 12 años antes de su ingreso, con dolor localizado en hipocondrio derecho, que se presenta en forma de cólicos, acompañado de ictericia, coluria e hipocolia; asimismo, refiere dispepsias a las grasas, estas molestias se repetían periódicamente, algunas veces acompañado de fiebre. Hospitalizado en el año 1961 y 1965, con el diagnóstico de Hepatitis, reingresa en febrero de 1968, diagnosticándosele "Colecistitis crónica con colangitis", por lo que recibe tratamiento Médico, saliendo para volver a reingresar a las pocas semanas. Como antecedentes de importancia, refiere brote urticariante de presentación periódica.

Examen clínico: paciente en aparente buen estado general, con ictericia de piel y mucosas. Abdomen con hígado y bazo dentro de límites normales. Puño-percusión del área hepática, dolorosa; con signo de Muyphy discretamente positivo. Se hizo el diagnóstico clínico de "Colelitiasis con colangitis". Los exámenes auxiliares y de laboratorio, revelaron lo siguiente: Hemograma: leucocitos 7,300. Neu-

trófilos 84 con 14 abastonados y 70 segmentados. Eosinófilos 18 %. Pruebas hepáticas moderadamente positivas. Bilirrubinas elevadas a predominio directo. Investigación de parásitos en heces y bilis: negativo. Colangiografía: disquinesia vesicular.

Sometida a intervención quirúrgica con el diagnóstico preoperatorio de "Colelitiasis", los hallazgos fueron: vesícula pequeña sin cálculos, que se contrae normalmente; a la palpación formación dura en colédoco distal por lo que se procede a apertura del colédoco, extrayéndose cuerpo extraño de 4 x 2 cm. semejante a una hoja de cebolla, de consistencia dura, correspondiendo a una Fasciola hepática muerta, calcificada, confirmado por el informe anátomo-patológico. Se hizo tratamiento complementario en el postoperatorio con una serie de 10 amp. de clorhidrato de emetina de 0.06 gm. I.M. diario. Sale de alta en buenas condiciones.

Analizando los tres casos de Fasciola hepática presentados en este estudio, obtenemos los siguientes resultados:

1.- Edad.- El caso 1 corresponde a un paciente de 39 años de edad, el caso 2, es un paciente de 22 años y el tercer paciente de 43 años.

2.- Sexo.- Los tres casos son del sexo masculino, a diferencia de los tres casos de Ascaridiasis de vías biliares.

3.- Procedencia.- Si bien el paciente del caso 1 era natural de Iquitos, procedía de Ica al igual que el paciente del caso 3; el otro paciente procedía del Cuzco.

4.- Cuadro clínico

a.- Tiempo de enfermedad: Los casos 1 y 3 podemos catalogarlo, como cuadros esencialmente crónicos con 3 y 12 años de enfermedad respectivamente. En cuanto al caso 2, el cuadro tiene una evolución subaguda.

b.- Antecedentes.- En los tres casos se registra el antecedente epidemiológico de ingesta de berros.

c.- Síntomas y signos

CUADRO 30

ESTUDIO CLINICO-ESTADISTICO EN 3 CASOS DE FASCIOLIASIS HEPATICA

| HALLAZGOS | CASO Nº 1 | CASO Nº 2 | CASO Nº 13 |
|---|---|---|---|
| Edad | 39 años | 22 años | 43 años |
| Sexo | Masculino | Masculino | Masculino |
| Procedencia | Pisco | Cuzco | Cañete |
| Tiempo de enfermedad | 3 años | 3 meses | 12 años |
| Anteced. ingesta de berros | + | + | + |
| Sintomat.: dolor colico abdom. | + | + | + |
| dolor en hipoc. derecho | - | + | + |
| dolor en epigastrio | + | - | - |
| dispepsia a grasas | - | + | + |
| ictericia y coluria | - | + | + |
| brote urticariante | - | + | + |
| Ex. clínico: | | | |
| Facies ictérica | - | + | + |
| Signo de Murphy | - | + | + |
| Diagnóstico clínico | Sind. doloroso epigástrico | Colecistitis subaguda | Colelitiasis con colangitis |
| Hemograma: Leucocitosis | + | + | - |
| Eosinofilia promed. | 56 % | 38 % | 18 % |
| Colecistografía | Hipoquinesia vesicular | Normal | Disquinesia vesicular |
| Heces | Negativo | Ameba coli | Negativo |
| Bilis | Larvas de strongiloid. huevos de fasciola | Huevos de fasciola | Negativo |
| Jugo gástrico | - | - | - |
| Intradermoreacción para fasciola | + | + | No se hizo |
| Tratamiento | Médico (emetina) | Médico (emetina) | Médico-quirurg. (emetina) |
| Evolución | Favorable | Favorable | Favorable |

Del cuadro 30 deducimos que el dolor abdominal estuvo presente en 100 por ciento de casos, siendo de tipo cólico localizado en el hipocondrio derecho en 75 % de casos y en el epigastrio en el caso restante. La dispepsia a las grasas, al igual que la ictericia y urticaria, estuvo presente en los casos 2 y 3, donde el cuadro presenta las características de síndrome obstructivo biliar.

d.- Diagnóstico preoperatorio

De los tres casos estudiados, uno de ellos, el caso 3 fue sometido a intervención quirúrgica, llegándose solo por este medio al diagnóstico definitivo por hallazgo de los huevos de Fasciola en bilis o jugo gástrico, por lo que el tratamiento indicado era el Médico a base de emetina. Los diagnósticos clínicos al igual que los otros hallazgos claramente pueden ser interpretados al revisar el cuadro 30.

## V.- DISCUSION

"La parasitología ha sido siempre la cenicienta de las Ciencias médicas y la Protozoología fecal, a pesar de su importancia, las cenizas. No hay una real cura para este triste estado de materias que no sea una educación apropiada y una supervisión entrenada e informada"; esta expresión de un Parasitólogo, cúmplese a cabalidad en nuestro medio, donde existe un agudo contraste entre la infestación y morbilidad parasitaria por un lado, y la bibliografía, que por su escasez, está detectando cierta indiferencia (por llamarla de algún modo) de parte de los Médicos Nacionales, dejando inédita su experiencia, respecto del tema que nos hemos ocupado. Las consecuencias de ello se reflejan en el Quirófano, cuando ante un hallazgo operatorio, el Cirujano no conoce, los recursos o procedimientos adecuados, improvisando técnicas que a la postre no sólo resultan ineficaces, sino que complican más aún la enfermedad, diseminándola y haciéndola incurable; para citar el ejemplo más demostrativo, citaremos a la Hidatidosis hepática de la que, acertadamente, se ha dicho: "La suerte de un quiste hidatídico de hígado, depende de su primera intervención".

Haremos la discusión de los casos presentados, de acuerdo a la distribución de las entidades nosológicas incluídas en este estudio.

### 1.- AMEBIASIS

La amebiasis, infestación parasitaria de localización inicial y predominantemente intestinal, suele compro

meter al hígado en cerca de 30% de casos (26); estimándose que en 0.5% de pacientes con disentería amebiana, se desarrolla complicaciones que requieren de tratamiento quirúrgico (16), lo cual representa una pequeña fracción de la morbilidad amebiana total.

En nuestro estudio incluímos 22 casos de Abscesos hepáticos Amebianos y tres a nivel intestinal que fueron tratados quirúrgicamente. (15) incluye 20 casos de Abscesos hepáticos, correspondiendo 15 a abscesos amebianos y 5 a piógenos, en un estudio realizado en el Hospital Obrero de Piura; y (18) reporta 74 casos de Amebiasis hepática presentado en 10 años en la ciudad de los Angeles-California.

La Amebiasis hepática, con mucha mayor frecuencia, ocurre en adultos (18) coincide con esta afirmación, el registro de un solo caso en el Departamento de Anatomía-patologica del Hospital del Niño. No se nota ninguna predilección por alguna edad de la adultez; los números en cada década aproximan la relativa frecuencia en la población general.

La mayor incidencia en hombres ha sido señalada por otros autores (14,17,19); comprobación que en este estudio es también observada, encontrando que 84% de pacientes fueron hombres; ninguna explicación satisfactoria se ha dado para este hecho.

Cerca de la mitad de los pacientes manifestaron un Sindrome agudo (tres semanas o menos de duración) y el resto (56%), una enfermedad crónica. Berne reconoció 4 formas clínicas de presentación: un Sindrome de margen costal tanto agudos como crónicos y un Sindrome pulmonar también agudos y crónicas. En este estudio la casi totalidad de los

pacientes presentaron sintomatología abdominal y solo en un caso se registró patología pulmonar, fué este paciente quien hizo complicación de fístula hepato-bronquial.

Las manifestaciones clínicas dependen del tamaño, de la localización y el número de abscesos, junto con el compromiso de los tejidos adyacentes (14,16,17,19). El inicio clínico y el curso pueden ser agudos y severos o insidiosos y ligeramente débiles; las manifestaciones cardinales son:

1.- Hígado doloroso, sensible y grande (presente en el 68.3% de nuestros casos)

2.- Fiebre, que puede ser de bajo grado, contínua o elevada (fué uno de los síntomas más frecuentemente hallados después del dolor en el 86.3% de los casos).

3.- Malestar general, presentes por varios días o semanas antes que ocurra el dolor hepático.

Moderados síntomas gastrointestinales de diarreas o estreñimiento, cefalea y pérdida de peso, son comunes (20,21).

El dolor en el hipocondrio derecho o en la parte inferior del torax, es la localización más frecuente del síntoma (14,17); el dolor es generalmente sordo.( en nuestra casuística registramos de tipo hincada y de allí que con gran frecuencia se hizo el diagnóstico equivocado de patología vesicular); pero puede hacerse severo por la presión; el dolor y la sensibilidad están localizados con frecuencia exquisitamente en una área pequeña en los espacios intercostales raramente un absceso de curso crónico, puede ser indoloro.

El cuadro clínico típicamente llega a ser más a-

gudo, cuando el absceso produce, con el incremento del dolor, fiebre en picos, escalofríos y profusa diaforesis. La localización y el tamaño del absceso, determina mucho el cuadro clínico y el alcance quirúrgico.

Los abscesos del lóbulo derecho medio, anterior o lateral, generalmente producen un dolor bien localizado y sensibilidad sobre los espacios intercostales inferiores derechos, algunas veces con protuberancia localizada y edema (17). Los abscesos que se presentan en la superficie superior del hígado pueden pasar clínicamente latentes hasta que la inflamación de la pleura o ruptura dentro de los pulmones o cavidad pleural ocurre. Los abscesos de la superficie superior tienden a extenderse atravós del tendón central del diafragma, con dolor referido al hombro derecho(hallazgo no infrecuente en nuestros casos que hizo pensar en muchos, colelitiasis); un absceso en la parte posterior, con frecuencia , es clinicamente latente, pero puede romperse y producir un absceso retroperitoneal. El absceso, puede disecar hacia abajo el riñón derecho y se presenta como un abombamiento doloroso en el flanco derecho simulando un absceso perinefrítico (22). Un absceso de borde anteroinferior de hígado puede simular un empiema de la vesícula, mientras los absceso del margen posterior aparecen como un riñón agrandado. El hepatoscanning o la laparatomía exploradora, pueden ser necesarios para diferenciar entre un riñon grande o hígado y abscesos amebianos u otras masas. (18,19).

Las complicaciones más comunes del absceso hepático amebiano, son la extensión pleuropulmonar (registramos un caso de fístula hepatobronquial) y la ruptura; también caquexia progresiva puede desarrollarse en el paciente

y morir de insuficiencia hepática. Los abscesos hepáticos amebianos con sus complicaciones, son relativamente infrecuentes en niños (solo se tiene registrado un caso en el Departamento de Anatomía-patológica del Hospital del Niño). La tromboflebitis de las piernas, no deja de ser poco usual y la embolia pulmonar puede ocurrir. La mortalidad corriente para el absceso hepático amebiano tratado tempranamente es mas o menos del 3 al 5% (18); pero se incrementa agudamente cuando el tratamiento es tardío (por ser reducida nuestra casuística, no podemos dar porcentaje de incidencia de mortalidad; aunque se tiene registrado un caso). El promedio de mortalidad de los abscesos secundariamente infectados que requiere drenaje puede aumentar a un 40% o más.

Abscesos del lóbulo izquierdo

Los abscesos del hígado en el lóbulo izquierdo frecuentemente presentan un cuadro atípico y son difíciles de diagnosticar (registramos 5 casos). Muchos no son reconocidos hasta la laparatomía o autópsia. Una masa dolorosa en el epigastrio o área subcostal izquierda y fiebre, son signos comunes; ocasionalmente solo el lóbulo derecho clínicamente está agrandado. Los abscesos crónicos del lóbulo izquierdo pueden simular enfermedad maligna diseminada con pérdida de peso, fatiga, fiebre y síntomas abdominales vagos. Los estudios de laboratorio pueden resultar inconclusos. La laparatomía exploradora es frecuentemente necesario para establecer el diagnóstico.

Las complicaciones de los abscesos del lóbulo izquierdo son frecuentes y asi tenemos que de los 5 casos que

presentamos en esta serie con abscesos de lóbulo izquierdo tres recidivaron, habiéndoseles reintervenido para nuevos drenajes, quedando por mucho tiempo con fístulas a pared abdominal; de esta manera el promedio de mortalidad es más alto que los del lóbulo derecho. La ruptura dentro del omento menor no es infrecuente y la ictericia obstructiva puede resultar de la presión sobre el conducto biliar común. El compromiso del torax izquierdo inferior ocurre en mas o menos en un tercio a la mitad de los pacientes ( 14, 16, 17). El diagnóstico diferencial incluye tumores abdominales, esplenomegalia, abscesos subdiafragmáticos, perforación de úlcera péptica y neumonitis en la base izquierda (registramos dos de estos casos con diagnóstico de "Ulcera péptica perforada")

Examenes Auxiliares

La amebiasis hepática precoz, aún con múltiples focos produce pocos cambios en las pruebas de laboratorio. Una leucocitosis de 10,000 a 18,000 se desarrolla en mas o menos el 70% de los casos (18) . Nosotros encontramos que los 22 pacientes con abscesos hepáticos amebianos presentaron moderada leucocitosis con desviación izquierda; y (15) encuentra estas alteraciones de la fómula en 19 pacientes de una serie de 20.

Las heces son frecuentemente negativas para amebas, hecho concordante con nuestros hallazgos. Los abscesos hepáticos amebianos comunmente producen elevación de las T.G.O. y una anemia normocítica hipocrómica o normocrómica (no registrados en nuestro estudio).

Los test de hemaglutinación indirecta parecen tener valor. Kagan reporta que si los test de Hemaglutinación

y fijación de complemento, ambos son negativos, hay una gran posibilidad si no certeramente que el Absceso amebiano puede ser descartado; si un test es positivo y el otro negativo, ninguna conclusión puede sacarse, pero si sospechar la Amebiasis; si ambos tests son positivos, el paciente probablemente tiene Absceso amebiano. Hay pacientes ocasionales, quienes son serologicamente negativos, con absceso hepático confirmado, demostrando las amebas en el aspirado o biopsia, o un absceso no confirmado sin la demostración de organismos pero con una respuesta espectacular al tratamiento antiamebiano. El test de Fijación de complemento de Craig es positivo comunmente en abscesos hepáticos amebianos; pero falsos positivos o falsos negativos limitan su valor.

Las pruebas hepáticas no son específicas y pueden ser sugestivas de lesiones ya parenquimales u obstructivas; cuando están alteradas indican función hepática anormal y no necesariamente Amebiasis. La bilirrubina sérica aumenta relativamente tarde e indica obstrucción biliar o marcada destrucción hepática. La retención de BSP y elevación de fosfatasa alcalina ocurren en invasiones hepáticas extensas. La albúmina sérica está disminuída en grandes abscesos, pero por aumento de las globulinas, las proteinas totales séricas pueden no variar. El sulfato de Zinc, turbidez del timol y floculación de cefalina-colesterol están generalmente elevadas y reflejan aumento de globulinas.

Radiología

Los cambios radiológicos, se encuentran en la radiografía de Torax en mas o menos el 70 % de pacientes con abscesos hepáticos (17). Elevación o protrusión localizada

hacia arriba del hemidiafragma derecho, es el signo mas común (17,18); nosotros encontramos este signo radiológico en mas del 50% de los casos. Otros cambios radiológicos característicos incluyen: consolidación basal pulmonar, con atelectasias lineares o aplanadas, nuemonitis segmentaria, engrosamiento pleural o efusión, empiema y raramente efusión pericárdica o hidroneumotorax . La restricción del hemidiafragma derecho se nota por fluoroscopia.

Gammagrafía

Los recientes desarrollos en el Hepatoscanning, usando isótopos como el oro radioactivo o el rosa de bengala con el yodo radioactivo, tienen gran ayuda en el diagnóstico de abscesos hepáticos. (Registramos este examen en un solo paciente, revelando área no funcionante en lóbulo izquierdo). El Scanning hepático es también valioso en la decisión para la aspiración percutánea o por laparatomía, del absceso.

Examenes scanográficos suelen usarse consecutivamente para seguir el curso del absceso y evaluar el tratamiento. El uso indiscriminado está limitado por el costo y la disponibilidad de los isótopos y equipo.

El medio radiopaco tal como 20% de diatrizoate de sodio (Hypaque), puede inyectarse dentro de la cavidad, en el momento de aspirar el hígado u otros abscesos; las radiografías así podrán revelar la localización y extensión de la cavidad del absceso. Si la laparatomía llega a ser necesario, la colangiografía operatoria, o aun la Venografía portal puede ayudar a localizar un absceso; también la arteriografía hepática. La esplenoportografía cutánea descrita por Bunnay y Col. es ocasionalmente usado en el diagnós

tico de los abscesos hepáticos amebianos.

Diagnóstico

La amebiasis hepática es fuertemente sospechada cuando la E. Histolytica es encontrada en las heces o hay una historia de diarrea en un paciente con un hígado agrandado, doloroso, sensible y con fiebre. El diagnóstico precoz frecuentemente debe descansar en un juicio clínico de un hígado doloroso, desde que las amebas no pueden ser demostrados (en nuestra serie solo en dos casos se pudo demostrar el protozoo) y otros signos o síntomas pueden estar ausentes o ser inéspecíficos. El hepatoscanning es de gran valor y la hemaglutinación indirecta de mucha ayuda; ningún test cutáneo es de valor (18).

El diagnóstico definitivo de la Amebiasis hepática frecuentemente descansa en la respuesta terapéutica con Emetina, Cloroquina o ambas; una pronta respuesta al tratamiento comprueba el diagnóstico clínico (en este principio nos basamos en la mayoría de los casos). La aspiración del pus característico y la demostración de amebas establece el diagnóstica definitivo. Si el pus no se obtiene por aspiración, una biopsia hepática puede ser útil. La biopsia de la pared de un absceso hepático demostrará trofozoitos en tanto como el 75% de los pacientes (16, 19); en este sentido el Departamento de Anatomía-patológica reporta solo en el 22.7 % de nuestros casos elementos formes compatibles con Amebas. Los abscesos hepáticos no diagnosticados llevan una alta mortalidad (18), hecho también no corroborado por nosotros ya que en un solo caso se hizo el diagnóstico preoperatorio de Absceso hepático amebiano y en el resto conse

cuentamente no se intento terapia antiamebiana antes de la laparatomía, a pesar de todo esto se registraun solo caso de mortalidad.

Si el diagnóstico permanece en duda o el paciente está deteriorándose, la laparatomía es lo indicado.

El diagnóstico diferencial es difícil frecuentemente. La cirrosis, la neumonitis y los hepatomas primarios pueden causar un cuadro clínico similar. El absceso hepático amebiano, puede también simular un absceso bacteriano, malaria, colecistitis supurativa, colangitis, hepatitis o abscesos subdiafragmáticos (muchos de estos diagnósticos fueron dados en los casos que presentamos). Los abscesos crónicos pueden confundirse con cirrosis de alguna causa, carcinoma, colelitiasis, TBC o Leishmaniasis. La colecistitis amebiana es extremadamente rara.

Terapia en el Absceso hepático amebiano

El tratamiento de un absceso hepático amebiano, consiste en la emetina o cloroquina o ambos, mas un amebicida intestinal como la hidroxiquinoleína halogenada o arsenical y un antibiótico de amplio espectro. La reducción en la toxemia, fiebre y leucocitosis generalmente ocurre en dos a cuatro días. Si prontamente no mejora con la quimioterapia, la cavidad del absceso, deberá aspirarse. La terapia combinada adptada por Anderson y Wilmot, consiste en 1 mg. de emetina clorhidrato por Kg.día, no exceder 65 mg.día I.M. durante 10 días; el sulfato de cloroquina o difosfato, por vía oral en dosis de 600 mg inicial, seguido de 300 mg 6 horas más tarde, asi 150 mg dos o tres veces al día, por 30 días; y 650 mg de Diyodohidroxiquinoleína

(Diodoquin) tres veces al día por 20 días vía oral; uno a dos gramos de tetraciclina por dia vía oral o I.V. por 10 a 15 días y aspiración del absceso amebiano cuando sea necesario. La emetina y la cloroquina, son las únicas drogas de valor probado en las lesiones amebianas hepáticas u otras extraintestinales. La emetina, es un tóxico protoplasmático, por ser acumulativo desde que se excreta lentamente. La dodis total de emetina no debe exceder de 10 mg. por kilo o 0.65 mg; la emetina puede suspenderse cuando ocurre la mejoría. La necrosis focal del músculo cardiaco y la muerte puede sobrevenir por sobredosis de emetina. Las manifestaciones tóxicas incrementan la frecuencia cardíaca y disminuyen la presión sistólica; los cambios en el E.C.G. incluyen aplanamiento e inversión de la onda T. y prolongación de los intervalos QT y PR; la emetina debe suspenderse por arritmias, debilidad muscular o cuando aparece dermatitis. Los pacientes que reciben emetina deben ser confinados a una cama hospitalaria, y mantener una actividad miocárdica mínima. La emetina está contraindicada en enfermos cardiovasculares y la dosis debe ser reducida en pacientes muy jóvenes o ancianos. La cloroquina es la droga de elección en pacientes cardiovasculares o embarazadas; las ventajas de la cloroquina son menos toxicidad y administración oral. Una combinación de emetina-cloroquina da un promedio de cura de mas o menos 95% (18). Ni la emetina ni cloroquina limpiarán las amebas intestinales y un amebicida intestinal tipo hidroxiquinoleína deberá darse corrientemente. El antibiótico está indicado para la infección bacteriana asociada secundariamente en las úlceras del colon o dondequieran.

Aspiración del hígado.- El drenaje por aspiración está indicado si se presenta un absceso grande o si la mejoría clínica significativamente no es evidente, dentro de dos a cuatro días de quimioterapia; mas o menos el 25% de los abscesos clinicamente aparentes, requerirán de aspiración una o mas veces.(17). La aspiración cerrada es preferible al drenaje tubular abierto; la respuesta no es mas rápida y el drenaje requiere de un procedimiento mas extenso que la aspiración por aguja; sin embargo si el absceso bacteriano se instala o si la infección bacteriana aguda se desarrolla en un absceso amebiano, el drenaje abierto es necesario. Cada aspirado debe ser extendido en lámina y cultivada para bacterias. El drenaje abierto es mas seguro que se efectúe por una ruta extraperitoneal o extrapleural. Los abscesos amebianos que se drenan abiertamente, frecuentemente se infectan con bacterias. La técnica de colocar un tubo de drenaje através de la pared abdominal al absceso amebiano, se ha demostrado que incrementa la morbimortalidad del paciente; el tubo de drenaje es constantemente bañado por pus y crea un excelente medio de cultivo (16,18). La aspiración del absceso hepático es potencialmente peligroso y deben observarse debidas precausiones; la aspiración no se lleva a cabo para diferenciar entre una amebiasis focal y un absceso común. La quimioterapia incluye a la emetina o cloroquina ó ambos y siempre debe iniciarse antes de intentar la aspiración. El lóbulo derecho del hígado puede aspirarse con una aguja de gran calibre de 1 a 2 mm. de diámetro; las nuevas agujas de teflón resultan menos traumáticas. El sitio preferido para introducir la aguja es en el área

de máxima sensibilidad intercostal que debe ser sobre el absceso, la aguja debe introducirse directamente sobre la tumoración. De otra manera el sitio de elección esta en el noveno espacio intercostal sobre la linea media o axilar anterior, localizando la aguja debajo del receso pleural (17, 18, 19). Los abscesos posteriores pueden abordarse por el ángulo lumbosacro. El hígado puede contener varios absce sos cada uno de los cuales debe aspirarse.

La aspiración percutánea con aguja de abscesos del lóbulo izquierdo, están contraindicados porque están localizados profundamente en el abdomen, por lo que es necesario la laparatomía para el drenaje de estos abscesos bajo visión directa. La aspiración repetida de un absceso esta indicado si la fiebre, dolorabilidad y leucocitosis recurren o se incrementan; estos signos son indicaciones específicas para aspiración repetida y no significa una falla en el tratamiento. Precauciones asépticas estrictas deben tomarse y la aspiración solo debe hacerse en sala de operaciones bajo condiciones estériles.

Abscesos del hígado que se descubren en una laparotomía deben ser aspirados tan completo como sean posibles y el abdomen se cierra sin dejar drenes.

La única contraindicación seria para aspirar, es que se trate de un quiste hidatídico descencadenándose un shock anafiláctico y siembra de scolex. Ultimos estudios sugieren que la aspiración por aguja no acorta el tiempo de resolución cuando se usa modernos quimioterápicos como los que se vienen usando con gran éxito esto es la hidroemetina y el metronidazole oral, drogas menos tóxicas (13).

2.- HIDATIDOSIS ABDOMINAL

La hidatidosis, es una Zoonosis que se presenta en forma endémica en muchas regiones del mundo, sobre todo en paises que viven de la industria ganadera; en nuestro medio, la hidatidosis cobra real importancia no tanto por la Industria ganadera que está muy por debajo de otros paises, mas si por las condiciones sanitarias deficientes y una población canina numerosa, incontrolable desde el punto de vista sanitario e higiénico y que viven en promiscuidad con las personas; de alli que se registren alta incidencia de esta enfermdad. Cabe destacar la mayor frecuencia de localizaciones pulmonares sobre las demas, especialmente las del hígado; así (9) reporta de 68 casos de hidatidosis, 32 fueron pulmonares y 24 hepáticos; y (11) da 47.3% de incidencia a favor de la hidatidosis pulmonar, sobre 36.7 % hepáticos. Nuestros hallazgos corresponden 44 casos de hidatidosis de localización pulmonar por 30 casos de localización hapática en el período de 11 años que comprende este estudio, registrados en el H.C.E.; igual predominancia pudo establecerse al revisar los archivos del Hospital del Niño donde encontramos 60 casos de hidatidosis pulmonar y solo 14 casos de localización hepática. Esta predominancia de la hidatidosis pulmonar es contraria a los reportes dados por Autores Anglosajones quienes ubican a la localización hepática como la mas numerosa, basados en la Fisiopatología dado que la primera barrera que vencen los parásitos es a nivel del hígado; sin embargo a diversas interpretaciones se han dado para explicar la mayor frecuencia pulmonar, una de ellas es dada por el Argentino Ferro quien piensa que factores mete-

reológicos pueden predisponer a una vaso-dilatación visceral que facilita que el parásito pueda sortear el filtro hepático; y (12) considera que el embrión llega al tejido pulmonar por vía linfática.

Los quistes hidátídicos del hígado pueden ser únicos (tenemos registrado 14 casos de una serie de 27 estudiados) o múltiples (5 casos en nuestra casuística), ocupar uno o ambos lóbulos, o coincidir con otras localizaciones viscerales (8 casos dentro de este grupo).

Topográficamente se les puede clasificar en antero superiores o anteroinferiores, posterosuperiores o posteroinferiores y los medianos (9). Los superiores tanto anteriores como posteriores evolucionan hacia el tórax. Los anteroinferiores y algunas veces los anterosuperiores se proyectan hacia el abdomen y los posteroinferiores a la región lumbar.

Los enfermos de Quiste hidatídico registrados en este estudio provienen en su mayoría de Zonas serranas de nuestro país, fundamentalmente de Zonas ganaderas centro y sur.

Habitualmente es un tumor doloroso de hipocondrio derecho o de epigastrio, lo que generalmente trae al paciente a la consulta; solo registramos un caso asintomático, siendo un descubrimiento casual con motivo de otro examen.

El dolor presente en el 83.3% de nuestros casos, es un dolor referido al hipocondrio derecho en la mayoría de los pacientes, irradiado al dorso u hombro en los quistes a evolución superior (registramos 5 casos de este tipo); en los quistes a evolución inferior hemos observado dolores

de tipo cólico hepático. Aunque la concomitancia con litiasis vesicular no es rara (registramos tres casos de colelitiasis), a veces no se comprueban alteraciones en las vías biliares.

Ivanissevich, ha observado el cólico hepático intenso sin que la membrana parasitaria esté fisurada y haya dejado pasar líquido o trozos de vesículas y atribuye la aparición del dolor a la eliminación de pequeñas partículas de la membrana quitinosa que se elimina por las vias biliares ya abiertas al espacio virtual comprendido entre el parásito y la adventicia.

Los enfermos que tienen quistes emergentes hacia abajo y desplazan las vísceras huecas del abdomen superior, presentan trastornos dispépticos, sensación de plenitud postprandial y alguna vez náuseas y repulsión por ciertos alimentos; estos síntomas han sido observados en el 50% de nuestros casos. En cambio los que emergen hacia arriba y que empujan el diafragma levantando el pulmón, tienen tos seca por irritación pleural (dos pacientes).

Entre los exámenes auxiliares y de laboratorio, contamos con la eosinofilia, que algunos consideran un hallazgo inconstante (1, 7, 9), ya que desparece en caso de sobreinfección; nosotros encontramos eosinofilia en 18 pacientes, es decir en el 66.6% de los casos, con un promedio de 75 eosinófilos %. Señalando la presencia de un quiste infectado o un proceso infeccioso concomitante, encontramos leucocitosis con desviación izquierda en cerca al 30% de los casos, conjuntamente con una velocidad de sedimentación acelerada en el 22.2%. Uno de los exámenes de gran valor des

critos en el 44.4% de los casos, es el examen radiológico, revelándonos en unos imágenes típicas de quiste, en otros deformación del borde inferior del hígado, diafragma sobreelevado con frecuente reacción pleural,excepcionalmente calcificación visible de las paredes.

Otro de los exámenes de importancia, es la intradermoreacción a la toxina hidatídica de Casoni, test intracutáneo positivo en más o menos el 86% de los casos (9); en nuestro estudio, se efectuó este examen en 9 pacientes, de los cuales 7 presentaron reacción positiva. La prueba de fijación del complemento (no efectuada en ninguno de nuestros casos), es positivo en cerca al 90% de los casos (9). Cuando tanto la intradermo-reacción de Casoni y la Fijación de complemento resultan positivos, y existe una eosinofilia de más del 5%, el diagnóstico es generalmente definitivo (6).

En general, la Hiadtidosis hepática es de fácil diagnóstico, cuando el quiste llega a tener cierto volumen o sobreviene alguna complicación (infección, ruptura, etc.); el examen clínico, la radiografía simple de abdomen (deformación de cúpula diafragmática, calcificaciones, etc.), la radiografía contrastada de estómago, duodeno, colon y vesícula (desplazamiento de visceras), el neumoperitoneo, permiten en general llegar al diagnóstico de tumoración intrahepática redondeada; esto unido a la sintomatología, procedencia del enfermo, reacción de Casoni positivo y eosinofilia, evidencian con bastante seguridad la presencia de un quiste hidatídico intrahepático; sin embargo en algunas localizaciones del quiste hidatídico, como por ejemplo la posteroinferior o lumbar o la central, resulta difícil el diagnós-

tico al examen clínico y los métodos auxiliares comunes son generalmente negativos. En otros casos se tiene la evidencia de que un quiste hidatídico abierto en vías biliares, pero ni el examen del paciente ni el examen radiológico convencional permiten ubicarlo; incluso puede suceder que en el mismo acto quirúrgico, sea imposible localizarlo, porque al estar abierto a la vía biliar, se ha depleccionado y no tiene contenido líquido; en estos casos y cuando también se sospecha de la presencia de quistes múltiples o en casos en que el diagnóstico de Quiste hidatídico es dudoso; en tales circunstancias, la Esplenoportografía es un examen radiológico auxiliar útil e inocuo (2).

En cuanto a la localización del o de los quistes en el hígado, poco se ha hablado al respecto; se dice que el quiste se sitúa preferentemente en el lóbulo derecho y que en 1/5 de los casos es múltiple; nuestros hallazgos corresponden 10 casos de quistes hidatídicos en el lóbulo derecho del hígado por 5 en el izquierdo esto hace una relación de 2/1; y se registran tres casos de hidatidosis hepática múltiple.

Aspectos Clínicos de los Quistes supurados

Tenemos registrado dentro de los quistes hidatídicos supurados, 7 casos (cuadro 16).

La supuración de los quistes del hígado, constituye un fenómeno frecuente a decir de Herrera Vega y Cranwell (9). Larghero, con una importante experiencia sobre el tema, estima la frecuencia en 18% de los casos. Nosotros registramos el 25.8% de los casos. Se trata de una complicación que

aparece espontáneamente o después de un traumatismo.

Los antiguos Cirujanos, la observaban después de punciones. La punción del quiste se usaba con fines diagnósticos y terapéuticos; hoy resulta un procedimiento absolutamente prohibido por sus peligros y su inoperancia. La infección es generalmente de origen biliar; la vía arterial se considera excepcional. El quiste degenerado o muerto disminuye su tensión y facilita la abertura de los pequeños canalículos biliares de la capa interna de la adventicia, que vuelcan la bilis contaminada a la cavidad adventicial (registramos 4 casos de esta naturaleza). Los gérmenes son generalmente el bacilo coli y el enterococo, por lo que el pus adquiere el olor fétido característico; intervienen también gérmenes anaerobios como el perfringes; el streptococo anaerobio que producen gas. Al infectarse el quiste, los restos hidatídicos no siempre mueren totalmente; se ha comprobado que vesículas hijas, flotando en el pus, siguen vivas. La membrana adventicia se transforma en piógena; el quiste hidatídico del hígado en estas circunstancias da una sintomatología igual a la de los Abscesos piógenos. En los quistes emergentes hacia arriba, generalmente hay dolor irradiado hacia el hombro por irritación pleural que suele llevar a la pleuresía serofibrinosa (registramos un caso). En los quistes supurados emergentes hacia la cavidad abdominal hay signos de repercusión sobre el tubo digestivo y el peritoneo, acusando los pacientes vómitos, náuseas, diarreas, dolor y defensa muscular (7), 8, 9).

Quistes Múltiples y con localización en otras visceras

Los quistes múltiples del hígado se presentan en una proporción de 1 a 4 (Ivanisevich) (9). Nosotros registramos 3 de esta naturaleza de 19 quistes hidatídicos únicamente hepáticos. Aparecen dos o tres del mismo tamaño y a veces otros más pequeños. El estudio clínico no permite siempre hacer el diagnóstico de quistes múltiples que solamente se descubren en una minuciosa búsqueda durante la operación. Como la Equinococosis secundaria parenquimatosa es excepcional, se debe pensar en la infestación primitiva sucesiva (Ivanissevich y Rivas). La parasitación masiva es muy rara en el hombre (9). En cuanto a los quistes poliviscerales (ver cuadro Nº 8) suele asociarse quistes de hígado y pulmón en más o menos 13% de los casos. Cuatro de nuestros casos presentaron antecedentes de hidatidosis pulmonar.

Aspectos Clínicos de la Hidatidosis Peritoneal

La equinococosis peritoneal primitiva es rarísima en su forma clásica. Habitualmente es secundaria a ruptura de quistes viscerales, principalmente de hígado y bazo. El accidente de ruptura que puede ser espontáneo o traumático configura a veces un cuadro de abdomen agudo. La invasión brusca de los elementos parasitarios determina un estado de "Shock" mas o menos intenso con reacción peritoneal náuseas y vómitos; cuando el tumor hidatídico se había diagnosticado con anterioridad, es posible comprobar la desaparición del mismo. El accidente de ruptu-

ra en ocasiones se hace menos brusca y se traduce en síntomas atenuados que apenas son percibidos por el enfermo y se les descubre tras un interrogatorio bien llevado. Al respecto reportamos tres casos de real interés que incluyen un Quiste hidatídico localizado en UTERO, un quiste hidatídico localizado en ANEXOS DERECHO y un tercer caso de Quiste hidatídico degenerado localizado en aponeurosis de pared abdominal.

En lo que respecta a la Hidatidosis uterina, es posible que sea secundario a una ruptura de Quiste hidatídico hepático, cuyo cuadro no fué bien investigado ya que esta paciente posteriormente fue intervenida por Hidatidosis Hepática y peritoneal múltiple. Rarísimos son los casos reportados de Hidatidosis uterina primaria; asi (4) reporta un caso en Heilderberg-Alemania en una paciente de 27 años a la que le fue extirpada el utero por tumoración que resultó un quiste hidatídico con numerosas vesículas y scolex en el interior. Los órganos genitales femeninos, son asiento de Equinococosis solo en el 0.8% (Vegas y Cranwell); el órgano mas tomado es el Utero. Generalmente los quistes genitales son secundarios (Gutiérrez, Lorincz, Macchiarulo, Mansfeld, Puntel, Ruiz u.v.a) y los scolex emigrarían a la cavidad abdominal y perforarían el utero. Según Missirloglou y Anagnostidis Superbi, la vía vaginal para explicar la Equinococosis uterina queda descartada ya que los embriones de las oncósferas se desintegran en el medio ácido vaginal y no se ha constatado aún una Equinococosis vaginal primaria; se trataría mas bien de Oncósferas maduras que pasarían del intestino del perro a la

vía gastrointestinal humana, los embriones atravesando la mucosa enteral llegarían al torrente sanguíneo por vía porta al hígado o vía linfática a los pulmones, solamente luego de pasar por estos órganos (cuyos capilares sirven comunmente de filtros) alcanzarían la gran circulación y pasarían a cualquier órgano (esta explicación podría darse al caso que registramos de Equinococosis de Anexos derecho, ya que a la laparatomía solo se descubrió esta única localización, considerándola como equinococosis primaria).

Ruiz propone como condición esencial para que un Quiste Hidatídico sea primario que este esté circundado completamente por tejido del órgano afectado; y a propósito es una de las condiciones en que se encontró el caso que referimos de Quiste en aponeurosis de pared abdominal. (10) reporta 1 caso de este tipo. Por último es importante mencionar que esta clase de quistes es sumamente raro considerado excepcional en la literatura mundial. (5) hace referencia de un caso y establece posibilidades de pasaje del Equinococus al útero entre otros.

Enfoque Médico-quirúrgico

Aquello de que "prevenir es mejor que curar" sería lo ideal en la práctica de una buena profilaxis en la lucha antihidatídica bien dirigida; pero pongamos frente a un enfermo hidatídico y digamos que el tratamiento único y radical para cualquier tipo de hidatidosis en el organismo humano, es el quirúrgico. Es de admitir que el Médico que se aboca al tratamiento quirúrgico debe ser un Cirujano de cierta destreza y conocer además la Cirugía de

esta afección en todos sus detalles porque en ninguna otra Cirugía, ni aún en la del Cáncer le cabe tanta responsabilidad a quien la practique, pues de él dependerá el éxito o fracaso total si no pone en práctica la finura de sus conocimientos técnicos y biológicos cuando se enfrenta a este mal; pues en materia de cáncer el éxito o resultado de la operación dependerá mas de "la enfermedad que del Cirujano", no así en la Hidatidosis en donde el éxito depende mas "del Cirujano que de la enfermedad".

## PARASITOSIS APENDICULAR

Por mucho tiempo se ha conocido que lesiones parasitológicas afectan el apéndice cecal dando manifestaciones que simulan apendicitis, siendo entre los parásitos responsables mas frecuentemente encontrados los Oxiurus o Enterobius vermicularis, dejando de lado otros parásitos por su infrecuencia. La infestación por enterobius ha sido estudiada en nuestro medio por contados investigadores, existiendo una real pobreza de bibliografía nacional al respecto. Entre los escasos trabajos realizados, se tiene presentado por Luis y Gabriel Gurmendi en 1953, quienes estudian el contenido apendicular en 100 apendicectomías (23) encontrando 37 casos de parasitosis. Collins en un estudio de 50,000 especímenes quirúrgicos y postmorten del apéndice humano, encontró Oxiurus en 319 casos, es decir una incidencia de 0.638% (25); esto contrasta con los hallazgos de Richmond y Guthrie, quienes encontraron Oxiurus en el 14% de especímenes de apendicec

tomías de pacientes mayores de 21 años de edad (25). Rojas en 1959 encontró 119 casos en 1,020 apendicectomías. Nuestros hallazgos difieren un tanto pues de 4,606 apendicectomías tanto profilácticas como por apendicitis, 86 apéndices se encontraron parasitados que representa un 1.8 % de incidencia. Durán-Jorda en 1957 encontraron 52 casos de parasitosis apendicular en 691 apendicectomías en un Hospital de niños en Manchester comparado con nuestros hallazgos obtenidos en el Hospital del Niño que de 1,322 apendicectomías, se encontraron 51 apéndices parasitados, es decir una incidencia de 3.8%; y (25) encuentra que el 65 a 75% de niños blancos institucionalizados eran portadores de Oxiurus a diferencia de los niños negros que sólo tenían el 16% de incidencia. De las 4,606 apendicectomías revisadas por nosotros, habiendo encontrado 86 apéndices parasitados, correspondiendo 46 a apendicectomías profilácticas y 40 a apendicitis, los Oxiurus estuvieron presentes en el 91.8% de estos casos, solo en 7 casos se encontraron otros parásitos que se mencionan en el cuadro Nº 21.

La parasitosis apendicular, mejor aún la Oxiuriasis apendicular, suele darse como la misma enfermedad en si, con mayor frecuencia en niños (hecho confirmado por nuestros hallazgos en el Hosp. del Niño y por otros investigadores ya mencionados) y en gente relativamente joven; así la mayor parte de nuestros casos estaban comprendidos entre los 21 y 30 años de edad; (23) encuentra que el 75% eran de 13 a 24 años y el 25% de los 25 a 38 años. No encontramos referencias en cuanto a la mayor incidencia que

se da en el sexo femenino.

En lo que se refiere al cuadro clínico (23) encontró 6 casos a apendicitis aguda, 32 a formas subagudas y 41 a formas crónicas; (24) refiere 75 formas crónicas por 49 agudas. Nuestros hallazgos están de acuerdo con la mayoría de los mencionados, encontrando que el 47.4 % presentaron un cuadro crónico, el 26.3 % un cuadro subagudo y en el resto un cuadro agudo.

En cuanto a la sintomatología y signos hallados en el examen clínico y laboratorio, concluimos que el Sindrome apendicular parasitario se caracteriza por: dolor en hemiabdomen inferior, predominantemente en fosa iliaca derecha, de tipo hincada o cólico, irradiado a muslo y pierna derecha, con adormecimiento de la misma y no infrecuentemente acompañado de estreñimiento; molestias que suelen presentarse atenuadamente por muchos meses o a veces años y cuyos signos clínicos apendiculares, no son claramente positivos y acompañando a esto una eosinofilia presente en mas o menos el 30% de los casos.

Gross establece que los Oxiurus pueden causar síntomas que son altamente sugestivos de apendicitis. Estos incluyen: náuseas, vómitos, dolor abdominal y moderada dolorabilidad en el cuadrante inferior derecho (25); nuestro estudio confirma estas observaciones y hace hincapié en el dolor abdominal y la dolorabilidad como síntoma importante. Frecuentemente, este será dolor recurrente y crónico. La causa de dolor no puede ser debidamente definido desde que no se nota ninguna inflamación en las capas muscular o serosa en la mayoría de los casos reporta-

dos por el examen Anátomo-patológico. El dolor puede deberse a veces al intento del apéndice de expulsar un ovillo de vermes o puede ser por la formación de un granuloma subcutáneo descrito por Richmond y Guthrie (25).

Los vermicidas son actualmente valiosos, efectivos y libres de riesgos. Gross ha recomendado un intento con tal medicación en casos probados de infestación por oxiurus con mediano dolor abdominal pero cree que no es aconsejable administrar vermicidas a pacientes con síntomas apendiculares impresionantes. El también establece que un vermicida rara vez vaciará el apéndice de vermes. En conclusión es evidente que la infección parasitaria del apéndice no acompañada por inflamación aguda es relativamente importante y común en nuestro medio. Una historia detallada debe hacer hincapié en la naturaleza crónica de esta afección y es posible limitar el número de apendicectomías innecesarias llevadas a efecto en las apendicitis en las cuales las manifestaciones clínicas no son típicas de infección bacteriana aguda y en las cuales se ha demostrado la presencia del parásito.

## ASCARIDIASIS DE VIAS BILIARES

Hacemos la discusión de tres casos de Ascaridiasis en vías biliares, número de casos que aparentemente resulta escaso, más aún proyectado en el período que comprende este estudio en el H.C.E.; pero dado la gran infrecuencia de esta forma tan particular de parasitosis y la pobreza de bibliografía nacional, la presentación de nuestros

casos se justifica ampliamente.

Dos de nuestras pacientes portadoras de un cuadro clínico compatible con enfermedad litiásica de la vesícula biliar fueron sometidas a tratamiento quirúrgico que confirmó el diagnóstico, años mas tarde que cursan asintomáticas, vuelven a presentar cuadro clínico de vías biliares, y existiendo un antecedente de un acto quirúrgico (colecistectomía), lógico era pensar que podía tratarse de una litiasis Residual de colédoco y efectivamente en ambos casos el diagnóstico clínico fué este; en cambio la otra paciente no tenía el antecedente quirúrgico de haber sido colecistecomizada habiéndosele diagnosticado portadora de una "Colecistopatía calculosa". En efecto, la sintomatología de la infestación parasitaria de las vías biliares, es similar a la de enfermedad litiásica; cuando no provoca obstrucción, se resume a fenómenos dispépticos vagos y a veces de tipo cólico y ligera subictericia (28). Si su presencia provoca obstrucción biliar, el dato clínico mas importante es el dolor epigástrico, de aparición brusca, severo e intermitente en un individuo sano (esta sintomatología estuvo presente en las tres pacientes, que presentaban un buen estado general); al examen clínico, se encuentra una área de sensibilidad epigástrica y resistencia muscular mínima con muy discreto dolor en el área vesicular en contraste con lo que suele encontrarse en la enfermedad litiásica (29).

En nuestras pacientes se dan hechos muy importantes que nos podrían haber llevado al diagnóstico clínico certero, entre ellos la presencia de un cuadro doloroso

abdominal compatible con enfermedad litiásica, dos de nuestras pacientes después de haber sido colecistectomizadas y haber cursado asintomáticas por varios años; una de nuestras pacientes presentó sindrome coledociano, mas las otras dos no, haciendo constar que un 20% de las litiasis del colédoco cursan asintomáticas, sucediéndo esto en un lugar donde el parasitismo es endémico, se pudo ya en esta oportunidad hacer el diagnóstico o presumir la presencia de Ascaris en la bía biliar principal mas aún por la procedencia de las pacientes, el antecedente quirúrgico en dos de ellas y el antecedente parasitológico de haber eliminado parásitos en la otra paciente son hechos de real importancia para el diagnóstico correcto.

Yang y Laube citados por (30) sostienen que en una área endémica, en una persona que presenta signos y síntomas del tracto biliar, la Ascaridiasis biliar debe sospecharse, lo cual se confirmaría al encontrar huevos de parásitos en las heces y la referencia de haber arrojado Ascaris. Aquino C (31) sostiene la mayor frecuencia de Ascaridiasis de vías biliares en pacientes con antecedentes quirúrgicos del árbol biliar.

Wright y Col.(29) en 35 casos de obstrucción biliar por Ascaris, no encuentran síndrome coledociano.

En la fórmula sanguínea, un caso presenta leucocitosis moderada y eosinofilia en los tres, de mas de 7 %; hay un solo trabajo (29) que consignan estos datos y los autores en 35 casos operados, no encuentran eosinofilia en ninguno de ellos. El examen de heces es positivo a parásitos solo en uno de nuestros casos. Wright (29) reporta

positividad de este examen en un 68 % de los casos. El tubaje duodenal con el hallazgo de huevos del parásito en la bilis, también es de cierto valor para el diagnóstico, ya que hay la posibilidad, por un lado de su negatividad, al ocurrir la muerte del parásito o de los parásitos en la luz del árbol biliar, y de otro lado, arrojar un dato positivo falso, debido a la presencia de parásitos en la luz duodenal y dado que en este examen la bilis se extrae por sonda, es posible aspirar huevos de la luz duodenal y no del árbol biliar (28). En ninguno de los tres casos se realizó este examen.

Espejo, L y Col. en un estudio previo han demostrado que no hay mayores cambios histopatológicos en la mucosa del aparato digestivo parasitado, sea cual fuere el tipo de parásito.

Uno de los exámenes de gran valor y decisivo en dos de nuestros casos, fué la colangiografía, dándonos imagen típica de parásito en los casos referidos; (ver en foto: 10 y 11) el otro caso el reporte informa falta de relleno en ambos hepáticos primitivos que indudablemente conducen a la exploración quirúrgica. No hemos encontrado en la literatura revisada referencias a este examen y hacemos hincapié en la gran ayuda diagnóstica que presta y la importancia de efectuarla cada vez que se sospeche patología biliar obstructiva.

En lo que respecta al tratamiento hay que considerar el parasitismo sin obstrucción y el que produce obstrucción; en el primer caso es aconsejable el tratamiento médico a decir por los buenos resultados obtenidos por Be

llo, que lo menciona (28). De los tres casos que estudiamos, una de las pacientes fué sometida a tratamiento médico con vermicidas, sin mayores resultados; y (29) dá énfasis en el hecho de que ningún tratamiento médico será efectivo una vez que el parásito haya muerto; tal es la condición reportada en las tres pacientes. En el caso obstructivo, indudablemente que el tratamiento es quirúrgico: coledocotomía, extracción del parásito y drenaje con el tubo en T; (efectuado en dos de casos estudiados); el cierre primario no es aconsejable (29) ya que pueden presentarse reinfestaciones de la vía biliar; la conducta seguida por (28) frente a toda coledocotomía es el drenaje mediante el tubo en T.

No se dió en ninguno de los tres casos antihelmínticos en el postoperatorio; y al respecto no se encuentran referencias.

## FASCIOLIASIS HEPATICA

Completamos el presente trabajo, con la discusión de tres casos de Distomatosis hepática presentados en el H.C.E. en el período de 11 años que comprende este estudio y desde ya nos da una idea de lo infrecuente pero importante parasitosis que crea verdaderos problemas de diagnóstico poniendo en juego la capacidad clínica de quien lo estudia y se enfrenta a esta entidad.

En el año 1951, (33) consideraba a la Distomatosis hepática como un verdadero problema de Salud pública en el Perú y llamaba la atención a las autoridades sanita

rias a fin de que inicien una campaña profiláctica, la cual posiblemente en parte incidió para que esta enfermedad no se incrementara como ya lo sostenía (13) quien ya había podido reunir una casuística de 20 enfermos con Fasciolia sis en el período de cuatro años (1945-1949). En la actualidad si bien no es un verdadero problema de salud pública dado que los casos detectados son en menor número, no por ello deja de presentarse uno que otro caso en los diversos hospitales de nuestro país, creando dificultad diagnóstica; pues la Distomatosis hepática en el hombre ha sido considerado como una forma de parasitismo sumamente rara y hasta exótica. Los autores, sean éstos Médicos generales, parasitólogos o tropicalistas consideran que el número total de casos reportados en el mundo no pasan de 100 ó 200 y es por esto que poca importancia se ha dado a esta forma de parasitismo y no se tiene en mente cuando se discute el diagnóstico en los enfermos que se presentan con síntomas de enfermedades del hígado, de la vesícula biliar y vías biliares.

Las investigaciones realizadas en 1946 por el Dr. Norman R. Stoll ex-Presidente de la Sociedad de Parasitología de los E.U. demuestra que, se han reportado hasta 1'000,000 casos de Fascioliasis en la especie humana. Se han descrito casos en Rusia, Francia, España, Italia, Inglaterra, Hungría, China y en el norte de Africa. En América esta forma de parasitosis en el hombre es conocida desde 1923; fué en Cuba donde se descubrieron los primeros casos y posteriormente han sido encontrados en Méjico, Puerto to Rico, Venezuela, Chile y Argentina. La Distomatosis

hepática llego a convertirse en un verdadero problema sanitario en Cuba, habiéndose presentado en repetidas oportunidades brotes de epidemia. Pocos trabajos se han realizado al respecto en nuestro medio; así los primeros casos fueron estudiados por los Drs. Sánchez Checa y González Vera, quienes publicaron el resultado de sus investigaciones en Marzo de 1930. Posteriormente el Dr. Descalzo informó un nuevo caso de Distomatosis en las Jornadas Médicas de 1939. En 1940 el Dr. Germán Stiglich publicó el estudio de cuatro enfermos en los que encontraron huevos de Fasciola hepática en las heces y jugo duodenal; el Dr. A. Bao en el Congreso Peruano de Cirugía de 1948, relató un nuevo caso clínico; y en 1951 el Dr. Cornejo Donayre (33) describe 20 casos de Distomatosis hepática. Posiblemente omitimos y nos disculpamos de referir algunos otros trabajos publicados al respecto. Esperamos contribuir al estudio de esta forma parasitaria con la presentación de tres casos que forman parte de nuestra casuística en el presente trabajo.

De los casos que analisamos y discutimos si bien no hay preferencia por una edad determinada del paciente como lo confirma los hallazgos de (33) y (34); en cuanto al sexo, parece ser el sexo masculino preferentemente atacado por esta enfermedad; así (33) incluye 18 hombres y solo dos mujeres; los casos que estudiamos, los tres pertenecen al sexo masculino.

En cuanto al cuadro clínico, la mayor parte de autores estan de acuerdo, que el curso de la enfermedad es predominantemente crónico (35, 36, 37) dado que la fascio

la adulta permanece por varios años en el hígado, causando un proceso inflamatorio crónico, la cual suele asociarse con una perihepatitis fibrosa, infiltrado de células inflamatorias intrahepáticas focales, con necrosis celular y fibrosis hepática; al respecto recordemos que uno de nuestros pacientes en repetidas oportunidades fue hospitalizado con el diagnóstico de Hepatitis.

En cuanto al dolor abdominal, es el síntoma más frecuentemente referido por los pacientes y en su mayoría son de carácter cólico localizado ya en hipocondrio derecho (dos casos) o epigastrio (1 caso). En ninguno de nuestros casos encontramos náuseas y vómitos referidos en el 50% de los casos (33); mas bien la ictericia, notado en muy escasos pacientes por (33), de los tres de nuestros casos, dos lo presentaron; y esto está en relación a la misma patología del proceso ya que en el árbol biliar, la Fasciola causa una hiperplasia epitelial con engrosamiento de las paredes del conducto, con una colangitis y pericolangitis ascendente, y la confirmación de la obstrucción lo da la colangiografía.

La urticaria referido por muchos investigadores con suma frecuencia y que sirve para sospechar el diagnóstico, queda confirmado por nuestros hallazgos, presente en dos de nuestros casos, aunque (33) solo registra en un caso de los 20 que incluye. La eosinofilia que presentan los enfermos parasitados con Fasciola hepática, es de gran ayuda para el diagnóstico; el 80% de los enfermos estudiados por (33) presentaron eosinofilia hasta de 52 %; este hallazgo lo encontramos nosotros en el 100 % de los casos,

con cifras hasta de 56 % de eosinófilos.

Para el diagnóstico, son de valor la inmunoelectroforesis, tests de fijación de complemento e intradermoreacción; de estas tres pruebas, solo la intradermoreacción para Fasciola se llevó a cabo en dos de nuestros casos, dando resultados positivos. Se llegó al diagnóstico de Fasciola en dos de los casos estudiados al encontrar huevos de Fasciola hepática en bilis y jugo gástrico, obtenidos por tubaje duodenal mas no en heces a pesar de su búsqueda en forma exhaustiva; en el tercer caso el diagnóstico se hizo en el acto quirúrgico, al hallar el parásito adulto en el colédoco.

El tratamiento requerido en la Distomatosis hepática es Médico y quirúrgico. La droga de elección para el compromiso hepático es el clorhidrato de emetina en dosis de 30 a 40 mg. por día durante 8 a 18 días, que no solo alivia los síntomas, sino es curativo (dos de los casos que estudiamos, recibieron este tratamiento). El fosfato de cloroquina anteriormente usada para infecciones crónicas, es efectivo en aliviar los síntomas, pero no elimina los huevos detectable en heces (35).

Philip D. Marsden (13) sostiene que la introducción reciente de la Dihidroemetina, produjo una cura clínica en 22 pacientes con Fascioliasis, 4 de quienes habían sido tratados insatisfactoriamente con emetina y otras drogas antiparasitarias. Quizás por lo que es menos tóxico la Dihidroemetina puede reemplazar a la emetina como el tratamiento de elección para la Fascioliasis, aunque nada puede esperarse para eliminar al parásito adulto localizado en

la vía biliar principal por lo que se impone la exploración quirúrgica, seguido por una Colecistectomía y esfinterotomía (35). Uno de nuestros casos fue sometido a intervención quirúrgica practicándosele Coledocostomía y extracción del parásito. No se realizó la colecistectomía ni esfinterostomía propuesta por (35).

La gran mayoría de pacientes descritos en la literatura no fueron tratados quirúrgicamente y es difícil decir si el compromiso fue solo hepático, En aquellos pacientes sin obstrucción biliar corregible quirúrgicamente, el compromiso hepático debe ser tratado (37).

La falla del tratamiento Médico indicado por la obstrucción persistente biliar, garantiza la exploración coledociana; la combinación del tratamiento Médico y quirúrgico en este caso, suele dar buenos resultados.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se estudian 144 casos de pacientes portadores de Parasitosis Abdominal, cuyo tratamiento ha sido esencialmente quirúrgico. Estos casos, constituyen la casuística del Hospital Central del Empleado, en un período de 11 años; se complementa con una revisión somera de los casos registrados en el Departamento de Anatomía-patológica del Hospital del Niño, en el mismo lapso que comprende este estudio.

Los casos estudiados, se distribuyen de la siguiente manera:

A.- AMEBIASIS: se registran 25 casos en total, correspondiendo 22 casos a Abscesos hepáticos amebianos, 2 casos de granuloma amebiano intestinal y un caso de perforación intestinal amebiana.

B.- HIDATIDOSIS ABDOMINAL.- 27 casos en total, distribuidos: 19 en hígado, 2 en hígado y pelvis, 1 en hígado y diafragma, 1 en hígado y celda renal, 1 en hígado y peritoneo, 1 en útero y peritoneo, 1 en anexos derecho y 1 subcutáneo en pared abdominal.

C.- PARASITOSIS APENDICULAR.- 86 casos en total, encontrándose 79 casos parasitados por Oxiurus, 3 por Ascaris, 2 por huevos de tenia, 1 por quistes de ameba coli y 1 mixto: ameba coli-oxiurus.

D.- ASCARIDIASIS DE VIAS BILIARES.- Se registra tres únicos casos de infestación del hepatocolédoco por Ascaris lumbricoides.

E.- FASCIOLIASIS HEPATICA.- Se estudia tres casos de Fasciola hepática, recibiendo tratamiento médico en dos casos y médico-quirúrgico el restante.

De acuerdo a esta distribución, exponemos las siguientes conclusiones:

## A.- AMEBIASIS

1.- La amebiasis es una infección parasitaria, si bien inicialmente y predominantemente de localización intestinal, con cierta frecuencia compromete el hígado, constituyendo el denominado "absceso amebiano (22 casos en nuestro estudio) y muy infrecuentemente suele producir perforación (1 caso) u otras complicaciones (amebomas, 2 casos).

2.- La edad promedio encontrado en este estudio fue de 39 años.

3.- Más del 80% de pacientes, fueron del sexo masculino.

4.- El 50% de pacientes procedían de la Sierra Central y Sur.

5.- El 56% de pacientes presentaron síndrome crónico, con tiempo de enfermedad promedio de 2.8 meses.

6.- Sólo 44% de pacientes presentaron sintomatología compatible con disentería amebiana.

7.- El síntoma más constante, presente en 100% de casos fue el dolor abdominal tipo hincada, localizado en hipocondrio derecho y epigastrio.

8.- En más del 80% de casos, los pacientes presentaron fiebre, de presentación preferentemente vespertina y no infrecuentemente precedida de escalofríos; cerca del 50% de pacientes, se quejaron de anorexia, pérdida de peso y diarreas. Los síntomas que con menos frecuencia se registraron, fueron: cefalea, vómitos y estreñimiento.

9.- Entre los hallazgos clínicos más constantes, se

registra la Hepatomegalia presente en 68.3% de casos.

10.- Entre los hallazgos de laboratorio más constantes, se tiene la leucocitosis con desviación izquierda, presente en 100% de casos y la velocidad de sedimentación acelerada, en más del 80%.

11.- El estudio radiológico mostró indistintamente alteraciones de la movilidad del hemidiafragma derecho, elevación del mismo, hepatomegalia, imágenes hidroaéreas subdiafragmáticas, compromiso pleural y atelectasias basales.

12.- Sólo en 6 casos (17.1%) se hizo el diagnóstico preoperatorio de "Absceso hepático" y de estos sólo en uno, se hizo el diagnóstico etiológico catalogado como amebiano, antes de ser intervenidos. En la mayor parte de casos, el diagnóstico clínico, fue equivocado con patología vesicular.

13.- 100% de pacientes fueron sometidos a intervención quirúrgica, sospechándose en el diagnóstico de absceso amebiano por las características del material drenado, confirmado posteriormente por la respuesta terapéutica a la emetina.

14.- La secreción achocolatada del absceso se encontró contaminada (frecuentemente por Escherichia coli) en cerca al 60% de casos.

15.- El examen de las secreciones obtenidas por punción directa en el acto operatorio, no ayudaron a establecer el diagnóstico etiológico en la mayoría de casos. Sólo en dos casos, se aisló formas vegetativas del protozoo.

16.- La localización más frecuente del absceso, se dió en el lóbulo derecho, constituyendo el 45.4%; en el

31.9% de pacientes, se encontró abscesos múltiples comprendiendo ambos lóbulos. El lóbulo izquierdo fue el menos comprometido con 22.7% de casos.

17.- Más del 80% de pacientes con absceso hepático, además del tratamiento quirúrgico, recibieron tratamiento médico específico a base de Clorhidrato de emetina en dosis promedio de 0.06 gm. I.M. diario por 10 días, el resto de los pacientes (4 casos) drenaje quirúrgico y antibióticos de amplio espectro.

18.- Más del 80% de casos respondieron favorablemente al tratamiento instituido, registrándose un tiempo de estancia post-operatorio promedio de 33.7 días.

19.- Se observó recidivas del proceso en 6 pacientes, de los cuales, 4 no recibieron emetina, solo drenaje quirúrgico y antibióticoterapia.

20.- Se registró un caso de muerte por complicaciones postoperatorias mediatas.

21.- Los tres casos considerados como casos excepcionales de Amebiasis (dos amebomas y una perforación intestinal) presentaron cada uno de ellos un cuadro propio, así un caso de ameboma y el de perforación presentaron un Sindrome de Fosa ilíaca derecha; y el otro caso de ameboma fue un hallazgo quirúrgico casual. En los tres casos, el diagnóstico definitivo lo dió el reporte anatomo-patológico.

## B.- HIDATIDOSIS ABDOMINAL

1.- Se estudiaron 27 casos de Equinococosis abdominal de una serie de 30 registrados: 24 hepáticos y 3 de localización rara: uterino, de anexos y subcutáneo de pared abdominal.

2.- La mayor parte de pacientes estaban comprendidos entre los 21 y 30 años de edad.

3.- Más del 60% de casos estudiados, correspondieron al sexo masculino.

4.- Más del 90% de pacientes procedían de las diversas provincias del país.

5.- El curso de la enfermedad fue predominantemente crónico, con un tiempo de enfermedad promedio de 6.7 años.

6.- 6 pacientes presentaron antecedentes de enfermedad hidatídica antigua.

7.- 83.3% de pacientes presentaron dolor referido al hipocondrio derecho, frecuentemente de tipo cólico e irradiado a la región lumbar. En la mitad de los casos, se presentaron síntomas dispépticos y las molestias menos frecuentes fueron: náuseas, fiebre, estreñimiento y pérdida de peso.

8.- El hallazgo clínico más constante, detectado en 70.8% de casos, fue la presencia de tumoración abdominal. En cuatro pacientes, se instaló un cuadro obstructivo biliar con ictericia, coluria, hipocolia, prurito y dolor en hipocondrio derecho, estando presente en dos de estos casos, circulación colateral.

9.- Entre los exámenes auxiliares, uno de los hallazgos más frecuentes, fue la eosinofilia presente en 66.6% de casos.

10.- El examen radiológico, reporta imagen quística en 50% de casos.

11.- Se hizo intradermorreacción de Casoni en 9 pacientes, siendo la prueba positiva en 7.

12.- Más o menos en 30% de casos, se establece el diagnóstico clínico erróneo de Colelitiasis; sólo en 5 casos, se llegó al diagnóstico correcto de Quiste hidatídico antes de la intervención quirúrgica.

13.- 100% de pacientes fueron sometidos a intervención quirúrgica, usando diversas técnicas, de acuerdo al órgano afectado.

14.- 41.6% de quistes hidatídicos hepáticos se encontraron circunscritos al lóbulo derecho del hígado; 20.8% en el lóbulo izquierdo; en igual porcentaje en las vecindades de la vesícula biliar, y en el 16.8% no se menciona su localización.

15.- Se registran 11 casos de quistes hidatídicos contaminados: 7 con secreción purulenta piógena y 4 con bilis.

16.- El tratamiento concomitante, fue antibióticoterapia en 100% de casos.

17.- El tiempo promedio de estancia hospitalaria promedio, fué de 21.5 días para casos no complicados.

18.- Se registraron 5 casos complicados, comprendiendo: absceso subdiafragmático piógeno, derrame pleural, obstrucción intestinal, fístula hepatobronquial y peritonitis. Se registró un caso de muerte por septicemia.

19.- Se registran tres casos de localización rara: en útero, en anexos y en pared abdominal (subcutáneo).

20.- En el Hospital del Niño se obtuvieron 73 casos de Hidatidosis, comprendiendo 60 de localización pulmonar y 13 de localización hepática.

## C.- PARASITOSIS APENDICULAR

1.- De un total de 4,606 apendicectomías realizadas en el Hospital Central del Empleado, en un período de 11 años, se obtuvieron 86 casos de apéndices parasitados; es decir, una incidencia de 1.8%.

2.- De los 86 apéndices parasitados, en 79 (91.8%) se encontraron Oxiurus vermucularis; en 3 huevos de ascaris; en 2 huevos de tenia; en 1 quistes de ameba coli, y un caso de infestación mixta ameba coli-oxiurus.

3.- Más del 50% de casos (46 apéndices) de parasitosis apendicular, fueron hallados en las apendicectomías profilácticas e incluye 39 casos por Oxiurus y 7 infestados por los parásitos ya mencionados; los casos restantes (40) fueron encontrados en apendicectomías realizadas por la presencia de un cuadro apendicular, y en todas ellas se encontró únicamente Oxiurus vermicularis. Estos últimos fueron los sometidos a análisis.

4.- Más del 60% de pacientes con Oxiuriasis apendicular, estaban comprendidos entre los 20 y 30 años de edad con un promedio de 25.1 años.

5.- 63.1% de pacientes fueron del sexo femenino.

6.- La mayor parte de pacientes procedían de la localidad de Lima.

7.- Se puede concluir que la Oxiuriasis apendicular tiene un curso clínico crónico, si comparamos los siguientes resultados: el 47.4% (18 casos) presentaron un tiempo de enfermedad promedio de 3.8 años; el 26.3% ( 10 casos) un tiempo promedio de 3.7 meses; el 15.7% (6 casos) entre uno y veinte días y el 10.6% (4 casos) entre cuadro y

seis horas.

El síntoma más frecuentemente referido fue el dolor en fosa ilíaca derecha de tipo hincada, irradiado a muslo derecho, con adormecimiento de la pierna del mismo lado. Con bastante frecuencia se señala el estreñimiento (44.7%) y sensación nauseosa (42.1%).

9.- Completando el síndrome, encontramos que en cerca del 50% de casos, los signos apendiculares clásicos son discutidamente positivos; siendo éstos menos dudosos en el resto de casos.

10.- El hallazgo más frecuente entre los exámenes auxiliares, fue la presencia en el hemograma de leucocitosis con desviación izquierda.

11.- De gran ayuda por su certeza, fue el examen radiológico que se practicó en 15 pacientes, hallándose signos compatibles con patología apendicular en 11 casos.

12.- En 63.1% de pacientes se hizo el diagnóstico preoperatorio de Apendicitis Recurrente, en el 21% de apendicitis aguda y en el 15.9% de apendicitis subaguda.

13.- En 100% de casos se llevó a cabo la apendicectomía clásica, encontrándose en la mayoría de los casos (29 casos) signos inflamatorios en mayor o menor grado.

14.- El informa Anátomo-patológico en el 44.7% (17 casos) fue: apéndice de caracteres normales, parasitado por Oxiurus; en el resto de casos se reportaba escasos signos inflamatorios con vasos subserosos ingurgitados, hipertrofia linfoide y mucosa sin alteraciones significativas.

15.- En un solo caso seguido al tratamiento quirúrgico, se administró medicación antioxiuriásica a base de pamoato de pirvinio.

16.- La estancia hospitalaria post-operatoria promedio fue de 8.6 días; registrándose complicaciones en tres pacientes: un caso reoperado a la semana por hemoperitoneo, otro paciente presentó Fiebre tifoidea intercurrente y un tercer paciente, fue colecistectomizado por pesistir las molestias.

17.- Dado que el mayor número de casos de Oxiurus se encontraron en Apendicectomías profilácticas y aquellos hallados en apéndices extirpados por cuadro apendicular, no infrecuentemente se trataron de apéndices retrocecales o coprolitos en su luz (factores predisponentes); le conferimos escaso rol a los Oxiurus en la patogenia de las Apendicitis, quizás un factor predisponente más.

## D.- ASCARIDIASIS DE VIAS BILIARES

1.- Se analizan tres casos de Ascaridiasis de vías biliares presentados en el Hospital Central de Empleado en el período que comprende este estudio (11 años); casos de gran interés por su excepcionalidad y patología que producen, creando un verdadero problema diagnóstico.

2.- El estudio comprende tres pacientes del sexo femenino de 43, 38 y 53 años de edad.

3.- Dos de los tres pacientes proceden de la región de la Selva, que son suficientes antecedentes epidemiológicos.

4.- Si bien, en uno de los casos, el cuadro clínico es de curso agudo, con tres días de enfermedad; en los

dos restantes, el cuadro es característicamente crónico con 5 y 8 años de enfermedad, respectivamente.

5.- En los tres casos, la Sintomatología se presenta con características comunes, constituyendo un Síndrome único caracterizado por: Dolor cólico en hipocondrio derecho irradiado a espalda, náuseas y vómitos bilioalimenticios, dispepsia a las grasas, tendencia a la constipación crónica y Signo de Murphy positivo.

6.- Dentro de los exámenes auxiliares y de laboratorio, son de gran ayuda la eosinofilia detectada en los tres pacientes y la colangiografía que nos revela una imagen típica de parásito en vías biliares en dos de los tres casos.

7.- En dos de los casos, el diagnóstico preoperatorio fue de "Litiasis residual del colédoco" y en el otro de "Colecistopatía calculosa".

8.- En los tres casos se procedió a la coledocostomía, encontrándose el colédoco proximal y los hepáticos dilatados. Abierto el colédoco, se extrajo los vermes muertos.

9.- El informe Anátomo-patológico confirmaba la naturaleza del parásito, correspondiendo al Ascaris Lumbricoides.

10.- Seguido al acto quirúrgico se dió antibióticos de amplio espectro y medidas generales para mejorar el estado de los pacientes. Uno de los pacientes, recibió tratamiento antihelmíntico (mintezol) sin resultados satisfactorios.

11.- Los tres pacientes evolucionaron favorablemente, siendo dados de alta en buenas condiciones a los 20, 12 y 14 días, respectivamente.

12.- No se registraron complicaciones en ninguno de los tres casos.

## 5.- FASCIOLIASIS HEPATICA

1.- Se incluye tres casos de Fasciola Hepática que se han presentado en el H.C.E. en el período de 11 años.

2.- Los tres pacientes son del sexo masculino, cuyas edades corresponden a: 22, 39 y 43 años y proceden de lugares diferentes (Iquitos, Ica y Cusco).

3.- En los tres pacientes se registra antecedentes de ingesta de berros en forma habitual.

4.- El curso clínico en dos pacientes es esencialmente crónico, con 3 y 12 años de enfermedad, respectivamente; en el tercer caso, el cuadro es subagudo con tres meses de enfermedad.

5.- En dos de los tres casos, la enfermedad se presenta con características de un Síndrome vesicular y/o de vías biliares con dolor en hipocondrio derecho tipo cólico, dispepsia a las grasas, ictericia, coluria e hipocolia, con Signo de Murphy positivo; en el otro caso el cuadro es catalogado como un Síndrome doloroso epigástrico, sin otras molestias ni hallazgos clínicos.

6.- Uno de los hallazgos más constantes entre los exámenes auxiliares, fue la eosinofilia marcada con un promedio de 37.1% de eosinofilia marcada con un promedio de 37.1% de eosinófilos.

7.- En dos pacientes se llegó al diagnóstico definitivo de Fasciola Hepática por el hallazgo de huevos del parásito en bilis o jugo gástrico; en el otro caso se hizo como hallazgo casual del acto quirúrgico.

8.- El examen radiológico fue prácticamente nega-

tivo en los tres casos.

9.- La prueba de sensibilización cutánea efectuada en dos de los tres casos, resultó positiva en los dos pacientes.

10.- El tratamiento fue médico a base de emtima en dos casos respondiendo satisfactoriamente; el otro paciente fue sometido a intervención quirúrgica con extirpación del parásito.

11.- Los tres pacientes evolucionaron favorablemente saliendo de alta en un tiempo promedio post-operatorio de 14 días.

## VII.- BIBLIOGRAFIA

1.- Quistes hidatídicos del hígado.
Giani Ruben M. y colb.
PRENSA MED. ARGENTINA. 55: 1338-39. 1968.

2.- Valor de la esplenoportografía en el diagnóstico del Quiste hidatídico del hígado.
Grinfield David.
Pren. Med. Arg. 55: 1340-1342. 1968

3.- Liver alveolar echinococcosis.
Bel M.A.
JOURNAL MED. LYON. 50: 501-20. Marz. 69.

4.- Primary hydatid cyst of the uterus.
Sackreuster W. y colab.
GEBURTSH U FRAVENHEILK. 23/11: 1021-25, Illus 4 1963.

5.- The passage of Hydatid cysts via uterus and vagina.
Rabinowitsch W.
GYNAECOLOGIA. (Basel). 159/3: 153-58. 1965.

6.- Hidatidosis múltiple peritoneal.
Silva Bazán, H.
TESIS BACH. U.N.M.S.M. 5509. 1961.

7.- Hidatidosis hepática complicada.
Wilks Arturo y Colab.
PRENS. MED. ARG. 55: 1349-50.

8.- Hidatidosis del Aparato Digestivo.
Saravia Cánepa y Colab.
PRENS. MED. ARG. 55: 1331-79. 1968.

9.- Hidatidosis abdominal.
Juan Martin Allende.
PRENS. MED. ARG. 55: 1356-67, 1968.

10.- Quiste hidatídico subcutáneo.
Abdala Alberto.
BOLET. CHIL. PARASIT. 22: 125-27. 1967.

11.- Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis.
Palazzo F.H. y colab.
PREN. MED. ARG. 52/45: 2829-32. 1965.

12.- Echinococcosis of the liver and lungs.
Hicken N.F. y col.
AMER. J. SURG. 122/6: 823-30. 1966.

13.- Intestinal parasites.
Philip D. Marsden y Col.
GASTROENTEROLOGY. 57/6: 724-50 Dic. 1969.

14.- Amoebiasis: a non tropical disease.
Doxiadis Thomas
MEDICAL TIMES. 97/12: 86-94. Dic. 1969.

15.- Abscesos hepáticos.
Bazán M. Julio
REV. CUERPO MED. HOSP. OBRERO. LIMA. 4: 435-38. 1965.

16.- Surgical treatment of amebiasis.
Grigsby William P.
SURG. GYNEC. OBST. 128: 609-27. Mar. 1969.

17.- Amebic Abscess of the liver.
Juniper K. Jr.
AMER. J. DIG. DESEASE. 14: 290-92. Abr. 1969.

18.- Hepatic amebiasis.
Fred L. Turril M.D.
AMER. JOUR. SURG. 111: 424-30. Mar. 1960.

19.- Abscesses of the liver.
Grant R.N. y Col.
AMER. J. SURG. 118: 15-20.

20.- Manifestations of intestinal and extraintestinal amoebiasis. Kasliwal R.M. y Col.
AMER. J. PROCTOL. 19: 393-97. Dic. 68.

21.- Tumoraciones abdominales como emergencia quirúrgica.
Quispe Otárola, Arquímedes.
REV. PERUANA CIRUG. PED. 1 (1): 31-38. 1966.

22.- Absceso hepático
Calcagno Gayani, Manuel.
TESIS. BACH. U.N.M.S.M. 6308. 1965.

23.- Estudio del contenido apendicular en 100 apendicectomías.
Luis Gurmendi-Gabriel Gurmendi.
BOL. ACAD. PER. CIRUG. 7/10: 185-95. May. 1953.

24.- Parasitic lesions of the appendux with references to their importance in the differential diagnosis of appendicitis.
Soliman L.A.
TRANS. ROY. SOC. TROP. MED. HYG. 60: 493-96. 1966.

25.- Pinworm infestation of the appendix.
Toldstedt G.E.
AMER. J. SURG. 116: 545-55. Sep. 68.

26.- Lower digestive tract.
Netter H. Frank.
CIBA COLL. 3/2: 176-177. 1962.

27.- Ascaridíase no figado e nas vias biliares.
Kiko Marafugi - Arthur Logueti.
Materinadade e infancia. 26/4: 381-86. Oct.-Dic.1967.

28.- Ascaridiasis del hepatocolédoco.
Grillo Félix y Col.
REV. MED. HOSP. CENT. EMP. 3/2: 160-63.

29.- Ascariasis of the biliary sistem.
Wrigth R.M. y Col.
ARCH. SURG. 86/3: 402. 1963.

30.- Surgical helmintiasis of the biliary tract.
Phillips M.D. y Col.
ANN. SURG. 152/5: 905. 1960.

31.- Migration of ascaris lumbricoides to the bile ducts after cholecystectomy and choledocostomy.
Aquino C.
O'HOSPITAL. 71: 783-94. Mar. 1967.

32.- Clinical treatment of intestinal obstruction caused by Ascaris.
Araujo B.S. y Col.
BOL. INST. PUERICULT. 24: 36-42. En-Abr. 1967.

33.- Distomatosis hepática. Aspectos clínicos y epidemiológicos.
Cornejo D., Alberto.
REV. VIERNES MED. 1: 352-61. 1951.

34.- Formas agudas febriles de la Fascioliasis hepática.
Cuadra G., Manuel.
ANAL. FAC. MED. 42: 22-37. 1959.

35.- Diagnosis and treatment of human Fascioliasis.
Hadden J.W. y Col.
J.A.M.A. 202: 149-51. Oct. 67.

36.- Un caso de Distomatosis hepática sin eosinofilia.
Gerhrung E. y Col.
BOL. CHIL. PARASIT. 22: 37-39. En-Mar. 1967.

37.- Liver fluke infection in man.
Taylor A.W.