

Trabalho do serviço de cirurgia de Homens do Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Pelotas.

"Coleperitoneo hidatico"

Felix Caputo
Chefe

Paulo Osorio
Chefe de Clínica

A hidatidóse com suas multiplas localizações e formas podimorfas levanta não raras vezes problemas diagnosticos de grande monta, mesmo em centros como o nosso, nos quais o quisto hidatico é observado com relativa frequencia, bastando para isso referir um artigo publicado por um de nós em colaboração com o Dr. Mario Assunção na Revista de Radiologia Clínica em 1932, numero 6, pagina 413. No citado artigo encontra-se uma estatistica da Santa Casa de Pelotas desde 1908 até 1932. Foram encontrados 82 casos de localizações diversas da equinocóse.

O coleperitoneo hidatico foi pela primeira vez vislumbrado por Devé, até hoje considerado a maior autoridade no assunto, que chamou atenção em 1902 sobre "as colerragias internas", consecutivas a ruptura de um quisto hidatico do figado e em particular das "colerragias intra-peritoneaes" ou "coloperitoneo hidatico". Depois mostrou a importancia da membrana de equistamento.

Na Argentina, justamente cognominada a "terra hidatica", iniciou-se o estudo do coleperitoneo com a observação de Lagos Garcia em 1908, apesar de que Arce em 1905 já havia feito uma publicação nesse sentido. De 1915 para cá os casos multiplicaram-se citando-se nesse mesmo ano o de Castex e Rosso; em 1916 o de Calcagno; em 1919 os de Garraban e Ramirez; em 1932 o de Gutierrez; em 1923 os de Rosso, Rodrigues Villegas e Lagos Garcia; em 1925 o de Alsina; em 1932 o de Mazzini e Brachetto Brian; fialmente em 1933 o de Manoel Rodriguez e José Maria Mainetti.

No Uruguai conhecem-se as observações de Penna em 1913, Arribabalaga em 1920, Agustoni y Blanco, Ugon e Gerbonet.

Não temos conhecimento de que fosse relatado algum caso no Brasil e dada a pouca frequencia para não dizer quasi ausencia, do quisto hidatico no centro e norte do pais, acreditamos sermos os primeiros no nosso Estado a publicar uma observação semelhante.

OBSERVAÇÃO PESSOAL

O. C. 22 anos, pardo, solteiro, peão de estancia, natural de Caçimbinhas, residente em Cerro Chato, baixou á Enfermaria Pimenta,

Serviço de Cirurgia de Homens em 23 de julho de 1934 ocupando o leito 28, sob a papeleta 889.

Antecedentes pessoais — Sem importancia.

Antecedentes hereditarios e familiares — Pai falecido de aneurisma aortico. Mãe falecida por ocasião de trabalho de parto. Tem quatro irmãos sadios.

Historia da molestia atual — Ha quatro anos em estado de saúde aparente iniciou seus males por colicas a principio secas para depois se tornarem diarréicas, obrigando-o a guardar o leito durante uns vinte dias. Essa sintomatologia desapareceu completamente após o citado prazo, entregando-se o paciente a seu trabalho habitual. Ha um ano apareceram novamente as colicas com os mesmos caracteristicos da primeira vez, com periodo de duração de uma semana. Houve novamente uma fase de completa acalmia e, como sempre, ha uns quatro mezes voltaram as colicas, durando desta vez dez dias mais ou menos. Dai para cá verificou que seu ventre aumentava gradativamente de volume. Consultando um medico do lugar aonde morava este diagnosticou “barriga d’agua” (sic), fazendo-lhe duas punções no ventre, porem todas duas brancas.

Resolvendo baixar á este Hospital foi para uma enfermaria de clinica medica, sendo que o chefe do serviço em virtude de emagrecimento que se vinha acetuando já ha algum tempo e aumento progressivo do ventre, pensou em uma bacilose peritoneal, forma ascitica, praticando-lhe duas punções, tendo sido branca a primeira e retirando na segunda 5 cc. de liquido um tanto turvo e viscoso dando a impressão ao doente de difficil escoamento pela agulha de punção. Não tem prisão de ventre. Urinas normais.

Exame fisico — Abdomen com aumento total de volume, apresentando-se em decubito dorsal com a forma de ventre de batraquio, assemelhado-se exatamente com os ventres asciticos. A palpação é negativa. A percussão mostra maciszez nos flancos e submaciszez no restante de sua extensão.

Presente o sinal do piparote e ausente o da maciszez movel. Ausencia de circulação venosa colateral. Fígado e bazo em seus limites normais.

Exame complementar — A intra-dermo-reação de Casoni foi positiva.

Operação — A intervenção praticada em 24 de julho de 1934 com anestesia geral pelo cloroformio, constou do que se segue: laparotomia mediana xifo-umbelical. A abertura do peritoneo saida em borbotões de abundante liquido amarelo-esverdeado aspirado com aspirador electrico, escóando-se uns 7 litros. Exploração da cavidade, verificando-se tratar de volumosa bolsa aderente á parede anterior do abdomen. Saida pelos labios da incisão além do liquido aludido de uma enorme quantidade de vesiculas filhas de todos os tamanhos, apresentando as maiores o volume de um ovo de galinha e as menores o de um grão de chumbo.

Esvaziou-se com cureta e principalmente á mão o que se poudes das vesiculas filhas, formolisando-se a enorme cavidade. Além de ve-

sieulas filhas intatas foram encontradas algumas arrebetadas e outras em via de degeneração.

A grande bolsa colada á parede anterior do abdomen, (face posterior do folheto parietal do peritoneo) tinha este por seu limite anterior. Chegada á pequena bacia recobria os órgãos nelas contidos, refletindo-se em seguida para trás e para cima, afim de recobrir o intestino (delgado e grosso) e face anterior do estomago, terminando-se perto do diagrama. Ai após nova reflexão para frente e para baixo, vem se perder na parede abdominal anterior, nosso ponto de partida. Isso na linha mediana. Dos lados subia á direita pela loja pariéto-colica correspondente atingindo a face inferior do figado. A esquerda pela loja pariéto-colica desse lado extendendo-se para cima até a face inferior do hemidiafragma esquerdo.

Vê-se pela descrição relatada que se trata de uma enorme bolsa, de um taboleiro, colado á parede anterior do abdomen e recalcando para traz todas as visceras intra-abdominaes, exceto o figado.

Drenagem supra-pubiana com três drenos de borracha: o primeiro em direção ao fundo de saco de Douglas e os outros dois para ambas lojas pariéto-colicas. Drenagem no angulo inferior da incisão com tubo de borracha. Sutura da parede em um plano com crinas duplas. Agrafes na pele.

Periodo post-operatorio — Retirada dos agafes cinco dias e das crinas dez dias após a intervenção. Os drenos foram pouca a pouco encurtados. Durante a primeira semana queixou-se o paciente de colicas, atribuidas á adaptação das visceras á sua maior cavidade.

Após tudo entrou em ordem, tendo alta do hospital com os orificios de drenagem cicatrizados em 9 de outubro de 1934.

Vimos de novo o paciente em 19 de setembro de 1935.

A palpação do abdomen mostrou no epigastrio a existencia de um tumor renitente, não depressivel cujo contorno esquerdo perdia-se abaixo do rebordo costal.

Pela laparotomia exploradora foi constatado a presença de inumeras vesiculas filhas de todos tamanhos, constituindo uma verdadeira "semeadura abdominal".

Fato a registrar: não existia mais membrana de enquistamento sendo que as visceras recobertas anteriormente por ela apresentavam-se absolutamente de aspéto normal.

Em virtude dessa semeadura hidatica secundaria que impedia qualquer terapeutica radical foi suturada a parede em planos separados.

Periodo post-operatorio sem nada de importante a salientar. Teve alta em 3 de outubro de 1935.

Novamente em 10 de maio de 1937 examinámos O. C. Encontrámos o mesmo tumor abdominal. Seu estado geral ainda é conservado. Queixa-se de perturbações gastro-intestinaes leves.

Resumindo nossa observação, diremos que se tratava de um ventre possuindo sinais de uma ascite, tendo precedido sua aparição por

sintomas abdominais agudos, (colicas que obrigaram o doente a guardar o leito) reação de Casoni positiva, com esvaziamento após laparotomia de grande quantidade de liquido amarelo-esverdeado e vesículas filhas, finalmente vasta bolsa de enquistamento aderente á parede anterior do abdomen, recalando para trás as visceras intra-abdominais.

O quadro clinico relatado adata-se perfeitamente bem com o coleperitoneo hidatico, que constitue uma das complicações da hidatidose abdominal.

Etiopatogenia — O coleperitoneo é devido á ruptura na grande cavidade abdominal de um ou mais quistos hidaticos situados geralmente no figado, porém podendo pertencer á outros órgãos do abdomen.

Ha duas variedades de coleperitoneo: o “hidato-peritoneo” e o “hidatico-peritoneo”, um e outro possuindo a mesma etio-patogenia. Diferenciam-se no entretanto pela existencia ou não de bile no liquido intra-abdominal e pela natureza uni ou multi-vesicular do quisto que lhe deu origem.

Devé considera o hidato-peritoneo devido á ruptura de um quisto hidatico uni-vesicular com reações serosas secundarias do liquido derramado na cavidade peritoneal, liquido esse asseptico e sem bile. Ao contrario diz ser o hidatico peritoneo uma consequencia da ruptura intra-abdominal de quisto multi-vesicular, com ou sem colerragia, possuindo como principal caracteristico a preseça de hidátides e vesículas filhas no contendo da bolsa de enquistamento.

A colerragia tem por mecanismo a abertura na cavidade do quisto de um ou mais canaliculos biliares. Essa abertura póde preceder, dar-se juntamente ou seguir á ruptura quistica. Nesse caso forma-se uma fistula que Devé chama de “angio-cole-quistica-peritoneal”.

Algum tempo após a ruptura do quisto hidatico forma-se na grande cavidade abdominal uma membrana, chamada “membrana de enquistamento”, cujo fim é isolar o liquido derramado juntamente com hidátides e vesículas filhas das visceras vizinhas. E’ uma enorme bolsa, um vasto taboleiro recalando para trás estomago e intestino.

Devé acha que para que exista membrana de enquistamento é preciso a presença de bile que age como unico fator na sua genese. No entanto Mazzini e Brachetto-Brian observaram um caso no qual estava presente a citada membrana, porém não era bilioso o derrame.

Quasi sempre o quisto rompido está situado no figado e quando isso acontece em 73 % dos casos na sua face inferior. Entretanto foram publicadas observações de rupturas quisticas de outros órgãos e até do epiploon gastro-esplenico (caso de Mazzini).

Sintomatologia — Póde a ruptura ser expontanea ou traumatica, neste ultimo caso devido á um choque direto ou indireto no abdomen. No entretanto, quer seja expontanea ou traumatica, essa ruptura é seguida em 53 % dos casos de num sidrome abdominal agudo (dores difusas, contratura da parede, vomitos) e, não raro, com sinais anafilaticos (urticaria) adicionados de apirexia e tendencia lipotimica. Ha casos nos quais não se observam esses sintomas agudos.

O derrame constitue-se lenta e progressivamente de maneira que se torna impossivel precisar exatament a data de seu inicio.

Nas formas de começo insidioso ha um sinal que quando presente é de real valor: o desaparecimento de um tumor abdominal seguindo-se-lhe em curto prazo o aumento progressivo do ventre. O caso simplifica-se quando tiver já esse tumor sido diagnosticado de origem hidatica.

Quer o inicio seja dramatico ou não, a molestia evolve tendo por seu sinal capital o aumento progressivo e indolor do ventre, podendo em alguns casos atingir enormes proporções, como o doente de Prat, no qual a circunferencia do abdomen tomada na cicatriz umbelical era de 171 cm.

O ventre distendido pelo liquido derramado toma os caractéres de uma ascite contando-se não poucas vezes os erros cometidos nesse sentido.

Não existe edema do tecido celular subcutaneo, sendo rara a circulação venosa colateral.

Prat diz que o umbigo conserva sua forma normal^a nunca estando despregueado, isso devido á membrana de enquistamento que impede o liquido de o distender. Apesar disso citam-se observações nas quais encontra-se bem distendida a cicatriz umbelical e mesmo em algumas até verdadeiras hernias do umbigo.

Diremos com Mazzini que "a tensão abdominal aumentada desses ventres, com paredes distendidas, tensas e pouco depressiveis impedem a palpação dos órgãos ou a comprovação de algum tumor; quando o liquido não está sob grande tensão, permite em alguns casos, como na observação de Del Campo reconhecer um tumor cujas caracteristicas o induziu a pensar em quisto hidatico.."

Pela percussão observa-se uma maciszez total do abdomen a não ser nos hidato-peritoneos parciais. Fâto interessante: não é notado o sinal de maciszez movel.

Nos casos 'que se encontra o fremito hidatico, aliás raros, teremos incontestavelmente encontrado o verdadeiro sinal diagnostico de certeza.

Alem desses sinais locais fazem sua aparição na fase de plena evolução da molestia, outros de ordem geral. Assim em consequencia da compressão do estomago e intestino pelo liquido derramado teremos perturbações gastro-intestinais que cada vez mais enfraquecem o paciente. Entra ele na fase caquética da afecção devido aos motivos aludidos juntos á colerragia e insuficiencia hepatica concomitantes.

Dois sintomas negativos merecem ser salientados: ausencia de febre e icteria. A não existencia dessa ultima, bem como de pigmentos e sais biliares na urina, apesar da colerragia, é devida á impossibilidade da bile de atravessar a membrana de enquistamento.

Em alguns casos a compressão da veia cava inferior determina edema dos mebrros inferiores.

Nas observações de Castex e Rosso e na de Caleagno o liquido levantando as cupulas diafragmaticas simulou um derrame pleural tendo sido praticadas punções exploradoras. Mas essa punção explorado-

ra foi feita em muito mior escala no abdomen devido ás hipoteses formuladas para a verdadeira causa da ascite. Diga-se de passagem que em todos os casos em que se a praticou não foi possível chegar a uma conclusão: ou por ser branca devido á agulha não haver penetrado na cavidade e ás vezes ser obstruída por hidatídes, ou porque o liquido enviado ao laboratorio não ministrasse, em razão de sua propria constituição histo-bacteriologica, dados suficientes para o verdadeiro diagnostico da ascite.

A's vezes pela analise quimica são encontradas em abundancia substancias graxas, dando ao liquido o aspeto de derrames quilíferos. Devé é de opinião que o "lipo-peritoneo hidático" nada mais é do que uma forma residual do coleperitoneo.

Reações biológicas — São identicas quanto a positividade, ás das diversas localizações da equinococóse.

Acontece o mesmo com a eosinofilia sanguinea.

Diagnostico diferencial — Deveremos faze-lo com as diversas variedades de ascite. Dentre estas aquela que na maioria das vezes foi confundida com o colperitoneo é justamente a ascite tuberculosa, forma fibrocáseosa.

Distingue-se o coleperitoneo da ascite bacilosa, primeiramente devido á anamnese nos ministrar seu inicio por um síndrome abdominal agudo seguido dos sinais fisicos já mencionados. Não se deverá perder de vista o estado geral do paciente que é mais ou menos conservado, salvo no periodo caquético, no coleperitoneo, o que não acontece na ascite tuberculosa.

Foi esse sinal que fez propriamente o diagnostico pré-operatorio de nosso caso. Levado por ele, um de nós praticou a intra-dermo-reação de Casoni e seu resultado já foi relatado.

Devemos afastar ainda as ascites cirróticas, as neoplásticas, as cardíacas, as discrásicas, que, todas, com seus sinais proprios levar-nos-iam ao verdadeiro diagnostico causal.

Segundo Mazzini são os seguintes os sinais do coleperitoneo hidático: 1) antecedentes — a) síndrome doloroso abdominal; b) com ou sem fenomenos de anafilaxia hidática; c) desaparecimento de um tumor pré-existente. 2) pelos característicos simiológicos da ascite — a) maciszez fixa e invariavel; b) fremito hidático. 3) Reações biológicas da hidatidose.

Prognostico — Nos casos felizes quando não sobrevêm complicações e não operados podem os doentes viver alguns anos (5 a 6 em media). Mas muitas complicações podem aparecer encurtando sua existencia. Dentre as mais frequentes citemos a angio-colite, as coleperitonites, a abertura expontanea do quisto em outra viscera.

A mortalidade diminuirá quando fôr o coleperitoneo diagnostica-do mais precocemente.

Tratamento — E' essencialmente cirurgico. Segundo Prat deverá ser ele dirigido contra tres lesões diferentes que têm como pontos de contato a mesma etiologia: 1) bolsa de enquistamento; 2) quisto do figado ou de outro órgão abdominal. 3) sementeira hidática abdomi-

nal que poderá se desenvolver por fóra da membrana de enquistamento.

Quanto ás duas primeiras lesões a conduta dependerá do estado geral do doente. Se ele estiver em más condições após esvaziamento da bolsa drenar-se-á. A's vezes devido á bôa posição do orificio de ruptura do quisto primitivo poderá este ser drenado através da membrana de enquistamento. Si porém, as condições gerais do doente forem bôas, depois de esvasiada a bolsa procurar-se-á sistematicamente o orificio de comunicação, drenando-se-o.

Contudo citam-se casos nos quais impossivel foi encontrar-se a comunicação referida.

A segunda lesão, membrana de enquistamento, ainda a conduta seguida não é uniforme. Alguns procuram estirpa-la, outros estirpam-na parcialmente, marsupializando o restante, outros enfim não a tocam.

Somos de opinião que a conduta que menores riscos faz correr aos pacientes é sem duvida a ultima, posto que não raro adherencias fortes solidarisam a membrana de enquistamento ás visceras constituindo sua ablação perigo não desprezível em virtude de grandes descolamentos necessarios para sua libertação, da hemorragia que poderá disso resultar, o aumento consideravel de tempo no ato operatorio, dos pequenos riscos de sua permanencia.

Os partidarios da extirpação dizem que na membrana encontram-se os germens hidaticos, porém Del Campo acredita que sejam formas involuidas, sem vitalidade parasitaria, não necessitando por conseguinte tratamento especial.

A terceira lesão de Prat, semeadura hidatica secundaria, não deverá preocupar o cirurgião, pois que aparece tardiamente e sómente em vinte por cento dos casos, sendo seu tratamento regido pelos preceitos classicos dos quistos hidaticos multiplos do abdomen.

Mazzini assim resume a terapeutica cirurgica do coleperitoneo: 1) evacuação, drenagem e contra-abertura da bolsa de enquistamento. 2) esvaziamento e drenagem diréta ou indiréta do quisto primitivo. Este segundo tempo efetuar-se-á conjuntamente com o primeiro se o estado do enfermo o permitir, do contrario diferir-se-á para um segundo tempo. 3) os quistos hidaticos que ulteriormente possam aparecer no abdomen tratar-se-ão oportunamente e de acordo com a técnica habitual. 4) a extirpação da membrana de enquistamento não se deverá praticar pelos perigos assinalados, e como diz Prat: sua conservação é uma conduta menos aggressiva, mais lenta, porém mais segura.

Na nossa observação seguimos á risca as regras terapeuticas estabelecidas pelos mestres no assunto, porém o paciente apresentou a semeadura hidatica secundaria contra a qual nada nos foi possivel fazer.

Estamos convictos que, quando houver uma generalização hidatica tão grande, cesse o poder da cirurgia para dar lugar futuramente á alguma terapeutica medicamentósa verdadeiramente especifica da equinococóse.