

HIDATIDOSIS RETRO PERITONEAL PRIMITIVA (*)

Dres. Jorge Lockhart y C. Saprizza Vidal.

La expresión hidatidosis retro peritoneal primitiva se debe incorporar a la nomenclatura corriente puesto que constituye una situación topográfica cuyos elementos clínicos y radiológicos muy característicos tienen la jerarquía suficiente como para determinar un aspecto destacable de la enfermedad hidática.

Existen en la bibliografía y en el recuerdo de muchos cirujanos de nuestro medio, casos clínicos que se catalogan de diversa manera: hidatidosis para - renal, hidatidosis de fosa iliaca interna, hidatidosis de psoas, del tejido celular retro peritoneal o en el capítulo general de "raras localizaciones del quiste hidático".

La expresión que hemos adoptado tiene la ventaja de generalizar situaciones que tienen de común la topografía predominante en el retro peritoneo.

Es necesario distinguir en primer lugar las hidatidosis retroperitoneales primitivas de las secundarias.

En las secundarias el origen puede ser diverso:

- 1º riñón;
- 2º supra - renal;
- 3º cara posterior del hígado (inserción del ligamento coronario);
- 4º columna vertebral;
- 5º hueso ilíaco;
- 6º bazo;
- 7º páncreas.

Las primitivas se originan en el tejido celular sub - peritoneal.

Las hidatidosis del psoas, las consideramos en un grupo in-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 1º de agosto de 1956.

termedio porque es muy difícil en algunas circunstancias determinar si la participación del psoas se produce desde el primer momento del desarrollo del quiste o bien, éste en su crecimiento se fue incorporando progresivamente a la masa muscular.

Hay una verdadera entidad anatómo-clínica en esta localización de la hidatidosis por circunstancias muy particulares de su evolución anatómo-patológica y por la expresión clínica característica.

1º) Se desarrolla en un tejido celular muy laxo, sin elementos nobles que sufran la alteración determinada por la agresión hidática.

2º) Alcanza un gran desarrollo y puede envejecer sin tener traducción clínica: el retro peritoneo cuando es distendido muy lentamente es *una zona sin expresión sintomática* lo que explica el enorme tamaño que pueden alcanzar los tumores que se originan a su nivel sin que produzcan el mínimo trastorno.

3º) El origen es *siempre profundo* en la propia fosa lumbar o en la fosa ilíaca interna y en su crecimiento desplaza el peritoneo parietal hacia adelante, puesto que es el plano extensible y se exterioriza luego hacia el flanco donde la pared muscular no es tan resistente.

4º) Tiene tendencia a migrar por el único espacio débil posterior, el cuadrilátero de Grynfeldt (el triángulo de J. L. Petit deja pasar solamente ciertas colecciones líquidas) e invade los planos parietales haciendo saliencia bajo la piel. El error es confundir esta localización inter-muscular con un origen superficial y desconocer el punto de partida siempre profundo de las hidatidosis retro-peritoneales. En las hidatidosis lumbares parietales como en las colecciones líquidas proyectadas en la zona de la gotera lumbar para-vertebral debe buscarse siempre el origen real en el contenido de la auténtica fosa lumbar.

EDAD Y FRECUENCIA

Puede aparecer a cualquier edad y su frecuencia debe ser mayor que la señalada por Dévé para el conjunto de las localizaciones excepcionales de la hidatidosis.

Creemos que debe ser constituido el capítulo especial de

“Hidatidosis retro peritoneales primitivas”, para incorporar a él la numerosa casuística que existe al respecto.

En su famosa estadística sobre 2.727 casos, Dévé llega a la cifra siguiente: 74.9 % hígado; 8.5 % pulmón; 2.3 % bazo; 2.1 % riñón; 1.4 % cerebro; 0.9 % hueso y 4.2 % otras localizaciones

Anatomía patológica.

Son hidatidosis de larga evolución y por consiguiente con las alteraciones de su contenido y sus paredes correspondiente a su envejecimiento. La reacción peri - hidatídica se hace con tejido fibroso que incorpora en su espesor algunas estructuras vecinas aponeurosis y planos musculares a tal punto que en lo que se refiere sobre todo al psoas, resulta difícil determinar algunas veces el origen real de la afección.

En la parte interna se relaciona con los grandes vasos pre-vertebrales y sobre todo con el uréter y ese es el motivo para que dicha zona constituya el lugar más peligroso en el curso de la extirpación del proceso hidatídico. Adelante adhiere al peritoneo conservándose un plano de clivaje más o menos neto y hacia la logia renal se constituye una barrera fibrosa que lo aísla del órgano que no es invadido por el proceso quedando simplemente levantado, rotado o dislocado con su polo inferior hacia afuera. Es importante ese detalle anatómico porque permite distinguir la situación topográfica y el diagnóstico con los quistes del propio parénquima renal.

Hacia abajo continúa el plano del psoas invadiendo la totalidad de la fosa ilíaca interna y hacia el plano parietal posterior prosigue su invasión a través del espacio de Grynfeldt distendiendo el gran dorsal y llegando a los planos superficiales simulando una hidatidosis parietal.

Su contenido es raramente hialino: en general está lleno de vesículas hijas con diversos tipos de los procesos degenerativos y casi siempre está infectado en su interior o a nivel de la adventicia dando así una verdadera psóitis.

La forma global de la hidatidosis depende de la región anatómica en que se desarrolla pero desplaza de preferencia el plano anterior y puede llegar a hacer saliencia al nivel de las paredes

anteriores del abdomen así como el plano lateral del flanco y hacia atrás deforma la pared lumbar a la altura del hueco sub costal y para - vertebral.

No podemos olvidar que a veces la comunicacion entre la hidatidosis parietal y la profunda puede ser mínima y de allí que se constituya un verdadero reloj de arena con una relación orificial intermediaria muy estrecha y que puede pasar inadvertida en la intervención quirúrgica que resultará por consiguiente al realizar solamente la extirpación o el drenaje de la parte superficial del proceso.

Estudio clínico y Radiológico.

La evolución puede ser silenciosa y no dar síntomas hasta que ha alcanzado un alto grado de desarrollo o bien porque los síntomas de la infección la hacen ostensible a la clínica.

En la etapa retro peritoneal pura aparece como una tumefacción quística con todos los caracteres de los procesos de dicha región e inclusive si hay sufrimiento peri - quístico con la participación del psoas dando la sintomatología correspondiente.

La columna vertebral y la cresta ilíaca aparecen indemnes al examen físico.

El contacto lumbar y el peloteo, cuando se percibe, es sobre todo en la mitad inferior y es más neto en el flanco y en la parte externa de la región lumbar, dejando libre el ángulo costo muscular.

El límite es bastante neto, el dolor es discreto y depende del grado de infección, pero no hay contractura del plano parietal anterior y se pueden percibir netamente los signos que traducen una colección líquida.

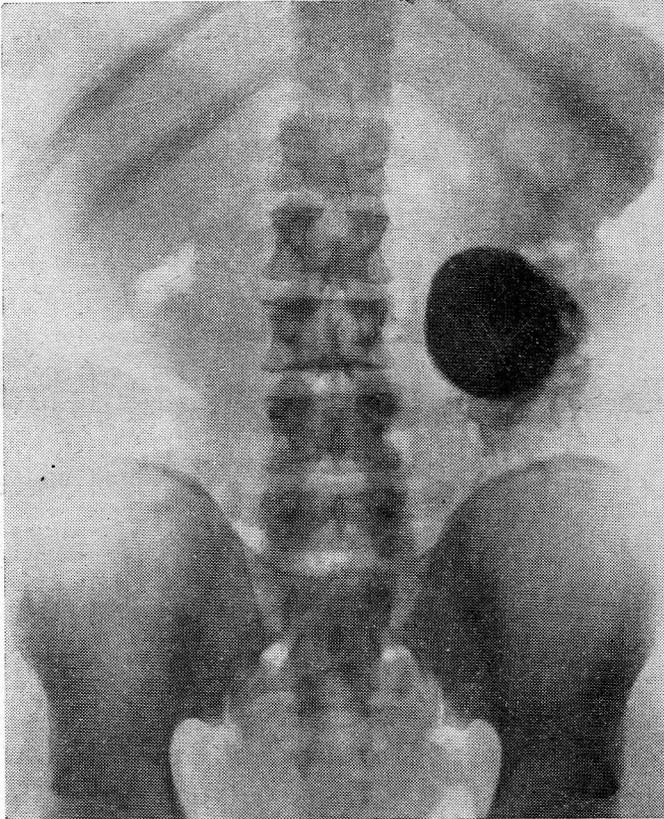
Además en el estado general pulso, temperatura, etc., se comprueban los elementos que indican la infección del proceso quístico.

Cuando la hidatidosis ha invadido el plano muscular posterior, se percibe la masa quística redondeada y renitente proyectada en la zona lumbar débil por debajo del gran dorsal a quien distiende o rebasa según su evolución.

Se plantea una primera etapa clínica en lo que se refiere a la localización de la presunta colección quística o pseudo quística.

1º) **Es parietal o del contenido abdominal.**

A pesar de la invasión de los planos superficiales a través de los músculos de la región lumbar, se debe buscar siempre el origen profundo por la palpación y sobre todo con los exámenes



Radiograffa de la hidatidosis visualizada con la sustancia

radiológicos contrastados. En principio toda tumoración quística o no que “asome” a los planos superficiales proyectada en la zona de Grynfelt, debe hacer pensar en su origen profundo.

2º) **Es retro peritoneal o intra - peritoneal.**

El contacto lumbar directo y el peloteo, son signos muy sugestivos, pero no debe olvidarse que las grandes masas tumorales

o quísticas escapan de la ortodoxia semiológica y que la distinción no resulta tan sencilla. Sin embargo será bastante fácil distinguir los quistes abdominales medianos y los que ocupan la parte anterior de ambos hipocondrios, así como los pelvianos sobre todo en la mujer.

La disposición de la sonoridad cólica tiene importancia rodeando por delante y por fuera del lado izquierdo a los procesos retro peritoneales y desplazándose hacia abajo y adentro del lado derecho.

La radiología de gastro duodeno y del marco cólico es indispensable en muchos casos.

3º) **Es renal o para renal.**

Se entiende por para renal lo que estando situado en el retro peritoneo lumbar, no pertenece a la logia renal propiamente dicha.

La sintomatología física reúne elementos comunes como ser el contacto lumbar y el peloteo, pero sin olvidar que el riñón contacta más con el propio ángulo costo-muscular y que además sus tumoraciones, quísticas o no, pueden permanecer muchas veces libres de los planos vecinos y mantener así cierta movilidad respiratoria, lo que no sucede con los procesos para-renales.

Sin embargo el quiste hidático de riñón tiene tendencia a adherirse precozmente y puede dar síntomas del para-riñón y lo mismo sucede cuando las hidronefrosis o los quistes simples se infectan y contaminan la atmósfera peri y para-renal.

Los procesos patológicos de la región para-renal no tienen en realidad síntomas que sean propios: pertenecen en general al retroperitoneo, pero además hacia ella evolucionan muchas afecciones osifluentes del marco óseo vecino sobre todo columna y hueso ilíaco.

En ese sentido el psoas es la guía más frecuente y sus elementos clínicos resultan muy evidentes.

Los nervios que atraviesan la región, pueden manifestarse con síntomas que denotan su sufrimiento y expresarse por dolores irradiados en el trayecto del 12 intercostal, de los abdómino genitales o del fémoro-cutáneo.

Es indispensable señalar los elementos clínicos y radiológicos negativos del lado del diafragma, de las últimas costillas de la columna dorso lumbar y del ala ilíaca.

4º) Quistes o pseudo quistes del retro peritoneo.

Podemos hacer la siguiente clasificación:

1º *Epiteliales* que se dividen según su origen en:

- a) ectodermo
- b) mesodermo
- c) endodermo
- d) varias hojas

Del ectodermo: quistes dermoides.

Del mesodermo: tumores y quistes de origen wolffiano.

Del endodermo: quistes entéricos.

Varias hojas: teratomas.

2º *Linfáticos*.

- a) quistes simples, serosos o quilosos
- b) linfangiomas

3º *Parasitarios*.

Hidatidosis

4º) *Pseudo quistes*.

- a) hematomas
- b) abscesos para - renales
- c) abscesos pótticos

El diagnóstico clínico es difícil: los quistes epiteliales y linfáticos son poco frecuentes y su evolución es muy crónica y asintomática en el aspecto subjetivo. Los hematomas pueden ser secundarios a un traumatismo o espontáneos. Estos últimos que son los que interesan tienen su origen en una afección cortical renal infarto, neoplasma, peri - arteritis nudosa, etc., cuyos elementos propios o los datos de una historia cuidadosa pueden contribuir a la orientación del diagnóstico.

Los abscesos para - renales y los pótticos tienen historia anterior renal o de columna e invaden la logia del psoas.

La radiología es indispensable por lo menos para el diagnóstico de localización del proceso quístico o pseudo quístico. El estudio radiológico simple es importante en lo que se refiere a

las últimas costillas, el diafragma, la columna vertebral, el ala ilíaca y el límite del psoas. *La pielografía descendente* indicará la situación y la funcionalidad del riñón en la zona enferma, su dislocación, el estado de sus cavidades excretorias y los límites del parénquima así como las alteraciones del uréter (desviaciones, borramiento, etc.).

En el caso de la hidatidosis retro - peritoneal se aprecian diversos elementos:

- 1º marco óseo normal;
- 2º psoas con el límite borrado;
- 3º opacidad que ocupa región lumbar y fosa ilíaca interna;
- 4º dislocación renal con parénquima y cavidades excretoras normales y buena concentración de la sustancia opaca;
- 5º uréter desviado o comprimido en su parte mediana lumbo ilíaca.

En dos casos y antes del acto operatorio hemos realizado la punción del proceso quístico por la región lumbar y luego la inyección de sustancia yodada obteniéndose radiografías de frente y de perfil.

En un caso se puncionó una vesícula hija gigante y la extravasación de la sustancia opaca determinó claramente la existencia de una cavidad quística llena de vesículas hijas. En otro, ya conocida la afección por haberse realizado con anterioridad 4 intervenciones sin llegar a la curación, se había producido la invasión de los planos superficiales a través de la pared muscular pudiéndose apreciar la existencia de 2 grandes cavidades quísticas: una superficial y otra profunda que comunicaban por un trayecto muy estrecho que fue seguramente desconocido en las intervenciones quirúrgicas anteriores que se limitaban a drenar la colección quística superficial.

El neumó retro peritoneo y la angiografía renal pueden aportar elementos de valor, pero no son indispensables.

Los exámenes complementarios tienen un valor relativo.

La radiología contrastada de gastro duodeno y del marco cólico ratifican el origen retro peritoneal y los exámenes de sangre y orina, salvo en los datos referentes a la hidatidosis que pueden ser negativos por la antigüedad y la frecuente infección del proceso, no revelan resultados de interés primordial.

Historias clínicas:

CASO 1. — M. M., 20 años, procedente de Treinta y Tres. Sin antecedentes. Hermana operada de quiste hidático de riñón. 10 días antes de su ingreso al Hospital, estado infeccioso, diarreas, dolores en el hemiventre izquierdo.

Aspecto de infectado. 38.5; orinas cargadas, sin historia urinaria, signos de psoítis izquierda. Tumefacción que deforma el flanco izquierdo y los planos anteriores, sin pasar la línea media y dejando libre el hueco subcostal. Columna y cresta ilíaca s/p. Se palpa masa quística renitente del tamaño de un pomelo grande inmóvil con la respiración. Tiene contacto lumbar externo y hay discreta contractura parietal y dolor a la palpación profunda, pero deja libre el ángulo costo - muscular de Guyon. Sonora por delante. Tacto rectal s/p. Campos pulmonares libres y resto del examen s/p. 18.000 leucocitos, 1 % de eosinófilos. Cassoni negativo. La pielografía excretoria señala un proceso extra renal que borra el psoas y deforma el uréter. Se descarta el riñón y se piensa en quiste para - renal infectado, posiblemente hidatídico o colección supurada de etiología desconocida. Punción: líquido agua de roca, se inyecta sustancia opaca que muestra los límites del quiste (vesícula hija?) y las vesículas pequeñas que ocupan la zona vecina.

Intervención. — Lobotomía: planos parietales y Grynfelt infiltrados. Hidatidosis que ocupa la fosa lumbar y la fosa ilíaca interna desplazando el riñón que está libre, llena de vesículas hijas y de líquido puriforme. Quistectomía que resulta fácil en el plano anterior pero es más difícil en el plano parietal posterior por haber adherencias al psoas muy íntimas quedando así las fibras musculares al descubierto. Se respeta la zona adherida a la línea media por el peligro vascular y del uréter extirpándose el resto del quiste. Formolado previo y se deja drenar. Post operatorio sin incidentes. A los 20 días se retira el tubo de drenaje y la pielografía de control demuestra la normalidad del riñón y del uréter.

CASO II. — Enfermo de 52 años, procedente de Florida que, en el intervalo de 16 años fue intervenido en cuatro oportunidades por hidatidosis catalogadas de parietal en la región lumbar izquierda y recidivando luego de cada intervención: consulta ahora por tumefacción renitente proyectada en la zona de la gotera para - vertebral frente al Grynfelt, del tamaño de una naranja y con enrojecimiento de la piel. Se palpa además una tumefacción profunda de la fosa lumbar correspondiente.

Pielografía descendente demuestra el riñón dislocado con buena excreción, uréter desviado y psoas borrado. Diafragma, costillas, columna y hueso ilíaco normales.

Se inyecta con líquido yodado previa punción evacuadora que extrae líquido puriforme y se dibujan 2 cavidades; 1 superficial y otra profunda que comunican por una estrecha zona intermediaria.

Intervención. — Lobotomía amplia, se formoliza y se reseca gran

quiste parietal: en su cara profunda se aprecia un orificio pequeño que comunica con la otra cavidad quística llena de vesículas hijas. Se libera del peritoneo parietal anterior y de la logia renal, pero se deja el sector profundo adherido a los vasos y al uréter. Drenaje durante 25 días. Evolución s/p. Control radiológico que demuestra la integridad del aparato urinario. Alta al mes.

TRATAMIENTO

La terapéutica radical consiste en la exéresis del proceso hidatídico, recordando que, mientras existe un plano de clivaje bastante neto hacia la logia renal y el plano peritoneal posterior no sucede lo mismo con el plano músculo - aponeurótico que es imprescindible decorticar y que hacia la línea media es necesario ser cauteloso por la proximidad de los grandes vasos y sobre todo del uréter: en esa zona es preferible dejar abandonado parte del tejido reaccional peri - hidatídico.

El abordaje se realizará mediante amplia lumbotomía.

Es importante recordar además la posible doble situación topográfica: una profunda en plena fosa lumbar o fosa ilíaca interna y otra superficial en el espesor del plano muscular pudiendo llegar a la piel y comunicando ambas a través del Grynfelt por un trayecto a veces difícil de reconocer. De esa manera no será cometido el error de tratar solamente una hidatidosis parietal desconociendo su verdadero origen en la profundidad.

El tratamiento del contenido así como el avenamiento de la cavidad, seguirá los principios generales de la terapéutica quirúrgica de la hidatidosis infectada.

CONCLUSIONES

1º La hidatidosis retro - peritoneal primitiva configura una entidad anátomo - clínica por sus particulares características topográficas.

2º Su origen es siempre profundo en el tejido celular sub - peritoneal y secundariamente puede atravesar el músculo transverso en la zona de Grynfelt constituyendo un proceso parietal e invadiendo los planos superficiales: dicha comunicación puede ser pequeña y escapar al cirujano que interpretaría la afección como únicamente parietal desconociendo su verdadero punto de partida.

3º La evolución es silenciosa y a menudo asintomática pudiendo determinar grandes deformaciones de la región sin haber originado sufrimiento, lo que es característico de las distensiones lentas del retro - peritoneo. Es en general una complicación la infección intra - quística o peri quística, la que provoca la alarma y el consiguiente motivo de consulta.

4º El diagnóstico es difícil y debe ser en primera instancia topográfico: el contacto lumbar externo, el peloteo y la sonoridad anterior señalan el origen retro peritoneal. La falta de síntomas urológicos, la inmovilidad respiratoria y el ángulo costo muscular libre ponen al riñón en un segundo plano. Los límites y la consistencia revelan un quiste o un pseudo quiste y el estudio radiológico simple y contrastado, así como la pielografía contribuirán al diagnóstico de proceso quístico para renal. Las reacciones biológicas de la hidatidosis tienen un valor relativo por tratarse de un quiste viejo e infectado.

5º La exéresis amplia es el tratamiento de elección, decoratando el plano músculo aponeurótico y teniendo una particular atención hacia la línea media por la presencia de los grandes vasos y del uréter.

BIBLIOGRAFIA

- PEREZ FONTANA, V. — "Estud. analít. 633 casos", Arch. Int. Hid., 8: 418 - 429. May. 1948.
- PEREZ FONTANA, V. — "Resumen y bibliog. equin.", Arch. Int. Hid., 5: 799 - 808, May 1948.
- MARGARUCCI, O. — "Pararen. hidat. dren. 3 casos". Arch. Ital. di Chir., 18: 447 - 467, 1927.
- FANUCCI, M. — "Retrop. Quist. F. I. D.", I. Policlin. Ser. Chir., 34: 11 - 26. Enero, 1927.
- BEDANDA, N. V. — "Pararen. locat.", Minerva Med., 7: 1330 - 1335, Dic. 1927.
- POICACHS, P.; AZNAR, E. y MUNIZ, T. — Exter. echinoc. en musc. subc. cell., tiss." Rev. Clin. España. 8; 253 - 260, Pub. 1943.
- GENTIL, F. y CONDE, G. — "Local. Raras Hid. Cun. contem.", 5:243-258, May 1951.

Dr. Hughes. — En la bibliografía de la hidatidosis retroperitoneal lo que acaba de plantear el Dr. Lockhart, es un problema de interés, porque da un aporte mayor al tema en relación con el retroperitoneo. En un trabajo que hizo el profesor Surraco en 1937, en el que estudió

alrededor de 30 observaciones de quistes hidáticos del riñón hacía como una afirmación categórica, que debían considerarse como de dudosa topografía los quistes hidáticos retroperitoneales independientes del riñón. El decía que todos los quistes hidáticos del retroperitoneo, son quistes hidáticos del riñón y con ese criterio, es que hemos aceptado todas las observaciones hasta ahora.

Nosotros vimos dos observaciones como las de Lockhart y Suiffet, es decir, en las que el origen renal del quiste no parecía probable pero en las que tampoco se podía negar el origen renal de ellas desde el punto de vista anatómico puro.

En esos casos desde el punto de vista clínico, hay que establecer que esos quistes hidáticos están en el retroperitoneo y si existe una integridad urográfica o pielográfica del riñón puede aceptarse ahora el origen extra renal del proceso. La afirmación que ha hecho el profesor Surraco en esa comunicación, que es una de las más completas que tiene, no parece pues que pueda sostenerse como indiscutible.

Dr. Suiffet. — Nosotros queremos colaborar con la comunicación presentada por el Dr. Lockhart, con una observación que nunca nos animamos a calificar de hidatidosis retro-peritoneal, porque, como ya expresó el Dr. Lockhart, en algunos casos es muy difícil llegar a ese diagnóstico topográfico.

Este caso fue operado en el año 1951. Es una chica de cuatro años, que con motivo de un proceso bronquial agudo, se realizó un estudio radiológico y se comprobó un quiste hidático en la base del pulmón izquierdo. Al mismo tiempo se encontró una tumefacción que ocupaba el flanco izquierdo, dejando libre la parte interna de la fosa lumbar, y que semiológicamente estaba bien aplicada a la cresta ilíaca y tenía sonoridad por delante. Se intervino su quiste hidático de pulmón; evolucionó bien y luego, al cabo de tres meses, se estudió para realizar la intervención abdominal. Del estudio radiológico solamente voy a mostrar esta radiografía contrastada del colon, que muestra con toda nitidez la tumefacción colocada en el flanco izquierdo y el desplazamiento al colon descendente hacia adentro. La urografía de excreción y la radiografía simple muestran elementos semiológicos bastante similares a los presentados por el primer caso de los comunicados por el Dr. Lockhart.

El estudio radiológico de los diafragmas, así como de hígado, con el objeto de reconocer la posibilidad de una equinocosis hepática, ni antecedentes de accidentes de dicha equinocosis y semiológicamente su hígado era completamente normal, de manera que pensamos que se trataba de una equinocosis retro-peritoneal primitiva. Se intervino por incisión por disociación en el flanco y se evacuó el contenido hialino de una hidátide única y luego la membrana. La adventicia es muy laxa.

Se vio con toda nitidez el saco peritoneal y el colon desplazado hacia adentro; no se abrió para completar la exploración peritoneal porque no se consideró necesario y un simple drenaje terminó la intervención. La evolución fue favorable. La niña ha sido vista a los cinco años de esa

intervención y no tiene ninguna manifestación clínica ni en el abdómen ni en el hígado ni en la cavidad peritoneal de equinocosis.

Nosotros pensamos que pudiera tratarse de una hidatidosis retroperitoneal primitiva, pero dado que esa topografía es muy difícil de ser aceptada sin tener una exploración de la cavidad peritoneal que certifique que no hay una equinocosis peritoneal secundaria, lo guardamos en nuestro archivo y ahora aprovechamos esta oportunidad para mostrarla, puesto que es muy similar en la sintomatología clínica y radiológica al caso primero presentado por el Dr. Lockhart.

Dr. Prat. — De acuerdo con lo que uno ha podido comprobar en la experiencia de la hidatidología, se saca la conclusión de que hay que ser muy parcos en establecer el origen primitivo del quiste hidático en el tejido celular; en este caso particular sería del tejido celular retro peritoneal. Es evidente que esta localización puede ser también en algún órgano retroperitoneal, pero en este caso pasa inadvertido el origen primitivo y es lo que constituye el problema de la localización de los quistes retro peritoneales. En los quistes hidáticos pre peritoneales también se admitía que eran del tejido celular pre peritoneal donde se desarrrollaban estos quistes y se ha comprobado después, que su origen primitivo es en el hígado. Sin experiencia, muy poca o ninguna en patología urinaria, no podría establecer una hipótesis precisa sobre el origen del caso presentado, pero creo sí, que hay que tratar de examinar muy bien y cuidadosamente estas localizaciones para poder establecer el carácter de retro peritoneal o extra renal y en este sentido, está claro que los datos que nos ha dado el Dr. Lockhart son bien precisos y categóricos, que parecen llevarnos a la convicción.

Ahora bien, el hecho de hablar sobre este caso, es para considerar una cuestión especial de esta interesantísima comunicación: dijo el doctor Lockhart, que hizo una punción a través de la pared abdominal, sacó un líquido cristal de roca, hecho que ya le dió el diagnóstico. Esta punción constituye una ayuda extraordinaria para el cirujano, pero me pregunto, en este caso de hidatidosis, ¿qué gana más el cirujano?, o mejor dicho, ¿qué gana más el enfermo, que el cirujano lleve el diagnóstico preciso o que exponga al enfermo a la posibilidad de la hidatidosis secundaria?

Sabemos bien que la punción del quiste suprime el error y en el pasado hubo médicos que puncionaban el quiste hidático del pulmón, y siempre los cirujanos fuimos contrarios a esta conducta; creemos que eso puede tener una consecuencia desagradable y perjudicial, que es la hidatidosis secundaria. Pero creo, en cambio, que el cirujano no tiene por qué privarse de la seguridad diagnóstica, realizando el examen radiológico; al contrario, considero que cada día que pasa, la radiología es más necesaria e indispensable en la cirugía de la equinocosis; por eso es que comprobamos a menudo con desagrado que la hidatidosis hepática y abdominal, se operen sin radiografía previa y menos todavía, durante el acto operatorio. Creo que esta práctica es muy conveniente y nece-

saría para poder revelar un nuevo foco de hidatidosis múltiple, así como también otros quistes o complicaciones en otros órganos o en la vecindad.

Considero que en este caso se ha hecho muy bien al dejar un drenaje, por lo que pudimos comprobar en nuestra práctica y experiencia, que el drenaje contribuye eficazmente a evitar la siembra secundaria, como lo prueba nuestro tratamiento de los quistes hidáticos del pulmón, cuando practicábamos la cirugía del quiste hidático del pulmón en dos tiempos. Hacíamos la punción del quiste y evacuábamos el líquido hidático directamente; ese líquido mojaba y bañaba toda la herida y tejidos vecinos y sin embargo no observamos la hidatidosis o la siembra secundaria de la pared torácica, sino por excepción, y esto se debía al drenaje, que permitía la infección de la herida y la volvía inconveniente para la siembra hidática.

Otro hecho al que deseo referirme, es la comprobación que nos enseñó la experiencia de que todo quiste hidático de las masas lumbares, es frecuentemente una hidatidosis secundaria de la columna; una equinococosis vertebral o iliaca, y en un caso equivoqué el diagnóstico etiológico óseo del quiste, por no tener en cuenta este hecho.

Por eso, cuando hay un proceso quístico de las masas musculares sacro-lumbares, sobre todo de la región lumbar, siempre hay que pensar que pueda ser de origen óseo el quiste, ya sea localizado en la cresta iliaca, en las vértebras o ya sea en las costillas.

Estas son las consideraciones que quería hacer.