

(Clínica Quirúrgica Prof. Dr. José A. Piquinela)

## EQUINOCOCOSIS PERITONEAL HETEROTOPICA (\*)

Dres. José A. Piquinela y Nelson B. Varela

La rotura intraperitoneal de un quiste hidático de hígado da origen a *episodios agudos*, inmediatos o consecutivos a la rotura y a *cuadros alejados*, separados del episodio agudo por un espacio de tiempo largo y generalmente silencioso del punto de vista clínico.

Dentro de los primeros, dos situaciones pueden observarse:

1. *Rotura solamente de la adventicia*
2. *Rotura de la adventicia y de la hidátide.*

La rotura de la adventicia consiste en un desgarró de variable extensión de la zona de parenquima hepático comprimido, alterado y esclerosado que rodea al parásito. Etapa previa y necesaria a la rotura de la hidátide, puede por ella sola dar origen a cuadros anatómo-clínicos muy diferentes.

1) *Ser un hecho aislado, único*, con o sin cuadro clínico concomitante, originando un proceso adherencial más o menos amplio y denso que se encuentra en la intervención y que no se explica ni por una infección del quiste, que no existe, ni por la superficialidad del mismo. Se ha dicho con razón que equivale a una perforación frustra, a una perforación cubierta.

2) *Hemorragia intraperitoneal*, mínimos, moderada o, excepcionalmente importante.

3) *Colorragia intraperitoneal*, de intensidad variable cuya traducción clínica es función en buena parte de la magnitud del derrame biliar y de la exudación serosa que provoca.

4) *Enucleación de la vesícula hidática. Equinococosis peritoneal heterotópica.* La vesícula parasitaria intacta cae en la cavidad peritoneal a expensas del desgarró adventicial. La equinococosis sigue siendo primitiva pero trasladada ahora a otro lugar del vientre.

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa, el día 9 de noviembre de 1960.

La vesícula toma entonces aspectos variables: se mantiene tensa, o se presenta ligeramente achatada y blanda por haber perdido parte de su líquido o aparece la membrana madre arrollada.

La equinococosis primitiva heterotópica puede presentarse en la intervención con aspectos diferentes que es posible resumir en tres situaciones:

a) *Vesícula completamente libre*, responde en general aunque no siempre a intervenciones próximas al episodio de rotura. De hecho, en algunos casos esta situación puede verse tiempo después de la rotura.

b) *Vesícula libre acompañada de un derrame*; se trata casi siempre de un coleperitoneo en medio del cual se encuentra la vesícula y es el derrame biliar el que pasa al primer plano condicionando el cuadro clínico y la decisión operatoria. Las observaciones responden en general a casos de corta evolución, siendo el derrame el que explica la falta de adherencias.

c) *Enquistamiento secundario de la vesícula*; es lo más común y corresponde a observaciones alejadas del episodio de rotura. La vesícula se detiene en una zona de la cavidad peritoneal y genera una peritonitis plástica periparasitaria que llega a formar una adventicia fibrosa similar a las habituales del parásito.

La observación que traemos pertenece a este último grupo aún cuando la vesícula enquistada se acompaña de un derrame de moderada cantidad quizás explicable por la relativa proximidad del cuadro de rotura; entendemos que es la tercera observación que se publica en nuestro medio.

“Paciente de 22 años, que aproximadamente 7 meses antes del ingreso (1º - III - 1957), en forma casual, nota una tumoración en el epigastrio, pequeña, redondeada, de unos 3 cms. de diámetro, indolora, que aparecía al ponerse de pie y desaparecía al sentarse la enferma.

En posición de pie, comprimiendo la tumoración, podía hacerla desaparecer. Vista en ese entonces por médico le diagnostica “quiste”.

La tumoración creció lentamente sin dar molestias de ninguna naturaleza hasta adquirir el tamaño de 5 cms. de diámetro. **Dos semanas antes del ingreso**, tiene dolor de aparición brusca, en hipocondrio derecho, de moderada intensidad, sin irradiaciones, sin vómitos, ni estado nauseoso ni chuchos de frío. No tuvo prurito, urticaria, ni otras manifestaciones alérgicas. Consulta médico que la envía a Montevideo.

El dolor persistió hasta cuatro días antes del ingreso en que se exacerba tomando tipo cólico, difundiéndose a todo el vientre, predominando en hemiventre izquierdo y que se acompañó de escalofríos. Continúa con sus dolores, estado nauseoso y un vómito de líquido claro, poco abundante. Desde el comienzo de sus dolores, **desaparición de la tumoración**. Tránsito urinario s/p. Dos deposiciones diarreicas al ingreso. No tuvo astenia, anorexia ni adelgazamiento. Nunca ictericia.

**Antecedentes.** Tres hijos sanos. Menstruaciones s/p. Familia sin antecedentes de enfermedad hidática.

**Examen.** Buen estado general, lúcida, apirética, bien coloreada. Boca: halitosis franca; dentadura en mal estado. Garganta congestiva. Cuello, tórax y cardiovascular s/p.

**Abdómen.** Duele en forma espontánea y moderada en hemiventre izquierdo. Ombligo desplegado.

La palpación despierta dolor a nivel del flanco izquierdo. Diastasis de músculos rectos. No se palpa hígado ni bazo. Resto s/p.

En resúmen, paciente de 22 años, procedente del Interior, que 7 meses antes del ingreso nota tumoración de epigastrio, de crecimiento progresivo, sin sintomatología funcional; **dos semanas antes** del ingreso tiene cuadro doloroso de hipocondrio derecho y luego flanco izquierdo, notando la desaparición de la tumoración. El examen mostró dolor moderado en flanco izquierdo, diastasis de los músculos resctos, ombligo desplegado.

Los exámenes realizados en Sala mostraron: ORINA normal; HEMOGRAMA normal; V.S.G. 23 mm. FUNCIONAL HEPATICO normal.

Las radiografías mostraron: Gastroduodeno, Colecistografía, Colon por enema y Tórax normales.

Una reacción de Cassoni dio un positivo precoz y negativo tardío. Reacción de Weimberg NEGATIVA.

El 19 - III - 57 en virtud de aparición de signos de ascitis se punciona, extrayendo 3 tubos de líquido claro, que revelan: R. de Rivalta positiva; R. de Weimberg negativa; Bilis 55 grs. %; Citológico: leucocitos a predominio de plinucleares, piocitos, eritrocitos en regular cantidad, algunas células de descamación, no hay ganchos ni eosinófilos.

El 2 - IV - 57, se hace una laparotomía exploradora. Prof. Piquinella. Dr. Priario; Pte. Peña. Anestesia general.

Incisión paramediana para rectal interna supra e infraumbilical. Al abrir el peritoneo se comprueban dos focos de peritonitis plástica adhesiva; uno conglomerada las asas delgadas entre sí por falsas membranas y adherencias epiploicas a nivel de la cara inferior del hígado y otro circunscrito a la entrada de la pelvis en el lugar que asienta la vesícula: estrecho superior entre asas delgadas.

Existe pequeña cantidad de exudado turbio entre las asas; el hígado presenta un lóbulo derecho indemne, de consistencia normal y una vía biliar normal; el lóbulo izquierdo presenta su cara superior libre y en su cara inferior en las zonas de adherencias epiploicas existe una ca-

vidad adventicial a contenido seroso y con falsas membranas. El bazo es normal. Se libera la vesícula de sus adherencias fibrinosas y se extrae intacta; luego se evacua la cavidad residual del lóbulo izquierdo, se formoliza, se sutura parcialmente la adventicia y se deja un tubo de drenaje fino. Hemostasis y cierre por planos. Lino en la piel.

El postoperatorio fue sin incidencias. Se le dio de alta el 9 - V - 57. El examen anatomopatológico de la pieza mostró:

Formación vesicular de 12 cms. de diámetro, ya seccionada cuyas paredes tienen aspecto de clara de huevo semicocida. Aspecto caracte-



Fig. 1

rístico de vesícula hidática. A la sección se observa bien la capa externa o quitinosa y la zona interna granular o germinativa.

En un polo de la vesícula se observa un engrosamiento circunscrito de la quitinosa.

MICROSCOPIA. — En los fragmentos examinados se observa la estructura correspondiente a la membrana hidática con una capa externa estriada longitudinalmente y una tenue capa germinativa interna. El fragmento adherencial peritoneal está constituido por bandas de fibrina y células eosinófilas.

**EN RESUMEN:** Historia clínica de quiste hidático de hígado notado 7 meses antes de su ingreso; accidente agudo dos semanas previas a la hospitalización; intervención realizada a las cinco semanas del episodio agudo: vesícula enquistada a la entrada de la pelvis, cavidad adventicial en cara inferior de lóbulo izquierdo de hígado con falsas membranas y adherencias epiploicas y de asas delgadas a la brecha de la misma y moderado derrame turbio entre las asas.