

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Eduardo C. Palma

PROBLEMAS SEMIOLOGICOS A PROPOSITO DE UN CASO DE HIDATIDOSIS RETROPERITONAL PRIMITIVA (*)

Dres. R. Danza, R. Esperón y L. Mateo

La hidatidosis retro-peritoneal primitiva fue descripta por Cranwel y Herrera Vegas. (1)

En 1956, en nuestro medio los Dres. Lockart y Sapriza Vidal presentaron a esta sociedad un interesante estudio del tema, a propósito de dos casos. Se señalaron en esa ocasión observaciones del Dr. Suiffet y del Dr. Hughes. (2). En 1961 el Dr. Folco Rosa comunica un caso. (3).

Nuestro enfermo une al interés casuístico, el de haber presentado problemas para su diagnóstico topográfico.

Enferma G. P. 51 a. procedente de Santa Lucía (Canelones), enviada al servicio del Prof. Franchi con diagnóstico de esplenomegalia primitiva. Presenta desde hace cuatro meses dolor al esfuerzo en hipocondrio izquierdo que desaparece lentamente con el reposo.

Antecedentes. No hay casos de hidatidosis en la familia, ha vivido en su niñez en estancias en el departamento de Durazno.

Examen. Estado general conservado. Ligera anemia clínica.

Abdomen asimétrico por relevación del reborde costal izquierdo, con borramiento de la depresión infracostal, ombligo desviado a derecha.

Tumoración de hipocondrio y flanco izquierdo que invade la región umbilical y la fosa ilíaca izquierda. Mide 30 cm., por su gran eje dirigido abajo y adentro y 20 por el eje transversal. Se mueve desde el principio de la inspiración. En la parte interna se puede insinuar la mano entre la tumoración y el reborde costal. La consistencia es firme y la superficie regular salvo escotadura a nivel del borde anterior. No se aprecia frémito hidático.

La percusión muestra matidez con espacio de Traube desplazado adentro y guirnalda cólica rodeándola.

La palpación de la fosa lumbar revela peloteo y contacto lumbar externo.

Exámenes complementarios.

El gastro-duodeno y colon por enema, realizados en la ciudad de procedencia mostraban desplazamiento que hicieron pensar en origen esplénico de la tumoración.

Pielografía de excreción (fig. 1). Imágenes de mal relleno de los cálices superiores del riñón izquierdo con descenso de los mismos.

Pielografía ascendente, realizada por el Dr. Lockart (fig. 2), revela de-

(*)
de 1963.

formación de los cálices superiores del riñón izquierdo. En el perfil (fig. 3) se aprecia que estos cálices están rechazados de delante atrás por la tumoración que se encuentra apoyada sobre ellos aunque sin relación íntima.

Neumo-retroperitoneo, (fig. 4), se visualiza contorno renal permitiendo apreciar que la tumoración es independiente de él.

Diagnóstico.

Hacia el origen retroperitoneal de la tumoración conduce el hecho de que permita introducir la mano entre la parte interna de ella y el reborde, el peloteo y el contacto lumbar externo, así como la alteración pielográfica renal.

Sin embargo, los amplios movimientos respiratorios, el borde anterior escotado, el ángulo costo libre, la ausencia de sonoridad cólica anterior y la forma de desplazamiento gástrica hacen sospechar el posible origen intraperitoneal.

El diagnóstico etiológico, se conduce fácilmente al origen hidatídico de la tumoración.

En el pre-operatorio los diagnósticos planteados fueron: quiste hidático



Fig. 1. — Pielografía descendente pre-operatoria. Se aprecia descenso del riñón.



Fig. 2. Pielografía ascendente (frente). Se aprecia descenso del riñón y deformación calicial.

renal, suprarenal, primitivo retroperitoneal, sin descartarse las localizaciones esplénicas ni pancreáticas, la separación del reborde costal en la parte interna hace que no se piense en el origen hepático.

Intervención. Prof. Palma, Dres. Esperón y Danza.

Mediana supra e infra-umbilical. Enorme quiste retroperitoneal que ocupa casi totalmente la logia subfrénica izquierda, rechazando hígado y estómago a derecha y empujando el bazo hacia la parte postero-superior del hemidiafragma. El colon cruza en guirnalda la parte baja del quiste que asoma a través del mesocolon. Las medidas son 30 cm. por 25 con una escotadura a nivel del borde anterior.

La retrocavidad se encuentra conservada a través de su pared posterior se puede llegar a la adventicia, abriéndose el quiste y aspirándose su contenido con Finocchietto previa protección con gasas formoladas.

Formolización de la cavidad. Adventicéctomia para lo que es necesario despegar adherencias firmes del mesocolon páncreas suprarrenal y riñón izquierdo, al realizar estas maniobras que requieren tracción y durante una maniobra se efectúa pequeño orificio en cáliz superior que se sutura. Drenaje de Fosa lumbar por contra-abertura.

Exploración del resto del abdomen, colecistitis litiásica, colecistectomía. Cierre por planos.

Post-operatorio.

A los 2 días se retira el drenaje retroperitoneal. A los 9 es dada de alta en perfectas condiciones.

Pielografía post-operatoria. (fig 5).

Riñón izquierdo en su sitio, buena eliminación del mismo la deformación de los cálices ha disminuido francamente.



Fig. 3. — Pielografía ascendente (perfil). El riñón ha sido rechazado hacia atrás por la tumoración que se encuentra apoyada en él.



Fig. 4. — Neumo-retroperitoneo. El contorno renal es independiente de la tumoración.

RESUMEN Y COMENTARIOS

1) Se estudia un caso de Quiste Hidático Retroperitoneal, considerando esta localización como primitiva teniendo en cuenta los desplazamientos efectuados en los órganos circundantes inclusive el riñón, del que se mantenía independiente, desplazándolo pero sin deformaciones que no puedan ser imputables al "apoyo" del quiste. El

acto operatorio permitió apreciar la independencia del quiste con este órgano, a pesar de que pequeña adherencia adventicial determinó al extirpar la herida renal.

2) El crecimiento del quiste pudo hacerse sin mayores resistencias lo que explica ausencia de signos de sufrimiento del parásito, como se presentaban en la mayoría de los de esta localización que se han presentado.

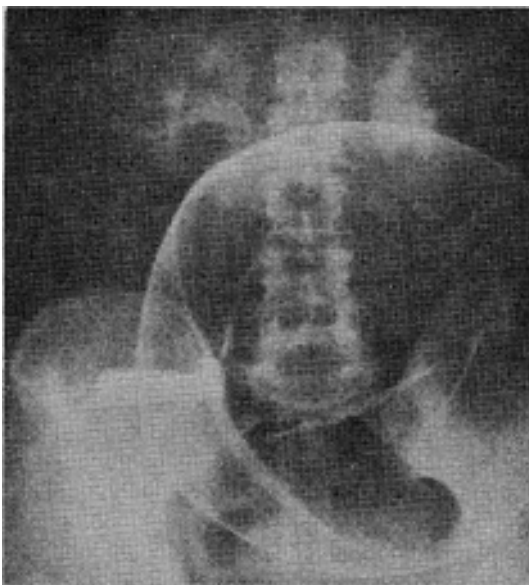


Fig. 5. — Pielografía descendente post-operatoria. El riñón ha vuelto a su sitio, la deformación calicial ha disminuido francamente.

La forma anterior de expansión, que difiere de la más frecuente (4), hizo difícil la pesquisa topográfica en el preoperatorio.

4) El tratamiento que incluyó la adventicectomía completa fue posible, obteniéndose un excelente resultado.

BIBLIOGRA

1. CRANWELL y HERRERA VEGAS. — Tratamiento de los Quistes Hidáticos. Coni Hnos. 1910.
2. LOCKART, J. y SAPRIZA VIDAL, C. — Hidatidosis Retroperitoneal Primitiva. Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay 1956. pág. 281-284.
3. FOLCO ROSA, L. — Hidatidosis Retroperitoneal Primitiva. Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay 1961. Pág. 290-300.
4. LARGHERO, P.; VENTURINO, W.; BROLI, G. — Equinococosis hídática del Abdomen. 1962. Editorial Delta. Montevideo. Pág. 195-196.