

Quistes hidáticos pelvianos primitivos *

Dres. ROBERTO PERDOMO y VALDO C. GARDIOL

En 1924, Dévé (15) expone sus ideas sobre "Los quistes hidáticos de la pelvis" en una extensa y minuciosa monografía. En la misma línea existen otros importantes aportes del autor (11, 13, 14), cuyas conclusiones se incorporan a la literatura médica con la apariencia del tema definitivamente juzgado.

Algunos hechos de observación directa, cuidadosamente establecidos en pacientes de la Clínica Quirúrgica del Prof. Piquinela, no mostraron aspectos imposibles de superponer a aquellas conclusiones. La posterior investigación crítica de la literatura sobre el tema nos reafirmó en la necesidad de discutir sus fundamentos patogénicos, con un nuevo concepto que creemos demostrable y ajustado estrictamente a la realidad.

Expresamos este concepto del siguiente modo: *dentro del cuadro limitado de la equinocosis pelviana, existen en una proporción importante quistes hidáticos primitivos homeotópicos de los órganos o del tejido celular pelviano, que pueden ser reconocidos y separados netamente de la equinocosis pelviabdómnica secundaria, así como también de la primitiva heterotópica del peritoneo.*

Afirmamos que, *patogénicamente, los quistes hidáticos únicos, solitarios, a desarrollo subseroso pelviano, son en la mayoría de los casos —por no decir siempre— una expresión topográfica más de la equinocosis primitiva homeotópica.*

CASUÍSTICA

OBSERVACIÓN I.— *Quiste hidático primitivo del espacio de Retzius. A. M., 21 años. H. Pasteur, Reg. Nº 4.842. Desde un año nota distensión de su abdomen inferior, sin dolor y sin*

alteraciones funcionales pelvianas. No antecedentes de traumatismos o episodios dolorosos abdominales previos.

Examen.— Tumoración que ocupa todo el hemivientre inferior, sobrepasando arriba la línea umbilical y penetrando abajo en la pelvis; es elástica e indolora. No se palpa nada anormal en el resto del vientre.

Examen genital: El polo inferior tumoral se percibe en el fondo de saco vaginal anterior, separado del cuerpo uterino. Resto de la pelvis normal.

Diagnóstico clínico.— Quiste de ovario.

Operación (Dr. Perdomo, Pte. Berbiuc).— Mediana infraumbilical amplia. Enorme quiste hidático univesicular, hialino, con más de 2.000 c.c. de contenido. Está situado en el espacio de Retzius, desplazando el uraco con el peritoneo hacia atrás; el peritoneo recubre solamente su polo superior por completo y más hacia abajo la superficie posterior hasta la zona media del quiste. El hemisferio inferior es totalmente subperitoneal y se relaciona con la vejiga, a la que desplaza hacia abajo y atrás. *En el resto de la cavidad peritoneal:* no hay adherencias al área serosa que recubre el quiste, por todas partes el peritoneo es normal y no existen otros quistes; el hígado y bazo son normales a la palpación, sin adherencias patológicas a su superficie. Punción, formolado y evacuación del parásito. Resección total de la adventicia que se decola fácilmente del peritoneo y del uraco hacia atrás y de la vejiga hacia abajo. Cierre sin avenamiento.

Evolución.— Sin incidentes. Curación.

OBSERVACIÓN II.— *Quiste hidático primitivo subperitoneal del Douglas, abierto espontáneamente en vagina. Equinocosis hepática. M. C. R., 19 años. H. Pasteur, Reg. Nº 5.168. Comienza diez días antes con temperatura hasta 40° y chuchos de frío. Cuatro días más tarde nota la salida de líquido claro y vesículas por la vagina, que continúa en aumento en tanto retrocede el cuadro febril. Desde cuatro meses antes notaba aumento del volumen de su abdomen inferior. Sin antecedentes dolorosos abdominales inmediatos ni mediatos. Nunca tuvo fenómenos urticarianos.*

Examen.— Buen estado general, ligera anemia; temperatura axilar, 39°. Abdomen globuloso y saliente en región infraumbilical con pared tensa y algo sensible a ese nivel. Tumoración voluminosa que ocupa la mitad inferior del abdomen, sin límites precisos, renitente,

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. José A. Piquinela.

cuyo extremo inferior se pierde en la pelvis. En epigastrio se palpa otra tumoración con los caracteres de un quiste hidático del lóbulo hepático izquierdo. Resto del vientre sin nada anormal. *Examen genital*: Viene por la vagina líquido turbio con vesículas hidáticas pequeñas. En el fondo de saco posterior, que abomba hacia la vagina, se observa al espéculo un orificio fistuloso de 1 cm., desgarrado, que en el momento del examen da bruscamente salida a un litro de líquido hidático con numerosas vesículas hidáticas. Se introduce a su nivel un clamp que comunica con una amplia cavidad topografiada al Douglas; se deja sonda Pezzer a su través. *Radiografía de abdomen*: Hepatomegalia y opacidad pelviana. *Radiografía de pelvis con introducción de contraste a través de la fistula vaginal*: Se observa el contorno policíclico de las vesículas hidáticas aún retendidas dentro de la cavidad quística.

Evolución.— Quince días más tarde ha cesado el corrimiento hidático y se ha normalizado la temperatura; la cavidad del Douglas tiene apenas 4 cm. de fondo y 6 a 8 cm. transversales a la exploración con un clamp.

Operación, al mes del comienzo (Dr. Gardiol, Dr. Perdomo).— Incisión transversa de ambos hipocondrios. Amplia exposición abdominal. *Dos quistes hidáticos de hígado*: uno mayor en lóbulo izquierdo, hialino, multivesicular, y otro pequeño, de paredes engrosadas, a contenido hidático, involucionado y teñido en bilis, situado en zona yuxtavesicular del lóbulo derecho; ambos tienen el epiplón adherente. *El resto del hígado y el bazo, cuidadosamente examinados, no ofrecen lesiones de aspecto cicatricial. La pelvis es normal y sorpresivamente el peritoneo del Douglas no presenta alteraciones de ningún tipo, ni la más mínima adherencia visceral o epiploica a su nivel. En situación subperitoneal existe solamente una moderada infiltración, único residuo de la gran cavidad quística evacuada en la vagina. El resto del peritoneo, detenidamente explorado, no muestra ningún tipo de lesión o adherencia.* Se tratan los quistes hepáticos mediante evacuación, formolado y avenamiento.

Evolución.— Sin incidentes. Curación.

OBSERVACIÓN III.— *Quiste hidático primitivo retrovesical. Equinococosis hepática y pulmonar múltiple.* C. A., 47 años. H. Pasteur, Reg. N.º 5.207 y H. de Clínica, Reg. 183.900. Desde seis meses dolores moderados en epigastrio e hipocondrio derecho. unca cuadro agudo abdominal. Hace un mes dolor de hemitórax derecho y tos seca. Hace siete días hidatidosis. No síntomas pelvianos. En menopausia.

Examen.— Excelente estado general. Tumoraciones hepáticas en epigastrio e hipocondrio derecho. Tumoración hipogástrica a pedículo pelviano, que emerge unos 10 cm. por encima del pubis. *Examen genital*: Esta tumoración ocupa el fondo de saco vaginal anterior e impresiona como de origen uterino. *Consulta con ginecólogo*: *Diagnóstico de fibromatosis uterina.* Resto del vientre sin anomalías a la palpación. *Radiografía de tórax*: Múltiples imágenes de quistes hidáticos en ambos campos pulmonares.

Operaciones.— Se tratan en tiempos sucesivos seis quistes de pulmón derecho junto con uno de domo hepático y luego dos quistes de pulmón izquierdo. En julio de 1963 se tratan, por laparotomía transversa, cinco quistes de ambos lóbulos hepáticos, y en la exploración abdominal se confirma la presencia de un quiste retrovesical con el resto del peritoneo sin lesiones. Fuera de los quistes tratados no existían lesiones cicatriciales en el hígado; las adherencias en torno a los quistes del lóbulo izquierdo impidieron la correcta exploración del bazo. En julio de 1964, toracofrenolaparotomía para tratar dos quistes posterosuperiores que no se trataron en la operación anterior; se trata otro quiste de lóbulo izquierdo y se comprueba que el quiste pelviano no ha experimentado modificaciones en el año transcurrido.

Operación sobre el quiste hidático pelviano (Dr. Gardiol, Dr. Perdomo).— Agosto de 1964. Pfannenstiel. Quiste hidático único, retrovesical, totalmente subperitoneal, de unos 12 cm. de diámetro. *Solamente un apéndice epiploico del sigmoides adhiere laxamente al peritoneo de cubierta. El resto del peritoneo no presenta otros quistes, ni señales de pseudotuberculosis hidática, ni fenómenos adherenciales en toda la zona inframesocólica.* El saco adventicial es fino y contiene dos hidátides hialinas: una grande que lo ocupa casi totalmente y otra pequeña, de unos 5 cm., que impresiona como de vesiculización exógena. Hay íntima adherencia de la cara posterior vesical a la adventicia quística. El útero está desplazado hacia atrás y no participa del proceso. Punción, formolado y evacuación de la hidátide mayor vaciada; extracción íntegra de la hidátide menor. Resección parcial de la adventicia, respetando la zona de adherencia vesical íntima. Cierre sin avenamiento.

Evolución.— Sin incidentes. Curación.

LOS QUISTES HIDATICOS UNICOS, SOLITARIOS, DE LA PELVIS, VISTOS POR EL CIRUJANO. SU REALIDAD Y FRECUENCIA. NECESIDAD DE EXCLUIRLOS DEL CUADRO DE LA EQUINOCOSIS PERITONEAL SECUNDARIA

En el cuadro 1 se detallan las *observaciones nacionales* sobre quistes hidáticos de la pelvis. Como puede apreciarse, los autores en su mayor parte soslayan la discusión patogénica sobre estos quistes solitarios pelvianos, o bien los clasifican como secundarios suscribiéndose a la tesis de Dévé. No obstante, Turenne (42) los considera primitivos; Charlone y Sacco-Ferraro (9) dicen que en algunos casos su estudio permitiría sin gran violencia reconocer su patogenia primitiva, homo o heterotópica; Blanco Acevedo y Aguerre (4) estiman una de sus observaciones como

CUADRO 1

Referencias bibliográficas nacionales sobre quistes hidáticos únicos, solitarios, de la pelvis

Autores	Año	Número observac.	Topografía	Quistes hepáticos	Interpretación *
1. Etchepare, M. (19)	1913	1	Prostatorrectal.	Se ignora.	—
2. Pou Orfila, J. (34)	1917	3	2, lig. ancho. 1, Douglas.	No.	—
3. Turenne, A. (42)	1918	1	Utero.	No.	Primitivo.
4. Roldán, A. (38)	1922	1	Utero y lig. ancho.	Se ignora.	—
5. Bottaro, L. (5)	1930	1	Ligamento ancho.	Se ignora.	—
6. Lasnier, E. (30)	1930	1	Ligamento ancho.	Se ignora.	—
7. Charlone, R. y Sacco-Ferraro, L. (9)	1937	1	Douglas.	No.	Primitivo.
8. Surraco, L. A. (40)	1937	5	Retrovesicales.	En 1 obs.	Secundarios.
9. Belloso, R. (3)	1942	1	Vesicovaginal abierto en vejiga.	No.	—
10. Blanco Acevedo, E. y Aguerre, J. (4)	1947	3	2, útero. 1, vesicouterino.	No.	Uno primitivo. En discusión.
11. Rodríguez López, M. y Mautone, J. (37)	1950	1	Vesicouterino.**	Se ignora.	Secundario.
12. Larghero, P.; Venturino, W. y Broli, G. (29)	1962	1	Douglas.***	Se ignora.	Secundario.

* Se anotan cuando los autores emiten opinión patogénica.
Quiste diagnosticado por médico desde cincuenta años antes.

*** Control de evolución cinco años más tarde: normal.

primitiva y agregan que la patogenia de la hidatidosis genital femenina está aún en discusión.

En el extranjero existen numerosas observaciones sobre quistes hidáticos pelvianos. Ruíz (39), sobre un total de 165 casos, encuentra más de 50 observaciones de quistes únicos, solitarios. De todos modos se suscribe a considerarlos secundarios en todos los casos, siguiendo a Dévé.

En el cuadro 2 se documenta otro grupo de observaciones. Y entre las opiniones, destacamos la de Tobías (41), quien frente a su caso de quiste hidático pelviano solitario con exploración negativa del resto del vientre, se pregunta: "¿Con qué argumentos contamos en este caso para considerarlo como un quiste secundario del fondo de saco de Douglas? En clínica no

es la frecuencia o la rareza de una observación lo que debe resolver el diagnóstico en un sentido u otro".

Finalmente, en el cuadro 3 ilustramos en cifras los hechos más significativos en relación a las historias de quistes hidáticos pelvianos y peritoneales, únicos o múltiples, estudiadas en los Archivos del Hospital de Clínicas y de la Clínica Quirúrgica del Prof. Piquinela (Hospital Pasteur). Hemos desechado algunas historias por documentación incompleta o aspectos de dudosa interpretación. De los resultados obtenidos destacamos, una vez más, la frecuencia relativa del quiste solitario con predominio de su topografía pelviana. Además, la ausencia casi constante en las observaciones referentes a estos quistes de otros hechos característicos de la siembra

CUADRO 2

Referencias bibliográficas extranjeras sobre quistes hidáticos únicos, solitarios, de la pelvis

Autores	Año	Número observac.	Topografía	Quistes hepáticos	Interpretación *
1. Landivar, R. (27)	1930	1	Vesicouterino.	Operado.	Secundario.
2. Ducuing, J. et Giscard, J. B. (17)	1931	1	Retrovesical.	Nc.	Primitivo.
3. Cabanés (6)	1931	1	Ligamento ancho.	Se ignora.	—
4. Tobías, J. W. y Iacapraro, G. (41)	1933	1	Retrovesical.	Nc.	Primitivo.
5. Couzo, H. (8)	1933	1	Ligamento ancho.	No.	Primitivo.
6. Arenas, N. y col. (1)	1937	1	Ligamento ancho.	Se ignora.	—
7. Puntel, A. A. (35)	1939	4	2, Douglas. 1, lig. ancho. 1, pelviano.	1, no. 1, sí. 2, se ignora.	Secundarios.
8. Iraeta, D. y Llambias (23) .	1939	1	Douglas.**	No.	Primitivo.
9. Ceballos (7)	1939	1	Ovario.	Nc.	Primitivo.
10. Gentil, F. y Conde, J. (21)	1951	2	1, Retzius. 1, ovario.	1, no. 1, se ignora.	—
11. Fanzago, G. (20)	1957	1	Retrovesical.	No.	—
12. Bardiaux, M. (2)	1959	1	Adhiere vejiga e intestino delgado.	No.	—
13. Velasquez, V. y Donckaster, R. (43)	1960	1	Ligamento ancho.	No.	Primitivo.
14. Juri Nam, H. y Crespo, J. (24)	1963	2	1, lig. ancho. 1, vesicouterino.	No.	—

* Se anota cuando los autores emiten opinión patogénica.
 ** Observación con estudio autóptico completo.

hidática peritoneal: pseudotuberculosis, colecciones hidáticas enquistadas, hidátides libres, signos de peritonitis crónica adherencial.

De los documentos examinados —publicaciones nacionales y extranjeras, historias clínicas— *la parte clínica* ofrece otros notables contrastes en el sentido que estamos desarrollando:

1º) En los pacientes con quistes hidáticos solitarios —exceptuando los muy raros casos de equinocosis primitiva heterotópica— *faltan constantemente los antecedentes de contusión abdominal o cuadro agudo abdominal.*

2º) Los quistes múltiples, secundarios, nunca fueron problema para el diagnóstico. El quiste pelviano solitario da lugar a *importantes problemas de diagnóstico, sobre todo en la mujer*, donde se plantean dudas con embarazo, sarcoma de útero, quistes de otra naturaleza incluidos en el ligamento ancho, etc. El hallazgo de un quiste único sorprende al cirujano, instruido en la necesaria patogenia secundaria de todos los casos de equinocosis pelviana, con derivaciones insospechadas hacia la desorientación de las medidas quirúrgicas. Ejemplo de ello es una observación de histerecto-

CUADRO 3

Quistes hidáticos pelvianos y peritoneales

Observaciones recopiladas de los archivos del Hospital de Clínicas
y de la Clínica Quirúrgica del Prof. Piquinela (Hospital Pasteur)

Aspectos estudiados	Quistes múltiples *	Quistes únicos, solitarios
Número de observaciones	46	13 **
Distribución topográfica de los quistes	<i>Limitada</i> (15 obs.): Supramesocólica 8 Epiploica, supramesocólica .. 3 Pelviana, epiploica 4 <i>Extendida o difusa:</i> Todas con quiste pelvianos .. 31	<i>Pelviana</i> (9 obs.): Retrovesicales Retzius Douglas Pelviana sin esp.*** <i>Extrapelviana</i> (4 obs.): Gran epiplón Angulo cólico derecho Inframesocólica 1
Con pseudotuberculosis hidática	7	No.
Con colecciones hidáticas enquistadas, amplias o limitadas	3	No.
Con hidátides libres, no enquistadas	2	No.
Con peritonitis crónica adherencial .	Constante e intensa.	Atenuada o ausente.
Con quistes hepáticos (únicos o múltiples)	19	3
Con otros quistes viscerales	Pulmonares 3 Esplénicos 2 Vertebral 1	Pulmonares 1 Esplénicos y renal 1

* Se incluyen casos con dos o tres quistes, excepcionales.

** Están incluidas nuestras observaciones personales.

*** Observaciones de quiste hidático primitivo heterotópico (33).

mía total con diagnóstico de sarcoma de útero, transcripta por Ruíz (39).

3º) Las observaciones muestran que el paciente bien tratado de su quiste único pelviano, *queda definitivamente curado en la mayoría de los casos por lo que a la cavidad peritoneal se refiere*. Los casos de equinocosis secundaria retornan una o más veces para tratarse nuevos quistes de la serosa, y un número importante fallecen en la marcha de este tratamiento.

LOS QUISTES HIDATICOS UNICOS, SOLITARIOS, DE LA PELVIS, VISTOS POR EL PATOLOGO A TRAVES DE LA AUTOPSIA

Se sostiene por parte de Dévé (14, 15) que los documentos clínicos y aun opera-

torios, son insuficientes para determinar en base a ellos la existencia de un quiste primitivo pelviano, y *reclama documentos autópsicos como único elemento probatorio*. Dévé establece que si un quiste hidático pelviano es único a la exploración quirúrgica, no puede afirmarse que sea primitivo dadas las limitaciones propias de este tipo de examen. Tampoco, pensamos nosotros y con más justa razón —puesto que se trata de un solo quiste—, podría decirse que es secundario, pero evidentemente aquella negación se utiliza para sugerir esta afirmación.

De todos modos, era preciso hallar documentos autópsicos en número suficiente, que fueran demostrativos de que los hallazgos en estas condiciones se superponen a lo que muestra la clínica y la explora-

CUADRO 4

Quistes hidáticos pelvianos y peritoneales

Datos autópsicos extraídos de los protocolos del Instituto "Telémaco Susini" (18)

Aspectos estudiados	Quistes múltiples *	Quistes únicos, solitarios
Número de observaciones	28	20
Distribución topográfica de los quistes	—	<i>Pelviana:</i> Douglas 12 <i>Extrapelviana (8 obs.):</i> Mesocolon 2 Epiplón mayor 2 Hipocondrio izquierdo 1 Epiplón gastroesplénico 1 Pericecal 1 Perihepático 1
Con quistes hepáticos (únicos o múltiples)	27	15
Con otros quistes viscerales	Pulmonares 5 Esplénicos 6 Renales 4 Pleurales 2	Pulmonares 3 Esplénicos 2

* Se incluyen cinco casos con dos quistes solamente.

con quirúrgica, y que habilitasen para formular en esta materia un juicio razonable y coincidente con la realidad en la mayoría de los casos, a nuestro modo de ver, o sea: *a quiste único, equinococosis primitiva; a quistes múltiples, equinococosis secundaria.*

Por ello nos resultó de particular importancia examinar los resultados publicados por Elizalde e Itoiz (18) sobre 292 casos de equinococosis autopsiados. Estos casos surgen de un conjunto de 9.352 autopsias realizadas en el Instituto Telémaco Susini, de Buenos Aires, entre los años 1897 y 1936. Hemos separado de entre ellos los que correspondían a quistes hidáticos de la pelvis y los resultados se expresan en el cuadro 4.

De estos documentos autópsicos surge claramente la existencia de una equinococosis única o solitaria del abdomen —con exclusión del hígado, riñón y bazo— de variada topografía, pero con franco predominio de los quistes pelvianos. Existe un paralelismo evidente entre los hallazgos autópsicos y los datos obtenidos por

la clínica y la exploración operatoria de los pacientes con equinococosis pelviana. En consecuencia, *las autopsias analizadas reafirman la existencia de quistes hidáticos únicos, solitarios, de la pelvis, independientes de la equinococosis secundaria del peritoneo, en una proporción considerable de casos.*

LOS QUISTES HIDATICOS UNICOS, SOLITARIOS, DE LA PELVIS, ¿CORRESPONDEN A LA EQUINOCOCOSIS PRIMITIVA HOMOTOPICA SUBPERITONEAL O A LA PERITONEAL HETEROTOPICA?

Desechada la equinococosis secundaria, se ha interpretado la presencia de los quistes únicos, solitarios, de la pelvis, según los siguientes mecanismos patogénicos posibles:

1º) *La vía arterial* transportando un embrión exacanto al tejido celular o a la pared de los órganos pelvianos, constituyéndose así en un tipo topográfico más

de la *equinocosis primitiva homotópica*. El embrión llegaría a la pelvis por las arterias hipogástricas y sus ramas vesicogenitales. Se han invocado también otras vías menos probables para la llegada del embrión exacanto a la pelvis: genital a puerta de entrada vulvovaginal y transrectal directa.

2º) La llegada, reenquistamiento y subperitonización secundaria a nivel de la pelvis, de una hidátide enucleada íntegra en el peritoneo como consecuencia de la rotura adventicial de un quiste primitivo generalmente hepático, eventualmente esplénico. Este mecanismo patogénico ha sido comprobado y descrito por Dévé (11, 12, 13) como *equinocosis primitiva heterotópica del peritoneo*, y a él se suscribe el autor para interpretar los casos —que conceptúa excepcionales— de quistes hidáticos únicos, solitarios, de la pelvis.

Por nuestra parte, entendemos que los quistes hidáticos que estudiamos no responden por diversos conceptos a los caracteres que son propios de la equinocosis heterotópica. En el cuadro 5 mostramos algunos de esos caracteres, a través del examen de 11 observaciones de la literatura que hemos podido consultar.

Exponemos los siguientes argumentos para fundamentar nuestra posición:

1º) Las observaciones auténticas de equinocosis heterotópica del peritoneo son absolutamente excepcionales. Por el contrario, los quistes solitarios de la pelvis son relativamente frecuentes, como lo demuestran todas las estadísticas examinadas.

2º) Clínicamente, en los antecedentes de la mayoría de los casos de enucleación parasitaria, se describe un cuadro agudo o subagudo de vientre, y a veces el paciente reconoce la desaparición de una tumoración previa de hipocondrio derecho o de epigastrio. Esto no se ve nunca en los casos de quistes hidáticos pelvianos solitarios examinados.

3º) Dévé (14, 16) establece que los quistes hidáticos de hígado o bazo *voluminosos y ocupados por una vesícula única y tensa*, realizan las condiciones físicas más favorables a la rotura y parto de la hidátide en la serosa. Ello está de acuerdo con el gran volumen general de las hidátides halladas en las observaciones del cuadro 5.

Por otra parte, Dévé (13) afirma que las hidátides voluminosas no se endotelizan. Y ello está también de acuerdo con la realidad: *no hemos visto descrito en la literatura ningún caso probado de equinocosis primitiva heterotópica a desarrollo sub o extraperitoneal en patología humana*. Sólo acotamos que *los quistes solitarios de la pelvis que estudiamos se hallan siempre y totalmente en posición subperitoneal*.

4º) Los quistes primitivos de la pelvis están situados siempre bajo el peritoneo pelviano o pelvoparietal anterior. En nuestra observación 1 podría, inclusive, separarse la serosa de cubierta del quiste por disección roma. El peritoneo intestinal o del epiplón no interviene nunca en la formación del endotelio de cubierta de estos quistes. Mal puede concebirse cómo una hidátide caída desde el hígado y migra a la pelvis, puede llenar aquellas condiciones topográficas, con exclusión de toda participación de la serosa intestinal o epiplóica en su endotelización secundaria.

5º) La enucleación de la hidátide da lugar a fenómenos de intensa irritación peritoneal: sea difusa por peritonitis biliar o por hemoperitoneo concomitante, sea localizada y debida a la reacción producida en torno al cuerpo extraño parasitario. En todos los casos evolucionados se describe una intensa reacción peritoneal con producción de peritonitis encapsulantes previscerales o de gruesas cáscaras adventiciales periparasitarias, a la que adhieren íntimamente todos los sectores del peritoneo parietal o visceral en contacto con el proceso de enquistamiento. *Los quistes solitarios pelvianos se presentan siempre sin reacción peritoneal difusa y en la gran mayoría de los casos con muy escasa o ninguna reacción periquística*, a menos que existan complicaciones.

6º) La exfoliación de la quitinosa hidática da lugar a menudo en la equinocosis primitiva heterotópica, a la producción de folículos pseudotuberculosos centrados sobre esas láminas exfoliadas. Esto no se ve nunca en los quistes solitarios de la pelvis.

7º) El proceso cavitario residual del hígado o del bazo, o en su defecto la reacción plástica en foco perivisceral, se muestran en general de reconocimiento accesible a la exploración quirúrgica, pero en

CUADRO 5

Hidátides hepatoesplénicas enucleadas íntegras en la cavidad peritoneal

Caracteres clínicos y anatomopatológicos de las observaciones examinadas

A u t o r e s	Datos clínicos	Hidátide	Peritoneo	Hígado-bazo
1. Laveran (31)	Masc., 37 años. Distensión abdominal subaguda. Muerte.	Gran bolsa flotante.	Peritonitis biliosa encapsulada.	Cavidad hepática adventicial.
2. Guibal (22)	Masc., 13 años. Distensión abdominal subaguda.	Cabeza adulto, flotante.	Peritonitis biliosa encapsulada.	Bolsa adventicial abierta.
3. Kablukoff (25)	Masc., 20 años. Trauma abdomen. Distensión dolorosa.	Nuez de coco, libre.	Peritonitis biliosa con enorme derrame.	Cavidad hepática. Otro quiste íntegro.
4. Cranwell [cit. por Dévé (13)]	Fem., 15 años. Distensión abdomen subaguda. Fiebre.	Cabeza niño, flotante.	Peritonitis biliosa enorme.	Exploración hígado negativa (?).
5. Landívar y Mazza (26)	Fem., 12 años. Distensión abdomen subaguda. Tumoración.	Contenido 1.200 c.c., libre.	Gruesa membrana periquística con asas íntimamente adh. Granulomas.	Exploración negativa (?).
6. Dévé, F. (11)	Fem., 9 años. Trauma abdomen. Dolor bajo vientre.	Grande.	Membrana enquistamiento tapizando órganos pelvianos. Granulomas hidáticos.	Cicatriz hepática con epiplón adherente.
7. Del Campo, R. (10)	Fem., 18 meses. Distensión abdomen subaguda. Tumoración epigastrio e H. D.	Tamaño mandarina.	Hidátide rodeada en medio plastrón con epiplón, asas delgadas y colon.	Cicatriz lóbulo derecho. Otro quiste hepático íntegro.
8. Orihuela, J. (32)	Fem., 11 años. Cuadro agudo abdomen. Doble tumoración.	Huevo avestruz, libre.	Peritonitis biliosa difusa.	Cavidad residual lóbulo derecho. Otro quiste íntegro.
9. Rodríguez Estevan y Loubéjac (36)	Fem., 39 años. Cuadro agudo de H. D. y desaparición tumor.	Pelota football Nº 5, libre.	Peritonitis biliosa difusa.	Cavidad adventicial lóbulo derecho.
10. Larghero (28)	Masc., 62 años. Cuadro agudo vientre.	15 cm. diámetro, libre.	Hemoperitoneo.	Cavidad esplénica con desgarró. bazo.
11. Piquinela y Varela (33)	Fem., 22 años. Cuadro doloroso H. D. y desaparición tumor.	12 cm. diámetro.	Hidátide rodeada, plastrón asas y epiplón.	Cavidad adventicial lóbulo izquierdo.

algunos casos puede ofrecer dificultades por su moderada magnitud debida a la involución marcada del proceso. Esto no existe en los quistes únicos pelvianos que estudiamos, aunque sí pueden coexistir otros quistes hepáticos complicados o no —coincidencia frecuente como en cualquier otra topografía de la equinocosis— que no autorizan a extraer de ello ninguna conclusión en uno u otro sentido patogénico.

En resumen: Los quistes hidáticos únicos, solitarios, de la pelvis, en situación subserosa, no responden a la equinocosis primitiva heterotópica peritoneal. Deben, por consiguiente, ser considerados patogénicamente quistes hidáticos primitivos homotópicos cuando se identifican sus caracteres propios.

CONCLUSIONES

1º) Los quistes hidáticos únicos, solitarios, de la pelvis, constituyen una entidad real, cuya frecuencia relativa puede establecerse aproximadamente en la proporción de un tercio a un quinto de las equinocosis pelvianas, correspondiendo el resto a las formas de siembra secundaria.

2º) Estos quistes presentan caracteres propios clínicos, operatorios y anatomopatológicos que permiten su neta diferenciación de las formas dependientes de la equinocosis peritoneal secundaria y de la primitiva heterotópica.

3º) Deben ser interpretados patogénicamente como quistes primitivos homotópicos, resultantes con toda probabilidad del transporte arterial del embrión exacanto a través de las gruesas arterias hipogástricas, y su anidación consiguiente en el subperitoneo pelviano en el territorio de las ramas vesicales y genitales, fundamentalmente.

4º) Aparte de su interés puramente doctrinario, esta tesis que sostenemos tiene derivaciones de índole práctica que son aplicables a:

A) *El diagnóstico clínico.*— El hallazgo de una tumoración pelviana única, en ausencia de todo otro proceso peritoneal o hepático, permite sostener la posibilidad de un quiste hidático solitario primitivo. La posibilidad se mantendrá en pie y es-

tará reforzada por la existencia de una equinocosis visceral concomitante.

B) *El diagnóstico operatorio.*— No siempre es sencilla la identificación del quiste hidático a la exploración quirúrgica. Un quiste pelviano solitario ha sido confundido con embarazo, sarcoma de útero, quiste seroso incluido en el ligamento ancho, etc. A este error ha contribuido en gran parte la teoría de que en la casi totalidad de los casos estos quistes resultaban de la siembra peritoneal y debían, por tanto, coexistir con otros quistes o con sus aspectos involutivos (pseudotuberculosis hidática de involución). El cirujano, ante una tumoración quística única de la pelvis —en nuestro país— debe tener presente al quiste hidático primitivo homotópico y asegurarse su diagnóstico antes de proceder a la exéresis. Se evitará así que el diagnóstico resulte recién de la rotura intempestiva del parásito en el peritoneo no protegido, o del estudio posterior de una pieza de resección visceral innecesariamente realizada.

C) *El tratamiento quirúrgico.*— Repetimos con Dévé (15): “la concepción doctrinaria tiene bajo su dependencia al tratamiento quirúrgico”. Es indudable que la calificación de los quistes pelvianos dependerá en primer término de una correcta exploración de todo el abdomen, lo que demanda una laparotomía amplia y un tiempo inicial de inspección y palpación cuidadosa. Cuando se ha llegado a la conclusión de que existe un quiste solitario, su clasificación como primitivo homotópico significará que el parásito ha anidado primitivamente en cualquier sector del tejido celular pélvico o en la pared de los órganos, fundamentalmente los genitourinarios.

Esto difiere radicalmente de la hipótesis que quiere ver el origen peritoneal obligado para todo quiste hidático de esta localización, pues de ser así, en su desarrollo expansivo, el quiste habría de desplazar en sentido excéntrico y hacia la profundidad los elementos subperitoneales: vasos, uréteres, vísceras huecas. En la hemiesfera profunda de la adventicia hidática debieran entonces disponerse esos elementos nobles y allí solamente estaría el peligro de lesionarlos, en tanto que entre la adventicia y la serosa que la recubre no

habría de existir peligro alguno. Es más, según Dévé —en carta personal a Chifflet—, jamás habría plano de clivaje entre el quiste y la serosa.

Bajo nuestro concepto, es evidente que tal esquema no responde a la realidad. El cirujano que aborda el quiste solitario pelviano a través del peritoneo, puede encontrar en su camino aquellos elementos nobles, interpuestos entre la adventicia y la serosa: el parásito que ha anidado y crecido en situación más profunda, puede levantarlos y dar lugar a esa peligrosa interposición. Ello es particularmente importante de ser tenido en cuenta cuando se intenta la adventicectomía.

D) *El pronóstico.*—El tratamiento de un quiste hidático pelviano solitario, con exploración negativa del resto del abdomen a través de una incisión suficiente, debe dejar una razonable expectativa de curación al reconocerse el proceso como una equinocosis primitiva.

SUMARIO

Se presentan tres observaciones de quistes hidáticos únicos, solitarios, de la pelvis, uno de ellos abierto espontáneamente en la vagina.

Se revisa la literatura nacional y extranjera relativa a este tema y se estudian en conjunto las observaciones de equinocosis peritoneal y pelviana existentes en los Archivos del Hospital de Clínicas y de la Clínica Quirúrgica del Prof. Piquinela (Hospital Pasteur).

Con esas bases se fundamenta la tesis de que tales quistes responden patogénicamente a la equinocosis primitiva homotópica, pudiendo ser reconocidos y separados por el cirujano de los quistes secundarios de siembra peritoneal, a través de una exploración adecuada que reconozca los múltiples caracteres diferenciales existentes entre ambas formas.

Se analizan los hechos de autopsia registrados en la estadística del Instituto Telémaco Susini, de Buenos Aires (18), a los efectos de demostrar su superposición a los hallazgos operatorios y la consiguiente confirmación que implica para la tesis sostenida.

Se estudian también los caracteres fundamentales de las publicaciones consultadas sobre equinocosis primitiva heterotópica del peritoneo, y se destaca una amplia serie de factores que la diferencian netamente de los quistes pelvianos primitivos homotópicos.

Finalmente, se establece el valor doctrinario de este estudio y su aplicación práctica al diagnóstico, tanto en la clínica como en la exploración operatoria, a la táctica quirúrgica y al pronóstico de la afección.

RÉSUMÉ

On présente trois observations de kystes hydatiques seuls, solitaires, du pelvis, l'un ouvert spontanément au vagin.

On examine la littérature nationale et étrangère se rapportant à ce thème et l'on étudie, en ensemble, les observations d'échinococcose péritonéale et pelvienne existentes aux Archives de l'Hôpital de Cliniques et de la Clinique Chirurgicale du Prof. Piquinela (Hôpital Pasteur).

On appuie sur ces bases la thèse de ce que, ces kystes —par leur patho-génèse— répondent à l'échinococcose primitive homotopique, et le chirurgien peut les reconnaître et les séparer des kystes secondaires à semaille péritonéale, à travers une exploration appropriée laquelle doit reconnaître les multiples caractères différentiels existant entre ces formes.

On analyse les faits d'autopsie enregistrés à la statistique de l'Institut Telémaco Susini, à Buenos-Ayres, afin de démontrer sa superposition aux trouvailles opératoires et en conséquence, la confirmation qui implique pour la thèse en question.

On étudie aussi les caractères fonciers des publications dans lesquelles on a fait des recherches sur échinococcose primitive hétérotopique du péritoine, et l'on remarque une ample série qui la font nettement différente aux kystes pelviens primitifs homotopiques.

Finalemant, on établie la valeur doctrinaire de cet étude et son application pratique au diagnostic, soit à la clinique soit à l'exploration opératoire, à la tactique chirurgicale et au pronostic de l'affection.

SUMMARY

Three observations of single isolated hydatid cysts of the pelvis are presented, one of which spontaneously opened into the vagina.

The national as well as the foreign literature relating to this subject is reviewed, and the observations on peritoneal and pelvic echinococcosis to be found in the files at the Hospital de Clínicas, and in the Surgical Clinic of Prof. Piquinela at the Pasteur Hospital (both Montevideo) are studied as a whole.

On these bases the thesis is advanced that pathogenically these cysts correspond to the homotopic primitive echinococcosis. They may be recognized and distinguished from the secondary cysts of peritoneal sowing by the surgeon through adequate exploration enabling him to uncover multiple differential characteristics in both forms.

The autopsy facts as revealed by the statistics of the Telémaco Susini Institute of Buenos Aires, Argentina (18) are analyzed, to the effect of demonstrating overlapping with the surgical findings and the subsequent confirmation involved therein for the thesis set forth here.

Also, the fundamental characteristics of heterotopic primitive peritoneal echinococcosis seen in these papers are studied and a large group of facts emphasized which distinguish it sharply from the homotopic primitive pelvic cysts.

Finally, the doctrinarian value of this study is stated, as also the practical use to be made of it for diagnosis, on the clinical side as also in the surgical exploration, for surgical tactics as well as for prognosis of the disease.

BIBLIOGRAFIA

- ARENAS, N., BETTINOTTI, A. E. y BLANCHARD, O. Quiste hidático del ligamento ancho. *Prensa Méd. Argent.*, Buenos Aires, 24: 1756-60, 1937.
- BARDIAUX, M. Kystes hydatiques à localisation génitale. *Rev. Franç. Gynec. Obstet.*, París, 54: 737-43, 1959.
- BELLOSO, R. Ginatresia adquirida de origen parasitario. *Arch. Sec. Ginec. Obstet. Hosp. Pereira Rossell*, Montevideo, 1: 13-16, 1942.
- BLANCO ACEVEDO, E. y AGUERRE, J. A. Quiste hidático genital en la mujer. Simposio sobre equinococosis. Montevideo, Industrial, 1947. p. 147-58.
- BOTTARO, L. P. Hidatidosis pelviana. *Bol. Soc. Anat. Patol.*, Montevideo, 1: 137-41, 1930.
- CABANES. Kyste hydatique du ligament large. (Citado por Bardiaux, M.)
- CEBALLOS, A. Quiste hidático del ovario. (Citado por Iraeta en discusión de Puntel, A. A.)
- COUZO, H. Quiste hidático del ligamento ancho. *Bol. Soc. Cir. Chilena*, 11: 53, 1933.
- CHARLONE, R. y SACCO-FERRARO, L. A propósito de dos casos de quistes hidáticos pelvianos femeninos. *Arch. Urug. Med. Cir. Esp.*, Montevideo, 10: 184-96, 1937.
- DEL CAMPO, R. M. Quiste hidático primitivo heterotópico del abdomen en una niña de 18 meses. *An. Fac. Med. Montevideo*, 18: 478-86, 1933.
- DÉVÉ, F. L'échinococcose primitive hétérotopique. *Prensa Méd. Argent.*, Buenos Aires, 19: 771-81, 1932.
- Echinococcose primitive hétérotopique des séreuses. *C. R. Soc. Biol.*, París, 71: 518-20, 1911.
- L'échinococcose primitive hétérotopique des séreuses. *Arch. Parasit.*, París, 15: 497-528, 1911.
- L'échinococcose secondaire. París, Masson, 1946. 241 p.
- Las kystes hydatiques du bassin. *Rev. Chir.*, 62: 5-69, 1924.
- La rupture intra-péritonéale des kystes hydatiques du foie et ses conséquences cliniques. *J. Med. Franç.*, París, 1910.
- DUCUING, J. y GISCARD, J. B. Kyste hydatique rétro-vésical primitif chez un homme. *J. Urol. Nephrol.*, París, 31: 482-87, 1931.
- ELIZALDE, P. I. e ITOIZ, O. A. La hidatidosis en el Instituto "Telémaco Susini". Estadística de la sección autopsias. *Arch. Int. Hidatid.*, Montevideo, 4: 179-201, 1938.
- ETCHEPARE, M. Quiste hidático del espacio próstato-rectal. *Rev. Hosp.*, Montevideo, p. 608-8, 1913. [Citado por Dévé, F. (15).]
- FANZAGO, G. Echinococcosi genito-pelvica della donna. *Minerva Ginec.*, Torino, 9: 93-99, 1957.
- GENTIL, F. y CONDE, F. Quelques localisations rares du kyste hydatique. *Arch. Int. Hidatid.*, Montevideo, 12: 527-37, 1951.
- GUIBAL. *Bull. Soc. Anat.*, p. 190, 1905 [citado por Dévé (13)].
- IRAETA, D. y LLAMBÍAS. Observación autopsica de un quiste hidático del Douglas. (Citado en discusión de Puntel, A. A.)
- JURI, NAM, H. y CRESPO RIVERO, J. Hidatidosis genital. Congreso Argentino de cirugía, 349, Buenos Aires, 1963, 2: 913-17.
- KABLUKOFF. *Arch. Franç. Clin. Chir.*, 79: 576, 1906 [citado por Dévé (13)].

26. LANDIVAR, A. y MAZZA, S. Forma rara de la equinococosis peritoneal. Congreso Nacional de Medicina, 2º, 1922, 1: 563. [Citados por Dévé, F. (11).]
27. LANDIVAR, R. Quiste hidático por inoculación secundaria de fondo de saco peritoneal, adherido a cara póstero-superior de vejiga simulando un divertículo. *Sem. Med.*, Buenos Aires, 37: 1151-52, 1930.
28. LARGHERO, P. Equinococosis heterotópica del peritoneo de origen esplénico. Accidente agudo de parto de vesícula gigante y hemorragia peritoneal. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, Montevideo, 20: 302-6, 1949.
29. -----, VENTURINO, W. y BROLI, G. Equinococosis hidatídica del abdomen. Montevideo, Delta, 1962. 224 p.
30. LASNIER, E. P. Quiste hidático en degeneración de un ligamento ancho. *Bol. Soc. Anat. Patol.*, Montevideo, 1: 167-68, 1930.
31. LAVERAN, M. A. Au sujet des kystes hydatiques du foie ouverts dans le péritoine et communiquant avec les voies biliaires. *Bull. Soc. Med. Hop. Paris*, 9: 863-67, 1892. [Citado por Dévé, F. (13).]
32. ORIHUELA, J. Consideraciones sobre un caso de rotura espontánea de la adventicia de un quiste hidático de hígado, seguido de coleperitonitis difusa y de aborto del huevo hidático entero en el peritoneo. *An. Fac. Med. Montevideo*, 20: 344-53, 1935.
33. PIQUINELA, J. A. y VARELA, N. B. Equinococosis peritoneal heterotópica. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, Montevideo, 31: 287-90, 1960.
34. POU ORFILA, J. Tres casos de quistes hidáticos del tejido celular pélvico. Congreso Médico Nacional, 1º, 1917, 3: 498-504.
35. PUNTEL, A. A. Hidatidosis pelviana en la mujer. Nuestra estadística. *Bol. Soc. Obstet. Ginec.*, Buenos Aires, 18: 139-50, 1939.
36. RODRÍGUEZ ESTEVAN, C. M. y LOUBEJAC, A. M. Equinococosis primitiva heterotópica del abdomen. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, Montevideo, 9: 215-29, 1938.
37. RODRÍGUEZ LÓPEZ, M. B. y MAUTONE, J. A. Quistes hidáticos del aparato genital femenino. *Arch. Int. Hidatid.*, Montevideo, 11: 417-23, 1950.
38. ROLDÁN, A. Notas clínicas sobre quistes hidáticos. *An. Fac. Med. Montevideo*, 7: 442-48, 1922.
39. RUIZ, V. Hidatidosis del aparato genital femenino; comentario sobre 165 observaciones argentinas. Buenos Aires, Amorrortu, 1935. 243 p.
40. SURRECO, L. A. Los quistes hidáticos retrovesicales. Montevideo, Rosgal, 1937.
41. TOBIÁS, J. W. e IACAPRARO, G. Voluminoso quiste hidático pelviano solitario en el hombre sin síntomas urinarios. *An. Ateneo Clín. Méd.*, 3: 76, 1933.
42. TURENNE, A. Quiste hidático primitivo del útero. *Rev. Méd. Urug.*, Montevideo, 21: 119-25, 1918.

43. VELASQUEZ, V. y DONCKASTER, R. Hidatidosis genital femenina. Comunicación de tres casos y revisión de la casuística nacional. *Bol. Soc. Chilena Obstet. Ginec.*, 25: 477-84, 1960.

DISCUSION

Dr. Juan Carlos del Campo: Se sabe que el Prof. Félix Dévé hizo su tesis sobre este problema. Además, era un hombre minucioso con tendencia a coleccionador de historias y soltero. De manera que tenía tiempo de sobra para esperar el sueño con la clasificación de todas esas historias que recibía de otros autores. Creo que él hizo una obra muy buena cuando llamó la atención sobre los quistes hidáticos pelvianos que para él todos eran secundarios. No admitía que fueran primitivos, pero para mí hizo una obra muy buena, excelente, al señalar que el cirujano no se podía retirar del vientre en ese momento, o "a posteriori", sin explorar la glándula hepática, que es donde pueden aparecer otros quistes hidáticos contemporáneos al quiste que está situado en la pelvis. Ese es el punto de vista práctico.

En cuanto a lo otro, lo he expresado en otra forma otras veces. He dicho que si de diez quistes hidáticos abdominales que tiene un sujeto, se me ocurre decir que nueve son secundarios y uno es primitivo, no hay ningún anatomopatólogo que me pueda decir que tiene argumentos de orden anatomopatológico para ir en contra de lo que sostengo. Y esto sí me da pie para una de las cosas que dice el doctor Perdomo. No tengo confianza con el doctor Perdomo como para tratar esto en otra forma, pero tengo suficiente edad como para haber vivido alguna situación interesante. Por ejemplo, en un enfermo operado por mí por una hidatidosis peritoneal secundaria, sin discusión de ninguna clase, por la multiplicidad de quistes, uno de los quistes estaba en el retroperitoneo por arriba de la cresta iliaca y estaba cruzado por delante en bandolera por el uréter. Se entiende que a mí no me cuesta nada imaginarme al escollex vesiculizándose y hundiéndose al costado del uréter, aprovechando que el uréter adhiere al peritoneo para desarrollarse por detrás. Pero de hecho hay un órgano entre el quiste y la cavidad peritoneal. No entro en la discusión, lo que me interesa es el punto de vista práctico, y por eso creo que lo que sostenía F. Dévé está bien, es decir, cuando hay un quiste pelviano hay que tratar de buscar un quiste original en el hígado.

Dr. Roberto Perdomo: En materia de patogenia hidática, sostenemos que existen problemas que merecen las consideraciones que hemos hecho. Simplemente pensamos que las cosas deben ser puestas en su verdadero lugar y tenemos la convicción de que este planteamiento contribuya a que así sea.