

Formas subagudas de la equinocosis peritoneal heterotópica: pseudoascitis hidática y hematocele peritoneal enquistado con hidátide íntegra

Dres. RAUL PRADERI, ELENA LOPEZ y MARTA RAGO *

El estudio de las diversas formas de equinocosis peritoneal ha sido realizado exhaustivamente por los autores uruguayos. Todo ha sido dicho en las múltiples publicaciones de Del Campo (4), Pérez Fontana (11) y Piaggio Blanco (12), que son trabajos clásicos. En el XI Congreso Uruguayo de Cirugía se ajustó la nomenclatura de las diversas formas anatómicas (3, 4).

Pero queremos reparar en una forma especial: la equinocosis peritoneal primitiva heterotópica. Es decir, la que se produce cuando se rompe la adventicia de un quiste hepático o esplénico y cae el parásito indemne en la cavidad peritoneal.

Llamada así por Dévé (6), el uso ha establecido definitivamente el nombre de E.P.P.H. que le dio el autor francés. Es la manera más correcta de describir la presencia en la serosa de hidátides íntegras desarrolladas previamente en el espesor de los parénquimas hepáticos o esplénicos.

La ruptura de la adventicia quística y de la membrana parasitaria da origen a las formas de peritonitis hidáticas agudas, que serán distintas según el contenido que se vuelque en el peritoneo (bilis, pus, líquido hidático, sangre, etc.).

Pero la ruptura de la adventicia sola dará salida a un líquido puro (sangre, bilis) y también a un parásito sano, constituyendo la forma clínica que nos interesa.

En general se trata de quistes únicos, no infectados, periféricos que, por su fuerza expansiva, terminan de romper la adventicia en la parte más delgada.

Abierto esto, se paren al peritoneo pasando por orificios más pequeños que su diámetro. Esto sólo es posible por su gran elasticidad. La presión intraabdominal evita el estallido del quiste que cae suavemente en el vientre.

Esto es fácil de comprender: cuando colocamos una hidátide entera sobre una superficie plana, es muy posible que estalle espontáneamente; pero si la ponemos en un recipiente con agua, flota sin romperse.

En una palabra: los quistes heterotópicos flotan entre las vísceras.

El diagnóstico de esta situación se hace, a veces, porque desaparece una tumoración hepática o esplénica y aparece otra peritoneal, mediando un cuadro doloroso más o menos intenso. Teóricamente, podrían existir varias formas anatomoclínicas:

- 1) Parto más o menos seco, cae sólo el parásito y el orificio parenquimatoso se bloquea (forma pura).
- 2) Peritonitis biliar o hemoperitoneo agudo más o menos infectado acompañando a la membrana (peritonitis parahidática, Chifflet).
- 3) Quiste muy grande, ocupando gran parte del vientre y simulando una ascitis.
- 4) Hemorragia peritoneal enquistada yuxtavisceral con la hidátide sana en su interior.

Vamos a mostrar aquí, dos casos clínicos que se presentaron en estas últimas situaciones y que hemos llamado, respectivamente: pseudoascitis hidática subaguda y hematocele peritoneal enquistado con hidátide íntegra.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 3 de setiembre de 1969.

* Docente Adscripto de Cirugía. Graduado de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo). Practicante Interno (Ministerio de Salud Pública).

Antes de relatar las historias debo decir que, tanto Chifflet (3) como Larghero (9), describían formas subagudas de equinocosis peritoneales; es decir, que aparecían con sus caracteres definidos varios días después del cuadro de ruptura quística. Es curioso, pero las dos formas subagudas que señalaron son *clínicamente* imposibles de diferenciar de las formas S.A. de E.P.P.H. que vamos a descubrir. La primera es la ascitis subaguda (Larghero) o ascitis aguda hidática (Chifflet) que es muy similar a la pseudoascitis hidática subaguda que mostraremos. La segunda es la peritonitis plástica localizada (Larghero), en la que se forma una logia yuxtahepática o yuxtaesplénica unida al lugar de ruptura adventicial y llena de quistes rotos.

Esta forma es clínicamente parecida a nuestro segundo caso, con la única diferencia de que, en nuestro enfermo el parásito estaba sano.

El esquema sería así:

*Formas subagudas
de la equinocosis peritoneal*

	Con parásito sano	Con parásito roto
Difusa	Pseudoascitis S.A. hidática	Ascitis S.A. hidática
Localizada.	Hematocele peritoneal enquistado con parásito íntegro o hemoperitoneo enquistado hidático heterotópico.	Peritonitis plástica. S.A. localizada hidática.

Obs. 1.—F. R. (S., 34-37-336). Paciente de 42 años, sin antecedentes patológicos, procedente del Interior, Departamento de Canelones.

Una semana antes del ingreso comienza a sentir dolores abdominales difusos localizados después en F.I.D.; los dolores son seguidos de diarrea sin otros trastornos digestivos, en apirexia.

La paciente ingresa a sala 18 * del Hospital Pasteur el día 27-3-967.

Como únicos elementos clínicos positivos presentaba un hígado grande y un abdomen globuloso, con ombligo desplegado y macidez en la parte inferior.

Se hizo punción abdominal obteniendo líquido cristal de roca (con ganchos hidáticos en la microscopia).

Operación (29-3-967). Anestesia general. Dr. R. Praderi y Pte. Manso. Mediana unfrumbilical. Se encontró una gran membrana hidática llena que presentaba únicamente el orificio de la punción por el cual había salido muy poco líquido. Se extrajo la hidátide del abdomen sin romperla; se hizo lavado peritoneal con suero clorurado. Se encontró un cráter en la cara inferior del lóbulo izquierdo del hígado, bloqueado por epiplón y estómago. Al liberar estas adherencias vino una bocanada de bilis, por lo cual se practicó una incisión subcostal izquierda para poder explorar y drenar bien la cavidad hepática. Esta era muy grande y se continuaba hacia la derecha. Estaba deshabitada, pero por su tamaño correspondía, evidentemente, al quiste peritoneal. Se aspiró la bilis; se cerró parcialmente la adventicia, dejando dos gruesos tubos de drenaje, flanqueados por mechas que se sacaron por contraabertura. Aunque la cavidad se continuaba hacia la derecha, nos pareció que había otro gran quiste a poca tensión en el lóbulo derecho. Evolucionó bien; se estableció el drenaje de bilis por lost tubos quísticos, pero en una radiografía de abdomen practicada días después de la intervención, apareció un nivel del lado derecho en una gran cavidad hepática. Esto demostró que no había otro quiste derecho, sino que se trataba de un enorme quiste centrohepático que había parido la membrana a través de un orificio en la cara inferior del lóbulo izquierdo. Al quedar vacía la cavidad adventicial, se llenó de bilis y el orificio se bloqueó en el epiplón.

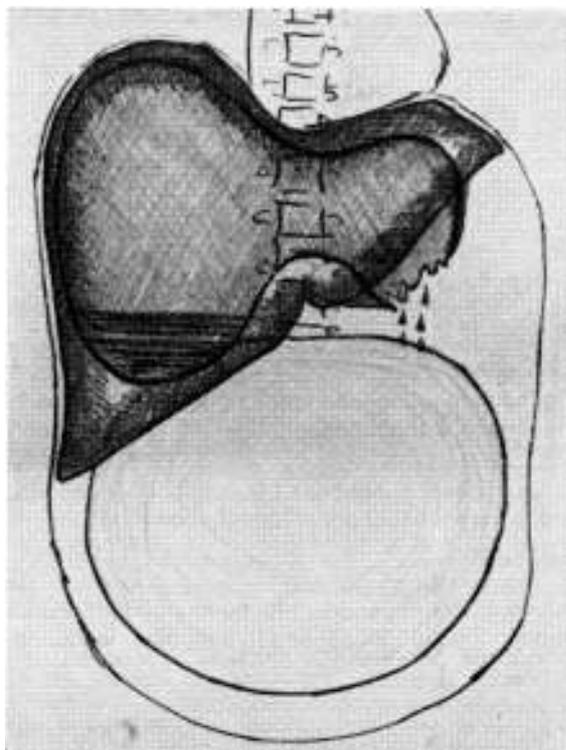


FIG. 1.—Caso 1. El quiste en el peritoneo.

* Esta sala pertenecía, en aquel entonces, al Servicio de Cirugía del Dr. Julio Nin y Silva, que en 1968 quedó a cargo del Prof. W. Suiffet.

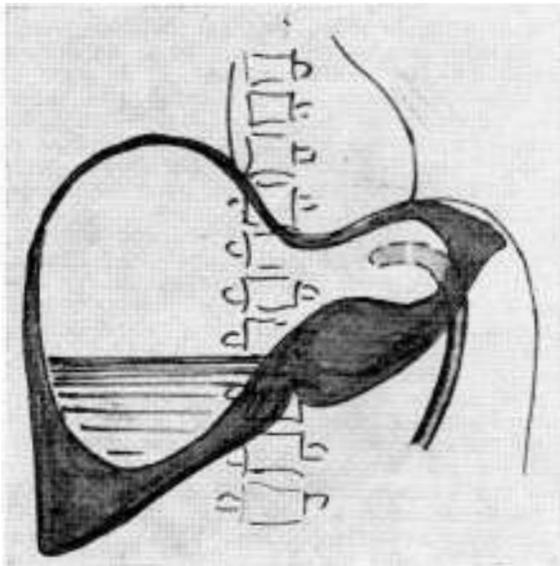


FIG. 2.—Después de drenado.

En la operación, al colocar el drenaje del lado izquierdo, dejamos entrar aire a la cavidad y de esta manera se dibujó el nivel que se aprecia en la figura.

La cavidad que cabalgaba el pedículo hepático estaba, evidentemente, mal drenada por la izquierda y, pese a los cambios de posición, la enferma comenzó a hacer fiebre, por lo cual la reoperamos por la derecha.

Operación (8-5-967). Anestesia general. Dr. R. Praderi, Dra. E. López, Pte. Rago y Pte. Montero. Paramediana transrectal derecha. Se encuentra un absceso subfrénico derecho por filtración de la cavidad quística en la parte superior. Se aspira. Quistectomía; se encuentra bilis y pus en la cavidad. Como suponíamos, no hay vesículas hidáticas. Se drena con tubos. La enferma se recupera; la cavidad disminuye rápidamente de tamaño y el drenaje se agota. Es dada de alta en junio de 1967 y se encuentra bien actualmente.

Obs. 2.—M. P. (5-3-36 28). Paciente de 34 años, procedente de Tacuarembó (campaña); a los 29 años fue operada de un quiste hidático de hígado (quistectomía). Múltipara (tiene 7 hijos). Varios meses antes empieza a padecer dolores en hipocondrio izquierdo. Ocho días antes del ingreso, siente dolor intenso de inicio brusco en el hipocondrio izquierdo, acompañado de sudores fríos, vómitos y fiebre. Este cuadro se mantiene durante 24 horas, disminuyendo después la intensidad del dolor.

Ingresa al Hospital Pasteur (sala 18) el 9-7-969. Presenta dolor menos intenso en el hipocondrio izquierdo. Al examen —se trata de una mujer delgada— anemia (33 % de hematócrito), con un hipocondrio izquierdo ocupado, mate, doloroso, se palpa un quiste hipogástrico y otro en el fondo del saco de



FIG. 3.—La radiografía que corresponde al esquema de la figura anterior.



FIG. 4.—Se ve la cámara gástrica aplastada y el diafragma izquierdo elevado.

Douglas. Los estudios radiológicos muestran desplazamiento del estómago hacia adentro y adelante, y levantamiento del diafragma izquierdo. Mientras se estudia en sala, la paciente señala claramente que la sensación de ocupación que padece, se desplaza hacia abajo día a día. Se opera con diagnóstico de equinocosis esplénica complicada.

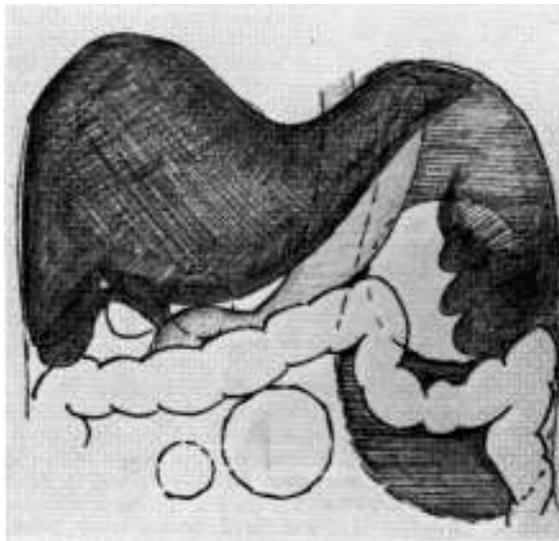


FIG. 5.—Caso 2. Disposición del hematocele y el parásito.

Operación (14-7-969). Anestesia general. Dr. R. Praderi, Dra. E. López y Pte. Grebe. Incisión de Constantini sin cortar el reborde costal. En la logia esplénica existe un hematoma enquistado conteniendo más de 2 litros de sangre y una membrana hidática intacta de 30 cm. de diámetro. Se evacúa la sangre y se extrae el parásito sin romperlo. La cavidad quística está labrada parcialmente en la cara posterior del bazo que, desplazado hacia adelante, adhiere íntimamente al estómago, colon y diafragma. La bolsa hemática ha decolado el colon izquierdo introduciéndose por detrás del mesocolon.

Se practica la esplenectomía, que es laboriosa, dejando una cáscara del hematoma que, posiblemente, sea parte de la cápsula esplénica adherida al diafragma. En la misma intervención, se extirpan dos quistes peritoneales adherentes al mesocolon transverso y al epiplón mayor y se evacúan y drenan dos quistes hepáticos situados en los lóbulos de Spiegel y cuadrado.

La paciente se recupera. A los 15 días (9-7-969) se opera por vía vaginal, drenando uno de los quistes retrovesicales.

Se retiran los tubos de drenaje y el 5-8-969, se drena el quiste pelviano restante.

Es dada de alta en buenas condiciones. Actualmente se encuentra recuperada totalmente, sin drenajes, con las heridas cicatrizadas.

COMENTARIO

En el primer caso, se trataba solamente de una enorme vesícula parida en el abdomen que, por su tamaño, indujo a pensar en una ascitis en vez de un quiste único.

El tamaño del parásito explica también el volumen de la gran cavidad adventicial centrohepática que se abrió primero a izquierda y fue necesario, después, drenar a derecha.

No es habitual un quiste tan grande como tampoco es común la simple equinocosis heterotópica.

Después de los casos clásicos de Landivar y Mazza (7) y Dévé (6), se citaban 10 más recopilados por este último.

Posteriormente se han comunicado bastantes observaciones. En nuestro país lo han hecho Orihuela (10) en 1935, Rodríguez Esteban (15) y Valdez Olascoaga (15) en 1938, Blanco Acevedo (1) en 1947, Larghero (8) en 1949 y Piquinela (13) en 1960. La casuística más reciente no ha sido comunicada por carecer ya de interés especial.

En el segundo enfermo, coincidieron una serie de circunstancias. El quiste esplénico era posterior y al romperse provocó una hemorragia peritoneal por efracción del parénquima. La sangre quedó atrapada en la logia subfrénica, bloqueada por el propio bazo, el estómago y el colon. Nadando en el hematocele, se mantuvo intacta la membrana hidática. Las hemorragias peritoneales por ruptura de adventicia hidática son raras. Suiffet (17) relató una observación por efracción de un quiste hepático.

La ruptura peritoneal de quistes hidáticos de bazo es frecuente, determina a menudo cuadros agudos, pero pocas veces hemorragia (14). Casi siempre los quistes se rompen provocando siembras hidáticas peritoneales.

Las equinocosis peritoneales heterotópicas de origen esplénico son muy raras. Hemos encontrado solamente los casos de Sabadini (16), Piquerez [citado por Blanco Acevedo (1)], Larghero (8) y Bourgeon (2).

La conducta de los cirujanos es variable en estos casos. Por ejemplo, Piquerez practicó la esplenectomía, pero Larghero dejó el bazo porque ya no sangraba.

Nosotros, lógicamente, hicimos esplenectomía, pues si bien la hemorragia había cesado, no estábamos seguros de que no se repetiría.

Como vimos, nuestra observación es excepcional por tratarse de la coincidencia de dos contingencias poco comunes: E.P.P.H. de origen esplénico y hemoperitoneo enquistado.

RESUMEN

Se presentan dos observaciones de equinocosis peritoneal primitiva heterotópica poco frecuentes.

En una de ellas, por el volumen del parásito parido al peritoneo que simulaba una ascitis.

La otra, por tratarse de la ruptura de un quiste hidático de bazo que provocó una hemorragia peritoneal importante y el parto de la hidátide sana. La hemorragia quedó enquistada en la región subfrénica izquierda con la membrana indemne en el interior del hematocele.

RÉSUMÉ

Présentation de deux observations de formes peu fréquentes de l'échinococose péritonéale hétérotypique.

Dans l'une d'elles le volume du parasite expulsé au péritoine faisait penser à une ascite.

Dans l'autre, il s'agit d'un kyste hydatique de la rate qui a provoqué une importante hémorragie péritonéale et l'éjection de l'hydatide saine. L'hémorragie est restée enkystée dans la région subphrénique gauche, la membrane étant restée indemne à l'intérieur de l'hématocèle.

SUMMARY

The paper refers to two cases of heterotopical peritoneal primitive echinococosis which are rather rare.

In one case, the parturition to the peritoneum of a very large hydatid of hepatic origin, simulated an ascitis.

The other refers to the rupture of a splenic hydatid cyst which caused a serious peritoneal hemorrhage and the parturition of the intact hydatid. The hemorrhage was encysted in the left subphrenic region with the membrane intact in the interior of the hematocele.

BIBLIOGRAFIA

1. BLANCO ACEVEDO, E. y MORADOR, J. Los quistes hidáticos de la logia esplénica. *Arch. Intern. Hidatidosis*, 7: 29, 1947.
2. BOURGEON, D., CATALANO, H. et PANTIN, J. L'échinococose splénique. *J. de Chir. R.*, 80: 608, 1960.
3. CHIFFLET, A. Procesos peritoneales de origen hidático. Nomenclatura y definiciones. *XI Congreso Uruguayo de Cirugía*, 2: 200, 1960.
4. Del CAMPO, J. C. Quistes hidáticos peritoneales. *XI Congreso Uruguayo de Cirugía*, 2: 187, 1960.
5. Del CAMPO, R. Quiste hidático primitivo heterotópico del abdomen en una niña de 18 meses. *An. Fac. Med. Montevideo*, 18: 478, 1963.
6. DEVE, F. L'échinococose primitive heterotípique des sereuses. *Arch. Parasit.*, 15: 497, 1912.
7. LANDIVAR, A. y MAZZA, S. Forma rara de equinocosis peritoneal. *II Congreso Nacional de Medicina* (Bs. As.). Actas y Trabajos. 2: 563, 1922.
8. LARGHERO, P. Equinocosis heterotópica del peritoneo de origen esplénico. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 20: 302, 1949.
9. LARGHERO, P., VENTURINO, W. y BROLI, G. Equinocosis hidática del abdomen. Delta, Montevideo, 1962.
10. 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, 1935.
11. PEREZ FONTANA, V. Quistes hidáticos rotos en el peritoneo. *An. Fac. Med. Montevideo*, 17-687, 1932.
12. PIAGGIO BLANCO, R., SAYAGUES, C. y GARCIA, F. *Las ascitis*. Salvat, Barcelona, 1944.
13. PIQUINELA, J. y VARELA, N. Equinocosis peritoneal heterotópica. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 31: 287, 1960.
14. PRADERI, R. *Hemoperitoneo espontáneo en el hombre*. Tesis. Premio Nario, 1959. (Inédita.)
15. RODRIGUEZ ESTEBAN, C. y LOUBEJAC, A. Equinocosis primitiva heterotópica del abdomen. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 9: 215, 1938.
16. SABADINI. *Des kystes hydatiques de la rate*. Masson, Paris, 1936.
17. SUIFFET, W. Ruptura aislada de la adventicia hidática hepática con retención de la hidátide íntegra. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 14: 545, 1943.

DISCUSION

Dr. Suiffet: En los últimos años, siempre que se ha presentado en la Sociedad de Cirugía un trabajo donde se haga mención a las complicaciones peritoneales de la equinocosis hidática hepática, da motivo a comentarios que muestran una serie de inquietudes respecto a la autenticidad de las situaciones que se describen.

Lo que pasa es que, como sucede en tantas situaciones patológicas clínicas, se llega a la enfermedad en un momento determinado. Después se especula con interpretaciones retrospectivas, que pueden estar en el camino exacto o no. Porque no se ha podido seguir la vivencia del parásito desde su anidación y su desarrollo en el órgano, y luego la complicación que aparece.

Tal vez muchas de las confusiones que hay en la equinococosis hidatídicas peritoneal, se han originado particularmente en la terminología que se utilizó en el comienzo, alguna de ellas traducción al español de la terminología. Esto ha dado lugar después a una serie de complejidades que después de los numerosos esfuerzos de los autores que el Dr. Praderi mencionó, en particular los Profs. Del Campo, Pérez Fontana, Chifflet y Larghero, trataron de darle unidad y de ordenar la terminología adaptándola lo más posible a la anatomopatológica clínica. Pero el problema se hace complejo cuando se quiere adaptar la terminología a los mecanismos de producción de esas situaciones anatomopatológicas clínicas.

Analizaremos las dos observaciones del Dr. Praderi. La primera se presenta clínicamente como ascitis, pero en realidad es un error de diagnóstico. Por tanto, no es una forma ascítica, sino que es una equinococosis abdominal. Si nos atenemos a lo clásico, de acuerdo al Prof. Deve, equinococosis heterotópica primitiva de origen hepático. Por el tamaño de la hidátide y la poca tensión de ella dio la impresión de que el paciente tenía un derrame líquido en la cavidad peritoneal, forma completamente distinta, como el Dr. Praderi lo dijo, de las peritonitis hidatídicas agudas, con o sin bilis, con o sin sangre, con o sin pus, o con asociaciones de estos elementos.

¿Por qué se rompe la adventicia sola y hace salida la hidátide a la cavidad abdominal? ¿Por qué se rompe la hidátide sola dentro de la adventicia? ¿Por qué se rompen los dos componentes del quiste, la adventicia y la hidátide, y aparecen las complicaciones peritoneales? Desde luego que se puede especular muchísimo, y en algunos casos la anatomía patológica de la adventicia o del órgano en el cual se implantó la equinococosis primitiva, puede dar el tenor de la causa, pero las otras razones son muy difíciles de precisar. El Dr. Praderi hacía mención a la presión intraabdominal. Las relaciones tensionales entre la hidátide, el órgano que la alberga, la cavidad peritoneal, la pared abdominal, y después con su abertura de la cavidad abdominal en el momento de la operación con la presión atmosférica, es un equilibrio muy variable de una situación a otra.

Nosotros hemos visto realizar hace 35 años al Prof. V. Pérez Fontana, la operación de Posadas en el hígado. Abrir la adventicia hidatídica hepática y sacar la hidátide entera en una hidatidosis que la hidátide medía 20 cm. de diámetro. Sin embargo, no se rompió.

En cuanto a los casos presentados, haremos consideraciones.

La primera observación, si nos mantenemos en la terminología clásica, es una equinococosis hidatídica heterotópica de origen hepático. Lo interesante que tiene es el tamaño, y lo original es que siendo tan voluminosa y to-

mando prácticamente lóbulo derecho e izquierdo, centrohepática, haya hecho salida en la cara inferior del lóbulo izquierdo.

Con la otra observación se puede especular. La enferma tenía equinococosis hidatídica hepática, equinococosis peritoneal secundaria y rotura de bazo con hematocele la celda esplénica. La anatomía patológica del bazo, y eso va a título de consulta, mostró algo que hablará que allí estaba la adventicia de esa hidátide que se encontró en el hematocele de la celda esplénica. Porque si la paciente tenía una equinococosis peritoneal secundaria, podría tratarse, esa hidátide también, de una de las tantas otras hidátides de equinococosis peritoneal secundarias que tenía la paciente. Las otras hidátides estaban libres o anidadas, o desarrolladas en contacto visceral o epiploico. Quiere decir que la paciente tenía una equinococosis hidatídica hepática y una equinococosis peritoneal secundaria, y a su vez una equinococosis aparentemente primitiva heterotópica de la celda esplénica por la rotura del bazo con una equinococosis esplénica.

La consulta no es porque discrepe con el Dr. Praderi, sino simplemente para demostrar lo complejo que son todas estas situaciones y poder encasillarlas correctamente en una terminología adecuada.

Dr. Praderi: El Dr. Perdomo en su trabajo sobre equinococosis peritoneal cuando se refiere a los quistes retrovesicales, dijo una cosa que nadie puede discutir: ¿Cómo puede probarse que un quiste retrovesical o un quiste subperitoneal bajo no se haya originado por una siembra hematógena? Esto es prácticamente imposible de demostrar.

En la presentación que realizó a esta Sociedad hizo un detallado trabajo de revisión de todo lo que se había publicado y planteó esa duda.

Recuerdo la discusión con el Prof. Del Campo en ese momento y, evidentemente, no le podemos negar al Dr. Perdomo que haya quistes de origen hematógeno subperitoneal. Justamente una de nuestras enfermas tenía, además, un quiste hidático retrovesical y yo voy a utilizarla para discutir la teoría del Dr. Perdomo.

Los quistes hidáticos retrovesicales siempre desplazan los uréteres para afuera; hay una foto en un trabajo de Del Campo, de una autopsia de equinococosis peritoneal, que muestra los dos uréteres abiertos hacia afuera, porque el quiste retrovesical está calzado entre ambos, porque llegó del Douglas por el peritoneo y colonizó a ese nivel.

El hecho de que todos los quistes hidáticos retrovesicales se dispongan de la misma manera con relación a los uréteres, hace pensar que el quiste se origina en el medio, crece centrifugamente y desplaza los uréteres hacia el costado. Si la siembra fuera por vía he-

matógena pura, podría nacer en el tejido celular subperitoneal que queda entre el uréter y la pelvis. Al crecer, desplazaría el uréter para adentro.

Una de las primeras publicaciones de hidatidosis heterotópica es el caso de Deve. Se trataba de una niña que falleció en un hospital de Rouen. Había ingresado con un cuadro de vientre, fue operada por un cirujano que la interpretó como una peritonitis enquistada tuberculosa. Al buscar la colección, le drenaron el quiste hidático. La niña falleció después de la peritonitis y Deve le hizo la autopsia, demostrando en ella que existía una cavidad adventicial de enquistamiento a nivel de la pelvis de la niña, y que no era, como se había pensado al principio, un quiste hidático del útero. Disecando el cadáver encontró una cicatriz y elementos hidáticos a nivel del hígado, demostrando que había vivido un quiste hidático en el hígado previamente a la hidatidosis retrovesical.

Así, en casi todos los casos puede hallarse el antecedente hepático de la equinocosis.

Como decía el Dr. Suiffet, en el primer caso se trata de un error de diagnóstico. Le puncioné un quiste hidático porque pensé que era una ascitis de otra causa. No se me ocurrió que un quiste heterotópico podía simular una ascitis tan grande. Ese es el interés de esta observación: que un enfermo pueda tener un quiste hidático entero y se le pincha para diagnosticar una ascitis. Decimos que se podría llamar "pseudascitis hidática aguda", no para describir una forma nueva, sino para señalar como se puede confundir esa situación con la ascitis hidática subaguda.

En cuanto a la segunda enferma, es sabido (después del trabajo de Blanco Acevedo y Morador sobre equinocosis esplénica) que muy a menudo los quistes hidáticos esplénicos no

son propios del bazo, sino que son quistes peritoneales que se adosaron al bazo, incluyéndose en él. Este órgano les crea una adventicia y se comportan como quistes hidáticos del mismo. A favor de esto está el hecho de que muchas veces se ha podido operar quistes hidáticos de bazo sin hacer esplenectomía.

Al Prof. Suiffet, que recordará esa patogenia, le diremos que, a mí no me interesa señalar si este quiste hidático era primitivo o no de bazo, lo que interesa es destacar el aspecto especial de hematocele enquistado yuxtaesplénico con equinocosis heterotópica, o si no, simplemente hemoperitoneo enquistado yuxtaesplénico de origen hidático, o de causa hidática.

¿Cómo se puede producir un hematocele enquistado? Porque el proceso adherencial que determinó el quiste hidático bloqueó la logia esplénica. En nuestra tesis sobre Hemoperitoneo espontáneo, en la que revisamos una bibliografía importante, no encontramos ninguna observación de este tipo. El trabajo de Mondor tampoco tiene observaciones de hemoperitoneo de causa hidática.

Finalmente, diremos que el parto espontáneo o provocado de la hidátide es difícil. El Dr. Parodi, de nuestra Clínica, abre la cavidad adventicial y saca la hidátide entera en el quiste hidático de hígado. Yo considero, y tal vez el Prof. Suiffet esté de acuerdo, que es hacer deporte quirúrgico correr este riesgo de ruptura en la cavidad abdominal. A todos se nos habrá roto alguna vez un quiste dentro del tórax.

El hecho es que, la presencia de la presión abdominal, que se comporta como un líquido, hace que el quiste no estalle tan fácilmente. Este quiste, cuando lo saqué de la palangana y lo puse en una superficie plana se rompió solo. ¿Por qué se mantenía sano? Porque el contenido visceral se comporta exactamente como si ustedes pusieran la hidátide dentro de un recipiente con agua. Flota en ella.