

Quiste hidático del espacio interpectoral

A propósito de una observación

Dr. NISSO J. GATEÑO-YAFFE *

Nuestro país es uno de los que tienen mayor incidencia de hidatidosis en el mundo entero. Consecuencia de ello es que en nuestro medio ya se hayan descrito prácticamente todas las localizaciones posibles de la hidatidosis en el organismo.

HISTORIA CLINICA

R. A. de R. 78 años. Procedente del departamento de Canelones. R. Nº 305.036 (Hospital de Clínicas).

Tres meses antes del ingreso comienza a hacerse radioterapia por un carcinoma epidermoide de amígdala izquierda. Con el tratamiento radiante, mejoró la lesión pero persistieron adenopatías cervicales.

Dos meses antes del ingreso, en un examen de control, se le encuentra una tumoración subclavicular izquierda, ovoidea, de 3 x 4 cms. de diámetros mayor y menor respectivamente, indolora.

El resto del examen clínico era normal.

Se pensó en una metástasis del carcinoma de amígdala, por lo que se pidió una punción citológica.

La punción, efectuada por el Dr. Paseyro, mostró líquido hidático.

El estudio inmunoelectroforético, efectuado por el Dr. Yarzabal, mostró la banda de precipitación típica de los anticuerpos hidáticos.

Reacción de Cassoni precoz y tardía: positivas.

Eosinofilia: 104 por mm.³ Rx. de tórax y de hipocondrio derecho normales.

Se decide hacer la extirpación del quiste hidático de la pared torácica y luego ver si desaparecen las reacciones inmunológicas.

Operación: 20-VIII-70. Dr. Gateño. Pte. Carriquiri.

Anestesia infiltrativa con Xilocaína al 1 %.

Resección del quiste hidático íntegro con parte del pectoral mayor que lo cubre. El quiste estaba ubicado en el espacio interpectoral (fig. 1), adherido a la cara profunda del pectoral mayor sin infiltrarlo.

Evolución: Alta al día siguiente; se retiran los puntos de piel al octavo día.

Anatomía patológica: Dra. H. M. Chiossoni. Quiste hidático hialino univesicular que no infiltra el músculo.

COMENTARIOS

La localización muscular de la hidatidosis es extremadamente rara.

El primer caso fue descrito por Bidlaou en 1699 (1). En nuestro país, la primera observación parece corresponder a Bottaro en 1899 describiendo un quiste hidático del músculo

braquial anterior. Desde entonces, se han comunicado escasas observaciones aisladas, destacándose como revisiones de conjunto las de Pérez Fontana y col. en 1938 y de Blanco Acevedo y col. en 1949 (1).

La frecuencia de esta localización de la hidatidosis es muy baja, variando para los distintos autores entre 1 % y 6 % con relación al total de las localizaciones (5).

Según Ocampo Seguí (5), los quistes hidáticos musculares y de los espacios intermusculares, deben ser reunidos en un solo grupo, dado que la diferenciación, si bien lógica desde el punto de vista anatómico es difícil de hacer muchas veces desde el punto de vista práctico siendo dificultoso diferenciar si el quiste hidático es intra o intermuscular.

Este grupo era el denominado "quistes subfaciales" por Rodríguez Villegas.

Es preferible referirse entonces a quistes hidáticos de determinada región o grupo muscular mejor que a un determinado músculo.

Los quistes originados en un principio en el propio músculo, vale decir en el tejido conjuntivo interfascicular, se exteriorizan al crecer ubicándose entonces en el espacio intermuscular o inmediatamente subaponeuróticos. Por lo tanto, estos quistes hidáticos serán intra, inter o perimusculares de acuerdo al momento evolutivo (4).

La sintomatología no es particular de la afección. Aparecen como una tumoración asentando en un músculo o grupo muscular.

Recordamos la aseveración de Chutro: "Cuando una lesión muscular no encuadra claramente por su sintomatología en las lesiones generales, debe pensarse ante todo en un quiste hidático".

El tipo de crecimiento por empujes es característico de estas localizaciones (5).

En general es redondeado u oval; a veces aparece bilobado.

La consistencia es variable; habitualmente renitente, puede llegar a ser duro.

Cuando asienta en plena masa muscular se bloquea por la contracción.

El frémito hidático es poco frecuente. Caeiro (2) ha descrito un signo auscultopercutorio que denominó "signo de la bordona".

A la transluminación es traslúcido: signo de gran valor para Blanco Acevedo y col. (1)

El estudio radiológico debe servir para ayudar a descartar la participación del esqueleto vecino. Pero un estudio radiológico negativo no permite descartar el origen óseo, pues es sabido que la hidatidosis ósea se hace manifiesta radiológicamente en etapas muy avanzadas.

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 2/VI/71.

* Adjunto de Clínica Quirúrgica. Manuel V. Pagola 3233. Montevideo. Uruguay.

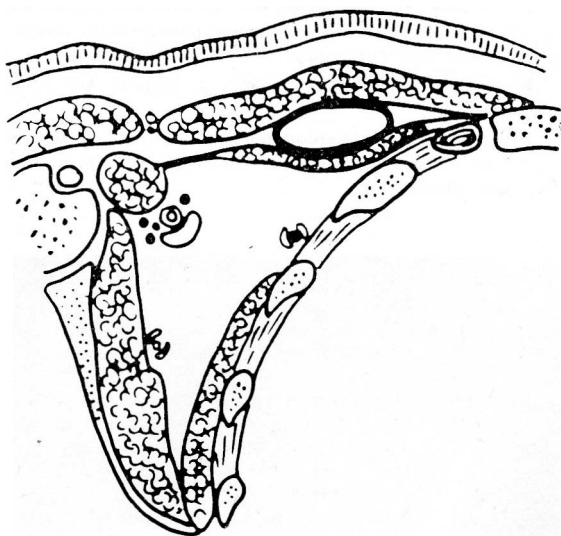


FIG. 1.—Esquema de un corte horizontal de la región axilar, para ver la ubicación del quiste hidático.

La punción exploradora certifica el diagnóstico, como en nuestro caso, aunque es desaconsejable cuando se sospecha el mismo (1)

Los estudios inmunológicos en general son positivos.

Obvio es decirlo, frente a un quiste hidático muscular, se deben agotar todos los medios clínicos y paraclínicos para poder descartar otra localización.

La curva de desaparición de anticuerpos luego de la extirpación del quiste, promete ser un buen medio de testificación que aún está en estudio.

En lo referente al tratamiento, lo ideal es hacer la quistectomía. Cuando el quiste es intramuscular, para efectuar la quistectomía puede ser necesario hacer grandes resecciones

musculares, por lo que algunos autores (1,3) aconsejan en estos casos, la descubierta del quiste, inyección de sustancia parasiticida y evacuación del parásito, seguido del cierre sin drenaje de la cavidad.

Cuando el quiste está supurado, se aconseja evacuar el parásito y drenar la cavidad (3).

RESUMEN

Se presenta un caso documentado de quiste hidático del espacio interpectoral. Se hacen consideraciones acerca de la frecuencia, sintomatología y tratamiento.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas documenté de kyste hydatique de l'espace interpectoral. Considérations sur la fréquence, la symptomatologie et le traitement.

SUMMARY

One case, cluly documented, of hydatid cyst of the interpectoral cavity space, is presented. Its frequency, symptomatology and treatment are discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. BLANCO ACEVEDO, E., MORADOR, J. L., MINE-TTI, R. Los quistes hidáticos musculares. *Arch. Intern. de la Hidat.*, 9: 221, 1949.
2. CAEIRO, J. L. CALDAS, E. Quistes hidáticos musculares. *Bol. y Trab. Soc. Cir. Bs. Aires*, 20: 968, 1936.
3. IVANISSEVICH, O., FERRARI, R. C. Quistes hidáticos musculares. *Bol. y Trab. Soc. Cir. Bs. Aires*, 20: 1015, 1936.
4. MARRUGAT, O. L. Hidatidosis muscular. *Bol. y Trab. Soc. Cir. Bs. Aires*, 8: 57, 1947.
5. OCAMPO SEGUI, M. A. Quistes hidáticos de los músculos y del tejido celular subcutáneo. *Arch. del Inst. de Cirug. de la Prov. de Bs. Aires*, 1: 747, 1946.