

Dr. OSCAR CHAVARRIA *

HISTORIA CLINICA

M. S. D.L. 5 años, procedente de Lavalleja. Sexo femenino. Ingreso: 27-V-71.

Cuatro meses antes del ingreso la madre nota tumoración de región glútea izquierda a nivel del cuadrante superoexterno. Aumenta progresivamente de volumen. No alteraciones en la movilidad del miembro inferior izquierdo. No fiebre. Tránsito urinario e intestinal: s/p.

Antecedentes: A los 18 meses neumopatía aguda, por lo cual recibió inyectables en la misma región donde asienta la tumoración. Coincidiendo con los inyectables, proceso inflamatorio agudo que cedió con tratamiento

Examen: Excelente estado general. En región glútea izquierda en cuadrante superoexterno, deformación esférica de unos 4 cm de diámetro. No modificaciones de la piel, ni circulación colateral. Borde superior a 1 cm. de la cresta ilíaca. Con la contracción del glúteo se hace más notoria la tumefacción.

Palpación: Tumoración de 7 cm. de diámetro, redondeada, superficie lisa, consistencia firme, no adhiere a piel ni a planos profundos. Se fija y aumenta de tamaño, quedando pequeña tumoración a ese nivel.

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 28/VII/71.
Adjunto de Clínica Quirúrgica Infantil.

sistencia al contraer el glúteo. Por encima, en dirección transversal, se palpa otra tumoración menor, en forma de media luna de aproximadamente medio cm. por 2 cm.

Columna: articulación coxofemoral y fosa iliaca interna s/p. Resto del examen: normal.

Diagnóstico clínico: tumoración de partes blandas: 1) sarcoma o tumor benigno; 2) quiste hidático.

Rx de cadera: s/p.

Rx de tórax y abdomen: s/p.

Rutinas: normal.

Punción: (Dr. Mautone). Se extraen 12 y $\frac{1}{2}$ cc. de líquido. Micro-fragmentos de quitinosa con sus membranas germinativas en actividad.

Operación: 1-VI-70 (Dr. Chavarría). Anestesia con ketalar. Quistectomía previa punción y esterilización del parásito. Queda amplia cavidad. Drenaje.

Postoperatorio: se retira drenaje al tercer día. Alta en buenas condiciones.

COMENTARIOS

Se trata de una afección rara. Aproximadamente el 4 % del total de equinococosis (2). Último caso descrito en la casuística nacional: Equinococosis del espacio interpectoral (Dr. Gateño 1971 (1 bis)).

Lo más frecuente es entre 20 y 30 años y sexo masculino, por lo que nuestro caso es extremadamente raro, dada la edad y el sexo de la paciente.

La localización del quiste está determinada por el mayor volumen de sangre que irriga a ciertos grupos musculares, de ahí que se produzca frecuentemente en los músculos del tronco y sectores proximales de los miembros (3).

Se clasifican como quistes hidáticos musculares los subaponeuróticos y los del tejido celular interfascicular (3), incluyendo los de los espacios intermusculares (5).

Al igual que en la topografía pulmonar y hepática tienden a exteriorizarse hacia la superficie del músculo, subaponeuróticos o intermusculares.

Nuestro caso cumple con las características antes mencionadas, tratándose seguramente de una equinococosis primitiva, dado que los exámenes clinicoradiológicos no despistan otros quistes en el resto del organismo.

Sea primitivo o secundario la localización muscular habitualmente es única. La sintomatología está dominada por un elemento fundamental: el tumor (4, 3, 5).

No encontramos el frénico hidático de Blatin, ni la crepitación almidonada de Reclus. Cuando se los encuentra es patognómico.

El signo de la bordona (1) auscultopercutorio no se realizó en nuestro caso.

Es característico el crecimiento por empujes (3).

Según Piulach puede provocar complicaciones nerviosas o vasculares por compresión.

La supuración se ve en el 20 o 30 % de los casos (3).

Las maniobras de exploración deben ser suaves para evitar la ruptura.

Los exámenes radiológicos sirven para descartar participación ósea. En general no hay

calcificación adventicia. Si la radiografía es normal y el quiste está vecino a un hueso se debe controlar el sujeto durante varios años. Con estos exámenes y gammagrama hepático se descartan otras localizaciones del quiste. Si la inmunolectroforesis es positiva, se debe pensar que existe otra localización además de la muscular. La punción aconsejada por Ivaniševich certifica el diagnóstico. Debe ser efectuada en el preoperatorio inmediato para evitar sorpresas al cirujano.

TRATAMIENTO

En el caso que nos ocupa, con sintomatología mínima, la operación lleva a curación del enfermo. Pronóstico benigno. Nosotros efectuamos la quistectomía con drenaje de la cavidad dado el tamaño de la misma. En el niño, como es habitual, la recuperación fue extraordinariamente rápida.

En caso de supuración el tratamiento es el drenaje.

En nuestra enferma seguramente la tumoración que se palpaba a nivel del polo superior del quiste se trataba de la fibrosis provocada por los inyectables.

RESUMEN

Se presenta un caso de quiste hidático muscular en una niña de 5 años en una topografía poco frecuente, haciendo referencias a su etiopatogenia y sintomatología y tratamiento.

RÉSUMÉ

Présentation d'un cas de kyste hydatique musculaire chez une enfant de 5 ans, avec une topographie peu fréquente, se rapportant à sa pathogénie, symptomatologie et traitement.

SUMMARY

A five-year-old girl, presenting a hydatid cyst in a muscle, in a rather unusual topography, is the subject of this paper which refers to its etiopathogenesis, symptomatology and treatment.

BIBLIOGRAFIA

1. CAEIRO, J. A., CALDAS, E. Quistes hidáticos musculares. *Bol. y Trab. Soc. Cir. Bs. As.*, 20: 968, 1936.
1. (bis) GATEÑO, N. Quiste hidático del espacio intermuscular. Presentado Soc. Cir. del Uruguay, 1971.
2. HERRERA VEGAS y CRANWELL (citado por Ocampo Seguí).
3. IVANISEVICH, O. y RIVAS. Equinococosis hidática de los músculos. *Día Médico Uruguayo*, 26: 3165, 1960.
4. MAROTTA, A., PEREZ, J. y CUTROPIA, J. Hidatidosis muscular. *Arch. Inter. de la Hidatidosis*, 24: 581, 1970.
5. OCAMPO SEGUI, M. A. Quistes hidáticos de los músculos y del tejido celular subcutáneo. *Arch. del Inst. de Cir. de la Prov. de Bs. As.*, 1: 755, 1946.