

(Vesícula heterotópica)

Dres. CARLOS BORTAGARAY, JORGE ERRANDONEA,
NELSON RODRIGUEZ-ARRARAS y ARIEL VILLAR *

Después del trabajo de R. Praderi, E. López y M. Rago (10) publicado en Cirugía del Uruguay, hemos operado dos enfermos en el transcurso de una semana que queremos presentar a ustedes.

Primera observación

M. B. de P. 20 años marzo 1971. Parto normal hace 23 días.

Consulta en Maternidad, al Dr. Rodríguez Arrarás por cuadro agudo de vientre iniciado el día anterior. Pasa a Cirugía B.

Examen: Buen estado general dolorida, apirética.

Abdomen: Distendido, tenso, mate a la percusión sin reacción peritoneal.

Se palpa tumefacción de bajo vientre sin precisar límite superior.

Examen Genital: Vaginal y Rectal; revela fondos de sacos peritoneales, ocupados y dolorosos.

Diagnóstico Pre-Operatorio: Quiste torcido de ovario.

Operación: Dr. Rodríguez Arrarás, Dr. Errandonea Anestesia General.

Al abrir el peritoneo, se constata tumoración a contenido purulento.

Evacuada resultó ser una *vesícula hidática única libre en el abdomen*, con contenido de aproximadamente un litro. Al extraer la vesícula se observó una *membrana espesa en enquistamiento* que tapiza todo el plano visceral con aspecto de la membrana del Hidatoperitoneo. *No se observa el sitio de la ruptura del quiste hidático primitivo*. Lavado con suero, drenaje del Douglas, cierre parietal por plano.

Post-operatorio: Sin complicaciones, se retira tubo de drenaje al octavo día, cierre de la fistula rápidamente.

Segunda observación

I. G. 57 años Marzo 18/1971.

Antigua B K pulmonar tratada hace 23 años.

Actualmente, curada sin lesiones.

Cirujano, Médicos Auxiliares y Anestesta del M.S.P.

Trabajo del Servicio de Cirugía "B" del Hospital de Salto, presentado el 3 de noviembre de 1971.

Hace cuatro años nota tumoración en bajo vientre que aumenta progresivamente de volumen.

Hace quince días aumenta de volumen con dolores más agudos en la zona de la tumoración.

Examen: Buen estado general. Apirética.

Abdomen: Distensión, con signos de ascitis indolora.

Tacto Rectal: Douglas tenso, indoloro.

Diagnóstico Pre-Operatorio: Se pensó en Ascitis Tumoral de causa Ovárica por lo cual se intervino con fines exploratorios.

OPERACION: Dr. Bortagaray; Dr. Villar; Anestesia General.

Incisión Mediana Infraumbilical.

Al abrir el peritoneo se encuentra gran *vesícula hidática de contenido hialino libre en el abdomen, del tamaño de una cabeza de feto*.

Luego de extraída al explorar se observa como en la primera observación una *gruesa membrana de enquistamiento* que cubre todo el plano visceral *sin encontrarse el sitio de Q. H. primitivo*.

Lavado con suero clorurado hipertónico, drenaje del Douglas cierre por plano.

POST-OPERATORIO: Sin incidentes.

Persiste trayecto fistuloso en zona de drenaje.

Fistulografía: No revela nada anormal.

COMENTARIO

Actuamos en un medio con alta infestación de Q. H.

En nuestra experiencia junto con el doctor Carlos Forrisi, hemos intervenido varios enfermos con hidático-peritoneo así llamado por Devé o equivalencias propuesta por el Profesor Del Campo (4 y 5) Chifflet (2 y 3) Larghero (6) Velarde Pérez Fontana (7), que no es del caso tratar aquí en detalle. Queremos destacar que en todas nuestras observaciones de hidático peritoneo:

- 1) Verificamos la presencia de membrana de enquistamiento, conteniendo bilis, vesículas hijas.
- 2) Observamos en todos los casos el orificio de la periquística del Q.H. primitivo, generalmente hepático.

Aquí repetimos lo dicho por el Profesor Suiffet (14) en el comentario de los casos del Dr. Praderi.

Se llega a la enfermedad en un momento determinado, después se especula con interpretaciones retrospectivas, que pueden ser exactas o no; porque no se ha podido seguir la vivencia del parásito desde su anidación, desarrollo y complicación.

Lo que nos llamó la atención y que no hemos encontrado en la bibliografía consultada es la presencia de la vesícula heterotópica coexistiendo con la membrana de enquistamiento, en la primera observación de contenido purulento, en la segunda de contenido hialino.

Si la membrana de enquistamiento se produce por la presencia de líquido hidático libre en el vientre ¿por qué se produjo en nuestros casos si la vesícula estaba intacta? Otro interrogante es de ¿dónde procedían estos quistes, si la membrana de enquistamiento tapizaba todo el plano visceral y no se observó el sitio de la rotura?

¿Podría una vesícula hija proveniente de los escolices de líquido hidático de un Q.H. roto como dice V. Pérez Fontana (7,8) continuar la

evolución dentro del peritoneo y provocar la situación de nuestras dos observaciones presentadas? En la primera observación destacamos que la enferma tuvo un parto normal 23 días antes de su internación y operación y la vesícula se mantuvo intacta a pesar de ello.

Queremos presentar estas dos observaciones que salen de lo común de lo que hemos observado anteriormente.

RESUMEN

Los autores presentan dos observaciones de hidático peritoneo con vesículas heterotópicas, coexistiendo con membrana de enquistamiento. Esta extraña forma de parasitosis, no está descripta en la bibliografía consultada.

RÉSUMÉ

Les auteurs présentent 2 observations d'hydatide péritonéale avec des vésicules hétérotopiques qui coexistent avec une membrane d'enkystement. Cette forme étrange de parasitose n'est pas décrite dans la documentation examinée.

SUMMARY

The authors present two cases of hydatid peritoneum with heterotopic gall bladders, coexisting with insheating membrane. This strange type of parasitosis has not been described in the existing bibliography.

BIBLIOGRAFIA

1. BORTAGARAY C. El Q. H. en nuestro medio (Primer Congr. de la A. S. Litoral Norte. Urug: 33, 1944).
2. CHIFFLET A. Equinococosis. Mercant/1936. Montevideo.
3. CHIFFLET A. Procesos Peritoneales de origen hidático XI Cong. Urug. de Cir. 2: 200, 1960
4. DEL CAMPO J. C. Quiste Hidático Peritoneales. XI Cong. Urug. de Cir. T 2: 189, 1960.
5. DEL CAMPO J. C. Estudio de las Colecciones Peritoneales, originada por la ruptura de Q. H. Apart. del Congr. Médico del Cent. 1930.
6. LARGHERO P. VENTURINO W y BROLI A. Equinococosis abdominal. Delta 1962.
7. PEREZ - FONTANA V. Quiste hidático roto en peritoneo. Anal. Fac. Montev. 17: 687, 1962.
8. PEREZ - FONTANA V. Membranas de enquistamiento consecutivas a rupturas de Q. H. en el peritoneo. Arch. Intern. Hidatidosis Vol. 4: 393, 1946.
9. PIQUINELA J. y VARELA N. Equinococosis peritoneal heterotópica. Bol. Soc. Cir. Urug. 31: 287, 1960.
10. PRADERI, R., LOPEZ, E., RAGO, M. Formas subagudas de la equinococosis peritoneal heterotópica (Pseudo Ascitis Hidática y Hematocele peritoneal). Cir. Urug. 40: 142, 1970.
11. PIAGGIO R. SANGUINETTI C. Las afecciones del hígado, Vías Biliares y Páncreas. Vol. II Pág. 159. Rosgal/1948.
12. PRAT, D. Sintomatología del coleperitoneo hidático y Hidatoperitoneo. Apart. Congr. Méd. del Centenario/1930.
13. RODRIGUEZ-ESTEBAN C. y LOUBEJAC. Equinococosis Heterotópica del Abdomen. Bol. Soc. Cir. Urug. 9: 215, 1938.
14. SUIFFET W. Discusión de la comunicación de Praderi (10). Cir. Urug. 40: 140, 1970.