

Hidato peritoneo. Vesícula heterotópica

Dres. CARLOS A. 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 (Formas subagudas de equinococosis peritoneal heterotópica) hemos operado dos enfermas en el transcurso de una semana que queremos presentar a ustedes.

PRIMERA OBSERVACION

M. B. de P. 20 años. Marzo 1971. Parto normal hace 23 días. Consulta en Maternidad al Dr. Rodríguez Arrarás por un cuadro agudo de vientre iniciado el día anterior. Pasa a Cirugía "B" donde se constata un buen estado general apirética con un abdomen muy distendido tenso mate a la percusión sin gran reacción peritoneal. Se palpa una tumefacción en el bajo vientre sin poder precisarse el límite superior. Examen vaginal y rectal revelan fondo de sacos periotoneales ocupados y dolorosos. Se hace el diagnóstico de quiste torcido de ovario.

* Jefe del Servicio Cirugía M.S.P., Asistentes, Jefe del Servicio de Urología M.S.P. Hospital Salto.
Presentado el 3 de mayo de 1972.

Operación: Dres. Rodríguez Arrarás y Errandonea. Anestesia general. Laparotomía media intraumbilical; al abrir el peritoneo se constata una tumefacción de contenido purulento evacuado con el aspirador resultó ser una vesícula hidática única libre en el abdomen con contenido purulento aproximadamente de un litro. Al extraer la vesícula que era única se observa una membrana espesa de enquistamiento que tapiza todo el plano visceral con el aspecto característico de la membrana del hidatoperitoneo. No se observa el sitio de la ruptura del quiste hidático primitivo. Se hace lavado con suero clorurado drenaje del Douglas y cierre parietal por planos. El postoperatorio sin complicaciones retirándose el tubo al octavo día cerrando el trayecto rápidamente.

SEGUNDA OBSERVACION

I. G. 57 años. Marzo 18 de 1971. Antigua bacilar pulmonar tratada hace 20 años y actualmente curada. Hace cuatro años nota una tumoración en el bajo vientre que aumenta progresivamente de volumen. Hace quince días siente dolores más agudos en la zona de la tumoración a la que encuentra aumentada de tamaño. Al examen, buen estado general apirética. Abdomen distendido con signo de asciti-

tis sin dolores. Tacto rectal: Douglas tenso e indoloro. Se pensó en una ascitis tumoral de causa ovárica por lo que se intervino con fines exploratorios.

Operación: Dres. Bortagaray y Villar. Anestesia general. Laparotomía media infraumbilical. Al abrir el peritoneo se encuentra una gran vesícula hidática de contenido hialino libre en el vientre del tamaño de una cabeza de feto y única. Se extrae intacta y como en la observación anterior se observa una gruesa membrana de enquistamiento que cubre todo el plano visceral siendo imposible encontrar el sitio de ruptura del quiste hidático primitivo. Lavado con suero clorurado drenaje del Douglas, cierre por planos el po operatorio ocurrió sin incidentes persistiendo un trayecto fistuloso en la zona de drenaje. La fistulografía no revela nada anormal, estando en la actualidad curada.

COMENTARIO

Actuamos en un medio de alta infestación hidática. En nuestra experiencia junto con el Dr. Carlos Forrís hemos intervenido varios enfermos con hidatidoperitoneo así llamado por Devé, u otras denominaciones propuestas por Del Campo (4, 5), Chifflet (2, 3) Larghero (6) y Velarde Pérez Fontana (7) que no nos corresponde tratar aquí en detalle pero queremos destacar que en todas estas intervenciones verificamos la presencia de la membrana de enquistamiento conteniendo bilis y vesículas hijas, y observando en todos estos casos el orificio de la periquística el quiste hidático primitivo generalmente hepático.

Aquí repetimos lo dicho por Suiffet (4) en el comentario de los casos de Praderi (10): "Se llega a la enfermedad en un momento determinado después de especular 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 [debo mencionar el relato completo de Valls (15) aparecido en una de las últimas revistas de "Cirugía del Uruguay"], es la coexistencia de la vesícula heterotópica con la membrana de enquistamiento.

Si la membrana de enquistamiento se produce por la presencia de líquido hidático libre en el vientre, ¿por qué se produjo en nuestro caso si la vesícula estaba intacta?

Otra interrogante es de dónde procedían estos quistes si la membrana de enquistamiento tapizaba todo el plano visceral no observándose el sitio de la ruptura.

¿Podría una vesícula hija proveniente de los escolices de líquido hidático de quiste roto como dice Velarde Pérez Fontana 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 an-

tes 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

Se presentan dos observaciones de hidatoperitoneo con vesícula heterotópica, una de ellas de contenido hialino y la otra supurada operada a los veintitrés días del parto. Se recalca la presencia de la membrana de enquistamiento tapizando el plano visceral no permitiendo ver el sitio de la ruptura del quiste primitivo. Se hace notar que no se ha encontrado en la bibliografía nacional ninguna observación semejante.

RÉSUMÉ

Présentation de deux observations de kyste hydatidique péritonéal avec vésicule hétérotopique, l'une de contenu hyalin, l'autre suppurée et opérée 23 jours après l'accouchement. On souligne la présence de la membrane d'enkystement qui tapisse le plan viscéral, ne permettant pas de voir l'emplacement de la rupture du kyste primitif. On fait remarquer que dans la documentation nationale aucune observation similaire n'a été enregistrée.

SUMMARY

Case material consists of two patients suffering from hydatid cyst with heterotopic vesicle in peritoneum: one of them with hyaline content and the other supurated and treated through surgery 23 days after parturition. An insheathment membrane was found covering the visceral plane and preventing view of rupture of primitive cyst. No similar observation has been found in national bibliography.

BIBLIOGRAFIA

- BORTAGARAY, C. El Q. H. en nuestro medio. *Primer Congr. de la A. M. Litoral Norte Urug.*, 33, 1944.
- CHIFFLET, A. Equinococosis. Imp. Mercantil. Montevideo, 1936.
- CHIFFLET, A. Procesos peritoneales de origen hidático. *XI Cong. Urug. de Cirug.*, 2: 200, 1960.
- DEL CAMPO, J. C. Quistes hidáticos peritoneales. *XI Cong. Urug. de Cirug.*, 2: 189, 1960.
- DEL CAMPO, J. C. Estudio de las colecciones peritoneales, originadas por la ruptura de un Q. H. *Congr. Médico del Cent.*, 1: 3, 1930.
- LARGHERO, P., VENTURINO, W. y BROLI, G. Equinococosis abdominal. Delta. Montevideo, 1962.
- PEREZ FONTANA, V. Quiste hidático roto en peritoneo. *Anal. Fac. Med. Montevideo*, 17: 687, 1962.
- PEREZ FONTANA, V. Membrana de enquistamiento consecutivas a rupturas de Q.H. en el peritoneo. *Arch. Inter. Hidatidosis*, 4: 393, 1946.
- PIQUINELA, J., VARELA, N. Equinococosis peritoneal heterotópica. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 31: 287, 1960.
- PRADERI, R., LOPEZ, E. y RAGO, M. Formas subagudas de equinococosis peritoneal heterotópica (seudoascitis hidática y hematocele peritoneal). *Cirugia del Uruguay*, 40: 142, 1970.

11. PIAGGIO, R., SANGUINETTI, C. Las afecciones del hígado, vías biliares y páncreas. Rosgal, Montevideo, 1948.
12. PRAT, D. Sintomatología del coleperitoneo hidático e hidatoperitoneo. *Congr. Med. del Centenario*, 1: 20, 1930.
13. RODRIGUEZ ESTEBAN, C., LOUBEJAC, A. Equinococosis heterotópica del abdomen. *Bol. Soc. Ciruj. Urug.*, 9: 215, 1938.
14. SUIFFET, W. Discusión de la comunicación de Praderi (10).
15. VALLS, A. Complicaciones peritoneales crónicas de la hidatidosis peritoneal. *Cirug. del Urug.*, 41: 378, 1971.
16. ORIHUELA, J. Consideraciones sobre un caso de ruptura espontánea de un quiste hidático de hígado seguido de coleperitoneo difuso aborto del huevo hidático entero al peritoneo. *An. Fac. Med. Montevideo*, 20: 345, 1935.

DISCUSION

DR. VALLS.—Esta es una observación muy interesante. Yo quisiera saber si la supuración en la primera enferma estaba dentro del parásito. Otra cosa que habría que preguntarse es si esa membrana fue escindida para saber si hay algo detrás, porque se da por ejemplo una equinococosis de siembra coexistiendo con una lesión hidática delante de la membrana de enquistamiento como se ve en el colehidatoperitoneo y cuando se incide se puede encontrar equinococosis de siembra detrás. No es necesario que haya versión del quiste hidático para que el organismo reaccione y forme una adventicia. Yo recuerdo que cuando leí este tema, el que se ocupó de esto fue Orihuela también y él planteaba que había una cantidad de colehidatoperitoneos donde no había ninguna equinococosis de siembra, que esos colehidatoperitoneos seguramente eran secundarios a una equinococosis primitiva heterotópica, que se producía la abertura dentro de una adventicia ya preformada, dentro de un saco preformado. La primera vez que yo vi una equinococosis primitiva heterotópica fue después de un parto. Resulta que esta señora que había sido enviada con diagnóstico de quiste de ovario y ella relataba que sabía que antes del parto tenía una tumefacción esférica como una naranja en el epigastrio, y que esa tumefacción desapareció y después la tenía en la parte baja. La tocamos y tenía una tumefacción más o menos de ese tamaño y era una equinococosis primitiva heterotópica. Se operó y tenía el quiste allí, enquistado, uno solo sobre el ligamento ancho. Muy agradecido de esta presentación.

DR. SUIFFET.—En primer lugar deseo saludar al Dr. Bortagaray, Presidente del próximo Congreso de Cirugía, y expresarle el agrado que significa para nosotros tenerlo en nuestra tribuna científica. El progreso de la cirugía en el interior, ha hecho que la equinococosis

hidatídica llegue menos a nuestros servicios quirúrgicos, que lo que sucedía antes. Y por eso es muy importante conocer la experiencia de los cirujanos del interior. Las observaciones que presenta el Dr. Bortagaray son muy difíciles de catalogar en la patología de la equinococosis abdominal. En la primera observación, la hidátide estaba supurada en su interior, cosa que llama la atención. Además, si la hidátide estaba intacta, supurada en la primera observación, hialina en la segunda, contenidas en una bolsa peritoneal, había algo más dentro de la bolsa peritoneal? Había líquido u otros elementos hidatídicos? Si así fuera, el proceso podría corresponder a una peritonitis crónica enquistada con elementos hidatídicos en su interior. La vinculación que tiene el complejo peritoneal, con el quiste hepático original, puede ser difícil de reconocer. De manera que su aparente ausencia no es argumento en contra para pensar que no existió la localización hepática original de esta complicación. Cabe la hipótesis del origen primitivo peritoneal de la equinococosis, teoría que ha desarrollado el Dr. Perdomo en un trabajo presentado a la Sociedad. Es muy difícil determinar cuál ha sido la secuencia patológica en ciertos casos de equinococosis y de ahí que surjan distintas hipótesis frente a las mismas situaciones clínicas.

DR. MARELLA.—La Mesa cree oportuno destacar dos hechos: Lo importante que los cirujanos del interior traigan a nuestra Sociedad su valiosa experiencia. Así se valida más a la Sociedad de Cirugía del Uruguay. Además, ratificamos lo expresado por el Dr. Suiffet en el sentido de cómo valoramos que aporte un trabajo el Dr. Bortagaray, Presidente del próximo Congreso de Cirugía del Uruguay a realizarse en Salto.

DR. BORTAGARAY.—Agradezco al Dr. Valls y al doctor Suiffet sus amables conceptos, en la discusión de mi trabajo que no es más que un aporte a la patología hidática tan vasta desgraciadamente y como lo dice Valls en su trabajo es una verdadera vergüenza nacional. El Prof. Suiffet dice que antiguamente cuando éramos internos veíamos todos esta patología en los servicios de cirugía de la capital. Hoy en día se hace mucho en los servicios del interior donde los cirujanos más capacitados están en condiciones de hacer el tratamiento del quiste hidático y sus complicaciones. Aclarando algunas preguntas le contesto al Dr. Valls que el líquido de la primera observación era purulento, faltó hacer el examen bacteriológico y también la biopsia de la membrana y observar si por detrás de ella había una equinococosis secundaria. De manera que yo traje estas dos observaciones como casuística y que me parecían excepcionales por haber una membrana de enquistamiento en la cual no había líquido pero sí una vesícula única heterotópica. Agradezco a todos, en especial a la Mesa, por la atención que ha tenido al darme la oportunidad de presentar estas observaciones.