

Quistes hidáticos primitivos del tejido celular subcutáneo

A propósito de 2 observaciones

Dres. ALBERTO ESTEFAN, CARLOS GOMEZ FOSSATI,
ENZO MALAN y AVELINO FRANCO V.*

Nuestro país tiene el triste privilegio de ser uno de los de mayor infestación hidática del mundo, siendo la patología derivada de ello ampliamente conocida.

Teórica y prácticamente el embrión hexacanto puede llegar a todos los órganos y tejidos de la economía, dando lugar al desarrollo ulterior de un quiste hidático. No obstante hay localizaciones que deben considerarse como excepcionales por su rareza y/o por las dificultades de orden diagnóstico y tratamiento que plantean. Entre las primeras se encuentra la hidatidosis primitiva del tejido celular subcutáneo: entendiéndose como tal, a una equinocosis proveniente de la evolución vesicular de un embrión hexacanto en el tejido celuloconjuntivo situado entre la piel y la aponeurosis superficial subyacente.

CASUISTICA

OBSERVACIÓN Nº 1.— A. G., 2 años de edad, sexo femenino. Procedente de Montevideo. Desde hace 1 año tumefacción de región inguinal derecha, de crecimiento lento y aspecto quístico, no adherente a la piel ni a los planos musculoponeuróticos adyacentes. Rx. tórax: normal.

Operación: (14-I-66). Anestesia general. Incisión longitudinal sobre la tumefacción. Tumefacción quística que se enuclea con facilidad no adherente al plano musculoponeurótico.* Cierre por planos. Postoperatorio sin incidentes. Alta al 2º día.

Anatomía patológica: (Dr. Cassinelli). Quiste hidático hialino de 4 x 4 centímetros.

Comentario: Quiste hidático hialino del tejido celular subcutáneo de la región inguinal derecha.

OBSERVACIÓN Nº 2: E. R. C. de D., 52 años de edad, sexo femenino. Procedente de Rocha. Comienza hace 14 meses en que de modo casual nota tumefacción de región glútea derecha, de crecimiento lento pero progresivo, con acentuación del ritmo de crecimiento desde hace 3 meses. Hace 15 días, caída desde su altura con traumatismo en región glútea derecha notando desde entonces aumento de la tumefacción y dolor local. No síndrome alérgico. Al examen: buen estado general, apirética. Gran deformación de región glútea derecha, por tumefacción elástica y fluc-

tuante. Hematoma glúteo y de cara posterior de muslo. Punción con aguja: líquido sanguinolento. Incisión pequeña drenando 2 litros de líquido sanguinolento y abundantes coágulos; se reconoce vesículas hidáticas que fueron confirmadas por el estudio histopatológico.

Radiografía de tórax: esqueleto óseo adyacente (columna, pelvis, femur) sin particularidades. Gammagrafía hepática normal. Cassoni y Weimberg positivos.

Operación: (5-X-72). Anestesia general. Incisión arciforme de región glútea derecha. Gran cavidad en su totalidad extraaponeurótica, que se extiende arriba hasta la cresta iliaca, adentro al sacro, abajo hasta la tuberosidad isquiática, a escaso contenido serosanguinolento. A nivel de la parte media membrana hidática parcialmente colapsada con escasas vesículas hijas en su interior; no adherida a la aponeurosis glútea subyacente y fácilmente enucleable.

Procedimiento: Extracción de la membrana y vesículas hidáticas; lavado profuso con solución clorurada hipertónica y doble drenaje de la cavidad por contraabertura.

Anatomía patológica: Membrana hidática colapsada con 3 vesículas hijas en su interior. No se observan fibras musculares formando parte de la adventicia.

Evolución postoperatoria: Supuración a piocianico de la cavidad residual que cede paulatinamente con lavados y antibioticoterapia electiva. Alta en buenas condiciones. Ultimo control en febrero-73. Cicatriz operatoria normal, asintomática.

Comentario: Quiste hidático multivesicular del tejido celular subcutáneo de la región glútea derecha, roto por traumatismo local.

DISCUSION

La equinocosis del tejido celular subcutáneo representa el 1 % al 2 % de todas las localizaciones hidáticas (3, 6, 9).

Etiopatogénica y conceptualmente debe ser diferenciada de la equinocosis secundaria (local o metastásica) a la ruptura (espontánea, traumática u operatoria) de un quiste madre primitivo de otra localización (visceral, osea, muscular); distinción parasitológica y quirúrgica de gran importancia.

Generalmente son únicos, siendo excepcionales las localizaciones subcutáneas múltiples simultáneas (5). Su dimensión es variable, cabiendo todas las posibilidades (10).

El parásito presenta las características anatómicas y biológicas habituales de las hidátides que evolucionan en tejidos blandos; dependiendo de su madurez, tiempo de evolución, tamaño, traumatismo, etc., el de ser fértil

Residente de Cirugía, Asistente de Cirugía, Médicos Auxiliares.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B". Dir. Prof. J. Pradines.

Presentado el 2 de mayo de 1973.

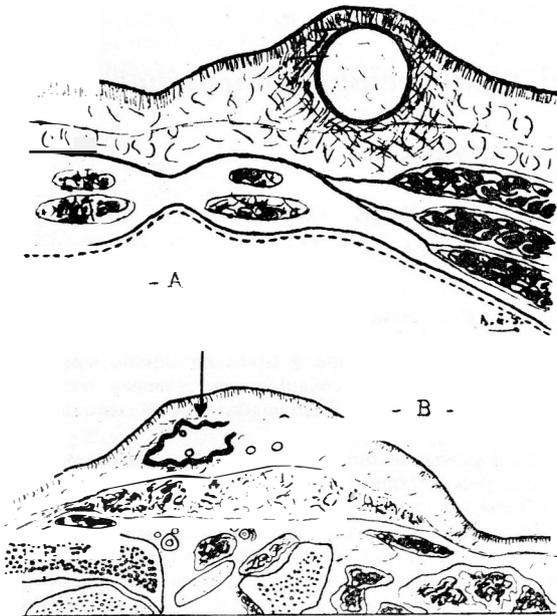


FIG. 1.— A. — Quiste hidático subcutáneo de región inguinal (Hialino). B. — Quiste hidático subcutáneo de región glútea (roto y evacuado).

o acéfalo hidátide, uni o multivesicular. La vesiculización exógena es excepcional (6).

La adventicia con la que el huésped reacciona rodeando y aislando la hidátide, es variable de acuerdo a la edad y localización del parásito. Es de fundamental importancia para la clasificación definitiva de quistes hidáticos a localización subcutánea, que, en el estudio histopatológico no se demuestre fibras musculares formando parte de la adventicia, testimonio de su origen sub-facial (muscular) (7). La calcificación de la adventicia debe ser considerada como de extrema rareza (10).

La relación del parásito con la aponeurosis subyacente es de capital valor para el diagnóstico de localización exacta. Rodríguez Villegas (2) distingue los quistes hidáticos sub-faciales y los extrafaciales o supra-aponeuróticos, denominando a los primeros como equinococosis muscular o más correctamente de los músculos estriados y del tejido conjuntivo. El quiste hidático sub-facial puede, evolucionando hacia la superficie, presentar una amplia relación con los planos superficiales. Son los quistes a evolución supra-aponeurótica secundaria de Laserre y Laney (7), que deben ser considerados como musculares, aún cuando se encuentren en su mayor extensión en el tejido celular subcutáneo, toda vez que conserven una amplia zona de implantación profunda aponeurótica.

Las complicaciones que son poco frecuentes (2, 3, 6) incluyen: infección, ruptura y compresión de estructuras vasculonerviosas adyacentes.

El diagnóstico etiológico en los quistes hidáticos subcutáneos es de excepción, siendo todos los signos descriptos como característicos (frémito hidático de Blatin; crepitación algodonada de Reclus) de extrema rareza, interpretación difícil y patogenia discutida. En cambio el diagnóstico de localización es de relativa sencillez, dado que participa de las características comunes de las tumefacciones del tejido celular subcutáneo.

La punción exploradora efectuada pre o peroperatoriamente, puede aportar datos de valor, pero no debe ser realizada sin rodearse de todas las garantías, a los efectos de evitar el escape de elementos fértiles que llevarían al desarrollo potencial de una equinocosis secundaria local.

El estudio clínico y paraclínico del paciente debe ser global y exhaustivo, a fin de determinar la existencia o no de hidatidosis en otra topografía (hígado, pulmón, huesos).

Frente a un quiste hidático subcutáneo no complicado el tratamiento consiste en la quistectomía en block, que se ve favorecida por la topografía superficial y ausencia de relaciones y/o adherencias a estructuras importantes adyacentes. Puede optarse por la esterilización y evacuación previa del parásito que pone a cubierto de la siempre temida siembra local, seguida por la exéresis de la adventicia, total o parcial, de acuerdo a los caracteres de la misma.

Los quistes supurados deben ser tratados por: evacuación y esterilización de su contenido (la supuración no es índice de infertilidad) seguida de un drenaje amplio y antibioterapia electiva.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los quistes hidáticos del tejido celular subcutáneo representan el 1 % al 2 % de todas las localizaciones hidáticas. El parásito presenta las características propias de aquellos que crecen en los tejidos blandos. Para su clasificación definitiva es menester conocer la relación exacta con la aponeurosis subyacente. Su tratamiento consiste en quistectomía con o sin esterilización y evacuación previa.

RESUMEN

Se presentan 2 observaciones de quistes hidáticos del tejido celular subcutáneo (pared abdominal y región glútea).

Se efectúa una breve revisión de la patología, clínica y tratamiento de esta infrecuente localización hidática.

RÉSUMÉ

On présente 2 observations de kystes hydatiques du tissu cellulaire sous-cutané (paroi abdominale et fessiers).

On effectue une courte révision de la pathologie, de la clinique et du traitement de cette si peu fréquente localisation hydatique.

SUMMARY

Two observations of hydatid cysts of subcutaneous cellular tissue (abdominal wall and gluteal region) are reported.

A short revision of the pathology, clinic and treatment of this unusual hydatid localization is done.

BIBLIOGRAFIA

1. BLANCO ACEVEDO, E, MORADOR, J. L. y MINETTI, R. Los quistes hidáticos musculares. *Arch. Intern. Hidat.*, 9: 221, 1949.
2. BUZZY, A. y MALCANHY, R. Los quistes hidáticos a localización subcutáneo y muscular. *Rev. Soc. Cir. Bs. As.*, 2: 94, 1925.
3. DEVE, F. L'Echinococose secondaire. *Ed Masson*, Paris, 1946.
4. DEW, J. Hydatid disease. *Sydney*, 1928.
5. HERRERA VARGAS, M. y CRANWELL, D. J. Los quistes hidáticos en la República Argentina. *Bs. As.*, 1901. Imp. Cont.,
6. IVANISSEVICH, O. y RIVAS, C. I. Equinocosis hidatídica. *Bs. As.*, 1961.
7. LASERRE, Ch. et LANEY, C. I. A propos de cas de quistes hydatique de la masse musculaire sacro-luminaire. *J. Med. Bordeaux*, 188, 1923.
8. MACKINNON, R. Contribución al estudio de los quistes hidáticos del Uruguay. *Tesis*, Montevideo, 1901.
9. MASFERRER, J. y DARGALLO, J. Hidatidosis muscular. *Barcelona quirúrgica*, 16: 405, 1972.
10. OCAMPO SEGUI, M. A. Quistes hidáticos de los músculos y del tejido celular subcutáneo, a propósito de 1 caso de localización glutea izquierda. *Arch. Cir. Prov. Bs. As.*, 1: 747, 1946.
11. PRADERI, R. Quistes hidáticos de la bola de Bichat. *Soc. Cir. Urug.*, 31: 42, 1960.
12. RODRIGUEZ VILLEGAS, R. Quistes hidáticos de los músculos y del tejido celular. *Rev. Cir. Bs. As.* 5: 211, 1925.
13. ROLDAN, A. Quistes hidáticos del Uruguay. *An. Fac. Med. Mvdeo.* 291, 1925.
14. ZERBINO, V. El quiste hidático en el Uruguay. *Rev. Med. Urug.*, 695, 1949.