

EQUINOCOCOSIS PRIMITIVA HETEROTÓPICA DEL ABDOMEN

Carlos - Ma. RODRÍGUEZ - ESTEVAN y Armando - M. LOUBEJAC

La comunicación que tenemos el honor de traer a consideración de la Sociedad de Cirugía debería denominarse más propiamente "*Enucleación intra - abdominal de un quiste hidático del hígado, con cuadro agudo de vientre por peritonitis biliar e ileus paralítico consecutivo*". En efecto, se trata de un caso claro de *rotura espontánea* de la periquística de un quiste hepático y caída de la vesícula madre *íntegra* en la parte declive del abdomen, *sin reenquistamiento heterotópico de la misma*, que es encontrada libre en la serosa abdominal. La enorme brecha del *quiste adventicio*, en amplia comunicación con canales biliares intra - hepáticos, dejaba fluir bilis en gran cantidad que se derramaba libremente en el peritoneo, provocando el cuadro de peritonitis que obligó a la internación e intervención de la enferma.

He aquí la observación:

M. A., de 39 años de edad, ingresa al Servicio de Puerta del Hospital Maciel el jueves 13 de agosto de 1937, a la hora 15, enviada desde el Hospital de la Ciudad de San José por un cuadro agudo de vientre.

La enferma, que trae un estado general muy bueno, narra su enfermedad en la siguiente forma: en la tarde del domingo anterior, hace exactamente 5 días, en el curso de un desperezamiento con elevación de los brazos, sintió un *dolor agudo en el hipocondrio derecho*, seguido de una molestia difusa por todo el abdomen, que no le impidió continuar con los quehaceres de su casa. En la noche tuvo vómitos biliosos y en el momento de acostarse notó que le había desaparecido una gruesa tumoración que tenía desde tiempo atrás en el hipocondrio derecho. Esa tumoración le había sido comprobada 4 años antes en el curso de un examen médico y etiquetada como *quiste hidático del hígado*, negándose la enferma a operarse en las dos oportunidades en que se le pro-

puso la intervención quirúrgica. *No tuvo urticaria*. A la mañana siguiente se repitieron los vómitos y como el estado general desmejorara sus familiares resolvieron trasladarla al Hospital de la Capital del Departamento, haciendo ese motivo un viaje de 40 kilómetros en auto, por malos caminos. El martes y el miércoles se instalaron dolores abdominales intermitentes a tipo de cólico intestinal, con ausencia de emisión de gases y de materias hasta la noche de ese día y la mañana del ingreso en que expulsó algunos gases.

Antecedentes: La enferma vive en la campaña del Departamento. Mutuaciones normales. Soltera, sin pasado genital. Sólo consigna como antecedentes de importancia tres cólicos hepáticos en el curso de los últimos cinco años, — el primero de los cuales se acompañó de ictericia que le duró seis meses — y su quiste hidático del hígado ya citado.

Examen. — Estado general muy bueno. Lengua húmeda, saburral. Pulso regular de 120. Temperatura axilar 38 2/10. Rectal 38 4/10. Buen estado de nutrición. Discreto tinte sub-ictérico de las conjuntivas. *Presión arterial*: Mx. 13. Mn. 7 1/2. El sondaje vesical practicado antes del examen del vientre muestra orinas intensamente colúricas que se envían enseguida al Laboratorio. *A la inspección del vientre* se comprueba: ligero desplegamiento del ombligo y marcado balonamiento. Es un balonamiento asimétrico, oblicuo, que predomina en el *hipocondrio derecho, región ombilical y fosa iliaca izquierda*. No se aprecia reptación de ansas intestinales en el curso de los *dolores colicoides* que tiene en el momento del examen. *A la palpación* el vientre es tenso como una pelota y se deja deprimir uniformemente, con excepción del flanco izquierdo en el que hay una contractura marcada. Duele á la presión y a la decompresión por todos lados, siendo mayor el dolor en la zona de la contractura. Flot transabdominal muy claro. *La percusión* da los siguientes datos: hígado con límites superior e inferior en quinto y octavo espacios intercostales respectivamente, línea mamilar. Hipersonoridad en casi todo el vientre, con excepción de una zona circular *que ocupa la fosa iliaca derecha e invade algo el flanco del mismo lado y el hipogastrio donde se comprueba una macidez no desplazable con los cambios de posición de la enferma*.

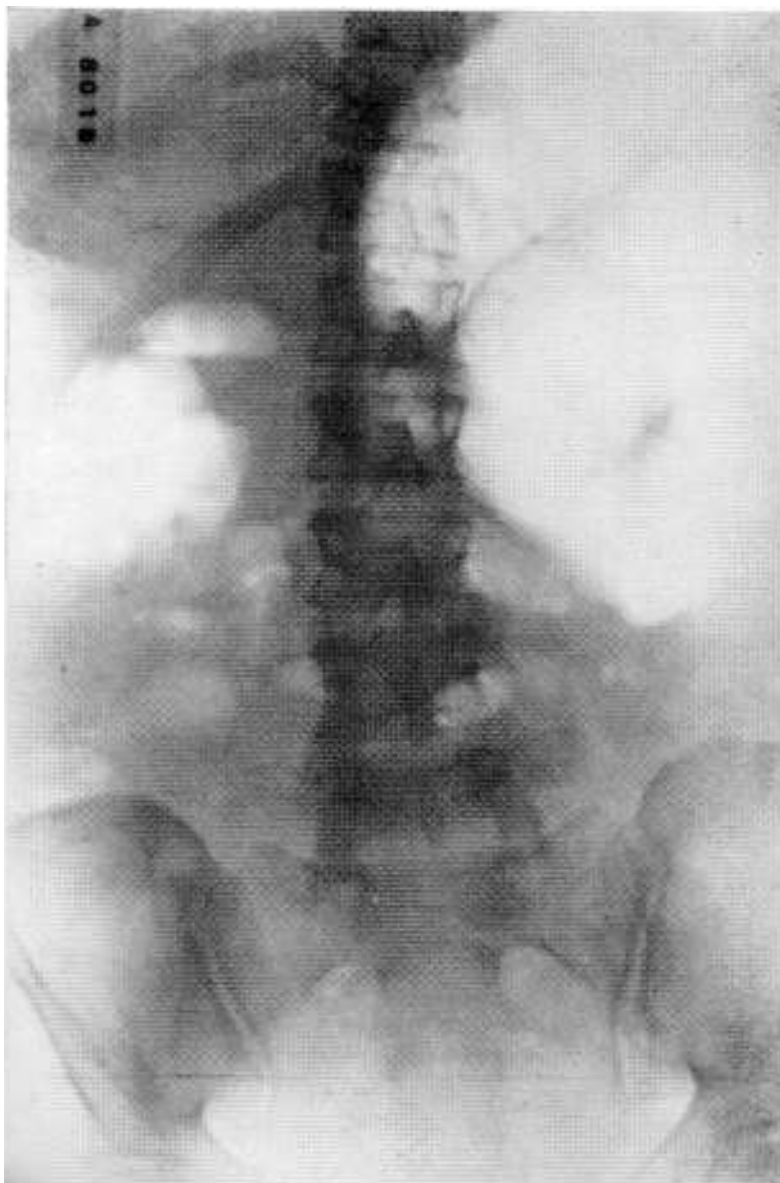
Examen ginecológico: Tacto unidigital por persistencia del himen. Pierde sangre roja correspondiente a la menstruación que le apareció con un adelanto de cinco días. Fondos de saco abombados, muy dolorosos y sin tumoración comprobable. La movilización del cuello del útero es muy dolorosa.

Tacto rectal: Douglas no ocupado. La presión a su nivel provoca dolor intenso.

Examen cardio-pulmonar: Matidez y ausencia de vibraciones en la base derecha.

Radioscopia de abdomen: Da datos muy útiles. Gran distensión cólica en el hemivientre izquierdo. Opacidad por líquido en F. I. D. y pelvis. Diafragmas muy elevados; muy móvil el izquierdo, poco desplazable el derecho. Fondo de saco pleural derecho ocupado por un derrame. Se saca *placa radiográfica* A 8015 (Instituto de Radiología del Dr. Cunha) que confirma la observación radioscópica y muestra, además, un nivel líquido en el hipocondrio derecho (fig. 1).

Examen de orinas: Albúmina 0 gr. 10; pigmentos, ácidos biliares y urobilina. Microscópico sin importancia.



— *Radiografía de abdomen.* — Ansas muy dilatadas por gases en la parte superior e izquierda del abdomen. Opacidad por líquido en la parte inferior y pelvis. Nivel líquido en el hipocondrio derecho. Diagnóstico operatorio: Q. H. abierto en el vientre.

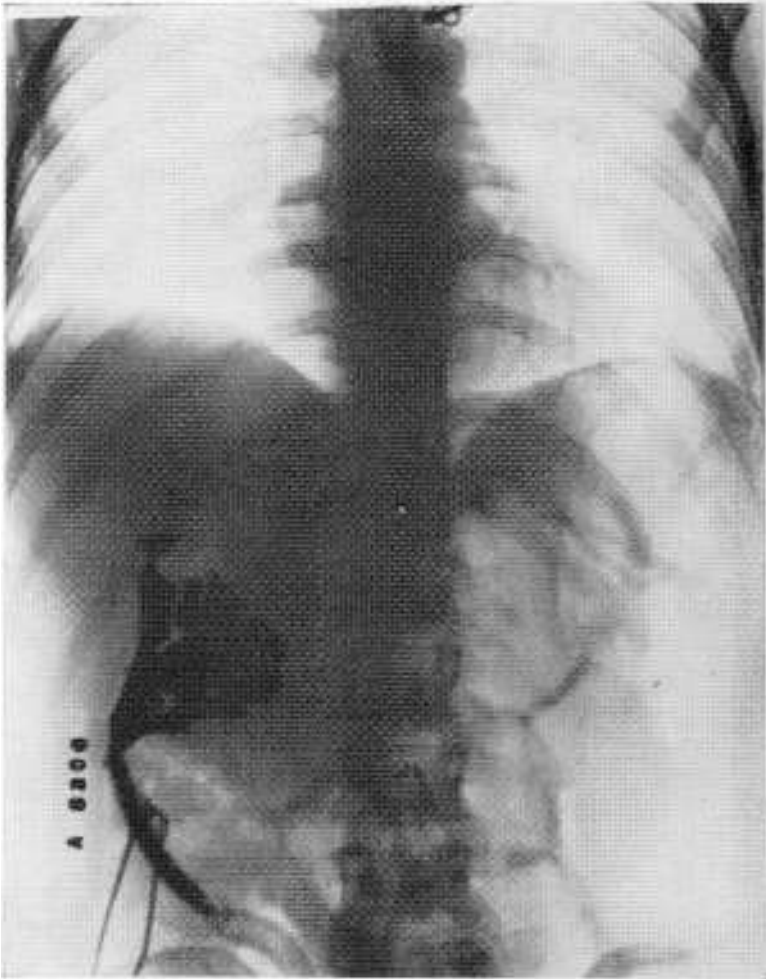


FIG. 2.— Quiste hidático del hígado enucleado en el vientre. *Cavidad residual* visualizada con Lipiodol. *Radiografía de frente.*

Leucocitosis: 12.000. Clasificación: Neutrófilos 81 %; Eosinófilos 6 %; Basófilos 1 %; Monocitos 5 %; Linfocitos 7 %.

Consideraciones pre-operatorias. — Dos hechos resultan evidentes en el cuadro clínico tan interesante que nos plantea esta enferma: 1°) el episodio de rotura intra-abdominal de un quiste hidático del abdomen superior, claro y terminante, y no acompañado de inmediato de cuadro abdominal agudo ni de urticaria; 2°) el cuadro actual de peritonitis, con signos de derrame de la gran cavidad, e ileus paralítico consecutivo. El problema interpretativo

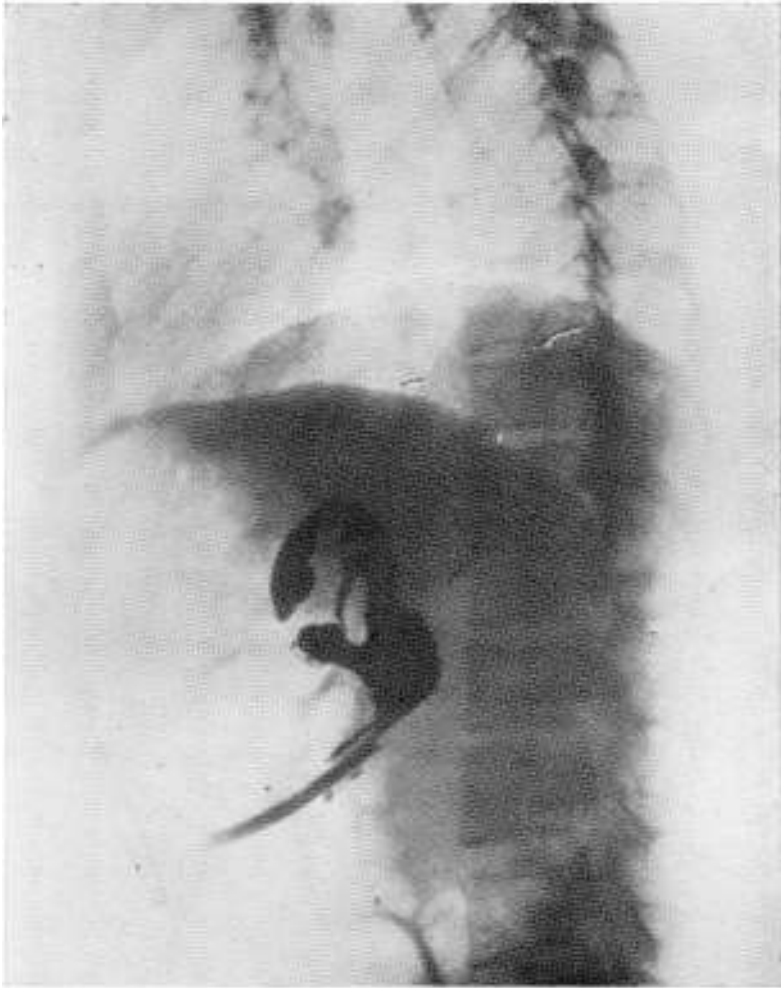


FIG. 3.— Quiste hidático del hígado enucleado en el vientre. *Cavidad residual* visualizada con lipiodol. *Radiografía de perfil* mostrando la cavidad de la periquística en vías de retracción cicatricial.

se concretó, pues, a explicar la *matidez no desplazable de la fosa iliaca derecha*, donde la placa muestra una opacidad mayor del abdomen como puede apreciarse fácilmente por la comparación de la transparencia de las burbujas cólicas a ese nivel con las correspondientes al intestino dilatado y acumuladas en el lado izquierdo de la radiografía. Se plantean con ese motivo los siguientes diagnósticos:

A) *Desprendimiento de un quiste pediculado de la cara inferior del hígado.* — En contra de esta eventualidad están las manifestaciones categó-

ricas de la enferma en el sentido de que su quiste, "duro como piedra", ocupó siempre el hipocondrio derecho.

B) *Peritonitis hidática enquistada.*

C) *Enucleación intra-abdominal de un Q. H. por rotura de la periquística.*

Después de un corto pre-operatorio de tres horas, durante el cual se le administraron a la enferma 20 c.c. intravenosos de cloruro de sodio al 20 %. 1 litro de suero fisiológico subcutáneo y 4 c.c. de aceite alcanforado, se practica la intervención quirúrgica.

Operación: Agosto 13. Drs. Rodríguez Estevan y Loubejac. Morfina previa 1 c.c. Anestesia local a la novocaína al $\frac{1}{2}$ %. Incisión paramediana derecha transrectal de 10 cms. a la altura del ombligo. *Gran derrame biliar* que se reduce con el aspirador. Se extraen *algunas falsas membranas* teñidas por la bilis. En el momento de proceder a la separación de las ansas delgadas con compresas se insinúa en la brecha operatoria — como una bolsa de las aguas en el momento del parto — una vesícula hidática íntegra, poco tensa, del tamaño de una pelota de foot-ball N° 5, que sale con facilidad y que sostenemos al costado de la enferma. En las maniobras sub-siguientes para colocarla en un recipiente adecuado, cae al suelo y se rompe. Se trataba de un *quiste univesicular conteniendo agua cristal de roca*. Ya seguros del diagnóstico de equinocosis primitiva heterotópica con vesícula flotante en el peritoneo, vamos al hígado a buscar la brecha de la periquística; la encontramos en la mitad posterior, retro-hiliar, de su cara inferior y puede introducirse en ella la mano. Sale bilis en gran cantidad. Colocamos en su cavidad una mecha de gasa y un tubo de drenaje. Drenaje supra-púbico. Cierre de la pared por planos. La enferma abandona la mesa en excelentes condiciones, iniciándosele de inmediato suero glucosado e insulina.

Post-operatorio. — Agosto 16. Hay una intensa bilirragia por el tubo de drenaje que alcanza a 600 c.c. diarios. Se le hacen 2 c.c. diarios de Extracto de Hígado inyectable y transfusiones de 60 c.c. Bilis de buey por boca. Está subfebril. Se le practican nuevos exámenes: *Orinas:* pequeña cantidad de pigmentos biliares y urobilina. *Urea:* 0 gr. 59. *Sangre:* Glób. rojos: 3.850.000. Hemoglobina: 73 %. Valor globular 0,94. Glóbulos blancos: 8.900. *Clasificación:* Neutr. 80 %; Eosin. 2 %; Monocitos 6 %; Linfoc. 12 %.

Octubre 7. (A los dos meses). — Persiste la bilirragia en cantidad de 400 c.c. diarios. Hay que interrumpir la ingestión de esa misma bilis por boca porque viene mezclada con pus. Se inyecta Lipiodol por el tubo de drenaje y se obtienen las *imágenes radiográficas A 8206* (Fig. 2 y 3). (Instituto de Radiología Dr. Cunha) que muestran que el lipiodol ha entrado en una cavidad irregular, en vías de retracción cicatricial, ubicada en la cara inferior del hígado (placas de frente y de perfil). Se continúa la medicación hepática inyectable y las transfusiones. *Examen de sangre:* Glób. Rojos 4.010.000; Hemoglobina 67 %; Valor globular 0.84; Glóbulos blancos 11.500; *Clasificación:* Neutr. 70 %; Eosin. 6 %; Basóf. 1 %; Monoc. 8 %; Linfoc. 15 %.

Noviembre 11. (A los tres meses). — Se retira definitivamente el tubo de drenaje de la cavidad hepática. Disminuye rápidamente la bilirragia y se levanta el estado general.

Diciembre 3. — A raíz de un estado bronquial persistente se le hizo *radiografía de torax* B 20.552 que muestra pequeña infiltración en la zona axilar izquierda. No hay sombras de quistes.

Diciembre 17. — Alta en perfectas condiciones desde el punto de vista operatorio. Desde hace 15 días sufre un empuje de reumatismo articular agudo que cede rápidamente con salicilato de sodio intravenoso. Continuará el tratamiento en su casa.

En resumen, nuestra observación reúne las condiciones anatómicas - clínicas indispensables para que pueda ser rotulada como un caso de "Equinocosis primitiva heterotópica del abdomen", a vesícula flotante, y ratifica la concepción patogénica que Dévé, —creador de la terminología—, ha dado de este interesante capítulo de la Hidatidosis Humana. A saber:

- 1º Existencia anterior de un quiste hidático del hígado;
- 2º Rotura espontánea de la periquística con caída de la vesícula - madre en la serosa abdominal;
- 3º Quiste unilocular;
- 4º Hallazgo de la vesícula enucleada en medio de ansas intestinales que comienzan a aglutinarse por reacción fibrinoplástica;
- 5º Comprobación de la cavidad del quiste adventicio en la cara inferior del hígado, cuyo rellenoamiento por granulación pudo seguirse radiográficamente.

La rotura *espontánea* o *provocada* por un traumatismo de la periquística de un Q. H. localizado en una víscera subserosa provoca la enucleación de la vesícula - madre y su caída en la cavidad serosa donde, si no sobrevienen fenómenos agudos que obliguen a una intervención quirúrgica inmediata, se enquistada por un proceso reaccional mientras cura la brecha del órgano donde primitivamente estaba alojada. Esta evolución particular de la *equinocosis visceral* constituye una de sus complicaciones más interesantes y ha dado lugar a numerosos trabajos en los que la patogenia de este tipo de lesión fué diversamente interpretado.

Hasta 1912 en que Félix Dévé publicó su magnífica memoria sobre la "Equinocosis primitiva heterotópica de las serosas" (1), se admitía como regla general que los *quistes hidáticos primitivos (homotópicos)* de las serosas tenían por origen "un embrión he-

xacanto llevado por la circulación sanguínea general al tejido conjuntivo subendotelial y habiendo proseguido "in situ" su desarrollo. La lesión parasitaria primitiva está entonces localizada bajo una de las hojas, parietal o visceral de la serosa". En otras oportunidades el parásito se desarrolla libremente en la cavidad serosa misma, sin recubrimiento endotelial, y para estos casos se invocaba una efracción del endotelio a través de la cual el embrión hexacanto atravesaba la serosa y continuaba en su superficie su transformación vesiculosa.

Para los *quistes secundarios de las serosas* (que son por sí mismo *heterotópicos*), que representan con mucho la forma más frecuente a este nivel, la rotura del quiste visceral y la proyección e injerto en la serosa de los elementos hidáticos parece ser en el momento actual la patogenia unánimemente admitida, sufriendo los scolex la transformación vesiculosa y prosiguiendo las vesículas hijas, desarrolladas y en plena actividad, su evolución en el sitio de la serosa donde hayan sido injertadas.

Dévé estableció en esa memoria la existencia de una modalidad intermediaria a las dos grandes formas citadas, *la equinocosis primitiva heterotópica de las serosas* y cuyo proceso sería el siguiente: "A consecuencia de la rotura de la pared adventicia de un quiste primitivo desarrollado en una víscera subserosa, *la vesícula hidática madre*, enucleada de su poche, cae *intacta* en la serosa; allí se enquistan secundariamente y desde entonces prosigue su evolución en este nuevo asiento". Sus muy interesantes experiencias efectuadas en 1907, haciendo ingerir 50 anillos maduros de *Tenia Equinococo* a monos preparados para este estudio, demostraron que la infestación masiva por el embrión hexacanto determinaba múltiples localizaciones hidáticas, predominando los quistes hepáticos y esplénicos. Muchos de ellos sufrieron esta particularísima evolución, los más en el peritoneo y uno en la pleura. Su primer trabajo sobre este punto fué un C. R. a la Sociedad de Biología de París en la sesión del 25 de noviembre de 1911, Tomo LXXI, p. 518, y en él pueden leerse en detalle los resultados de sus experiencias que en esa época contaban con muy pocas comprobaciones en clínica humana.

Es indiscutible que este último tipo de equinocosis de la serosa abdominal es muy raro, como lo veremos enseguida. No sucede lo mismo con la *equinocosis secundaria del abdomen*,

modalidad patogénica que reúne la casi totalidad de los casos como lo ha establecido perfectamente el sabio hidatólogo de Rouen en su publicación sobre "Quistes hidáticos de la pelvis" (2).

El *diagnóstico* de la Equinocosis Primitiva Heterotópica del Abdomen es raramente hecho en clínica. El estudio de las observaciones publicadas hasta el presente así lo demuestra.

El caso de A. Landívar y S. Mazza presentando al Segundo Congreso Nacional de Medicina (Buenos Aires) (3), consagrado a la Hidatidosis, y estudiado por Dévé en su conferencia sobre el tema, dictada en 1932 en Buenos Aires (4), fué rotulado como "*Forma rara de equinocosis peritoneal*". Se trataba de una chica de 12 años que hizo, 20 días antes de su ingreso al Hospital, — y de una manera espontánea — un cuadro agudo de vientre, *sin urticaria*, que cedió a la terapéutica médica. A su ingreso al Hospital presentaba una tumoración hipogástrica que se operó con el diagnóstico de Q. H. La intervención mostró una gruesa hidátide solitaria, conteniendo un líquido opalescente, y rodeada de una adventicia o periquística gruesa de 4 mm., de coloración rojo - grisácea, enmascarando las ansas vecinas y cuya decorticación y extirpación fué fácil. Cierre sin drenaje. Curación.

Cuatro años más tarde la niña continuaba bien y las reacciones biológicas para la hidátide se habían negativizado. En el *examen histológico* de la membrana adventicia se encontraron folículos hidáticos pseudo tuberculosos, centrados por restos de cutícula equinocócica, que fueron interpretados como "quistes hidáticos en involución". Esta comprobación llevó a los autores a clasificar su observación como un caso excepcional de Equinocosis Primitiva del peritoneo. Los folículos hidáticos serían embriones hexacantos detenidos en su transformación vesiculosa.

Félix Dévé, en su ya citada conferencia, narra una observación personal inédita, que le servirá de apoyo para clasificar la observación de Landívar y Mazza y sobre la cual había presentado un breve resumen en la Sociedad de Biología de París, en la sesión del 17 de abril de 1926, Tomo XCIV, p. 983, con el título de "*Equinocosis Primitiva Heterotópica de la Pelvis en una niña*". Su historia es la siguiente: una niña de 9 años, en excelente estado de salud, procedente de un medio sin antecedentes

de Q. H., sufre el 24 de diciembre de 1924 una *contusión de abdomen* por caída sobre el cordón de la vereda. Sobreviene un cuadro doloroso de vientre, *sin urticaria*, que la hace ingresar al tercer día al Hospicio General de Rouen, Servicio del Profesor Jeanne, quien la tiene un mes en observación y hace diagnóstico de “probable poussée de peritonitis tuberculosa” con pequeño derrame ascítico enquistado en la región sub - ombilical donde se comprueba una matidez a convexidad superior con sensación de flot a ese nivel. La *intervención*, efectuada el 13 de febrero de 1925, muestra una gruesa poche retro - vesical, limitada por un peritoneo rojo, espeso, y conteniendo en su interior una vesícula hidática que es sacada en block. Formolaje de la cavidad y marsupialización de la misma. En el peritoneo vecino se distinguen algunas granulaciones de aspecto tuberculoso. El diagnóstico operatorio fué: “*Quiste hidático desarrollado en el espesor del músculo uterino, hacia su cara posterior*”. La enfermita falleció 5 días después por peritonitis aguda y la necropsia, practicada por el mismo Dévé, debía mostrar la verdadera patogenia de este quiste pelviano. En primer lugar, no existían más quistes en el vientre, ni aun en los órganos abdominales; en segundo lugar, el “quiste estaba acolado a la cara posterior del útero y no incluido en el músculo uterino”; en tercer lugar, la poche de enquistamiento tapizaba los diversos órganos de la mitad derecha de la cavidad pelviana (ligamento ancho, trompa, ovario, cara derecha del recto). Examinando cuidadosamente el hígado, Dévé encontró una pequeña cicatriz blancuzca, penetrando netamente en el parénquima hepático, y ocupando la cara anterior del lóbulo derecho del hígado. A ella adhería una pequeña franja del gran epiplón. El *examen histológico* de los cortes seriados efectuados a ese nivel fué concluyente: mostró en varios puntos de la cicatriz intra - hepática *restos cuticulares equinocócicos encastrados en pleno tejido fibroso*.

Aportó la prueba irrefutable de que “la pequeña cicatriz hepática era el vestigio del saco adventicio de un quiste hidático intra - hepático deshabitado”. “Del mismo modo — dice Dévé — yo he podido asegurarme de la naturaleza equinocócica de dos de los pseudo - tubérculos peritoneales: porque el uno y el otro estaban centrados y *firmados* por la presencia de fragmentos de cutícula, estratificados, patognomónicos”. En cuanto a la estruc-

tura del quiste adventicio pelviano que contenía el parásito, el examen demostró estar constituido por un "tejido joven, todavía no adulto".

* La prueba estaba dada. No se trataba de un quiste *primitivo del basinete*, nacido de un embrión hexacanto llegado al músculo uterino por vía sanguínea, sino de una vesícula madre enucleada del hígado y secundariamente rodeada de fibrina y enquistada en la pelvis.

La observación de Landívar y Mazza podía ahora ser fácilmente interpretada: rotura de la periquística hepática y caída de la vesícula - madre en el bajo vientre explicarían el cuadro agudo de vientre inicial; enquistamiento de la vesícula por una membrana de neo - formación fácilmente destacable de la masa intestinal; aspecto opalescente del líquido hidático por sufrimiento de la hidátide en su nueva situación, traduciendo la transformación vesiculosa de la scolex como fenómeno reaccional por el traumatismo sufrido. La exploración negativa del resto del abdomen efectuada en el curso del acto operatorio no tiene, para Dévé, importancia decisiva por cuanto pueden pasar desapercibidas cicatrices o depresiones de la superficie del hígado como sucedió en su observación personal.

Los casos de *reenquistamiento abdominal* de vesículas primitivas heterotópicas, fuera de los ya citados, no parecen ser muy numerosos. La bibliografía consultada enseña muy poco. Dévé estudia las observaciones de König (1891), Most (1898), Olivier (1861) en las que puede aprenderse esta rara complicación de la equinocosis hepática al través de hermosas descripciones anatómo - clínicas en una época en que su estudio no estaba ni iniciado.

En nuestro país, la única observación sobre el tema fué publicada por Raúl M. Del Campo (5) en 1933. Se trata de un tipo intermediario entre la *equinocosis primitiva heterotópica reenquistada* (casos de Landívar y Dévé) y la *heterotópica con vesícula flotando libremente en el peritoneo*. He aquí la observación de Del Campo (Raúl M.) resumida: Una niña de 18 meses es traída al Hospital Pedro Visca el 29 de marzo de 1932 por una tumefacción epigástrica que sus padres le notaron dos meses antes. Proviene de un ambiente equinocócico familiar donde la chica jugaba con perros. Eosinofilia de 1%. *Radioscopía de Hí-*

gado: "Hígado agrandado en su lóbulo izquierdo". A los 10 días del ingreso se comprueba que su tumor ha desaparecido sin haber sobrevenido cuadro abdominal agudo *ni urticaria*. En los días subsiguientes se instala un discreto estado febril acompañado de balonamiento de vientre. Una radiografía de abdomen muestra en ese momento una sombra superpuesta a la sombra renal derecha. Queda un mes en observación; el día 30 de mayo se comprueba una tumefacción en la región umbilical, que invade algo la F. I. D. y que aumenta lentamente de volumen en los días siguientes. Es dura y no se desplaza con los cambios de posición. *La intervención*, practicada el 7 de junio, muestra una *vesícula hidática entera*, del tamaño de una mandarina, conteniendo líquido cristalino sin vesículas hijas, que se enuclea fácilmente de un conglomerado de ansas delgadas aglutinadas por una reacción fibrinoplástica. Sobre la cara anterior del hígado, a la derecha del ligamento falsiforme y a pocos centímetros del borde anterior, se ve una cicatriz estrellada que permitió suponer que correspondía al quiste epigástrico desaparecido bruscamente. En la cara externa del lóbulo derecho existía otro quiste hialino que fué evacuado. La enfermita curó.

En su trabajo sobre *L'echinococcose de l'enfant* (6), Dévé estudia detenidamente las condiciones que favorecen la rotura intraperitoneal de los quistes hidáticos en los niños: 1º) El rol predisponente de la infancia parece evidente; 2º) El Hígado del niño es más abdominal que el del adulto; 3º) El quiste adventicio (periquística) es más delgado, menos fibroso y por lo tanto más frágil; 4º) La forma hidática *univesicular* ofrece las condiciones físicas más propicias al *estallido* de la periquística; 5º) Los traumatismos son particularmente más frecuentes en los niños.

Por una circunstancia fortuita nos hemos enterado de una reciente observación, aun inédita, cuya mención en esta comunicación debemos a la gentileza del Dr. Alfredo Valdez Olascoaga, y que parece tratarse de una equinocosis primitiva heterotópica con fuertes adherencias al epiplón mayor. La observación, muy resumida, es la siguientes: el 27 de junio de 1938 ingresa a la Sala 4 del Hospital Pereyra Rossell, Servicio del Prof. Pou Orfila, la enferma Herminia S. de C., de 48 años de edad, porque desde hace 8 años presenta una tumoración hipogástrica que aumenta lentamente de volumen y se acompaña de metrorragias. Hace 37

años fué operada de Q. H. del hígado. Dos hijos sanos. Dos abortos. *El examen ginecológico* muestra una masa de consistencia quística, del tamaño de una naranja, que ocupa el fondo de saco anterior y derecho. Se decide la intervención con diagnóstico de quiste torcido de ovario. Operación, julio 11 de 1938. Dr. Valdez Olascoaga; Pte. Gaggioni. Anestesia general éter CO², bien tolerada. Pfannestiel. A la abertura del peritoneo se comprueba una masa quística, bilobada, que ocupa el fondo de saco anterior. El útero está desplazado atrás y a izquierda; ambos ovarios son normales. El tumor quístico descansa sobre la parte anterior del ligamento ancho derecho, fijo allí por adherencias laxas, y tiene contacto con la vejiga a la que adhiere también laxamente. Por arriba tiene adherencias firmes con el gran epiplón que se ligan y seccionan. El tumor, del tamaño de un huevo de avestruz, se enuclea fácilmente a dedo. Queda una superficie que sangra en capa. Hemostasis y peritonización. No se ven otros quistes. No se exploró el hígado. Cierre de la pared por planos. Agraffes en la piel.

Evolución excelente. La enferma volverá para ser estudiada desde el punto de vista hidático general.

Examen de la pieza: Quiste con gruesa membrana de 1/2 cm. de espesor, conteniendo restos de membranas hidáticas degeneradas y pocas vesículas hijas. Escasa cantidad de líquido. Se trata, evidentemente, de un quiste en involución y degenerado.

La observación detallada del caso será objeto de una comunicación especial del Dr. Valdez a la sociedad correspondiente.

En un número mayor de casos, la intensidad del cuadro peritoneal lleva a una intervención precoz y a la comprobación de la vesícula - madre flotando entre las ansas, sea que el episodio de rotura de la periquística se impone como rotura intra - abdominal de un quiste hidático visceral, sea que la colerragia, siempre abundante, determine fenómenos peritoníticos que obliguen a una intervención como sucedió en nuestro caso. Dévé cita las siguientes observaciones de este tipo: Laveran (1892); Guibal (1905); Kablukoff (1906); Carlos Lagos García (1908); Mac Cormick (1908); Neck (1908); Cranwell (1912); Alvaro Esquerdo (1913); Sotropas (1927); Dew (1928); Duboucher (1931). La vesícula - madre puede estar íntegra como en nuestro caso, o fisu-

rarse como consecuencia de la caída y de los cambios de presión abdominal que debe soportar. Cuando se fisura puede aparecer más o menos aplastada; ello no impide la metamorfosis vesiculosa de los scolex y la comprobación de vesículas heterotópicas multivesiculares como parece tratarse el caso de Valdez. Habitualmente, lo demuestra la casuística, la vesícula heterotópica es univesicular; ciertas condiciones de medio y de tensión intra-quística parecen favorecer su integridad en el momento de la rotura del parénquima que la contiene.

Para Dévé, el reenquistamiento de la vesícula es una condición anatómica indispensable para que la vesícula enucleada pueda ser rotulada de primitiva heterotópica. Admite, sin embargo, que, *reenquistadas, limitadas en su rodar* por una aglutinación de ansas, o *flotantes* en la cavidad peritoneal, la vesícula-madre caída del abdomen superior por enucleación del órgano que la contenía — equinocosis primitiva heterotópica — puede proseguir su desarrollo sin saco adventicio alguno, libre en la cavidad abdominal y buscando, por la acción de la gravedad, las partes declives del abdomen para evolucionar.

Se comprende fácilmente que la reacción peritoneal frente al cuerpo extraño va a manifestarse a la mano del cirujano en la modalidad anatómica que haya determinado el tiempo de permanencia de la vesícula en la serosa peritoneal. Y una vesícula primitiva heterotópica podrá imponerse al tiempo de su caída por una equinocosis primitiva del peritoneo o de los órganos pelvianos, si no se está advertido de esta tan rara como interesante forma de equinocosis visceral complicada.

Nada mejor, a nuestro juicio, que terminar esta comunicación transcribiendo las sabias instrucciones de Félix Dévé, claras y sencillas como todas las enunciadas en sus numerosos trabajos sobre el tema:

“De todo esto resulta que es ante todo cuando el cirujano se encuentra en presencia de un Q. H. aparentemente solitario “de la pelvis” o, menos frecuentemente, cuando cae sobre un quiste hidático solitario del “mesenterio”, del “epiplón”, (generalmente enquistado en contacto con la pared abdominal, en un asiento pre-visceral) que él deberá pensar en la posibilidad de una equinocosis primitiva heterotópica, quizá ya antigua. En semejante circunstancia, creo que el cirujano no deberá concluir

demasiado rápidamente ni demasiado afirmativamente, sin prueba formal, en el origen local, homotópico, del quiste tratado”.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) DÉVÉ (F.). — La equinocosis primitiva heterotópica de las serosas. *Archivos de Parasitología*. 1912. T. XV, p. 497.
- 2) DÉVÉ (F.). — Los quistes hidáticos de la pelvis. Patogenia. Anatomía Patológica. Tratamiento. *Revue de Chirurgie*. Enero 1924.
- 3) Segundo Congreso Nacional de Medicina. Buenos Aires, octubre 1922. *Actas y Trabajos*. T. I. P. 563.
- 4) DÉVÉ (F.). — Treinta y dos años de estudio de la equinocosis. Buenos Aires, 1933. Editor: Guido Buffarini..
- 5) DEL CAMPO (R.-M.). — Quiste hidático primitivo Heterotópico del abdomen en una niña de 18 meses. *Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo*. Mayo a Agosto de 1933.
- 6) DÉVÉ (F.). — La equinocosis del niño. *Archives de Medecine des Enfants*. Mayo de 1918.

Dr. A. M. Loubéjac.
San Salvador 2108.
