

(Clínica del Prof. Stajano)

## **EQUINOCOCOSIS PREPERITONEAL**

*Abel CHIFFLET*

El trabajo de Lenormant en 1905 (1) pone al día los casos publicados de quiste hidático de la pared abdominal a los que divide en dos grupos: musculares y preperitoneales. La forma preperitoneal que describe ese autor corresponde sin ningún lugar a dudas a hidatoperitoneos. El hidatoperitoneo es una colección situada por delante de la cavidad peritoneal, pero está ocupando una parte de esa cavidad, es decir, la gran logia pre-visceral. Las descripciones de Dévé dieron fin a esa llamada equinocosis preperitoneal para hacerla entrar en su verdadero lugar.

En 1922, Lamas y Prat (2) describen la forma ascítica de los quistes hidáticos abdominales y publican varias observaciones que interpretan como grandes quistes del hígado, descendiendo en contacto del peritoneo parietal anterior y adheridos a él. Esta disposición haría creer al cirujano que está operando en un quiste enorme preperitoneal ya que en su avance hacia él, no tuvo oportunidad de abrir la serosa peritoneal. En 1927 del Campo (3) muestra que varias de las observaciones de esos autores corresponden a hidatoperitoneos. Queda sin embargo en pie la posibilidad de que un quiste muy grande del hígado adhiere al peritoneo parietal y simule ser preperitoneal. Volveremos sobre ese punto.

Estrechando aún el grupo de los quistes preperitoneales por otras formas de equinocosis a situación previsceral (4) queda en el espíritu la impresión de que la equinocosis preperitoneal es una entidad que va a total liquidación.

En nuestro folleto sobre equinocosis (5) citábamos la hidatidosis preperitoneal entre las formas resultantes de la siembra

peritoneal y acompañábamos la cita con un esquema en el que colocábamos al peritoneo por detrás de las hidátidas. Algunos meses después, teníamos oportunidad de operar el paciente que motiva esta comunicación, pudiendo así comprobar la exactitud de nuestra anterior descripción y de recoger nuevas enseñanzas sobre este problema.

OBSERVACIÓN. — A. F., 38 años, urug. Ingresó al Servicio del Prof. Stajano el 13 de octubre de 1936 por dolores vagos de fosa lumbar y flanco derecho.

En el año 1921 fué operado tres veces por quistes abdominales: la primera vez hepático, la segunda vez esplénico y la tercera infraumbilicales. Nos relata que después de la primera operación estuvo con urticaria durante varios días.

El examen actual sólo revela hechos dignos de descripción en su abdomen y base de tórax. Además de las cicatrices de las tres operaciones se debe anotar la flacidez del vientre que no está distendido ni duro. En la región vecina a la cicatriz subumbilical se palpa un quiste del tamaño de un huevo de avestruz que hace cuerpo con la pared abdominal. Se palpan otros en los flancos. La región lumbar derecha y flanco correspondientes están ocupados por una masa blanduzca, no dolorosa, lisa, con sonoridad anterior. El hígado desborda ampliamente el reborde costal hacia abajo, en especial en el flanco. La macidez hepática se extiende también hacia arriba más de lo normal. Tacto rectal: nada de particular.

Análisis de Laboratorio: normales. Reacción de Casoni: negativa. Glóbulos rojos 3.000.000.

Radioscopia (15630). Sombra de cara superior de hígado alta y con irregularidades.

Con diagnóstico de equinocosis secundaria peritoneal se decide intervenir, comenzando por los quistes abdominales del flanco derecho que parecen ser los responsables de los sufrimientos actuales.

3 noviembre 1936. Abel Chifflet. Pte. Arana. Eter. Transrectal derecha. Seccionada la hoja posterior de la vaina del recto aparecen dos gruesos quistes. Se extirpa el inferior para lo cual se secciona el peritoneo que recubre el tercio posterior de dicho quiste. Es del tamaño de un huevo de gallina. Introduciendo la mano en el vientre se comprueba que la cavidad peritoneal está normal, existiendo dos quistes del mesenterio que se extirpan. Hay otro quiste pequeño en la pelvis que se deja. Con la mano introducida en el vientre, en el gran espacio previsceral, y orientando las yemas de los dedos hacia adelante se comprueba que la cara posterior de la pared abdominal anterior está completamente llena de quistes semejantes al primero extirpado, de tamaño que oscila en las vecindades de un huevo de gallina, que hacen saliente en la cavidad peritoneal separados entre ellos por surcos que dan al conjunto el aspecto de un verdadero empedrado de la pared. La serosa peritoneal recubre de un modo continuo y uniforme todos los quistes y anfractuosidades inter-

quisticas. Partiendo de nuestra herida decolamos el peritoneo hacia la línea media y conseguimos así llegar directamente a los quistes, que extirpamos. Se producen pequeños desgarros del peritoneo por lo cual nos abstenemos de seguir tentando una limpieza por la vía subperitoneal. Cerramos la pared dejando un pequeño drenaje de ese subperitoneo traumatizado.

En el post-operatorio se produce un hecho particular. Periódicamente el paciente hace dolores en una zona de la pared abdominal que se prolongan varios días, acompañados de fiebre y terminados con la expulsión por la brecha operatoria de membranas hidáticas y abundante pus. Queda así un trayecto que conduce hasta la zona inflamada, trayecto que va poco a poco cerrándose, hasta que un nuevo empuje provoca en otra dirección otra descarga de pus y membranas. Parece que una epidemia de supuración hubiese atacado estos quistes preperitoneales, los cuales van uno a uno supurando y eliminándose. Es de hacer notar que en esta larga evolución nunca apareció un síntoma que pudiese hacer sospechar la participación del peritoneo en estos procesos inflamatorios.

La supuración había liquidado ya la casi totalidad de los quistes preperitoneales cuando comienza el mismo fenómeno en otro grupo de quistes: los suprahepáticos. Los síntomas de esa supuración obligan ahora a intervenir quirúrgicamente.

30 enero 1937. — Abel Chifflet. Pte. Causi. Anestesia local. Incisión subcostal derecha. Se cae en una masa que se punciona y abre, dando salida a abundante pus y membranas, sin haber visto la cavidad peritoneal. Drenaje de la cavidad quística.

Se reinician con esta operación las supuraciones sucesivas de los quistes suprahepáticos, siendo cada una de ellas anunciada por los dolores correspondientes, el empuje febril, una reacción pleural intensa y en varias oportunidades, procesos pulmonares algo importantes. La eliminación por el tubo de membranas y pus daba término a cada empuje de supuración.

Al fin, el 8 de abril de 1937, después de cierto tiempo de apirexia, el paciente es dado de alta, conservando una fistulita que no necesita mayores cuidados.

El 3 de enero de 1938 reingresa al Servicio por nuevas supuraciones perihepáticas que se siguen repitiendo hasta que fallece en estado de caquexia el 23 de febrero.

Uno de los hechos más llamativos de esta historia clínica es esa supuración iterativa, tenaz en su repetición, de los quistes de este paciente que habían permanecido tranquilos antes de nuestra primera operación. Este asunto que hemos estudiado y llevado a la Sociedad Pasteur con el Dr. W. Suiffet (6) es el resultado de la localización infecciosa en la adventicia hidática, provocada por dos hechos naturales en todo quiste hidático operado: 1º) proceso inflamatorio por eliminación de la adventi-

cia (7) y 2º) congestión de la adventicia de los quistes sanos por fenómenos anafilácticos locales provocados por la operación sobre otro quiste.

Pero pasemos a la topografía de los quistes, a su origen y a su denominación exacta.

El ilustre Profesor Félix Dévé en una larga carta particular destinada a comentar nuestro folleto sobre equinocosis, con esa elegancia en el decir y esa crítica minuciosa que la sabe hacer con facetas que nos excitan al trabajo, tal como no es frecuente

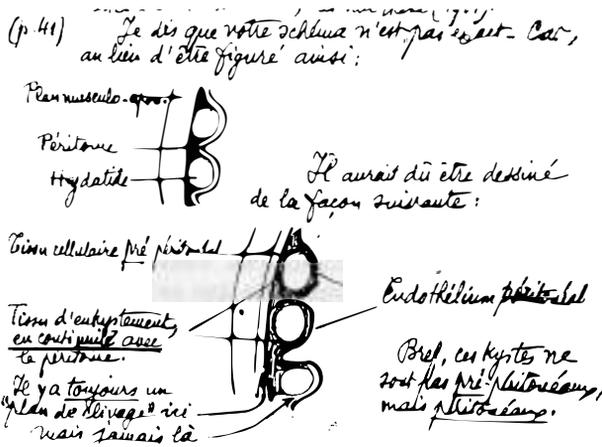


Fig. 1

en nuestro medio, dedica un comentario a nuestro dibujo sobre equinocosis preperitoneal. En nuestro esquema colocamos los quistes recubiertos por detrás por el peritoneo parietal. No se deduce de él que exista o no plano de clivaje entre el quiste y el peritoneo. El Prof. Dévé hace un nuevo esquema (Fig. 1) en el cual resalta el hecho de que los quistes están recubiertos por detrás solamente por el endotelio peritoneal y que ningún plano de clivaje puede encontrarse entre ese endotelio y el quiste. En cambio la hoja fibrosa del peritoneo la dibuja por delante del quiste lo cual hace decir al ilustre Profesor que el clivaje de estos quistes está sólo por delante de ellos y afirmar así en definitiva que no son quistes preperitoneales sino peritoneales.

La razón que guía a Dévé es una razón patogénica. El germen que dará el quiste cae sobre la capa endotelial de la

serosa; un exudado fibrinoso lo aprisiona. Luego el endotelio recubre parásito y exudado, quedando todo en el espesor de la hoja peritoneal (esquema de Dévé). Estamos de acuerdo. Pero aquí no termina la evolución de la hidátida. El mismo Dévé lo dice en el texto de su tesis (8) cuando describe y dibuja quistes secundarios en el espesor del hígado y los describe en todas las otras vísceras. En la página 99 dice: “en la regla todos estos quistes desde el punto de vista anatómico, son quistes subperitoneales aunque desde el punto de vista patogénico responden a una variedad única: la equinocosis secundaria de la serosa peritoneal”.

Vale decir que el quiste subendotelial se va profundizando para insinuarse en el espesor de una víscera y ser desde entonces anatómicamente, y nosotros agregamos, nosológicamente, quiste de esa víscera, aunque resulte de una siembra peritoneal y no de un origen vascular.

Cuando esa siembra se hace en un peritoneo parietal y no en la víscera, el quiste se hace allí también más profundo hasta llegar a aparecer como quiste subperitoneal y entonces no es un quiste del peritoneo sino del tejido subperitoneal, homólogo anatómicamente al tejido parenquimatoso de una víscera recubierta de peritoneo. Pero esta ubicación no es una simple deducción de lo que ocurre en las vísceras. Tenemos pruebas anatómicas de esa localización y sabemos de razones fisiológicas que la condicionan. Los quistes que sacamos de nuestro paciente fueron estudiados por nuestro amigo el Dr. Ardao. En su amplio informe que transcribimos por párrafos, en el orden que nuestra exposición lo requiere, dice: “En un segmento de la superficie externa estos quistes se encuentran recubiertos por una serosa delgada con los caracteres macroscópicos comunes a la serosa peritoneal. Lisa, blanquecina, brillante, se decola muy fácilmente de la adventicia subyacente. Queda así desprendida una membrana muy delgada, consistente, a través de la cual se ven por transparencia pequeños vasos sanguíneos” (Fig. 2).

Más adelante, en la parte de estudio histológico dice: “Por fuera y separada netamente de la adventicia por una capa de tejido conjuntivo laxo se encuentra una membrana conjuntiva débilmente adherida al quiste. La retracción producida por la fijación formólica ya ha iniciado un comienzo de clivado que se

acentuó en los tiempos posteriores de la inclusión, seccionamiento y coloración. Por ello aparece esta membrana como desgarrada y desprendida en ciertos puntos de la adventicia rígida subyacente. Este desprendimiento, absolutamente artificial, ya indica en qué medida es fácil el decolamiento que por otra parte verificamos en el examen macroscópico de uno de los quistes. Es posible desprender íntegra la membrana serosa que recubre parcialmente el quiste." (Fig. 3 y Fig. 4).

"El examen microscópico de la membrana enseña que está

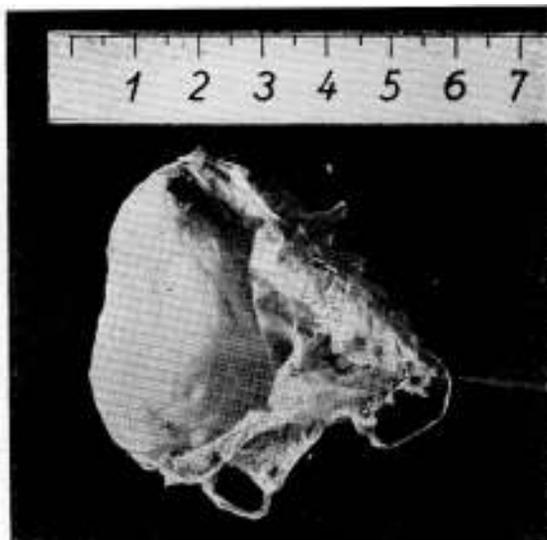


Fig. 2

constituída por tejido conjuntivo adulto dispuesto en forma de un estado fibroso laminar en el que las fibras se orientan paralelamente unas a lo largo de las otras y superpuestas regularmente. Debajo se encuentran vasos sanguíneos de regular calibre (Fig. 5). En la superficie las células conjuntivas se comprimen mucho, los núcleos se condensan y se alargan y se tiene en consecuencia un revestimiento endotelial."

En el peritoneo parietal posterior, donde el subperitoneo es más abundante, las propiedades invasoras del equinococo se ponen más en evidencia. Crece excéntricamente levantando como una tienda el peritoneo, detrás del cual se ha colocado en definitiva.

Tan subperitoneal es su ubicación que en un paciente del Prof. del Campo, cuya historia no ha publicado, un quiste de indiscutible origen en una siembra peritoneal, había levantado el peritoneo parietal posterior y con él el uréter, el cual había llegado a quedar por delante del quiste.

Hay otro hecho interesante a anotar y es que la supuración de los quistes de nuestra observación no provocó nunca reacción peritoneal alguna, cosa difícil de explicar si estuviesen recubiertos solamente por el endotelio como lo dice Dévé. En un caso de quiste dermoide del ombligo, supurado, que presentamos

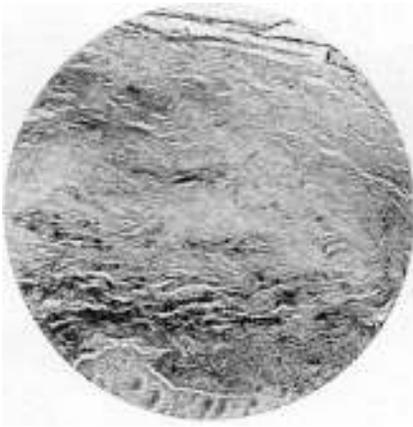


Fig. 3

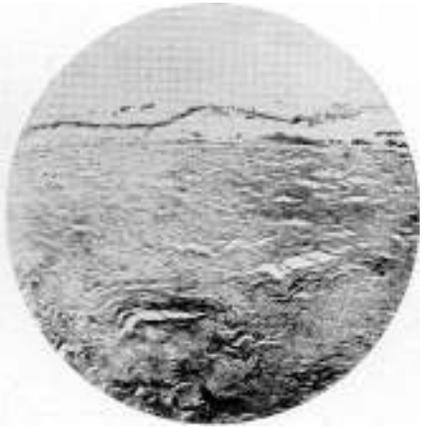


Fig. 4

en esta Sociedad con el Dr. Rolando, se había producido una reacción peritoneal con líquido turbio que justificó la intervención intraperitoneal. Hubiese sucedido seguramente lo mismo con nuestros quistes si hubiesen tenido una situación similar.

Creo que no es necesario insistir más para demostrar que los quistes de nuestro enfermo estaban por delante del peritoneo (serosa y fibrosa de sostén) a pesar de ser quistes de siembra peritoneal. Su nombre de quiste preperitoneal es preferible al de quiste peritoneal como la designación del órgano que ocupe un quiste de siembra peritoneal es el que sirve para caracterizarlo cuando esté en esa viscera. (Tesis de Dévé).

Hecha la prueba de la existencia de los quistes preperitoneales y sacados ya de esa denominación los descritos como tales por Lenormant en 1905 que eran hidatoperitoneos y otros pos-

teriormente publicados con aquel nombre, nos limitaremos a la descripción de los verdaderos quistes preperitoneales.

Sea primitivo o secundario, el quiste preperitoneal no puede crecer mucho. El espacio que se le ofrece es estrecho, resistente, y además sometido a la acción de repetidas contracciones musculares. Fué este razonamiento indiscutible, lo que llevó a decir a Lamas y Prat en 1922 que los quistes semejantes a los publicados por Lenormant con el nombre de preperitoneales tenían



Fig. 5

que crecer, para llegar a ese volumen, en la cavidad peritoneal libre y no en el subperitoneo. Secundariamente pegados al peritoneo parietal anterior aparecerían simulando ser subperitoneales. Sabemos hoy que la mayoría de esos quistes eran en realidad hidato - peritoneos. Pero la consideración de Lamas y Prat sobre la dificultad para crecer mucho un quiste preperitoneal queda intacta en todo su valor. Nuestra observación muestra el tamaño limitado de esos quistes. Además el Dr. Ardao dice en su informe: "encierran un conglomerado gelatinoso con grumos ateromatosos de color amarillento. Estos grumos se disponen junto a la cápsula adventicia y en el intersticio ondulado de las membranas. La adventicia de grosor más o menos uniforme en todos los quistes comprende una cáscara leñosa de unos 2 mm. de espesor, dura, frágil, constituída por tejido conjuntivo de esclerosis con calcificaciones laminares gruesas que impiden en ciertos puntos el seccionamiento, aún empleando un cuchillo de

hoja ancha". Los cortes histológicos dan "un contenido quístico formado por membranas hidáticas hialinas enrolladas circunscribiendo hendiduras o espacios interlaminares en los que se encuentran escolex necrosados y calcificados reconocibles en forma de masas granulosas ovoideas encerrando en el centro una corona de ganchos quitinosos (Figs. 6, 7 y 8). Se encuentran además grumos granulosos producto de la desintegración de los escolex y membranas, ganchos hidáticos sueltos y concreciones calcáreas. La adventicia aparece constituida por tejido conjuntivo de esclerosis. A su nivel densas bandas hialinizadas, absolutamente



Fig. 6



Fig. 7

avasculares, sin células nucleadas apreciables, se disponen en haces fibrilares apretados. La calcificación es irregular y difusa en gránulos basófilos finos o en forma de concreciones gruesas".

Este estudio anatómico muestra claramente por el tipo de adventicia, que a pesar de su tamaño no muy grande, se trataba de quistes de cierta edad que habían encontrado dificultad para crecer.

La existencia de hidátidas hijas junto a membranas degeneradas habla de los sufrimientos de estos parásitos. Serán a veces rupturas de la hidátida en el interior de su cáscara adventicial, y serán otras veces rupturas en el tejido subperitoneal dando equinocosis terciarias in situ.

Los síntomas del quiste preperitoneal son poco netos. La tumoración no es tan fácil de palpar como en los quistes inde-

pendientes de la pared. Los sufrimientos del parásito y de su adventicia no dan síntoma alguno, lo cual constituye por otra parte una nueva prueba de su independencia del peritoneo. No puede además el quiste influir sobre la funcionalidad de los órganos intraperitoneales con los cuales no interfiere.

Abandonado a su evolución propia, el quiste preperitoneal que no puede crecer mucho es un candidato a degenerar, a supurar o a dar equinocosis de siembra.

Se impone pues, ir a su tratamiento cruento. El hecho de estar asociado muy a menudo a otras localizaciones del equino-



Fig. 8

coco y en segundo lugar las dificultades técnicas de su tratamiento nos obligan a encarar un doble problema: 1º) prelación en los grupos a operar y 2º) técnica a aconsejar en los preperitoneales.

La equinocosis preperitoneal está en general asociada a la equinocosis hepato diafragmática y a la retrovesical, ya que las tres localizaciones sólo representan tres escalones de equinocosis del gran espacio previsceral.

La tendencia invasora de la localización hepato - diafragmática (penetra y destruye el hígado) y de la localización pélvica (invade pared vesical y desvía y comprime los uréteres) es bien conocida. Nos ocuparemos en otra comunicación de la razón de

estas particularidades. Sólo diremos hoy que obligan al cirujano a comenzar por ellas para suprimir el mal que hacen y el que puede resultar de una posible supuración en el post operatorio.

Decidida una intervención cruenta sobre los quistes preperitoneales, es necesario saber qué hacer. Tratar esos quistes por vía peritoneal, es decir, abrir la cavidad peritoneal e ir tratando los quistes uno a uno a través de su recubrimiento seroso, además de ser muy laborioso, es de muy difícil realización, pues los quistes que se tocan muy bien con la yema de los dedos dirigida hacia adelante, no se pueden ver con facilidad.

En nuestro paciente seguimos otra táctica: fuimos abordando nuevos quistes, decolando el peritoneo del plano muscular. Es más sencillo. Tiene, sin embargo, el serio inconveniente de hacer decolamientos a veces extendidos si queremos ser amplios en nuestra operación. Llegados al quiste aconsejamos su formolización, abertura y evacuación con abandono de la adventicia, pues la tentativa de sacar todo provoca, a pesar de lo dicho sobre el clivaje subperitoneal, pequeños desgarros de la serosa que son difíciles de suturar en los casos algo alejados de la brecha operatoria. Pensamos en hacer la momificación con una inyección intraquística de formol, pero lo que conocíamos sobre la anatomía patológica del quiste de siembra peritoneal nos detuvo.

La extensión a toda la pared abdominal obliga a hacer múltiples pequeñas operaciones para evitar grandes decolamientos, operaciones que pueden por otra parte hacerse con anestesia local dado el asiento parietal de los quistes.

**Sumario.** — Planteado en sus verdaderos términos lo que es un quiste preperitoneal, demostramos la situación indiscutible por delante del peritoneo parietal de estos quistes de siembra serosa. Con motivo de una observación hacemos una exposición de los síntomas, evolución y tratamiento de estos quistes.

#### BIBLIOGRAFÍA CITADA

- 1) LENORMANT CH. — Les Kystes Hydatiques de la Paron Abdominale. *Revue de Chir.* **1905.** Pág. 446-466.
- 2) LAMAS A. y PRAT D. — Kystes Hydatiques de l'Abdomen à type Ascitique. *Journal de Cir.* **1922.** Pág. 15-26.
- 3) DEL CAMPO, J. C. — Hidatoperitoneo-seudo tuberculosis peritoneal hidática. *Anales de la Facul. de Medicina.* **1927.** Pág. 702-719.

- 4) PÉREZ FONTANA, V. — Echinococose peritoneale vesiculeuse enkystée. *Arch. Internat. de la Hidatid.* **1937**. Pág. 155-186.
  - 5) CHIFFLET ABEL. — Equinococosis. **1936**. 62 págs.
  - 6) CHIFFLET ABEL y SUIFFET W. — Supuración metastásica en las equinocosis múltiples. A publicarse en *Anales de la Facult.*
  - 7) CHIFFLET ABEL y MUSSO R. — La eliminación de la adventicia en los quistes hidáticos operados del hígado.
  - 8) DÉVÉ F. — De l'Echinococose Secondaire. — Thesés de Paris **1901**.
  - 9) CHIFFLET ABEL y ARDAO. — Equinococosis peritoneal secundaria. *Anales de la Facult.* **1935**.
-