

**HIDATIDOSIS PRIMITIVA DE LA LOGIA DEL PSOAS  
ILÍACO DERECHO**

*(Quiste hidático del psoas ilíaco)*

**D. PRAT y J. - C. LOPEZ - GUTIERREZ**

La casuística profesional nos ha deparado un caso de quiste hidático de la logia ósteo fibrosa del psoas ilíaco derecho, quiste que consideramos primitivo y dada la evidente rareza de esta localización hemos creído de interés para ser presentado a la consideración de la Sociedad de Cirugía de Montevideo.

He aquí la historia clínica del caso:

A. U. G.. 31 años, uruguayo. Con domicilio en Santa Catalina (Dep. Soriano). Fecha del ingreso: octubre 30 de 1933:

Nos consulta por que hace tres meses sintió un ligero dolor en la pierna derecha y tenía la sensación de que algo le tirase al caminar.

Inmediatamente después notó una tumefacción en la fosa ilíaca derecha, tumefacción dolorosa al caminar. Cuando estaba acostado con la pierna estirada el dolor aumentaba de intensidad, en la posición sentado no tenía ninguna molestia. Vió médico quien comprobó el tumor y lo envió a nuestro servicio clínico.

No ha tenido dolores abdominales, no es constipado, evacúa regularmente su intestino. No hay trastornos funcionales urinarios.

Antecedentes personales y familiares, sin importancia.

Examen. — Enfermo con buen estado general. Apirético. Buen estado de nutrición (no ha notado adelgazamiento). Fuerzas conservadas.

La inspección de la región inguino abdominal derecha, sólo a la exploración profunda notamos en la parte correspondiente a la F. I. D. un ligero levantamiento redondeado. Los miembros inferiores están en extensión y no hay flexión del miembro inferior derecho. A la palpación, se siente una tumefacción que ocupa la F. I. D. Esta tumefacción se limita bien en la línea media y en esta parte presenta un polo bien redondeado y liso, del cual se pueden desprender dos líneas imaginarias, en ángulo, que limitan el tumor; una, hacia arriba y afuera, como dirigiéndose a punto de intersección de la línea mamelonar con el reborde costal y la otra hacia abajo y afuera hacia la mitad de la arcada crural.

En la parte superior, la tumefacción alcanza hasta un plano horizontal que pasa unos 4 cms. por encima del ombligo. Hacia afuera sobre la línea mamilar la consistencia de la tumefacción es dura y en su superficie y bordes ella es regular y lisa, sin embargo en su parte anterior se notan ciertas irregularidades que parecen corresponder al intestino que pasa por delante de la tumefacción. El tumor está completamente fijo a los planos profundos en la parte que corresponde a la F. I. D., en la cual en su límite ínfero externo no llega hasta la arcada crural, ni a la epina iliaca anterior y superior, de las cuales dista unos 3 cms. El polo interno del tumor parece algo más anterior y menos fijo, sin embargo es bastante limitada. Es poco dolorosa a la palpación superficial, a la profunda acusa una relativa sensibilidad. Hay sonoridad timpánica por delante del tumor. Micro-polí adenopatía inguinal bilateral.

El examen clínico de la columna vertebral no da nada de particular, se moviliza perfectamente bien, sin limitaciones ni sensibilidad anormal.

La tumefacción a pesar de su contacto de vecindad con la cicatriz umbilical no la invade, ni adhiere a ella, ni proyecta el ombligo hacia adelante. Se hace la insuflación del colon, maniobra que hace desaparecer el tumor y exagera el timpanismo por delante de él, lo que nos permite establecer que se trata de un proceso retro peritoneal.

El tacto rectal da: por encima de la próstata, hay una tumefacción redondeada que no se alcanza a delimitar bien y que parece ser renitente al tacto.

En el transcurso de una semana que el enfermo permaneció en Sala, el tumor parece haber aumentado de volumen, sobrepasando la línea media.

Exámenes radiográficos y radioscópicos. Placa C 293. Columna lumbar y sacra de aspecto normal. En la pelvis no se observa ninguna anormalidad. La radioscopía del colon por enema baritado, el colon ascendentemente presenta una imagen de relleno defectuoso, como si estuviera comprimido. Su borde interno que parece rodear a la masa tumoral es turbio. (II - 8 - 933).

Radiografías (A 4189 y A 4193). — El examen del colon derecho da imagen con sustancia opaca, su evacuación y luego insuflación, no se ve lesión destructiva de la pared. La tumefacción es extracólica y posterior, guardando con el ascendente relaciones de vecindad. El ascendente presenta signos de irritación difusa de la mucosa y además la pared interna del ascendente puede tener adherencia a la pared. (II - 10 - 933).

En resumen: el examen radiológico confirma que no existe lesión sea ni intestinal, que la lesión es retro peritoneal, como lo establecía la clínica.

**Análisis.** — Orina: normal. Urea en suero 0.35 %/100. R. de Wassermann negativa.

Examen de sangre: leucocitosis 8.600. Clasif. Polin.: neutrófilos: 70 %; eosinófilos: 2 ½ %; basófilos: 2.5 %; linfocitos: 5 %; monocitos: 17.5 %. Tiempo de coagulación, 9 minutos. Tiempo de sangría, 1 ½ minutos. Intradermo reacción de Cassoni: negativa.

Este caso es motivo de una lección clínica, en la cual el Prof. Prat establece que se trata de un tumor primitivo de la fosa ilíaca derecha, retro peritoneal, excluyendo su origen óseo. Sin poder establecer con precisión el diagnóstico de naturaleza, se inclina a un quiste hidático, por el excelente estado general del enfermo, su juventud y la renitencia del tumor, que es más clara por el tacto rectal.

**Operación.** — Prof. Prat. Anestesia general éter y CO<sup>2</sup>. Incisión vertical paralela al borde del gran recto derecho. Abierto el peritoneo se com-



A. U. G. — Hidatidosis primitiva de la logia del pscas ilíaco derecho. Radiografía obtenida después de la intervención, el iodinol ha quedado dentro y alrededor del tubo sin llegar a la columna vertebral.

prueba una tumefacción retro peritoneal que ocupa toda la F. I. D. y se extiende hasta la parte media del abdomen. Esta es muy resistente pero nos da la impresión de renitente.

Para explorarla despegamos el labio peritoneal externo, hasta dejar al descubierto la mayor parte de la F. I. D. Se disocian las fibras del ilíaco y aparece un plano blanquecino que corresponde a la tumefacción y que es francamente renitente. Consideramos que se trata de un quiste hidático. Protección cuidadosa del foco, con franelas, punción con trocar fino, que no da salida a líquido pero sí a membranas (fragmentos). Como el Finochietto está descompuesto, incindimos el fascia ilíaca y vaciamos la cavidad con cuchara. Salen gran cantidad de membranas y vesículas

hidáticas de todo tamaño. Exploramos la cavidad donde está alojada la hidatidosis y vemos que ésta tiene la forma y dirección de la logia del psoas ilíaco.

Hacia arriba y adentro llega hasta la columna que exploramos cuidadosamente; pero, no se nota hueso desnudo.

Hacia adelante hay un trayecto diverticular que se pone en contacto con la pared abdominal anterior.

Hacia abajo el saco que es la logia del psoas ilíaco, que está limitada adelante por la fascia ilíaca, llega hasta el pequeño trocánter, pasa pues al muslo, después de cruzar la arcada crural.

Este saco tiene todas las características de un absceso osifluente hidático. Recordemos que al seccionar la aponeurosis ilíaca ésta era una membrana celulosa sin consistencia alguna. Formolado de la cavidad no saliendo ya más vesículas, colocamos un tubo de drenaje hacia arriba y otro más fino hacia abajo.

En el saco superior existe adelante como una brida que tiende a cerrar la cavidad y eliminar el tubo por eso lo fijamos con un punto de sutura. Cierre del plano peritoneal suturando el labio externo despegado al labio interno. El peritoneo queda cerrado como una bolsa. Hemos realizado la operación extra peritoneal aunque primitivamente abrimos el peritoneo parietal anterior. Sutura del plano aponeurótico en dos planos y crin en la piel. Mechas taponeando alrededor de los tubos.

Nov. 16/933. Se sacan las mechas lavando la cavidad con formol al 1 por ciento.

Radiografía (C 329). II/20/933. Inyectando iodinol por el tubo de drenaje, provocamos el relleno de la cavidad quística y se realizan radiografías para estudiar la cavidad. El iodinol ha quedado dentro y alrededor del tubo sin llegar a la columna vertebral. El estudio de estas radiografías, parecen confirmar que la localización de la hidatidosis, era primitiva de la logia del psoas ilíaco. (Radiografía I).

Post operatorio excelente. La herida cicatriza bien y es dado de alta a los dos meses, completamente curado. A los 5 años de operado, está perfectamente bien.

**Consideraciones.** — Como vemos en nuestro enfermo, se trataba de un caso de hidatidosis primitiva de la logia ósteo fibrosa del psoas ilíaco, y decimos primitiva, porque todas las investigaciones clínicas, radiológicas y operatorias, realizadas para pesquisar una localización hidática ósea, ya sea de la pelvis o de la columna vertebral, han resultado completamente negativas; esto, aunque no de una manera absoluta, nos autoriza a suponer la posibilidad de una hidatidosis primitiva.

Sabemos bien hoy día que la gran mayoría o la casi totalidad de las hidatides abdominales y en especial, las del bajo vien-

tre o de la pelvis, corresponden a hidatidosis secundarias, de un quiste hidático del hígado o del bazo.

En nuestro caso la localización del quiste era en la logia del psoas ilíaco, separado por lo tanto, de la cavidad abdominal, por la fascia ilíaca, las vísceras y el peritoneo y que por lo demás, por la aparente ausencia de una hidatidosis ósea, vertebral o ilíaca, nos permitía establecer, que la hidatidosis de nuestro caso, nada tenía que ver, con un quiste hidático visceral, roto en la cavidad abdominal; a lo sumo podría ser hidatidosis vertebral o del meso-ilíaco; porque la prueba del tiempo no ha sido suficientemente larga aún, para descartar en absoluto, esta posible localización. Hemos diagnosticado el proceso de nuestro enfermo, como un quiste hidático de la logia del psoas ilíaco; pero, esa logia, es una simple cavidad, que contiene los músculos psoas e ilíaco y como el quiste no puede haberse implantado en la cavidad, es más lógico y posible que la hidatidosis se desarrolle en los músculos contenidos en ella que en sus paredes ósteo fibrosas.

De la fascia ilíaca no era, porque además de ser excepcional como localización, la evolución anatómica hubiera sido muy distinta de lo que fué, sin contar que tuvimos que disociar el músculo ilíaco, para llegar al quiste. Del hueso ya vimos que existen pocas probabilidades para esa localización, por la falta de comprobación clínica, radiológicas y operatorias.

Ahora bien: las comprobaciones clínicas y operatorias no son precisas y absolutas, por el contrario son relativas y limitadas. Por eso, para poder descartar el origen óseo de nuestro quiste se necesita la prueba del tiempo.

Es claro que el tiempo transcurrido en la evolución del quiste ha sido bastante largo y es raro que no se encontrase ya una lesión ósea comprobable en la operación o a los rayos X, pero no olvidemos que la primera es muy limitada en la exploración; y que puede existir una invasión avanzada del hueso, por la hidatidosis y sin embargo pasar inadvertida a los rayos X, como ocurre a veces en el raquis. Confesemos que esta falta de signos radiológicos es menos factible en los huesos de la pelvis que en el raquis.

Teniendo en cuenta esta última salvedad podemos admitir que la hidatidosis es primitiva de los músculos psoas ilíaco, pero como no tenemos datos demostrativos que comprueben nuestra

afirmación, hemos preferido clasificar nuestra hidatidosis como un quiste hidático primitivo de la logia del psoas ilíaco derecho o en una muy posible iniciación muscular. Establecido el carácter de lesión primitiva de la hidatidosis que presentamos, corresponde que estudiemos el diagnóstico del caso que es seguramente la parte más interesante de la observación. Tratamos de establecer la localización de la lesión o sea el diagnóstico topográfico.

Nuestro paciente presentaba una tumefacción del vientre inferior, localizada en la fosa ilíaca derecha y lo primero que correspondía aclarar, era si se trataba de un proceso intra peritoneal o si por el contrario era retro peritoneal, situado detrás de la fascia ilíaca, en plena logia de psoas ilíaco. Por los caracteres semiológicos de la tumefacción, estando situada en plena logia ilíaca sin realizar una franca evolución anterior a la par que su dureza y la superficie lisa y regular de su parte anterior que nos hacía suponer que era la fascia ilíaca que estaba proyectada hacia adelante; era esto, un primer dato fundamental para suponer la localización retro peritoneal; más aún, posterior a la fascia ilíaca. El intestino grueso (ciego) se palpaba haciendo leve sobre el plano liso y resistente de la fascia ilíaca, empujado por el tumor, cosa que comprobamos con la insuflación gaseosa del intestino grueso derecho, que una vez distendido provocó timpanismo a la percusión y que hacía desaparecer la tumefacción a la palpación.

Esto y el examen radiológico con energía opaco, vinieron a confirmar también la localización retro peritoneal del tumor. Un tumor de la logia del psoas ilíaco que ha adquirido tal volumen tiene que sentirse en la pelvis y en efecto, al tacto rectal por encima de la próstata se palpaba el polo interno de la tumefacción invadiendo el basinete. Ahora bien, una tumefacción de la logia del psoas ilíaco que ha tenido un desarrollo tan grande, es raro que no nos haya dado el significativo y evidente signo de psoitis, es decir, la flexión del muslo, acompañada de abducción. Si bien es cierto que nuestro enfermo no tenía la típica flexión del muslo, característica de la *psoitis*, tenía en cambio, una evidente molestia para la posición de decúbito horizontal, para la extensión del miembro derecho y de la marcha; molestia que se acompañaba de una gran acalmia e impresión de bienestar, cuando el paciente estaba sentado, al punto de no sentir ningún dolor ni molestia en tal posición.

El signo de la psoitis, que suele manifestarse claramente en los procesos inflamatorios agudos y crónicos del psoas o de su vaina, pero que estamos convencidos que suele faltar en los procesos fríos y tórpidos, aunque asienten en la logia del psoas, cosa que consideraremos más adelante al estudiar el diagnóstico etiológico de este caso. Quiere decir pues que por las consideraciones que dejamos establecidas, llegamos a la conclusión que nuestro paciente, tenía un proceso tumoral de la logia derecha del psoas iliaco, de ahí la característica de dureza del tumor a su palpación a través de la fascia iliaca distendida, manifestación semiológica que podría ser producida por un tumor sólido o líquido.

Corresponde ahora que establezcamos la naturaleza de la tumefacción analizando el diagnóstico etiológico. Por orden de posibilidad planteamos como diagnóstico posibles: 1º, el absceso frío por Mal de Pott; 2º, tumor sólido de la logia y 3º, un quiste hidático.

1º) Absceso frío por Mal de Pott. Este diagnóstico lo desechamos y descartamos por el excelente estado general del enfermo, por el examen físico de la columna lumbar y de la pelvis, que nos hizo descartar toda lesión tuberculosa de esos huesos. Por otra parte, este examen fué confirmado plenamente por el examen radiológico que permitó comprobar un sistema óseo normal.

2º) La presencia de un tumor sólido de origen óseo o del contenido muscular de la logia, fué desechado también porque el examen semiológico cuidadoso del tumor, descartaba tal suposición y porque la radiología de la pelvis ósea, era normal.

3º) En último término planteamos la posibilidad de un quiste hidático, que fué el diagnóstico que creímos más probable, pero que no pudimos establecer con seguridad por falta de síntomas positivos. Una hidatidosis era lo que más estaba de acuerdo con el excelente estado general de nuestro enfermo, que a pesar de la gran tumefacción de la fosa iliaca derecha, realizaba una vida activa a excepción de las pequeñas molestias que ella le ocasionaba para los movimientos y extensión del miembro.

La tumefacción se presentaba como un tumor duro, y esto no estaba en contradicción con la posibilidad de una hidatidosis, por-

que estando alojado el quiste en la logia del psoas iliaco, por detrás de la fascia iliaca bien distendida, era lógico que aquélla se manifestara como un tumor sólido y duro porque la presencia de la fascia, no permitía comprobar la renitencia de un tumor líquido. Sabemos también, que todo quiste incluido en la masa muscular, se manifiesta habitualmente como un tumor sólido cosa que ocurría en nuestro caso, en que el músculo iliaco cubría la hidatide. La dureza anterior del tumor así como su aspecto más bien liso, no podía contar contra el quiste hidático, cosas que se explicaban por la presencia de la fascia iliaca.

Planteada la posibilidad de una hidatidosis, es claro que recurrimos a las reacciones biológicas del equinococo y se practicó la reacción de Cassoni, que fué netamente negativa, y la eosinofilia que dió 2.5 % cantidad muy baja, para fundar, sólo en ella un diagnóstico de hidatidosis.

Como se ve, los datos clínicos en que podíamos fundamentar nuestro diagnóstico de quiste hidático, tales como el estado general del enfermo, la situación y la consistencia al tacto del tumor, eran de muy relativo valor, sobre todo en presencia de un Cassoni negativo y de una eosinofilia de 2 1/2 %, estos últimos datos inclinaban más bien a desechar el quiste hidático.

Dijimos anteriormente, que era llamativo que un proceso tumoral de gran evolución, de la fosa iliaca, no diese el signo psoitis, es decir la flexión con abducción del muslo; pero es no tenía para nosotros un significado fundamental; pues, hemos podido comprobar en la hidatidosis del iliaco, con la producción de un gran absceso; absceso osifluente hidático de la logia del psoas, el signo de la flexión y abducción del muslo no estaba presente o a lo sumo se manifestaba como una simple incomodidad del miembro al extenderlo y existiendo una tendencia a la adopción de la posición sentada como posición de descanso del miembro.

Quiere decir pues, que cuando el proceso de la logia del psoas, tiene una evolución tórpida y fría como en la hidatidosis, el signo de la psoitis, *no aparece como signo evidente; puede no existir en la hidatidosis o manifestarse como una simple incomodidad a la extensión máxima del miembro.*

Posiblemente pensamos más en la hidatidosis, por los caracteres de la tumefacción a la palpación, que a través de su apa-

rente dureza hayamos percibido una renitencia que nos hizo sospechar el tumor líquido o por la renitencia más clara al tacto rectal, pues a pesar de los signos serológicos en contra, hicimos el estudio radiológico completo de toda la columna vertebral inferior y del raquis, porque al sospechar un quiste hidático pelviano, lo posible o seguro, era que se tratara de una hidatidosis ósea, más bien que de un quiste primitivo de las partes blandas.

Toda la exploración radiológica que se hizo a fondo fué completamente negativa y esto constituyó un dato más, contra la posibilidad de la hidatidosis ósea que en nuestro caso la investigamos con todo rigor, como se puede comprobar por la descripción de la historia clínica y la discusión clínica del diagnóstico en la presentación del caso en clase.

En resumen se trata de un caso de hidatidosis primitiva de la F. I. D. muy posiblemente de un quiste hidático del músculo psoas ilíaco. Esta localización muscular de la hidatidosis es rara; no conocemos ni sabemos que en nuestro país se haya publicado ningún caso similar, conocíamos sí, algunos casos de quiste hidático del psoas ilíaco publicados en la Argentina, pero a fin de tener una bibliografía completa nos dirigimos a la autoridad máxima universal en materia de hidatidosis, vale decir al Prof. F. Dévé, quien con su reconocida gentileza, nos dió la lista completa de los casos y trabajos publicados sobre quiste hidático del psoas ilíaco, bibliografía que tenemos el placer de publicar a continuación:

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) BLANDIN. — Gazette des Hôpitaux, **1844**, p. 66. (In Marguet, thèse de Paris, **1888**).
- 2) CAILLEUX. — Gazette des hôpitaux, **1868**, p. 92. (In Marguet).
- 3) HERMANN MAAS. — Deutsche Klinik, **1875**, t. XXVI, p. 2 (in Marguet)
- 4) BRJOSZOSKY (A. - G.). — Chirurgia, mai **1910** (analyse Guibe, in Journ.
- 1) B. (&|&. — Gazette des Hôpitaux, , p. 66. (In shrd shrdl shrd shrds de Chir. **1810**, p. 127).
- 5) MAROTTA. — Annales del Circ. med. Argentino, **1914**, p. 49 - 52.
- 6) PIGEON et BERNASCONI. — Algérie médicale, mai **1928**, p. 316 (in these Ducourneau, Bordeaux, **1936**).
- 7) ZELASCO (A. - M.) y PASTORIZA (J.). — Conferencia de Médicos del Hospital Rawson, 26 de Oct. de 1929. (Ana. in La Semana Médica, 14 Nov. **1929**).

- 8) MULCAHY (J.-A.). — Bol. y Trab. de la Soc. de Cirugía de B. Aires, 19 Nov. 1930 (2 observ.).
- 9) JAUREGUI (P.) y MONSERRAT (J.-L.). — Annales d'Anatomie pathologique, avril, 1932, p. 345-370 (2 cas Kystes calcifiés).
- 10) BARÓN (A.-G.) y MANZANOS (G.). — Archivos de Med., Cir. y Especialidades, 15 Mayo, 1935.
- 11) BOLOGNESI (G.). — Zentralbl. f. Chirurgie, 1938, N° 24, p. 1398.

De estos casos, hemos podido leer las comunicaciones de Brjovzovsky, que es un análisis muy reducido del caso; la de Zelasco y Pastoriza, cuyo enfermo murió de hemorragia del foco, después de operado, la de Mulcahy, que presentó dos observaciones a la Sociedad de Cirugía de B. Aires y la de Jauregui y Monserrat que es un estudio de los quistes calcificados presenta dos observaciones de Q. H. calcificados, del psoas ilíaco.

La observación Marotta, no la pudimos obtener a pesar de nuestras gestiones. Cabe destacar que en la mayoría de estas observaciones, las historias clínicas, son muy sintéticas e incompletas y que en algunos casos, no queda el convencimiento claro de la localización muscular del quiste hidático.

De cualquier manera que sea, el Profesor Dévé nos ha demostrado que la localización de la hidatidosis en el psoas ilíaco, es menos rara de lo que nosotros la creíamos y esto constituye un dato más, para aceptar que nuestro caso constituye una nueva observación de hidatidosis del psoas ilíaco, donde se ha hecho una semiología y un estudio pre - operatorio completos de la lesión sospechándose fundadamente el diagnóstico que luego resultó.

En cuanto a tratamiento realizamos una operación a tipo retro peritoneal por vía anterior, abriendo por lo tanto el peritoneo parietal y con cura perfecta del enfermo.

Hoy día ante un caso semejante posiblemente adoptaríamos la vía para peritoneal usando una incisión como la que se emplea para descubrir el simpático lumbar, incisión de laparotomía lateral que despegando los planos retro - peritoneales de la fosa ilíaca, pondría francamente al descubierto la fosa ilíaca interna y nos permitiría realizar una operación amplia y completa sin ningún peligro para el peritoneo y la cavidad abdominal.