

SINDROME DOLOROSO CONSECUTIVO A UNA HIDATIDOSIS ESPLENICA

Epiploitis post-operatoria

Prof. Dr. D. Prat

En nuestra casuística profesional hemos tenido ocasión de asistir y tratar un caso de equinocosis esplénica que 9 años después de la operación realiza un síndrome doloroso del vientre superior, que no pudimos diagnosticar su etiopatogenia y que resultó una epiploitis post-operatoria. Hemos creído conveniente presentar a la consideración de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, este caso interesante y poco frecuente.

He aquí la historia clínica de la paciente:

Mayo 14 - 934. — M. E. B. de B. Uruguaya, 21 años. Ingresa el 14 de mayo de 1934 porque hacía tres meses sentía una fuerte puntada en el hipocondrio izq., dolor que luego continuó más atenuado, propagándose al hombro y dorso del mismo lado. También se propagaba hacia abajo. Vió médico que la trató y finalmente le indicó que viniera a Montevideo. Esos dolores eran seguidos a veces de mareos y calambres en ambos miembros del lado izq.; otras veces ha tenido náuseas a continuación de esas crisis dolorosas y mismo sin relación alguna con ellas. Pocas ganas de comer. Ha tenido varias crisis de urticaria, según lo que relata la enferma; otras veces ha tenido dolores lumbares, con orinas cargadas que actualmente no presenta. Cierta vez el dolor del hipocondrio izq. se propagó al derecho, permaneciendo en este hipocondrio durante un rato. Ella ha notado una tumefacción en el hipocondrio izq. a los 15 días del dolor intenso del principio. Tumefacción que la siente desplazar con los movimientos respiratorios y desplazamiento del cuerpo.

Dolores del hipocondrio izq. intermitentes que se exacerban en las respiraciones profundas, golpes de tos o al caminar.

Examen: Buen estado general. No hay decoloración de mucosas; no hay anemia. Apirética.

Posición de pie: vientre prominente a predominio inf.; vientre subumbilical con grueso panículo adiposo, vientre flácido, distensión de la cicatriz umbilical. Diastasis marcada de los rectos. Vergetures cubriendo toda la piel del vientre, residuo de dos embarazos. Vientre doloroso a nivel de todo

el colon, sobre todo a predominio en la F.I.I. Ruidos hidroaélicos en el ciego y colon ascendente. No se palpa hígado. Se palpa una tumefacción a nivel del hipocondrio izq. con los caracteres de una tumefacción del bazo, que desborda el reborde costal de 8 cmts. En los cambios de posición de la enferma, se desplaza el polo inf. del bazo en todas direcciones, sobre todo hacia la línea media, en el decúbito lateral derecho, que es en la posición en que se aprecian mejor las características del tumor. Desaparición del Traube. En el decúbito dorsal la tumefacción se palpa en el extremo izq. de la región epigástrica. Tumefacción redondeada renitente, lisa, sin nódulos, ligeramente dolorosa. En esta posición la macidez del lóbulo izq. del hígado se continúa con la macidez esplénica. Clínicamente el hemidiafragma izq. en la posición acostada está levantado, puesto que la base del hemitórax izq. es mate.

Insuflado el estómago y el colon se comprueba: 1° que el Traube se hace sonoro, separándose netamente la macidez hepática de la esplénica. La macidez de la tumefacción queda unida a la macidez esplénica; 2° el colon insuflado muestra que el ángulo izq. se eleva hasta su sitio normal, existiendo una zona mate que avanza en cuña entre la sonoridad gástrica y la sonoridad cólica; 3° No hay sonoridad cólica por delante de la tumefacción, pero la sonoridad gástrica avanza sobre la tumefacción, limítandola en la macidez de ésta. No se percibe frémito a la percusión.

Examen pulmonar: base izq. mate en la cara posterior. Respiración normal en el resto y en todo el campo derecho. Examen cardíaco normal.

Examen genital: Vagina amplia profunda. No hay flujo. No hay cervicitis; cuello blando; útero en anteverso flexión grande de 10 cmts., globuloso, blando, amenorrea de 3 meses; ¿embarazo? Tumefacción aneal derecha, caída en el fondo de saco anterior; blanda del tamaño de una mandarina grande, dolorosa. No hay reacción peritoneal. Móvil en todo sentido; ovario quístico.

Antecedentes familiares: sin importancia.

Antecedentes personales: Niega todo antecedente.

Menarca a los 13 años. Menstruaciones dolorosas, dos hijos sanos. Las menstruaciones han continuado siempre normales.

Análisis. Trae remitido por el médico, un resultado de Casoni positivo y eosinofilia. Urea en suero 0g.20. Orina: no contiene elementos anormales. Sangre: glóbulos rojos 4.100.000. Blancos 8.200. Hemogl. 95 %. Eosinof. 2 %. Fórmula leucocitari anormal. Mayo 18-934. Tiempo coagulación por punción venosa: 10'. Tiempo sangría: 1'30. Radioscopia: sombra como de una masa que ocupa el hipocondrio izq. y desplaza el estómago hacia abajo y a derecha.

Wasserman: Negativo. Mayo 15/34.

Operación: Mayo 23/934. Prof. D. Prat. Dr. Soto Blanco. Anest. crepuscular y anestesia general al éter y CO². Incisión paralela al reborde desde el xifoide hasta la línea axilar anterior. Abierto el peritoneo, se encuentra el epiplón adherido al borde ant. del bazo, se desprende y se hace la hemostasis. En la exploración comprobamos un gran quiste hidatídico

del parénquimo esplénico. El borde esplénico sobre pasa uno o dos dedos el reborde costal. El quiste es a desarrollo sup. y sobre todo en la cara antero-interna del bazo y que desplaza el estómago hacia la línea media. El quiste muy grande, como un huevo de avestruz y está recubierto por parénquima esplénico, menos en su parte más interna, donde se ve y se reconoce la superficie blanca anacarada de la adventicia quística. Protección cuidadosa con cinco compresas, de todo el contorno del quiste y del bazo y se aborda para la punción por su cara antero-interna; bazo muy vecino a su superficie anacarada donde tiene menos parénquima esplénico. Punción y vaciado con el trócar de Fonchietto, empleando el aspirador. Formolización al 2 % durante 5 minutos, aspiración del formol y se hace la aspiración de la membrana quística con la cuchara grande de Finochietto. Limpieza con gasas de la cavidad. Sutura de la brecha quística en un plano. Limpieza al éter. Cierre de la pared en tres planos agrafes en la piel. Catgut nacional empleado en toda la operación. El quiste está límpido, líquido cristalino, univesicular. Medido el líquido evacuado que está mezclado con el formol, dió la cantidad de 850 a 950 grs. La membrana fué extraída íntegra. Post-operatorio muy bueno. Alta en junio de 1934.

Esta enferma sigue bien, hasta el año 1943, en que se inician sus trastornos que la obligan a retornar nuevamente a la Clínica.

M. B. de B. 22-IX-943. — Reingresa el 22 de setiembre de 1943 por cuadro doloroso de vientre, dolores a tipo cólico en el hipocondrio izquierdo, con propagación al epigastrio e hipocondrio derecho. Los dolores son transversales en el vientre superior, de una gran intensidad que a veces duran muy poco tiempo y otras veces, persisten durante horas. Es tal la intensidad de estos dolores que tienen acobardada a la enferma y ella solicita con insistencia la operación y en verdad, que esos dolores tienen que ser muy fuertes porque, al no encontrar nada en el examen físico y en la exploración radiológica, la dimos de alta para continuar el tratamiento en campaña y ella vuelve solicitando un tratamiento más enérgico y eficaz. Entre los dolores y molestias, ella establece este síntoma característico: cuando se pone en decúbito lateral derecho, la paciente nota que una masa se desplaza en el vientre hacia la derecha, que le pesa y le tironea el intestino hacia abajo.

Como en el examen físico no comprobamos nada, ni se palpa ninguna tumefacción, se le indica por dos veces un neumoperitoneo que no dió resultado porque la adiposidad de la enferma era muy marcada y la aguja no llegó al vientre y no se produjo el neumoperitoneo.

Ante el cuadro doloroso que persiste se resuelve realizar la celiotomía exploradora con el probable diagnóstico de un quiste residual en el epiplón gástro-esplénico.

Operación. Sbre. 29/43. Prof. D. Prat. Dr. Anavitarte. Pte. Perendones. Presencian la operación el Profesor Delfor del Valle de Buenos Aires y distinguidos asistentes de su Clínica. Anest. por gases. Pte. Villar. Incisión vertical de 16 cent. por fuera del recto izq., que va desde el reborde costal

hasta el ombligo. Sección de los planos superficiales con gran pániculo adiposo (8 cent.) y planos musculares finos. El epiplón está adherido al peritoneo parietal en ambos lados de la incisión. Se desprende el epiplón en ambos bordes, ligándolo y seccionándolo después. Existen varias bridas epiploicas que van hacia arriba y están adheridas al diafragma y en el bazo, que está rodeado por una intensa periesplenitis; liberadas y ligadas todas estas bridas epiploicas queda un campo operatorio amplio de la región esplénica y gástrica.

Exploramos el bazo con la vista y con el tacto y si bien esta víscera está algo aumentada de volumen, no tiene ninguna tumefacción ni quística ni de otra índole, lo que sí presenta una intensa periesplenitis. En seguida exteriorizamos el estómago y vemos que es de forma y dimensiones normales, algo fijado en su posición vertical. Lo que comprobamos francamente anormal es que el epiplón, en la parte izq. del abdomen, no existe como delantal epiploico; el epiplón está arrollado sobre sí mismo y forma como una cuerda que forma un rodete, que se aplica entre la gran curva del estómago y el colon. Este espacio está ocupado por el epiplón arrollado, que recubre ampliamente el colon y que constituye una masa muy pesada que tironea el colon transversal hacia abajo. Abrimos una brecha en el epiplón gastro-cólico acumulado, para explorar una gran masa tumoral que ocupa la transcavidad de los epiplones.

Se comprueba una tumefacción constituida por el epiplón, que está en plena masa epiploica, que se ha desplazado o acomodado casi completamente en la transcavidad de los epiplones. La tumefacción es redondeada del tamaño de una naranja, de consistencia dura a pasar de la constitución grasosa. Esta masa es muy pesada y está incluida en la transcavidad de los epiplones y por su peso y desplazamiento, con los tironeos del estómago, colon y mesos, nos explicamos que pueda dar todos los trastornos y dolores que experimentaba la paciente.

Se trata pues, de una epiploitis crónica. Post-operatoria localizada en la transcavidad epiploica. Resolvemos extirpar esa gran masa epiploica y empezamos por ligar la parte izq. del epiplón, resecándolo junto a la gran curva gástrica (se ven gruesos vasos epiploicos que se respetan), ligadura en pedículos chicos y con hilo de lino. Se reseca así casi toda la gran curva gástrica y abajo del colon, junto a esta víscera, extirpándose el rodete epiploico que estaba en el espacio gastro-cólico y la parte comprendida en la retrocavidad de los epiplones. (Esta masa pesaba 400 grs.). Se trató de realizar peq. pedículos epiploicos a fin de evitar una nueva epiploitis, varias ligaduras con hilo de lino. Se cierra la brecha que queda de la transcavidad de los epiplones, suturando los apéndices epiploicos restantes de la gran curvatura gástrica al colon transversal, hasta cerrar nuevamente la retrocavidad.

Hemostasis. Cierre de la pared en cuatro planos. El plano profundo, peritoneo muscular con catgut, el plano muscular profundo, con puntos separados de catgut y otro superficial de la aponeurosis. Sutura del tejido celular con catgut. Hilo de lino en la piel. La pieza operatoria epiploica

está constituida por el epiplón arrollada en cordón y que presenta una tumefacción redondeada o esférica que estaba alojada en la transcavidad de los epiplones.

El epiplón presenta endurecimiento y pelotones de epiploitis. Se saca la fotografía y se hará estudiar histológicamente. La enferma tuvo un post-operatorio muy bueno y a los 15 días fué dada de alta. En octubre 18/943, vemos a la enferma que está muy bien. Cicatrización de primera, muy buena y resistente. La enferma no tiene más molestias y hoy se va para el Durazno.

El caso que presentamos a la consideración de los consocios de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, se refiere a una complicación rara de la hidatidosis esplénica, con síndrome doloroso post-operatorio, producido por una epiploitis con deslizamiento o hernia del gran epiplón a la transcavidad de los epiplones.

El síndrome doloroso que presentaba nuestra enferma después de la operación de un quiste hidático hialino del bazo, podría deberse a alguna de las complicaciones de esta hidatidosis, entre las cuales se cuentan: la infección, la hidatidosis múltiple del bazo, la plurivesiculización de los quistes hidatídicos del bazo, la equinocosis secundaria peri esplénica, la calcificación de los quistes, peri esplenitis hidatídica consecutiva a la operación o algún otro proceso patológico relacionado o no con el quiste operado y que la consulta de esta enferma nos colocó en el trance de tener que resolver prácticamente en la Clínica.

Haremos un análisis detenido de estas diversas complicaciones a fin de poner de manifiesto el examen patogénico, que realizamos en la presentación clínica del caso, en nuestro afán de llegar a un diagnóstico preciso.

La *supuración* no debe ser considerada en este caso, que aunque es una complicación bastante frecuente en el Q. H. del bazo, que se hace ascender al 40 % (líquido turbio); en nuestra enferma se trataba de un quiste univesicular, hialino con 800 c.c. de líquido cristal de roca, que fué tratado por la evacuación, formolización y cierre, lo que nos hizo obtener una cura rápida, con cicatrización por primera intención, que le permitió a la enferma, retornar a su casa en el Durazno, antes del mes. A los 9 años de la operación, el examen clínico no revela ningún elemento infeccioso ni secuela de inflamación.

Equinocosis múltiple del bazo. — Se planteaba la posibilidad

de que nuestra enferma tuviera dos o más quistes esplénicos, que hubieren pasado desapercibidos y que en el transcurso de estos 9 años, después de su operación, hubiesen evolucionado y fuesen la causa de sus dolores y trastornos. Se ha hablado mucho y se ha insistido bastante, sobre la *hidatidosis múltiple del bazo, que hoy día sabemos bien, que ella es rara.*

Si nuestra enferma hubiere sido portadora de otro quiste, además del operado y que hubiese pasado desapercibido a los 9 años, debería haber adquirido un volumen respetable *que tendría que ponerse de manifiesto al examen clínico o radiológico.*

Las investigaciones de Dévé y de los cirujanos con experiencia en la Enfermedad hidático han comprobado que la *equinocosis esplénica múltiple es rara y que ella constituye la excepción.* Dévé y otros autores, han podido confirmar que estos supuestos casos de hidatidosis múltiple del bazo, se debían generalmente a la plurisaculización hidatídica y a la hidatidosis secundaria periesplénica.

Plurisaculización de los Q. H. esplénicos. — La evolución y desarrollo de la hidatidosis humana, se hace habitual y preferentemente por la vesiculación endógena; salvo en la equinocosis ósea, que se realiza normalmente por vesiculación exógena. A pesar de esta regla general patogénica, cada día vamos conociendo mejor la posibilidad de que la hidatidosis hepática y esplénica, pueden, en su desarrollo, asociar la vesiculación exógena a la vesiculación regular endógena, como lo han puesto de manifiesto algunos hidatólogos y los australianos en particular. Es por eso, debido a la posible vesiculación exógena de los quistes del hígado y del bazo, que en la terapéutica de estos quistes, se aconseja realizar una cuidadosa y completa exploración operatoria endoquística, para evitar que pase olvidada alguna saculización que sería la causa del fracaso del tratamiento, que retardaría la cicatrización normal del quiste operado o que ocasionaría secuelas post-operatorias.

Arce ha sido de los primeros en llamar la atención sobre la necesidad de esta exploración, que preconizó y recomendó realizar con el examen por medio del espéculo vaginal. Esta maniobra exploradora de la cavidad del quiste, ya evacuado y desinfectado, *debe constituir una práctica sistemática en la terapéutica de la hidatidosis visceral, que representa un importante factor*

de perfeccionamiento técnico y nos evitará algunos fracasos en el tratamiento.

En una reciente y corta comunicación a esta Sociedad, hemos llamado la atención sobre la importancia de la vesiculación exógena en la equinocosis hepática; parece que esta modalidad patogénica, es más frecuente aún en el bazo que en el hígado.

En la hidatidosis esplénica, en efecto, se han encontrado formaciones quísticas, constituídas por varias esferas hidatídicas, reunidas y conglomeradas, que tenían comunicación intrínseca entre sí, pero que parecían exteriormente formadas por quistes múltiples y de ahí que se haya generalizado el concepto de la *hidatidosis múltiple esplénica*.

Los casos de Martin, Carnot y Cachera, de Gerard Marchand y otros más, han respondido a formaciones semejantes y tomadas como quistes múltiples e independientes. Dévé, en la "Revista de Patología Comparada y de Higiene general", de 1936, se ha ocupado extensamente de esta cuestión y ha demostrado plenamente que estas particulares formaciones hidatídicas respondían a la *saculización hidática por vesiculación exógena*. Esta confirmación del maestro de Rouen, viene a confirmar la necesidad de la cuidadosa exploración quirúrgica, que debe realizar el cirujano del saco de los quistes esplénicos y que la esplenectomía, que ha sido considerada con razón como un exceso quirúrgico en ciertos casos, por lo menos, no tendría el inconveniente de dejar persistir las formaciones saculares hidatídicas, que pueden persistir con la marsupialización o el cierre. No hay que confundir, pues, en la hidatidosis esplénica, la plurisaculización por vesiculación exógena con la hidatidosis múltiple primitiva del bazo; de aquélla se han confirmado una serie de casos y ésta es casi excepcional.

Equinocosis secundaria periesplénica. — La rotura de un quiste hepático o esplénico, puede dar lugar a una hidatidosis secundaria que por la conformación y disposición anatómica de estas vísceras y sus mesos, puede dar lugar a una hidatidosis secundaria perihepática o periesplénica.

Esta hidatidosis secundaria presenta una modalidad particular que todos ustedes conocen perfectamente, pero que debemos destacar. La evolución de estos quistes secundarios alrededor del hígado y del bazo, tienen la característica de desarrollarse *invadiendo y erodando*, el parénquima visceral y se crean

en ellos un hueco para su alojamiento, apareciendo entonces, como quistes primitivos del hígado o del bazo. El examen histológico, a veces un cuidadoso examen macroscópico, permiten establecer la presencia de la cápsula de Glisson o de la cápsula esplénica, entre el quiste y el parénquima visceral y es esa la prueba *indiscutible de que se trata de una hidatidosis secundaria que puede impresionar como primitiva.*

Destaquemos de paso, que esta hidatidosis secundaria perivisceral o de los mesos, suele provocar *síndromes dolorosos sumamente intensos y a veces con la característica paroxística.*

Podemos citar una interesante operación de equinococosis secundaria peri esplénica, que tenemos actualmente en asistencia en la Clínica.

Se trata de la enferma L. C. de G., de 63 años de edad, que fué operada cuando tenía 27 años, de quiste hidatídico esplénico por el profesor Pou y Orfila. Siete años más tarde, vuelve a ser reoperada en la Sala Snta Rosa del Hospital Maciel, por el mismo profesor Pou y Orfila, también de Q. H. del bazo, según manifestación de la paciente.

Siguió bien hasta que hace poco tiempo, vale decir, a los 29 años, vuelve a sufrir de su hipocondrio izquierdo. Por el examen clínico y radiológico, diagnosticamos una hidatidosis esplénica, casi seguramente secundaria, y que es comprobada por los exámenes biológicos. La radiografía demuestra que existe una sombra que rellena todo ese hipocondrio, que levanta el diafragma y que presenta algunas calcificaciones aisladas. El estado general de la enferma es malo, infectada e intoxicada.

La operamos con anestesia por gases, encontrando una gran periesplenitis y epiploitis, que hace muy dificultosa la liberación y *reconocimiento del bazo.* Con gran trabajo conseguimos liberar parte de la cara externa esplénica, muy vascularizada, sin hidatidosis. Liberamos con enormes dificultades parte de su cara interna muy vascularizada y que sangra; hay hemorragias profusas. Pensábamos ya, no insistir en la intervención, cuando en el polo superior esplénico, bajo la bóveda diafragmática y bien posterior, casi contra la pared lumbar, palpamos una masa dura. Se punciona y se extrae pus; con el trócar de Finochietto evacuamos una colección hidática purulenta y colocamos una sonda Prat como drenaje. Durante unos 5 meses, sigue drenando, sin curarse.

Realizamos dos exámenes contrastados de la cavidad quística residual con Yodinol y se comprueba la existencia de una cavidad bien posterior del tamaño como una naranja. Resolvemos drenarla por vía lumbar, con anestesia local se reseca la 11ª costilla y caemos sobre una cáscara calcificada. Punción que da pus fétido. Se incinde esa pared calcificada y caemos en una vasta cavidad redondeada, de donde viene pus fétido, muy fétido, mezclado aún con Yodinol. Palpamos esa cavidad y controlamos que es redondeada y del tamaño de una naranja. Hay restos de membranas en su interior y calcificaciones. Con dificultades, extraemos un grueso pelotón de membranas quísticas en putrefacción, con enorme fetidez y conteniendo fragmentos calcificados. Limpieza de la cavidad y se espolvorea con sulfamida. Sonda de Prat como drenaje. Cierre de los planos de la incisión.

La enferma toleró muy bien esta operación y beneficiará muchísimo de ella, pues le permitirá drenar esa cavidad posterior. Hará dos o tres días que la operamos y ya tiene mejor aspecto y está más desintoxicada, sin dolores y se alimenta bien.

Consideramos que nuestra paciente tenía una hidatidosis secundaria peri esplénica y supurada.

Calcificación de los Q. H. esplénicos. — La calcificación de los Q. H. del hígado o del bazo, es una complicación que vamos comprobando cada vez con mayor frecuencia y particularmente la del bazo. El concepto general establecía que la calcificación hidática era más frecuente en los quistes del hígado o del riñón, pero en estadísticas recientes, se nota un ascenso pronunciado, en la calcificación de los quistes esplénicos. Sabadini da el 10 % de calcificación y Goinard encuentra el 24 % de quistes calcificados. (3 casos en 12 observaciones). Es claro que muchas de estas calcificaciones hidáticas, son simples y limitadas, ya sea a una parte de la periferia o intraquística; pero nos ha llamado seramente la atención, la comprobación de la gran frecuencia de esta calcificación, en la comunicación presentada por Blanco Acevedo y Morador, sobre "Hidatidosis esplénica", a la Reunión de la Clínica Quirúrgica y del Instituto de Post-graduados, recientemente celebrada y que tuve el honor de presidir. Comprobé en esa comunicación, la frecuencia de radiografías de quistes esplénicos con calcificación, cosa que no había observado en mi práctica profesional donde, por el contrario, había llegado a la con-

clusión de la relativa rareza de la calcificación de los Q. H. del bazo. En nuestro caso, no podía pensarse que los accidentes se debieran a una calcificación hidatídica, puesto que la radiología no reveló ningún elemento de calcificación, que constituye, como se sabe, un excelente medio diagnóstico de la hidatidosis en general y de la esplénica en particular, cuando estas sombras calcificadas corresponden a la logia esplénica y al bazo.

Peri esplenitis hidatídica y post-operatoria. — Se planteó también la posibilidad de una peri esplenitis ya fuera ésta de patogenia hidatídica y post-operatoria, dado que se había empleado un agente irritante para el peritoneo, como lo es el formol y que podía haber contribuido a la génesis de las adherencias peri esplénicas. Como el síndrome doloroso que presentaba nuestra enferma, era paroxístico y en crisis, eso nos inclinaba a descartar la peri esplenitis; sin embargo, tratamos de realizar una exploración semiológica, que pudiese ilustrarnos sobre el estado de las vísceras del hipocondrio izquierdo y al efecto, encargamos a uno de nuestros colaboradores de la Clínica, que realizase un neumo peritoneo, con el fin de establecer la morfología exterior del bazo e investigar de paso, alguna tumefacción hidatídica de esta región.

La tentativa del neumo peritoneo, fué realizada dos veces en la enferma, sin éxito y se explica en parte el fracaso, porque la enferma, muy gruesa, presentaba un grueso panículo adiposo por lo cual no se insistió en la realización del neumoperitoneo.

En nuestra práctica quirúrgica, hemos tenido ocasión de comprobar la importancia de estas peri visceritis post-operatorias en un caso de Q. H. del hígado. Un joven de 20 años, en que se le diagnosticó un quiste del hígado, fué operado por uno de mis ayudantes, que le practicó una celiotomía mediana supraumbilical, para explorar el hígado. No encontró el quiste ni lesión alguna y cerró la brecha operatoria, creyendo se tratase de un error de diagnóstico. A los 2 años, este mismo paciente vuelve a la Clínica porque seguía sufriendo y las molestias eran tan intensas y pronunciadas que reopero al enfermo, por la misma vía anterior, puesto que localizaba sus dolores en el epigastrio.

En la intervención encontré una intensa y extendida perihepatitis fibro adhesiva, que envolvía el hígado, la vesícula y las vísceras vecinas, adherencias que en conjunto formaban una

amplia vaina o saco, con el aspecto de una membrana encapsulante y que envolvía casi todas las vísceras del vientre superior, principalmente del epigastrio. Realicé la liberación y extirpación completa de esta hoja perivisceral y pude comprobar la existencia de un quiste, en la parte postero-inferior del hígado, que fué localizado y tratado ulteriormente por vía lumbar, con resección de la última costilla. El enfermo curó normalmente.

Habiendo descartado todas las posibilidades diagnósticas, que hemos pasado en revista y que podrían explicar el síndrome doloroso post-operatorio de nuestra enferma, planteamos una última posibilidad. Recordamos que hacía tiempo ya, que habíamos sido consultados por un estanciero de Soriano que había sido operado anteriormente de quiste hidatídico del hígado y que según nos dijo el paciente, eran quistes múltiples. El enfermo quedó perfectamente bien después de la operación, durante cierto tiempo, hasta que empezó a tener crisis muy dolorosas, de gran intensidad y de tipo cólico, que duraban una o más horas. La crisis se iniciaba generalmente cuando el paciente iba a caballo; estallaba bruscamente el dolor en el epigastrio y vientre superior, dolor que tenía una intensidad extraordinaria, que lo obligaba a bajarse del caballo y tirarse en el suelo, logrando cierto alivio, cuando realizaba una intensa flexión del tronco. Estudié clínicamente y con gran atención a este paciente, se le realizaron repetidos exámenes radiológicos sin llegar a nada concreto en el diagnóstico, sospechando que se tratase de crisis dolorosas por adherencias. No habiendo podido examinar personalmente una crisis dolorosa, supuse que el paciente exageraba la importancia de sus crisis y no quise plantear la operación antes de tener una mayor precisión en el diagnóstico.

Durante la jira de un cirujano argentino, ya veterano en las lides quirúrgicas, por el Departamento de Soriano, tuvo ocasión de examinar al paciente, en consulta con un colega uruguayo y le propusieron la operación, sin que hayan podido informarme con qué diagnóstico. El enfermo fué operado y se le encontró un pequeño quiste del epiplón gastro - cólico, adyacente al duodeno, que fué extirpado. La operación fué muy accidentada, que casi le cuesta la vida al paciente y también el post-operatorio fué muy serio, pero finalmente logró salvarse.

Esta observación de un quiste epiploico, que provoca dolores

por tironeamiento de los mesos y otras observaciones semejantes que hemos oído comentar, nos hicieron admitir la posibilidad de que nuestra paciente tuviese un quiste secundario de los mesos y fuera esa la causa del síndrome doloroso que presentaba y con ese diagnóstico reoperamos a la enferma.

La operación nos permitió comprobar que en nuestra enferma existía una intensa peri esplenitis, pero la lesión principal estaba constituida por la ausencia del delantal epiploico en toda la parte izquierda del abdomen, presentándose este epiplón todo arrollado y dispuesto en un grueso cilindro, aplicado horizontalmente entre la gran curva del estómago y el colon transversal, recubriendo en gran parte el colon. Hacia arriba este epiplón se había desplazado hasta el diafragma, donde estaba fijo y amarrado por una serie de bridas firmemente adheridas al músculo diafragmático. Explorando bien la región, comprobamos que gran parte del gran epiplón estaba desplazado o herniado en la transcavidad de los epiplones, palpándose en aquél, una masa tumoral del tamaño de un grueso puño. El epiplón engrosado, tumoral y congestivo, presentaba las características macroscópicas de una intensa epiploitis.

Ante estas comprobaciones anatomo - patológicas, admitimos que esa epiploitis general, con gran parte del epiplón tumoral, alojado anormalmente en la transcavidad de los epiplones, era la causa del síndrome doloroso, complicación post - operatoria que nunca habíamos encontrado en nuestra casuística ni oído mencionar en los Q. H. y cuya patogenia trataremos de comentar y explicar.

La epiploitis, vale decir, la reacción inflamatoria del gran epiplón, pudo deberse patogénicamente a la infección, a la irritación operatoria, parasitaria o del formol. Cualquiera de estos cuatro factores pueden haber obrado aisladamente o pueden haber contribuido por asociación, todos estos factores etiológicos. Desde ya descartamos la infección, por lo menos, la infección aguda, puesto que después de la operación, la enferma no tuvo ninguna reacción seria, con contractura o defensa de la pared, que hiciere pensar en una epiploitis infecciosa. Luego, pues, son más posibles y probables las otras irritaciones, más bien químicas, del epiplón, ya sea la del formol, la parasitaria o la operatoria, las que originaron la epiploitis que provocó las lesiones patoló-

gicas post-operatorias, dando el síndrome doloroso que acusaba la enferma. De las tres últimas descartamos la acción alérgica hidática, como menos probable en este tipo de lesión y es entonces posible que hayan actuado las otras dos, la irritación del formol que al derramarse sobre el epiplón produjo su irritación, adicionada por la acción traumatizante del acto operatorio, con irritación del endotelio por las compresas, etc.

En nuestro caso, actuó un nuevo factor, además de la epiptoitis tumoral y ha sido el desplazamiento y localización anormal de este epiplón en la transcavidad de los epiplones y que constituyó un factor de tironeos y por lo tanto de molestias y dolores. En este desplazamiento puede haber intervenido un factor importante en la realización de este desplazamiento epiploico: que al liberar y proteger el quiste esplénico, se haya desgarrado el epiplón gastro - esplénico, brecha que pudo quedar abierta, porque no fué reparada o cerrada y esto facilitó el pasaje del epiplón a la transcavidad. Esto es perfectamente posible, pero llama seriamente la atención, que al haberse producido esta anormalidad, no se hayan manifestado de inmediato los trastornos y que hayan tardado tanto en producirse, unos 7 u 8 años después de la operación. Indudablemente, esto está en contraposición contra la posibilidad apuntada y resulta una incógnita difícil de resolver. En resumen, pues, nuestra enferma tenía una epiptoitis crónica y tumoral, alojada en su mayor parte en la transcavidad de los epiplones y que se manifestó por un síndrome doloroso y tardío, que tenía todas las características de los dolores paroxísticos, manifestados en forma de crisis.

Las epiptoitis crónicas han sido muy bien estudiadas por Silhol en el 36º Congreso Francés de Cirugía realizado en 1927 en París y nuestra observación queda comprendida en el tema mencionado, que representa complicaciones frecuentes del post-operatorio, pero en las que los cirujanos no piensan con la necesaria frecuencia y que no las pesquisan e investigan con la dedicación que ellas requieren para ponerlas en evidencia.

No caeremos en la tentación de describir aquí un capítulo de la epiptoitis post-operatoria, que justificaría nuestro interesante y muy poco frecuente observación, tomando como modelo el interesantísimo informe de Silhol, ya mencionado. Invitamos a los colegas que se interesen por este tema, a que lean el trabajo

original del 36º Congreso Francés; nosotros sólo nos limitaremos a decir que es ésta, una complicación *relativamente rara* en la hidatidosis esplénica o post-operatoria, porque se piensa poco en ella y generalmente no se le investiga con cuidado y dedicación. Cuando se presenten en nuestra Sociedad de Cirugía, unas cuantas observaciones de este tipo, estamos seguros de que estos casos clínicos serán más frecuentes.

El diagnóstico de una complicación del tipo que tuvo nuestra enferma, nos parece bastante difícil de establecer; pero ahora que hemos tenido ocasión de haber comprobado la complicación en nuestra enferma, trataremos de investigar más cuidadosamente y mejor esa epiploitis sobre todo en los pacientes ya operados, en los que tendremos muy en cuenta un síntoma que nuestra enferma describía y destacaba bien, pero que sólo le dimos importancia después de haber comprobado la epiploitis. Nos aseguré nuestra enferma, que cuando se colocaba en decúbito lateral derecho, sentía como si una masa o un bulto se le desplazara hacia la derecha, en el vientre superior, *masa que pesa y que le tironea el intestino hacia abajo*. A este signo de la enferma no le dimos la importancia que tenía y que indicaba el desplazamiento de la masa epiploica al desplazarse el tumor hacia la derecha, por la posición declive de la enferma; pero estamos seguros de que en el futuro, daremos a este signo el verdadero valor que le corresponde. Como terapéutica realizamos lo que se puede llamar el tratamiento radical, puesto que liberamos el epiplón de todas sus adherencias al diafragma, previa ligadura, luego liberamos todo este gran epiplón, de su fijación al bazo y al colon transversal, hasta exteriorizar el rodete epiploico colocado entre colon y estómago y reduciendo el gran segmento tumoral incluido en la transcavidad, lo extirpamos casi completamente previa una cuidadosa hemostasis y dejando una mínima parte del delantal epiploico en el lado derecho del vientre, que era de aspecto normal.

La enferma hizo un rápido y excelente post-operatorio, que permitió darla de alta muy pronto, sin los dolores y molestias que tenía antes y que hacen suponer que la epiploitis era la causa de todos sus trastornos; pero será sólo la evolución favorable del tiempo la que resolverá definitivamente la cuestión y podrá confirmar si la curación ha sido definitiva y si el diagnóstico operatorio fué acertado, con un tratamiento oportuno y ajustado.

DISCUSION

Prof. Nario. — He oído con el mayor interés la interesante comunicación del Prof. Prat. De los múltiples puntos que en ella se tratan me interesa especialmente el que se refiere a la epiploitis de que padecía esta enferma.

Estas epiploitis crónicas post-operatorias, me han preocupado en forma especial. No sólo desde el punto de vista clínico y terapéutico, sino también desde el punto de vista anatomo-patológico y sobre todo experimental habiendo logrado la reproducción a voluntad.

Las conclusiones a que hago alusión pueden ser leídas en dos artículos míos: uno sobre fisiopatología del epiplón, publicado en estos Boletines y otro más especialmente dedicado a epiploitis crónica, publicado en la "Prensa Médica Argentina" (año 1942, N° 31).

El caso que presenta el Prof. Prat tiene como característica la de parecerse singularmente a los casos que he operado y a la enfermedad experimental reproducida por mí.

Las consideraciones que podría hacer están mejor expresadas en los artículos aludidos y esta es la razón que he tenido para citarlos.

El Prof. Prat nos ha hecho un real servicio estudiando el caso con la seriedad con que acostumbra hacerlo y debemos por tanto agradecerle su interesante contribución.

Dr. Pou de Santiago. — Refiriéndonos a las dificultades mencionadas por el Prof. Prat en la obtención del neumoperitoneo por punción, en el interesantísimo trabajo que hemos tenido el placer de escuchar, nos permitimos sugerir un método que se usa en Clínica Ginecológica con otro fin. En el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad femenina empleamos corrientemente la insuflación útero-tubaria con CO². En esa forma pasa al peritoneo, si las trompas están permeables 100, 200, 300 c.c. o aún más del mencionado gas, el cual se puede desplazar en la cavidad peritoneal a voluntad, en igual forma que se hace con el aire inyectado por punción. En el momento actual se han practicado 600 insuflaciones sin que haya ocurrido ningún accidente. Se entiende que para poder usar este método hay que llenar dos condiciones fundamentales:

1° Que las trompas sean permeables; 2° Que no haya infección en el cuello.

Doctor Vigil Sñora. — Cuando hace muchos años tuve el honor de pertenecer a la Clínica del Profesor Nario, estaba al tanto de la magnífica conferencia que el Profesor Nario pronunció y yo personalmente lo acompañé a Buenos Aires en el momento que hizo la disertación en el anfiteatro del Profesor Arce.

Yo había entrado en vías de creer que el epiplón era de extraordinaria importancia y no fueron sino muy demostrativas las experiencias que el Profesor Nario presentó en ese momento, dejando en el auditorio una gran impresión. Cuando algunos años después el Prof. Nario creyó

oportuno prescindir de mi colaboración, yo por mi parte seguí trabajando sobre este tema; he estudiado mucho de lo referente a la epiploítis y había llegado a las mismas conclusiones: que el epiplón es un órgano de extraordinaria importancia y que se parece un poco en su manera de iniciar y terminar su sufrimiento a las pancreatitis, pues lleva en sí la condición de su existencia y de su desaparición, probablemente por tener ambas un importante componente vascular en su determinismo.

De la misma manera sucede en la epiploítis. Me interesa dejar constancia que yo también había llegado a las mismas conclusiones y que he visto esas mismas cosas y he tenido oportunidad de hacer intervenciones en perros y provocar la epiploítis por los más diversos procedimientos. Me interesa destacar que por mi parte y sin haber conversado luego de este asunto con el Prof. Nario, hemos llegado a las mismas conclusiones. Debe el epiplón ser considerado como un reservorio vascular para el momento de la digestión. El epiplón es un órgano de gran importancia y yo creo que su patología está dominada por el aspecto vascular.

Dr. Prat. — Agradezco a los Dres. Nario, Vigil Sónora y Pou de Santiago, que hayan tenido la gentileza de comentar mi comunicación y en la forma favorable en que lo han hecho.

Sabía que el Profesor Nario se había ocupado con gran interés de la anatomía del epiplón, pero no tenía conocimiento del interesante trabajo que nos ha comentado ahora, sobre la patología del epiplón y aparecido en la "Samana Médica Argentina", de Buenos Aires. Pido disculpas al colega amigo, por haber desconocido ese interesante trabajo, que hubiera comentado con gran placer e interés, ya que la bibliografía sobre la patología epiploica, es muy escasa o rara en nuestro país.

Las consideraciones de los Dres. Nario y Vigil Sónora, se basan en la experimentación, razón por la cual tienen mucho más valor y es interesante la comprobación de estos colegas, al confirmar la similitud de las lesiones de la cirugía experimental, con las de mi caso.

En lo que se refiere a la insinuación del Dr. Pou de Santiago, de realizar el neumoperitoneo por insuflación uterina, la agradezco y la tomaré muy en cuenta en mi práctica; aunque declaro que la consideraré con cierta prevención, por los posibles accidentes infecciosos o mecánicos. Como esta exploración semiológica está respaldada por una práctica relativamente frecuente, en la Clínica Ginecológica y sin accidentes, es lo que nos obligará a tomarla en cuenta.