

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F". - Hospital Pasteur. - Montevideo

*EQUINOCOCOSIS DEL MUSCULO PSOAS — (PSOITIS  
HIDATICA)*

*Dr. Pedro Larghero Ybarz*

F. P. de S. Historias clínicas 4905-5002.

Ingresa por primera vez al Servicio el 9 de noviembre de 1947 por dolor y tumefacción en la F.I.D. y en la raíz del muslo derecho.

Comienzo 6 meses antes por dolor en el miembro inferior derecho, en toda su extensión. Hace 3 meses aparece tumefacción en la raíz del muslo, y en la F.I.D. Ingresa al servicio de medicina del Prof. Piaggio, y se practica una punción extrayéndose pus amicrobiano. La infección evoluciona sin síntomas infecciosos y sin alteración en el estado general.

Es enviada al Instituto de Traumatología donde una nueva punción hecha en la fosa ilíaca, permite retirar pus también sin microbios, tanto al examen directo como al cultivo. Desde allí nos es enviada para proceder a la evacuación de la colección.

EXAMEN: enferma apirética. Miembro inferior derecho en flexión y adducción. Tumefacción de la raíz del muslo, con piel distendida y roja y circulación colateral. Triángulo de Scarpa que ocupa la F. I. D. (fluctuación transmitida). Tumefacción con relleno por una colección fluctuante, que comunica con la caracteres de colección en la parte póstero externa del muslo y región glútea derecha. Contractura de los adductores; limitación de los movimientos de la cadera.

Radiografía: enrarecimiento en la parte interna de la articulación coxo femoral derecha y pinzamiento del cartílago. Raquis lumbar normal (Dr. Pelfort).

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del de 1949.

Leucocitosis 10.200; velocidad de sedimentación 56 mm. y 87 mm. Reacción de Wassermann negativa.

Se pensó en un absceso frío tuberculoso y se practica una nueva punción con objeto de investigar Bacilos de Koch por cultivo e inoculación al cobayo. Este cultivo resultó negativo.

El pus de esta región es amarillo verdoso, sin grumos y bien



Deformación del muslo vista por delante. La cicatriz abdominal corresponde a apendicectomía hecha años antes. Obsérvese el triángulo de Scarpa derecho, lleno.

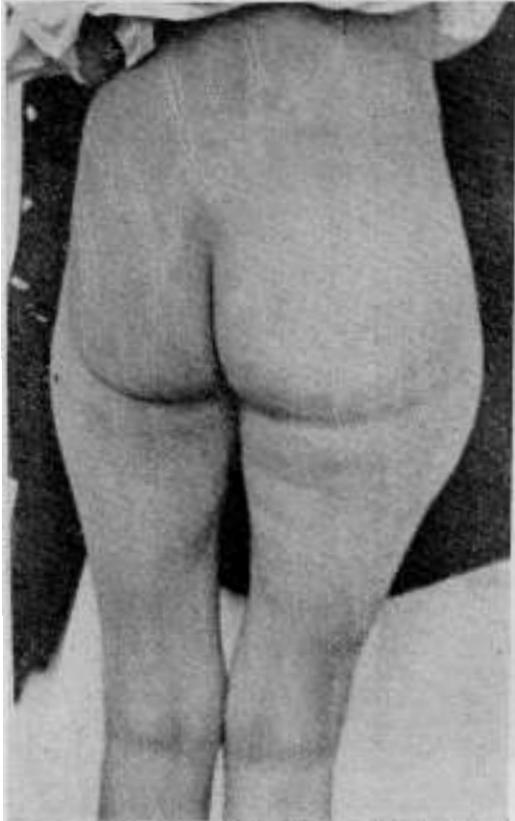
ligado. Entre tanto se espera el resultado de los exámenes, la enferma es dada de alta temporal. En el ínterin el absceso se ha fistulizado espontáneamente y da salida a abundante pus amarillo verdoso.

El 6 de diciembre la enferma ingresa al Servicio con estado

infeccioso (chucho de frío y fiebre alta). Se procede al drenaje amplio de la colección del muslo colocando un grueso tubo. En los días siguientes aparece en la curación abundantes vesículas y membranas hidáticas.

El 30 de diciembre se procede a la evacuación de la colección retroperitoneal y del muslo y región glútea.

OPERACION: Anestesia raquídea. Incisión iliaca sobre la



Tumefacción de muslo y glútea

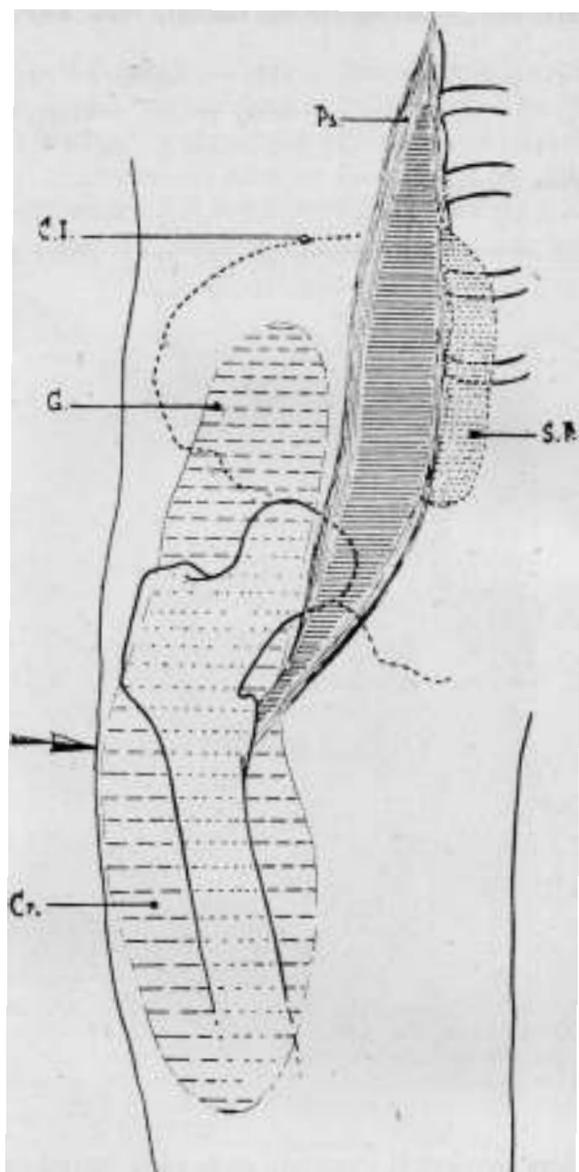
espina iliaca antero superior y prolongada hacia la arcada. Decolamiento subperitoneal. Músculo iliaco sano. Colección purulenta hidática, ocupando el músculo psoas en toda su altura. Esta colección tiene un prolongamiento subperitoneal interno y ascendente por rotura de la vaina del músculo. Las paredes de la ca-

vidad hidática intramuscular están tapizadas por fungosidades que se curetean; esta cavidad se prolonga por debajo de la arcada hasta el pequeño trocánter. Se hace contra abertura crural de la cavidad del psoas y se coloca un tubo fenestrado todo a lo largo del músculo. Incisión longitudinal sobre la cara interna del muslo, cayéndose en una amplia cavidad que contiene pus y membranas



Pasaje a región posterior de muslo y región glútea. La cavidad se extiende en la reg. glútea hasta la cresta (debajo de los músculos glúteos). En el muslo se extiende en la cara posterior y la cara externa hasta el trocánter. arriba, y hasta el tercio inferior abajo.

hidáticas. Esta cavidad se extiende en la cara externo por encima del trocánter, hacia abajo hasta el tercio inferior del muslo y en la cara posterior sube por detrás del trocánter y el plano muscular de la región glútea, hasta la cresta iliaca. Comunica por un trayecto que contornea el fémur, a través del cuadrado crural, con la logia del psoas. En ningún punto de esta amplia cavidad se pudo encontrar, ni en el raquis, ni el íleon o el fémur, zonas de hueso denudado.



Esquema topográfico de las lesiones: Ps.  $\psi$ soas, asiento de la colección extendida hasta el pequeño trocánter. — S.P. prolongamiento subperitoneal de la colección, por ruptura del  $\psi$ soas. C.I. cresta ilíaca. G. Prolongamiento glúteo de la colección. Cr. Prolongamiento crural.

Se trata, pues, de un quiste hidático primitivo del psoas, supurado, el que se rompió en la región crural, contorneó el fémur a través del cuadrado crural, e invadió la parte posterior del muslo y región glútea.

Evolución sin incidentes.

El 26 de enero la supuración se ha tarado completamente y se procede al cierre secundario de las heridas.

