

Facultad de Medicina de Montevideo Uruguay

Clínica Quirúrgica "F" y Laboratorio de Patología y Experimentación

*EQUINOCOCOSIS HETEROTOPICA DEL PERITONEO
DE ORIGEN ESPLENICO **

**Accidente agudo de parto de vesícula gigante y
hemorragia peritoneal**

Pedro Larghero Ybarz

Hospital Pasteur

Presentamos una observación de equinocosis heterotópica del peritoneo, a vesícula única, gigante, originada por la ruptura de la adventicia de un quiste hidático del bazo, en un enfermo operado un año antes por cáncer del recto.

El accidente agudo databa de cuarenta horas y se caracterizó por síntomas subjetivos y funcionales del tipo de cólico hepático con participación pancreática, con estado de choc e intoxicación. La sintomatología física correspondía a la de una peritonitis difusa a predominancia en el piso alto del abdomen. La contractura parietal era generalizada y existía clínica y radiológicamente un íleo paralítico con gran distensión de asas. Se hizo diagnóstico pre-operatorio de colecisto pancreatitis con peritonitis biliar por permeación anormal de la vesícula.

La ausencia de elementos biliares en la orina y el valor normal de la amilasa pancreática en la orina, se oponían a este diagnóstico, pero la operación estaba formalmente indicada. Ella permitió comprobar un hemoperitoneo libre, de regular abundancia y una enorme vesícula hidática flotando en el hipocondrio derecho, salida de un quiste hidático del bazo con ruptura de su adventicia y del parénquima esplénico.

En nuestro medio han sido publicadas dos observaciones, semejantes, por Rodríguez Estevan y Loubéjac y por R. M. Del

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 11 de mayo de 1949.

Campo. Valdés Olascoaga posee una citada por Rodríguez Estevan y Loubejac. Las dos primeras corresponden a quistes primitivos del hígado; en la última, el origen no pudo ser establecido.

No conocemos casos de origen esplénico. La sintomatología de comienzo a base de dolor y choc, con síntomas funcionales reflejos, fué semejante a la presentada en una observación de hemorragia espontánea en un quiste hidático del hígado, con hidátide intacta, y sin ruptura de la adventicia ⁽¹⁾ constituyendo dos tipos anatomoclínicos de accidentes abdominales agudos de origen hidático visceral. Esta observación fué comunicada por nosotros a esta Sociedad.

D. P. 62 años. Comienza el martes 3 de mayo de 1949 con dolor intenso en epigastrio e hipocondrio derecho que luego se generaliza al resto del abdomen, acompañado de arcadas y escasos vómitos acuosos.

La noche del miércoles lo ve el Dr. Magnone, quien lo envía con estos datos: "Hace 30 horas hizo cuadro agudo de vientre tipo cólico hepático con dolor vesicular e irradiaciones frénicas. Hoy (4/5/49) hay un cuadro de oclusión intestinal, supresión de heces y gases, meteorismo generalizado, movimientos de reptación y asa distendida a izquierda (fosa ilíaca izquierda). Orinas escasas con aspecto hematórico. Vómitos fecaloideos, apirético y estado general bastante bueno."

El jueves a las 8 y 30 ingresa al Sanatorio. Al examen lengua saburral seca, aliento fétido, aspecto intoxicado, disneico, taquicardia 140, P. A. 12 ½ y

Abdomen, movilidad respiratoria limitada, contenida por el dolor. Acusa dolor espontáneo en el vientre superior bajo ambos rebordes costales.

Contractura generalizada predominando en hemivientre derecho, dolor exquisito a la palpación en epigastrio, hipocondrio derecho y fosa ilíaca derecha (máximo en epigastrio e hipocondrio derecho). Ambos flancos contracturados y el derecho es muy doloroso. Fosas lumbares depresibles. Semi erección peneana.

Tacto rectal: Douglas doloroso.

Antecedentes: refiere el enfermo que desde hace algún tiempo tiene sensación de peso en hipocondrio izquierdo y flanco, sensación que se hace de tironeamiento algo molesto cuando adopta posición decúbito lateral derecho.

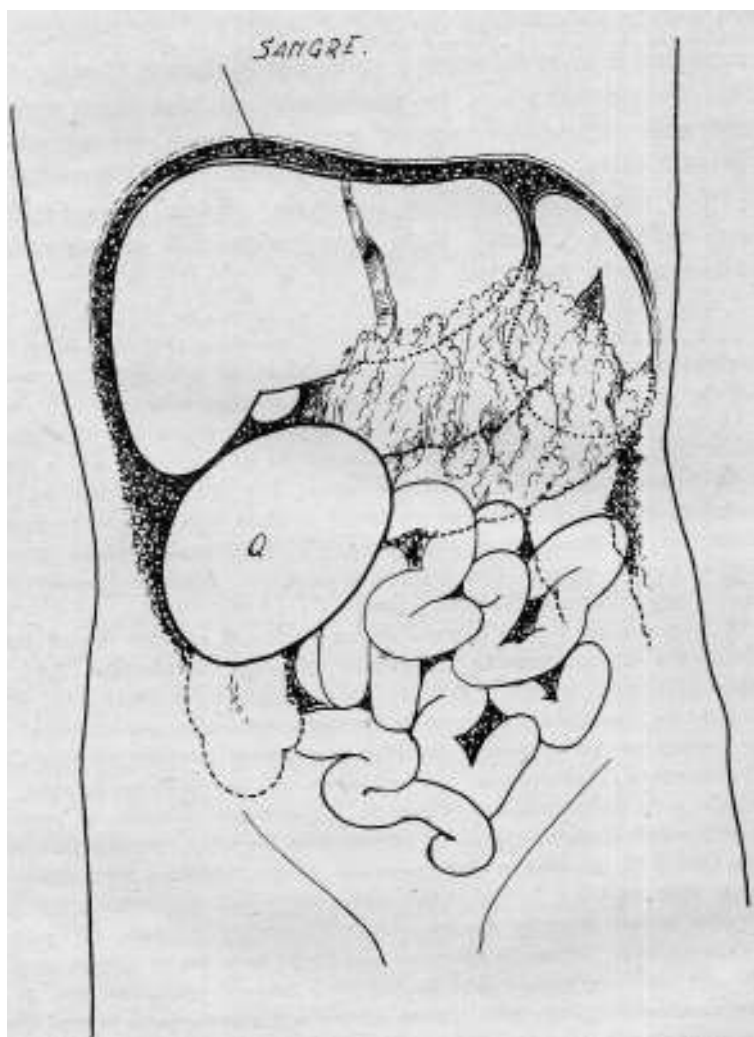
Radiografía: elevación de ambos diafragmas; opacidad completa de hipocondrio derecho, flanco y fosa ilíaca derecha e hipogastrio con desplazamiento de colon y asas delgadas hacia la izquierda y arriba. Se observan asas delgadas dilatadas, sin niveles líquidos.

Se hace diagnóstico de peritonitis por permeación anormal de la vesícula biliar, o de colecistopancreatitis.

Tratamiento del choc: plasma, 1 litro. Suero intravenoso. Sonda Cantor que evacúa líquido porráceo bilioso.

Operación. Hora 13. Raquí novocaína al 8 %, 0gr.16 entre XII dorsal y I lumbar.

Larghero, Cianciulli, Negrín, Chiara. Pte. Perdomo.

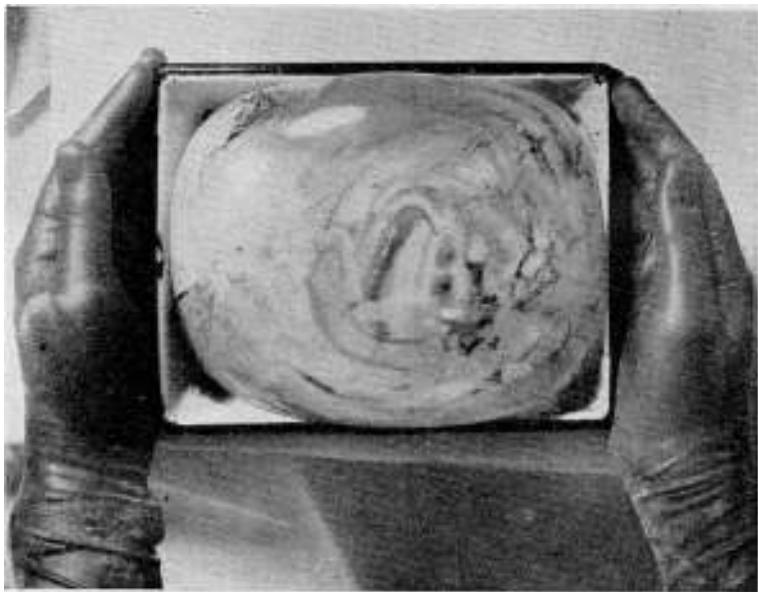


Esquema de las lesiones comprobadas en la operación. La vesícula hidática ocupaba la región subhepática. El epiplón, invertido hacia arriba revestía la adventicia del quiste esplénico, dejando ver apenas la brecha por la cual se hizo la expulsión de la vesícula hacia el peritoneo.

La palpación del vientre una vez obtenida la relajación por la raquí no permite apreciar tumoración de vesícula biliar ni páncreas.

Incisión suprapúbica. Sangre negra y espesa, libre en peritoneo; serosa

lúcida. Incisión transversa derecha, aparece de inmediato enorme vesícula hidática libre en la región subhepática. Sangre negra baña las asas y aparece en menor cantidad en la fosa subhepática y fosa frénica. Se piensa en el origen hepático del quiste. El parto de la vesícula se hace fácilmente ensanchando la incisión y ayudando con las manos y los movimientos respiratorios. Su membrana es gruesa, con desflecamiento en su superficie ex-



Aspecto de la hidátide que flotaba en el peritoneo.

terna. Se trata de un quiste hialino univesicular y no se observan otros quistes flotantes.

Las asas delgadas, distendidas, con serosa normal, pero bañadas en sangre negra. La exploración del hígado lo muestra normal, sin quiste ni cavidad adventicia vacía; el bazo, aumentado de tamaño, adherente, cubierto por epiplón, se prolonga en un saco adventicial flácido y presenta una rasgadura que comprende el parénquima y que ha dado origen a la hemorragia. Existe contra el hilio dos lobulaciones del tamaño de un huevo de gallina.

En vista de que la hemorragia se ha detenido se decide no hacer nada sobre el bazo.

Cierre de la pared por planos y cierre de la incisión suprapúbica sin drenaje. Intubación gastrointestinal con sonda Cantor.

Examen de sangre: leucocitosis 7.950; glóbulos rojos 3.700.000; hemoglobina 70 %; valor globular 0.94.

El interrogatorio a posteriori puso de relieve la existencia de dolores en hipocondrio izquierdo datando de varios meses, con imposibilidad de acostarse sobre el lado derecho. Las radiografías de colon realizadas para estudio



Dimensiones de la hidátide.

del mismo, en ocasión de su examen por neoscopia del recto, muestran un desplazamiento de la parte izquierda del colon transversal con opacidad por encima de las que no se les dió importancia.

BIBLIOGRAFIA

1. P. Larghero Ybarz. Bol. Soc. de Cir. del Uruguay. Tº XIX Nº 4, p. 388-391, 1948.
2. Dévé F. (Bibliografía sobre el tema en el trabajo de Rodríguez Estevan y Loubejac).
3. Rodríguez Estevan (C. M.) y Loubejac (A). — Equinococosis primitiva heterotópica del abdomen. Arch. Urug. Med. Cir. Esp. Tº XIII, pp. 469-483, año 1938 y Bol. Soc. Cir. de Montevideo, Tº IX, p. 215-229. (Bibliografía hasta 1938)..
4. Del Campo (R. M.). — Quiste hidático primitivo heterotópico del abdomen, en una niña de 18 meses- Anales Fac. Med. Montevideo, Mayo 1933.
5. Valdes Olascoaga (A.). — Comunicación verbal.