

EQUINOCOCOSIS DEL BAZO

Dr. E. TERRA CORBO

Esta comunicación está basada en el estudio de 18 casos de quistes hidáticos del bazo, de los cuales 9 corresponden a Q. H. solitario del bazo y en los 9 restantes estaba asociado a otras localizaciones viscerales.

El aporte del material que contamos para hacer esta comunicación proviene: de la Clínica Quirúrgica del Prof. Pedro Larghero Ybarz 10 casos; del Archivo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Navarro, 7 casos; del Prof. Dr. Juan Curbelo, 1 caso.

No es nuestro propósito hacer un estudio completo del tema, sino resumir en cuatro capítulos los hechos más salientes que surgen del estudio efectuado en estos 18 casos.

I) ANATOMIA PATOLOGICA

A) *La hidátide.*—Tamaño: debemos señalar su gran volumen en relación al órgano que le dio origen. Su capacidad pasaba de un litro en la mayoría de los casos; el más grande contenía más de 3 litros de líquido hidático. Forma: en general redondeada salvo en un caso donde el bazo estaba destruido y la hidátide tenía un aspecto trilobado simulando tres quistes. Contenido: era el clásico agua de roca en 13 casos; supurado en 1 caso; degenerado en 2 casos; calcificado en 1 caso; de origen no determinado en 1 caso.

B) *La adventicia.*—Delgada en los quistes hialinos; gruesa y rugosa la superficie interna de los quistes degenerados. En un caso presentaba un orificio estrecho de medio centímetro de diámetro que comunicaba con otra hidátide desarrollada por fuera de la adventicia y que había adoptado la modalidad de la vesiculización exógena.

C) *Estado del parénquima esplénico.*— En general el bazo está atrofiado. En un caso estaba totalmente destruído y en 3 casos aumentado de tamaño. La esplenomegalia la vimos en los quistes retrohiliares.

D) *Relaciones del bazo y su hidátide con la logia esplénica.*— Es frecuente encontrar adherencias laxas o firmes pero numerosas entre el bazo (periesplenitis) y el quiste (periquistitis) con las paredes y los órganos que limitan la logia esplénica. Fuera de las adherencias al diafragma y peritoneo parietal que son las más comunes, hemos encontrado adherencias íntimas del tumor esplenocístico con el estómago en un caso y con la cola del páncreas en 2 casos.

E) *Complicaciones que hemos observado:* 1º) La supuración en un caso; contenía más de 1 litro de pus fétido y muchas vesículas hijas. 2º) La degeneración en dos casos. 3º) La calcificación en un caso. 4º) Peritoneales. La hidatidosis heterotópica del peritoneo de origen esplénico en un caso, causado por ruptura de la adventicia y parto de la vesícula hidática hacia el peritoneo.

II) CLINICA DE LA HIDATIDOSIS ESPLÉNICA

Formas de presentación.— En general, se dice que el Q. H. del bazo se presenta como única localización de la hidatidosis; pero nosotros hemos encontrado que esto ocurre sólo en el 50 % de los casos.

En 5 casos se encontró asociada a la hidatidosis hepática y a la hidatidosis peritoneal secundaria. En 2 casos a la hidatidosis pulmonar. En 1 caso a una hidatidosis hepática acompañada de una ictericia por compresión extrínseca del pedículo hepático causado por un Q. H. retrohiliar del hígado. El Q. H. del bazo estaba situado en el polo inferior de un bazo aumentado de tamaño; se trataba de una esplenomegalia congestiva ya que retrocedió una vez drenado el quiste retrohiliar. En un caso asociado a la hidatidosis pulmonar metastática y a una hidatidosis hepática múltiple.

Síntomas clínicos del quiste hidático solitario del bazo (9 casos):

1º) *Dolor*.— Es el síntoma más frecuente, el primero en aparecer y el que lleva al enfermo a consultar médico. Estaba presente en 6 casos. El sitio del dolor correspondía al H. I. en 5 casos y a la F. I. I. en 1 caso.

2º) *Tumor*.— En 4 casos había sido percibido por el enfermo una tumoración en el H. I. En 2 casos la presencia del tumor no se acompañó de sintomatología dolorosa.

3º) *Disnea de esfuerzo en 2 casos*.— Ninguno de los pacientes acusaba síntomas funcionales y físicos de insuficiencia cardíaca. Ambos enfermos tenían la forma ascendente o torácica del Q. H. del bazo según la clasificación de Dieulafoy.

4º) *Urticaria en 2 casos*.

5º) *Trastornos digestivos vagos* en varios casos (sensación de pesadez en región umbilical, sensación de plenitud gástrica).

6º) *Cuadro agudo de vientre* traduciendo una complicación peritoneal de la hidatidosis esplénica en 1 caso (Obs. del Prof. Pedro Larghero, presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el día 11-V-1949).

Se trataba de un paciente de 62 años que comenzó con un dolor intenso en epigastrio e H. D., a iniciación brusca que luego se generaliza al resto del abdomen acompañado de arcadas y escasos vómitos. La sintomatología física correspondía a 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 intestinales. Se hizo diagnóstico preoperatorio de colecistopancreatitis con peritonitis biliar por permeación anormal de la vesícula. La operación permitió comprobar un hemoperitoneo libre de regular abundancia y una enorme vesícula hidática flotando en el hipocondrio derecho salida de un Q. H. del bazo con ruptura de su adventicia y del parénquima esplénico adyacente. Se trata de un caso de equinocosis peritoneal heterotópica de origen esplénico.

Los signos físicos. Formas clínicas

1º) Deformación de la base de hemitórax izquierdo y tumor de hipocondrio izquierdo en 4 casos. La deformación de la

base del hemitórax es el elemento más constante que hemos encontrado ya que se presentaba en 7 de nuestros 9 casos de equinocosis solitaria del bazo. El tumor con los caracteres semiológicos del Q. H. ocupaba siempre el H. I. extendiéndose en unos casos hacia el epigastrio y en otros hacia el flanco.

3º) Deformación de la base de hemitórax izquierdo acompañado de un tumor situado en el hipocondrio izquierdo y epigastrio y de una esplenomegalia en un caso. Correspondía a un Q. H. retrohiliar. En un solo caso se comprobó la existencia de frémito hidático.

III) ESTUDIO RADIOLOGICO

Aparece un síndrome radiológico que traduce la ocupacion de la logia esplénica y que no es característico del Q. H. del bazo ya que puede ser dado por otros procesos. Está constituido por varios elementos con variantes que dependen del sitio del bazo donde está situada la hidátide y del lugar hacia el cual se extiende en su crecimiento expansivo.

En el estudio radiológico directo se ve: opacidad de la logia esplénica; el diafragma izquierdo desplazado hacia arriba y a veces deformado; la cámara gástrica comprimida y rechazada hacia la derecha; el ángulo esplénico desplazado hacia abajo.

Estudio radiológico contrastado: A lo ya mencionado debemos agregar que el duodeno y el ángulo duodenoyeyunal y primeras asas yeyunales pueden ser desplazadas hacia la derecha como se vio en dos de nuestros casos.

Importancia del pielograma y el neumorretroperitoneo en el diagnóstico diferencial entre Q. H. retrohiliar de bazo y el Q. H. de riñón (observación del Prof. Dr. Juan Curbelo).

El Q. H. retrohiliar de bazo puede tener contacto lumbar interno y peloteo y aún puede dar una imagen de deformación en el pielograma debida a la compresión extrínseca de la pelvis y cálices causada por el quiste. Esto fue lo que sucedió en el enfermo estudiado y operado por el Dr. Curbelo donde el pielograma daba una imagen diferente a las descritas por el Prof. Suraço para el Q. H. del riñón. Dicha imagen consiste en la no

visualización de la pelvis renal debido a la compresión extrínseca de adelante atrás efectuada por el quiste y donde los cálices solo se dibujan parcialmente.

El neumorroretroperitoneo demostró en este caso la existencia de tres imágenes: el bazo aumentado con una imagen quística en su parte interna y por debajo de éste el polo inferior del riñón.

IV) TRATAMIENTO

Sólo hemos empleado cuatro procedimientos en los 16 casos operados.

1º) Evacuación de la hidátide, cierre de la adventicia y abandono en 6 casos de Q. H. hialinos.

2º) Esplenectomía en 6 casos, siendo 5 hialinos y 1 degenerado.

3º) Drenaje en 3 casos, siendo la causa del drenaje debido a: un caso de Q. H. supurado, otro de Q. H. degenerado y el tercero a un Q. H. multivesicular.

4º) Un procedimiento de excepción aplicado en el caso de la hidatidosis peritoneal heterotópica de origen esplénico que consistió en extraer la hidátide que estaba situada en el H. D. por debajo del hígado y donde no se actuó ni sobre el bazo ni sobre la adventicia.

Indicaciones terapéuticas.— Del análisis de los procedimientos aplicados a los 16 casos operados de Q. H. de bazo surgen con claridad y nitidez las indicaciones de los tres procedimientos que hemos empleado:

1º) Evacuación de la hidátide, cierre y abandono de la adventicia; está indicado en quistes hialinos de tamaño pequeño y mediano.

2º) Drenaje indicado en: quistes supurados; en los casos en que por dificultades técnicas no pueda hacerse la esplenectomía en los quistes que son tributarios de esta cirugía.

3º) Esplenectomía. Está indicada en: multiplicidad de quistes; quistes hialinos voluminosos con destrucción de la mayor parte del bazo; quistes degenerados; quistes calcificados; quistes multiloculares llenos de vesículas hijas.

EVOLUCION Y COMPLICACIONES

En los enfermos operados por Q.H. de bazo no hubo ninguna muerte. En lo que se refiere a la evolución de acuerdo al procedimiento aplicado en cada caso, podemos decir:

1º) En los casos de esplenectomía, en general la evolución fue excelente; estos enfermos fueron los que recibieron el alta más rápidamente entre el quinto y sexto día.

2º) En los operados por el procedimiento de evacuación de la hidátide, cierre y abandono de la adventicia, el promedio de hospitalización osciló en la mayoría de los casos entre los doce y dieciséis días. Únicamente se observaron complicaciones pulmonares en dos casos.

3º) Quistes degenerados. En un caso se presentaron dos complicaciones: fístula gástrica y absceso subfrénico; no fue necesaria la reintervención para actuar sobre sus complicaciones. La fístula gástrica cerró espontáneamente y el absceso subfrénico se drena introduciendo una pinza por el orificio de drenaje. A los dos meses se fue de alta con la fístula completamente cerrada y la herida bien cicatrizada.

El material anatomopatológico y radiológico así como un resumen de las historias clínicas que sirvieron para hacer esta comunicación, serán publicadas en la tesis sobre "Hidatidosis esplénica".