

## QUISTES HIDATICOS PERITONEALES

Dr. JUAN C. DEL CAMPO

Es nuestro propósito presentar aquí algunos documentos reunidos en el 1930, ilustrando sobre las causas de mortalidad en la equinocosis peritoneal secundaria y llevando a una táctica quirúrgica precisa.

Aunque el conocimiento de la enfermedad hidática ha adelantado, los medios auxiliares han cambiado fundamentalmente (antibióticos, anestesia, medios de sostén) y la táctica quirúrgica se ha afirmado, podemos decir que vemos aún actualmente, aunque cada vez menos, enfermos que llegan a situaciones de peligro por no tener en cuenta estos datos.

Era corriente, en ese tiempo, encarecer la importancia de los quistes pelvianos por su repercusión ureteral y era también corriente, de parte de los cirujanos, el dividir la solución integral del problema en múltiples sesiones operatorias, condicionadas a los datos clínicos y yendo por lo tanto, en primer término, a los quistes palpables, subhepáticos, centroabdominales.

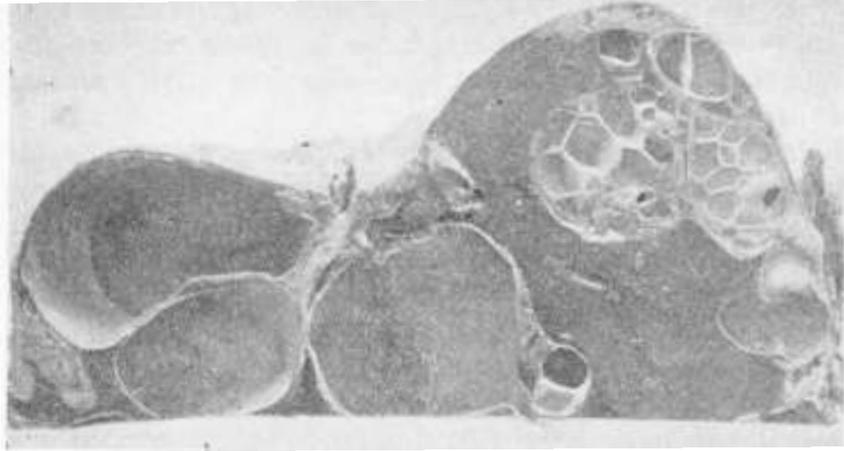
Estudiamos, en 1930, diez casos de muerte por hidatidosis peritoneal. En uno de ellos, la paciente llegó al Servicio en condiciones de absoluta inoperabilidad. Presentado en clase, el Prof. Alfonso Lamas opinó que debía descartarse toda posibilidad de curarla. Los innumerables quistes levantaban la pared abdominal anterior, empujaban el piso pelviano y elevaban ambos diafragmas hasta la línea de la 3ª costilla (parte posterior).

El desequilibrio producido por una intervención al parecer inocente, con anestesia local y sin abrir el peritoneo (incisión y evacuación de quiste de unos 400 c.c. adherido al peritoneo peritoneal anterior) terminó con la enferma (cuadro pulmonar en un caso de suficiencia respiratoria mínima).

En estas condiciones después sólo hemos visto un caso que el Prof. Lorenzo Mérola nos puso en aviso de su seguro fallecimiento para que pudiéramos examinar el material.

Los nueve casos restantes, fallecieron todos en condiciones similares por insuficiencia hepática después de varias intervenciones, habiendo transcurrido un largo tiempo, en general años, entre la primera y la última.

La causa de esta insuficiencia, resalta claramente en los diapositivos que proyectamos (figs. 1, 2 y 3): persistencia y



**Fig. 1.**—Caso de muerte por insuficiencia hepática. Numerosos quistes, unos intrahepáticos y otros perihepáticos, han reducido enormemente el parénquima.

complicaciones biliares de la cavidad adventicial quística residual, multiplicidad de los quistes hepáticos, compresión del parénquima por los quistes perihepáticos.

Y dado que el proceso se desarrolla en meses o en años, era cuestión de conocimiento y de táctica quirúrgica el cortar estas situaciones. A ello se referirá el Dr. Barreneche.

No tuvimos ni vimos ningún caso de muerte por insuficiencia renal, quizás porque conocida su posibilidad era evitada, buscada y tratada a tiempo en ese entonces.

Señalamos, sin embargo, que conocimos dos casos de insuficiencia renal (de tipo excretorio, postrenal) importantes.

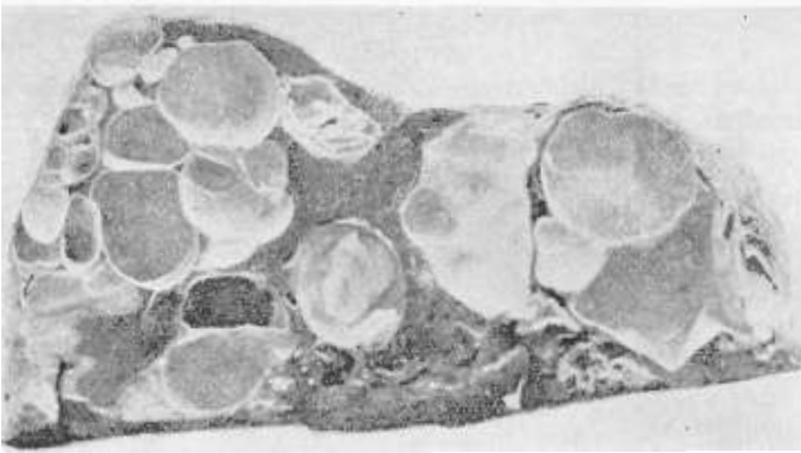


Fig. 2.— Mismo caso de la figura 1.



Fig. 3.— Caso fallecido de insuficiencia hepática. Hemorragias intraquísticas postoperatorias. Hecho interesante, el riñón, a diferencia de lo habitual, ha sido desplazado hacia arriba.

Uno del Dr. Roberto Pereyra, caso en el cual el paciente ingresó con 1gr.50 de urea en sangre.

Y otro del Dr. P. Larghero, que tenía 7 grs. de urea. Ambos curaron sin incidentes, entrando en orden, por el simple tratamiento del quiste.



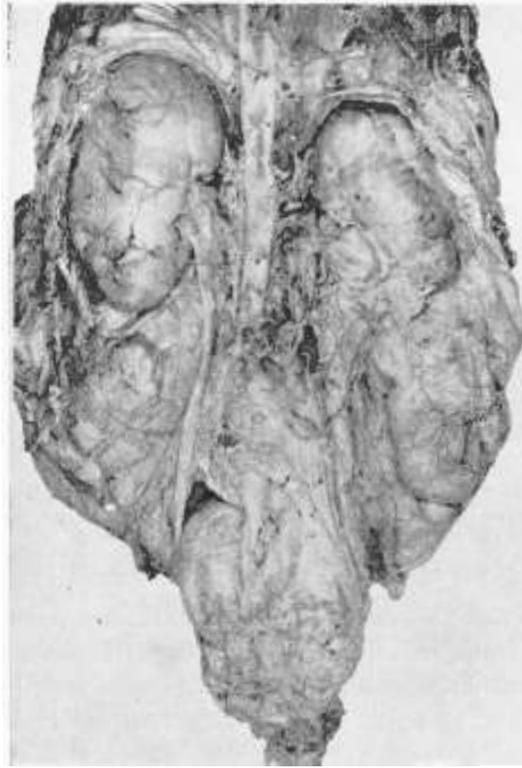
Fig. 4.—Urografía intravenosa mostrando la dilatación de las cavidades pieloureterales en un caso de hidatidosis peritoneal secundaria.

Las facilidades actuales de exploración (urografía intravenosa, ver fig. 4) permiten definir el estado anatómico de las vías urinarias y seriar los actos operatorios teniéndolos en cuenta.

Es interesante señalar que no hay sector del aparato urinario que no pueda ser dañado por la siembra hidática.

Es así que hemos visto:

- 1) Un caso de siembra perirrenal incrustándose en el riñón derecho, siembra a punto de partida en un quiste hidático del hígado con una serie continua de quistes desde la zona retroperitoneal del hígado hasta la atmósfera perirrenal.



**Fig. 5.**—Dissección del cadáver de un paciente fallecido de hidatidosis peritoneal secundaria. Dissección de la región lumbar desde atrás. Se ven ambos riñones, ambos bacinetes y uréteres dilatados, sobre todo el derecho.

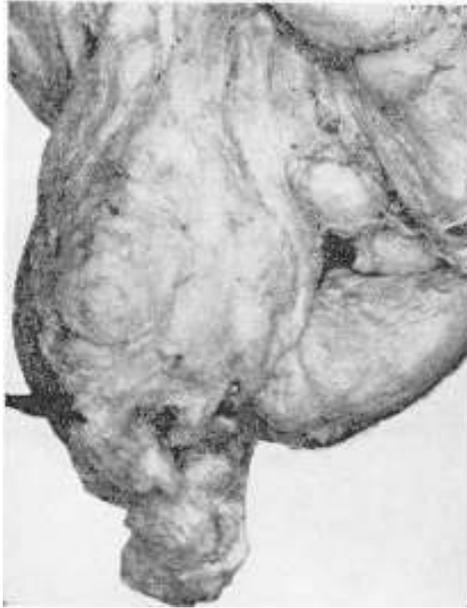


Fig. 6.— Mismo caso de la figura anterior. Vista lateral. Antes de terminar en la vejiga el uréter es comprimido, laminado por quistes hidáticos.

- 2) Un caso de quiste de siembra situado por encima de la línea innominada, levantando el uréter que cubría su cara anterior, en bandolera.
- 3) Quistes hidáticos retrovesicales con un caso de abertura en la vejiga.
- 4) Quistes hidáticos del fondo de saco vésicouterino, desplazando la vejiga como en la retroversión del útero grávido.
- 5) Quistes hidáticos situados detrás de la base vesical y separando y distendiendo ambos uréteres (ver figuras 5 y 6).