

# HIDATIDOSIS PERITONEAL

## Estadística. Tratamiento

*Dr. NELSON B. VARELA*

La presente comunicación se refiere exclusivamente a los casos de equinococosis peritoneal secundaria como complicación de la hidatidosis abdominal.

La finalidad de la misma consiste en mostrar los casos que han ingresado a la Clínica, el tratamiento realizado, así como la enseñanza que se obtuvo de su estudio.

El diagnóstico positivo de equinococosis peritoneal a veces resulta difícil, especialmente cuando los pacientes ingresan con moderada repercusión general, existe anemia (la hemos comprobado en el 50 % de los casos de hidatidosis que ingresaron al Servicio) y se agrega además en la hidatidosis múltiple, la presencia de tumoraciones abdominales; el diferenciarla de la carcinomatosis peritoneal es problema de diagnóstico operatorio, máxime aún cuando las dos afecciones pueden tener ascitis. En una de nuestras observaciones (Nº 7), hemos resuelto este problema mediante neumoperitoneo y radiografías simples de abdomen obtenidas en distintas posiciones. De esta manera, fue así posible evidenciar los quistes tal como se ven en las radiografías.

No es nuestra intención aconsejar el estudio sistemático por medio de esta técnica, de los pacientes que eventualmente puedan encontrarse en condiciones similares, ya que existe el peligro de la ruptura de algún quiste (Escudero y Pasman) y pensamos como dice Mirizzi, que sólo debe usarse cuando sea indispensable e insustituible.

Cuando existe derrame intraperitoneal, puede ponerse en evidencia el signo descrito por G. Capurro y P. Blanco de "los

cantos rodados”, en el que se visualizan sobre el nivel superior del líquido ascítico numerosas saliencias redondeadas, opacas, semiesféricas, que corresponden a las vesículas hidáticas.

Las reacciones biológicas practicadas, Cassoni, Weimberg y la eosinofilia, fueron positivas en un solo paciente.

La revisión de los casos ingresados al Servicio por equinocosis hidatídica, la evolución de los mismos, así como la mortalidad que alcanza un 10 % (fallecieron 7 pacientes), autoriza a catalogar la enfermedad hidática como de pronóstico grave, que en algunos casos transcurre como una verdadera neoplasia, siderando al paciente, el que debe ser operado en repetidas oportunidades, con los riesgos que son de imaginar.

En un total de 3.254 egresos, hemos tratado 70 casos de hidatidosis, correspondiéndole a la localización peritoneal 7 pacientes, lo que representa el 10 % de todas las localizaciones hidáticas.

#### Cuadro 1

CLINICA QUIRURGICA  
A CARGO DEL Prof. JOSE A. PIQUINELA.  
HOSPITAL PASTEUR

Marzo 7 de 1957 a octubre 25 de 1960

Total de egresos: 3.254 pacientes.

Total de pacientes con hidatidosis: 70 (2,15 %).

Hidatidosis hepática . . . . .	48	68,55 %
pulmonar . . . . .	8	11,4 %
peritoneal . . . . .	7	10,00 %
" renal . . . . .	3	4,28 %
esplénica . . . . .	3	4,28 %
" muscular . . . . .	1	1,42 %

Todos los pacientes provenían del interior de la República; seis pertenecían al sexo femenino y uno al masculino.

La edad de los pacientes osciló entre 22 y 64 años.

Cuatro pacientes habían sido operados de equinocosis en varias oportunidades; tres pacientes consultaron por primera vez, dos por tumoración única del abdomen y uno por tumoraciones múltiples.

Comprobamos anemia inferior a 4.000.000 de glóbulos rojos en cuatro de nuestros pacientes.

Como complicaciones a notar de esta forma de equinocosis, una paciente presentó apertura de uno de sus quistes en vagina y otra en el intestino, presumiblemente en el recto. En otra paciente se observó, en el acto operatorio, una hidronefrosis bilateral, predominando a derecha y producida por compresión de los uréteres por quistes de localización abdominal inferior y pelviana.

Se trató un paciente con una hidatidosis peritoneal primitiva heterotópica, con historia típica de esta forma de equinocosis.

Uno solo de los pacientes presentó litiasis vesicular asociada, no debida a núcleos hidatídicos.

De nuestros 7 casos de equinocosis peritoneal secundaria, falleció un paciente, lo que representa el 14,28 % de mortalidad, paciente que en el curso de una toracotomía por tránsito hepatobronquico de un quiste, se produce un paro cardíaco, no siendo posible su recuperación.

Al referirnos al tratamiento de la equinocosis peritoneal secundaria, debemos decir algunas palabras sobre la profilaxis de la hidatidosis; para ello, repitamos lo sostenido por Dévé: "la verdadera profilaxis consistirá en prevenir la ruptura quística, operando la lesión parasitaria enseguida que se diagnostica". Será necesario que la intervención sea realizada con las máximas precauciones, protección del campo operatorio, formolaje, etc., medidas destinadas a evitar la diseminación del parásito.

En la equinocosis peritoneal secundaria, es donde el tratamiento biológico de la enfermedad hidática, encuentra una de sus aplicaciones.

Dos de nuestros pacientes (Obs. 2 y 4), fueron tratadas con antígeno hidático, en distintas etapas de su evolución. Se trataba de dos pacientes multioperadas, una de ellas intervenida además por su tránsito hepatobronquico, las que aún sobreviven.

Cuadro 2

Observaciones	Antecedentes	Historia
Nº 1 Isolina da S., 62 años Ficha 41	Quiste hidático de hígado (15 años). Quiste hidático vía vaginal (12 años antes).	Tenesmo vesical. Polaqui. Tumor hipog. Tumor fondo de saco vésicouterino.
Nº 2 Filomena Rob., 59 años Ficha 337	Multioperada equin. peri y trans. hepatobronquica.	Expulsión M. hidáti. con materias. Tumor fondo de saco post.
Nº 3 María E. de G., 49 años Ficha 489	Multioperada.	Tumor de hipoc. der. e hipoc. izq.
Nº 4 Modesta G. de H., 50 años Ficha 1131	Multioperada. Quiste hidático de hígado. Equin. peritoneal.	Expulsión líquido hidát. por vagina.
Nº 5 Everildo M., 50 años Ficha 1288	Sin particularidades.	Tumor de hipoc. der.
Nº 6 María F. de T., 22 años Ficha 2736	Tumor de epigastrio.	Dolor abdominal. Desaparición del tumor.
Nº 7 Juana G. de P., 64 años Ficha 2826	Sin particularidades.	Dispepsia. Anemia. Tumores abdom. múltiples.

En los casos de equinocosis secundaria a quiste único, la extirpación resolvió el problema; hemos procedido de esta manera en tres pacientes.

En razón de las frecuentes adherencias a los órganos vecinos, el peligro de apertura de las vísceras vecinas es de suma importancia; la vecindad vascular, especialmente la vena cava inferior, multiplica esos riesgos. En algunos de esos casos debe procederse a la resección parcial del quiste o a una quistostomía. Deben evitarse muy especialmente las deperitonizaciones extensas.

Operación	Diagnóstico	Evolución	Anatomía patológica
<b>Quistectomía.</b>	Equin. secundaria. Fondo de saco vesiconterino.	Buena.	Quiste hialino a múltiples vesículas.
<b>No se operó.</b> Tratamiento biológico.	Equin. peritoneal múltiple. Abertura quiste en intestino.	Estacionaria.	
<b>Quistectomía. Quistostomía. Colectomía.</b>	Equin. peritoneal múltiple.	Fallece en acto operatorio posterior.	
<b>Quistostomía.</b> Quistes pelvianos. Tratamiento biológico.	Equin. peritoneal. Hidronefrosis bilateral.	Estacionaria.	Un quiste supurado. Un quiste hialino multivesicular.
<b>Quistectomía.</b>	Quiste hidático de siembra mesocolon.	Buena.	Quiste calcificado.
<b>Quistectomía.</b>	Hidatidosis perprimaria heterotópica.	Buena.	Quiste hidático hialino.
<b>Quistectomía. Quistostomía.</b> Resección epiplón.	Equin. peritoneal.	Estacionaria.	

En la equinococosis peritoneal secundaria múltiple se debe hacer el tratamiento quirúrgico por etapas. No existe una regla aplicable a todos los quistes. La localización de los mismos orientará a tratar aquellos que por sus complicaciones pongan en peligro la vida del paciente.

Los quistes perihepáticos merecen preferente atención, tal como lo señaló el Prof. Del Campo, ya que la compresión que determinan, reduciendo al parénquima hepático, a veces, a una verdadera lámina, llevan a la muerte por insuficiencia hepática. A una de nuestras pacientes fue necesario tratar primero sus

quistes pelvianos que producían hidronefrosis bilateral por compresión de los uréteres.

En el preoperatorio se corregirán las posibles deficiencias orgánicas, anemia, hipoproteinemia, se hará protección hepática, etcétera.

La incisión será adecuada a la topografía del o de los quistes y orientada hacia aquellos cuya complicación se desea tratar.

Las incisiones tenderán a evitar, en lo posible, la aparición de las eventraciones postoperatorias (Dévé señalaba la necesidad de hacer incisiones transversas en las paredes laterales del abdomen para evitarlas). Tres de nuestras pacientes, multiope-  
radas, presentaban eventraciones postoperatorias.

En general, es la laparotomía la que señalará los quistes que deben ser tratados en primer lugar, por su topografía o complicación.

Será necesario, en algunos casos, hacer incisiones complementarias que permitan tratar los quistes más peligrosos.

Se procederá con algunos de ellos a su extirpación, en otros será necesaria su resección parcial, cierre y abandono, en quistes adheridos y de tamaño importante se procederá a hacer una quistostomía.

A una de nuestras pacientes se le extirpó el epiplón mayor, sembrado de tumoraciones quísticas.

Se topografiarán los quistes que deban ser tratados ulteriormente.

El postoperatorio debe ser vigilado estrechamente, podrá observarse bilirragia, hemorragia, supuración y se pesquisaré la aparición de insuficiencia hepática.

El tratamiento biológico puede alternar con las intervenciones.

De nuestras 7 observaciones, tres pueden considerarse curadas (hidatidosis a quiste único); una falleció en acto operatorio y tres puede decirse que están en tratamiento, ya que su paso por la Clínica fue una etapa de la evolución de su enfermedad hidática.

## LITERATURA CONSULTADA

- C'ELAYA, Mariano.— Hidatidosis peritoneal. "Patología Médica", 1950.  
Del CAMPO, J. C.— "Abdomen agudo", 1940.

- Del CAMPO, J. C.—Sobre las peritonitis crónicas de origen hidático con o sin bilis. "Bol. Soc. Cirugía", 1940.
- Del CAMPO, J. C.—Ruptura intraperitoneal de quiste hidático. Peritonitis plástica perihidática. "Bol. Soc. Cirugía", 322; 1940.
- DEVE, F.—"L'échinococose secondaire", 1946.
- ETCHEGORRY, F.—Coleperitoneo hidático agudo traumático. "Bol. Soc. Cirugía", 181; 1940.
- GARCÍA CAPURRO, F. y PIAGGIO BLANCO.—"Semiología clínicorradiológica de los tumores de abdomen", 1946.
- LARGHERO YBARZ, P.—Peritonitis hidática aguda por ruptura de quiste hidático del hígado en el peritoneo. "Bol. Soc. Cirugía", 177; 1940.
- PIAGGIO BLANCO, R. y SANGUINETTI, C.—"Afecciones del hígado, vías biliares y del páncreas", 1948.
- RODRIGUEZ ESTEBAN, C. Ma. y LOUBEJAC, A.—"Equinococosis primitiva heterotópica del abdomen".