

QUISTE HIDATIDICO RETROPERITONEAL PRIMITIVO*

Dr. J. SOLA SURIS

VAMOS a referir un caso de Q.H. R.P., que ha sido observado en nuestro Servicio de Cirugía del Hospital Comarcal de Igualada.

Historia Clínica 260/63

Se trata de J. T. R., varón, de 44 años, natural de Igualada y residente en la misma población. Ingresa en el hospital en 15 de junio de 1963.

Antecedentes familiares: Padre vive y está sano a los 69 años. Madre falleció en 1956, consecutivamente a una peritonitis difusa, por absceso subfrénico, habiendo sido operada anteriormente unos 8 años antes, de quiste de ovario gigante, muco gelatinoso. El enfermo es el primer hijo de este matrimonio; hay otro hermano menor que está bien.

Antecedentes personales: Ningún antecedente patológico anterior. Contrajo matrimonio a los 34 años y su esposa al año dio a luz, en parto normal y espontáneo, a un hijo varón que vive y está bien.

Enfermedad actual: Hace unos 5 meses, aproximadamente, que empezó con molestias vagas, sensación de peso y dolorimiento no muy bien definido, como un «estorbo» en fosa iliaca derecha, notando la aparición de un abultamiento, que palpaba, al darse cuenta del aumento de volumen abdominal. Poco dolor en reposo y en los movimientos corrientes, deambulación, etc. Ningún trastorno digestivo, obraba bien de vientre y a diario, según ha sido siempre su hábito intestinal, y las deposiciones eran corrientes, en cuanto a

consistencia, forma, color y cantidad. Al insistir posteriormente en el interrogatorio, nos manifestó sentir cierta repugnancia por las grasas; dijo que el sebo de tocino, en forma de «magras» le ocasionaba trastornos dispepticos, eructos y digestiones pesadas. Nunca acusó ningún trastorno urinario, la micción fue siempre normal y espontánea, ni poliuria ni polaquiuria, la orina de color normal. Apetito conservado hasta hace un mes, en que presenta cierta inapetencia. Ha adelgazado un poco, unos 2 kilos como máximo desde el comienzo.

Exploración: Hábito más bien asténico, poco panículo adiposo y bien repartido, vello normal, pesa 67 kg. y mide 1,70 m. de estatura. Coloración de la piel y mucosas normales, boca con alguna caries, encías y lengua normales, paladar normal, nada rinofaringe. Sensorio y reflejos bien. Pulso regular, ritmico, 72 por minuto, sin fiebre. Excusión respiratoria normal en las dos fases.

Abdomen: Ligeramente asimétrico, en el lado derecho a nivel de la fosa iliaca derecha y junto al vacío del mismo lado, se ve la pared abdominal anterior abultada, y se hace más ostensible al deprimirse y distenderse al unísono con las fases respiratorias. Por palpación apreciamos una tumoración globulosa, intraabdominal, redondeada, de forma ovoide con eje mayor longitudinal y paralelo a la linea media, de consistencia difícil de precisar, más bien dura, tumoración que ocupa la F.I.D. y gran parte del vacío, de límites precisos y contornos lisos, sin irregularidades, bordes que permiten diferenciar perfectamente la tumoración de los eidos y órganos vecinos, en su cara anterior y laterales, no así en la posterior, que se halla fija a los planos profundos, no per-

* Comunicación presentada como Académico Correspondiente en la sesión del día 12 de noviembre de 1963.

mitiendo ni movilidad ni desplazamientos en los distintos decúbitos. La tumoración tiene contacto lumbar y en palpación combinada nos parece apreciar una cierta renitencia a tensión, si bien no estamos seguros de ello. No hay circulación suplementaria abdominal, ni síndrome de compresión vascular nerviosa alguno. No hay signos inflamatorios parietales. El tacto rectal, nada anormal, ampolla rectal vacía, presacro normal, nada hemorroidal, nada anal.

La exploración radiológica del tramo digestivo fue demostrativa, se apreció una desviación y desplazamiento del ciego y del colon ascendente, hacia adelante y hacia afuera, como rechazados por una sombra que corresponde a la forma y situación de la tumoración que se apreciaba por la palpación abdominal.

El laboratorio nos suministró datos de gran valor acerca de la naturaleza del tumor.

Orina (1.300 c.c. 24 h.) de características normales, densidad normal (1,02), albúmina y glucosa negativas; urea, 21 mg./%.

Examen hematológico:

Hemacias, 4.930.000. Hemoglobina, 16 = 89 %. Valor globular = 1.

Leucocitos: 10.700 por mm. c. Basófilos, 1. Eosinófilos, 6. Neutrófilos juveniles, 0. Neutrófilos nuc. en banda, 6. Neutrófilos nuc. segmentados, 50. Linfocitos, 31. Monocitos, 6.

Sedimentación globular: 13 mm. a la primera hora (algo acelerada).

Tiempo de sangría: 3 1/2 minutos. Coagulación en tubo, 7 minutos. Prueba del brázal, negativa. Retracción del coágulo, normal.

Weltmann: Floculación hasta el 7º tubo.

Urea en sangre = 0,37 gr. por 1.000.

Glucemia: 0,92 gr. por 1.000.

Reacción de Casoni: intensamente positiva, precoz, a los 15 y a los 30 minutos, regresa a las 24 horas.

Weinberg: positivo ++.

Supuesta la naturaleza hidatídica de la tumoración y su situación retroperitoneal, para establecer su relación y dependencia con el riñón, se practicó la urografía descendente. En las radios practicadas a los 0, 3, 15 y 30 minutos se ve la diferencia entre el lado izquierdo (sano) y el derecho, se aprecia en la radio sin contraste una sombra correspondiente a la tumoración; en las

de contraste no se visualiza el uréter derecho; si el izquierdo; hay retención en los cálices y signos hidronefróticos por compresión del uréter en el lado derecho; en el lado izquierdo se ve el uréter hasta su entrada en la vejiga. Así quedó establecido el diagnóstico: de *quiste hidatídico retroperitoneal*.

Operación: Auyados por el Dr. Botet P. H.º M.ª C. y bajo anestesia general del paciente por el Dr. Sangenis, mediante intubación endotraqueal, relajadores, flaxedil, kenthal, escasa cantidad de éter, con O.M.O. practicamos una laparotomía parorrectal, transperitoneal. El enfermo había sido preparado convenientemente antes del acto operatorio y lo fue durante y después del mismo, administrándose todo cuanto fue necesario para su estado general y para una mayor seguridad y favorable evolución.

Encontramos una tumoración que por debajo del mesocolon, junto a la raíz del mesenterio en fossa iliaca derecha y vacío del mismo lado, levantaba y rechazaba hacia adelante y afuera el ciego y el colon ascendente, era fija y no desplazable. La exploración del hígado, cara superior, inferior, bordes, etc., vías biliares, así como duodeno, estómago, páncreas, resultó negativa la existencia de un Q.H., ninguna cicatriz, ningún nódulo ni tumoración; la forma, el volumen y la consistencia y color eran completamente normales; nada mesentérico, nada ganglionar.

Protegimos extremadamente el campo operatorio, puncionamos a través del mesocolon en el sitio que se hallaba levantado por la tumoración, la punción dio un líquido claro, agua de roca, sin retirar la aguja ni la jeringa practicamos la punción evacuadora por aspiración, formolaje de la cavidad, incisión a este nivel del mesocolon, y a través de la brecha practicada, respetando las arcadas vasculares, se extrajo la membrana madre; se trataba de un quiste unilocular; el uréter, que previamente había sido cateterizado, se hallaba adosado a la parte posterior de la bolsa de reacción periquística, y en el tejido celular retroperitoneal, desplazado hacia la línea media, el mesocolon incidido estaba aumentado de grosor, pero el Q.H. era claramente desarrollado en el espacio retroperitoneal, no era intraliga-

mentoso, era submesocólico y sin comunicación con ningún órgano.

Sutura de la incisión laparatómica por planos, practicando la marzupialización de la bolsa periquística dejándola abierta y abocada a la pared abdominal con drenaje de gasa.

El curso postoperatorio fue satisfactorio y favorable, el drenaje fue retirado a los pocos días, ya que la cavidad casi no supuró, solamente escasa serosidad; el enfermo pudo salir del hospital a los 17 días después de la operación, curando completamente la herida a los 60 días.

Actual: Está bien, no tiene molestias, ha aumentado unos tres kilos de peso en los tres meses posteriores a la operación.

COMENTARIO: RAREZA DE LA LOCALIZACIÓN RETROPERITONEAL

La equinococosis retroperitoneal primitiva, directa u homeotópica es excepcional; sólo puede admitirse en ausencia de otro foco hidatídico en el organismo y aún con ciertas reservas, ya que no es nada fácil eliminar la posible e ignorada existencia del mismo. Entre la forma primitiva y secundaria de equinococosis, existen diversas modalidades, la llamada por Deve *Equinococosis primitiva heterotópica*, en realidad es secundaria y consecutiva a injerto a distancia del foco primitivo, generalmente un Q.H. del hígado; el germen equinocóccico perfora la cápsula de Glisson y se implanta lejos, desarrollándose independientemente y sin comunicación alguna con el foco primitivo de origen.

Existe la forma de *migración*, que se presta a confusión en casos primarios, menos frecuente que los

abscesos amebianos, según Frai-lang y Thiodet; ha sido minuciosamente estudiada en un caso que en 1957 publicaron Hillement-Patel-Lataste-Premont-Duron.

La forma de propagación del quiste hidatídico retroperitoneal *primitivo*, puede ser por vía linfática, Urso y Erricho la consideran principal, y por vía hemática, que según Picaro es más lógica: el embrión exacanto llega al intestino, generalmente colon o sigma, penetra en los vasos y por vía sanguínea atraviesa el hígado y el pulmón, sin detenerse en ellos en un 15 % de ocasiones, y sigue al espacio retroperitoneal, en cuyo tejido conjuntivo laxo se implanta y desarrolla en forma primitiva.

* * *

Repasando la literatura médica mundial de estos últimos 25 años, son muy pocas las referencias de Q.H.R.P. que hemos hallado, y hemos tenido que conformarnos con alguna referata sin haber podido lograr el artículo original. Las hay de Q.H. del páncreas, del riñón, no así perirrenales, los cuales ni tan siquiera se mencionan en el extenso y documentado trabajo que en Oxford realizó Arthur Spriggs en 1952, del origen y naturaleza de los quistes perirrenales. Existe alguna que otra alusión de Q.H. retrovesical, pero en cuanto a Q.H.R.P. propiamente dichos, las citas son muy escasas y aun alguna de ellas de difícil aceptación como forma primitiva en el tejido celular laxo re-

troperitoneal. Así sucede con el caso de Di Mateo, que un año antes había sido operado de Q.H. de la base del pulmón izquierdo, y luego cuando se intervino por laparotomía media supraumbilical, fue por un Q.H.R. de situación alta, supracólico en el espacio entre duodeno y el hígado, por debajo del peritoneo posterior, sin comunicación alguna con ningún órgano.

Hemos encontrado las referatas de Mourali (Túnez) y de Dimitrov (Sofía), de Q.H.R.P. desarrollados en el músculo psoas.

La cita más antigua de Q.H.R.P. que hemos encontrado es la de Cavina en 1924, citado por Di Mateo «quiste hidatídico de la fascia paracólica izquierda».

Gentil y Conde (Argel), en 1951, nos hablan de «algunas localizaciones raras de quistes hidatídicos».

En 1951, Surraco se ocupa de «quistes hidatídicos subperitoneales».

En 1952, González y Biolet, de la Universidad de Córdoba (Argentina), publican «Quiste hidatídico del tejido celular retroperitoneal».

En 1953, Ernesto Lehmann y José Schapira, de Israel, en «Retroperitoneal cyst d'echinococo», refieren el caso de un joven de 19 años con síndrome de hipertensión, trastornos oculares, etc., por incisión lumbar que prolongan hasta recto lateral (vaina). Q.H. pararrenal, síndrome hipertensión por compresión arterial renal, compresión vías urinarias. Extirpan Q.H. con riñón.

En el mismo año 1953, Bertelli, L., y A. Venturini, «Quiste hidatídico para-vertebral», refieren el caso de un Q.H. muy voluminoso retroperitoneal.

En 1954 encontramos la publicación de Di Mateo (ya citada).

En 1955, Picaro, de Belluno (Italia), «Sue due casi da cisti da echinococo retroperitoneal», uno de ellos en el tejido celular retroperitoneal; el otro, prevertebral entre la columna y el psoas. Los dos primitivos.

En 1956, Noted y Montera, en Argel, «Une forme particulière de l'echinococcosis abdominale; l'echinococcosis retroperitoneale».

Lockhart, J., y Sapriz, C., de Montevideo, en 1956: «Dos casos de quistes hidatídicos retroperitoneales», uno de ellos en la fosa lumbar.

En el año 1958, el mismo Lockhart publica en Bélgica «L'Hydatidose rétropéritoneal primitive».

En España existen valiosos trabajos y publicaciones sobre la hidatidosis, pero en ninguno de ellos hemos hallado referencia a quistes hidatídicos retroperitoneales primitivos.

DIAGNOSTICO DEL Q. H. RETROPERITONEAL

No es nada fácil; por lo general se piensa en un tumor macizo, maligno o no, ganglionar, nerviososímpatico, en un absceso, hematoma, en un quiste de mesenterio que en su crecimiento se dirige hacia atrás, siendo muy difícil diferenciar

el primitivo origen de implantación, pero nunca se piensa en su naturaleza hidatídica. Nosotros pensamos primeramente en un quiste mesentérico; también pensamos en una hidronefrosis; el diagnóstico cierto fue establecido por exclusión de ambos procesos y como resultado de íntima colaboración médica en trabajo de equipo. La primera orientación nos fue suministrada por la exploración digestiva realizada por el Dr. Armengol. En ayuda decisiva respecto a la naturaleza del tumor vino el laboratorio y los exámenes practicados por el Dr. Sangenís, eosinofilia de 6, Casoni positivo, Weinberg positivo, ausencia de anemia y de fórmula supurativa, aun cuando había una discreta aceleración de la velocidad de sedimentación globular, nos permitieron descartar otros procesos y hablar de Q.H. Con la exploración urológica practicada por el Dr. Pérez-Trujillo y el Dr. Ortiz en las urografías descendentes, pudimos excluir la dependencia renal del tumor, su asiento retroperitoneal por los desplazamientos de uréter, ya que si bien el uréter derecho se podía catetizar y de hecho así se hizo para facilitar la operación, la retención de contraste en pelvis y cálices del lado derecho indicaba la compresión del mismo por la tumoración.

La exploración clínica negativa del tórax, pulmón, mediastino, senos costo-diafragmáticos libres, movilidad completa del diafragma sin elevación de sus cúpulas dere-

cha e izquierda, la sombra y forma del hígado de volumen normal, bordes regulares lisos, ninguna imagen sospechosa a la exploración de R. X, nos permitió excluir la existencia de otro foco hidatídico visible.

No practicamos el neumo-retroperitoneo, que si bien pudo habernos suministrado otro dato de valor, en cuanto a localización ya teníamos el convencimiento de su independencia renal después de la exploración urológica practicada.

La exploración intraabdominal en el acto operatorio, sin existencia de ningún foco, cicatriz, nódulo, ni signo sospechoso alguno de Q.H. en otras estructuras ni órganos, nos permitió formular el diagnóstico de *quiste hidatídico retroperitoneal primitivo*.

TRATAMIENTO

El ideal es extirpar el Q.H.; sin embargo, en la mayoría de ocasiones la extirpación completa de los tumores y quistes retroperitoneales, no puede llevarse a la práctica, no sólo por dificultades técnicas, que pueden a veces superarse; existe también imposibilidad por íntimas adherencias a estructuras y vecindades vitales, vasculares y nerviosas que la hacen desaconsejable.

VIA A SEGUIR

No hay duda que en algunos casos puede seguirse la vía extraperitoneal. El espacio retroperito-