

QUISTE HIDATIDICO DEL TEJIDO CELULAR RETROPERITONEAL

Por los Dres. RODOLFO GONZALEZ y JULIO E. BIALET TIZEIRA

La equinocosis hidatidica retroperitoneal extrarrenal es rara. Más frecuentes serian los hallazgos de autopsia, sobre todo en los casos de localizaciones múltiples.

El diagnóstico —afirma Legueu— es particularmente difícil y se lo ha desconocido antes de toda intervención quirúrgica, excepto un caso de Tuffier en el que se pudo hacer el diagnóstico por la coexistencia de un quiste hidatídico en otro órgano.

Según la teoría hemática, el embrión hexacanto, es transportado por vía sanguínea hasta los capilares del espacio retroperitoneal o a los ganglios linfáticos en él situados; la teoría linfática sostiene que el parásito penetra en los vasos quilíferos transpone los ganglios mesentéricos y se detiene después en los periaórticos.

En nuestro Servicio del Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba, desde enero de 1944 a la fecha, se ha presentado un solo caso.

Se trata de J.H.C., de 14 años de edad, domiciliado en Cerro Blanco, Departamento Puzilla de las sierras de Córdoba. Consulta en nuestro Servicio, el 10 de septiembre de 1952, por una tumoración que ha notado en su flanco derecho y con crecimiento hacia la fosa iliaca del mismo lado. Como antecedente, dice el enfermo —y su madre lo corrobora— que diez y siete días antes, mientras galopaba en el campo, rodó su cabalgadura, sufriendo el paciente un golpe con la montura en el hemiabdomen derecho, al quedar enganchado su pie en el estribo.

El golpe no fué muy intenso, pero el paciente le atribuye su enfermedad actual. No tuvo hematuria ni trastornos urinarios, en esa oportunidad ni después. La tumoración era algo dolorosa cuando caminaba, pero poco después no le dolió más.

Entre los antecedentes personales, debemos destacar: que el paciente trabajaba en el cuidado de ganado ovino, bovino y caballar y su promiscuidad con los perros. Tres años antes el paciente sufrió de fuertes dolores en la pierna derecha sin que pueda precisar el diagnóstico que se le hizo durante su internación en otro Servicio en esa fecha.

No ha tenido nunca enfermedades de importancia ni antecedentes de prurito, urticaria o reacciones de hipersensibilidad.

El examen físico nos demuestra tratarse de un enfermo bien desarrollado, algo delgado. Afebril cardio-vascular normal. Tensión 120/80. Pulso 84.

El aparato respiratorio era clínicamente normal. No se palpaba hígado ni bazo. En el resto de la economía, nada de particular, excepto lo siguiente:

A la inspección, la región lumbar derecha, aparecía ligeramente abombada y el hemiabdomen del mismo lado estaba deformado por una tumoración paraumbilical que se extendía hacia la fosa iliaca separada del reborde costal por una depresión y que parecía tener continuidad

con el abombamiento de la región lumbar. No había signos de inflamación. A la palpación se delimitó esta masa tumoral en su polo inferior, redondeada, del tamaño de un pomelo, que excursionaba poco con la respiración, de superficie lisa, indolora, renitente que peloteaba con la maniobra de Guyón y que no se desplazaba con los cambios de decúbito. La percusión de la tumoración en el abdomen, se transmitía a la mano situada en la región lumbar y viceversa, con sensación de onda líquida. A la percusión de la pared abdominal se ponía de manifiesto que la matidez hepática era seguida hacia abajo por una franja timpánica y luego por una zona submate en relación con la tumoración, rodeada hacia adentro y hacia abajo, por zonas timpánicas. La puño percusión y puntos renoureterales y posteriores de ambos lados, eran indoloros, excepto los puntos ureterales superior y medio del lado derecho.

La orina de una densidad de 1.016, era normal. La urea en sangre 0,43 gramos por mil.

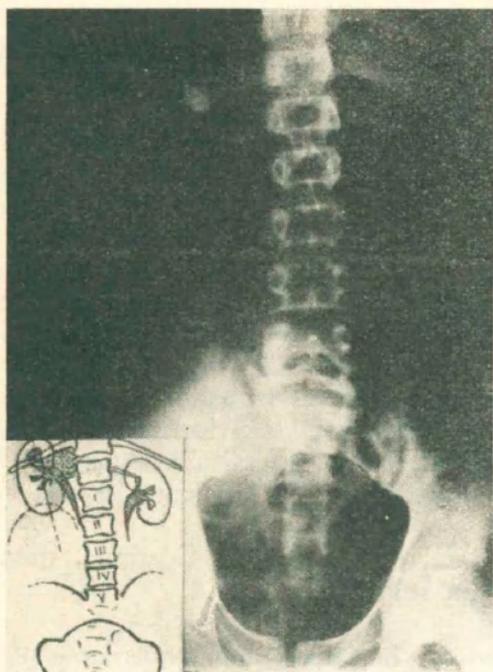


Figura 1

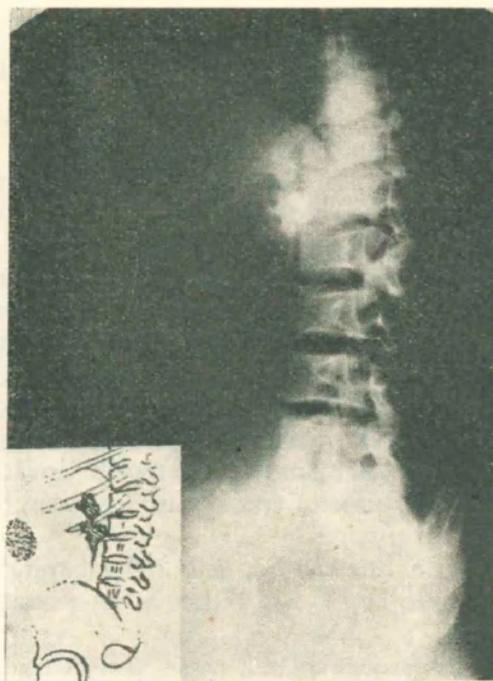


Figura 2

Las reacciones de Wassermann y Kahn negativas. La glucosa en sangre 0.85 gramos por mil. El examen de sangre arrojaba 4.870.000 de glóbulos rojos con 13,79 gramos de hemoglobina y 7.800 leucocitos con la siguiente fórmula: neutrófilos 55 por ciento; linfocitos 36; monocitos 6; células plasmáticas 1 y eosinófilos 2. La eritro-sedimentación nos dió un índice de Katz de 67. Las reacciones de Weinberg-Ghedini y la intradermorreacción de Cassoni fueron negativas. La radiografía de tórax no demostró nada anormal.

En la radiografía directa panorámica del aparato urinario, se observa a la derecha una imagen redondeada, típica de quiste hidatídico calcificado a la altura de la 12 dorsal y sobre la apófisis transversa de la primera lumbar.

En la radiografía contrastada, a los 10 minutos de la inyección de Nosylam, con incidencia antero-posterior de los rayos (Fig. 1) se comprueba eliminación de la substancia opaca en ambos lados con caracteres normales, salvo una ligera dilatación del cáliz superior derecho. El riñón derecho se visualiza bastante desplazado hacia arriba, con el eje mayor hacia abajo y adentro y superpuesta a la imagen de la pelvis, la sombra de quiste hidatídico mencionado.

Por debajo de la sombra renal, se ve otra sombra, de densidad un poco menor que la del

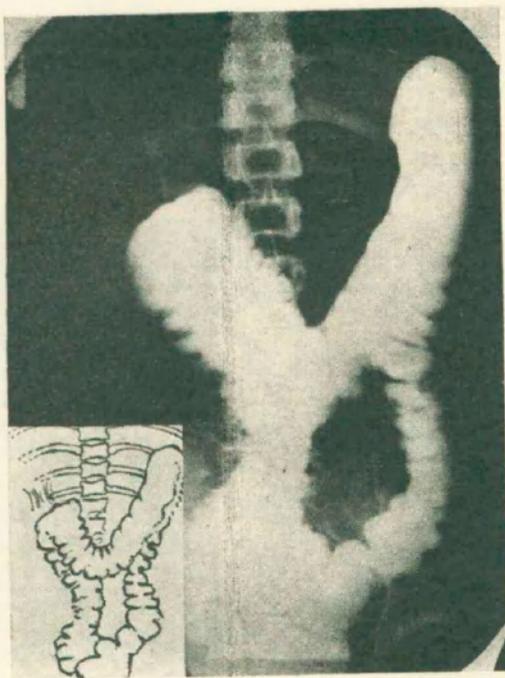


Figura 3

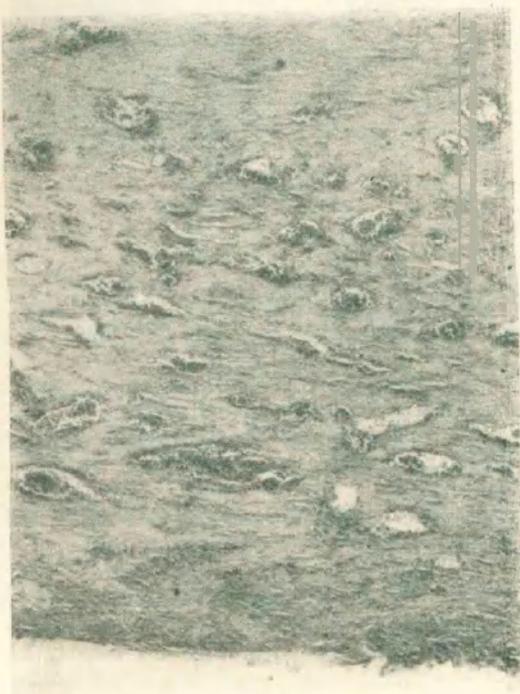


Figura 4

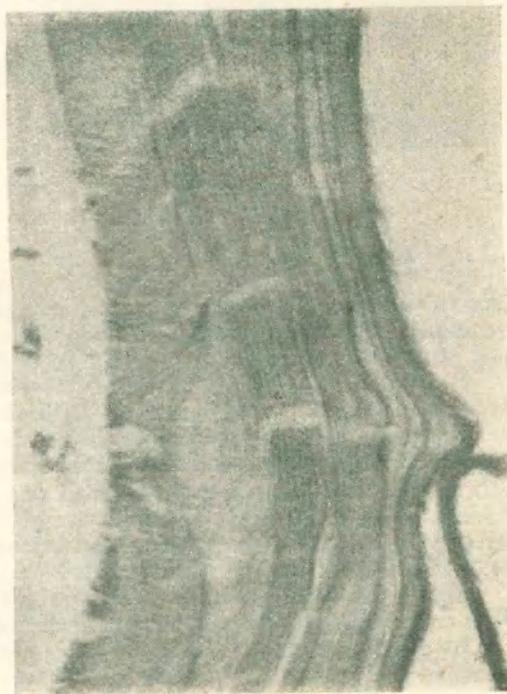


Figura 5

riñón, y cuyo polo superior se superpone en parte, al polo inferior del riñón. El tercio superior del uréter derecho, se encuentra rechazado hacia adentro.

En la incidencia lateral (Fig. 2) se comprueba la independencia de la sombra quística con la del riñón, pues aquélla es anterior.

El examen con enema opaco (Fig. 3) nos mostró el color relleno en toda su extensión, y en su parte distal, adosado en caño de escopeta al transverso proximal.

El examen cistoscópico nos reveló una capacidad vesical de 300 cc. Una mucosa de colorido el ángulo hepático rechazado hacia adentro y abajo, y el ascendente que rebasa la línea media



Figura 6



Figura 7

y aspecto normal. Los meatos de posición, tamaño y forma normales. El cateterismo ureteral del lado derecho, no fué posible efectuarlo, pues la sonda sólo penetraba un centímetro más o menos y no progresaba.

Con el diagnóstico de tumor retroperitoneal y probablemente como quiste hidatídico extrarrenal, el enfermo fué intervenido quirúrgicamente el 23 de septiembre de 1952.

Efectuada la lumbotomía —incisión de Guyón— y seccionados los diferentes planos, fué abierta la cápsula perirrenal y se aisló la tumoración, se la incidió y se evacuó más de 500 cc. de un líquido purulento y gran cantidad de vesículas hijas.

Durante el acto operatorio se comprobó la independencia del polo inferior del riñón con el proceso tumoral como así también que éste estaba separado de la pared abdominal posterior sólo por la fascia retrorenal, sin interposición de células.

Siendo imposible aislar el quiste por su adherencia franca a los tejidos vecinos, se procedió a la marsupialización, previa extracción de un trozo para su examen histológico.

El estudio anátomo-patológico, efectuado por el Profesor Dr. Luis Ferraris, nos informó tratarse de una membrana hidatídica representada por la quitinosa. En los frotis practicados con el raspado de la membrana, no se encontraron ganchos pero abundaban los pioctos y acúmulos amorfos de carbonato de calcio, así como gotitas de líquido. La membrana parasitaria se acom-

pañaba de una gruesa periquística conjuntiva, hialina, de estructura laminar, intensamente vascularizada y con apretados regueros parvicelulares perivascuales. No se encontró estructura hística imputable a un órgano determinado (Figs. 4 y 5).

Veinte días después de la intervención quirúrgica, se practicó con incidencia ántero-posterior y lateral de los rayos, una fistulografía de la cavidad dónde asentó el quiste, comprobándose su situación retroperitoneal (Figs. 6 y 7), y la persistencia de la sombra de quiste hidatídico supuesto de hígado. Un examen de sangre efectuado en el post-operatorio nos mostró el descenso del índice de Katz de 67 mm. a 22 mm.

COMENTARIOS

Se presenta un caso de quiste hidatídico del tejido celular retroperitoneal, en el que la eritrosedimentación era alta pero las reacciones serológicas e intradérmicas eran negativas y no había eosinofilia sanguínea, lo que se explica por tratarse de un quiste muerto.