

observándose deformaciones en el árbol urinario. Radiografía de tórax e hígado; aparentemente normal.

Con el diagnóstico de tumor lumbar, se opera. Incisión posterior sobre XII costilla. Al seccionar planos superficiales aparecen músculos anchos protruidos por tumoración subyacente (slide). Al incidir el músculo oblicuo menor, entre éste y el transverso se encuentra quiste hidatídico supurado constituido por numerosas vesículas hijas y una adventicia que hace cuerpo con estos dos músculos. No se abre el transverso. No se encuentra comunicación con celda renal (slide). Se extirpa la adventicia y se drena ampliamente. Lavado con solución saturada de Cl Na.

Post-operatorio: Satisfactorio.

Comentario: En este caso una tumoración lumbar hizo pensar en un proceso del riñón. Inclusive, la aparición de vesículas hijas durante la operación, hizo pensar en su origen renal dado la rareza de la hidatidosis muscular.

CASO N° 4

H. C. N° 8029 - Hospital de González Chaves (Pcia. Buenos Aires).

J. E. D.: 2 años y seis meses.

Nacido en zona endémica de hidatidosis, consulta al pediatra por una tumoración abdominal izquierda asintomática descubierta por la madre.

Examen físico: Tumoración en flanco izquierdo de 10 cm de diámetro, redonda, de superficie lisa, móvil e indolora.

Llevado a la cirugía, con estudio radiológico cuyo informe revela una tumoración quística extrarrenal al urograma excretor, no habiendo alteración morfológica del sistema pielocalicial. Imagen renal normal.

Los análisis clínicos normales. Reacción de Casoni, negativa.

Operación: 22/4/1965: Incisión en S itálica en el enfermo en posición inclinado 45° con elevación del lado izquierdo. Incisión piel y tejidos subyacentes se llega a la tumoración por vía retroperitoneal. Dicha tumoración tiene relación con el polo inferior del riñón izquierdo. Disecada dicha tumoración se observa las características típicas de un quiste hidatídico; resecado queda la superficie cruenta de un tamaño de 3 cm de diámetro correspondiente a la parte de contacto con el polo inferior del riñón. Hecha la hemostasia de la zona se adosa a la misma tejido celular perirrenal.

Abierta la pieza se comprueba quiste hidatídico.

Pos-operatorio: Satisfactorio.

Pequeño comentario: El valor de este caso es el haberse diagnosticado este quiste hidatídico en un niño de dos años y medio cuya frecuencia es extremadamente rara.

QUISTE HIDATIDICO RETROPERITONEAL PARARRENAL

Por los Dres. ENRIQUE FISCH, ROBERTO QUINTANA y JOSE NOLAZCO

Consideramos tumores retroperitoneales a las neoformaciones sólidas o quísticas desarrolladas primitivamente dentro del espacio retroperitoneal en el tejido celuloadiposo que lo llena y en los órganos que normalmente lo ocupan a excepción del riñón y la glándula suprarrenal.

Los tumores del espacio retroperitoneal cualquiera sea su origen y naturaleza son de rara observación. Existen varias clasificaciones desde el punto de vista etiológico, tal la de Burmeister (1958), la de Patel Tubiana y Ackerman, etc., donde se incluyen entre los quistes parasitarios a la hidatidosis con una frecuencia proporcional sumamente reducida.

En efecto, los quistes hidatídicos retroperitoneales son excepcionales, considerando prácticamente a los primitivos de la región y originados en siembra hemática.

No obstante, se admiten cuatro vías para la siembra: La sanguínea o linfática, la endoperitoneal, la digestiva y la genital. Charcot y Davaine creen que el equinococo puede llegar directamente al tejido celular retroperitoneal por vía sanguínea o linfática y desarrollarse en los mesos, epiplón o el Douglas. Se basaban en el hecho anatómico comprobado quirúrgicamente de que el quiste es casi siempre subperitoneal. Según M. F. Devré existe la noción de que su situación retroperitoneal sería secundaria al revestirse de peritoneo habiéndolo reproducido en el conejo. La vía digestiva se admite por cuanto el equinococo llegaría a través de una brecha de la pared intestinal, y la vía genital a través del tracto genital.

El diagnóstico clínico se inicia a menudo con el hallazgo de una masa abdominal insospechada o con vagos síntomas ponderales o compresivos.

Semiológicamente tienen carácter retroperitoneal: contacto lumbar más o menos directo, peloteo, escasa o nula movilidad respiratoria; a veces gran movilidad lateral, especie de desplazamiento lateral. Topográficamente son lumboiliacos con crecimiento de predominio lateral ya costóiliaco o iliaco franco; son en general indoloros, redondeados lisos, elásticos. Los tumores de gran tamaño llegan a ser absolutamente fijos, ocupan la mayor parte del abdomen, sobrepasan la línea media y pueden no presentar sonoridad colónica pretumoral por desplazamiento del colon hacia adentro y atrás. Presionan sobre el flanco y la pelvis; elevan el diafragma limitando su movilidad y rechazan la masa intestinomesentérica hacia el lado opuesto.

Radiográficamente las placas directas demuestran el tamaño del tumor que puede rechazar hacia arriba el colon transversal, el estómago, el bazo o el hígado y el respectivo hemidiafragma. Hacia adentro las asas intestinales y el colon del lado opuesto; hacia abajo y adentro los órganos pélvicos y hacia afuera presionan sobre el flanco, aunque el colon respectivo queda alejado del mismo.

Las placas contrastadas (por ingesta o enema) dan un síndrome retroperitoneal; rechazo hacia adelante del ángulo duodenoyeyunal, cuarta porción duodenal, colon transversal y colon del lado izquierdo —o bien primera porción duodenal y colon derecho—, lo que no ocurre en los tumores intraabdominales. Las mismas radiografías en proyección frontal señalan el desplazamiento interno del colon descendente —o ascendente— a diferencia de lo que se observa en los procesos renales con su desplazamiento cólico lateral y apertura del ángulo correspondiente. En los grandes tumores el colon con su meso son levantados como la hoja de un libro, a medida que aquél va rotando hacia adentro y atrás, pudiendo quedar finalmente comprimido sobre la pared posterior.

El urograma excretor o el retrógrado informan sobre los diversos desplazamientos y grados de rotación del riñón frente a un tumor retroperitoneal. Las dislocaciones pueden ser tan considerables como para provocar su traslado hasta el lado opuesto asociado con diversos grados de rotación vertical, transversa u horizontal. Por la primera la cara posterior tiende a rotar hacia adelante; en la transversa el polo superior se acerca a la línea media; finalmente en la horizontal el órgano llega a tomar esta posición sobre alguna de sus caras. Otra característica fundamental es la integridad pielocalicial.

contrariamente a las importantes alteraciones —deformación, elongación, amputación— que se observan en las neoplasias renales. El uréter experimenta asimismo distintas incurvaciones, especialmente en el segmento abdominal y con frecuencia por desplazamiento medial.

Para completar diagnósticos se pueden practicar como exámenes complementarios el neumorriñón, retroneumoperitoneo, aortografía, cavografía y raramente peritoneoscopia.

Circunscripto el problema al retroperitoneo, queda por excluir la patología renal: falta de dolor y hematuria aún microscópica, topografía baja, ausencia de alteraciones caliciales, integridad del riñón en las neumoradiografías, falta de irrigación tumoral en las arteriografías, normalidad o escasa alteración de la eritrosedimentación y de las transaminasas, todos elementos negativos para un tumor retroperitoneal.

Diagnosticada la masa retroperitoneal, los antecedentes del enfermo, una eosinofilia importante y una intradermorreacción positiva de Casoni darán la pista para un quiste hidatídico en esa región.

Respecto a la terapéutica mencionaremos solamente la posibilidad de resección total con o sin evacuación previa del contenido, con aspiración, resección de la germinativa o inyección en el interior de soluciones modificadoras, con cierre total o con marsupialización.

Evidentemente se trata de una localización parasitaria poco común. Berardi en el año 1935 relata un quiste hidatídico retroperitoneal desarrollado en el mesocolon iliopélvico. En el año 1940 los Dres. P. L. Mirizzi y A. A. Ricci otro caso de hidatidosis retroperitoneal yuxtarenal. Posiblemente la incidencia de esta parasitosis en el país sea causa de la presencia de otros casos semejantes al que nos ocupa pero no publicados o solamente mencionados.

El caso que nos ocupa tiene la siguiente Historia Clínica:

Historia Clínica - Sala VI - Nº 073/67 - Hospital Cosme Argerich.

María Gutiérrez de Santis. Ingresó el 29-III-1967; 55 años, casada. Reside en Saladillo 1216, Capital.

Antecedentes hereditarios: Madre fallecida posteriormente a una colecistectomía. Padre a raíz de un accidente. Once hermanos vivos y sanos.

Antecedentes personales: Oriunda de Chivilcoy (Pcia. de Buenos Aires). El resto sin datos dignos de mención.

Enfermedad actual: Comienza hace seis meses con *astenia* progresiva y dispepsia hepatovesicular. Apetito conservado. En ocasiones dolores lumbares. Bajó 10 Kgs. de peso, acidez gástrica y cefaleas pertinaces.

Hace un mes dolor abdominal y orinas sanguinolentas. Examinada por facultativo privado se constata tumoración abdominal por lo cual es remitida en consulta.

Estado actual: Enferma discretamente adelgazada. Mucosas pálidas y húmedas. Aparato respiratorio: s/p. Aparato circulatorio: T. A. 160/100. Resto: s/p. Abdomen: Se ve circulación colateral. Globuloso, depresible, blando, a nivel del flanco derecho en la línea umbilical se palpa una masa tumoral del tamaño de una cabeza de feto, de límites imprecisos, de consistencia aumentada, indolora pero sensible, que no excursiona con la respiración, sin poder afirmarse si pelotea, de superficie lisa. Por encima la percusión es discretamente timpánica.

Aparato genitourinario: Orinas cristalinas, ámbar de caracteres macroscópicos normales. Genitales: s.p.

El resto del examen somático es normal.

Examen de Laboratorio: Análisis de orina: Densidad 1011, ácida, albúmina, vestigios.

Glucemia: 0,97. Uremia: 0,37. Eritrosedimentación: 1ª hora: 54 mm. 2ª hora: 112 mm. I. de Katz: 83. Glóbulos rojos: 4.150.000. Glóbulos blancos: 7.800. Hemog.: 12,7. Fórmula leucocitaria: Neutrof.: 60 %. Eosinof.: 3 %. Linf.: 32 %. Monoc.: 5 %.

Cistoscopia: Imagen endoscópica normal.

Estudio Radiográfico: Colon: Sin particularidad.

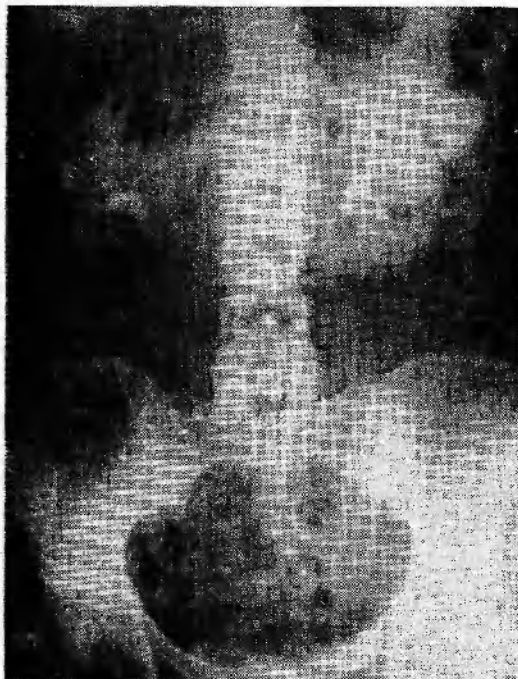
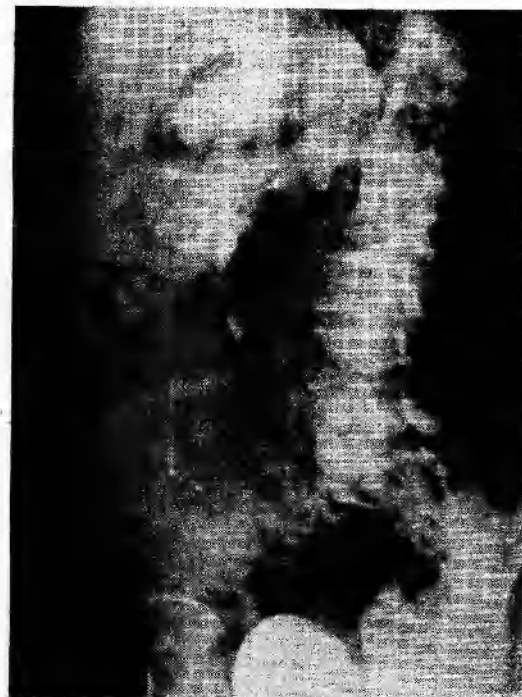


Fig. 1. — Radiografía simple del aparato urinario y urograma excretor: No se observan imágenes cálcicas. Buena eliminación bilateral. El riñón derecho se halla rotado y horizontalizado por una masa inferior tamaño pomelo alargado.



Figs. 2 y 3. — Enfisema retroperitoneal y goteo renal: Se delimitan perfectamente ambas áreas renales. El riñón derecho se halla separado de la masa que se considera extrarrenal. El uréter derecho se halla desplazado hacia la línea media.

La incisión bisquiátrica es simple, y he adoptado la misma en una sencilla. Se prepara la enferma con previa transfusión de sangre y se interviene quirúrgicamente el 10 de abril de 1967.

Cirujano: Dr. E. Fisch. *Ayudantes:* Dres. Quintana R. y Berra A. Anestesia general.



Fig. 4. — Cavografía: No se observa rechazo ni obstrucción de la vena cava inferior. Radiografía del tórax: Sin particularidad.

Se aborda en decúbito dorsal por una incisión paramediana derecha supra e infraumbilical, abordándose cavidad peritoneal por el borde interno del recto anterior derecho. Se desplaza la masa intestinal y previa sección del peritoneo parietal posterior se decola colon ascendente. Se aborda la masa tumoral que es de superficie blancoamarillenta, del tamaño de un pomelo y cuyo polo superior se pierde entre vena cava y psoas. La superficie es lisa y al parecer de contenido fluctuante. Por punción se extrae pequeña cantidad de líquido cristalino con grumos blancos. Se efectúan maniobras de despegamiento del tumor para liberar al mismo de sus adherencias. En las mismas se consigue liberar todo el tumor excepto el casquete superior, en cuyo momento se produce la efracción del mismo dando salida a gran cantidad de hidatides hijas y líquido cristalino confirmando diagnóstico de quiste hidatídico. Se reseca a tijera toda la periquística excepto el casquete superior que se deja por el peligro que representa su vecindad con órganos nobles. Se baña la cavidad con suero clorurado hipertónico. Se coloca drenaje de goma por contra-abertura extra-peritoneal. Cierre de cavidad peritoneal y pared por planos con puntos de sostén de seda gruesa capitonada. Piel con puntos de crin separados. Se trasfunde un litro de sangre total.

Post-operatorio: Evoluciona favorablemente en diez días iniciándose tratamiento con antígeno hidatídico y al cabo de los cuales retirados los puntos se da el alta, continuando control por consultorio externo.

Informe anatomopatológico: Inclusión N° 28213.

Descripción macroscópica: Pared de quiste de 8 cms. de diámetro, delgada, blanquecina, lisa. En el interior irregular, granulosa, amarillenta. También se recibe un material amarillento translúcido membranoso, con pequeñas vacuolas claras de hasta 0,5 cm.