

TUMORES FANTASMAS DE ABDOMEN

Por los Dres. GERARDO VILAR y ALBERTO J. CLARET

Definimos como fantasma a nuestro tumor por el hecho de aparecer y desaparecer durante la exploración semiológica practicada, no tiene nada que ver con los tumores descritos por Sacconaghi y Mirizzi, por obedecer a otras interpretaciones. Nuestro enfermo llegaba al Consultorio Externo de la Sala 6 del Hospital Fernández con un tumor visible en fosa iliaca izquierda palpable en posición de pie y en decúbito supino, del tamaño de un pomelo. Si no se tenía la precaución de limitarlo o mejor dicho de fijarlo hacia abajo, el tumor desaparecía al palparlo y era inútil toda maniobra para reencontrarlo. Este fenómeno se repetía cada vez que el enfermo volvía al Consultorio. Confesamos que nuestro diagnóstico fué de quiste hidatídico a gran pedículo que se perdía entre la masa intestinal. Lo que no nos explicábamos era la imposibilidad de hallar nuevamente el tumor. La intervención quirúrgica nos dió la clave y por eso juzgamos de interés presentar este enfermo.

Se trata de un enfermo con quistes hidatídicos múltiples, operado por nosotros poco tiempo antes por un quiste hidatídico pelvi abdominal que determinaba gran disuria.

Además de su tumor fantasma el enfermo presentaba otro quiste hidatídico fijo en el flanco derecho del tamaño de una toronja. Por esta razón practicamos una incisión para rectal derecha como vía de acceso, con la idea de extirpar por ella el tumor pediculado fantasma y marsupializar el quiste fijo de flanco derecho. Al llegar al plano subperitoneal nos encontramos con una gran cavidad llena de vesículas hijas muy poco líquido. Todo el contenido sería una quinta parte de la capacidad del continente. Ello explica que en la posición de pie se acumulaban las vesículas hijas en el extremo inferior de esta cavidad que era de poca capacidad y apelotonándose daba la sensación de un tumor sólido y renitente. Este inmenso tumor subperitoneal se extendía desde la parte inferior del hígado, en cuya pared inferior se palpaban varios quistes. Formaba una gran bolsa que ocupaba todo el ancho del abdomen, extendiéndose luego hacia la parte inferior disminuyendo su cavidad en sentido anteroposterior hasta formar el pico inferior como lo demuestran los dibujos.

Ya en 1901 F. Devé en su Tesis, había descrito los derrames enquistados de peritoneo de origen hepático. Este caso es similar por su origen, por su localización a los descritos por los Dres. C. Rivas y Mantilla y confirma la idea que no son derrames libres en peritoneo sino subperitoneales y discantes, siendo una membrana limitante muy holgada porque se forma secundariamente al derrame y a la gran disección, no guardando entonces relación el contenido con el continente. El hecho de que este enfermo a su vez presentase un enorme quiste pelviabdominal, como un embarazo de 5^º mes, es posible que haya limitado el

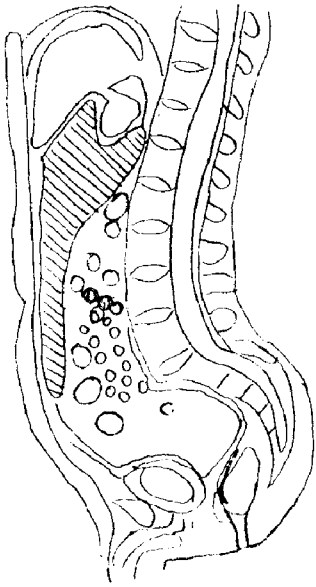


Figura 1

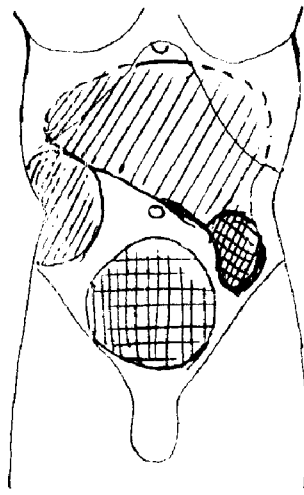


Figura 2

despegue subperitoneal hacia el flanco izquierdo solamente y en forma muy limitada. Una vez formada la membrana limitante en "cul de sac" hacia el flanco izquierdo quedó subsistiendo después del vaciado del quiste abdominopelviano. Resumiendo se trata de un quiste hidatídico subperitoneal probablemente secundario a un estallido de un quiste hepático (según los antecedentes personales tomados al enfermo de afección hepática antigua y sin diagnóstico preciso) y que por la forma que se ha visto obligado a tomar el despegue del peritoneo así como por la concomitancia del gran quiste abdominopelviano, se ha formado una angostura en flanco izquierdo donde acumulándose las vesículas hijas formaban un tumor que desaparecía por la palpación, siendo imposible encontrarlo nuevamente sino mediaban unas horas de posición de pie. Cuando se intervino el tumor abdominopelviano, se llegó a la cavidad peritoneal no encontrándose

ningún indicio de lo que después fué este tumor fantasma, pensamos que en la posición de Trendelenburg, en que se colocó al enfermo, todas las vesículas hijas estaban desparramadas en la gran bolsa subhepática de la cavidad subperitoneal. Solamente al marsupializar el quiste apareció el fantasma.

BIBLIOGRAFIA

Devè F. --- Tesis 1901.

Sacconaghi G. L. --- La diagnosi clínica dei tumori abdominali.

Mirizzi P. L. --- Diagnóstico de los tumores abdominales.

Rivas C. I. --- Derrames peritoneales enquistados de origen hidatídico. R.A.M.A., 1943.

Casiraghi J. C. --- A propósito de derrames peritoneales enquistados de origen hidatídico.

Bogetti H. --- Hidatidoperitoneo y coleperitoneo de origen hidatídico. Tesis, Bs. Aires, 1936.

Del Campo J. C. --- Estudio sobre las colecciones peritoneales originadas por la ruptura intraperitoneal de un quiste hidatídico. Congreso Médico del Centenario. Montevideo, 1930.

Pasman y Escudero a raíz de la Comunicación de los Dres. Landívar y Caviglia. Los quistes secundarios de peritoneo. 2º Congreso Nacional de Medicina. Bs. Aires. Hidatidosis.