

Revista Médica de Costa Rica

Director: Dr. JOAQUIN ZELEDON

TOMO VI

San José, Costa Rica, Diciembre de 1944

No. 128

AÑO XII

Quiste Hidatídico del Bazo (*)

Andrés Vesalio Guzmán

José Miguel Jiménez

Jesús Guzmán Centeno

Cirujanos del Hospital Max Peralta

Cartago

Presentamos al Congreso Médico Nacional, un caso verdaderamente interesante ocurrido en una paciente de nuestro Servicio de Cirugía.

El once de setiembre último, nos consulta una mujer de 67 años, soltera, española, venida al país hace 15 años: se queja de trastornos digestivos y moderada disnea. Nos advierte que tiene, desde hace más de veinte años, una tumoración que ocupa la mitad izquierda del abdomen.

Examen

Observamos un tumor que ocupa ambos cuadrantes izquierdos del abdomen, desde el arco costal hasta la mitad de la fosa ilíaca izquierda, con invasión un poco hacia la derecha de la línea media; es duro y ligeramente irregular; hace excursiones isócronas con los movimientos respiratorios. El resto del abdomen es normal.

La situación y consistencia del tumor nos hacen pensar en las

(*) Trabajo presentado al Congreso Médico. Oct. 1944.

afecciones tumorales del bazo, del riñón izquierdo y del páncreas. Eliminamos el riñón poliquístico, por falta de contacto lumbar, bilateralidad y síntomas urinarios; el quiste pancreático, independiente de los movimientos respiratorios y de una evolución más rápida. Establecemos el diagnóstico de tumor benigno hipertrófico o probablemente quiste multilocular del bazo, basados en la situación, edad, consistencia y movilidad del tumor con los movimientos respiratorios. La fórmula sanguínea es normal.

Los síntomas de compresión intra abdominal nos guían a practicar una laparotomía, para extraer el tumor y efectuar la esplenectomía.

Sometemos la paciente a cuidados preoperatorios durante cinco días: régimen adecuado; evacuación intestinal diaria; vitamina K. En los tres días que preceden la operación, 1500 c. c. de suero mixto son administrados diariamente.

Intervención quirúrgica

La practicamos el 18 de setiembre de 1944. Preoperatorio: morfina gr. 1/6, atropina gr. /150. Anestesia: Pentotal-éter. Decúbito dorsal, con angulación dorsal suficiente para exponer mejor el tumor y hacer descender las asas intestinales.

Incisión de seis pulgadas a lo largo de la línea semilunar izquierda, comenzando en el reborde costal. El peritoneo parietal está fuertemente adherido a la masa tumoral y lo separamos a puño de cuchilla. El tumor es evidentemente un quiste, de gran dureza e irregular. A puño de cuchilla y gasa, disectamos las fuertes adherencias con las asas intestinales, el gran omento y el mesenterio. Al levantar el tumor de su lecho abdominal las adherencias aumentan; las disectamos del colon y mesocolon transversos; del ángulo esplénico; de la porción externa del ligamento gastrocólico. Ya dentro de la cavidad peritoneal menor el pedículo está tan adherido al estómago y a la cola del páncreas, que es prácticamente inseparable de este último. Ligamos y cortamos el pedículo en su extremidad distal y extraemos el quiste, que tiene forma de retorta y pesa 730 Gms.

Comenzamos la segunda parte de la operación con la búsqueda del pedículo. Lo separamos del estómago. La cola del páncreas es inseparable. Una tracción del pedículo hacia la línea media nos

permite pasar el dedo índice, logrando alcanzar el ángulo basal anterior del bazo y origen del quiste. La esplenectomía es sumamente laboriosa y al ligar los vasos hemos tenido que incluir una porción del páncreas, por estar éste fuertemente adherido al pedículo vascular del bazo. Cerramos el abdomen dejando un drenaje de cigarrillo. La condición de nuestra paciente es satisfactoria después de una operación de tres horas.

El examen anátomo-patológico declara que se trata de un quiste hidatídico, degenerado y calcificado en parte. El bazo tiene aspecto y forma normales, pesa 65 gramos y de él dependen el quiste principal y dos pequeños quistes del tamaño de una cereza cada uno.

Resumen y comentario

El quiste hidatídico no existe en Costa Rica; los tres casos que se han diagnosticado en el país pertenecen a españoles.

De los quistes esplénicos, es el hidatídico el más frecuente (1). Los quistes pueden ser activos o degenerados (2). El quiste activo es reciente y contiene parásitos vivos; se acompaña de eosinofilia sanguínea y reacción de fijación del complemento. Los quistes degenerados, por el contrario, tienen una evolución de muchos años, como en el de nuestra paciente, y los parásitos se mueren y resorben. Su estructura consiste de una cápsula fibrosa o calcificada; una membrana quitinosa laminada interna y una cavidad conteniendo una sustancia caseosa donde se pueden o no, encontrar los ganchos del scolex.

Si el quiste es intraesplénico, el bazo es enorme. Si es pedunculado, como en nuestro caso, la cápsula se calcifica y crea adherencias tenaces con los órganos vecinos que hacen que la operación sea sumamente laboriosa (3).

La sintomatología es sumamente pobre en el quiste hidatídico del bazo, aparte de la tumefacción y compresión intra-abdominal que produce. Si éste es activo, produce eosinofilia sanguínea y reacción de Weinberg positiva. Si es degenerado, los síntomas biológicos pueden no existir.

Tratamiento

La marsupialización está indicada en los quistes intra espléni-

cos, recientes o viejos, en que las adherencias sean tan abundantes y firmes que hagan imposible la esplenectomía. Mas si las adherencias hasta el pedículo, que se ligará y seccionará, para luego, si el bazo no está muy adherido, practicar la esplenectomía.

- (1) Keen: Surgery, Its Principles and Practice. Vol. 3; Pág. 1081; 1919.
- (2) Dean Lewis: Practice of Surgery. Vol. VI; Cap. XV; pág. 53.
- (3) Geo. T. Pack and Edw. M. Livingston; Treatment of Cancer and Allied Disorders: Vol. II., pág. 1347, 1940.
- (4) Idem, Idem.