

# QUISTE HIDATICO PRIMITIVO DEL FONDO DE SACO DE DOUGLAS

RECIDIVADO « IN-SITU »

Por MANUEL CIEZA RODRIGUEZ

---

Los quistes hidáticos de la cavidad pelviana son de muy rara observación clínica, de etiopatogenia semejante a los de la gran cavidad peritoneal, de la cual ésta no es sino la parte más declive.

No bien determinado aún el sitio preciso por donde los embriones hexacantos atraviesan el tractus digestivo para poder llegar al torrente sanguíneo general, que lo transportará luego para su localización a un punto determinado del organismo, en nuestro caso, fondo de saco de Douglas, evolución cuya demostración la tendrá que dar la medicina experimental.

Mientras esto suceda no podemos negar la existencia de los quistes hidatídicos únicos a localización primitiva pelviana, si bien es cierto que éstos son muy raros, transportados allí lo más probablemente por la vía sanguínea, ya que las otras vías de penetración a través de las paredes de la ampolla rectal o de la vagina, son poco aceptadas.

Lo más frecuente es que estos quistes hidatídicos pelvianos sean secundarios, como consecuencia de otros o localización primitiva en un órgano distante, lo más frecuente, hígado, bazo, más raramente riñones, mesenterio y epiplón, que abandonado a sí mismo se han roto en la cavidad peritoneal y cuyas vesículas han llegado por simples razones de gravedad, a detenerse en el punto más declive de esta cavidad, fondo de saco de Douglas, donde luego van a injertarse.

Experimentalmente, ha sido demostrada por varios y últimamente por el maestro Dévé, esta vía de infección a través de la cavidad peritoneal, así como la posibilidad de injertarse en esta serosa que tienen los hidátides y los escolex, dando lugar a una localización secundaria.

De estas consideraciones surge la necesidad de investigar siempre muy bien los antecedentes del enfermo, así como la de una prolija exploración de las distintas vísceras abdominales a través de una amplia laparatomía y en especial de aquellas que son más frecuentemente atacadas por el parásito, buscando elementos de juicio, tumoraciones, cicatrices, que puedan revelarnos un proceso quístico o reliquias de un proceso anterior, antes de afirmar de que se trata de un quiste hidático a localización primitiva.

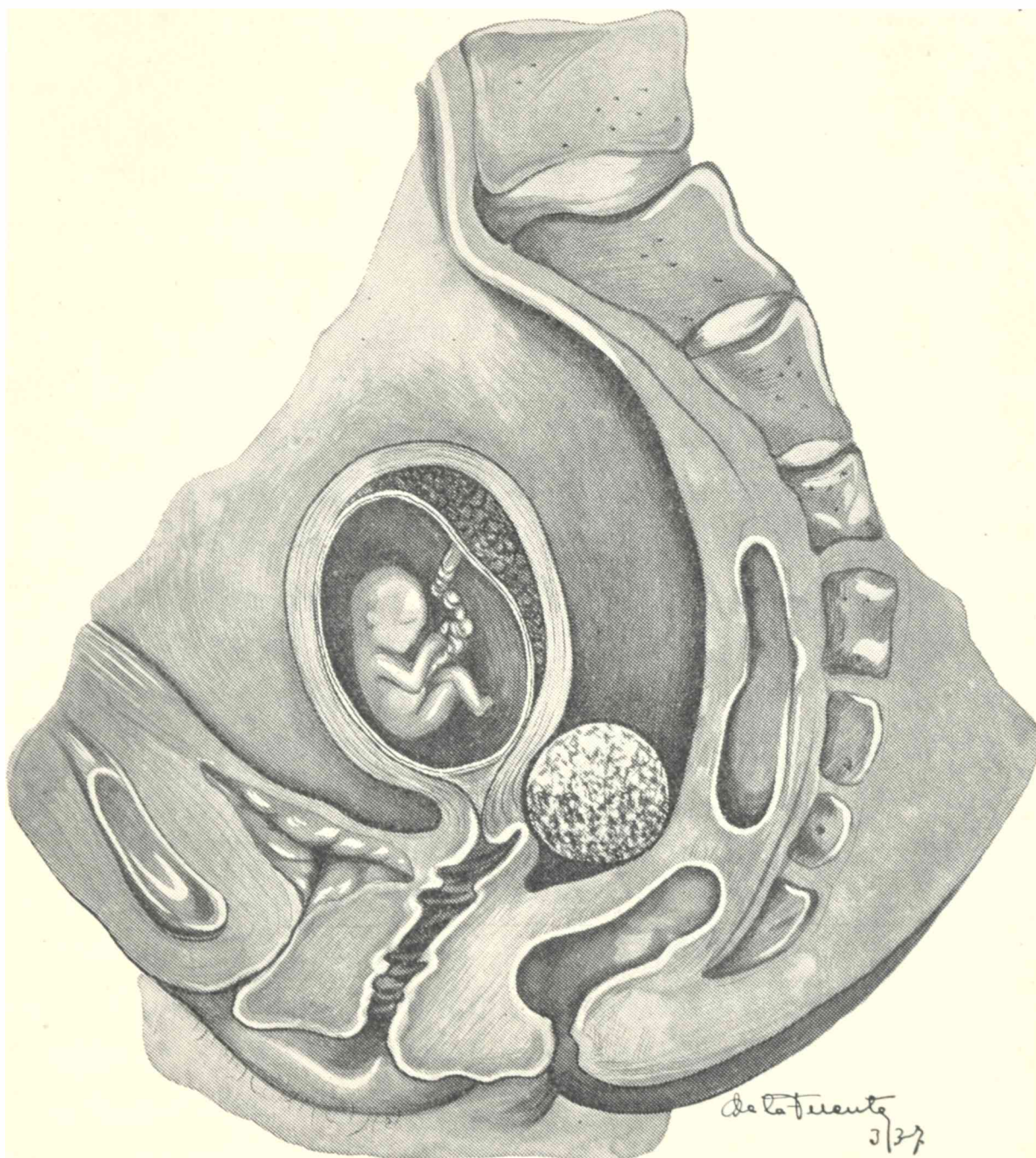
Por otra parte, sabemos que los quistes hidáticos al romperse en la cavidad abdominal, producen por lo general un cuadro sintomático llamativo, capaz de poder orientar al médico aun a través del tiempo sobre esta complicación; pero no debemos olvidar que al lado de esto existe un número, aunque reducido, de esta complicación, con sintomatología muy poco llamativa o casi silenciosa.

En nuestra enferma, no encontramos ningún antecedente que nos haga pensar en un proceso primitivo de otra víscera; tampoco hemos encontrado, después de la amplia laparotomía mediana, pubo-umbilical y de la aplicación de grandes valvas, en el examen visual y manual efectuado, nada de particular en las vísceras examinadas (hígado, bazo, riñón, mesenterio, epiplón).

Por estas razones, pues, es que pensamos que el quiste hidático que presenta en el fondo de saco de Douglas es un recidiva *in-situ* del primitivo quiste hidático operado hace cuatro años y medio en la Maternidad, el cual ha sido un quiste hidatídico primitivo de Douglas, llegado allí por vía sanguínea y reproducido en el lugar por contaminación durante el acto operatorio.

El cuadro clínico de estos procesos es muy silencioso, aun en pleno período de estado, cuando ha adquirido un gran desarro-

llo como en el caso que nos ocupa, las dos veces en que ha sido intervenida, sin ocasionarle molestias de ninguna naturaleza, pues, la constipación que presenta, no le llama la atención por ser habitual en ella, y su concurrencia al consultorio médico no



fué provocada por trastornos producidos por el quiste, sino por su embarazo.

Cuando estos procesos son abandonados en su desarrollo, pueden tener complicaciones, como pasó en el primer caso, con motivo de su primer parto, en que obligó a una cesárea por tumor previo; en otros, puede llegar a abrirse en un órgano vecino

(recto, útero, cavidad peritoneal o vagina). En nuestro caso, probablemente, teniendo en cuenta sus relaciones con la ampolla rectal y su gran desarrollo vaginal, la abertura se hubiera hecho en alguno de estos órganos, si es que antes no hubiera traído complicaciones del lado de su parto; también pueden llegar a la supuración como los otros quistes hidatídicos de las otras vísceras.

El diagnóstico, pues, es difícil; la misma rareza del proceso hace pensar siempre primero en tumores del aparato genital, y especialmente en quistes de ovario, como pasó la primera vez en que se operó.

Esta segunda vez en que ha sido vista la enferma por un proceso semejante, los antecedentes de la enfermedad anterior, conocidos por el médico que la examinó, hizo que inmediatamente dirigiera sus investigaciones hacia la busca de un quiste hidatídico, las que fueron confirmadas por las reacciones positivas.

El tratamiento, no hay más que uno, es el quirúrgico, y sólo se discute la vía de abordaje.

La vía alta, laparotomía mediana, pubo-umbilical, ayudada por grandes separadores, presenta la ventaja de permitir una exploración amplia de toda la cavidad, del examen de las vísceras más habitualmente atacadas por el parásito, a la vez que determina con exactitud la localización, las relaciones, tamaño, etc., y finalmente su abordaje, ya sea de extirpación, el vaciamiento con la extracción de la membrana madre, y luego la oclusión, con fijación a los planos de la pared o no, cuando así lo indiquen las adherencias a órganos de vital importancia, o finalmente su marsupialización y drenaje, si éste estuviera indicado.

Al lado de todas estas ventajas, el único inconveniente que puede presentar, sería el peligro de una siembra durante el acto operatorio, peligro muy remoto si se hace una buena protección y se aspira el líquido y se recurre al formolaje aconsejado por el profesor Dévé.

La vía baja, la vaginal, preconizada por Strassmann, presenta

una serie de inconvenientes y sólo muy pocas ventajas; ella no permite una exploración abdominal, por lo tanto se hace imposible determinar si se trata de un quiste único o múltiple, dato importante para el pronóstico sobre el futuro del enfermo; tampoco se puede por esta vía establecer la localización exacta del proceso, y sólo presenta como ventaja poner al cubierto de la siembra peritoneal, que como sabemos, es una complicación muy remota cuando se toman todas las precauciones necesarias; a esto podríamos unir su benignidad y sencillez.

En nuestra enferma, a pesar de tratarse de un quiste hidático ubicado en la etapa inferior del fondo de saco de Douglas y a gran desarrollo vaginal procedimos a hacer una amplia laparotomía que nos permitió hacer una buena inspección visceral, a la vez que localizar exactamente el proceso y luego procedimos a cerrar la cavidad abdominal, para abordarlo por vía vaginal, teniendo en cuenta que la profundidad de la localización del proceso hidático, nos hubiera obligado a hacer un abordaje deficiente, pues a la profundidad de la etapa inferior de Douglas hay que agregar la estrechez del espacio y la existencia de un útero grande (cuatro meses de embarazo), que nos hubiera expuesto a inconvenientes, tanto desde el punto de vista técnico como del embarazo.

Creo, pues, que entre las indicaciones del abordaje por vía vaginal de estos procesos, se pueden colocar los casos semejantes al citado en los cuales las condiciones del enfermo y la ubicación baja del proceso quístico, aconsejan hacer su abordaje por vía vaginal, pero siempre como tiempo complementario a la laparotomía amplia que debe ser previa.

#### HISTORIA CLÍNICA

Hospital Policlínico. La Plata. Sala cuarta. J. V. de L. O., Cama 8, 24 años, casada, argentina. Ingreso setiembre 24 de 1934.

*Antecedentes hereditarios y familiares.* Padres vivos, el padre sufre de reumatismo, la madre sana; tiene seis hermanos, cinco vivos y

sanos, y uno muerto en la primera infancia, ignora la causa. Nacida a término. Criada con lactancia materna; en su primer infancia tiene coqueluche y sarampión; menstrúa a los doce años, normalmente; se casa a los diez y siete; constipada habitual.

*Antecedentes de la enfermedad actual.* Hace cuatro años y medio que viene del partido de la Magdalena, donde ha residido siempre, para ser examinada en la maternidad, donde ella quiere tener su primer parto; al examen se le encuentra un tumor del fondo del saco de Douglas, tumor previo que más tarde obliga a una cesárea que efectúan los Doctores Gibert e Igartúa; se lleva a la mesa de operaciones con el diagnóstico de tumor previo, quiste de ovario, y se le efectúa inmediatamente después de la cesárea el abordaje del proceso quístico que se encuentra ubicado en el fondo del saco de Douglas y que resulta tratarse de un quiste hidatídico, univesicular; abertura, extirpación de la membrana madre, cierre y abandono del mismo, sin fijación a la pared; la historia del acto operatorio habla del formolaje sin determinar la proporción de la solución empleada; el post-operatorio bueno, siendo dada de alta más tarde sin molestias de ninguna naturaleza de parte de la enferma.

En agosto del corriente año vuelve al consultorio del doctor Igartúa para saber si estaba embarazada y de qué tiempo; durante el examen, como la primera vez, es descubierta la tumoración líquida del fondo del saco de Douglas; algunos días más tarde, me es enviada para su intervención con el diagnóstico de embarazo de cuatro meses y de quiste hidatídico del fondo de saco de Douglas, acompañada con la reacción biológica de Friedmann-Hoffman positiva.

El examen general de sus distintos órganos, revela su funcionamiento normal.

En el examen ginecológico se constata cuerpo uterino aumentado de volumen correspondiendo a un embarazo de cuatro meses en ante-flexión; el cuello ha perdido su posición normal, encontrándose rechazado y desviado hacia arriba y adelante contra el cuerpo del pubis; no existen secreciones ni lesiones de la mucosa.

El fondo del saco vaginal posterior fuertemente aumentado de volumen, haciendo saliencia hacia abajo y adelante.

Al examen combinado se puede notar los caracteres de tumor líquido renitente, indoloro, fijo que presenta esta tumoración ubicada en fondo de saco peritoneal recto-uterino, del tamaño de una cabeza de adulto a gran desarrollo interior vaginal bien delimitado, que comprime y rechaza el cuello uterino hacia adelante y arriba; en cambio, su límite superior se limita con dificultad encontrándose colocado por

detrás del cuerpo uterino; al tacto rectal se perciben las relaciones directas que presenta esta tumoración con la cara anterior de la ampolla rectal, produciendo una compresión parcial que cede fácilmente al dedo.

Al estado general muy bueno de la enferma, debemos agregar su pulso bueno, con 85 pulsaciones por minuto, con una máxima de 13 y una mínima de 6,30. La reacción de Gedhini negativa; 10 % de eosinofilia. La intradermo-reacción de Cassoni distal francamente positiva. Wassermann negativa. Urea en sangre 0,14. Glucemia 0,93. Cloruro en sangre 120. Tiempo de coagulación 6,30; tiempo sangría 1,30, orinas normales.

*Operación* (setiembre 4/1934): Anestesia raquídea, novocaína 0,10 centigramos, punción efectuada entre la primera y segunda vértebra lumbar; laparotomía mediana de pubis hasta algo arriba del ombligo, que constata cuerpo de útero grande (cuatro meses de embarazo) en ante-flexión; anexos libres y por detrás del cuerpo uterino una tumoración, con los caracteres ya descriptos que ocupa la etapa inferior del fondo de saco de Douglas, con adherencia a la cara anterior de la ampolla rectal.

Se explora con grandes valvas, la inspección y luego manualmente el hígado y bazo en sus distintas caras, no encontrando ninguna cicatriz ni tumoraciones que nos pudiera hacer pensar en la existencia anterior ni actual de procesos hidáticos; tampoco recogemos ningún dato de importancia en el examen de riñones, mesenterio y epiplón.

Para la exploración de la etapa superior del abdomen, nos fué necesario agregar algunas gotas de éter, pues la enferma acusaba algunos dolores.

Terminada la exploración abdominal, procedimos a cerrarla, yendo a hacer el abordaje del proceso quístico por vía vaginal, por medio de una colpotomía posterior, dando salida a un abundante líquido cristal de roca, sin vesículas fijas, luego se extirpa la membrana madre, pudiendo observar un bolsillo quístico de paredes gruesas, con una superficie interna granulosa de un color blanco rojizo. Se hace formolaje a lo Dévé y se coloca un tubo de drenaje que se mantiene los primeros días con gasa vaginal.

El post-operatorio muy bueno, sin temperatura.

A los diez días se retira del servicio con un pequeño drenaje vaginal por el que sale un líquido ligeramente purulento en pequeña cantidad.

La herida operatoria ha cerrado a los veinticinco días, continuando su embarazo.

ABSTRACT

**Hydatid cyst at the bottom of Douglas pouch grown back « in situ »**, by  
Dr. Manuel Cieza Rodríguez, professor of Clinical Surgery at La  
Plata's University School of Medicine.

The author relates the case of a female patient who was operated for  
hydatid cyst at the bottom of Douglas pouch which after thze years grew  
back again in the same place and was operated for the second time.