

# Equinococosis esplénica

## Siete nuevas observaciones

Dres. Gustavo Bogliaccini,  
Luis Ruso y  
Daniel Olivera.

Se presentan siete nuevos casos de hidatidosis esplénica, como aporte a la casuística nacional.

Se comentan aspectos patológicos y diagnósticos de la enfermedad. Se insiste en el valor de la ecografía como método eficaz para establecer la naturaleza quística de una esplenomegalia.

Se plantea la quistectomía con conservación del bazo, como táctica ideal, aceptándose que ello no es siempre posible, dependiendo de las condiciones locales y del grado de atrofia del parénquima esplénico.

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:*  
*Echinococcus / Spleen.*

### **SUMMARY: Splenic echinococcosis. Seven new observations.**

The author presents seven new cases of splenic echinococcosis, comments pathological and diagnostic aspects, and insists on the importance of echography as an effective method in order to establish the cystic nature of splenomegalia. Cystectomy with spleen conservation is presented as the ideal tactic, accepting it is not always feasible, depending on local conditions and the atrophy degree of splenic parenchyma.

*Clinicas Quirúrgicas "3" (Director Prof. Dr. Raúl Praderi) y "2" (Director Prof. Dr. Celso Silva), Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.*

### **RÉSUMÉ: Equinococose splénique. Sept nouvelles observations.**

On présent sept cas nouveau d'hydatisose splénique, contribuant ainsi à la casuistique nationale. Les aspects pathologiques et diagnostiques de la maladie sont discutés.

On insiste sur la valeur de l'échographie comme méthode efficace pour établir la nature kystique d'une splénomegalie. La kystectomie avec conservation de la rate est proposé comme tactique idéale, bien qu'elle n'est pas toujours possible d'effectuer. Cela dépend des conditions locales et du degré d'atrophie du parenchyme splénique.

### **INTRODUCCION**

La localización esplénica de la enfermedad hidatídica es un hecho poco frecuente debido a que el embrión hexacanto, sólo puede llegar al bazo luego de sortear los capilares hepáticos y pulmonares.

A diferencia de la localización hepática (75%) y pulmonar (15%) en que los órganos son parasitados por vía venosa, el resto de los órganos de la economía (10%) y entre ellos el bazo, lo son por vía arterial.

La frecuencia de esta afección varía entre 3,2% para Trinkler 2,8% para Neisser, 3% para Herrera Vegas y Cranwell y más modernamente 6% para Warot y 10% para Vital según Sabadini<sup>(1)</sup>.

Las primeras observaciones de la literatura son de Felice Plater<sup>(14)</sup> que en 1641 encuentra vesículas acuosas similares en hígado y bazo, aunque

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de agosto de 1986.

Prof. Adjunto de Semiología Quirúrgica, Asistente y Prof. Adjunto de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Juan Paullier 1276/601, Montevideo. (Dr. G. Bogliaccini).

en esa época todavía desconocía su origen parasitario. La primera observación reconocida data de 1790 y es debida a Berthelot.

La primera publicación en nuestro país se remonta a 1912 en que Albo<sup>(1)</sup> recoge una observación personal y 2 casos de Pena. Luego viene la observación de Morquio<sup>(6)</sup> de hidatidosis metastásica cerebral y esplénica.

Posteriormente Blanco Acevedo y Morador<sup>(3)</sup> hacen referencia a aspectos de técnica quirúrgica vinculados al tema. Larghero<sup>(6)</sup> recoge una observación de hidatidosis heterotópica peritoneal primaria de origen esplénico. A nivel nacional es la tesis de Terra<sup>(14)</sup> con 22 observaciones la publicación más documentada. Siendo los trabajos de Anavitarte<sup>(2)</sup> y Praderi<sup>(10)</sup> las últimas publicaciones a la fecha, en nuestro país.

## CASUISTICA

**Observación N° 1:** J.B.T., mujer, 65 a., Lavalleja. Hospital Maciel, Reg. N° 1684.

**M.I.:** dolor epigástrico, vómitos, disfagia no progresiva, apendicectomizada AF de hidatidosis.

**Examen:** Repercusión general, adenopatía supraclavicular izq. de 3 cm de diámetro. Hernia inguinal der. Biopsia de la adenopatía mostró corresponder a una linfoma hodkiniano de celularidad mixta.

**Tratamiento:** 31/10/83. Se interviene para estadificación abdominal. Mediana supraumbilical, no existen adenopatías abdominales patológicas. El bazo muestra un QH íntimamente adherido al diafragma y que asoma por su cara pedicular. Se practicó una esplenectomía y una biopsia hepática. Drenaje de la logia esplénica con grueso tubo de goma conectado a frasco bajo agua. Buena evolución.

**Observación N° 2:** V.F., hombre, 60 a., Lavalleja. Hosp. Maciel, Reg. N° 6790.

**M.I.:** Dolor en hipocondrio izq. A.P. operado en 5 oportunidades de QH abdominal.

**Examen:** esplenomegalia que llega a 3 traveses de dedo por debajo del reborde costal. Traube conservado. Ecografía: QH en cara interna del bazo.

**Operación:** 26/7/84. Subcostal izq. Equinocosis peritoneal múltiple con quistes de 0,5 cm de diámetro en peritoneo y Douglas. Hígado deformado con agrandamiento del lóbulo izquierdo. QH de 12 cm de diámetro que emerge por cara anterior del bazo, con adherencias a diafragma y órganos vecinos. Ligadura del pedículo esplénico, se secciona el quiste que emerge para poder maniobrar con el bazo y se aprecia que existe otro quiste intraesplénico en reloj de arena de tamaño similar al emergente. Esplenectomía Hemostasis del diafragma. Drenaje de logia esplénica con tubo, conectado a frasco bajo agua. Sutura de la herida que cura. Buena evolución.

**Observación N° 3:** E.A., mujer, 53 a., Rivera Hosp. Maciel Reg. N° 4801.

**M.I.:** 2 años de dolor en hipocondrio izq. Tratamiento sintomático. Estreñimiento. Distensión postprandial a predominio en hipocondrio y flanco izq. Esplenomegalia dura de 8 cm por debajo del reborde costal, irregular, con roce

**Operación:** 23/2/84. Mediana supra e infraumbilical. Gran esplenomegalia con voluminoso QH que sustituye los 4/5 superiores del bazo. Se ligan los vasos cortos y el pedículo esplénico por separado. Se practica la esplenectomía y quistectomía

en block con gran dificultad por las adherencias diafragmática. Queda una solución de continuidad en el diafragma que se cierra a puntos separados, luego de colocar drenaje de tórax. Drenaje de Penrose en la logia esplénica. Infección de la herida. Buena evolución.

**Observación N° 4:** H.V., mujer, 42 a., Montevideo. Tacuarembó hasta hace 14 años Hospital Maciel Reg. N° 5603.

**M.I.:** dolor epigástrico y distensión postprandial precoz desde hace 2 meses, anorexia. Adelgazamiento.

**Examen:** tumefacción de epigastrio e hipocondrio izquierdo que se pierde por debajo del reborde costal.

**Operación:** Gran QH de polo inferior de bazo, emergente adherido al diafragma. Litiasis vesicular a cálculos múltiples. Ligadura y sección del pedículo esplénico, sección de vasos cortos. Sección del sustentaculum lienis. Punción y evacuación del QH extrayéndose una hidátide y una vesícula hija. Esplenectomía con resección parcial del diafragma. Colectectomía. Colangiografía normal. Drenaje de tórax y drenaje de logia esplénica con gruesos tubos de goma conectados a frascos bajo agua.

**Evolución:** al 5° día del postoperatorio, la enferma está séptica y se interviene encontrándose lesión necrótica redondeada de ángulo izquierdo del colon, en contacto con el lecho del tubo de drenaje. Colostomía en caño de escopeta, toilette peritoneal. La paciente continúa séptica y es reintervenida en 4 oportunidades para toilette peritoneal y exploración en búsqueda de nuevos focos sépticos, dejando una evisceración controlada con malla. La paciente fallece con una falla multisistémica irreversible al 20° día del postoperatorio.

**Observación N° 5:** G.B., mujer, 33 a., Colonia (Hosp. Clínicas), Reg. N° 505520.

**M.I.:** esplenomegalia de 1 año de evolución. Ingresos por cuadro de intolerancia digestiva. Miomatosis uterina diagnosticada hace 4 años.

**Examen:** Voluminosa tumoración abdomino-pélvica redondeada, que llega hasta el ombligo. Tumoración de hipocondrio izquierdo que en inspiración rebasa el ombligo y que corresponde a una esplenomegalia. Rx de tórax muestra una elevación del diafragma izquierdo. La ecografía muestra que ambas tumoraciones son quísticas. Arco 5 positivo.

**Operación:** 9/3/83. Gran masa poliquística a nivel de la logia esplénica que sustituye parcialmente al bazo, con aspecto de hidatidosis esplénica y periesplénica. Masa abdomino-pélvica de 20 por 15 cm con características de QH peritoneal pelviano. Múltiples nódulos blanquecinos en el epiplón con aspecto de QH en involución. Decoloración periquística de la masa pelviana practicando la exéresis completa. Resección completa de la masa de localización esplénica (Foto 1) incluyendo el bazo. Resección parcial del epiplón mayor. Buena evolución. La anatomía patológica mostró que se trataba de quistes con vesiculización endógena (Foto 2) y degeneración gelatiniforme, tanto los esplénicos como el pelviano. Los nódulos epiploicos son restos englobados en reacción esclerohialina no fértiles.

**Observación N° 6:** F.D., hombre, 35 a., Hosp. Maciel.

**M.I.:** Sin antecedentes a destacar. en días previos al ingreso sufre traumatismo leve de tronco por caída desde su altura. Ingresos por dolor intenso de hipocondrio izquierdo.

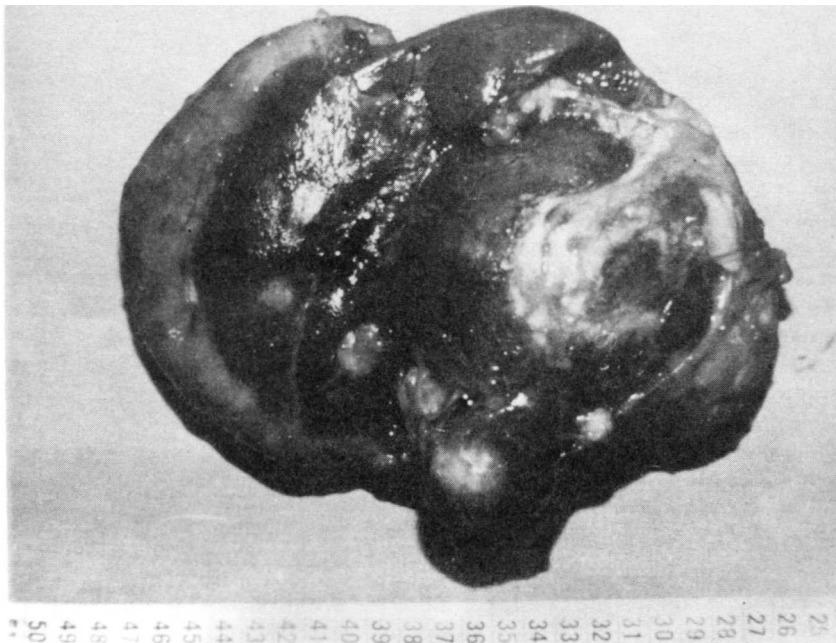
**Examen:** Tumoración voluminosa de hipocondrio izquierdo.

**Operación:** 11/7/80. Mediana supra e infraumbilical. Hidatidosis esplénica, adherencias múltiples. Punción y evacuación del quiste con resección de la adventicia emergente. (Técnica de Mabit). Buena evolución.

**Observación N° 7:** M.T.S., mujer, Casupá E.M. Reg. N° 92455.

**M.I.:** Sensación de pesantez post-prandial inmediata, plenitud precoz sin antecedentes de dispepsia.

**Examen:** Buen estado general. Tumoración del hemiabdomen superior izquierdo, ocupando flanco e hipocondrio izquierdo, que deforma esta región: elevando el recto anterior y las



**Fig. 1.** Pieza de esplenectomía (caso 5). Vista anterior. El parénquima esplénico, desplazado hacia atrás por el quiste, no se visualiza.

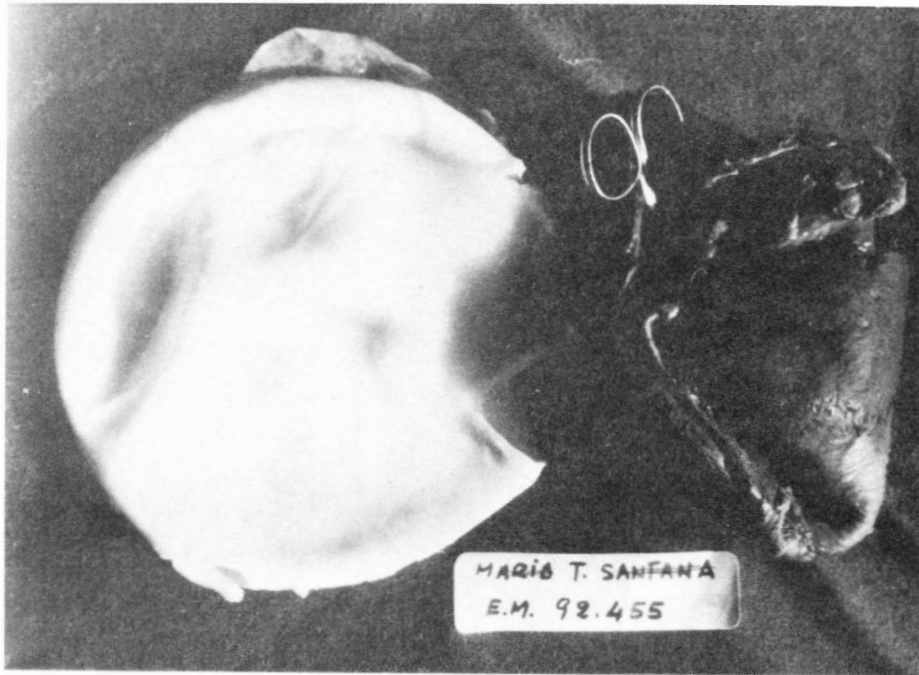
últimas costillas izquierdas. Clínicamente corresponde a una esplenomegalia grado III.

*Operación:* Transversa de H. izquierdo ampliada a derecha. Gran quiste hidático de polo inferior de bazo. Punción evacua-

ción de líquido cristal de roca. Apertura de la adventicia. Tratamiento con suero clorurado hipertónico. Extracción de membrana madre. Bazo atrófico, pequeño (Foto 3), Logia esplénica libre. Esplenectomía. Buena evolución.



**Fig. 2.** Quiste bilobulado, separado por parénquima esplénico remanente. En su interior, vesículas hijas.



**Fig. 3.** Pieza operatoria (caso 7). Bazo atrófico. Pinza introducida en la cavidad adventicial. Membrana madre extraída.

## COMENTARIOS

La equinococosis hidatídica del bazo puede presentarse con características diversas. Los quistes hidatídicos del bazo pueden ser primitivos o secundarios<sup>(3, 5, 11)</sup>. Clínicamente en el primer caso, lo frecuente es encontrarse ante un quiste único en una localización única. Corresponde esta situación seguramente a 4 de nuestros 6 casos. En ellos el embrión exacanto, luego de atravesar los capilares hepáticos y pulmonares entra en la circulación izquierda y se va a localizar en el parénquima esplénico. En la segunda eventualidad, es decir, el quiste hidático secundario del bazo, caben 3 situaciones<sup>(11)</sup>:

a) cuando lo que realmente existe, es una hidatidosis de la logia esplénica, el mecanismo de nidación puede ser:

1) la siembra intraoperatoria debida a error técnico, generalmente por intervención previa a nivel hepático, nuestro caso N° 2 probablemente responde a este mecanismo. Cabe la posibilidad de una exploración operatoria insuficiente previa, sin embargo en nuestro caso existía una siembra peritoneal que apoya la primera explicación.

2) la hidatidosis heterotópica peritoneal primaria, circunstancia realmente excepcional, en la que el QH rompería la adventicia hepática y caería en el peritoneo supramesocolónico e iría a anidar y ulteriormente crecer en la logia esplénica.

b) por último y como verdadera localización esplénica, existiría un QH de corazón que al abrirse en la circulación izquierda<sup>(8, 9, 13)</sup> las vesículas hijas embolizan el cerebro, riñón, bazo o cualquier otro sector de la economía. Un QH de localización hepática fisurado en la cava, que generalmente siembra el pulmón, puede hacerlo como uno localizado en el corazón, a favor de comunicaciones anormales derecha-izquierda o simplemente por excólicas que pasen el filtro pulmonar.

La anatomía patológica permite dividir los QH de bazo en intraesplénicos y emergentes. Los primeros pueden ser clasificados de acuerdo a su ubicación con respecto al hilio esplénico<sup>(5)</sup> en pre y retrohiliares.

Se trata de QH emergentes cuando la mayor parte del mismo sale de la cápsula (caso 6-7).

La localización esplénica de la hidatidosis, es en la cual la enfermedad hidática se exterioriza más tardíamente, debido a la situación profunda del bazo y a la poca repercusión que provoca sobre la economía la sustitución de un parénquima sin canales excretores, como es el esplénico.

Por su sintomatología y evolución los QH de bazo pueden ser de expresión ascendente, y evolucionar hacia el tórax. Deformar el diafragma, adherir al mismo y ser origen posible de eventuales tránsitos abdomino-torácicos izquierdos. La sintomatología será predominantemente respiratoria.

La otra posibilidad es la expresión abdominal o descendente la sintomatología será, deformación del reborde, tumor de hipocondrio izquierdo y sus complicaciones serán de índole abdominal. La apertura en víscera hueca, fundamentalmente en el colon (Berthelot) aunque también puede ser excepcionalmente en el estómago, recto y pelvis renal<sup>(14)</sup>.

La hidatidosis heterotópica primitiva de logia esplénica por ruptura del bazo, con o sin hemoperitoneo<sup>(2, 5)</sup> o la apertura del quiste con la salida del contenido a peritoneo libre, hidatoperitoneo, con su consecuente cuadro anafiláctico y siembra peritoneal si sobrevive al cuadro agudo (Caso 5).

El QH de bazo se complica tardíamente y en consecuencia adquiere gran volumen sin expresarse clínicamente. Su ritmo de crecimiento es aproximadamente igual al hepático, 1 cm por año.

Se ha señalado la hemorragia digestiva alta, como complicación excepcional<sup>(15)</sup> de los quistes retrohiliares, invocando mecanismos de compresión venosa e isquemia.

La radiografía simple de abdomen, continúa siendo un examen de valor. La elevación del hemidiafragma izquierdo, más evidente en los quistes del polo superior, la cámara gástrica, comprimida y desplazada a la derecha y abajo al igual que los gases del colon que suelen visualizarse en un nivel inferior al habitual<sup>(7)</sup>.

Otra situación poco frecuente que se puede presentar es la calcificación de la adventicia. Puede ser diagnóstica, aunque no es patognomónico<sup>(7, 14)</sup>.

La urografía de excreción y el estudio baritado gastroduodenal mantienen vigencia para determinar la vinculación del quiste en las estructuras vecinas<sup>(14)</sup>.

Actualmente con el advenimiento de la ecografía (Foto 4), y la tomografía axial computarizada, incorporadas al estudio sistemático de las esplenomegalias permiten señalar la existencia de una tumoración quística.

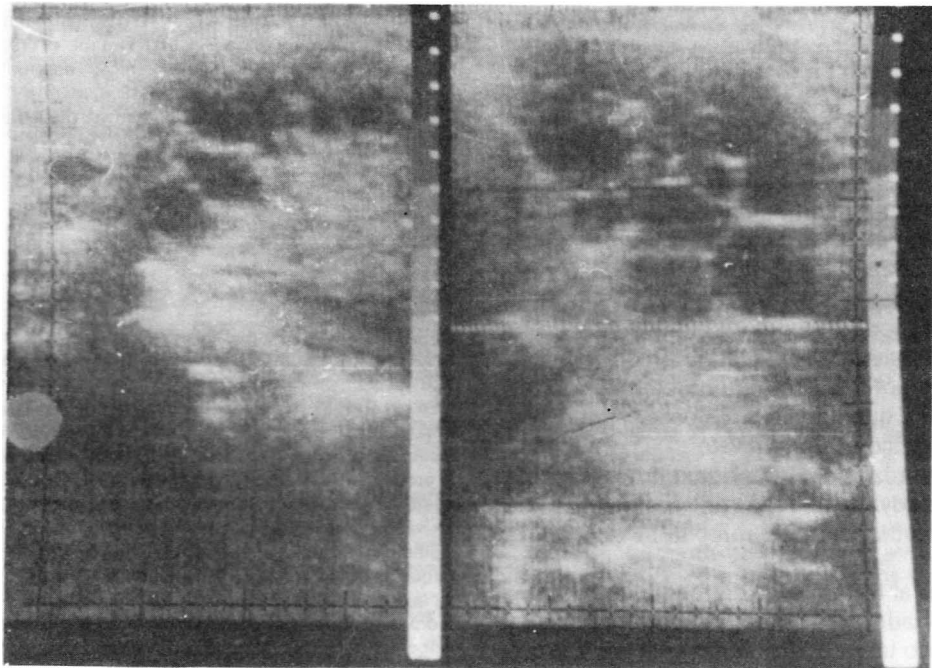


Fig. 4. Ecografía (caso 5) de la logia esplénica. Imagen quística tabicada "en panal de abeja" característica de la vesiculización endógena.

El abordaje quirúrgico en todos nuestros casos, fue por vía abdominal; no siendo necesario la tóraco-freno-laparotomía por vía de la 9ª ó 10ª costilla, como está señalado por los autores de más de 30 años a la fecha.

Desde el punto de vista táctico, el actual conocimiento de la mayor frecuencia de sepsis en esplenectomizados, obliga a discutir la realización de quistectomía con cirugía conservadora del bazo. La misma se realizó en nuestra serie en un sólo caso; el tamaño de los quistes en los casos 2, 3 y 4, la atrofia del parénquima en los casos 5 y 7 y la indicación previa de esplenectomía para estadificación del Hodgkin en el caso 1, lo impidieron. En el caso 6, fue posible por tratarse de un quiste de polo inferior de bazo.

La apertura del diafragma en dos de nuestros casos se solucionó con el cierre del mismo y la colocación de un drenaje pleural previo al cierre sin que tuviéramos complicaciones.

En cuanto a la única muerte que debemos lamentar, la misma fue debida a una falla técnica, la colocación de un tubo de drenaje junto al colon que provocó una perforación por decúbito en el ángulo izquierdo, con la subsecuente peritonitis fecaloidea, que no pudo ser dominada. Cabe frente a esta situación plantearse la desvitalización colónica por isquemia secundaria a la movilización del ángulo esplénico, cosa que en nuestro trabajo no se produjo.

## CONCLUSIONES

La enfermedad hidática del bazo, es una afección que evoluciona durante largo tiempo en silencio clínico, debido a lo profundo del bazo y a la ausencia de canales excretores. A lo sumo se expresa por moderado dolor epigástrico y en hipocondrio izquierdo. Desde el punto de vista físico podemos apreciar una tumoración que deforma la región o que desplaza los órganos vecinos. En lo radiológico el signo a valorar es el ascenso del diafragma izquierdo y el desplazamiento de las vísceras adyacentes. Los nuevos métodos de diagnóstico nos permiten apreciar su naturaleza quística.

En cuanto al tratamiento en todos los casos lo hemos realizado por abordaje abdominal puro; y con el criterio táctico de conservar el bazo, cuando ello es posible.

Hemos tenido una muerte que aunque por error técnico, se la debe poner en el pasivo de esta grave afección que es la hidatidosis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALBO M. — Hydatid cysts of the pancreas. Surg Gynecol Obstet. 34: 739, 1922.
2. ANAVITARTE E., ARRUTI C., TORRES D. — Equinococosis heterotópica peritoneal de origen esplénico en el niño. Cir. Urug. 43: 308, 1973.
3. BLANCO ACEVEDO E., MORADOR J.L. — Los quiste hidáticos de la logia esplénica en "Táctica quirúrgica. Simposio sobre equinococosis". Montevideo, La Industrial, 1947, p. 33.
4. HERRERA VEGAS M., CRANWELL D.A. — Los quistes hidáticos en la República Argentina, Buenos Aires, 1901.
5. IVANISSEVICH D., RIVAS C.I. — Equinococosis hidatídica. Buenos Aires, Ministerio de Educación y Justicia, 1962. t. 2.
6. LARGHERO P. — Equinococosis heterotópica del peritoneo de origen esplénico. Bol. Soc. Cir. Urug., 20: 302, 1949.
7. LARGHERO P., VENTURINI W., BROLI G. — Equinococosis hidatídica del abdomen. Montevideo, Delta. 1962 p. 163.
8. MORQUIO L. — Kyste hidatique primitif du myocarde ouvert dans le ventricule gauche. Hidatidose métastatique avec neuf kystes dans cerveau et deux kystes dans la rate. Bull Soc. Pédiatr. Paris, 31: 422, 1934.
9. PEREZ FONTANA V. — Quiste hidatídico primitivo del ventrículo izquierdo, abierto en la aurícula izquierda. Hidatidosis metastásica del hígado, bazo, cerebro y cerebelo. Arch. Int. Hidatid. 13: 178, 1953.
10. PRADERI R., LOPEZ E., RAGO M. — Formas subagudas de la equinococosis peritoneal heterotópica: pseudo ascitis hidática y hematocele peritoneal enquistado con hidátide íntegra. Cir. Urug. 40: 142, 1970.
11. SABADINI L. — Les kystes hydatiques de la rate. Paris, Masson, 1936.
12. SAIDI F. — Surgery of hydatid disease. Philadelphia. Saunders, 1976.
13. SCHROEDER A., MEDOC J. — Quistes hidáticos del cerebro, corazón y riñón. An. Inst. Neurol. 4: 179, 1942.
14. TERRA E. — Hidatidosis esplénica. Tesis de Doctorado, Fac. de Medicina, Montevideo, 1956, inédita.
15. VALLS A. — Hemorragias digestivas graves en el quiste hidático de bazo. Cir. Urug. 39: 27, 1969.

## COMENTARIOS

**Dr. VALLS:** Me felicito por haber escuchado esta presentación de esta entidad que es poco frecuente, y hablo porque tengo experiencia.

En el año 1968 yo presenté aquí en la Sociedad de Cirugía, el tema de las hemorragias digestivas graves por hidatidosis esplénica, en virtud de dos casos. Es interesante saber por qué se produce la hemorragia, la hemorragia se produce porque el quiste hidático es un quiste hidático retrohiliar, que conserva los vasos cortos que van al estómago y comprime la vena esplénica por detrás, entonces crea una hipertensión venosa porque se comprime la vena esplénica y sigue llegando sangre por la arteria y entonces se produce frecuentemente un aumento del tamaño del bazo, una esplenomegalia congestiva y una congestión gástrica que puede llevarlo a la hemorragia.

Eran dos casos, uno de la clínica de García Lagos, que lo había operado el Dr. Cendán que falleció, y después otro del Dr. Karlen, que evolucionó bien, un hombre de unos 24 años.

La hemorragia puede ser porque el quiste hidático de bazo crea condiciones de hipervascularización del bazo, en el último

caso de Karlen la arteria esplénica estaba aumentada de tamaño, estaba hiperpulsátil, había un aumento de circulación del bazo y conduce a fenómenos de hiperesplenismo. Mascheroni y Bengolea en 1932 describieron en la Argentina, la producción de hemorragias por hiperesplenismo, debido a la congestión del bazo secundaria a la hidatidosis, provocando una plaquetopenia secundaria al hiperesplenismo.

El otro mecanismo de producción de hemorragias del bazo, es porque el quiste hidático se abre en el estómago, o se puede abrir en el colon y traer además de la hidatidemesia, una hemorragia. Eso es lo que he vivido yo del punto de vista de la complicación hemorrágica.

He vivido el problema del quiste hidático de bazo de otra manera, como consecuencia de un traumatismo. Me acuerdo que tuve que operar un enfermo que venía del Departamento de Minas, de la ANCAP, en un momento que yo hacía guardias de suplente en la ANCAP en el Sanatorio Larghero, que vino con un cuadro de anemia aguda y una urticaria generalizada, con una hipotensión. Estaba jugando al fútbol y recibió un codazo en el hipocondrio izquierdo. Lo operé y me encontré que tenía un quiste hidático de bazo que se había roto y había roto además el bazo, de modo que hice una esplenectomía y lavado del peritoneo. De modo que ahí hubo una rotura de un quiste hidático de bazo.

Con respecto al mismo quiste hidático de bazo, yo me encontré frente a dos situaciones, que no fueron escritas. Una fue un enfermo que tenía un colehidato-peritoneo y después le fuimos a tratar el quiste hidático de bazo, pero que era enorme y que estaba fijado por su adventicia al diafragma y la parte superior del bazo quedaba libre pegada al diafragma, entonces lo que hice fue evacuar el quiste, dejar la adventicia que formaba cuerpo con el diafragma, dejarlo intacto, vacié todo el parásito y le dejé lo que quedaba de bazo conservado, de modo que conservé ahí al revés, porque era un quiste enorme y que no podía sacar al bazo, lo dejé al bazo, porque si no tenía que abrir el diafragma y ahí no tuve que abrir nada, evacué el parásito y quedó pegado allá arriba y atrás el bazo.

Otra vez me ocurrió lo mismo en otro enfermo, en que también dejé un pedazo de la adventicia que formaba cuerpo con el diafragma, lo dejé formando parte del diafragma, porque evacué el parásito y quedó la adventicia fibrosa formando cuerpo con el diafragma, me pareció una cosa mucho más lógica conservarle la adventicia que andar resecándola para hacerle un agujero al diafragma y ni siquiera me metí en la cavidad torácica.

**Dr. GIL SOLARES:** Me adhiero fervorosamente a las felicitaciones sobre la presentación de esta casuística, muy interesante.

Los mecanismos de la hemorragia digestiva alta que explicó el Profesor Valls, son perfectamente inteligibles, uno los entiende perfectamente bien por fisiopatología.

Nosotros tuvimos un caso en el cual la hemorragia digestiva alta gástrica, de fundus gástrico, se produjo en un quiste hidático evacuado con la marsupialización simple, una señora que habla sido operada por el Dr. Mortalena en el Sanatorio de Carmelo unos cuantos años antes.

Nosotros estudiamos esa hemorragia digestiva, por los procedimientos que teníamos a mano en aquellos años, estoy hablando de hace 20 años atrás, ningún estudio radiológico demostraba úlcera, demostraba lesión, demostraba nada. Yo le mostré personalmente la enferma al Dr. Velarde Pérez Fontana, entonces él me dijo: "mirá acá debe haber un problema inmunitario, aquí esta adventicia que conservó Mortalena debe ser la causa de la hemorragia por procesos congestivos de orden inmunitario".

Le propusimos la reintervención a esta señora, ella aceptó, se operó se hizo la esplenectomía, que fue muy laboriosa porque se ve que había sido un quiste hidático bastante grande y con muchas adherencias y se acabaron las hemorragias digestivas de esta señora con la esplenectomía y la resección de aquella trama fibrosa, que tenía pleno contacto entre el bazo y el fundus gástrico.

De tal manera que es posible, que a todos esos otros mecanismos fisiopatológicos de la hemorragia digestiva alta, se pueda agregar el proceso inmunitario de la enfermedad hidática provocado por la conservación de la adventicia.

He tenido otros quistes hidáticos de bazo, he hecho siempre la esplenectomía y también siempre lo he hecho por vía abdominal y hasta ahora felizmente no he visto ningún problema de sepsis en enfermos esplenectomizados por esa causa y también por otro tipo de esplenectomías que hemos realizado.

Quiero recordar, simplemente, que en el Congreso de Hidatidosis internacional que se hizo en Rivera, el Dr. Barsabas Ríos de Tacuarembó, presentó una cantidad de quistes hidáticos de bazo, resecados por él; era asombroso ver aquellos quistes hidáticos de bazo, él tuvo la virtud de conservarlos enteritos en formol y realmente me parece que tengo que hacer un pequeño homenaje para recordar a aquel cirujano extraordinario, que fue Barsabas Ríos.

**Dr. PERDOMO:** Quiero felicitar al Dr. Bogliaccini por este trabajo. Creo que realmente esa inquietud que él plantea sobre la conservación del bazo, es uno de los puntos que traen interés a esta discusión, porque si pudiéramos sacar de aquí un cierto acuerdo, sobre el proceder futuro en esta materia, bueno, creo que sería beneficioso para todos.

Por un lado está, como decía el Dr. Chavarría, el hecho del conocimiento actual de las funciones que en la inmunología cumple el bazo y la necesidad de conservarlo si es posible en todas las ocasiones en que ello sea accesible.

Me parece que naturalmente es mucho más fácil conservar un bazo, en un quiste hidático esplénico, que en un traumatismo. Sin embargo uno ve que en este momento, siguiendo las directivas que existen, los cirujanos se esfuerzan por conservar el bazo traumático, con mucho más riesgo que lo que yo creo que tendría conservar el bazo equinocócico.

Por otra parte pienso que el bazo tiene una estructura tan particular, que no se corre riesgo de perder por canales de ningún tipo, ningún exudado que obligue a tener drenado por mucho tiempo y a temer corrimientos muy prolongados. De manera que sea porque viene fácil (polar inferior, quiste hialino), sea porque viene muy difícil y es muy riesgoso sacarlo, se puede abrir, se puede vaciar, se puede limpiar, se puede esterilizar y se puede abandonar.

Tal vez el problema sería si hubiera un quiste hidático supurado, que habría que drenarlo; pero en otros casos creo que inclusive se podría abandonar, como hizo en la última observación el Dr. Bogliaccini y uno podría así tener una doble satisfacción; no complicar la operación y conservar el bazo.

Esa es una línea de conducta, que tal vez todos podríamos tener presente y cumplirla en la medida de lo posible.