

# REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA

Depósito Legal M. 56 - 1958.

Director: C. JIMENEZ DIAZ. Secretarios: J. DE PAZ y F. VIVANCO  
REDACCION Y ADMINISTRACION: Antonio Maura, 13, MADRID. Teléfono 22 18 29.

TOMO LXX

31 DE JULIO DE 1958

NUMERO 2

## REVISIONES DE CONJUNTO

### HIDATIDOSIS ESPLENICA

M. Ríos Mozo y S. FERNÁNDEZ SANZ

Clinica Médica Universitaria de Sevilla

Director: Prof. M. DÍAZ RUBIO

#### INTRODUCCIÓN

La rareza, pretendida por muchos, de la localización esplénica de la hidatosis, motiva todavía que se comuniquen en la literatura médica los casos que se van diagnosticando. Posiblemente sea este hecho, al tener nosotros recientemente dos casos, el que ha motivado esta publicación. En ella, además de las referencias de dichos casos, y el estudio de las facetas clínicas y de diagnóstico que de ellos se pueden deducir, queremos hacer una revisión del lugar que ocupa en la medicina interna esta afección, con las consideraciones bibliográficas necesarias para que el estudio se haga lo más completo que sea posible.

#### HISTORIA Y DATOS ESTADÍSTICOS

El primer caso de quiste hidatídico de localización esplénica que se encuentra reseñado en la literatura mundial corresponde a BARTELOT<sup>4</sup>, que en 1790 comunicó su hallazgo en una necropsia. Posteriormente fueron comunicadas otras observaciones autópsicas por MORGAGNI<sup>34</sup>, en 1891; por BASSET<sup>5</sup>, en 1827, y por DEGAILLE<sup>15</sup>, en 1850. Los primeros casos clínicos fueron descritos por BROCA, en 1850<sup>12</sup>, y por GUERIN<sup>19</sup>, en 1889. Numerosas publicaciones siguieron desde entonces, haciendo todas ellas referencias a distintos casos, mereciendo la pena citar en los últimos años como las más completas: la de JOSINOVIC<sup>23</sup>, en 1954; las de ROLY<sup>43</sup>, MANEVICH<sup>30</sup> y JOLESJEVIC<sup>22</sup>, también en 1954; las de SCALA<sup>45</sup> y MACRIS<sup>28</sup>, en 1955, y KOSKAS<sup>24</sup> y GURKAN<sup>20</sup>, en el mismo año; las de MIRIZZI<sup>32</sup>, PROTIC<sup>48</sup> y BLANCO<sup>8</sup>, en 1956.

La existencia, sin duda, de otras múltiples publica-

ciones que no referimos para evitar sobrecarga bibliográfica, nos autoriza a pensar que no es tan infrecuente esta localización de la equinococosis humana, como todavía se la considera, y con lo que no estamos de acuerdo; como tampoco con la opinión de MOREL<sup>33</sup>, que en 1941 llega a decir que en una extensa revisión de la literatura realizada entonces, sólo había encontrado en el mundo diecisiete casos, ni aun con lo que BELL<sup>6</sup> sustenta en 1953, recogiendo menos de doscientos casos informados en todo el mundo. Ya GURKAN<sup>20</sup> dice claramente en su trabajo, que después del hígado y pulmón, es la más frecuente localización de la hidatidosis, y posiblemente por ello nos llama la atención, que consideramos olvido injustificado, que en los Congresos Internacionales de la Hidatidosis IV y V<sup>1-2</sup>, celebrados, respectivamente, en Santiago de Chile, en 1953, y en Madrid, en 1954, no se mencione para nada la hidatidosis de localización esplénica.

Junto con ello es notorio el poco espacio que en los libros de Patología y Clínica Médica se le dedica a esta enfermedad, motivando ello que su conocimiento sea imperfecto por los médicos prácticos, y se maneje poco en los diagnósticos diferenciales. Además, en la mayoría de los trabajos sobre esta cuestión se limitan los autores a comunicar su casuística sin detallar nosográficamente su situación patológica y clínica. Por ello nos ha parecido necesario revisar, aprovechando nuestros casos, el problema más extensamente.

Basta mirar las estadísticas de su frecuencia en relación con la hidatidosis en general para notar, a través de las oscilaciones en la cifra, la gran desorientación que reina sobre dicha frecuencia, cosa que no ocurre en otras localizaciones hidatídicas, como en el pulmón, hígado y riñón. De esta forma, desde unos valores mínimos, como el 0,78 % que señala FINSEN<sup>18</sup>, al 12 % que comunica BRESOT<sup>11</sup>, como localización en bazo de la hidatidosis humana hay cifras variadas, como las de MADELUNG<sup>29</sup>, con 1,50 %; LÓPEZ NEYRA<sup>26</sup>, 1,7 %; DEVE<sup>16</sup>, gran conocedor de la equinococosis, con el 2,4 %; VEGAS y CRAMWELL<sup>48</sup>, 3,7 %; WITAS y SEVENET<sup>50</sup>, 4,25 %; PUTZU<sup>39</sup>, 4,25 %; BIONDI<sup>7</sup>, 4,16 %; REPETTO<sup>40</sup>, 7,56 %, y CIGNOZZI<sup>14</sup>, con el 9 %. De los 165 casos de hidatidosis, muy bien

estudiados por GURKAN<sup>20</sup>, dos tenían localización en bazo.

En España, hasta 1944, habían sido registrados 19 casos por LÓPEZ NEYRA<sup>26</sup>, a los que deben añadirse dos más de PEDRO PONS Y FARRERAS<sup>36</sup>, que estudian el problema de forma sistematizada; y uno reciente de LORENTE y colaboradores<sup>27</sup>.

### PATOLOGÍA

La equinococosis del bazo puede ser primitiva, con quiste hidatídico exclusivo de dicho órgano, o secundaria a otras localizaciones abdominales, sobre todo a quistes abiertos.

Casi todos los autores están de acuerdo en que el embrión exacanto, antes de acantonar en el bazo, tiene que atravesar la barrera hepática y la pulmonar. Según MILLS<sup>31</sup>, el hígado retiene el 75 % de los embriones, y el pulmón, el 10 %; el resto, es decir, el 15 %, alcanza el torrente circulatorio. Sin embargo, la escuela francesa, con DEVE<sup>16</sup>, que detenidamente ha estudiado el problema de la hidatidosis en general, sostiene que también puede el parásito alcanzar el bazo directamente a través de la vena porta, refluyendo por la esplénica que está desprovista de válvulas.

Anatomopatológicamente, los quistes son únicos o uniloculares, siendo raros, aunque también se han informado los multiloculares y la equinococosis alveolar de esta localización señalada por RICCI<sup>41</sup>. Las vesículas equinococicas, como es característico, contienen líquido como agua de roca y los ganchos típicos. Pueden llegar a contener varios litros, y a veces la totalidad del bazo está excavada por el quiste.

Tiene mucho interés la localización, según el nacimiento del quiste dentro del órgano, ya que ello puede determinar variaciones importantes en la clínica y en la terapéutica. Creemos que todavía es muy exacta la descripción de DIELAFOY<sup>17</sup>, que señala tres tipos de quistes, según su localización: 1) Quiste intraesplénico, que va abriendo una gran cavidad dentro del órgano desde el centro a la periferia. 2) Quiste marginal en uno de los polos, dando lugar simplemente a prominencias dentro de la superficie esplénica. 3) Quiste pediculado, en el que sólo la cápsula está en contacto con el bazo, dejando completamente indemne el parenquima, y que puede extirparse sin recurrir a la esplenectomía. SABADIN<sup>44</sup> divide los quistes esplénicos según su localización, más alta o más baja, en abdominales, torácicos y tóraco-abdominales.

El tejido esplénico que rodea el quiste, salvo las alteraciones mínimas por compresión, no suele estar afectado histológicamente; la membrana periquística no suele presentar calcificaciones, y en su expesor está privada, como ha podido demostrar ZANNINI<sup>51</sup>, de vasos sanguíneos. El crecimiento del quiste es generalmente lento y puede durar varios años.

### CLÍNICA

Nos parece éste el lugar de señalar las referencias de nuestros dos casos:

1.<sup>o</sup> A. F. C. Mujer de treinta años, casada, natural de Sevilla y de profesión sus labores.

*Enfermedad actual.*—Hace tres años, y después de estar con diarreas de tres a cuatro deposiciones líquidas, diurnas, y sin fiebre, sin moco y sin sangre, le queda un dolor en el hipocondrio izquierdo, de pequeña intensidad, pero continuo, que no le impide hacer sus labores, y que no se irradia; sigue sin fiebre y sin otra sintomatología. En estos tres años orinaba bien, con orinas normales y

estaba bien de vientre, teniendo sólo en alguna ocasión aislada una deposición medianamente pastosa. Así ha venido hasta hace dos meses, en que, de forma brusca, le aumenta el dolor, irradiándose hasta vacío izquierdo y acompañándose de vómitos, sin fiebre. Le dura, con esta intensidad, dos o tres días; requiere calmantes y, posteriormente, le persiste con menos fuerza, viéndole con ligera molestia hasta hace diez días, en que le vuelve a aumentar, irradiándose ahora hasta el costado izquierdo y apareciendo fiebre de hasta 38 grados. Tiene buen apetito. Hace bien las digestiones. No ha perdido peso.

*Antecedentes familiares.*—Padre, fallecido a los sesenta y ocho años, de diabetes. Madre, vive, y es hipertensa. Un solo hermano, fallecido a los siete días de nacer. Marido, bien; casó a los veinticuatro años, y no ha tenido ni hijos ni abortos.

*Antecedentes personales.*—Sarampión, de pequeña. Menarquia, a los once años; tipo 3-4/28, con dismenorrea de siempre.

*Exploración física.*—Bien constituida y nutrida. Buen color de piel y mucosas. Pupilas reaccionan bien a la luz y acomodación. Boca regularmente cuidada, con caries. Lengua ligeramente depapilada en punta. Faringe normal.

En cuello no hay saltos vasculares ni aumento del tamaño del tiroides. Se palpan en ambas cadenas carotídeas microadenopatías lisas, rodaderas, no dolorosas, con consistencia normal. No hay adenopatías en otras regiones.

*Aparato respiratorio.*—Percusión y auscultación normales.

*Aparato circulatorio.*—Tonos de corazón normales. Presión arterial, 12/8. Pulso regular, a 70 de frecuencia.

*Abdomen.*—Hay un grueso panículo adiposo, que no es doloroso al pellizcamiento. En pleno hipocondrio izquierdo y ocupando también vacío de este lado, se palpa tumoreación lisa, redondeada, algo dolorosa, móvil con las excursiones respiratorias, de bordes también redondeados, y consistencia regular, que se introduce por debajo del reborde costal y da la impresión de corresponder a bazo o a un riñón izquierdo grande o tumoral.

Durante los días que estuvo en la clínica antes de ser intervenida, se demostró ligera febrícula.

A rayos X, en el tórax, los campos pulmonares eran limpios, el hemidiafragma izquierdo, ligeramente elevado y menos móvil; la silueta cardio-vascular, normal.

El estómago, radiológicamente, se encuentra muy desplazado hacia la derecha por proceso claramente extragástrico de límites muy limpios, que se evidencia bien en la pantalla fluoroscópica, y que se introduce por debajo de reborde costal, siendo móvil. El bulbo duodenal y el duodeno, en su marco, son normales; salvo la anormalidad de posición ya descrita.

Un enema de bario demostró sólo desplazamiento hacia abajo y a la derecha del ángulo colo-esplénico.

Con estos datos se podían descartar las tumoraciones digestivas, fundamentalmente del estómago, y sobre todo del colon. El diagnóstico diferencial había que hacerlo entre una esplenomegalia y una hidronefrosis o tumor renal, incluso con un linfoma retroperitoneal.

Lo primero que se hizo fué un estudio hematológico completo para descartar que la esplenomegalia fuese secundaria a una hemoblastosis. Se obtuvieron los siguientes datos: 4.520.000 hemáticas, 89 por 100 de Hglo. y 0,98 de valor globular. La cifra de leucocitos en límites superiores de la normalidad (8.200), con fórmula, en la que destacaba una franca eosinofilia del 13 por 100, con 7 Cay., 50 Seg., 26 Linf. y 4 Mon. La velocidad de sedimentación, acelerada: 57/95. Media de 52,25. El tiempo de sangría, de seis minutos (DUKE); el de coagulación, de seis minutos (LEE y WHITE), y la retracción del coágulo, normal y de buena consistencia.

Un examen de la médula ósea demostró una cortical de espesor y dureza normal, encontrándose un jugo medular rico en grumo grueso, de color grisáceo. Mielograma: Mieloblastos, 0,5 %; Promielocitos, 1,0 %; Mieloc. inmad., 9,5 %; Mieloc. maduros, 9,5 %; Metamielocitos,

11,0 %; Cayados, 25,5 %; Segmentados, 23,5 %; Eosinófilos inmad., 8,5 %; Eosinófilos maduros, 7,0 %; Basófilos, 0,0 %; Linfocitos, 2,5 %; Monocitos, 1,5 %; Pronormoblastos, 0,5 %; Macrnormoblastos, 0,5 %; N. basófilos, 2,0 %; N. policromatof. 9,0 %; N. ortocromat., 4,0 %; Megacariocitos, 0,5 %; Plasmáticas, 1,0 %; Retic. linf. gr. 1,0 %; Retic. linf. peq., 2,5 %. Llama la atención que en todos los frotis las improntas muestran una gran celularidad, que se refleja en todos los elementos pertenecientes al parenquima citopoyético e incluso el reticul-

membrana prolífera hidatídica unilocular. A pesar de que está el quiste como el bazo, adherido intensamente al colon y epiplón, se consigue quitar todas las bridas, seccionándolas entre adherencias. Se liberan después las caras posterior y diafragmática del bazo mediante la maniobra de Gómez y Gómez, exteriorizándose sin dificultad. Ligadura del pedículo y extirpación. Hemostasia detenida del lecho esplénico. Cierre por planos. El curso postoperatorio, muy bueno; sólo hay a los cinco días unas temperaturas subfebriles que se resuelven al eva-

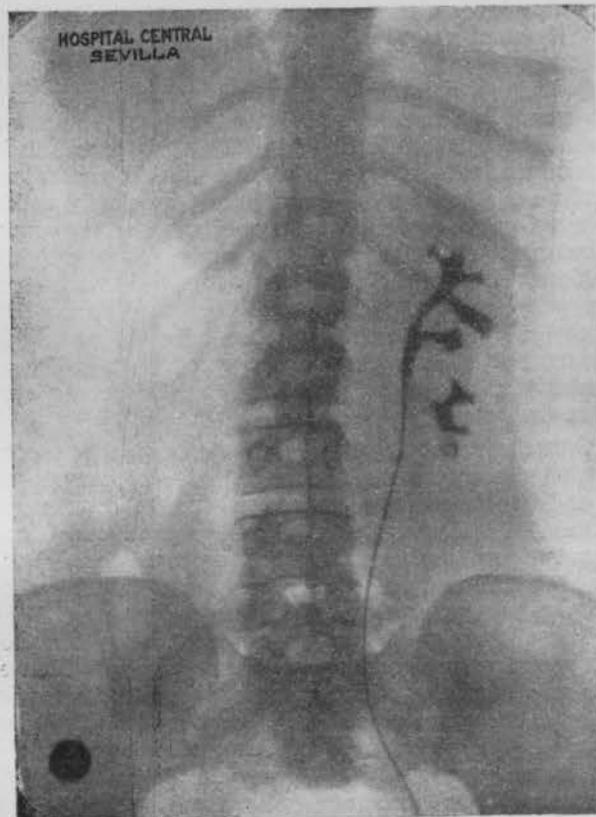


Fig. 1.

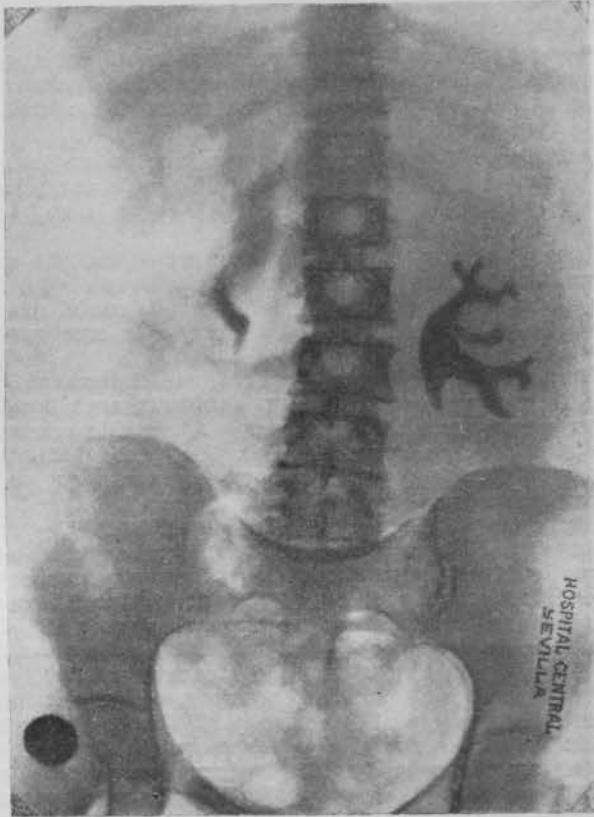


Fig. 2.

lo. Es manifiesta la eosinofilia con claro aumento de su producción. En resumen, existía una hiperplasia manifiesta de la médula ósea.

Este examen era suficiente no sólo para descartar, junto con la clínica, una hemoblastosis, sino también para rechazar una esplenomegalia parenquimatosa propiamente dicha, que habría producido un cuadro de inhibición modular.

Las reacciones de Wasserman, V. D. R. L., Meinicke y Kahn fueron negativas. El Weimberg, positivo, con una cruz, y el Cassoni, positivo, con tres cruces. En gota gruesa no se vieron hemoparasitos. En la orina, buena densidad (1,030), negatividad de elementos y sedimento normal.

Para poder descartar más justamente la procedencia renal, se practicó a la enferma un urograma descendente, que demostró curiosamente que el riñón izquierdo estaba solo ligeramente descendido, por rechazamiento de la esplenomegalia, y una duplicidad pieloureteral, pero sin hidronefrosis concomitante (fig. 1).

Con todo esto se llegó al diagnóstico de quiste hidatídico del bazo, y fué enviada para intervención, que practicó el doctor LOSCERTALES, redactando la siguiente hoja operatoria:

Preanestesia con morfina-atropina. Inducción con pentotal-curare. Anestesia con éter-curare en circuito cerrado. Buena y sin accidente. Laparotomía subcostal izquierda, cayendo sobre una formación quística de bazo, de unos 15 centímetros de diámetro, aumentada en el polo inferior de la misma. Se pinza y se vacía parcialmente, se abre acabándola de vaciar y extirmando la

cuar un pequeño seroma subcutáneo en la herida operatoria.

#### Diagnóstico quirúrgico.—Quiste hidatídico de bazo.

La enferma volvió posteriormente a nuestro servicio en dos ocasiones, encontrándose bien y sin eosinofilia periférica.

2.º D. B. H. Mujer de cincuenta y ocho años, viuda, natural de Fuentes de Andalucía (Sevilla), vive allí y se dedica a sus labores.

**Enfermedad actual.**—Hace cuatro años que se viene notando un bullo duro en hipocondrio izquierdo, que ha ido aumentando de tamaño. Hace un mes tuvo náuseas y vómitos, grandes diarreas durante todo un día, quedando débil. Después de aquel día se le quitó la diarrea, pero quedó floja, sin ganas de comer, habiendo adelgazado bastante. Hace seis o siete días vuelven las diarreas diurnas y nocturnas, de color claro y verdoso, con retortijones, sin pujos y sin fiebre. Ayer ya obra normal. Tiene regular apetito. Orina bien. Ha perdido algo de peso.

**Antecedentes familiares.**—Padre, fallecido senecto. Madre, fallecida, no sabe. No hermanos. Marido, fallecido del corazón. Cinco hijos, bien. No abortos. Menopausia, a los cuarenta y cuatro años, sin trastornos.

**Antecedentes personales.**—Niega toda enfermedad anterior.

**Exploración física.**—Regular estado de nutrición. Piel y mucosas algo pálidas. Boca en regular estado. Lengua saburral. Faringe, nada.

En cuello no hay adenopatías, ni saltos vasculares, ni

aumento de tamaño del tiroides. No hay adenopatías en otras regiones.

*Aparato respiratorio.*—Percusión y auscultación normales.

*Aparato circulatorio:* Tonos normales. P. A. 14/8. Pulso, 80, de frecuencia y ritmico.

*Abdomen.*—Se palpa en hipocondrio izquierdo una gran tumoración, que parece corresponde a bazo, que se desplaza con los movimientos respiratorios, y sus bordes son redondeados; no es dura, ni dolorosa. No se encuentra peloteo.

Pupilas con buena reacción a la luz y a la acomodación. Reflejos normales.

*Rayos X. Tórax.*—Campos pulmonares limpios, con movilidad diafragmática izquierda escasa. Pediculillo vascular ensanchado. Silueta cardiaca dentro de los límites de la normalidad.

*Estómago:* Completamente normal, salvo un franco rechazamiento a la derecha, que desfigura la curvadura mayor, pero evidenciándose claramente que la compresión es extrínseca.

Enema de bario, con colon que se repleciona bien con buena hastrucción; el ángulo colo-esplénico está dirigido hacia abajo y a la derecha, y se confunde con el transverso, lográndose separar difícilmente a la compresión gradual.

*Urograma descendente.*—Resulta muy interesante, y como puede verse en la figura 2, demuestra un riñón izquierdo muy grande y francamente descendido, con pelvis renal dilatada, con acodamiento ureteral inferior seguramente por la compresión quística gigante, que es la causa determinante de esta alteración renal.

El recuento de hematies es bueno (4.550.000), y discreta cifra de hemoglobina (78%). Los leucocitos son normales (6.800), con fórmula que demuestra una eosinofilia de 6 y 4 Cay., 70 Seg., 10 Linf. y 2 Mon. La velocidad de sedimentación, discretamente elevada (34/72. Media de 35). La serología de lúes, negativa. La reacción de Weimberg fué negativa, y el Cassoni, positivo, con una sola cruz. La urea, de 0,28 gramos, y la glicemia, de 91 miligramos por 100, normales. El tiempo de coagulación, de ocho minutos, y el de hemorragia, de tres minutos, también normales. En la orina, buena densidad (1,020), negatividad de elementos y sedimento normal. Unas aglutinaciones al tifico, paratifico y mellitensi fueron negativas. Durante el tiempo de estancia en la clínica no se comprobó fiebre. Estas exploraciones descartan categóricamente que la tumoración sea gástrica o del colon, pudiendo existir la duda si es una esplenomegalia o una tumoración renal. Sin embargo, su situación por debajo del reborde no corresponde a la imagen renal urográfica, junto con el tipo de borde de consistencia blanda, hacen pensar sin discusión que es un bazo grande, que rechaza el riñón por compresión, provocando una hidronefrosis. La falta de otros datos clínicos a favor de tipos de esplenomegalia, motiva que se haga el diagnóstico de quiste hidatídico, más aún con la eosinofilia, y el Cassoni débilmente positivo. Con este diagnóstico se hizo la intervención por el doctor LOSCERTALES, que comunicó el siguiente informe operatorio:

*Tipo de anestesia:* general etérea con intubación orotraqueal, previa inducción con 0,5 gramos de pentotal y 20 miligramos de curarina, y una preanestesia de 1 milígramo de atropina, y 1 centígramo de morfina intramuscular. *Intervención:* Incisión subcostal izquierda. A la exploración se encuentra un quiste hidatídico de bazo con multitud de vesículas. Por estar adherido a diafragma y asas intestinales, se imposibilita tanto la extirpación del quiste como la esplenectomía, por lo que se recurre a la marsupialización. *Postoperatorio:* Bueno. *Cicatrización:* por segunda intención.

Si juzgamos de la clínica a través de nuestros casos, observamos que los síntomas subjetivos son poco característicos. Nuestra primera enferma, inicialmente tiene una historia de diarreas de difícil conexión con la compresión cólica que se evidenció en el enema opaco y en la intervención, y sobre todo

aqueja dolores en hipocondrio izquierdo, incluso en una ocasión de gran intensidad irradiado a vacío, como si fuera un episodio cólico bien hepático, pero en el lado izquierdo, o más bien nefrítico, con vómitos, fiebre, y haciendo necesarios los calmantes. La segunda enferma nota como primer síntoma subjetivo la presencia de un bulto en hipocondrio izquierdo antes de que haya tenido molestias, y después también, como en el primer caso, diarreas, de mayor personalidad clínica esta vez, estando el colon también comprimido, y sin que diese síntomas renales, pese a la hidronefrosis y al desplazamiento del riñón izquierdo.

Es decir, que tenemos como hechos característicos, que también han sido señalados por otros autores, que la clínica inicial de la hidatidosis esplénica puede ser simplemente la presencia subjetiva de una tumoración en el vientre. Naturalmente que ello puede acompañarse o precederse, como en nuestra primera enferma, de dolor en el hipocondrio izquierdo, en ocasiones de tipo cólico, dolores que, en otros casos, han sido torácicos, como en el caso descrito por MORO<sup>35</sup>, o dorso-lumbar izquierdo, como en el de CIGNOZZI<sup>14</sup>. No encontramos, en cambio, en la literatura citada, la presencia inicial y en el tránsito evolutivo de un cuadro diarreico.

Naturalmente que, aparte de estos datos, es lógico pensar que en muchas ocasiones la sintomatología depende de la compresión progresiva de órganos de vecindad. Es decir, que si el crecimiento, cosa poco frecuente, se hace hacia arriba, la impulsión del tórax, determinará trastornos compresivos respiratorios y cardíacos, incluso pleuritis reaccionales. Si se prolonga hacia abajo, podemos encontrar la compresión gástrica, que en nuestros dos casos era evidente, pero que, salvo los vómitos en ocasiones del episodio cólico de la primera enferma, no produjo síntomas especiales de dicho órgano, aunque en otros casos esté descrita una primera sintomatología gástrica, como en el recientemente comunicado por LORENTE y colaboradores<sup>27</sup>; compresión que de todas formas, junto con la del colon, puede contribuir, además de los síntomas diarreicos observados por nosotros, a una gran variedad sindrómica. También se han citado en la literatura síntomas provocados por la compresión renal. HOLMES<sup>21</sup> sostiene la opinión de que un bazo hipertrófico y quístico jamás comprime el riñón. A este respecto, SWETT<sup>47</sup> la ha visto en dos de sus casos. En nuestras dos enfermas, sobre todo en la segunda, con la hidronefrosis evidente, esta compresión se produjo sin que apareciesen síntomas relacionables con el aparato urinario, aunque no puede extrañarnos que el tipo de dolor cólico de la primera enferma, muy parecido al cólico nefrítico, obedezca a esta causa.

Objetivamente puede llamar sólo la atención la presencia de una tumoración en hipocondrio izquierdo, que puede llegar a la fossa ilíaca de este lado, y que se introduce por dentro de la arcada costal. La superficie suele ser lisa, y mediante una palpación detenida, puede encontrarse tensión de contenido líquido, incluso la retención del líquido hidatídico encapsulado, como señala FARRERAS<sup>36</sup>. Conviene descartar los otros motivos de esplenomegalia, haciendo una exploración detenida del sistema reticuloendotelial, asegurándose de la no existencia de ganglios, estudiando metabólicamente al enfermo para descartar esplenomegalias por depósito, clínicamente para rechazar las cirrosis y esplenomegalias infecciosas, y hematológicamente para asegurar que no existe una hemoblastosis. Junto con ello es necesario

precisar con un buen estudio radiológico digestivo y renal, que la tumoración es extrínseca a estos órganos. Una vez realizadas estas exploraciones, si se encuentra una eosinofilia y las reacciones específicas son positivas, el diagnóstico del quiste puede ser fácil, quedando sólo la duda cuando estas reacciones sean negativas, pues ya sabemos que ello no lo excluye. No debe olvidarse, aunque esto resulte raro, la presencia de quistes de bazo no parasitarios, ya que los síntomas subjetivos y objetivos pueden ser similares. Hace sólo unos años, RIJSBOSCH<sup>42</sup> han informado tres casos de quistes no parasitarios de bazo, y discute la etiología y el desarrollo de estos quistes esplénicos. Sus pacientes tienen todos síntomas compresivos, dolor en hipocondrio izquierdo, a veces en el hombro, y desórdenes digestivos. En sus manos, la radiología ayuda a establecer el diagnóstico, que nosotros no vemos que pueda diferenciarse de la hidatidosis más que a través de la presencia de eosinofilia, del Weimberg y Cassoni positivos. La eosinofilia fué encontrada en el 68 por 100 de los casos recogidos por CIGNOZZI<sup>14</sup>. Tiene también importancia en el diagnóstico cuando el quiste se ha calcificado, la presencia de esta calcificación en el hipocondrio izquierdo. FARRERAS<sup>36</sup> tiene un caso muy expresivo en este sentido. La punción esplénica puede ser peligrosa, y en casos dudosos no debe hacerse.

En relación con las complicaciones hay que señalar, en primer lugar, la perforación del quiste. Esta puede tener lugar en el peritoneo, dando lugar, como en otras localizaciones hidatídicas abdominales, a un shock intenso, muy grave si la perforación es grande; a peritonitis supuradas, como en el caso de MADEVICH<sup>30</sup>, o a una siembra hidatídica peritoneal secundaria, de tipo crónica, si la perforación es pequeña.

Puede también perforarse en pleura, como en los casos descritos por GUERIN<sup>19</sup> y por PIETRI<sup>37</sup>. Recientemente, VILLEGRAS y SCHIEPPATRI<sup>49</sup> han publicado un caso de hidatidosis esplénica con evolución torácica por rotura en pleura y bronquios. El enfermo, de cincuenta y siete años, presentó una historia de supuración pulmonar, hemoptisis y expulsión de elementos hidatídicos. El diagnóstico, pese a que la fase aguda estuvo poco clara, se hizo por la palpación de la tumoración esplénica, y la terapéutica quirúrgica de esta complicación, casi siempre muy rara, fué seguida de éxito.

También se han citado casos de adherencias seguidas de perforación que, al abrirse el quiste en estómago y colon, han determinado la curación espontánea de éste, por SILVESTRINI<sup>46</sup>, BONGIORNO<sup>10</sup> y CALIBRASI<sup>18</sup>.

Hemos dejado finalmente señalado cómo en la evolución del quiste puede suceder la calcificación espontánea, deteniéndose su evolución.

#### TRATAMIENTO

La terapéutica biológica general, incluso la local por punción, vaciamiento del quiste e inyección de líquidos parasiticidas, está abandonada y debe ser rechazada.

No hay más tratamiento que el quirúrgico, que siempre que no se demuestre que el quiste esté prácticamente muerto y calcificado, debe instituirse cuanto antes, para evitar no sólo los trastornos compresivos, sino algunas de las graves complicaciones que han quedado señaladas.

Los cuatro métodos que están a disposición del cirujano son: la resección total, la enucleación con dre-

naje a otro órgano, la marsupialización y la esplenectomía. El primer método, que es ideal, sólo es asequible en los raros quistes muy pediculados; el segundo puede dar complicaciones evolutivas poco deseables. La marsupialización, operación menos traumatizante que la esplenectomía es, a juicio de LO GIUDICE<sup>25</sup>, el método más indicado, aunque prolonga un poco la evolución, y se han citado en ella complicaciones, como la hemorragia secundaria, la fistulización, la supuración prolongada y la recidiva local. En el segundo de nuestros casos, la evolución del quiste marsupializado fué buena y sin complicaciones.

La esplenectomía está formalmente indicada cuando es un quiste múltiple o un quiste grande, como el primero nuestro, que está prácticamente distribuido por todo el parénquima esplénico. Tal intervención, cuidando bien los factores de preparación y postoperatorio no tiene un porcentaje de mortalidad mayor que la marsupialización.

#### SUMARIO

De una revisión detenida de la literatura de la hidatidosis esplénica se llega a la conclusión de que esta localización del quiste hidatídico no es tan infrecuente como se cree.

Desde el punto de vista patogénico, casi siempre se produce la hidatidosis esplénica directamente después de atravesar el embrión exacanto la barrera hepática y pulmonar.

Patológicamente, por su localización, los quistes pueden ser intraesplénicos, marginales y pediculados.

Se comunican dos casos personales; en uno de ellos destaca la sintomatología dolorosa en ocasión con dolor de tipo cólico nefrítico, fiebre y vómitos; y en el otro, la percepción de la tumoración por la enferma antes de dar apenas síntomas. En nuestros dos casos, más en el segundo, se presenta un cuadro diarreico.

Mucha parte de la sintomatología que puede producir la hidatidosis esplénica resulta de la compresión de órganos vecinos. En nuestro segundo caso había una hidronefrosis. Se destaca en el diagnóstico diferencial la distinción con otros tipos de esplenomegalias y tumores de órganos digestivos y riñón; también hay que diferenciar de otros quistes de bazo no parasitarios.

En las complicaciones se encuentran: la perforación peritoneal con shock, peritonitis supurada o siembra peritoneal, la perforación en pleura y bronquios con vómita hidatídica o en órganos huecos abdominales, previa adherencias, cuestión que puede resolver el quiste. También éste puede terminar su evolución calcificándose.

La terapéutica debe ser quirúrgica inmediatamente después del diagnóstico, y los métodos más útiles y más empleados son la marsupialización y la esplenectomía, dependiendo la elección de las condiciones del quiste. En nuestro primer caso se empleó la esplenectomía, y en el segundo, como ella no fué posible, se realizó la marsupialización. La evolución de nuestras dos enfermas con quiste hidatídico de bazo fué favorable.

#### BIBLIOGRAFIA

- ACTAS IV CONGRESO INTERN. HIDATIDOSIS.—Santiago de Chile, 1953.
- ACTAS V CONGRESO INTER. HIDATIDOSIS.—Madrid, 1954.
- BALDELLI, R.—Policlínico Sez Práctica, 54, 1.292, 1947.
- BARTELOT.—Cit. Lo Giudice (25).

5. BASSET.—Cit. Lo Giudice (25).  
 6. BELL, R. P.—Ann. Surg., 137, 781, 1953.  
 7. BIONDI, D.—Rifor. Med., 27, 365, 1930.  
 8. BLANCO, A. S. y MESSINETTI, S.—Ann. Ital. Chir., 33, 11-1956.  
 9. BOCKUS, H.—Gastroenterología. Salvat Editores. Barcelona, 1948.  
 10. BONGIORNO.—Cit. Baldelli (3).  
 11. BRESOT.—Cit. Lo Giudice (25).  
 12. BROCA.—Cit. Lo Giudice (25).  
 13. CALIBRASI.—Cit. Baldelli (3).  
 14. GIGNOZZI, O.—Arch. Ital. Chir., 8, 258, 1922.  
 15. DEGAUVE.—Cit. Lo Giudice (25).  
 16. DEVE, F.—Comp. Red. Soc. de Biol. París, 627, 1916.  
 17. DELAPOY.—Cit. Lo Giudice (25).  
 18. FINSEN.—Cit. Lo Giudice (25).  
 19. GUERIN.—Cit. Sabadín (44).  
 20. GURKAN, K. I.—J. Chirurgie, 71, 709, 1955.  
 21. HOLMES, G. W.—New Engl. Jour. Med., 216, 63, 1937.  
 22. JOELLESJIEVIC, M.—Medicinski Arhiv Sarajevo, 8, 83, 1954.  
 23. JOSINOVIC, I.—Srpk Arhiv za Celok Lekarsvo, 82, 1.149, 1954.  
 24. KOSKAS, R. y PIETRI, S.—Tunisie Med., 43, 6, 1955.  
 25. LO GIUDICE, P.—Minerva Med., 46, 1.358, 1955.  
 26. LÓPEZ NEIRA.—Cit. Pedro Pons (36).  
 27. LORENTE, L., ARROBA, V., FONTES, F. y JIMÉNEZ CASAJO, M.—Rev. Clín. Esp., 67, 120, 1957.
28. MACRIS, G.—Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 81, 377, 1955.  
 29. MADELUNG.—Cit. Lo Giudice (25).  
 30. MANEVICH, I. A.—Khirurgia, 8, 72, 1954.  
 31. MILLS.—Cit. Lo Giudice (25).  
 32. MIRIZZI.—Med. Acad. Chirurg. Paris, 80, 759, 1956.  
 33. MOREL.—Cit. Villegas y Schieppati (49).  
 34. MORGAGNI.—Cit. Lo Giudice (25).  
 35. MORO, G.—Policlinico Sez Práctica, 26, 915, 1931.  
 36. PEDRO PONS, P. y FARRERAS VALENTI, F.—Patología y Clínica Médicas. Tomo V. Salvat. Barcelona, 1953.  
 37. PIETRI.—Cit. Lo Giudice (25).  
 38. PROTIC, M. F.—Medicinski Arhiv Sarajevo, 10, 2, 1956.  
 39. PUTZU, F.—Arch. Ital. Chirur., 29, 117, 1931.  
 40. REPETTO.—Cit. Lo Giudice (25).  
 41. RICCI.—Cit. Lo Giudice (25).  
 42. RIJSBOSCH, J. R.—Arch. Chir. Neerl., 7, 250, 1955.  
 43. ROLY, J.—Maroc Medical, 33, 537, 1954.  
 44. SABADÍN, L.—J. de Chir., 45, 534, 1935.  
 45. SCALA, C.—Athén. Roma, 21, 97, 1957.  
 46. SILVESTRINI.—Cit. Baldelli (3).  
 47. SWEET, R. H.—New Engl. Jour. Med., 228, 705, 1943.  
 48. VEGAS y CRANVELL.—Cit. Lo Giudice (25).  
 49. VILLEGAS, A. H. y SCHIEPPATI, E.—Bol. Soc. Argent. Cir., 17, 2, 1956.  
 50. WITAS y SENEVET.—Cit. Lo Giudice (25).  
 51. ZANNINI, G.—Policlinico Sez Práctica, 56, 1.352, 1949.

## ORIGINALES

### RADIACIONES DE BAJA PENETRACIÓN EN TERAPEUTICA DERMATOLOGICA (\*)

#### II. NUESTRA EXPERIENCIA CON RADIOTERAPIA DE BAJO VOLTAJE.

J. GÓMEZ ORBANEJA, PEDRO A. QUIÑONES  
y A. RISCO.

Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina.  
Cátedra de Dermatología.  
Hospital de San Juan de Dios. Madrid.  
Profesor: Doctor J. GÓMEZ ORBANEJA.

Nos referimos aquí, al hablar de radioterapia de bajo voltaje, a la terapéutica efectuada con rayos X generados a tensiones no superiores a 50 kV. En este concepto se incluyen por tanto los rayos límites—modalidad extrema de la roentgenterapia de bajo voltaje—y las radiaciones producidas a tensiones más elevadas, pero que no exceden de las mínimas habituales de la radioterapia superficial standard.

El gran interés despertado en los últimos años por las radiaciones de bajo voltaje en el campo de la dermatología no es difícil de comprender. Un gran número de dermatosis en las que puede tener una indicación el tratamiento radioterápico son procesos benignos de carácter crónico o recidivante. No raras veces—imposibilitados para poner en práctica una terapéutica etiológica o que, sin serlo, pueda proporcionarnos una curación definitiva—nos vemos obligados a acudir en estas afecciones a la radioterapia esperando de ella una remisión de

las manifestaciones clínicas que, sin embargo, tiene muchas posibilidades de ser solo temporal, en cuyo caso no habremos hecho más que diferir la solución de un problema que nos volverá a ser planteado después de cierto tiempo. A pesar de ello, el espectacular efecto de la radioterapia en muchos de tales procesos haría de ella un medio terapéutico ideal si pudiese ser repetido cuantas veces fuese necesario. Pero era precisamente esta repetición del tratamiento la que conducía con frecuencia a situaciones en las cuales el médico, ante el temor de probables secuelas, se veía obligado a prescindir de una nueva radiación que no pocas veces el enfermo exigía y que terminaba por buscar en otra parte. Todos hemos podido recoger alguna vez una historia semejante como base de la producción de secuelas radiológicas más o menos graves.

Todo ello ha sido la causa de un movimiento de creciente conservadurismo con respecto a la utilización terapéutica de los rayos X en dermatología, que ha llevado incluso en los últimos años a algunos autores a expresar su opinión de que dicha modalidad terapéutica debía de ser totalmente proscrita en afecciones cutáneas no malignas.

No es de extrañar por tanto que paralelamente se haya ido acrecentando el interés despertado por la utilización de rayos más blandos que, al no afectar más que a los estratos cutáneos superficiales, ofreciesen un mayor margen de seguridad, permitiendo incluso la repetición de mayor número de tratamientos.

Por otra parte, existía otra importante razón teórica para pensar que la radioterapia habitualmente usada en dermatología debía ser sustituida por radiaciones de más bajo voltaje, menos

(\*) La primera parte de este trabajo ha sido publicada en esta misma Revista, LXVIII, 189-192, 1958 (núm. 3, 15 de febrero).