

del mismo se presentaba una neumopatía aguda, calificada de congestión pulmonar, y que algunos días más tarde daba su prueba al expectorar pus fétido. Comunica la observación de una joven que tuvo seis meses después de un accidente de mar, en el que estuvo a punto de ahogarse, un absceso gangrenoso de pulmón.

Por otra parte, el mismo autor comenta la comunicación verbal que recibiera de un médico de un hospital londinense, situado en el barrio de los docks, diciendo que observaba con frecuencia este mismo tipo de absceso de pulmón en individuos "pescados" en el agua, sumamente contaminada, de los docks.

Dice RIST que la contaminación del agua no parece indispensable, a pesar de que las supuraciones gangrenosas y fétidas son siempre producidas por bacterias anaerobias, ya que muchas de éstas viven saprofíticamente en las mucosas, y podrían ser arrastradas y fijadas por el agua. Pero también en la superficie del suelo y en las aguas quietas o corrientes se encuentran en abundancia y podría, por tanto, proceder de ellas. Se pregunta si el agua del mar contiene una flora anaerobia. Recuerda sus investigaciones en el Mediterráneo, en las que aparecía en el agua limpia procedente de playas lejanas a los puertos una flora bacteriana en la que abunda una bacteria en forma de bastón, Gram positivo, con todos los caracteres del bacilo *perfringens*, salvo que era móvil y provisto de pestanas vibrátiles.

Hemos querido, al comunicar esta observación, relatar lo que se ha escrito últimamente respecto a este asunto, con el deseo de subrayar la posible importancia que estos accidentes de aspiración de agua marina pueda tener en la génesis del absceso de pulmón. Esta etiología, admitida ya desde hace tiempo, y citada de este modo en todos los tratados, no ha sido, sin embargo, objeto — que nosotros sepamos — de amplios comentarios. Por otra parte, plantea esta cuestión un problema que no deja de tener interés teóricopráctico: el de si tal aspiración de agua sólo obra por un mecanismo indirecto, produciendo en el territorio broncopulmonar inundado y afectado por la aspiración una situación de menor resistencia, que favorecería el anidamiento y multiplicación de las bacterias de cualquier clase y de cualquier procedencia (vehiculadas por el agua, especialmente aquellas que asientan en las vías respiratorias superiores), o ya porque el mismo líquido contenga una flora propia que pueda ser patógena. Esta última cuestión ha sido objeto de numerosos trabajos que han demostrado la contaminación con toda clase de bacterias de las aguas de los puertos, y ha sido estudiada entre nosotros por BEATO y SOUTO. Pero, indudablemente, serían precisas nuevas investigaciones en este sentido, antes de sentar cualquier conclusión.

## TORSIÓN DE QUISTE HIDATÍDICO SOLITARIO DEL EPIPLON

P. PIULACHS y H. HEDERICH

Servicio de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Barcelona Profesor: P. PIULACHS

Ante toda localización equinocócica peritoneal, especialmente si es múltiple, se piensa en una forma secundaria a una localización primitiva, hepática casi siempre y con menor frecuencia esplénica.

El peritoneo tiene la propiedad, tal como han demostrado LEBEDEFF y ANDREJEW<sup>9</sup>, RIEMANN<sup>10</sup>, V. ALEXINSKY<sup>1</sup>, DÉVÉ<sup>5, 6</sup> y HOSEmann<sup>7</sup>, de incorporarse los parásitos desparramados sobre su superficie, y al igual de lo que sucede con otros cuerpos extraños (MARCHAND<sup>11</sup>), recubrirlos de un exudado que se organiza y desplaza el parásito haciéndolo subperitoneal.

Tanto los escolex (V. ALEXINSKY<sup>1</sup>, DÉVÉ<sup>5, 6</sup>, HOSEmann<sup>7</sup>) como las vesículas hijas (RIEMANN<sup>10</sup>, HOSEmann<sup>7</sup>), pueden dar lugar a la formación de nuevos quistes, aunque una gran parte de aquellas formaciones sucumba y quede englobada a modo de seudotubérculos o granuloma de cuerpos extraños (RIEMANN<sup>10</sup>).

Sin embargo, se han descrito casos, aunque raros, de equinococo solitario de epiplon mayor (BOLLOGNESI<sup>3</sup>, KLEINSCHMIDT<sup>8</sup>) en el que la lesión aparecía de un modo primitivo, por localización por vía hematogena.

Estos quistes van desarrollándose llegando a adquirir un gran tamaño, sin que se produzcan adherencias que los fijen, apareciendo como una tumoración, que puede desplazarse pasivamente en todas direcciones, y que como tira del colon transverso, puede provocar dolores cólicos a veces intensos.

RECLU<sup>12</sup> en un caso halló un quiste hidatídico de epiplon en el contenido de un saco herniario.

TUFFIER<sup>22</sup> y BROCA<sup>4</sup> han descrito casos con torsión de quiste hidatídico de epiplon, pudiendo incluso según LEHMANN<sup>10</sup>, llegar a provocarse la necrosis de la tumoración.

Otra complicación que se ha observado en esta localización, es la supuración del quiste, descrita por SPENCER WELLS<sup>21</sup>, ANNANDALE<sup>2</sup> y PEAN<sup>14</sup>.

Nosotros hemos tenido ocasión de observar el caso de torsión de quiste hidatídico solitario de epiplon, que exponemos a continuación.

F. S., enferma de 19 años, soltera.

*Antecedentes.* — Menarquia a los 13 años tipo  $\frac{4-5}{28-38}$ . Ligeras molestias abdominales desde hace aproximadamente un año, que habían sido atribuidas a ptosis gástrica.

*Enfermedad actual.* — El 25-VI-1944 ingresa en el Servicio de Urgencia del Hospital Clínico y cuenta que hace 20 horas al llegar a su casa después de haber pasado toda la tarde bailando, presentó un dolor intensísimo, de aparición súbita, que se extiende de un modo difuso por la región infraumbilical. Náuseas, sin vómitos. Dice haber tenido fiebre. El dolor en las últimas horas se ha localizado en la fossa ilíaca derecha.

En el momento de su ingreso sigue el dolor, en la fossa ilíaca derecha, sin que haya tenido remisión, y que se exacerbó al orinar, de tal modo que dificulta la micción. Cierre abdominal. Persisten las náuseas. A veces sobrevienen algunos movi-

mientos peristálticos con borborígmox, exacerbándose el dolor.

La enferma presenta una hiperestesia del hemiabdomen inferior, especialmente en la fosa ilíaca derecha, que dificulta la palpación; ligera resistencia parietal, que cede algo a una palpación sostenida.

Síntomas de Blumberg, Jacob y Rovsing positivos. Síntoma del pinzamiento del flanco (Piulachs) negativo. Puntos renales, cístico y coledociano indoloros. Punto de máximo dolor a la palpación algo por debajo y por dentro del punto de McBurney.



Fig. 1

Con la maniobra anoparietal abdominal de SAMMARTINO el dolor y la resistencia parietal desaparecen del resto del abdomen, quedando localizadas en la fosa ilíaca derecha. Por tacto, Douglas muy doloroso. Temperatura axilar, 38,7°; rectal, 40°. Pulso, 120.

Se diagnostica de apendicitis aguda, y se procede a la intervención.



Fig. 2

**Operación.** — Incisión de Roux. Al abrir el peritoneo sale abundante exudado hemático. Apéndice libre, macroscópicamente normal. Se palpa un cordón epiploico torsionado, que se dirige hacia arriba. Para explorar mejor el abdomen, se cierra la pequeña incisión de Roux y se procede a una laparotomía media infraumbilical, observándose el epiploón mayor torsionado con unas 5 vueltas de espira en una longitud de unos 20 cm., y al final del mismo se observa una tumoreación renitente, del tamaño de una mandarina (fig. 1), situada en el fondo de saco de Douglas. No hay ninguna otra tumoreación en la cavidad abdominal. Anexos algo aumentados de volumen y congestiados. Hígado normal de tamaño y consistencia. Cierre a planos.

Curso postoperatorio sin accidentes. Es dada de alta curada a los 9 días.

Por punción de la tumoreación epiploica se obtiene líquido claro como agua de roca.

La sección de la pieza (fig. 2) demuestra tratarse de un quiste hidatídico de epiploón, con sus capas típicas.

Se practica, al tercer día del postoperatorio, un examen de sangre, con el siguiente resultado: Leucocitos, 14,200; neutrófilos globulosos, 4; neutrófilos en banda, 30; neutrófilos segmentados, 46; eosinófilos, cero; basófilos, cero; linfocitos, 15; monocitos, 5.

La reacción de Weinberg es negativa, y la de Cassoni positiva. Campos pulmonares normales por radioscopia.

Se trata, pues, de una enferma que después de una tarde de baile, presenta un cuadro abdominal agudo que se diagnostica de apendicular. A la in-

tervención se observa que se trata de un quiste hidatídico solitario de epiploón mayor, torsionado. No hay macroscópicamente otra localización hidatídica, peritoneal o extraperitoneal.

Desde el punto de vista patogénico, el caso que hemos descrito viene en apoyo del concepto sostenido por SELLHEIM<sup>20</sup>, según el cual los movimientos bruscos de rotación con detención súbita favorecen la torsión, pues las vísceras móviles siguen por inercia su movimiento. VERNENGO<sup>21</sup> describe un caso de torsión de epiploón en un acróbata provocada por los ejercicios acrobáticos, y en nuestra enferma la torsión seguramente estuvo condicionada por los movimientos rotatorios de la tarde de baile.

En nuestro caso se hizo el diagnóstico de apendicitis aguda. Entre 217 casos de torsión epiploica recopilados por MORRIS<sup>12</sup>, el diagnóstico exacto se hizo sólo en 7,9 por 100 de casos; casi siempre el cuadro se etiquetaba de apendicular, y algunas veces de colecistítico. El dato fundamental para orientar el diagnóstico es la palpación precoz de la tumoreación móvil formada por el epiploón torsionado (VERNENGO<sup>22</sup>).

En los casos de torsión pura de epiploón, la tumoreación se percibe de consistencia pastosa. Cuando existe un tumor en la parte terminal del omento que condiciona la torsión, la palpación del mismo es a veces muy fácil, como en un caso descrito por uno de nosotros<sup>16</sup> de torsión de un enorme fibromioma epiploico, consecutivo a la implantación y crecimiento ulterior en el omento de un fibromioma uterino subseroso desprendido por torsión.

En nuestra enferma la gran hiperestesia, y la ligera resistencia parietal, dificultaron la palpación de la tumoreación que, por otra parte, no era muy voluminosa.

## RESUMEN

Los autores describen un caso de quiste hidatídico solitario de epiploón mayor, cuya torsión condicionada seguramente por el movimiento de unas horas de baile provocó un cuadro abdominal agudo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. V. ALEXINSKY. — Arch. klin. Chir., 56, 1888.
2. ANNADALE. — Cit. por PRUTZ y MONNIER<sup>17</sup>.
3. BOLOGNESI. — Cit. por PETTERMANN<sup>18</sup>.
4. BROCA. — Cit. por PAVLOVSKY<sup>19</sup>.
5. DEVE. — Rev. Chir., 534, 1902.
6. DÉVÉ. — Rev. Chir., 1, 1924.
7. HOSEmann. — Die Echinokokkenkrankheit N. Dtsch. Chir. Seite 228.
8. KLEINSCHMIDT. — Cit. por PETTERMANN<sup>16</sup>.
9. LEBEDEV y ANDREJEW. — Arch. f. path. Anat., 118, 552.
10. LEHMANN. — En HOSEmann<sup>7</sup>.
11. MARCHAND. — Ziegler's Beitr., 1, 1889.
12. MORRIS, J. H. — Arch. Surg., 24, 40, 1932.
13. PAVLOVSKY, A. J. — Abdomen agudo quirúrgico, 3.ª edic., vol. II, pág. 485. Buenos Aires, 1941.
14. PEAN. — Cit. por PRUTZ y MONNIER<sup>17</sup>.
15. PETTERMANN, J. — En: Chirurgie de NORDMANN y KIRSCHIG, 2.ª ed., vol. VI, pág. 197. Berlin, 1941.
16. PIULACHS, P. — Zbl. Chir., 69, 1.314, 1942.
17. PRUTZ y MONNIER. — Dtsch. Z. Chir., 61, 1918.
18. RECLU. — Cit. por LEHMANN<sup>10</sup>.
19. RIEHMANN. — Beitr. klin. Chir., 24, 1899.
20. SELLHEIM. — Münch. med. Wschr., 34, 1922.
21. SPENCER WELLS. — Cit. por PRUTZ y MONNIER<sup>17</sup>.
22. TUFFIER. — Cit. por PAVLOVSKY<sup>19</sup>.
23. VERNENGO, M. J. — Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, 934, 1958.