

Trabajo en colaboración del Departamento de Cirugía Torácica de la Colonia Saint Bois. Profesor Víctor Armando Ugón

TRATAMIENTO DE LOS TRANSITOS HIDATICOS HEPATO-PULMONARES TRANSDIAFRAGMATICOS (*)

Dres. Hamlet Suárez y A. Victorica

La presente comunicación tiene por fin exponer las consideraciones que nos sugieren el estudio de 16 casos de migración de Quistes Hidáticos del Hígado hacia el tórax, estudiados y operados la mayor parte de ellos en el Departamento de Cirugía Torácica en la Colonia Saint Bois.

Incluimos en este grupo de casos presentados, algunos en los que la migración no llega a la etapa hepato-bronquial, pero los consideramos igualmente importantes dadas las numerosas complicaciones que puedan determinar dentro del tórax si no se les trata racionalmente.

Nos referimos a las migraciones he ato-leurales hepato-subpleurales y que en realidad son etapas previas a la migración constituida total.

HECHOS ANATOMICOS

Los casos considerados correspondían a migración de quistes-hidáticos desarrollados en el lóbulo derecho del hígado, no habiendo nosotros observado ningún caso en que el quiste primitivo se hubiera desarrollado en el lóbulo izquierdo del hígado. Este hecho es excepcional pero ha sido observado.

Nos parece oportuno hacer un breve recuerdo de los hechos anatómicos, clínicos y evolutivos más importantes que caracterizan a esta complicación tan grave y seria del quiste hidático del

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 19 de octubre de 1949.

hígado. Este hecho había sido ya observado en 1761 por Palsson en una pieza de autopsia, pero debemos llegar al trabajo del Profesor F. Dévé publicado en el año 1935 para disponer de un estudio completo anatomo-clínico de la migración hidática hacia el tórax.

La abertura de los quistes hidáticos del hígado hacia el tórax, puede efectuarse de distinta manera:

- 1) Directamente en la pleura, constituyendo un colehidatopleura.
- 2) Hacia la pleura y luego de ésta al pulmón.
- 3) Hacia el pulmón directamente sin una etapa previa pleural.
- 4) Hacia el pericardio, como hecho excepcional, complicación ésta no observada en nuestra estadística.

En todos los casos estudiados el quiste primitivo era hepático o sub-frénico, situado casi siempre sobre la parte más elevada del lóbulo derecho del hígado, siendo esa situación unas veces ántero-superior y otras veces pósterio-superior. Se trataba siempre de quistes envejecidos, de mucho tiempo de evolución, supurados la mayoría de ellos acompañándose en algunos casos de comunicación con las vías biliares.

El aspecto de la bolsa quística-hepática era en muchos casos el de una cavidad mínima casi borrada, encastrada en una zona de esclerosis hepática densa, a veces con calcificación marcada y cuyo contenido era séptico, necrótico y bilioso, en una palabra se trataba de quistes que habían sufrido.

La zona diafragmática que era franqueada por la migración nos mostró siempre un diafragma atrofiado, laminado, esclerosado, a veces irreconocible en un magma de tejidos duros y muy infiltrados, abscedados en algunos casos, formando un block indiferenciado con la zona hepática, asiento del quiste primitivo y con la zona pulmonar alcanzada por el pasaje ascendente del proceso migrador.

Sin pretender entrar en detalles anatomo-patológicos, cosa que harán con toda claridad los doctores J. F. Cassinelli y H. Ardao, diremos solamente que dos procesos se evidencian en las alteraciones del diafragma: uno, de desgaste mecánico atrofía y esclerosis producido por la expansión del quiste hacia arriba, y

otro por el ataque infeccioso y que se evidencia por la presencia de pus y abscesos en pleno tejido músculo-diafragmático. Esto tiene su importancia en la terapéutica quirúrgica, cuando se considere la reparación de la brecha del diafragma una vez extirpada la zona de pasaje de la migración.

En lo que se refiere a la pleura, salvo los casos en que la colección hidática se vacía por así decir en la cavidad pleural, constituyendo allí una nueva colección hidática que evolucionará individualmente, la pleura decimos, la hemos encontrado libre y sana en su casi totalidad, salvo en la zona limitada al tránsito donde se confundía en el block de tejidos esclerosos vecinos: pulmón diafragma e hígado.

En algunos casos hemos encontrado la secuela adherencial de derrames pleurales reaccionales.

Y finalmente en lo referente al pulmón afectado en el pasaje hepato-brónquico, los lóbulos alcanzados han sido casi siempre el inferior derecho y en menor número de frecuencia el lóbulo medio.

El pulmón lobar se presentaba macroscópicamente afectado en su totalidad o en parte, atelectasiado, duro con esclerosis avanzada y focos múltiples de infección, principalmente escavado en uno o varios sitios por cavernas secundarias, alojando restos del parásito y comunicando más o menos fácilmente con los bronquios correspondientes a la zona enferma.

En algunos casos estudiados observamos abscesos pulmonares a distancia de la cavidad secundaria, así como abscesos peri-bronquiales del lóbulo enfermo.

Estas lesiones lobares tan avanzadas y definitivas crean a nuestro criterio una verdadera enfermedad bronco-pulmonar y justifican y exigen una terapéutica radical como lo es la resección lobar.

SINTOMAS

Si hacemos un breve resumen de la sintomatología que presentaron nuestros enfermos diremos que en los casos completos y de larga fecha de evolución un hecho es evidente y rubrica el diagnóstico: la vómica biliosa franca acompañándose o siendo precedida de hemotisis, apareciendo por empujes y coincidiendo

con un cuadro toxi-infeccioso ya de localización hepática, ya de localización pleuro-pulmonar, ya finalmente ambas localizaciones combinadas. Luego pues, la vómica hidato-biliosa hace el diagnóstico positivo del tránsito hepato-brónquico constituido.

Pero en algunos de los casos observados la sintomatología era muy distinta: así en la observación número 1 el pasaje y la complicación pleural se hizo en el curso de años, completamente asintomático, sin historia de migración clínicamente evidente, al punto que un examen de colectividades muestra un aspecto radiológico netamente quirúrgico que plantea interrogantes etiológicos y de diagnóstico. En otros casos la sintomatología constituida por síntomas hepato-pulmonares: dolores de hipocondrio derecho, pleurodinia, neuralgia frénica, tos seca o acompañándose de expectoración mucosa, síndrome de dispepsia hepato-vesicular con o sin ictericia que hacen pensar en la litiasis biliar, hepato-megalia dolorosa, síndromes indiferenciados de base pulmonar derecha, roceş pleurales, síndromes en menos, estertores difusos, y mismo síndromes cavitarios francos preceden a la vómica y confunden el diagnóstico si no se piensa en él.

En lo que se refiere a la vómica ésta se nos ha presentado en determinados casos como una vómica franca abundante y con restos hidáticos evidentes en medio de pus bilioso, acompañándose o no hemoptisis discreta, y en otros casos ha sido el examen de la expectoración tratada por el *carmin de Best* y observada al microscopio, que ha mostrado la existencia de restos hidáticos en el material examinado.

En una observación muy demostrativa la vómica biliosa terminaba un cuadro febril infeccioso con ictericia franca, y este cuadro a su vez reaparecía una vez cesada la vómica hidato-biliosa.

No entraremos en el detalle radiológico del diagnóstico, pues preferimos plantearlo en la exposición de las placas correspondientes a los casos observados.

TRATAMIENTO

Pasaremos ahora a lo que consideramos el fin de esta comunicación e decir, el tratamiento de una migración torácica del quiste hidático del hígado.

Podemos decir que el tratamiento del quiste hidático emigrado es esencialmente y exclusivamente quirúrgico; luego pues, no hay tratamiento médico a considerar.

Sabemos bien que la terapéutica de los tránsitos hepato-brónquicos constituye uno de los problemas cuya solución plantea grandes perplejidades al cirujano debido a dos razones que son fundamentales:

a) Casi siempre el cirujano debe tratar enfermos crónicos en empuje agudo, que han recorrido varios servicios médicos-quirúrgicos sin tener un diagnóstico preciso de su afección. Estos enfermos son frágiles, intoxicados crónicos, con muy mal estado general, de una fragilidad hepática evidente e infectados a doble foco: pulmonar y hepático, que llegan expectorando pus fétido, bilis, restos hidáticos y sangre, en una palabra son enfermos que ofrecen muy poca resistencia física al plantearse una terapéutica quirúrgica radical.

b) Una razón anatómica dificulta y hace sumamente difícil la conducta terapéutica, ella es que se trata de quistes profundamente ubicados en la logia sub-frénica, cuyo abordaje y evacuación por vía abdominal solamente es insuficiente cuando no imposible; casi siempre la incisión debe invadir y abordar el tórax abriendo la pleura.

Por otra parte el contenido quístico debido a la fuerte aspiración torácica penetra fácilmente en el árbol bronquial trasladando la enfermedad al tórax. El simple drenaje abdominal es a menudo insuficiente y deja fistulas o secuelas que requerirán nuevas terapéuticas pulmonares cruentas.

Agregaríamos una tercera razón importante que hace más sería una terapéutica correcta, y ella es que dada la modalidad anatómica de esta complicación hidática, el cirujano debe tratar en un solo acto quirúrgico el quiste hidático primitivo con o sin complicaciones del árbol bronquial, la fístula o efracción pleuro-diafragmática y la complicación bronco-pulmonar transformada muchas veces en cavernas secundarias hidática definitiva y que obliga a exeresis lobales única o múltiple, difíciles laboriosas y prolongadas, en un terreno pulmonar infectado y en enfermos de salud precaria y de muy pocas defensas orgánicas.

El drenaje simple abdominal del quiste primitivo hepático

que parecería "a priori" resolver el problema, no soluciona sino en parte, a veces en una mínima parte la complejidad terapéutica de esta afección.

Esquemáticamente expuesto nuestro criterio quirúrgico es el siguiente:

Intervenimos con anestesia local, casi siempre con anestesia general en circuitos cerrados con intubación traqueal, y con exclusión del bronquio afectado. Se hace aspiración bronquial continua operatoria, lo cual tiene suma importancia si tenemos en cuenta que se operan enfermos con colecciones enquistadas e infectadas en comunicación bronquial y en posición declive. El pasaje del contenido séptico al pulmón sano del mismo lado o del lado opuesto crearía complicaciones post-operatorias graves e inevitables.

Practicamos toracotomía amplia pósterolateral con resección costal de 7ª, 8ª o 9ª según la altura y situación del pasaje diafragmático, o toracotomía anterior baja si la migración es muy anterior.

Esto nos permite hacer un inventario completo y exacto de las lesiones a tratar y luego podemos intervenir de una manera racional y sin el apremio de una incisión insuficiente, las lesiones hepáticas, diafragmáticas, pleurales y broncopulmonares.

a) **El diafragma.** — En todos los casos abrimos el diafragma por su parte sana, practicando en él una incisión amplia y suficiente que nos permita abordar fácilmente la logia sub-frénica. Exploramos la logia de migración tratando de circunscribir la fístula diafragmática, extirpamos esta fístula (frenectomía parcial) tratamos de realizar una recepción económica pero siempre sobre diafragma sano a fin de poder efectuar luego un cierre del músculo lo más perfecto posible, ya afrontando sus bordes con puntos separados ya sobreponiendo en forma de sobretodo ambos colgajos diafragmáticos.

b) **El quiste primitivo.** — Hacemos la toilette del quiste primitivo vaciamos el contenido hidático necrótico biliario, resecamos cuando la zona enferma lo permite los tejidos hepáticos enfermos y calcificados. De su persistencia dependerá la instalación de fístulas biliares definitivas. Si el tamaño de la cavidad hepática lo justifica, la drenamos por vía sub-diafragmática y sub-costal.

c) **La Pleura.** — Liberamos la pleura de las firmes sinequias que presentan tratando de liberar el pulmón en la zona afectada. En algunas oportunidades practicamos una decorticación pulmonar parcial o total buscando la liberación del pulmón fijado por adherencias muy sólidas, lo cual nos permite la reexpansión pulmonar que llenará el hueco pleural sitio de la colección hidática. De no realizarse esta decorticación el pulmón quedará funcionalmente suprimido e encarcelado, lo cual constituye de por sí una complicación futura.

d) **El Pulmón.** — Luego nos dirigimos a las lesiones pulmonares y hacemos el balance de su profundidad, de su extensión, de su posible reparación espontánea.

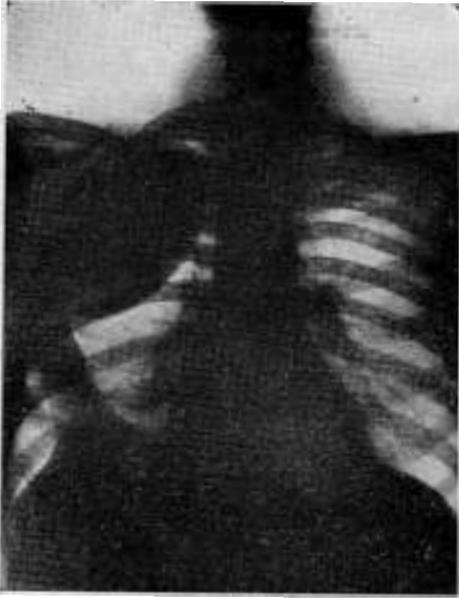
La comprobación de una caverna secundaria hidática plantea sin lugar a dudas la resección pulmonar lobar típica o atípica, del o de los lóbulos afectados. Los datos anatomo-patológicos de que disponemos permiten pensar que no pueda efectuarse una reparación espontánea de un parénquima tan profundamente alcanzado por la migración hidática, y en consecuencia creemos que no se hace una cura radical de esta complicación si no se practica la resección lobar. Luego pues lobectomía o bilobectomía es de rigor para suprimir el grueso foco pulmonar. Tratamos siempre de realizar una lobectomía típica ligando individualmente los elementos vasculares del pedículo y ocluyendo el bronquio lobar en forma hermética, cubriéndolo de pleura vecina para evitar fisuras o permeaciones bronquiales que terminan en un empiema crónico.

Establecemos un drenaje pleural cerrado fijado a la pared y situado a distancia y por abajo de la incisión operatoria; su permanencia será de 24 a 48 horas, drenando en esta forma el neumotórax y el exudado pleural que se formará en el post-operatorio inmediato. Finalmente hacemos un cierre completo del tórax por planos, previa reexpansión pulmonar controlada.

OBSERVACIONES

Caso N° 1. — V. P. 40 años. Uruguayo, casado, maquinista. Ingresó al servicio el 25 de enero de 1944. Antecedentes: a la edad de 12 años proceso pulmonar agudo indefinido. A los 14 años pústula carbunclosa.

Enfermedad actual: Desde el principio de 1943 tiene expectoración



CASO N° 1. — V. P.
Foto N° 1. — Radiografía frontal mostrando la gruesa tumoración ovoidea de contorno nítido en el tercio superior del hemitorax derecho. Por debajo una imagen opaca de forma cuadrangular que corresponde a la zona del tránsito hepato pleural.



CASO N° 1. — V. P.
Foto N° 2. — Radiografía de perfil derecho mostrando la situación axilar pleural de la tumoración quística y la forma irregular del tránsito ascendente también de situación lateral.



CASO N° 1. V. P. — **Foto N° 3.** Radiografía frontal post-operatoria tardía se observa el parénquima pulmonar aereado y bien expandido relleno totalmente las cavidades evacuadas. Se observa también una deformación diafragmática derecha en el sitio en que se efectuó el cierre del tránsito transdiafragmático.



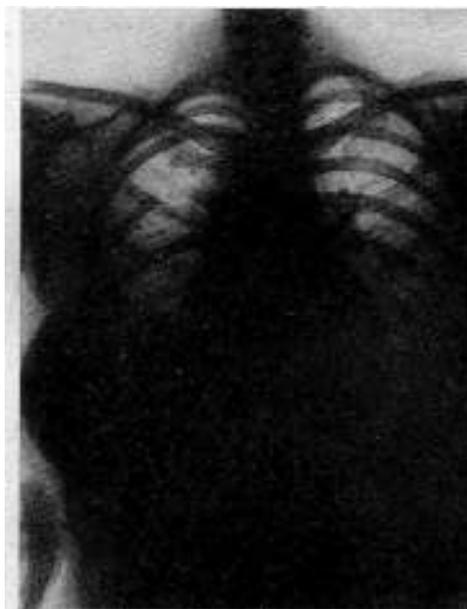
CASO Nº 2. — P. C. P. — Puede observarse una imagen irregularmente redondeada situada por encima del diafragma derecho, de contornos pocos nítidos correspondiendo a una caverna hidática secundaria del lóbulo medio. El diafragma es también de contorno irregular y difuso en su tercio interno.



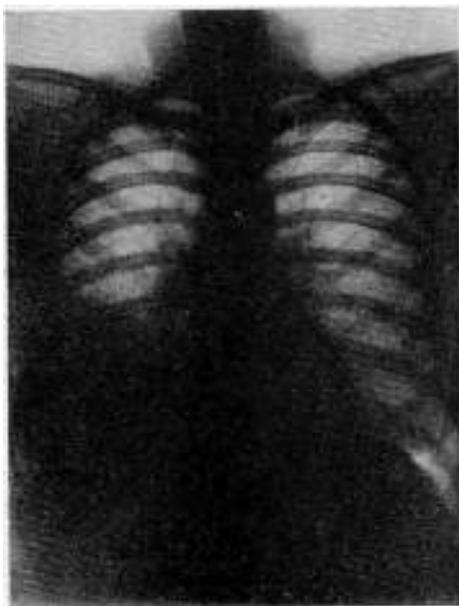
CASO Nº 2. — P. C. P. — Radiografía del tórax del mismo enfermo a los 10 meses de operado (lobectomía media atípica, cierre del tránsito diafragmático). Se aprecia el pulmón totalmente expandido y el diafragma derecho deformado y adherido a la pared costal.



CASO N° 3. — M. C. — Radio-
grafía en la que se aprecia un
tránsito hepato-brónquico sien-
do bien visible una cavidad
irregular supra - diafragmática
y la dilatación bronquial del
lóbulo inferior derecho.



CASO N° 3. M. C. — Radio-
grafía post-operatoria a los
siete meses de operada. En esta
enferma se practicó una resecc-
ción en una sola pieza del ló-
bulo inferior derecho, la bre-
cha diafragmática de pasaje, y
la zona hepática donde estaba
situado el quiste hidático
primitivo.



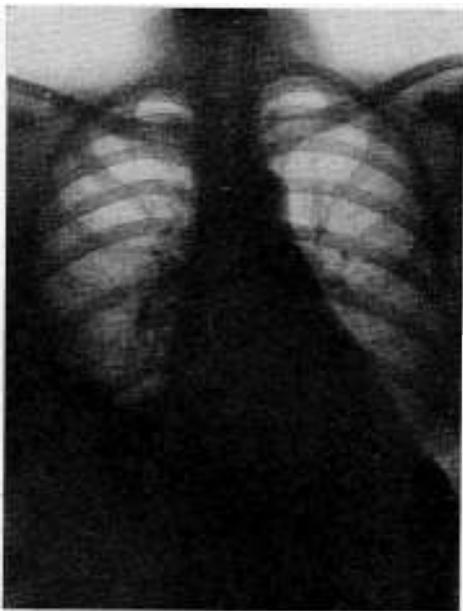
CASO N° 4. — E. M. de S. — Imagen de tránsito hepato-bronquico derecho totalmente constituido. El pasaje se hizo por la zona más anterior del lóbulo inferior derecho.



CASO N° 4. — E. M. de S. — Radiografía del mismo caso tomada 1 mes después de operada. Se le practicó lobectomía inferior derecha, resección del tránsito diafragmático y evacuación total del quiste hepático con drenaje subcostal.



CASO Nº 5. — M. R. A. — Radiografía correspondiente a un tránsito hepato pleural derecho. No existía historia de vómito hidática.



CASO Nº 5. — M. A. R. — Radiografía tomada dos meses después. Se practicó vaciado y drenaje sub-costal de quiste hidático hepático, resección diafragmática del tránsito y vaciado de la colección hidática pleural con decorticación pulmonar sub-costal. Se aprecia la zona opaca asiento de la colección hidática secundaria de la pleura derecha.



CASO N° 6. — A. M. B. de S. — Radiografía lipiodolada tomada en posición posterior. Se apreciá una bolsa pulmonar amplia situada en el lóbulo inferior derecho con forma de triángulo irregular. Comunicación bronquial amplia. La primera vómita hidática databa de veintitún años atrás.



CASO N° 6. A. M. B. de S. — Radiografía diez meses después de operada. Pulmón totalmente expandido, diafragma elevado y de contorno regular. No hay secuela pleural.

blanquecina poco abundante. (No es fumador). No ha sentido otro trastorno. Hace 10 meses en un examen de colectividades se le encuentra una imagen anormal del hemitórax derecho.

Examen vibraciones aumentadas de tercio medio derecho no se auscultan ruidos adventicios, no se palpa hígado ni bazo.

Espustos no hay BK sedimentación igual 4 m. sangre: gblr. 12.200.

Operación: 29 de enero de 1944. Toracotomía en tercer espacio ant. D. pleuras adheridas. Decolamiento sub-pleural del pulmón en su parte antero-lateral. Se cae sobre una tumoración de tamaño de un huevo de avestruz, ovoidea, extendida del domo pleural hasta el 7º espacio intercostal y que contacta con los planos intercostales. Consistencia pastosa de color amarillento. Se incinde y se evacúan múltiples vesículas hidáticas, algunas degeneradas la mayoría a contenido límpido. Esta tumoración conctata con otra inferior que llega hasta el diafragma. El contenido es un líquido amarillento donde se adivinan restos hidáticos. Se incinde y se vacían. Se ete-rifican ambas colecciones quísticas y se cierran completamente. La bolsa inferior presentaba un divertículo infundibuliforme que se podía seguir hasta el diafragma. Se le inyectan 5 cmts. de lipiodol. Cierre pericostal y tres planos parietales y transfusión 500 c.c.

Post-operatorio: Enfisema sub-cutáneo marcado sin disnea, espustos hemáticos francos. Mejora de su enfisema a los 4 o 5 días, se levanta al 5º día. Alta a los 20 días. Se controla en el servicio.

Caso Nº 2. — P. C. P. 50 años. Uruguayo, casado, procedente del departamento de Durazno. No hay antecedentes familiares ni personales de importancia.

Hace año y medio vomizó un quiste hidático pasando bien hasta hace 15 días en que tuvo acceso de tos con expectoración abundante conteniendo restos que fueron catalogados de hidáticos.

Op. 28-10-1948. Toracotomía anterior derecha en 4º espacio con sección de los cartílagos 4º y 5º. Pleura libre. Lóbulo medio adherido al diafragma, engrosado, y presentando una cicatriz dura y blanquecina. Lobectomía de lóbulo medio atípica con ligadura en block de sus elementos. Abertura del diafragma, se evacúa un quiste hepático del tamaño de un huevo de avestruz en migración hepato-brónquico. Se drena por vía sub-costal. Resección del diafragma enfermo y sutura de sus bordes sanos. Drenaje pleural cerrado. Penicilina intrapleural 200 mil und. Cierre de la pared por planos.

Post-operatorio sin incidencias. Alta a los 25 días.

Caso Nº 3. — M. C. 23 años. Uruguaya, soltera. Antecedentes personales y familiares sin mayor valor.

Enfermedad actual: Comenzó hace 2 meses con tos seca persistente, molestias respiratorias en el costado derecho sin anorexia ni abstenia ni pérdida de peso ni fiebre. El 31 de agosto del 47 sufrió acceso de tos, sensación de ahogo hemoptisis abundante. Actualmente no expectora. Junto

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

con la expectoración sanguínea refiere que expulsó un fragmento con aspecto de membrana fina blancuzca con aspecto de ollejo.

Enferma pálida y apirética con cien de pulso regular en el minuto.

Examen del tórax: del lado derecho: base: disminución del murmullo vesicular, soplo espiratorio y estertores sub-crepitantes. Percusión submatidez en la mitad del hemitórax derecho.

Exámenes: baciloscopia: negativa. Sedimentación: 57 ml. urea 0.30 R.W. negativa. Fórmula sanguínea gr. 3.540.000; hemoglobina 60 %; valor globular 0.84; glb. blancos 9.500.

Operación: 7 febrero 1948. Toracotomía póstero lateral derecha sobre 7ª costilla. Pleura libre. Lóbulo inferior derecho muy adherido por su segmento basal al diafragma. Se libera la periferia hasta reducir la zona adherencial a un círculo de unos 6 cms. de diámetro sobre la región posterior e interna del diafragma. A esa altura el desprendimiento se hace muy hemorrágico y se suspende. Lobectomía inferior derecha. Se colocan seis puntos en corona sobre el diafragma circunscribiendo la adherencia, luego sección del diafragma por dentro de estos puntos resecano en block diafragma quiste sub-diafragmático y lóbulo inferior. Sutura hermética del diafragma. Pleuralización del muñón lobar. Drenaje pleural: penicilina intrapleural. Frénico presura. Cierre por planos.

Post-operatorio: se saca el tubo a las 48 horas. No hay incidencias. Alta a los 17 días.

Caso N: 4. — E. M. de S. 39 años. Uruguaya, casada. Depto. de Florida. Desde los 11 años tiene trastornos hepáticos con dolores, cólicos y dispepsia hepato-vesicular. Hace 8 años fué operada en el Hospital Pasteur con diagnóstico de quiste hidático pero le encontraron solamente un hígado grande. Ingres a 6 de agosto del 48. Hace 2 meses y medio tiene dolores difusos que se localizan en la cara posterior del hemitórax derecho. Tiene también expectoración hemática y mucosa repetida. Cuenta que en una ocasión expectoró "agua salada". Tuvo chuchos de frío y adelgazó algo en estos dos meses. Examen: enferma delgada algo pálida, respiración en el hemitórax derecho algo disminuída y ruda en la base. No hay otros síntomas. No se palpa el hígado. Con fecha 4 de setiembre expulsa membranas y vesículas hidáticas.

Exámenes: capacidad vital 78,4 % acostada y 84,6 % sentada. Coeficiente respiratorio 3,50. Espustos negativos. Carmin de Best en expectoración negativa. Broncoscopia: no hay lesiones canaliculares. Casoni positivo. R.W. negativo. G. R. 4.000.000.

Operación: 14 setiembre del 48. Toracotomía póstero lateral derecha sobre 8ª costilla. Pleura libre. Lóbulo inferior adherido al diafragma por su cara anterior. Se libera el lóbulo y el diafragma aparece levantado y atrofiado por un quiste subfrénico. Se comprueba comunicación hepato pulmonar. Vaciado del quite hepático. Hay un verdadero semillado de vesículas hijas en la zona de esclerosis diafragmática hepática y pulmonar. Resección del diafragma enfermo. Lobectomía inferior derecha típica.

Cierre de la brecha diafragmática. Drenaje sub-costal de la logia hepática, drenaje pleural cerrado y cierre de la pared por planos. Alta a los 25 días.

Caso N°5. — M. R. A. 40 años, casada. Uruguaya.

Desde niña dispepsia hepato-vesicular. Hace 10 años operada de quiste hidático de hígado comprobándose además un quiste de cara superior que no pudo drenarse por vía abdominal. A los 3 años siguientes hace neumonía derecha y desde ese entonces repite el cuadro de cólicos hepáticos típicos seguidos de ictericia y orinas coléricas que duran 15 días. Estos cuadros se repiten hasta 6 veces en un año. Tiene además desde hace 7 años vómicar biliosas hasta de medio litro. Hace 3 meses dolor torácico intenso seguido de expectoración salada y de la expulsión de restos hidáticos.

Examen: buen estado general apirética, puso 75. No se encuentran fenómenos clínicos importantes en su hemitórax derecho fuera de una disminución respiratoria de la base acompañándose de sub-matidez.

Exámenes: colecistografía normal. Proteínas totales en suero 75 grs. por litro. Sedimentación 9 ml. Sondaje duodenal sin particularidades. Bilirrubina directa: reacción negativa. Bilirrubina indirecta: 0.10 % ml. G.R. 4.400.000. G.B. 9.000.

Diagnóstico colehidato pleura derecha.

Operación: 26 junio del 48. Toracotomía póstero lateral derecha con resección de 9ª costilla y cuello de 8ª.

Se cae en una cavidad empiemática que contiene una gruesa membrana hidática y numerosas vesículas hijas. Total litro y medio de contenido. Se explora el diafragma, se abre y se cae en un quiste de hígado perforado en la pleura. Se evacúa el quiste hepático, se reseca la zona del diafragma perforado se practica una decorticación pulmonar en colgajos transversales, permitiendo la reexpansión del pulmón encarcelado. Drenaje sub-costal del quiste primitivo. Cierre de la brecha diafragmática. Drenaje pleural cerrado. Penicilina intra-pleural. Cierre de la pared por planos. Post-operatorio sin incidentes. Alta a los 25 días.

Caso N° 6. — A. M. B. de S. 55 años. Uruguaya, casada. Procedente del Departamento de Flores.

Radicada desde hace 25 años en Montevideo. En el año 1927 tuvo una vómica hidática, siendo operada en diciembre de ese año y reoperada al poco tiempo. Se le dió de alta y hace 17 años tiene por primera vez hemoptisis que repite periódicamente hasta el momento actual siendo hemoptisis muy abundante.

Diagnóstico: secuela alejada de tránsito hidático hepato pulmonar.

Exámenes: baciloscopia negativa. Broncoscopia: negativa. G. R.: 4.400.000. G. B.: 10.400.

Operación: 11 diciembre 1948. Toracotomía póstero-lateral derecha. Resección de 8ª costilla pleura sinequiadas. Liberación del lóbulo inferior derecho y del diafragma. Esta adherencia se continúa con una induración

hepática del tamaño de una mandarina constituido por un quiste hidático calcificado. Evacuación de este quiste. Lobectomía inferior derecha típica. Drenaje pleural cerrado. Cierre de la pared por planos. Buen post-operatorio. Alta a los 20 días.

Caso N° 7. — M. Ch. 34 años. Urug. Solt. Procedente de Carmelo.

Ingresa el 4 de enero de 1947. Sus antecedentes son los siguientes: En octubre de 1946 encontrándose en perfecto estado de salud tuvo un cuadro doloroso localizado en el epigastrio irradiado al hipocondrio izquierdo y base del hemitórax izquierdo, con fiebre, náuseas y vómitos. Se le diagnostica cólico hepático. Guarda cama unos días persistiendo los dolores del hemitórax izquierdo del hombro y del brazo izquierdo, tiene orinas muy cargadas prurito pronunciado, (urticaria) y dice que le comprobaron una ictericia. Al mes siguiente reaparece el cuadro doloroso en el epigastrio con las mismas irradiaciones anteriores, con fiebre y orinas coléricas. Es tratada con salicilato como reumática. En diciembre del 46 consulta médico quien la ve a rayos X y le diagnostica quiste hidático del pulmón, siendo hospitalizada en Carmelo. En ese entonces la enferma tenía abundante expectoración purulenta muy febril e intoxicada. Se le practicó una reacción de Casoni que resultó positiva.

Examen de la enferma. — Buen estado de nutrición, apirética, vientre blando y depresible, no se palpa hígado. En el hipocondrio izquierdo parece palpase el bazo. Submatidez en la mitad inferior del hemitórax izquierdo, parte posterior y región axilar, discreta submatidez en región submamaria izquierda. Vibraciones desaparecidas a ese mismo nivel. Se auscultan algunos estertores finos en la base izquierda. El resto de ambos pulmones sin particularidades. Corazón s/p. Pulso 85 P. A. 11 $\frac{1}{2}$, 7.

Expectora en abundancia, arriba de 150 c.c. diarios.

A los cuatro días de su ingreso hace una vómica purulenta franca, eliminando restos hidáticos, y algo de sangre.

18 de enero de 1947 la expectoración purulenta toma un aspecto verdoso, bilioso, que hace pensar en un tránsito hepato brónquico izquierdo. Se indica broncoscopia para estar seguro de la rama bronquial que drena. Resultado: se aspiran secreciones de color amarillo verdoso, de una de las ramas de bifurcación del bronquio inferior izquierdo.

Examen de las secreciones bronquiales. — En algunas partículas se observa reacción de pigmentos biliares positiva.

Operación. — 4 de febrero del 47. Toracotomía posterior izquierda sobre 8ª costilla adherencias laxas pleurales. El lóbulo inferior izquierdo está indurado y se continúa con una tumoración subfrénica. Liberación del lóbulo. Lobectomía parcial del lóbulo inferior izquierdo cortando tejido sano, y resecaando el cono diafragmático de pasaje en la extensión de una palma de mano. Frenotomía. Drenaje subcostal de quiste primitivo del lóbulo izquierdo del hígado.

Cierre del diafragma. Parálisis diafragmática. Marsupialización trans-

pleural a nivel de la comisura anterior de la toracotomía aislándola por la parte de la cavidad pleural. Drenaje pleural cerrado. Penicilina intrapleural. Cierre de la pared por planos.

Post-operatorio. — La enferma sale de la mesa shockada con pulso de 140. A las 18 horas está en colapso pálida, pulso 120 muy hipotensa, no puede tomarse su presión arterial. Algidez periférica, sed, ansiedad, sensación adormecimiento de los pies. Se le practica terapéutica de la hemorragia y del shock. La enferma fallece a las 3 de la madrugada.

Caso N° 8. — M. P. 55 años, soltera. Urug. Procedente de Artigas. La mentalidad de la enferma impide obtener datos de antecedentes.

Historia. — Hace una semana estado gripal con tos y expectoración abundante, febril. Es vista en dispensario quien resuelve hospitalizarla.

Enferma con buen estado general, de interrogatorio imposible. Analfabeta. Auscultación pulmonar: estertores secos diseminados en ambos campos a nivel de tercio superior existen estertores húmedos. Submatidez de la base derecha.

Ap. cardio-bascular: s/p. P. A. 15,9. Abdomen: s/p.

Exámenes de laboratorio g. r. 4.100.000 V. G.: 1. G. B.: 10.800. Sedimentación: 35 mm. Espustos negativos.

Operación: 5 diciembre 1946. Toracotomía póstero-lateral derecha resección de 7ª costilla. Abierta la pleura se observa una tumorcación quístico polilobulada, subdiafragmática, que se va labrando camino hacia el pulmón. El lóbulo inferior derecho del pulmón está adherido por su contorno al diafragma y al quiste. Se pinza frénico derecho. Se abre el diafragma por fuera de la zona del quiste. Se tiente decolamiento periquístico pero es imposible por la dureza de los tejidos. Se abre la colección y se evacúa. Hay membranas alteradas y vesículas hijas. Toilette de la cavidad y cierre de la misma resecaando gran parte de los tejidos alterados. Exploración del lóbulo derecho del hígado: No existen otros quistes. Cierre del diafragma. Penicilina intrapleural. Cierre de la pared por planos.

Post-operatorio: s/p. Se levanta al cuarto día. Alta a los 19 días.

Caso N° 9. — M. S. U. 60 años, casado. Español. Domiciliado en Paysandú. Ingresa el 14 de octubre de 1948. Hace 35 días tuvo una vómica hidática, siendo precedida por algunos espustos hemoptoicos, durando 2 días. Hizo fiebre, 38 ½, quedando después mucha expectoración mucopurulenta. Hubo expulsión segmentaria de membranas hidáticas. La expectoración purulenta tenía alternancias expectorando ciertos días hasta 500 c.c. de pus franco y otros días no tenía expectoración. Dolores irradiados al hombro, brazo y cuello del lado derecho.

Examen del enfermo. — Tórax enfisematoso. Disminución marcada de las masas musculares. Auscultación pulmonar: ruidos bronquiales difuso, principalmente en la base derecha.

Ap. Cardio bascular: Arritmia extrasistólica, con extrasístole bastante frecuente. P. A. 12,8. Pulso: 80.

Exámenes: Baciloscopia negativa. Investigación de bilis en la expectoración: negativa. Reacción de Casoni: negativa. Sedimentación: 109 mm. G. R. 4.100.000. G. B. 14.000. No hay eosinofilia. Broncoscopia: No se observan lesiones. Marcada hipotomía bronquial Secreciones abundantes del bronquio inferior derecho

Operación. — 20 noviembre de 1948. Incisión subcostal derecha. Se punciona un gran quiste póstero-superior derecho de hígado evacuando parcialmente su contenido. Tuvo de drenaje. Mecha de protección de la cavidad abdominal.

Operación insuficiente, practicada con anestesia local y programada en esas condiciones por el estado y la edad del enfermo. El enfermo dado de alta en forma condicional a los meses de operado.

RESULTADOS OPERATORIOS

Operados: 16 enfermos, todos adultos: mujeres 9; hombres 7.

Toracotomizados: 13.

Laparotomizados: 13

Operación Radical (Lobectomía, extirpación del diafragma enfermo, con limpieza del foco hepático drenado o no), 9 casos.

Resección sementaria pulmonar y drenaje sub-costal: 1.

Decorticación: 1.

Drenaje abdominal simple: 3 (1 fallecido).

Extirpación de vesículas sub-pleurales altas: 1.

Bi-lobectomía: 1.

Resección en block del lóbulo inferior derecho, zona de migración diafragmática y quiste primitivo: 1.

Fallecido: 2.

Porcentaje: 12,5 %

Promedio de estada hospitalaria: 25 días.

Dr. E. Palma. — Felicito al Dr. Suárez por la interesante comunicación que ha presentado a la Sociedad de Cirugía, con numerosos casos bien documentados y esplendidos resultados terapéuticos.

Después del clásico trabajo fundamental de Dévé, sobre quistes hidáticos, hepáticos con migración torácica, son realmente de destacar los trabajos de la escuela uruguaya, y el concepto de la importancia patológica no sólo de la lesión hepática, sino también pulmonar y del trayecto intermediario. En ese sentido felicitamos al Dr. Suárez, por su interesante trabajo; en él nos brinda su experiencia personal y la del servicio de cirugía de tórax del Dr. Ugón, donde tantas cosas importantes se realizan,

llenando una función de primer plano en el tratamiento quirúrgico de las afecciones torácicas.

Hay un pequeño detalle en la primera historia que nos ha referido el Dr. Suárez, en cuya interpretación no concuerdo. Se refiere a la observación de un quiste hidático hepático, con migración torácica, en el que desarrolló una hidátide secundaria en la parte alta del hemitórax derecho y en donde se plantea la hipótesis de que la migración haya sido subpleural, produciéndose luego de un largo trayecto intermediario la nidación del parásito en esa zona alta del tejido celular endotorácico. Nosotros hemos podido comprobar en diversas oportunidades la existencia de ligamentos célula conjuntivos que solidarizan la pleura parietal al periostio endocostal, a lo largo de los bordes superior e inferior de cada costilla; en consecuencia me parece difícil admitir que pueda producirse una migración subpleural tan alta, con un extenso trayecto intermediario, sin que la hidática hubiera tenido oportunidad de detenerse y desarrollarse a un nivel más bajo de la caja torácica. Me parece más comprensible que se haya producido una migración pleural hidática, con adherencias y recubrimiento pleural secundario de la hidátide, dándole una apariencia tardía de situación subpleural (sería algo semejante a lo que ocurre en el peritoneo, en las equinocosis secundarias). Esto es simplemente un pequeño detalle, que nada representa, frente a la comunicación tan importante del Dr. Suárez.