

Clínica Quirúrgica F. Laboratorio de Patología y Experimentación

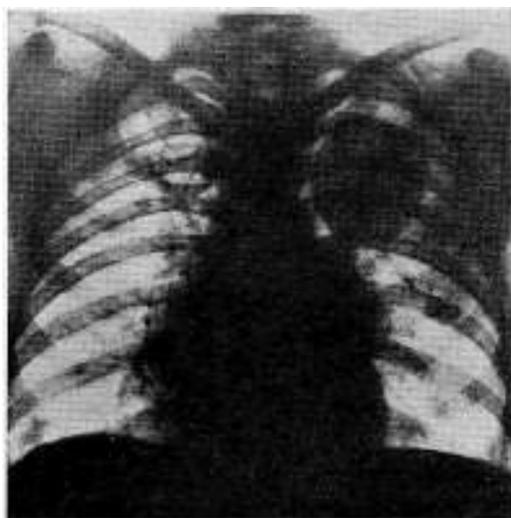
## EQUINOCOCOSIS HETEROTOPICA PLEURAL (\*)

Dr. P. Larghero Ybarz

A. G. C. 30 años. Observación N: 7394.

Ingresa al Hospital Maciel el 7 de junio de 1944, por un quiste hidático del pulmón izquierdo y con historia de vómitos hidáticos en episodios, datando de un año. Un mes antes de ingresar al Servicio, episodio pulmonar agudo con fiebre, chuchos y expectoración, primero herrumbrosa y después mucopurulenta. Este episodio persiste durante diez días y fué seguido de una febrícula que desapareció a fines de mayo.

Como antecedente de importancia, este enfermo ha tenido hace 7 años



Radiografía de tórax: imagen opaca circular en la región infra-clavicular izquierda con los caracteres de un Q. H. intacto. Imagen hidroaérea en la región infraclavicular derecha; junto a ella una sombra redondeada, más pequeña y de opacidad homogénea, y más afuera, proyectándose sobre la escápula, otra imagen opaca de mayor tamaño.

un episodio de prurito generalizado, y hace 6 años tuvo su primera crisis de cólico hepático, que fué seguida de otras a intervalos variables de tiempo, y que corresponden seguramente a un quiste hidático de hígado, sobre el cual no se va a hacer mención aquí, porque el interés de esta presentación radica exclusivamente en la complicación que presentó el quiste hidático del pulmón izquierdo.

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 4 de agosto de 1949.

**EXAMEN:** su estado de nutrición, bueno.

El examen físico pulmonar no revela particularidades. Existe un discreto ensanchamiento de la base del hemitórax derecho; la macidez hepática está aumentada y el Traube está desplazado a la izquierda, lo que confirma la sospecha de que existe, además, un quiste hidático de hígado.

Se hace dignóstico de quiste hidático hialino de pulmón izquierdo y de equinocosis múltiples del pulmón derecho, con un quiste vomicado y otros íntactos.

Cuando se iba a operar el enfermo, sobreviene un nuevo empuje inflamatorio pulmonar, caracterizado por tos muy intensa, fiebre y expectoración mucopurulenta, por lo cual la operación es diferida para el 26 de junio.

Dos días antes de esta intervención, se practica un nuevo examen radiológico, y se comprueba lo siguiente:



La opacidad circular del lóbulo superior ha desaparecido dejando en su lugar una imagen clara a contorno circular. Por debajo de esta imagen se observa una sombra redondeada proyectándose en el tercio medio del pulmón. Como este enfermo no ha tenido vómica en este episodio, se piensa que el quiste hidático ha abandonado su adventicia del lóbulo superior siendo parido hacia abajo.

**Operación.** — Con el diagnóstico de equinocosis heterótópica pleural del lado izquierdo.

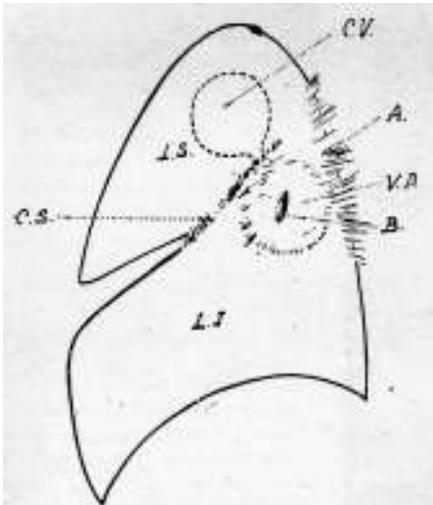
Anestesia local y troncular. Posición de jockey. La anestesia fué incompleta y los golpes de tos incesantes obligaron a hacer anestesia general (éter con oxígeno).

Resección de la VIII costilla en 8 cmts., desde la línea espinal del omóplato hacia abajo y afuera. Pleura libre. Se produce el neumotórax. Adherencias de cara externa y posterior de los lóbulos superior e inferior, que bloquean hacia atrás la cavidad pleural. Dado que la capa de parénquima que separa el lóbulo inferior del quiste es muy delgada, preferimos incindirla y no destruir las adherencias. Se punciona el quiste y se extraen 20 c.c. de líquido hidático agua de roca, a presión, absolutamente limpio;

el quiste no pudo ser evacuado completamente, porque los golpes de tos desconectan la aguja. Incisión del parénquima cayéndose en una cavidad que tiene los caracteres de un espacio limitado por la pleura visceral del lóbulo inferior del pulmón y por la pleura parietal posterior.

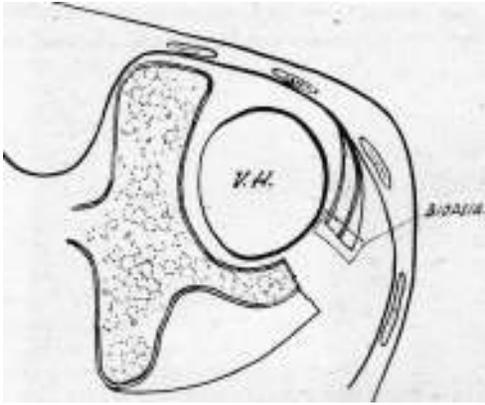


Una radiografía hecha 24 horas después de la operación, muestra una imagen de reloj de arena, constituida por dos cavidades, una en el lóbulo superior y otra en el lóbulo inferior, comunicando por una parte estrecha. La cavidad superior corresponde a la adventicia que contenía el quiste en el lóbulo superior y la inferior, al espacio que la membrana emigrada se creó entre las adherencias pleurales, detrás del lóbulo inferior.



Aspecto esquemático de las lesiones comprobadas en el acto operatorio: Pulmón izquierdo visto por su cara izquierda una vez producido el neumotorax parcial; a) adherencias de la cara posterior de ambos lóbulos y de la cisura a la gotera costo-vertebral. C. S. Cisura interlobar bloqueada en sus dos tercios posteriores. V. A. Masa quística palpable a través del lóbulo inferior. B. Incisión de neumotomía. C. V. Cavidad adventicia del lóbulo superior vacía con la migración de la hidátide.

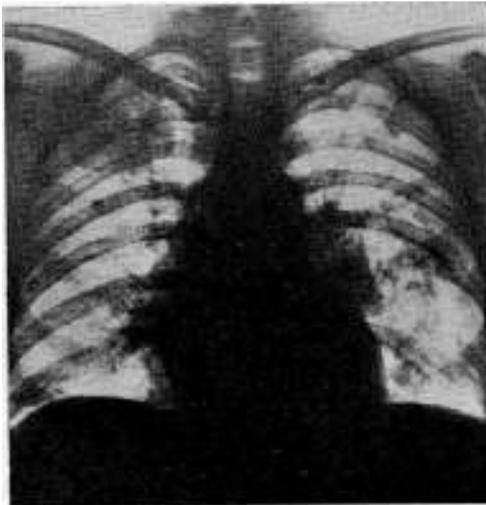
Esta cavidad comunica con la adventicia del lóbulo superior, transmitiéndose a través de ambas el soplo violento de un bronquio durante los golpes de tos. Se extrae la membrana hidática completa y se sutura la brecha de neumotomía.



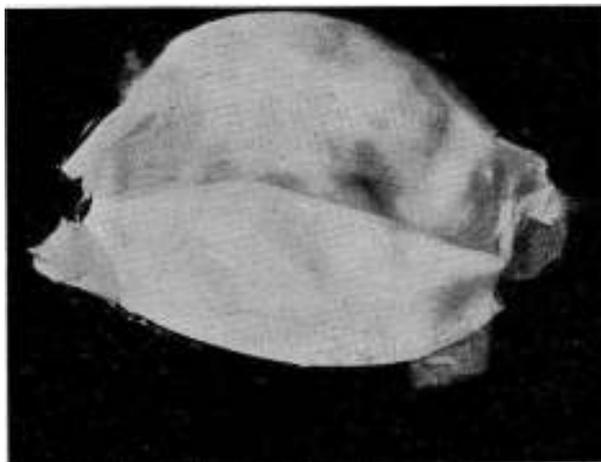
Corte transversal esquemático. Aspecto del lóbulo inferior del pulmón, en partes colapsado por el neumotorax, conteniendo la membrana hidática por detrás de él y en contacto con el plano costal. Se señala la brecha de neumotomía y el lugar donde se hizo la biopsia pulmonar.

Evolución post-operatoria accidentada. Primero, por un enfisema subcutáneo que retrocede en pocos días, y a continuación fiebre, sudores y expectoración mucopurulenta abundante, erupción urticariana en piel, abdomen y brazos. Finalmente todo entra en orden y el enfermo es dado de alta el 18 de julio, completamente curado.

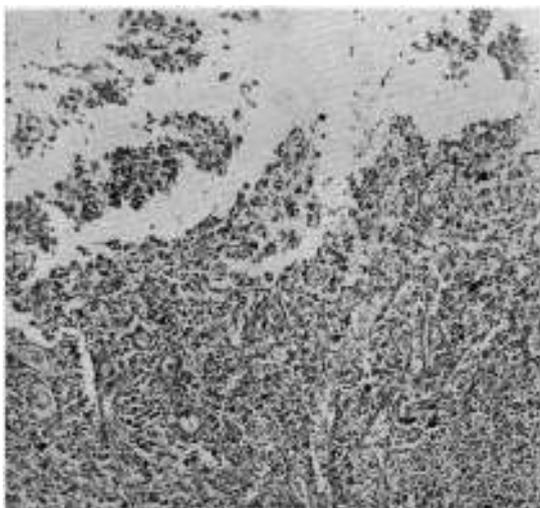
El enfermo es visto en noviembre de 1944: ha tenido varios accesos de tos y ha continuado expectorando restos de membrana hidática. Persiste todavía la tos con expectoración mucosa.



Un control radiográfico en esta fecha muestra el crecimiento extraordinario en la región infra-clavicular derecha, de los quistes pequeños observados en la radiografía de junio. Y en el pulmón izquierdo, los restos de la cavidad dejada por la evacuación del quiste.



Fotografía de la membrana hidática.



Microfotografía que muestra la superficie del parénquima pulmonar del lóbulo inferior que estaba en contacto con la membrana hidática tensa y que corresponde a la pleura visceral de este lóbulo, cubierto por un tejido de granulación de aspecto fungoso.

### Sumario

Se presenta una observación de equinocosis heterotópica de la pleura. La vesícula hidática, alojada en el lóbulo superior del pulmón derecho abandonó la cavidad adventicia y fué a alojarse

entre adherencias pleurales, por detrás del lóbulo inferior. La emigración se produjo sin ruptura del quiste. Los golpes de tos pertinaces, causados por un proceso de congestión periquístico, febril, parecen haber sido el factor determinante, aunque cabe la posibilidad de una relación de causa a efecto inversa, esto es, que la emigración del parásito haya provocado el síndrome funcional, físico y general, que fué rotulado como congestión pleuro pulmonar.