

Observación de la Clínica del Prof. Dr. Pedro Larghero Ybarz

## QUISTE HIDATICO HIALINO DEL MEDIASTINO (\*)

Prof. Agdo. Dr. Luis M. Bosch del Marco

Los quistes mediastinales pueden ser de variada naturaleza: inflamatorios, congénitos, parasitarios y de origen no determinado. Los parasitarios son de excepcionalísima frecuencia y si bien se señalan en las descripciones de los libros, no se encuentran con frecuencia observaciones al respecto.

Dentro del grupo de los quistes parasitarios, los de naturaleza hidática son sin duda alguna, los de especial significación; pueden tener asiento en una zona cualquiera del mediastino. Su evolución es lenta y por largo tiempo latente; no tienen expresión sintomática propia.

Ofrecen al estudio radiológico caracteres ya conocidos. Son susceptibles en su crecimiento, de originar compresiones, abrirse en órganos vecinos (bronquio, pericardio, etc.) y aun exteriorizarse fuera del tórax hacia la región cervical. Tal eventualidad la hemos comprobado en la observación clínica del paciente:

E. L., joven de 18 años, procedente del interior (Rivera), ingresa al Hospital Pasteur refiriendo:

Que desde hace alrededor de dos meses padece de dolor localizado en tercio inferior de región carotídea derecha y base de cuello del mismo lado. Sus trastornos dolorosos se le intensifican en los movimientos de rotación de la cabeza hacia el lado derecho. Concomitantemente aprecia una tumefacción firme e indolora en región supra retroclavicular derecha. Niega toda otra sintomatología, ninguna repercusión sobre deglución, fonación y respiración; ausencia total de manifestaciones en la esfera circulatoria, motora y sensitiva.

Trátalo en esas circunstancias el médico de la localidad, quien le practica un estudio radiológico y reacción de Cassoni, que al parecer dió un resultado negativo. Posteriormente es trasladado a la capital en donde

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la media hora previa el día 28 de mayo de 1952.

se procede a la punción de la tumefacción cervical reconocida, interpretándola como de naturaleza ganglionar. (Traslado en fecha 15 de enero). Se extrae líquido claro con los caracteres del contenido en un quiste hidático, inmediatamente acusa en la región puncionada una reacción alérgica con tumefacción, rubor y ardor, que se propaga a regiones vecinas; ulteriormente comprueba reactivación a nivel de su antebrazo en el sitio donde se le practicó la reacción de Cassoni.

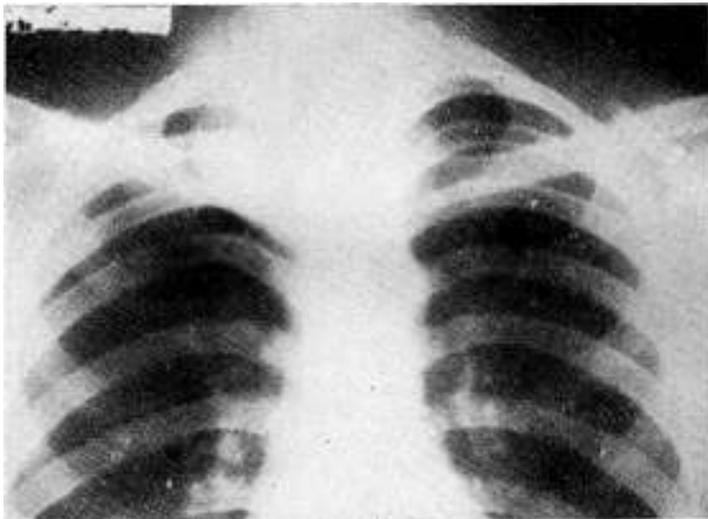


FIG. 1. — Radiografía simple. Opacidad en región retroclavicular derecha y ápice pulmonar, con desviación a izquierda de la tráquea.

En vista de lo referido, es trasladado al Servicio del Prof. Pedro Larghero Ibarz en donde se obtienen del interrogatorio los siguientes datos clínicos:

Antecedentes ambientales y familiares de equinocosis. Excelente estado general, apirexia. Pulso de 82 p.m., tenso, simétrico. P.A. 12-6  $\frac{1}{2}$ . En base de cuello, en región suprarretroclavicular interna, existe una tumefacción muy poco neta, difusa, centrada por el orificio de punción practicada, con eritema, extendido en planos superficiales a regiones vecinas del cuello y tórax; el esterno cleido mastoideo oculta casi por completo la tumefacción, siendo la movilidad activa y pasiva del sector cérvico cefálico, normales. De la palpación no es posible obtener datos precisos, se aprecia el ocupamiento del hueco retroclavicular derecho bajo, en todo el ancho del músculo esternocleido mastoideo sin ninguna vinculación al eje visceral del cuello y tiroides.

Ausencia de latido y expansión y macidez percutoria.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

La tráquea se halla algo desplazada a izquierda. Discreta adenopatía supraclavicular bilateral.

El resto del examen regional, cara, regiones oculares y tórax, sin particularidades clínicas; a nivel del raquis se comprueba una esclerosis convexa derecha dorsal baja.

Abdomen, pelvis, sistema músculo esquelético y linfoganglionar sin ninguna característica patológica a mencionar.



FIG. 2. — Tomografía en zona de pasaje cervico torácica; la tumefacción se proyecta por detrás de la clavícula y desplaza la tráquea hacia la izquierda en curva a gran diámetro. Se piensa en la posibilidad de un quiste hidático mediastinal o tiroideo.

**En suma:** Paciente de 18 años, que ingresa por una tumefacción de la región supra-retroclavicular derecha, oculta bajo el esterno cleido mastoideo sin compromiso vásculo nervioso de las regiones vecinas, que al ser puncionada permite comprobar su naturaleza hidática. La investigación de las otras zonas frecuentes de equinocosis es clínicamente negativa. No hay repercusión general alguna.

Es interesante hacer destacar el accidente anafiláctico provocado por la punción exploradora, a nivel del sitio de la punción practicada y de la zona en donde se realizó la reacción de Cassoni, 15 días antes del ingreso.

**Impresión clínica:** Quiste hidático intratorácico exteriorizado en cuello.

Se solicitan los siguientes exámenes:

De rutina: biológicos, estudio radiográfico de base de cuello, tórax y colecistografía, con los siguientes resultados:

Orina: trazas de glucosa: G. R. 5.200.000. H. B. 101 %.



FIG. 3. **Tomografía.**  
Desplazamiento en curva a gran diámetro de la tráquea.

V. G. 0,97. G. B. 12.000. pol. Neutrof: 68 %. Linfocitos 32 %.  
Urea: 0.25.

Wassermann: negativo.

Tiempo de coagulación: 2'30"

Tiempo de sangría: 1'

Placas radiográficas de base de cuello y tórax: Dres. Zerbóni y Gorlero.

a) **simples**, presencia de opacidad en región retroclavicular derecha y ápice pulmonar con desviación izquierda de la tráquea. (21-1-42) N° 30320.

b) **tomograma**: (25-I-52) N° 60771.

Los cortes tomográficos de la zona del pasaje cérvico-torá-

cico, comprueban que la tumoración visible en radioscopia simple se proyecta por detrás de la clavícula y desplaza la tráquea hacia la izquierda en forma de curva a gran diámetro; dado este desplazamiento el Dr. Gorlero opina que se trata de un quiste hidático de mediastino o de tiroides, no impresionándole como de origen apical pulmonar.

**Colecistografía:** 21-I-52.

Vesícula teñida sin cálculos visibles; se contrajo y evacuó bien.

**Diagnóstico definitivo:** Quiste hidático de mediastino.

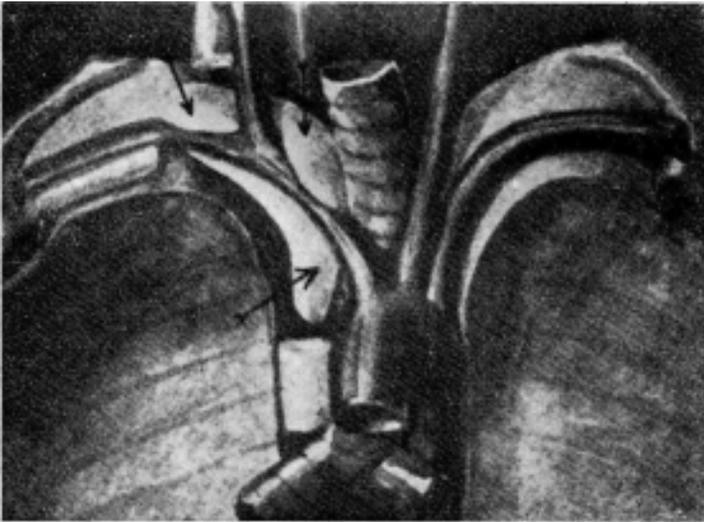


FIG. 4. — Esquema de la topografía de la lesión. Las flechas señalan el asiento del quiste y su relación con los vasos y tráquea.

La conducta del tratamiento a seguir será quirúrgica y se juzga conveniente abordar el proceso por vía cervical. Si por este abordaje no fuese posible tratarlo, se desistiría y se planearía verificarlo por tórcotomía.

**Operación:** Prog. Agdo. Dr. Luis M. Bosch del Marco, Dr. Valdés Olascoaga, Pte. Folle, Srta.: Bentancur.

Anestesia general: Dr. Castiglioni. Ciclopropano y éter.

Cuello en hipertensión. Rotación a izquierda de la cabeza. Infiltración con novocaína de la región carotídea baja. Incisión supraclavicular que se extiende desde un centímetro por encima

de la articulación externo condroclavicular arriba y afuera, hasta alcanzar el borde posterior del E. C. M., éste se libera a nivel de sus bordes anterior y posterior.

La exploración en estas condiciones es negativa por lo que se resuelve su sección trasversa a unos 3 cms. por encima de la clavícula. La tumefacción entonces hace algún relieve al suprimirla de la compresión muscular. Su topografía se precisa: asiente en región carotídea baja, por detrás de la aponeurosis cervical media, por dentro de la carótida primitiva y por detrás a su vez de los vasos subclavios. No se visualiza el hioideo.

**Punción:** se extraen 60 cc. de líquido cristal de roca, apertura de la cavidad, extracción de una membrana hidática, se comprueba que no asienta en pulmón que se extiende a la región del mediastino posterior, palpándose por delante la tráquea que lo cubre parcialmente.

Visualización de la cavidad con espéculo: se observa el relieve que hacen en su interior los vasos de la región: subclavia y carótida. Se procede a la limpieza y formolado; biopsia de la periquística que es sumamente engrosada. Cierre hermético sin drenaje. Reconstrucción parietal. Vendaje de inmovilización.

Operación bien tolerada, duración: 1 hora 30'. Se le transfunden 300 cc. de sangre.

#### **Estudio microscópico de la adventicia.**

Adventicia esclerohialina, fibrosis alrededor con islotes de tejido ricamente vascularizado por capilares. En su vecindad no se aprecian restos de parenquima alguno.

### **COMENTARIOS**

El interés que creemos presenta esta observación referida, radica:

- 1) en la presencia de un quiste hidático de topografía mediastinal.
- 2) en la ausencia de otra localización del parásito.
- 3) en la evolución silenciosa desde el punto de vista clínico y en el crecimiento extratorácico hacia región cervical.
- 4) y finalmente en la posibilidad de un correcto tratamiento quirúrgico por abordaje supraclavicular.

Los dos primeros hechos anotados, referentes a la topografía del quiste y a la ausencia de otra localización del parásito, señalan fundamentalmente a nuestro juicio la originalidad de la presentación realizada, respecto a la cual las publicaciones en la literatura médica son muy escasas.

**Dr. Victorica.** — Creo que el Dr. Bosch ha hecho muy bien en presentar este caso a la Sociedad, porque es un aporte más para demostrar que existen realmente los quistes del mediastino que antes de hacer tóracotomías amplias eran inexistentes o se decía que eran muy raros.

Lo segundo interesante que planteó es si se debía abordar por vía alta cervical o por tóracotomía y el Dr. Bosch cumplió el plan trazado de hacer una incisión cervical por si se podía entrar sin mayores riesgos por esa vía y en el caso de encontrar dificultades hacer una tóracotomía, porque se estaba en una región límite y se planteaba la duda. Estuvimos varios días cambiando ideas con él porque vi también a este enfermo en el Servicio del Dr. Larghero.