

ABSCESO HIDATICO OSIFLUENTE MEDIASTINAL (*)

Dr. Walter García Russich

El caso que motiva nuestra comunicación, entendemos que presenta un gran interés del punto de vista clínico, a la vez que plantea un problema terapéutico.

Debemos tener en cuenta que la hidatidosis ósea configura según las estadísticas mundiales, aproximadamente un 2 % de los casos de hidatidosis.

Pero dentro de la hidatidosis ósea, la de columna configura el 41,6 %, según la estadística de Bauer completada por Pascualli sobre 406 casos estudiados. Y si agregamos a ello que según una estadística de Dévé (1948), la localización dorsal configura el 54,5 % de las hidatidosis de columna, vemos el interés que tiene el planteamiento de una conducta terapéutica eficaz y radical, en el tratamiento de los casos, que al igual que el que traemos, tienen su punto de partida en una vértebra dorsal baja.

HISTORIA CLINICA. — Enferma (A. T. A.) de 25 años de edad, uruguaya, soltera, estudiante, oriunda del departamento de Lavalleja, con domicilio actual en esta capital.

Hace 18 años fue intervenida por hidatidosis hepática y desde entonces hasta el momento actual no presentó ningún síntoma que hiciese sospechar la aparición de un nuevo foco de su antigua hidatidosis.

En su carácter de estudiante y teniendo en cuenta su antecedente, se hace practicar exámenes periódicos de tórax y de contorno hepático.

Tenemos un estudio radiológico de tórax de octubre de 1953, que entonces fue interpretado como normal (fig. 1).

En noviembre de 1955 se hace nuevo estudio radiológico, que nos

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el 15 de agosto de 1956.

muestra en la placa de tórax de frente (fig. 2) una sombra en semicírculo, que ocupa el ángulo cardiodiafragmático derecho, de densidad uniforme, que no se modifica mayormente con los movimientos respiratorios.

En el perfil (fig. 3), se nos muestra la sombra posterior, como una elevación del hemidiafragma derecho.

Examen clínico. — Practicado en marzo de 1956. Enferma con buen estado general, piel y mucosas bien coloreadas, boca y garganta sin particularidades.

Abdomen. — Sin deformaciones aparentes; cicatriz de antigua inter-

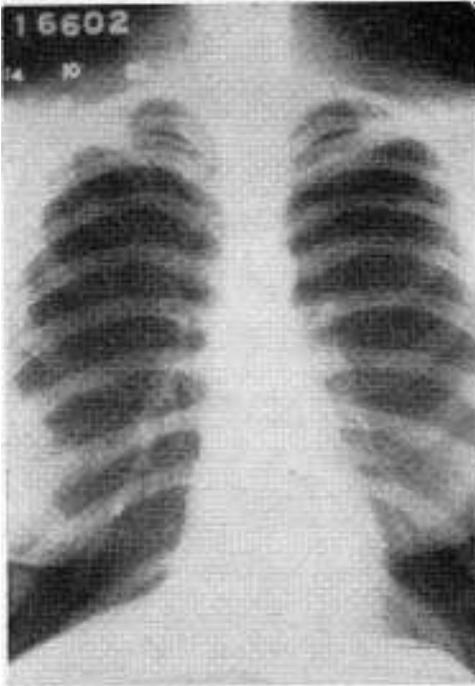


FIG. 1

vención. Móvil, blando, depresible e indoloro espontáneamente. A la palpación, en hipocondrio derecho, del lado externo, se palpa un borde hepático de caracteres normales, que se moviliza con la respiración; hacia adentro no se delimita bien, sobre todo a la altura de la cicatriz, donde duele discretamente. En el epigastrio se palpa el hígado de tamaño y caracteres normales.

La palpación del resto del abdomen es negativa.

La percusión del área hepática, no muestra modificaciones en cuanto al tamaño de la misma.

Tórax. — Aparato cardiovascular: pulso, presión y tonos cardíacos, sin particularidades. Al examen pleuropulmonar, la base del hemitórax derecho no se encuentra aumentada de volumen, siendo el resto de la

semiología negativa. El examen clínico de los restantes aparatos es también negativo; siendo de destacar que no presenta alteraciones neurológicas.

EXAMENES DE LABORATORIO

Sangre. — Hemograma: Glóbulos rojos 3.850.000 mm.; Hemoglobina 72 %; Valor globular 1,02; Glóbulos blancos 7.200; Polinucleares neutrófilos 84 %; Linfocitos 12 %; Monocitos 4 %; Tiempo de coagulación 6'30"; Tiempo de sangría 2'; Urea en suero 0gr.30.

Orina. — No hay elementos anormales. Sedimento: algunas células planas, escasos leucocitos.

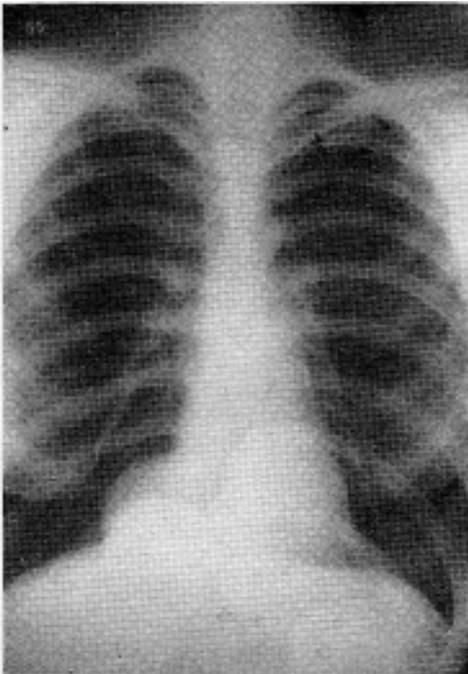


FIG. 2

Resumen. — Enferma que accidentalmente en un estudio radiológico, muestra una sombra paracardíaca derecha, como deformando el diafragma; sin alteraciones subjetivas ni objetivas del punto de vista clínico y con un antecedente de hidatidosis hepática operada hace 18 años.

PLANTEAMIENTO CLINICO

Frente a la historia, el examen clínico y el estudio radiológico de la enferma, pensamos encontrarnos frente a una hidatidosis hepática a evolución torácica; pero la proximidad y vinculaciones mediastínicas; nos planteaba la posibilidad de un proceso de origen mediastinal. Por ello

pedimos la colaboración del Dr. V. Armand Ugón. Vista por el Dr. Armand Ugón la enferma y con el mismo planteamiento diagnóstico se decide la intervención que se realizó el 6 - IV - 1956.

OPERACION

Dr. V. Armand Ugón, Dr. W. García Russich, Pte. Interno. Anestesia general, gases, Br. S. Caviglia.

Toracotomía postero-lateral derecha, resecaando novena costilla. Pleura



FIG. 3

libre. Reclinando el pulmón hacia arriba, cuya base presenta discretas adherencias laxas a la tumoración, se nos muestra ésta de forma ovoidea, de consistencia pastosa, del tamaño aproximado a un huevo de avestruz a eje mayor vertical, rechazando hacia abajo el diafragma por su polo inferior, presentando con él adherencias laxas.

La tumoración está haciendo cuerpo con la columna vertebral y se encuentra recubierta por el simpático y esplácnico a los que disocia y levanta.

Se abre la pleura mediastinal y se libera la tumoración en toda su superficie, salvo en una zona de unos 2 ó 3 centímetros de diámetro, donde adhiere firmemente a la vértebra.

En la parte interna se abre parcialmente la tumoración, por donde sale un pus espeso, cremoso y restos hidáticos, con numerosas vesículas hijas.

La pared de la tumoración se continúa con el periostio vertebral,

estando la XII vértebra algo carcomida en su cara anterior, donde se puede observar en la esponjosa discreta cantidad de pequeñas vesículas hidáticas. Se reseca la parte existente de la pared del absceso osifluente y se curetea fuertemente el cuerpo de la vértebra en la forma más amplia posible, hasta tejido aparentemente sano. Se hace el formolado del foco con formol al 2 %.

Luego se electrocoagula la superficie cureteada de la XII vértebra con la finalidad de hacer una correcta hemostasis y tentar la destrucción de los probables gérmenes residuales por el calor.



FIG.

Se cierra la pleura mediastinal, se controla la expansión correcta del pulmón y a través del diafragma se hace la exploración manual del parénquima hepático, que aparentemente es normal.

Cierre del tórax sin drenaje.

Post-operatorio. — Sin complicaciones, habiendo sido dada de alta la enferma a los diez días en buenas condiciones.

A las 48 horas de operada, se saca placa de control de tórax frente y perfil (figs. 4 y 5), las que nos muestran la novena costilla reseca y la cara anterior del cuerpo de la XII vértebra escavada, como consecuencia del curetaje. La pequeña falta de sustancia del ángulo ántero-inferior de la XI vértebra, lo anotamos como consecuencia del mismo curetaje.

ANATOMIA PATOLOGICA

Informe del Dr. Juan Fco. Cassinelli.

Estudio macroscópico. — a) Fragmentos membraniformes de una pared conjuntiva fibrosa arrollada, con una superficie interna cicatrizal, grisácea, con depósitos amarillentos.

b) Membranas hidáticas vacías, aplastadas, unas grandes y otras pequeñas, incluso como granos de uva y tensas estas últimas.



FIG. 5

c) Pequeños fragmentos de hueso esponjoso reunidos en tres grupos.

Estudio microscópico. — a) Adventicia. Pared conjuntiva fibrosa de neoformación inflamatoria crónica con una banda interna de necrosis granulosa alternando con sectores granulomatosos macrofágicos gigantocelulares; en estas últimas áreas hay pequeñas partículas de quitinosa hidática adheridas al tejido granulomatoso.

b) Membrana parasitaria. Un fragmento examinado de la vesícula mayor, muestra los caracteres de una vesícula hidática, sin manifestaciones importantes de infiltración (o exfoliación) purulenta interlaminar.

c) Restos óseos. Se examinó en conjunto el material de los tres grupos, previa descalcificación.

Se trata de porciones de hueso esponjoso y porciones fibrocartilagosas (periféricas de la vértebra) con proceso inflamatorio crónico activo de los espacios medulares, que contienen numerosos restos de membranas

quitinosas hidáticas englobadas en la reacción inflamatoria de los espacios medulares (hidatidosis ósea).

Se trata de un absceso osifluente hidático de procedencia vertebral.

Consideraciones

Hemos presentado una observación de absceso hidático osifluente mediastinal, a punto de partida en cuerpo de XII vértebra dorsal, cuyas características clínico-radiológicas y quirúrgicas consideramos de interés; pero por sobre todo, nos plantea un doble problema de futuro: el pronóstico y la terapéutica.

1º) Del punto de vista clínico-radiológico.

Es incuestionable que la anamnesis, el estudio clínico negativo y los elementos proporcionados por el estudio radiológico, nos hacen pensar en primer lugar en una hidatidosis hepática a evolución torácica.

Analizando las placas de tórax (fig. 3) no encontramos indicios de lesión en las últimas vértebras dorsales, que nos puedan hacer sospechar el origen óseo de la afección.

Del punto de vista clínico, queremos subrayar un hecho que consideramos de valor, pues nos hizo dudar antes de la intervención sobre la probable localización del proceso, y es la ausencia de hepatomegalia; la enferma no tenía el "lóbulo traidor" que debía tener si se tratase de una portadora de hidatidosis hepática del tamaño que revelaba la placa; como tampoco presentaba el menor indicio de dispepsia hepato-biliar, trastorno que con frecuencia presentan este tipo de enfermos.

Del punto de vista radiológico, si bien las placas del año 1953 fueron interpretadas como normales, ahora nos llama la atención, el borramiento del ángulo cardiodiafragmático derecho.

En el estudio practicado en noviembre de 1955, llama la atención la situación paramediastinal de la sombra y la insinuación del ángulo formado por el tumor y el diafragma que tiende a ser agudo, lo que hace sospechar su posible origen torácico.

2º) Del punto de vista quirúrgico.

El abordaje al tumor no ofreció mayores dificultades; su liberación aun al diafragma fue fácil, si bien a él lo unían adherencias de relativa firmeza. Pero una vez realizada la liberación y a través

de la pleura mediastínica, se podía observar sobre la parte alta del tumor el abordaje del simpático dorsal y en la parte baja, la salida del mismo subdividido en dos o tres troncos, a manera de pata de pollo, lo que nos hizo pensar en la posibilidad de encontrarnos frente a un neurinoma.

Una vez abierta la pleura mediastínica para continuar la liberación del tumor, ya nos fue dable observar el origen óseo, a partir del cuerpo de XII vértebra, así como la verdadera etiología del proceso.

Frente al problema que entonces se planteó y no desconociendo la gravedad pronóstica que imponía el origen óseo, se hizo un examen minucioso de la cara anterior de la vértebra en cuestión, comprobándose macroscópicamente la presencia de microvesículas que infiltraban la esponjosa aparentemente en forma muy limitada. Se cureteó prolijamente la zona, luego se formoló y se cauterizó con detención y con intensidad la superficie. Ello tuvo por finalidad a la vez de lograr la cauterización de los puntos sangrantes, intentar hacer el tratamiento por el calor de las vesículas que en la esponjosa vecina pudiesen escapar al examen macroscópico.

Se creyó prudente no hacer más en este acto operatorio, si bien el caso dejaba planteado el interrogante que vamos a discutir en el pronóstico y tratamiento futuro.

3º) Pronóstico.

Es indudable que es un pronóstico de los más sombríos y en este sentido estamos con Dévé quien decía: "Dudamos de las curaciones operatorias, si bien el tratamiento de la equinocosis vertebral es puramente quirúrgico y su papel paliativo es de los más útiles"; cuando Dévé hacía esta afirmación, no se había llegado a practicar la resección total de la vértebra, como se llegó a realizar poco tiempo después. No compartimos en un todo la opinión de Ivanissevich de que "el curetaje simple en casos muy favorables ha permitido alcanzar curaciones definitivas"; pues no desconocemos casos que, como el de Sigme, luego de 12 años de operados, aparecen con un absceso osifluente, como una falsa recidiva por operación incompleta o por siembra local de escolex contenidos en las vesículas fértiles durante la operación.

Pero tenemos una esperanza en la posibilidad del curetaje amplio y la eficacia del calor en la cauterización del foco; aunque como dijimos, dejamos planteado un interrogante de futuro que nos llevará a hacer un control inmediato y periódico de la enferma, con miras a establecer en su oportunidad, lo que podríamos llamar el tratamiento radical.

4º) Tratamiento de futuro.

En caso de aparición en el cuerpo de la vértebra afectada de signos radiológicos de lesión, creemos que debemos intentar el tratamiento quirúrgico con vistas a la resección total de la vértebra, como lo hizo en el primer caso publicado con indudable éxito el Dr. Del Campo.

Sería éste el tratamiento radical, pues sabemos, por estudios anatomopatológicos realizados en nuestro medio y en el extranjero, que la lesión ósea se limita a la vértebra, deteniéndose en forma neta en el disco intervertebral, salvo en casos muy evolucionados como uno señalado por Koranyi-Genersich, en que los discos intervertebrales supra y subyacentes estaban parcialmente destruidos; y tres casos de Ivanisevich operados con mucha anterioridad.

Pero no debemos olvidar que por sus caracteres anatómicos y su función, la XII vértebra es más una vértebra lumbar que dorsal y por ello el Dr. Chifflet agrega a las cinco vértebras lumbares las dos últimas dorsales. Ello influye en la movilidad de dicha vértebra, a cuya altura se realizan los máximos movimientos de la columna; y si a ello agregamos que a esta altura se encuentra la médula con sus envolturas, no ocurriendo lo mismo en el caso de la V vértebra lumbar a que nos referíamos hace un instante al hacer referencia a la intervención realizada por el Dr. Del Campo, vemos que en este caso, las dificultades son más notorias.

Conclusiones

Con todo y pese a la importancia de las dos dificultades que hemos subrayado, creemos que la conducta a seguir debe ser la siguiente:

1º Con la aparición de síntomas radiológicos (no esperar nunca la aparición de síntomas clínicos), se debe encarar el tra-

tamiento quirúrgico de resección vertebral, único factible de curación total y definitiva en un portador de hidatidosis ósea vertebral.

2º Poner a la enferma en buenas condiciones y estudiar al detalle la técnica a seguir y si ella es posible realizarla en un tiempo.

3º Creemos que frente a nuestro caso, corresponde una conducta que llamaríamos "expectante armada", puesto que si bien no somos muy optimistas abrigamos una esperanza en el curetaje seguido de electro coagulación realizados.

4º En los casos en que sea posible el diagnóstico positivo previo a la intervención, se debe plantear el tratamiento radical de entrada.

5º Queremos subrayar la importancia de los exámenes periódicos que despistan como en este caso, lesiones mudas, sin exteriorización clínica.