

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Chifflet

EVOLUCION ASCENDENTE, MEDIASTINAL, DE QUISTES HIDATICOS SUBFRENICOS (*)

Dr. Luis Alberto Praderi

Relataremos dos tipos de Q.H. subfrénicos que ascendieron, arrastrando el diafragma, a una logia mediastinal situada entre el saco pericárdico y la pleura parietal derecha.

1.er CASO. — R. F. de L., 34 años. Cardona. Ingresa por que el Servicio de Colectividades comprueba en la base del hemitórax der. una sombra redondeada. Discreta dispepsia hepatobiliar, acompañada de fenómenos alérgicos, urticarianos. Nunca ha tenido ictericia ni otros trastornos pigmentarios. No hay síntomas respiratorios. La enferma dice que siente dolores y molestias vagas en la base del hemitórax derecho, relacionados con ciertos movimientos.

Al examen clínico los datos de interés son: deformación de la base der., en región anterior y mediana, que es algo más prominente, y hepatomegalia, blanda regular, que rebasa 2 traveses de dedo el reborde costal. Casoni precoz positivo.

Estudio radiológico — Radiografía de tórax e hipocondrio der. (ver figuras 1 y 2).

Intervención. — Dres. Anavitarte - Praderi. Toracofrenotomía der. con resección de 7ª costilla. Adherencias pleurales en la base pulmonar. Mediastino ocupado en su cuarto inferior y anterior por una masa renitente, redondeada, quística. El ángulo donde habitualmente se unen la pared esternocostal, el mediastino y el diafragma está borrado por esta tumoración. Se plantearon 3 hipótesis diagnósticas: proceso mediastinal, proceso subfrénico que incluía o rechazaba el diafragma, o hernia de Morgagni.

Para abordar la masa tumoral o quística, la zona menos riesgosa es indiscutiblemente el diafragma. Una vez abierto se comprueba la existencia de un Q.H. de lóbulo izq. de hígado, que desplaza el ligamento falciforme a derecha. La parte superior del quiste inseparable del diafragma se introducía como una cuña en el tórax, entre el saco pericárdico y la pleura mediastínica der., a la que desplegaba. Se punciona

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 7 de noviembre de 1956.

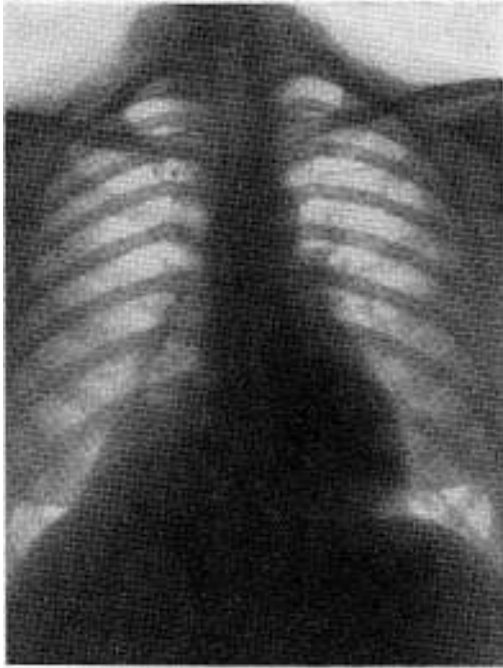


FIG. 1. — Rad. Tórax. Frente. El seno cardiofrénico derecho está borrado por una sombra densa, redondeada, inseparable del diafragma y del contorno mediastinal. El ángulo que une esta sombra con el diafragma es abierto, como corresponde a los procesos subfrénicos. Tampoco es posible señalar ángulo entre la sombra y el mediastino. Seno costodiafragmático der. libre.



FIG. 2. Rad. de Tórax. Perfil. der. Sombra redondeada que ocupa el seno costodiafragmático anterior, superpuesto a la sombra cardíaca de la que se delimita perfectamente. Se ve también el contorno de las cúpulas frénicas derecha e izquierda.



FIG. 3. — Rad. de Tórax. Frente. En la base del hemitórax der. 2 sombras redondeadas parcialmente superpuestas, de aspecto subfrénico. La sombra interna se apoya sobre el pericardio al que parece adherir. Sobre esta se ven calcificaciones.

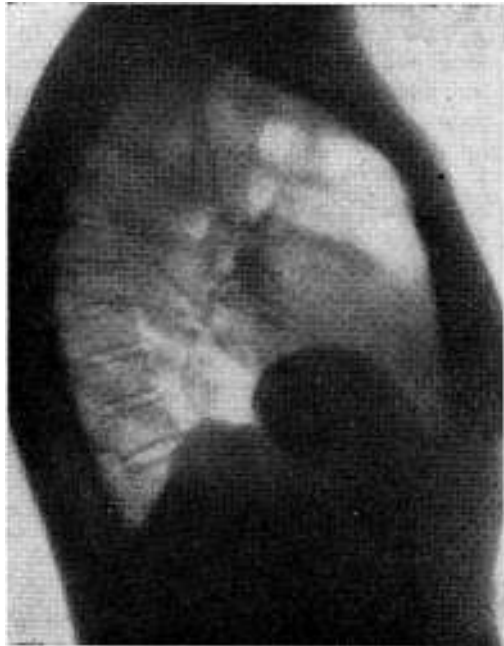


FIG. 4. — Rad. de Tórax. Perfil der. La cúpula frénica está deformada por 2 imágenes redondeadas, una anterior y otra posterior. La primera, piriforme, parece hundirse en el tórax, en busca del pedículo pulmonar.

por debajo del diafragma, extrayéndose una sustancia cremosa y membranas hidáticas degeneradas.

Se drena por contra - abertura a través del epigastrio. Cierre del diafragma en 2 planos. Cierre del tórax y drenaje.

Evolución postoperatoria. — Sin incidentes. Se obtiene por el tubo pus teñido en bilis. Se retira después de quistografía, pues la cavidad era muy pequeña a los 15 días de la intervención.

2º CASO. — R. M. de R., 58 años. Montevideo. Historia de dolores en hipocondrio izq., con irradiaciones altas, desde hace 1 año, motivo por el cual consulta en Colectividades. La radiografía de base der., descubre imágenes quísticas que deforman el diafragma. Operada a los 15 y 27 años de Q.H. de hígado. Bronquitis asmátiforme.

Síndrome icterico en varias oportunidades, la última hace 2 meses.

No tiene otra sintomatología a destacar.

Examen clínico. — Tumoración en H.D. y flanco que puede corresponder a una hidatidosis hepática.

Estudio radiológico. — Ver figuras 3 y 4.

Intervención. — Dres. Ormaechea - Praderi. Toracofrenotomía der. con resección de 9ª costilla. Adherencias pleurales en todo el hemitórax, predominando en la base. Una vez liberado el pulmón, se comprueba que el diafragma está íntegro, pero deformado por quistes subfrénicos; uno de ellos se insinúa entre el saco pericárdico y la parte anteroinferior de la pleura mediastínica, el otro quiste es más posterior y mediano, no yuxtamediastinal.

La topografía de la tumoración anterior coincidía con la del 1.º caso; era difícil señalar su origen mediastinal o subfrénico. Pero en este caso la historia clínica y la existencia de otra tumoración más posterior, contigua a la primera, circunscribe el diagnóstico a hidatidosis interhepatofrénica.

El problema operatorio que se planteó fue el lugar de sección del diafragma; la situación de la vena cava inferior que podía estar adherente a los quistes o desplazada por ellos, nos llevó a entrar al abdomen por la parte más anterior del diafragma.

Abordado el espacio interhepatofrénico derecho, se toca a través del ligamento falciforme el quiste anterior, que ocupa la logia izquierda. Se punciona; es un quiste degenerado, calcificado en algunas zonas, conteniendo una pasta cremosa y gelatinosa de difícil extracción. Se drena el 2º quiste a través del 1º, pues son contiguos y no hepáticos. Se dejan tubos subdiafragmáticos. Cierre del diafragma. Cierre del tórax con drenaje.

Post - operatorio. — Buen drenaje del quiste en todo el curso del post - operatorio. La enferma fue dada de alta a los 18 días, en buenas condiciones.

Estos dos casos, uno de Q.H. de hígado, otro de Q.H. interhepatofrénicos peritoneales, tienen en común un hecho: la migración o evolución ascendente torácica con una topografía un poco especial; en efecto ambos arrastraron el diafragma y se interpusieron extraserosos, entre pericardio y pleura mediastínica.

He buscado una interpretación a este hecho, pues si bien sobre la situación y migraciones de los Q.H. mucho se ha escrito y se han señalado las topografías más caprichosas, el estudio de estos casos puede orientar el diagnóstico y la terapéutica quirúrgica.

Como regla general sabemos que un Q.H. que crece; desplaza, comprime, lamina y por último necrosa lo que encuentra a su paso. Pero cuando las estructuras que lo rodean no le ofrecen la misma resistencia se encausa o dirige hacia determinados lugares constituyendo una migración.

Busca en su avance los espacios celulosos, espacios de decolamiento o cavidades serosas, y al mismo tiempo comprime y asimila las estructuras a su paso.

Veamos el caso de un quiste situado en el espacio interhepatofrénico izquierdo; que resistencia le ofrecen las paredes de esta logia y con qué espacios se vincula. (Ver figs. 5 y 6).

1º Espacio interhepatofrénico izq. — Limitado por diafragma, lob. izquierdo de hígado y repliegues falciforme y coronario ant. izq.

El hígado es solidario del diafragma tanto anatómica como funcionalmente (expresión del hígado por la contracción del diafragma, facilitando el retorno líquido al corazón der.). La patología también lo demuestra, pues todo proceso alojado entre hígado y diafragma tiende a superficializarse, sea fugando a la periferia o invadiéndolo y perforándolo para entrar en pleura.

El hígado constituye pues un plano firme no desplazable, pero que puede ser deprimido o excavado por el proceso (los Q. H. peritoneales perihepáticos).

El diafragma ofrece una zona de caracteres anatómicos particulares:

1º) Los fascículos esternales y primero costal, están sujetos a grandes variantes; desde la ausencia a la presencia de un

robusto fascículo que se implanta en la cara posterior de la vaina rectal. Frey y Sauerbruch señalan que el fascículo esternal del

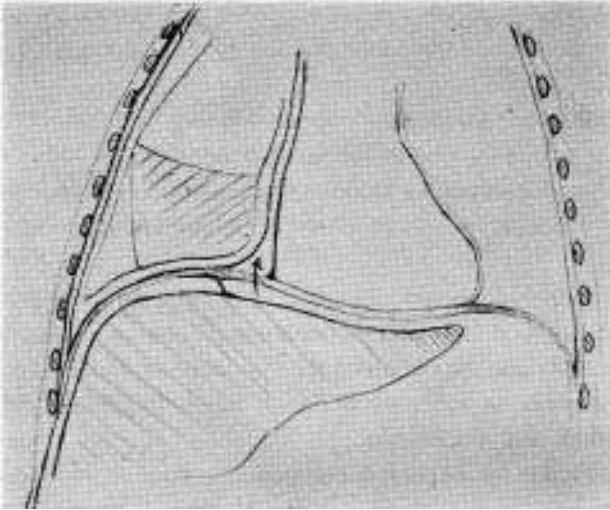


FIG. 5. — Esquema de un corte frontal toracoabdominal; La flecha indica como se relaciona la logia subfrénica izquierda con el espacio interpleuro-pericárdico derecho.

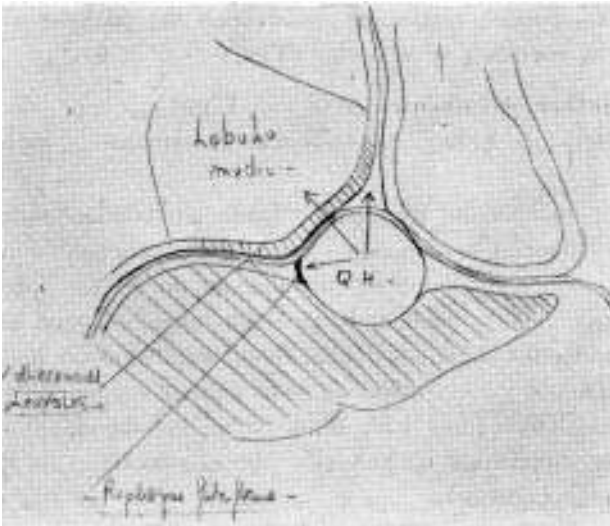


FIG. 6. Esquema que muestra la ubicación y desplazamientos provocados por estos quistes.

diafragma es inconstante: existe en el 44 % de los casos del lado der. y en el 56 % del lado izq. En la fig. 7 se observa la ausencia del fascículo der.

2º) Es asiento frecuente de hernias grasosas, como se ve en fig. 7; mas raramente de hernias peritoneales (h. de Morgagni).

3º) Es el lugar donde se comprueban por estudio radiológico seudoeventraciones o laxitud de fascículos, asintomáticos, que configuran un escalón o desnivel en la silueta frontal de la cúpula frénica.

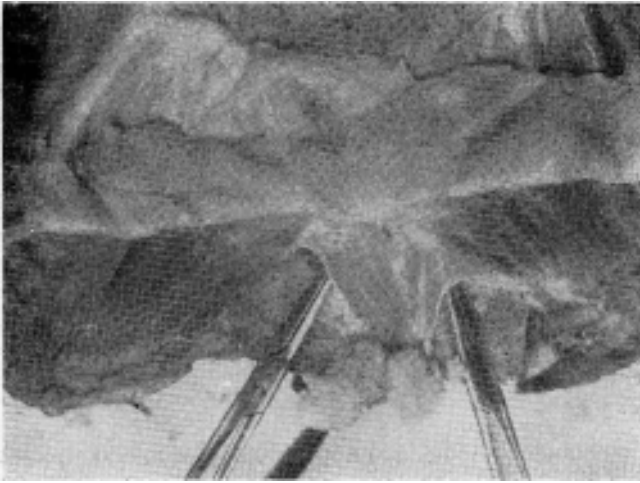


FIG. 7. — Pieza de disección, que muestra las inserciones anteriores del diafragma; el peritoneo, en amarillo, ha sido reclinado arriba, descubriendo el diafragma. A izquierda se observa el fascículo xifóideo muscular levantado por una pinza, y a derecha, la ausencia de músculo, sustituido por una membrana fibrosa.

4º) Es zona de pasaje de elementos linfáticos y vasculares, (vasos mamarios internos, nervio frénico y linfático hepáticos transdiafragmáticos).

El peritoneo constituye una barrera durante un período más o menos largo a la progresión de un quiste; esto está demostrado pues los quistes intraperitoneales rara vez invaden el retroperitoneo.

A través del diafragma esta logia se relaciona como se observa en el esquema de la fig. 8, con el pericardio, la pleura der. y el espacio celuloso interpleuropericárdico.

Diafragma y pericardio. — Existe una íntima fijación de la base del saco pericárdico al diafragma, de preferencia en sus bordes anterior y derecho hasta la cava inferior (lig. frenopericárdicos)

Pericardio fibroso y diafragma son solidarios. El ángulo frenopericárdico der. es difícilmente distensible, es fijo, como se comprueba en los derrames del pericardio. Estos hechos explicarían la rareza de migración e invasión de la cavidad pericárdica por Q.H. subfrénicos y la ausencia de deformación del seno cardiofrénico.

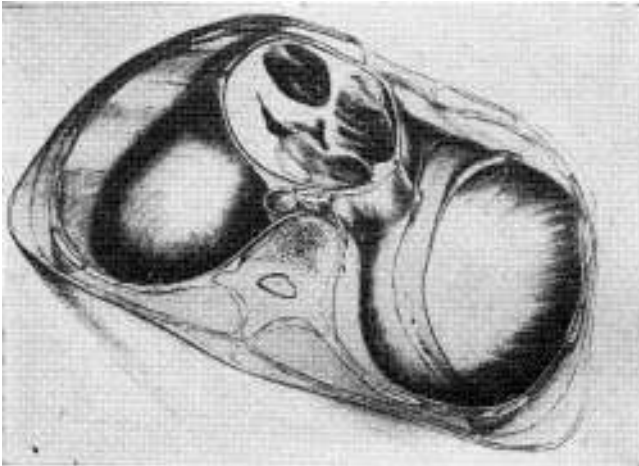


FIG. 8. — Sección transversal en la base del tórax; se observa la cara superior del corte. Muestra la relación entre el diafragma y pleura derecha con el lig. falciforme y los lóbulos izq. y der. del hígado.

Diafragma y pleura. — La zona pleural que nos ocupa es la confluencia de 3 senos: costodiafragmático, costomediastinal y mediastinofrénico (ver fig. 9). No es un ángulo neto a ese nivel como ocurre en la parte posterior paravertebral; no existe ninguna estructura que, diferenciación de la fascia endotorácica, se constituya en ligamento fijador (similar al lig. infrapleural). La pleura adhiere laxamente a ese nivel, descansa sobre una logia celuloadiposa que le permite desplazarse. La pleura parietal se mueve, pasivamente arrastrada por las vísceras o elementos sobre los que descansa, y este es precisamente un lugar donde puede borrarse el ángulo pleural, facilitado aun más por la gran movilidad de la lengüeta del lóbulo medio.

De lo dicho se deduce que el camino de menor resistencia lo constituye el espacio celulolinfático interpleuropericárdico, buscando ampliarse a expensas de la pleura parietal.

A todos estos factores anatómicos debemos agregar otro de índole funcional; como está demostrado por los estudios de Rímini

y Duomarco en nuestro medio, todo el sector de cavidad abdominal que se encuentra sobre el nivel líquido de la cámara gástrica, tiene presión negativa similar a la torácica.

Es decir pues, que a todas las consideraciones anatómicas



FIG. 9. — Disección para mostrar el espacio celuloso interpleuropericárdico der.; mediante un corte vertical paraesternal der. se han reclinado todos los planos parietales (plano esterno-condrocósta!, del transverso y triangular del esternón) para abordar el espacio celuloso.

debemos agregar la fuerza aspirativa torácica que tiende a favorecer las migraciones ascendentes.

Los dos casos que hemos presentado son 2 Q.H. viejos degenerados, con adventicias ateromatosas, infectados, que aunque procediendo de distinto origen han evolucionado a la misma zona. Ascendieron asimilando el diafragma a su adventicia, sin fistulizarlo aún.

En ambos, la irritación de la pleura había creado adherencias de la base del lóbulo medio al diafragma; eso nos autoriza a decir que en un futuro, si estos quistes no se hubieran drenado, se constituiría el tránsito hepatobronquico del lóbulo izquierdo del hígado al lóbulo medio pulmonar, hecho ya señalado.

En lo que respecta a consideraciones diagnósticas y terapéuticas sólo nos resta decir lo siguiente:

1º) Las tumoraciones o sombras del ángulo pericardiofrénico ant. der. deben ser abordadas por vía torácica; única vía que nos permite una amplia exposición de la cara superior del hígado, mediastino y cavidad pleuro-pulmonar der. Los abordajes anteriores son trabajosos, y de campo muy limitado.

2º) Cuando en el acto operatorio se presente una tumoración con estos caracteres, debemos descartar primero su origen subfrénico.

3º) La zona menos peligrosa para atravesar el diafragma, es la vecina a su inserción costal, alejándonos así de la vena cava inferior que puede estar adherida o desplazada.

RESUMEN

Se señala la evolución ascendente de 2 quistes de la logia interhepatofrénica izquierda. Incluido el diafragma en su adventicia crecen al tórax, entre el pericardio por dentro y la pleura por fuera, dando la impresión en el acto operatorio de quistes o tumoraciones mediastinales.

Dado el carácter extraseroso del trayecto, podemos denominar este proceso, migración o mejor dicho evolución ascendente mediastinal. Creemos constituye la etapa que precede al tránsito hepatobronquico del lóbulo pulmonar medio.

Se precisa la forma de seccionar el diafragma y explorar las logias subfrénicas en estos casos.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARDAO, H. — "La migración brónquica en los Q.H. de hígado". Tesis de agregación de Anat. Patológica. 1937.
- 2) CAMES, O. — "Absceso subfrénico". XXII Congreso Argentino de Cirugía. Pág. 491.
- 3) CHIFFLET, A. y H. ARDAO. — "Equinococosis y espacios interhepatofrénicos". XIII Cong. Argentino de Cir., 1941 - 616.
- 4) FERNANDEZ CHAPELA, A. — "Inserciones anteriores del diafragma. Hernia grasosa diafragmática". Bol. S. Cir. 1950.
- 5) GROSS, R. E. — "The surgery of Infancy and Childhood". Pág. 430.
- 6) HARRINGTON, S. W. — "Various types of diafragmatic hernia". Surg. Gyn. Obst., 86, 1948, pág. 735.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- 7) MIQUEO, M. J. A.; CUOCCO, W.; GARCIA, R. — Hernia diafragmática subcostoesternal”, Bol. Soc. de Cir. del U.; 23, 1952, pág. 89.
- 8) MORADOR, J. L. — Q. H. de cara superior de hígado”. Anales del Ateneo de Clín. Quirúrgica. 1935, pág. 2. T. I.
- 9) NARIO - CAMPISTEGUY. — “Quistes del hipocondrio izq. con sind. de disfagia”. Anales Fac. de Med., 1924, pág. 883.
- 10) PIAGGIO BLANCO, R. y GARCIA CAPURRO, F. — “Hidatidosis pulmonar.
- 11) PIAGGIO BLANCO, R.; ARTAGAVEYTIA, A. y PIAGGIO, R. O. Rev. de la Tuberculosis del Uruguay, 2, 1932, pág. 233.
- 12) SAUERBRUCH, F. — “Cirugía del Tórax”. 1926.
- 13) SWEET, R. H. — “Thoracic Surgery”. Pág. 318.

Dr. Ardao. — El trabajo del Dr. Praderi es interesante de varios puntos de vista. En primer término porque aporta documentación respecto a un tipo de emigración hacia el tórax del quiste hidático del hígado del cual, no tengo conocimiento que se hayan publicado observaciones anteriormente en nuestro medio. Es decir, la migración de los quistes hidáticos inter hepato frénicos o hepáticos hacia el mediastino sin perforación de la pleura. Efectivamente, como se ha señalado, yo en el año 1937 reuní ocho observaciones de quistes hidáticos del hígado fistulizados en los bronquios, con los cuales hice mi Tesis de Agregación de Anatomía Patológica. En ese trabajo, hay dos observaciones de quiste hidático, del lóbulo izquierdo del hígado fistulizado al lóbulo derecho medio del pulmón derecho. Posteriormente tuvimos oportunidad de operar un enfermo en el servicio del Profesor Chifflet, con un quiste hidático del lóbulo derecho del hígado muy alto, próximo a la línea media, bajo el ligeramiento suspensor del hígado migrado también el lóbulo medio del pulmón. Creo que estas observaciones del Doctor Praderi son muy interesantes, porque muestran un tipo de propagación que complementa la patología de migración hidática transtorácica a través del diafragma. En la inmensa mayoría de las veces se hace a través de la pleura y del pulmón, y en otros casos, como éstos, se ha sorprendido en la etapa mediastinal. Posiblemente estos quistes, algunos de ellos, pueden perforarse secundariamente en los bronquios y tomar el camino al exterior. De cualquier manera en la observación 2, el diagnóstico es claro, el abordaje transtorácico está justificado y es correcto, pero en observaciones como la primera, donde aparece un proceso mediastinal puro, sin datos positivos de quiste hidático del hígado, el abordaje puede ser desorientado.

Felicito al Dr. Praderi por las observaciones que ha traído, que complementan un tema de patología.

Todo eso está en los esquemas del relato de Dévé, del congreso de Argel (10 - 13 Abril 1935), lo cual recuerdo que lo aprendí con Larghero en aquella época. Encontré en 2 casos que el quiste del lóbulo izquierdo se abría en el lóbulo medio derecho, y las dos observaciones figuran en

mi tesis. Una es del Instituto de Anatomía Patológica, muestra la migración de un proceso supurado del lóbulo izquierdo del hígado al pulmón derecho, publicado en el primer tomo de los Anales de Anatomía Patológica por el Prof. Lasnier. Nosotros retomamos la pieza fundamentando el diagnóstico de quiste hidático del lóbulo izquierdo fistulizado en el bronquio del lóbulo medio. El otro caso corresponde a un enfermo del servicio del Prof. Navarro, llamado Macedonio Silva, 518, que presentaba 2 quistes hepáticos. Uno grande calcificado que observamos y otro pequeño, residual que estaba fistulizado al bronquio del lóbulo medio.

Dr. Chifflet. — Esa misma pieza, para simplificar, que anda dando vueltas, la llevamos a Buenos Aires en 1938; de manera que si aparece en las actas del Congreso de 1938, es la misma.

Dr. Navarro. — Pero era de la Sala Navarro.

Dr. Rubio. — Fue precisamente a mí, a quien el Dr. Larghero encomendó estudiar las relaciones del lóbulo izquierdo del hígado con la base pulmonar derecha con motivo de las migraciones transdiafragmáticas de los Quistes Hidáticos del Hígado.

Este estudio fue presentado como Tesis de Anatomía en mi primer año de Adscripción y se basó en las observaciones clínicas de los años 1949 y 1950.