

Trabajo del Hospital Británico

HIDATIDOSIS COSTAL. PLASTIA PARIETAL TORACICA (*)

Dres. Rafael García Capurro y Atanasio Jorge Sierra

Traemos este caso clínico, para comentarlo con los colegas de la Sociedad de Cirugía, dado que, por varios motivos, lo creemos interesante.

M. G., de 34 años de edad, de campaña, Depto. de Cerro Largo, nos fue enviado por el médico de la localidad, por dolor persistente de hemitórax derecho.

Como antecedente patológico, no presentaba nada digno de mención, salvo el hecho de que, cinco meses antes de la consulta actual, y no acusando sintomatología alguna, en oportunidad de un examen radiológico de colecciones le dijeron haber comprobado "una sombra en el pulmón derecho, que podía ser un quiste".

Su historia actual se remonta a un mes atrás, en que al realizar un esfuerzo muscular violento, siente dolor intenso en tercio medio posterior de hemitórax derecho, bajo la escápula, que se irradió a lateral y a anterior.

Consultó médico y al paracer fue interpretado como dolor un muscular banal siendo tratado como tal, con reposo, analgésicos, etc. Con el correr de los días, el dolor se atenuó, pero sin desaparecer, por lo cual es enviado.

En ningún momento presentó otra sintomatología, ni torácica, ni general. Incluso hubo un aumento de peso de 3 kilos, durante su temporada de reposo físico.

Examinado en policlínica por uno de nosotros, presentaba como único signo positivo, un dolor neto, parietal, en tercio medio de novena costilla derecha, con irradiación anterior de tipo intercostal. Paciente joven, muy musculoso, era imposible obtener más datos a la palpación. El resto del examen era normal.

Con los antecedentes y el cuadro actual, se solicitó:

Rg. contorno hepático: normal.

Rg. tórax frente y perfil: donde se topografía, en el hemitórax derecho, una imagen redondeada, de unos 8 cms. de diámetro, yuxta parietal, posterior (como se ve en el perfil), acompañada de grandes alteraciones del arco posterior de la novena costilla y también, aunque menores, de la octava. Imágenes osteolíticas, en panal de abeja, con cortical rota en algunos sectores.

Planteándose el diagnóstico diferencial del proceso expansivo, se hacen análisis de laboratorio y Rgs. de cráneo y columna dorsal, que son normales.

—Se ingresa al paciente, y bajo control radiológico, como se ve acá, se procedió a la punción biopsica del proceso, informándonos el Dr. Cassinelli que "mezclados con sangre, hay abundantes fragmentos de quitinosa hidática, característicamente laminillados y Best positivos, sin supuración interlaminillar".

—Hecho el diagnóstico de hidatidosis ósea costal, evadida a partes blandas se fue a la intervención quirúrgica, con la impresión de que ese proceso debía

(*) Trabajo presentado en la media hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 12 de setiembre de 1962.

estar firmemente adherido al pulmón, y por lo tanto, con el ánimo preparado para resecar en block el sector parietal correspondiente a la lesión y el lóbulo pulmonar adyacente.

—Operado por los Dres. García Capurro y Bonifacio Urioste, se traza la incisión sobre todo el trayecto de la novena costilla. Se secciona octava y novena costillas afectadas y a los tres espacios intercostales adyacentes, yendo hacia atrás hasta 3 o 4 cms. de la columna. Se cae en pleura, libre en todo el contorno de la lesión. Se punciona y evacúa la masa quística, inyectándose en su interior Na. Cl. a saturación. Se procede entonces a intentar la separación de la superficie de la lesión del lóbulo pulmonar, lo que felizmente se logra en totalidad, con una muy pequeña efracción, por la cual se vieron vesículas hijas.

—Se extirpa así en block la lesión, con octava y novena costillas y los tres espacios intercostales. Se decide entonces cubrir la "ventana" torácica producida, por la cual se introduce al bajar el brazo, el vértice de la escápula, con una hoja de malla de Sargaloy, que se dispone directamente en la brecha, por debajo de los planos musculares, fijándola, con cierta tensión, por encima y por debajo, al periostio de la séptima y décima costillas, respectivamente, cerrando luego los otros planos por encima, según técnica habitual. Se deja grueso tubo de drenaje, que se saca por contraabertura.

—La evolución postoperatoria se cumplió sin incidentes. Los 3 ó 4 primeros días drenó bastante. Al séptimo día se retiró el tubo. Y finalmente, en esta Rg. a los 20 días de operado, se ve que el resultado es radiológicamente muy bueno.

—Y el paciente, al mes y medio de operado, se encuentra perfectamente, y como ustedes ven, con una pared torácica muy satisfactoria.

EN SUMA:

Hemos presentado un caso clínico poco frecuente, de hidatidosis costal, siendo el segundo que en pocos años hemos traído a esta Sociedad.

Quirúrgicamente presentó menos dificultades que las previstas.

Y planteó finalmente un problema de cierre parietal torácico, que fue solucionado de una manera no habitual, pero exitosa, efectuando una plastia con malla metálica de Sargaloy.

Dr. Bermúdez: Es indiscutible que la presentación de los Dres. García Capurro y Sierra tiene un doble interés. En primer lugar, el interés siempre renovado de presentar las localizaciones de hidatidosis ósea, y en este caso particular a nivel de los arcos costales, como hidatidosis primitiva. Pero para mí el interés más grande que tiene esta observación, es la forma en que han resuelto el problema parietal. El problema parietal en este caso ha sido resuelto en condiciones ideales, es decir, después de una resección costal o parietal importante, la falta de reparación de esa pérdida de sustancia por un elemento que suprima la ondulación parietal. Si no se hubiera hecho ese tipo de reparación, este enfermo tendría actualmente un síndrome de depresión endotorácica de origen parietal. Sin embargo, este enfermo no tiene, a pesar de la gran pérdida de sustancia una respiración paradójal, ni una hernia pulmonar, ni un síndrome de depresión endotorácica. De modo que me parece que el mayor interés de esta observación está en generalizar el procedimiento de reparar la pared con mallas o con material con cierta rigidez, para evitar el síndrome de depresión endotorácica, cuando se hacen resecciones parietales intensas. Felicito a los comunicantes por el éxito, especialmente en ese sentido.