

Equinocosis heterotópica pleural * **

Dr. FOLCO ROSA

Como contribución a la casuística nacional sobre el tema, traemos a esta Sociedad la siguiente observación:

M. P., brasileña, pero radicada en La Paz (Canelones); 3 años. Ingresa al Hospital Pereira Rossell el 27-X-65, a las 12.30, con un síndrome funcional respiratorio muy severo.

Examen: Pálida, gran excitación, cianosis de labios y uñas, polipnea, aleteo nasal. Auscultación: soplo anfórico intenso en hemitórax derecho. Percusión: hipersonoridad en ese hemitórax. Resto del examen: sin particularidades.

Diagnóstico: Neumotórax a tensión.

Terapéutica instituida (Practicante Interno de Guardia): Toracentesis en tercer espacio intercostal derecho. Colocado el drenaje bajo agua, sale abundante cantidad de aire y desaparece la cianosis y la polipnea. Mejora el estado general.

Hora 18: Buen estado general. Piel y mucosas bien coloreadas. No tiene disnea.

Radiografía de tórax (fig. 1): No hay expansión pulmonar y en la base del hemitórax derecho aparece una imagen redondeada de contornos regulares.

28-IX-65: Radiografía de tórax: Aparece un nivel líquido en base derecha recubriendo



FIG. 1.

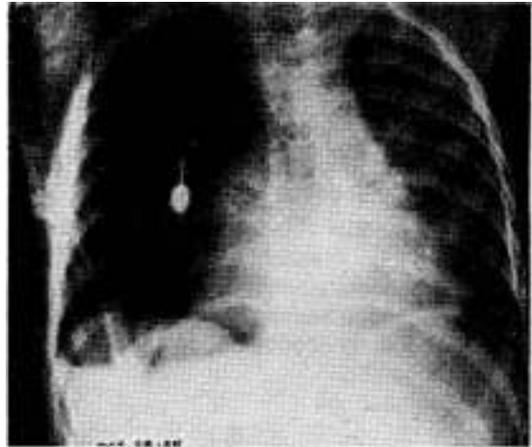


FIG. 2.

la imagen anterior (fig. 2). En posición acostada (fig. 3) no se visualiza la imagen de su base.

29-IX-65: Vista por el Dr. A. Pérez Scremini, comprueba: regular estado general, pálida, polipneica. Punta del corazón desplazada hacia la izquierda.

Radiografía de tórax (fig. 4): Desplazamiento mediastinal hacia la izquierda. El Dr. Pérez Scremini plantea la posibilidad que se trate de un accidente por rotura de adventicia hidática.

Radioscopia de tórax (Dr. Soto): En diversas posiciones confirma el diagnóstico anterior. Presumiblemente se trata de un neumotórax de origen hidático, acompañándolo una equinocosis heterotópica pleural. Se decide intervenir quirúrgicamente.

Operación: Anestesia general. Toracotomía posterolateral derecha en quinto espacio intercostal. Pleura libre. Se retira la aguja de toracentesis. Hay exudado pleural que se aspira.

A nivel del lóbulo inferior, entre su cara diafragmática y el diafragma, se halla una hidátide intacta, aunque ha perdido algo de tensión, de 8×4 cm.

Se intenta extraerla intacta, pero dicha maniobra es dificultosa, por lo cual se rodea de compresas y se punciona, extrayéndose 40 c.c. de líquido hialino. Se retira la membrana fácilmente.

Reconocimiento del probable asiento primitivo de esta hidátide: a nivel de segmento la-

* Trabajo del Servicio de Cirugía de Urgencia de Niños. Hospital Pereira Rossell.
Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 25 de mayo de 1966.

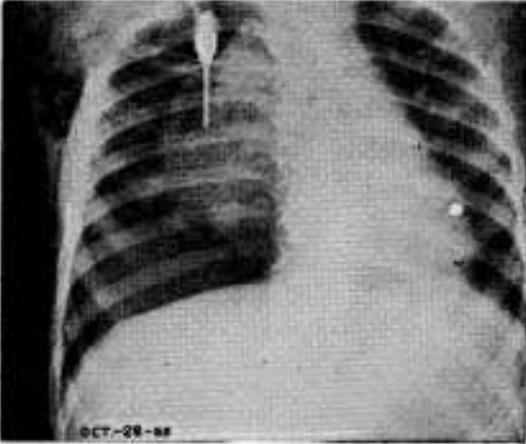


FIG. 3.



FIG. 4.

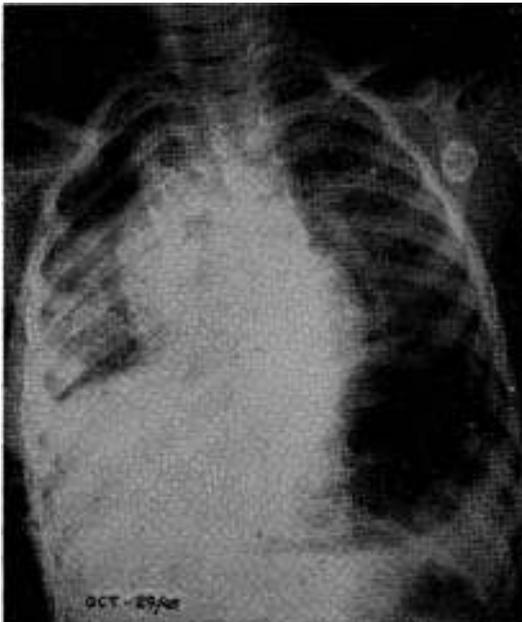


FIG. 5.

teral del lóbulo inferior, sobre su cara cisural, se reconoce la cavidad adventicia, libre, con dos bronquios abiertos. Cierre de éstos con puntos en X. Resección de la adventicia sobrante; surget de catgut tomando adventicia y pleura visceral a fin de poner, en lo posible, a plano la cavidad.

Exploración hepática a través del diafragma: sin particularidades. Lavado pleural con suero fisiológico. Buena expansión pulmonar. Drenaje pleural realizado de la manera habitual. Cierre por planos. Operación bien tolerada. Transfusión intraoperatoria: 150 c.c.

Postoperatorio: 29-X-65: Hora 20. Radioscopia de tórax (fig. 5). No hay expansión pulmonar completa.

30-X-65: Buen estado general. Drenó 100 c.c. de líquido hemático. Radiografía de tórax: pulmón más expandido, persiste el neumotórax en el tercio superior de hemitórax.

31-X-65: Se retira el tubo de drenaje.

3-XI-65: Radiografía de tórax: pequeño neumotórax en el tercio superior de hemitórax.

6-XI-65: Radioscopia de tórax (Dr. Soto): pequeño nivel en la cavidad adventicia y otro en seno costodiafragmático.

Alta: Condiciones satisfactorias.

10:-XII-65: Radiografía de tórax (fig. 6): completa expansión pulmonar.

El interés de nuestra comunicación radica:

1) Como contribución de una nueva observación a la casuística nacional, según ya lo expresamos al comienzo.

En su monografía sobre "Complicaciones pleurales de la hidatidosis", Tomalino (1) recopila las observaciones naciona-

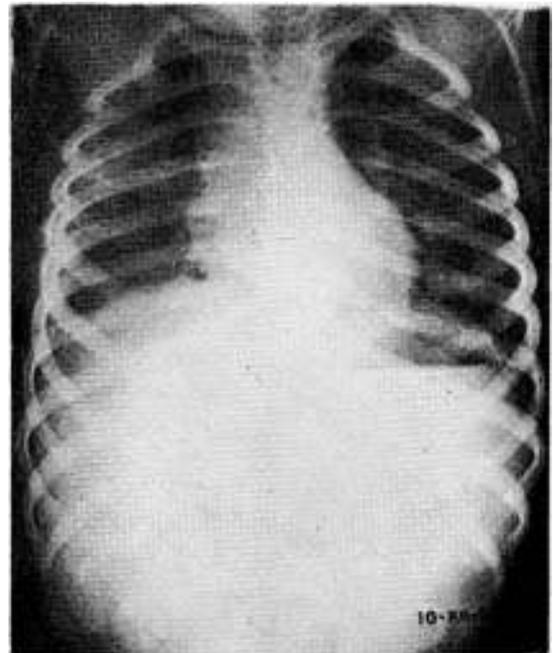


FIG. 6.

les: de Ravera (2) (operada por Larghero), Bonaba y Soto (3) (niña de 14 años operada por Yannicelli), (Larghero (4) y Risi (5). Son semejantes a nuestra observación, la primera y la última citada.

La de Bonaba y Soto, no tenía en el momento de la intervención la hidátide íntegra porque había sido puncionada previamente quedando una imagen radiológica restante de "camalote". La de Larghero, no tenía neumotórax, existía un bloqueo de la cavidad pleural por adherencias.

2) La edad. Nuestra enferma es la de menor edad en esta casuística, tenía 3 años. La enferma de Bonaba, Soto y Yannicelli, tenía 14 años; las de Ravera y Larghero, Larghero y Risi, 47, 30 y 21 años respectivamente.

RESUMEN

Se presenta la observación de una niña de 3 años que ingresa con un neumotórax a tensión que fue tratado por toracentesis.

La radiología mostró un neumotórax a tensión y una imagen sospechosa de equinocosis heterotópica pleural que confirma la intervención.

Cierre de los bronquios de la zona en que se efectuó el parto. Curación.

Es, a nuestro conocimiento, el quinto caso publicado en el Uruguay y el primero en una niña de tan corta edad.

RÉSUMÉ

On présente l'observation d'une petite fille de 3 ans ayant un pneumothorax à tension et une image soupçonnée d'échinocose hétérotopique pleurale qui confirme l'intervention.

On fit la fermeture des bronches de la zone dans laquelle on effectua "l'accouchement". La malade guérit.

C'est, d'après notre connaissance, le cinquième cas publié à l'Uruguay et le premier chez une enfant de cet âge.

SUMMARY

The case of a 3-year old girl admitted to hospital with a pressure pneumothorax which was treated by thoracentesis, is reported.

Roentgenography showed a pressure pneumothorax and an image suggestive of pleural heterotopic echinococcosis, as borne out by surgery.

The bronchi were closed after removal of the hydatid and there was complete cure.

This is the 5th available report of such a case in Uruguay, and the first one in connection with such a young patient.

BIBLIOGRAFIA

1. TOMALINO, D. Complicaciones pleurales de hidatidosis. Imprenta Rosgal. Montevideo, 1959.
2. BONABA, J. y SOTO, J. Pionemotórax hidático en el niño. *Arch. Intern. Hidat.*, 8: 86-99, 1948.
3. RAVERA, S. Equinocosis herotópica pleural con neumotórax espontáneo. *El Tórax*, 1: 348-353, 1952.
4. LARGHERO, P. Equinocosis heterotópica pleural. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 21: 271-276, 1948.
5. RISI, F. Hidatidosis pleural heterotópica primitiva. *Arch. Intern. Hidat.*, 8: 115-120, 1948.
6. DÉVÉ, F. L'échinococose primitive hiteropique. Trente deux années d'études d'échinococose (citado por TOMALINO). Buenos Aires, 91-105, 1933.