

## ***Tránsitos hepatotorácicos de origen hidatídico***

### **Experiencia personal sobre 11 casos**

Dres. **LUIS A. PRADERI** y **DANIEL CASSINELLI \***

Presentamos una serie de 11 enfermos portadores de tránsitos hepatotorácicos que hemos operado en el lapso de 12 años, comprendido desde 1956 a 1969.

Reúne enfermos de servicios hospitalarios, mutuales y privados.

Nuestro propósito es mostrar:

- 1) La frecuencia con que se presenta esta complicación en Servicios de cirugía general.
- 2) Las dificultades diagnósticas aún presentes, a pesar de los recursos de la radiología y el laboratorio.
- 3) La aparición de nuevas formas clínicas, a la luz de los procedimientos de quistectomías y resecciones hepáticas, a los que llamaremos tránsitos postoperatorios.
- 4) Los problemas de la técnica y táctica operatoria.

Analizaremos preferentemente: frecuencia, cuadro clínico y radiológico, tipos anatomoclínicos, procedimientos quirúrgicos empleados, sus complicaciones y resultados.

No incluimos en esta serie los tránsitos hepatodiafragmáticos, tema sobre el cual nos ocupamos en el año 1956, en esta Sociedad, con el título de "Evolución ascendente mediastinal de quistes hidáticos subfrénicos", y tampoco dos tránsitos que no fueron operados, en portadores de hidatidosis peritoneal secundaria, y de los cuales desconocemos la evolución ulterior.

#### **FRECUENCIA**

Para establecer un porcentaje de esta complicación en los quistes hidáticos de hígado, tomamos de la serie solamente

los 5 casos del Servicio del Prof. Chifflet en el Hospital de Clínicas.

En el período 1957-1968 se intervinieron 128 casos de hidatidosis hepática, comprendiendo estos 5 enfermos con tránsito el 3,9 %.

El tránsito es la complicación menos frecuente en esta serie, pues la más frecuente es la abertura en vías biliares (20 casos, 15 %) o la litiasis biliar (20 casos, 15 %), la calcificación en 14 casos (10 %) y la supuración en 9 casos (7 %). No complicados figuran 69 o sea el 53 %.

Estas cifras coinciden con las estadísticas de Dévé, 3,61 %; de Kourias, 2,6 %; y Demirleau, en 600 casos de quistes hidáticos, el 1,83 %.

Otros trabajos actuales, muestran mayor frecuencia: Butureau y Lazar, 7,1 % (1958); Foganini y Monti, 5,9 % (1957).

Armand Ugón y Tomalino publican en 1958, 40 casos de tránsitos hepatotorácicos en general y no establecen porcentajes por tratarse de un centro especializado en cirugía de tórax, correspondiendo 24 al último período de 8 años (1950-1958).

Coincidimos pues con los autores, que: en nuestro medio, *esta complicación es relativamente frecuente y debe tenerse presente para el planteo diagnóstico y terapéutico.*

#### **CLINICA**

Muestra un amplio predominio de la sintomatología torácica sobre la abdominal, hecho que si bien es lógico, conduce al primer error diagnóstico, pues se interpreta como de origen supradiafragmático.

De los 11 casos estudiados, 9 o sea el 81 % cursaron y abrieron la escena clínica con síndromes torácicos.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 13 de agosto de 1969.

\* Profesor Adjunto de Cirugía. Adjunto de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

Existía un *empiema pleural* en 3 casos, uno de ellos de gran entidad, a tensión, con desplazamiento mediastinal, disfagia y grave repercusión general, que obligó a la toracotomía mínima de drenaje. Luego del drenaje pleural, y en estudios radiológicos ulteriores, se planteó el diagnóstico de tránsito. En 6 casos, se tradujo por *síndrome en menos de base derecha* y en 4 se acompañó de *broncorrea purulenta* (hasta 250 c.c. en 24 horas).

La *vómica* estuvo presente en 5 casos, o sea el 48 %, con expulsión de elementos hidáticos sólo en 2, predominando por lo tanto la biliopneumotórax.

El *carmin* de Best fue positivo en 3 casos.

Había *repercusión general* franca y manifiesta en 3 casos, que alcanzaba el grado de cuadros toxiinfecciosos con gran adelgazamiento y anemia, uno de ellos con severa insuficiencia respiratoria e ictericia.

La *fiebre* no es un elemento constante, pudiendo presentarse como enfermos subfebriles o con predominio de cuadro tóxico. Luego de la instalación de la enfermedad, puede arrastrarse el proceso durante días o semanas con relativa tolerancia, hecho sobre el cual han insistido Brea y Santos para las colehidatopleurias.

*Síndrome coledociano-ictericia.* Estuvo presente sólo en 2 casos, uno de ellos fue intervenido constatándose litiasis de la vía biliar principal, en el otro la ictericia cedió espontáneamente luego de intervenido por vía torácica.

*Hepatomegalia.* Suele no ser evidente; en nuestra serie sólo se vio en una paciente longilínea, muy delgada, con un gran quiste calcificado del lóbulo derecho.

## ESTUDIOS RADIOLOGICOS

Los estudios radiológicos serán orientados y limitados a tres situaciones clínicas:

1) Para aclarar o confirmar el diagnóstico, según exista el diagnóstico positivo de tránsito, la sospecha, o simplemente un proceso del hemitórax derecho sin elementos abdominales.

2) En casos urgentes, con síndromes de insuficiencia respiratoria y ocupación del hemitórax.

3) Para precisar los caracteres del quiste hidático responsable y de las vías biliares.

Por lo tanto, la investigación radiológica completa para inventariar las lesiones pulmonares y hepáticas, no se justifica más que en condiciones de procesos crónicos y bien tolerados.

En la Clínica del Prof. Chifflet, la hidatidosis hepática se estudia mediante radiografía contrastada y simple, colecistografía, calculografía, esplenoportografía y cavografía, de tal manera de topografiar el o los quistes y precisar sus relaciones vasculares y canaliculares. En la sospecha de tránsito se realizan neumoperitoneos.

Creemos que actualmente no debe prescindirse del hepatogammagrama, de indiscutible valor en el estudio de la hidatidosis. En la serie que presentamos hemos realizado de preferencia estudios simples. En la época que fueron intervenidos aún no se contaba con el recurso de la gammagrafía hepática, o no estaba indicada su realización.

Con respecto al estudio de las lesiones torácicas, insistimos en el empleo del par radiográfico y los tomogramas para dilucidar el asiento de la sombra supra o infradiaphragmática.



FIG. 1a.— Perfil tórax. Diafragma elevado por proceso subfrénico.

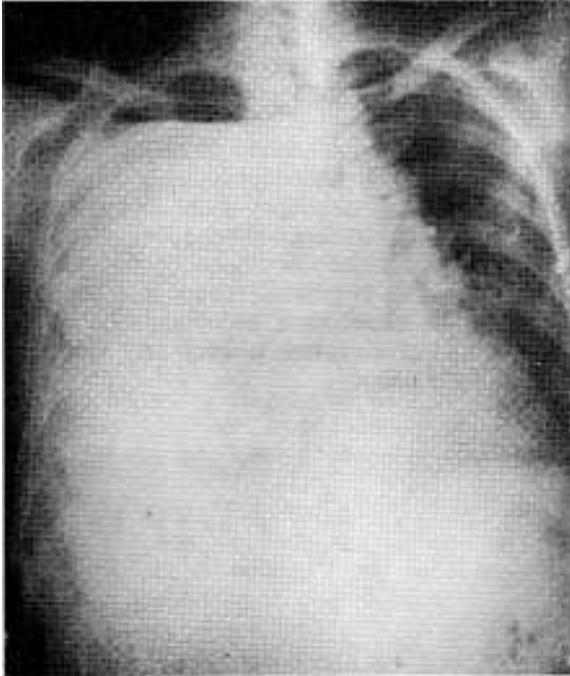


FIG. 2a.—Gran sombra empiema derecho.

La broncografía para evidenciar el tránsito la realizamos sólo en una oportunidad sin éxito, pues el orificio era tan pequeño que no se visualizó. La creemos de utilidad para conocer el grado de compromiso bronquial y parenquimatoso.

Mostraremos rápidamente algunos estudios radiográficos que demuestran la enorme gama de matices con que suele presentarse este proceso.

En la figura 1: un caso típico de tránsito hepatobronquico. a) Perfil de tórax, con diafragma elevado por el proceso subfrénico. b) Tomograma para confirmar el origen subfrénico. c) Postoperatorio con buen resultado (J. L.).

En las figuras 2 (caso N° 1): un caso típico de tránsito hepatopleural. a) Gran sombra de empiema en hemitórax derecho. b) Radiografía luego de drenado el empiema. c) Q.H. calcificado de hígado con nivel hidroaéreo. d) Control postoperatorio (F. P.).

En la figura 3 (caso N° 11): *tránsito hepatobronquico postoperatorio*. En las radiografías de frente y perfil sólo se observa

una elevación anterior del diafragma derecho. Caso típico de gran cuadro clínico y escasas manifestaciones radiológicas.



FIG. 2b.—Control luego de drenado el empiema.

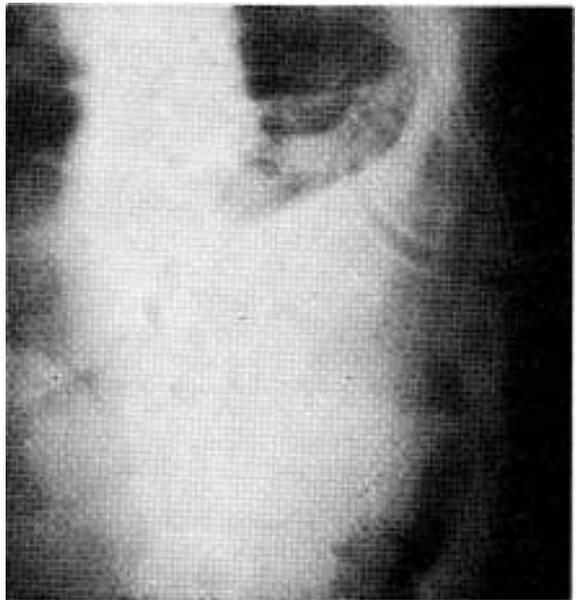


FIG. 2c.—Q.H. calcificado de hígado con nivel hidroaéreo.

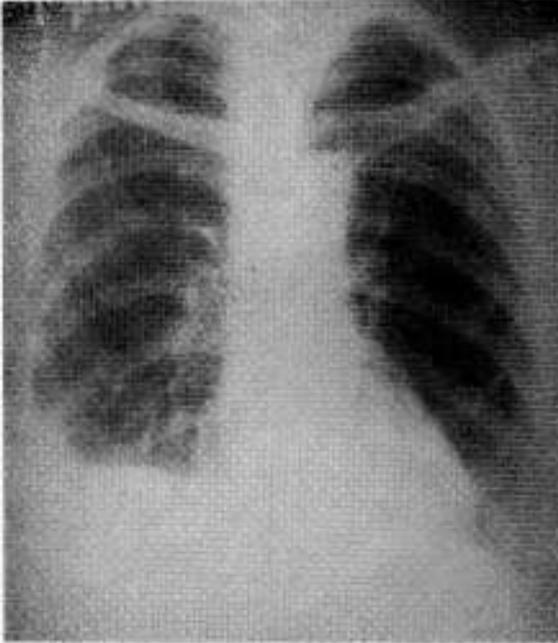


FIG. 2d.— Control postoperatorio.

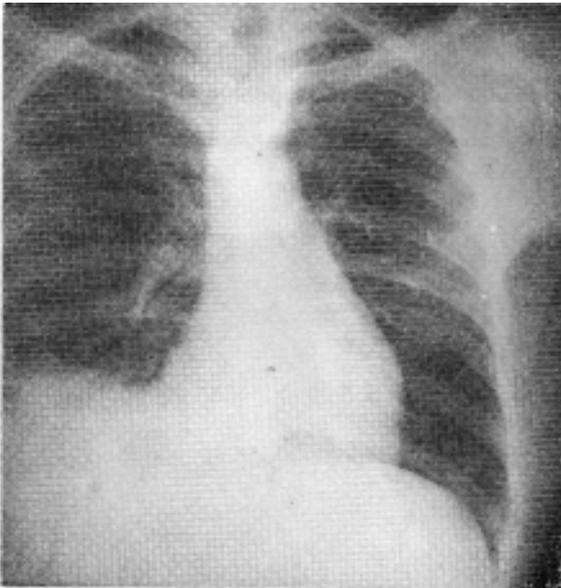


FIG. 3a.— Elevación anterior diafragma derecho.

## TIPOS ANATOMICOS

Siguiendo la terminología empleada por Armand Ugón y Tomalino en sus trabajos, debemos decir que los 11 casos son pleuropulmonares. No hemos encontrado ningún caso de tránsitos hepatoparietales o hepatomediastinales.

## Cerrados.

1) *Hepatopleurales*: 1 caso. Corresponde a un Q.H. supurado de lóbulo derecho abierto en pleura libre, que consultó en la etapa de empiema a tensión, lo que obligó a ser primero tratado por toracotomía mínima y drenaje antes de plantear el tratamiento radical.

2) *Hepatopulmonar*: 1 caso. Se tradujo por hemoptisis repetidas de un año de evolución. La membrana hidática estaba retenida en la cavidad pulmonar, deshabitando el hígado.

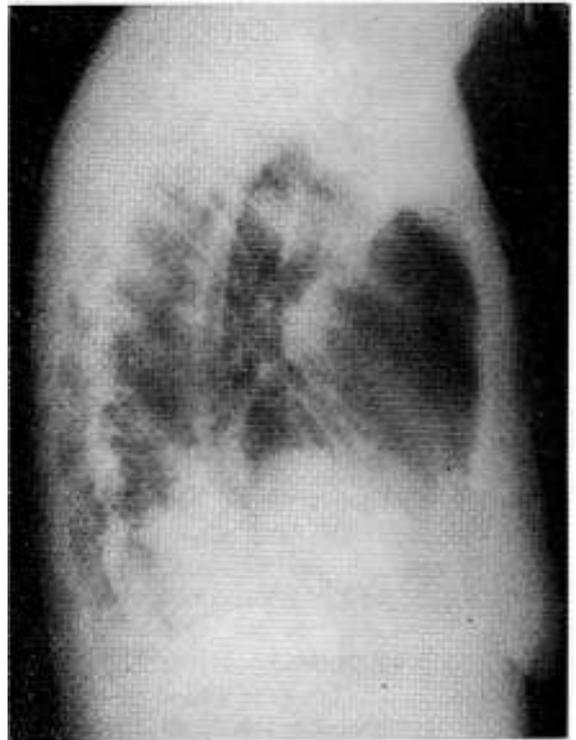


FIG. 3b.— Elevación anterior diafragma derecho.

## Abiertos.

1) *Hepatobrónquicos*: 3 casos. Sin compromiso pleural fuera de la sinequia. Respondían a la forma más comúnmente descrita. En dos de ellos, gran cavidad pulmonar abscedada. En uno absceso subfrénico y *múltiples orificios diafragmáticos con cavidad hepática deshabitada*.

2) *Formas mixtas o complejas, hepatopleurobrónquicos*: 3 casos, que sería de interés clasificar en una *forma simultánea*

o *hepatobroncopleural* con gran empiema libre y total, y absceso pulmonar ocupado por pus y vesículas hijas; y dos casos de la forma sucesiva *hepatopleurobronquial*, en que la exploración operatoria mostró la progresión del proceso invadiendo primero la pleura y luego el parénquima, uno de ellos con múltiples orificios brónquicos en el lóbulo superior que oficiaban como drenaje pleural del empiema.

### Postoperatorios.

Agrupamos 3 casos, en que *el tránsito se constituyó por una falla de la sutura diafragmática*. Los 3 habían sido operados de quiste hidático de cara superior de hígado por toracofrenotomía; en el postoperatorio se abre la sutura diafragmática y se establece el tránsito. Como creemos que son situaciones de interés las relataremos brevemente.

CASO N° 2.—Enfermo de 25 años portador de un Q.H. hialino de pulmón derecho, y un Q.H. de cara superior de lóbulo derecho del hígado. Se interviene simultáneamente por toracofrenotomía, tratándose ambos quistes. Postoperatorio: a los pocos días se constata que el tubo de quistostomía drena mal, se instala un cuadro febril, y se reinterviene por laparotomía subcostal para drenar bien la logia subfrénica y la cavidad adventicial. Mejora transitoriamente y a los 20 días, cuadro tóxico, y síndrome de empiema pleural. Se reinterviene por toracotomía observándose un tránsito hepatopleural a punto de partida en una cavidad hepática supurada, en que la adventicia había sufrido una exfoliación y se constituyó en cuerpo extraño. Se extrajo la adventicia y el enfermo se recuperó totalmente.

*En suma:* exfoliación de adventicia postquistostomía hepática y abscedación con fístula pleural.

CASO N° 10.—Enferma de 22 años, operada de hidatidosis pulmonar múltiple y Q.H. de hígado cara superior. En el postoperatorio inmediato, en el curso de los lavados de la cavidad hepática con espadol, se produce por uno de los tubos la ruptura diafragmática. Siente gusto a espadol (tránsito hepatobronquico traumático) (falla de frenotomía). Mejora de este accidente, y a los 5 meses reingresa en estado grave con severa bilitis, ictericia con síndrome coledociano. Se reinterviene por laparotomía, extrayéndose un cálculo impactado en la papila que determinó la hipertensión biliar y el establecimiento del tránsito. Recuperación completa.

*En suma:* ruptura de diafragma por tubo de quistostomía. Tránsito traumático. Restablecimiento del tránsito por síndrome coledociano de origen litiasico.

CASO N° 11.—Enfermo de 30 años, operado por toracofrenolaparotomía de quiste hidático de cara superior de hígado, mediante cisurotomía y quistectomía total. A los dos meses, cuadros febriles, expectoración purulenta, seguida luego de expulsión de bilis e hilos de sutura. Se estudia: biligrafina normal, funcional hepático s/p. Se reinterviene por toracofrenotomía; tránsito a lóbulo medio, por un orificio de pequeño calibre, procedente de una cicatriz hepática sin cavidad, donde se veían granulomas y algún canaliculo biliar. Escasa bilirragia operatoria. Se reseca la zona de cicatriz y se sutura el hígado, dejando drenaje en cigarrillo exteriorizado por contraabertura abdominal. Buena evolución.

## HALLAZGOS ANATOMICOS

### Lesiones hepáticas.

Todos los casos corresponden a quistes complicados, supurados, 4 de ellos calcificados.

Para demostrar la importancia de la enfermedad adventicial en la génesis de este proceso, digamos que en 5 casos o sea el 45 %, la hidátide no estaba presente en la cavidad hepática donde se originó y creció.

En 2 casos la membrana migró a la caverna pulmonar, en los 3 restantes, la hidátide había sido extirpada en la primera intervención; los denominamos tránsitos postoperatorios.

Cuatro enfermos tenían antecedentes de hidatidosis pulmonar (2 casos) y hepática (2 casos), uno de los cuales fue intervenido por quistostomía 14 años antes.

### Lesiones pleuropulmonares.

Corresponden a las clásicas ya conocidas; sólo resta destacar que en 3 casos la lesión ocupaba el lóbulo medio y en uno el lóbulo superior.

En general las lesiones parenquimatosas tienen gran tendencia a ser reversibles, una vez suprimida la agresión biliar e hidática.

## TRATAMIENTO

### Intervenciones de urgencia.

#### Indicaciones.

En 3 casos se intervino de urgencia: por empiema pleural a tensión, realizándose toracotomía mínima (caso N° 1); por cua-

dro toxiinfeccioso grave, absceso hepático por exfoliación de adventicia (caso N° 2); y por insuficiencia respiratoria severa, gran biliopneumosis y síndrome coledociano (caso N° 10).

En suma, creemos que la compleja patología de los tránsitos puede obligar a actuar de urgencia, renunciando al tratamiento radical, para tratar la complicación de mayor entidad clínica. Estas causas pueden ser:

1) *Síndrome de hipertensión biliar.* Abordaje abdominal. Esta causal de urgencia ya fue destacada por Ugón, Tomalino, Larghero y Venturino, en nuestro medio.

2) *Síndrome de hipertensión intratorácica,* con o sin síndrome toxiinfeccioso.

3) *Absceso subfrénico o hepático.* Obliga al drenaje por vía abdominal para reducir la hipertensión en la logia subfrénica, la repercusión en el parénquima hepático y los riesgos de colangitis y peritonitis.

### Intervenciones de elección.

#### Tratamiento radical.

*Vía de abordaje.* En la totalidad de la serie, exceptuando el caso N° 10 con ictericia, se actuó por toracotomía derecha por vía de la 7ª u 8ª costilla y luego frenotomía. La exposición que se obtiene con este abordaje es la necesaria, vale decir amplia, pudiendo actuar con toda libertad sobre la cavidad pleuropulmonar y la cara superior del hígado. Ofrece además la ventaja de *exponer la vena cava inferior*, elemento de gran jerarquía en todo quiste del domo hepático y más aún cuando siempre son complicados.

No hemos necesitado emplear la toracofrenolaparotomía, prefiriendo respetar la integridad del reborde costal y si es necesario realizar otra incisión de laparotomía.

### TACTICA OPERATORIA

Consiste en *tratar los tres focos lesionales:* pleuropulmonar, diafragmático y hepático.

#### Lesiones pleuropulmonares.

En todos los casos la cavidad pleural estaba más o menos bloqueada (reintervenciones de toracotomía) y en 5 fue necesario realizar decorticaciones. La adherencia que se establece entre pulmón y diafragma

es frecuentemente muy firme, exponiéndose a las heridas de ambos, si no se realiza el decolamiento en el plano adecuado.

En 2 casos nos vimos obligados a reintervenir, por mala reexpansión pulmonar con instalación de un hemotórax, y en otro por la persistencia de fístulas pleurobrónquicas.

Con respecto a las lesiones pulmonares hemos hallado los grados más diversos, desde un trayecto hepatobronquico único rodeado por parénquima con escasas lesiones, reversibles, a tránsitos múltiples y cavernas pulmonares abscedadas en plena hepatización.

En ningún caso realizamos lobectomías; las resecciones atípicas, marginales, extirpando los tejidos esclerados y un prolijo cierre bronquial, nos dieron excelente resultado, según control clínico y radiológico ulterior.

No tuvimos ningún accidente de inundación bronquial y en la mayoría de los casos trabajamos con pulmón bloqueado por sonda de Carlens.

#### Lesiones diafragmáticas.

Una vez liberado el pulmón y expuesto el orificio del tránsito, nos dedicamos a penetrar en el espacio subfrénico. La palpación a través del diafragma y su aspecto, permiten delimitar el área enferma.

Si el quiste está a mucha tensión y la salida de pus, bilis y membranas es abundante y espontánea, ensanchamos el tránsito y aspiramos la cavidad hepatofrénica para evitar diseminación operatoria.

La incisión del diafragma procuramos emplazarla en zona sana, para abordar primero el espacio interhepatofrénico libre. Luego, si es posible, introduciendo un dedo, continuamos la sección del diafragma en forma más o menos curvilínea, contorneando el área de fusión hepatofrénica. Se evita así dilacerar hígado y se puede luego labrar la separación entre diafragma y adventicia, lo que no se consigue en todos los casos. Esta liberación, quizás sea el tiempo más riesgoso, no olvidando la vecindad de las venas suprahepáticas y de la cava inferior.

#### Lesiones hepáticas.

El tratamiento del quiste se podrá realizar por los diversos procedimientos ya conocidos.

En las quistostomías extremamos los cuidados aislando el campo con compresas impregnadas en cloruro de sodio hipertónico.

No me voy a referir al procedimiento, sino sólo enfatizar: 1) Una vez evacuado o extirpado el Q.H., explorar el resto del hígado y las vías biliares. 2) El drenaje lo realizamos mediante dos tubos gruesos de material no muy rígido, pues al cerrar el diafragma y el tórax, el extremo de ellos puede abrir la cavidad hepática y el diafragma (caso N° 10). Existe una comunicación a esta Sociedad, del Dr. G. Ríos, sobre esta complicación. 3) Los tubos deben siempre exteriorizarse por vía abdominal.

En nuestra serie no realizamos ninguna quistectomía total, sí parciales, pero ya describimos que en la cicatriz hepática de una quistectomía no operada por nosotros, se inició un tránsito hepatobronquico.

Completado el tiempo hepático, pasamos a suturar diafragma mediante puntos separados de lino. En la resección diafragmática no fuimos muy extensos; creemos que no se justifica, lo que permite dejar un diafragma que aunque fibroso, cumple su función de tal.

Terminamos la intervención revisando el estado pulmonar. En muchos casos optamos por tratarlo al fin, luego de drenado el quiste y reparado el diafragma.

*En suma:* la conducta conservadora, tanto para las lesiones pulmonares (resecciones marginales, atípicas) como para las hepáticas (quistostomía o quistectomía parcial), demuestra ser en esta serie la más indicada.

#### *Tránsitos hepatotorácicos*

##### *Procedimientos quirúrgicos*

##### *Lesiones pleuropulmonares:*

Toracotomía mínima drenaje	1
Liberación pleuropulmonar .....	6
Decorticación .....	4
Cierre bronquial .....	5
Resección atípica de pulmón ..	4
Lobectomía .. .....	0

##### *Lesiones hepáticas:*

Quistostomías .....	6
Quistectomías parciales .....	3
Extracción adventicia exfoliada .....	1
Coledocostomía .....	1
Resección cicatriz. Biliostasis .....	1

## COMPLICACIONES Y RESULTADOS

En la serie considerada se produjo una muerte (caso N° 3). Se trataba de una enferma de 68 años, con antecedentes de múltiples operaciones por hidatidosis, con un tránsito hepatobronquico de lóbulo medio y antecedentes de cardiopatía, disnea de esfuerzo y de decúbito. Durante el acto operatorio se produjeron dos paros cardíacos que se superaron mediante masaje y medidas auxiliares. Falleció al llegar a sala.

Los 10 casos restantes evolucionaron bien, salvo una recidiva del tránsito; creemos que requiere drenaje biliar.

Complicaciones postoperatorias: fístula broncopleurales; hemotórax postdecorticación, 1; supuración de la herida operatoria, 3.

Los resultados alejados han sido buenos, sin secuelas de orden funcional, según controles clínicos y radiológicos.

## RESUMEN

Se analiza la clínica, anatomía patológica y tratamiento de una serie de 11 casos de tránsitos hepatopleuropulmonares derechos de origen hidatídico.

Se estima su frecuencia en un 3,9 % en un Servicio de cirugía general.

En el estudio clínico, amplio predominio de la sintomatología torácica sobre la abdominal. Los estudios radiológicos simples y contrastados deben adecuarse a las circunstancias del caso. Los tipos anatómicos corresponden a hepatopleurales cerrados, 1; hepatopulmonar cerrado, 1; hepatobronquicos, 3; hepatopleurobronquicos, 3; y se describen 3 casos de tránsitos en el postoperatorio de quistostomías y quistectomías hepáticas, por probable falla de la sutura diafragmática.

Luego de analizar indicaciones de urgencia, abordaje y táctica operatoria, se insiste en las ventajas de resecciones económicas en pulmón e hígado. Esta serie evolucionó bien, con una muerte por falla cardíaca.

## RÉSUMÉ

Analyse de la clinique, de l'anatomie pathologique et du traitement d'une série de 11 cas de transits hépato-pleuro-pulmonaires droits d'origine hydatidique.

Les fréquence dans un Service de chirurgie générale est estimée à 3,9 %.

A l'étude clinique on constate une prédominance sensible de la symptomatologie thoracique sur la symptomatologie abdominale. Les études radiologiques simples et contrastées doivent être conditionnées aux circonstances du cas. Les types anatomiques son ainsi répartis: hépato-pleural fermé, 1; hépato-pulmonaire fermé, 1; hépato-bronchiaux, 3; et hépato-pleuro-bronchiaux, 3. On décrit en outre 3 cas de transit dans le post-opératoire de kystostomies et de kystectomies hépatiques, probablement par défaillance de la suture diaphragmatique.

Après avoir analysé les indications d'urgence, L'abordage et la tactique opératoire, les auteurs insistent sur les avantages de résections économiques dans le poumon et le foie. Cette série a bien évolué, avec une seule mort par défaillance cardiaque.

## SUMMARY

In this paper the clinic, pathology and treatment of a series of 11 cases of right hepatopleuropulmonary transits of hydatid origin are analyzed.

Its frequency is believed to be a 3,9 % in a general surgery Service.

In the clinical study there is a marked predominance of the thoracic over the abdominal symptomatology. Simple and contrasted radiological studies should be adapted to the circumstances of each case. The anatomical types correspond to closed hepatopleural, 1; closed hepatopulmonary, 1; hepatobronchial, 3; hepatopleural-bronchial, 3; and three cases are described of transits during the postoperative period of hepatic cystotomies and cystectomies due to a probable failure in the diaphragmatic suture.

After analyzing indications of urgency, approach and operator tactics, the authors insist in the advantages of economic resections in lung and liver. This series had a good evolution, with one death due to heart failure.

## BIBLIOGRAFIA

1. ARMAND UGON, V. y TOMALINO, D. Tránsitos hidáticos hepatotorácicos. Consideraciones sobre 40 casos personales. *El Tórax*, 7: 188, 1958.

2. BOURGEON, R., GUNTZ, M., CATALANO, H. et VIDEAU, J. Les communications bronchiques pulmonaires et parietales des kystes hidatiques du foie ouverts dans les voies biliaires. *Afrique Française Chirurgicale*, 16: 371, 1958.
3. BUTUREAU LAZAR, C., STRAT, V., CHEGAN, M. et DOLINESCU, C. Les fistules biliobronchiques de natura hydatique. *Revista Médico Chirurgicale Rommanie*, 62: 299, 1958.
4. BREA, M. y SANTOS, A. Hidatopleura de origen hepático. *Bol. Trab. Acad. Arg. de Cir.*, 34: 455, 1950.
5. FOGANINI, G. et MONTI, G. F. Sur les complications thoraciques de l'échinococose hépatique: fistule biliopleurales et fistule bilio bronchique. *Arch. Ital. de Chir.*, 85: 476, 1960.
6. GROSSO, R. et ANTONACCI, D. Sur la formation d'une fistule bilio-bronchique par kyste hydatique suppuré du foie (cas personnel). *Il Policlinico Sez. Pratica*, 67: 449, 1960.
7. KOURIAS, B. Kystes hydatiques du foie ouverte dans le poumon et les bronches. Etat actuel du traitement chirurgical. *Jour. de Chir.*, 74: 138, 1957.
8. LARGHERO, P., VENTURINO, W. y BROLI, G. *Equinococosis hidática del abdomen*. Ed. Delta, 1962.
9. MONOD BROCA, P. et GARLE, M. Les kystes hydatiques du diaphragme (ou de la region phrénique). *Jour. de Chir.*, 74: 44, 1957.
10. SUAREZ, H. y VICTORICA, A. Tratamiento de los tránsitos hidáticos hepatopulmonares transdiaphragmáticos. *Bol. Soc. de Cir. del Uruguay*, 21: 245, 1950.
11. TOMALINO, D. *Complicaciones pleurales de la hidatidosis. Accidentes hidáticos pleurales. Hidatidosis pleural secundaria. Estudio sobre 47 observaciones personales*. Monografía. Imp. Rosgal, 1959.
12. TOMALINO, D. y SUAREZ, H. Quistes hidáticos del diafragma. *El Tórax*, 7: 142, 1958.

## DISCUSION

*Dr. Armand Ugón:* Siempre es interesante ver presentar trabajos sobre tránsito hepato-brónquico por quiste hidático, sobre todo cuando la comunicación, como la que acabamos de oír, es muy precisa y trae datos concretos sobre los enfermos observados.

Es esta una complicación sumamente grave no tanto ya por la mortalidad como por la morbilidad que ocasiona. Hoy día la mortalidad ha bajado a cifras bastante aceptables, y creo que oscila de un 3 % a un 4 %. Pero la morbilidad y la estadía de estos enfermos en el hospital es siempre prolongada y exige una continuada observación.

Entre los casos que recuerdo que pueden tener interés están los tránsitos del lóbulo izquierdo, de los que hemos observado algunos en el Saint Bois. Son excepcionales, pero también se pueden observar quistes hidáticos en tránsitos del lado izquierdo.

Como forma clínica es interesante también recalcar la forma de ponedores de vesículas, como se observa en algunos enfermos que tienen solamente un pulmón sano, que presentan un diafragma derecho ligeramente elevado y que espectoran periódicamente vesículas hidáticas.

Hemos podido operar varios enfermos con estos síntomas, casi prácticamente latentes, lo único que traían y mostraban eran vesículas que habían espectorado días antes.

Entre las formas clínicas, creo que también hay que recalcar mucho las formas coledocianas del tránsito hepatobronquico, porque creemos que la complicación biliar es tanto o más importante que la complicación torácica, y es la que muchas veces ocasiona la complicación del tránsito. De manera que es importante siempre, en los casos en que hay ictericia, hacer una depleción de las vías biliares drenando, ya sea el colédoco o la vesícula, o mismo ir a una esfinterotomía. Es muy importante descargar bien el árbol biliar cuando se encuentra en los tránsitos hepatobronquicos que el quiste o las membranas, o el líquido residual, están teñidos con bilis. Esto es fundamental para el éxito operatorio. Nada más.

*Dr. Rubio:* Creo que es muy poco lo que se puede agregar, cuando se ha oído una excelente presentación como la que ha hecho el Dr. Praderi, a la cual se agregan los comentarios del Dr. Armand Ugón en este sentido. Es muy poco lo que se puede agregar, y todo lo que hemos oído es para aprender.

Pero quisiera recalcar dos cosas: es una complicación grave, que obliga al clínico a pensar en cada caso de por sí. Su tratamiento no se presta a esquemas; a veces se puede hacer el tratamiento ideal, completo, vale decir, actuar por toracotomía, resolver el problema del pulmón, hacer una exéresis, incluso una exéresis perfectamente típica, como la segmentectomía, como tuvimos oportunidad la primera vez que operamos un enfermo de este tipo y luego abrir el diafragma y tratar el quiste hepático.

Otras veces, y en este sentido es que hablo, hay que seguir un plan mínimo. En ese sentido tuvimos oportunidad de tratar dos enfermas en situación sumamente grave, enfermas de edad, con una gran bilióptisis, una situación general muy mala, con quiste hidático grande calcificado, alto y posterior, que abordamos por la 11ª costilla. Creo que dicha costilla en estas operaciones de salvataje hay que tenerla

muy en cuenta, y el abordaje de la misma, no es para cerrar la brecha diafragmática, es para drenar en forma electiva, evacuar el quiste y drenarlo y luego, más adelante, salido el enfermo de la situación grave, actuar sobre la secuela pulmonar, si ha quedado, o sobre la secuela del quiste.

Uno de esos dos casos, lo reoperamos tiempo después, le hicimos una lobectomía. Había tenido una buena evolución. Y la otra, con el tratamiento inicial anduvo bien.

Pero creo que no se debe olvidar que la 11ª costilla puede resolver el problema en enfermos graves, cuando el quiste es posterior y alto.

*Dr. Luis A. Praderi:* En primer término agradezco la autorizada opinión del Dr. Armand Ugón, pues su trabajo sobre cuarenta casos de tránsitos hepatobronquicos, ha constituido el patrón sobre el tema y el trabajo sobre el cual yo me he instruido para realizar este otro.

Con respecto a la situación que hoy plantea de casos latentes, "ponedores de vesículas", dentro de esta serie no hice figurar el caso de un enfermo que justamente tenía una hidatidosis hepática y peritoneal, que instala episódicamente tránsitos hepatobronquicos y hace expulsión de vesículas, con curación relativamente espontánea. Era un enfermo del Dr. Chifflet que la última vez que estuvo en la clínica ya había tenido varios episodios similares. Agotado el tránsito, pide el alta contra voluntad y no lo hemos vuelto a ver. Ese enfermo no ha sido operado de su tránsito; fue operado exclusivamente de su hidatidosis peritoneal.

Con respecto al punto que señalaba de tener presente la hipertensión biliar, creo que ya ha sido señalado, y lo reafirmo, lo enfatizo más, porque creo que el caso más grave, tal como lo señalaba el Dr. Rubio, es el caso del síndrome coledociano con serias bilióptisis. Ese caso fue resuelto exclusivamente por vía abdominal porque el estado de la enferma, a pesar de su juventud, de sus veinte años, no permitía un abordaje amplio por vía torácica.