

Hallazgo de más de una hidátide dentro de una cavidad adventicial pulmonar

Discusión patogénica sobre 15 observaciones

Dres. BOLIVAR DELGADO, BARRET DIAZ

y JUAN C. MACEDO *

El quiste hidático del pulmón es habitualmente univesicular. Condiciones adversas al crecimiento parasitario lo pueden llevar a adquirir la forma multivesicular endógena, hecho poco frecuente en esta topografía, pero el hecho de encontrar dentro de una cavidad adventicial pulmonar más de una hidátide es excepcional.

El estudio de esta última situación y su discusión patogénica es el objetivo de este trabajo.

MATERIAL Y METODOS

Se hizo una revisión de los pacientes operados por Q. H. de pulmón en los últimos 15 años en el Servicio de Cirugía torácica del Hospital Saint-Bois. Se tomó en especial consideración los siguientes elementos: edad, sexo, procedencia, antecedentes de hidatoptisis y de operaciones por Q. H. pulmonar. Solo se admitieron aquellas historias donde la descripción operatoria era lo suficientemente detallada como para poder ser aceptada. Se pudieron así extraer de 400 operaciones por Q. H. pulmonar 15 observaciones que son la base de este trabajo.

SITUACIONES PATOLOGICAS

A) *Siembra secundaria local*: es un proceso perfectamente conocido producido fundamentalmente por la evolución vesicular de los escolices Deve (3).

Responde a dos mecanismos: 1) siembra iatrogénica producida por la contaminación con líquido hidático consecutiva a la rotura operatoria de la vesícula madre o a punción de la misma; 2) siembra secundaria a la rotura espontánea de la vesícula madre en el árbol bronquial (hidatoptisis).

El primer mecanismo es para Deve (3) la causa más habitual de la recidiva hidática posoperatoria.

Señalemos que siendo esta forma patológica la más conocida de las que trataremos, es muy poco frecuente en el Q. H. del pulmón. Se explica este hecho si se recuerda que con mu-

cha frecuencia el Q. H. pulmonar no es un quiste fértil (4).

Del Campo público en 1951 en nuestro medio una demostrativa observación clínico-radiológica de esta complicación (2).

No hay referencias bibliográficas claras de la frecuencia relativa de cada una de las variedades de la siembra secundaria local, sobretodo de la poshidatoptisis.

Para plantear este mecanismo patogénico creemos necesario que exista el antecedente de la rotura de la vesícula madre y el hallazgo de una cavidad adventicial con varias vesículas, en general de tamaño similar y a veces además la membrana madre retenida. No se puede descartar sin embargo en esta situación otra posibilidad que es la rotura y retención de una vesícula madre con vesiculización endógena. Esta última negada por autores como Goinard (5), es un hecho que hemos constatado en el Q. H. del pulmón y la observación 15 de esta serie es un ejemplo característico de ella.

En estas circunstancias la siembra local puede ser provocada por mecanismo mixto: vesiculización de los escolices y/o injerto local de las vesículas hijas.

Con este criterio se consideraron 10 observaciones (1, 3, 5, 8, 9, 10, 11, 12, 14 y 15). 3 tenían antecedentes claros de hidatoptisis (1, 8, 15): en la primera el plazo transcurrido entre ésta y el hallazgo operatorio fue de 5 meses; en la segunda de 1 año 1/2 y en la tercera de un mes.

De la primera observación señalemos: que es llamativo el breve plazo transcurrido poshidatoptisis. Si se tiene en cuenta que al cabo de 5 meses las vesículas hidatídicas en su desarrollo solo llegan a adquirir el tamaño de 4-5mm. de diámetro (4) y que en la cavidad adventicial solo existían 2 hidatides (una entera y otra rota) es posible pensar que para este caso quepa otra explicación patogénica.

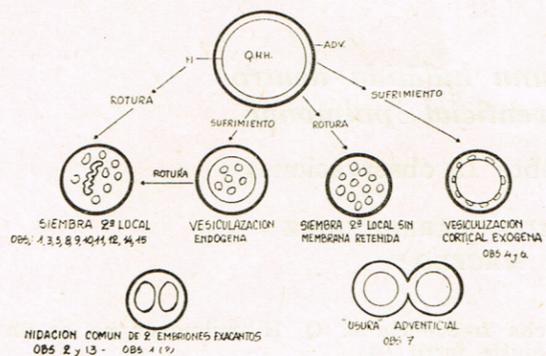
En la Obs. 8 se dan las circunstancias señaladas. La Obs. 15 en cambio es un ejemplo claro de la rotura y evacuación parcial de un Q. H. multivesicular endógeno.

En una Obs. (12) existía el antecedente de una operación por Q.H. del pulmón realizada 7 años antes. Este plazo por considerarse muy largo hace dudar también de este mecanismo de siembra.

En 5 Obs. (3, 5, 9, 10, y 11) el problema es más complejo por existir antecedentes de operaciones por Q. H. pulmonar y también de

* Asistente de Cirugía de la Facultad de Medicina. Internos del Servicio de Cirugía Torácica.

Trabajo del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Saint-Bois, Dir. Prof. Víctor Armand Ugón, presentado el 13 de octubre de 1971.



hidatoptosis. El intervalo transcurrido entre los antecedentes y el hallazgo operatorio hacen pensar que la siembra se produjo durante el acto operatorio y que las hidatoptosis correspondieron a la expulsión de hidatides de siembra, puesto que el promedio de tiempo posoperatorio fue de 2 años, mientras que el poshidatoptosis en 2 casos fue solamente de 50 y 70 días respectivamente.

Por último en la Obs. 14 no había antecedentes claros de hidatoptosis pero el hallazgo en la cavidad adventicial de una membrana grande rota rodeada de varias hidatides pequeñas hace plantear este mecanismo de siembra local.

B) *Vesiculización cortical exógena (exovesiculización)*: las hidatides hijas se originarían en islotes de la germinativa situados en el espesor de la cuticular que progresivamente se rodean de láminas quitinosas y se exteriorizan de la hidatide madre (Deve 4).

Los casos de Deve y los citados por este autor correspondían a Q. H. de hígado.

Como única referencia de que esta posibilidad exista en el pulmón hemos encontrado una observación publicada por Aguilar (1) en la que se encontró en la cavidad adventicial una membrana grande y una hidatide más pequeña unida a ella en su periferia. Esta observación es discutible si se tiene en cuenta que la paciente había sido intervenida anteriormente por Q. H. pulmonar y había tenido además una hidatoptosis.

La vesiculización exógena tendría el mismo significado que la endógena en el sentido que representaría una forma de resistencia y supervivencia parasitaria, hecho que parece apoyado por lo sostenido por Küchenmeister y Leuckart (citados por Deve 4) de que estas vesículas se muestran precozmente escoliferas.

En esta situación la extirpación de la vesícula madre si no se acompaña de una completa inspección de la cavidad adventicial puede dejar alguna de estas hidatides hijas, sobre todo teniendo en cuenta que a veces se alojan en nsaculaciones de tipo diverticular de la adventicia. Esto sería para Deve 4 una causa posible de recidiva parasitaria.

Creemos que a este tipo de patología hidática pertenecen 2 de nuestras observaciones (4 y 6); en ellas no había antecedentes ni de Q. H. ni de hidatoptosis; en ambas se halló

una vesícula madre grande y entera rodeada en un caso por 3 y en el otro por 4 vesículas pequeñas. No se constataron otros elementos clínicos, RX ni operatorios que demostraran el sufrimiento del parásito. (Fig. 1).

C) *Nidación común de 2 embriones hexantatos*: Aguilar (1) en la observación señalada la plantea como posibilidad patogénica.

No hemos encontrado referencias bibliográficas sobre este aspecto tan interesante de la biología hidática pero es lógico suponer que el pulmón sería el órgano más propicio para este tipo de desarrollo.

Piaggio Blanco y García Capurro (7, 8) hacen referencia a 4 observaciones de este tipo; 3 de ellas recogidas con H. García Lagos y V. Pérez Fontana (2 hallazgos operatorios y 1 de autopsia). Existía en estos casos 2 ó 3 vesículas hidáticas dentro de la misma adventicia pulmonar. Hacen referencia estos mismos autores a otra observación similar de Morquio, Bonaba y Soto (6) donde como hallazgo de autopsia se encontraron 2 hidatides en la misma cavidad quística.

No hacen en cambio estos autores ninguna referencia en cuanto al mecanismo patogénico, que en nuestro conocimiento no ha sido descrito para este otro órgano.

Creemos que se plantea esta posibilidad en presencia de una adventicia ocupada por 2 hidatides de tamaño similar en pacientes sin antecedentes de hidatoptosis ni de operaciones por Q. H. pulmonar.

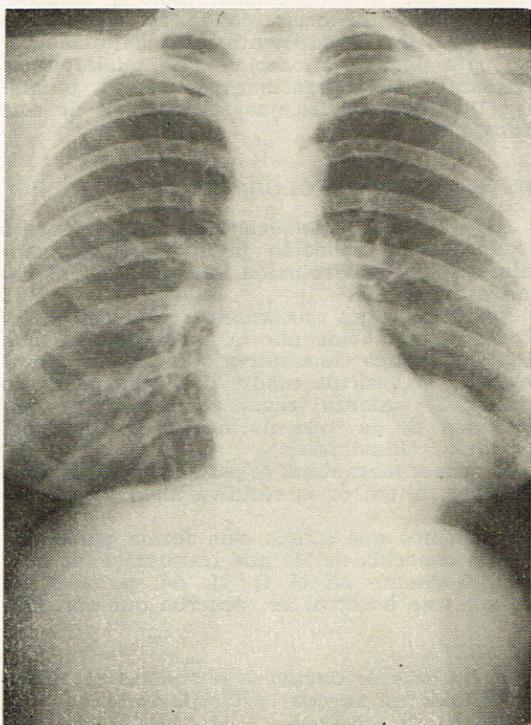


Fig. 1 (Obs. 4) Cavidad adventicial con 4 hidatides sanas: 1 de 10 cms. y 3 de 3 cms.

Es de señalar que causas del parásito pero sobretodo del huésped pueden llevar al crecimiento desigual de los embriones anidados lo cual puede explicar una diferencia de tamaño de la hidatides.

En nuestras Obs. 2 y 13 se hallaron 2 hidatides enteras en la misma cavidad (Fig. 2); en ninguno de los 2 casos había antecedentes de operaciones por Q. H. pulmonar; en uno de ellos solo existía el antecedente inmediato de una neumopatía aguda secundaria y en el otro de una vomica purulenta 45 días antes.

Pensamos además que la Obs. 1, incluida dentro de las siembras secundarias locales, podría perfectamente ser explicada por este mecanismo.

D) *Usura adventicial*: en su crecimiento expansivo 2 Q. H. pulmonares pueden llegar a ponerse en contacto y por "usura" de sus paredes establecer comunicación entre las cavidades adventiciales.

Quedaría así constituida una cavidad quística única bilobada, en "reloj de arena" o en "botón de camisa" alojando las 2 hidatides.

Este tipo de hallazgo lo hemos hecho en algunas oportunidades en Q. H. de hígado, en general con hidatides rotas, pero no tenemos referencias sobre el mismo en el Q. H. del pulmón.

En la OBS. 7 operada por un hallazgo Rx. se comprobó la existencia de una adventicia única en "reloj de arena" conteniendo 2 hidatides rotas (Fig. 3).

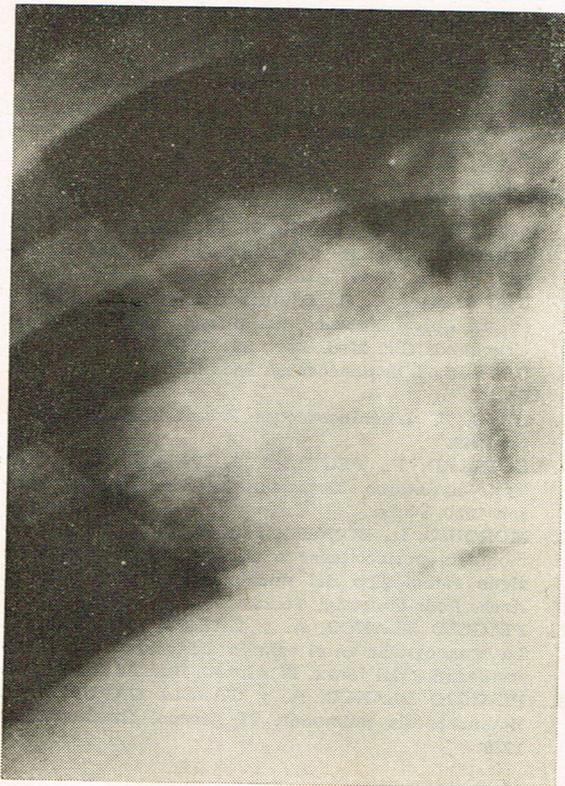


Fig. 2 (Obs. 13) cavidad quística con 2 hidatides intactas dentro.

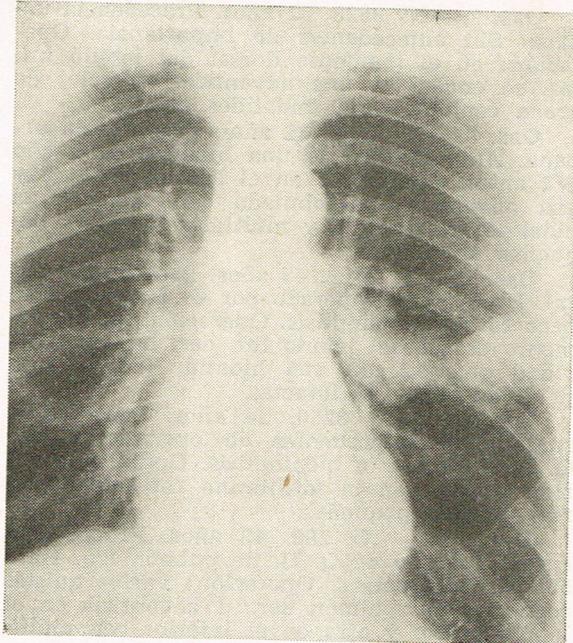


Fig. 3 (Obs. 7) Adventicia en "reloj de arena" con 2 hidatides rotas.

OBSERVACIONES RELATADAS

Obs. 1.—Nº 2318. 53 años. Procedencia rural. Hace 5 meses hidatoptisis. Hallazgo operatorio: en el segmento basal post. Izq. existe una cavidad adventicial de 5 cms. de diámetro en "reloj de arena" conteniendo una hidatide sana y otra rota.

Obs. 2.—Nº 3742. 3 años. Procedencia rural. Hace 45 días vomica purulenta. Hallazgo operatorio: en la zona basal post. del lóbulo inf. izq. hay una cavidad quística con 2 grandes hidatides dentro, rodeadas de una supuración intercistoadventicial.

Obs. 3.—Nº 1096. 55 años. Procedencia rural. Antecedentes de varias operaciones por Q. H. del pulmón e hidatoptisis. Operación: en la zona basal post. del lóbulo inf. der. hay una gruesa cavidad quística con una hidatide grande y 3 más pequeñas rotas y bañadas en pus.

Obs. 4.—Nº 3823. 25 años. Procedencia rural. 45 días antes tos y expectoración hemoptoica. Operación: en el segmento basal post. del lóbulo inf. izq. hay una cavidad adventicial con 4 hidatides sanas: 1 de 10 cms. de diámetro y 3 de 3 cms.

Obs. 5.—Nº 1146. 52 años. Procedencia rural. Antecedentes de varias operaciones por hidatidosis pulmonar bilateral y repetidas hidatoptisis. Operación: en la parte post. sup. del lóbulo sup. der. hay una adventicia de 4 x 6 cms. y en la parte anterior del mismo lóbulo 2 adventicias similares con múltiples hidatides cada una.

Obs. 6.—Nº 749. 42 años. Procedencia rural. Sin antecedentes de importancia. Operación: en el lóbulo sup. izq. hay una hidatide grande hialina rodeada por 4 pequeñas vesículas hialinas de 1 cm. de diámetro.

OBS. 7.—Nº 3528. 52 años. Procedencia urbana. Sin antecedentes de importancia. Operación: en el segmento dorsal del lóbulo inf. izq. se encuentra una adventicia en reloj de arena conteniendo 2 hidatides rotas.

OBS. 8.—Nº 3567. 32 años. Procedencia urbana. Antecedentes de una hidatoptisis 1 año 1/2 antes. Operación: en el lóbulo medio hay una adventicia polilobulada conteniendo una hidatide grande rota y múltiples hidatides pequeñas alrededor.

OBS. 9.—Nº 3708. 43 años. Procedencia rural. Hace 5 años operado por Q. H. pulmonar; hace 70 días hidatoptisis. Operación: en el segmento dorsal del lóbulo inf. der. hay una cavidad quística con una hidatide grande rota y varias pequeñas intactas.

OBS. 10.—Nº 3250. 24 años. Procedencia rural. Con antecedentes de operaciones por Q. H. pulmonar e hidatoptisis. Operación: varios quistes con la membrana retenida y varias vesícula pequeñas.

OBS. 11.—Nº 288. 42 años. Procedencia rural. Operado de Q. H. de pulmón izq. Hace 50 días hidatoptisis. Operación: varios quistes corticales del pulmón der.; 1 adventicia en el lóbulo medio y otra en el inferior con múltiples hidatides (equinocosis pulmonar secundaria broncogenética y/o metastásica).

OBS. 12.—Nº 2173. 33 años. Procedencia rural. Antecedente de 2 operaciones por Q. H. pulmonar bilateral. En el lóbulo inf. izq. se encuentra una adventicia de unos 5 cms. de diámetro con múltiple y muy pequeñas hidatides.

OBS. 13.—Nº 3845. 18 años. Procedencia urbana. Antecedente inmediato de una neumopatía aguda. Operación: en el lóbulo inf. der. hay una cavidad adventicial con 2 hidatides intactas dentro.

OBS. 14.—Nº 3829. 18 años. Procedencia rural del Paraguay. Hallazgo operatorio: en el segmento ant. del lóbulo sup. hay una cavidad adventicial de 5 x 4 cms. de diámetro conteniendo una hidatide retraída rodeada de muchas más pequeñas rodeadas de pus.

OBS. 15.—J. N. 50 años. Hace 1 mes hidatoptisis acompañada de una crisis anafiláctica severa. Operación: en el lóbulo inf. der. hay una cavidad adventicial con una membrana retenida y múltiples microvesículas. Se hace el tratamiento quirúrgico de la cavidad. Se lava abundantemente con suero. 1 año después aparecen 3 quistes de siembra local parietal que se tratan.

RESUMEN

Se estudia el interesante problema de patología hidática que plantea el hallazgo de más de una hidatide dentro de una cavidad adventicial pulmonar.

Se analizan los diferentes mecanismos patogénicos: siembra secundaria local (la más frecuente), vesiculización cortical exógena, nidación común de 2 embriones hexacantos y "usura" adventicial.

La bibliografía sobre este problema es sumamente escasa, no habiendo encontrado los autores referencias sobre algunos de los aspectos planteados.

El estudio se basa sobre 15 observaciones de esta situación en una serie de 400 operaciones por Q.H. pulmonar del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Saint-Bois en los últimos 15 años.

RÉSUMÉ

Les auteurs étudient le problème intéressant de pathologie hydatique posé par la découverte de plusieurs hydatides dans une cavité pulmonaire adventice. Ils analysent les différents mécanismes pathogéniques: ensemencement secondaire local (le plus fréquent), vésiculation corticale exogène, nidation commune de deux embryons hexacantes et "usura" adventice.

Il n'y a que très peu de documentation sur ce problème et les auteurs n'ont trouvé aucune mention de certaines des questions posées.

L'étude se base sur 15 observations faites d'après une série de 400 opérations de kyste hydatique, pulmonaire, dans le Service de Chirurgie Thoracique de l'Hôpital Saint-Bois au cours des 15 dernières années.

SUMMARY

The finding of more than one hydatid within the adventitial pulmonary cavity is considered of interest. Different pathogenic mechanisms are discussed: local secondary dissemination (the most frequent), exogenous cortical vesiculation, common nesting of two hexacantor embryos and adventitial "profiteering".

Bibliography on this problem is very scarce and no reference was found with respect to some of the aspects herein considered.

Case material includes 15 patients out of a series of 400 operations performed because of pulmonary Hydatid Cysts within the last 15 years in the Thoracic Surgery Service of the Saint-Bois Hospital.

BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR, H. D., HERRERA CABALLERO, S. Hidatidosis pulmonar. ¿Vesiculación exógena? *El Tórax*, 14: 204, 1965.
- DEL CAMPO, J. C. Equinocosis secundaria local en un quiste hidático del pulmón operado. *Arch. Uruguayos Cir. Med. Esp.*, 38: 109, 1951.
- DEVE, F. L'Echinococcose Secondaire. Masson 1946. Paris.
- DEVE, F. L'Echinococcose Primitive. Masson. Paris 1949.
- GOINARD, P., PEGULLO, J., PELISSIER, G. Le kyste hydatique. Therapeutique Chirurgicale. Masson 1960. Paris.
- MORQUIO, L., BONABA, J. y SOTO, J. A. El neumoquiste perivesicular a mínima reparable. Nuevo signo radiológico del quiste hidático del pulmón. *Arch. Ped. Uruguay*, 7: 353, 1934.
- PIAGGIO BLANCO, A. y GARCIA CAPURRO, F. La broncografía en el estudio diagnóstico de las enfermedades del tórax. *El Ateneo*. Buenos Aires 1935.
- PIAGGIO BLANCO, A. y GARCIA CAPURRO, F. Equinocosis pulmonar. *El Ateneo*. Buenos Aires 1939.