

Hidatidosis pulmonar múltiple monoadvencial

Dres. Nelson Ferreira Buadas y Clivia Ferreira*

Se presenta el caso de un paciente con una hidatidosis pulmonar múltiple monoadvencial. En un gran saco advencial del lóbulo superior derecho, existían 5 hidátides de distinto tamaño (entre 2 y 7 cm de diámetro).

Se analizan los posibles mecanismos patogénicos de esta situación. Se concluye que podría tratarse de un caso de vesiculización endógena, con eliminación inaparente de la membrana madre o un caso excepcional, de vesiculización exógena.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Echinococcosis, Pulmonary.

Traemos este aporte a la Sociedad de Cirugía por considerarlo de sumo interés desde el punto de vista de su frecuencia, patogenia, anatomía patológica y terapéutica.

OBSERVACION

Paciente de 23 años de edad, procedente de zona rural y esplenectomizado hace cuatro años por ruptura traumática del bazo, que consulta por dolor en parte media de hemitórax derecho. Su enfermedad se arrastra desde dos meses atrás, en que manifiesta tener dolor con los movimientos sin ninguna otra manifestación. Interpretado al parecer como de origen reumático por el paciente, no le dio valor y siguió trabajando hasta que se volvió insoportable, lo que le obligó finalmente a consultar. No tos, ni expectoración; no temperatura; no resfrios frecuentes; no recuerda haber tenido expectoración hemoptoica ni hidatidoptisis.

Al examen. Enfermo en buen estado general. Piel y mucosas bien coloreadas. En apirexia. Al examen pleuropulmonar: no hay deformación de la caja torácica; existe una ligera submacidez suspendida en tercio medio del hemitórax derecho coincidiendo con una disminución de la intensidad del murmullo alveolovesicular a ese nivel. Ligeros estertores en base de hemitórax derecho. Resto normal. El abdomen muestra la cicatriz de la intervención anterior; es blando, depresible y no se palpa hígado. El resto del examen clínico es normal.

Radiografía de tórax. Muestra sombra redondeada al parecer bilobada en hemitórax derecho, segmento posterior invadiendo el anterior del lóbulo superior (figuras 1 y 2).

Presentado a la Reunión Conjunta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay y la Sociedad de Medicina de Rivera y Santa Ana, Rivera, 8 de junio de 1974.

* Médico Cirujano y Asistente del Servicio de Cirugía del Hospital Regional.

Dirección: 25 de Mayo 289, Tacuarembó (Dr. Ferreira Buadas).

Servicio de Cirugía. Hospital Regional. Tacuarembó.

Como vemos estamos en presencia de una sombra pulmonar de aspecto bilobado de 8 por 12 cm. que cursa prácticamente sin historia clínica, sin antecedentes dignos de mención, en un hombre que habita en zona rural. Frente a esta historia clinicoradiológica lo primero que planteamos es el probable diagnóstico de quiste hidático de pulmón; por lo tanto previa preparación del paciente se indica la intervención quirúrgica.

Operación. (Dres. N. Ferreira y C. Ferreira. Anestesia general (J. J. Ríos). Toracotomía posterolateral derecha con resección de 6ª costilla. Abierta la pleura se observan múltiples adherencias carnosas que se ligan y electrocoagulan. Una vez llegado al pulmón se observa la imagen de la posible advencia que asienta en el lóbulo superior. Se protege con compresas, se coloca separador de Finochietto, se incide la advencia y se observa el aspecto blanquecino de la hidátide; se pide al anestesista que haga hiperpresión y una hidátide de 7 cm. de diámetro hace su irrupción a través de dicha brecha, pariéndose a través de la misma y recogándose intacta. A continuación se produce el parto de otras hidátides más pequeñas pero similares que en número de tres siguen a la primera. Una vez hecho el parto de estas hidátides se amplía la brecha advencial y encontramos que en el fondo de la misma había otra pequeña hidátide de 2 cm. de diámetro (Fig. 3). Se explora minuciosamente el resto de la cavidad advencial por si hubiera restos de membrana madre pero ello no se observa, viéndose únicamente ligera supuración de la misma. Se reseca todo lo posible el saco advencial, se suturan cuidadosamente con hilo de seda los bronquios, se lava el resto de la advencia con ClNa hipertónico, se cierra parcialmente la cavidad. Tubo de drenaje en parte alta segundo espacio intercostal, tubo largo fenestrado que se saca a la altura del 8º espacio parte lateral. Cierre de la pared por planos con catgut crómico. Alta a los 15 días.

COMENTARIOS

Evidentemente que estamos en presencia de una rara forma de hidatidosis pulmonar. Lo habitual en el quiste hidático de pulmón es que, la hidátide contenida dentro de la advencia quística sea casi siempre única encerrando en su interior líquido hidático con arenilla hidática sin vesículas hijas ya sean exógenas o endógenas. No obstante la presencia de vesículas hijas en el pulmón puede ocurrir, existiendo casos publicados de hidatidosis múltiple con una sola advencia. Cuando la hidátide, sufre, aparecen en la misma una serie de mo-



FIG. 1



FIG. 2

dificaciones tendientes a asegurar su existencia, la prolígera se espesa apareciendo islotes de germinativa en la membrana cuticular (2). Aparecen así en su interior vesículas hidáticas similares a la madre y que son las vesículas hijas que se producen a partir de los escólices. Se sitúan así dentro de la membrana madre por el proceso de vesiculización endógena. Otras veces islotes de germinativa que se encuentran en la quitinosa pueden crecer hacia afuera de la membrana madre produciéndose en este caso la llamada vesiculización exógena.

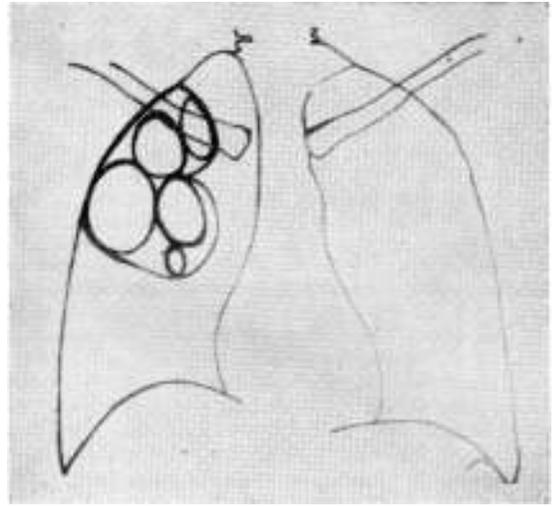


FIG. 3

Dicen Piaggio Blanco y García Capurro (8) en su libro "La Equinococosis Pulmonar": "hemos encontrado dentro de una misma adventicia quística dos o tres vesículas hidáticas, punto mencionado por algunos autores y del cual publica 3 observaciones con Horacio García Lagos y Velarde Pérez Fontana otro caso publicado por Morquio, Bonaba y Soto" (7). Delgado, Díaz y Macedo (4) presentan un trabajo en la Sociedad de Cirugía donde recopilan en 15 años, 15 casos y analizan los distintos mecanismos patogénicos posibles.

Nuestro caso, desde el punto de vista macroscópico se trataba de un gran saco adventicial, que contenía en su interior cinco vesículas hidáticas sin encontrar aparentemente restos de membrana madre. La hidatidosis múltiple a adventicia única podría encontrarse en el pulmón debido a uno de los siguientes mecanismos (5, 6): A) Quistes hidáticos múltiples de pulmón que por erosión de la adventicia forman una bolsa quística única. B) Quiste hidático de pulmón en sufrimiento con formación de vesículas hijas y ulterior rotura de la membrana madre. C) Quiste hidático de hígado o algún otro órgano vecino (3), también haría suponer la rotura de la membrana madre. Lo alejado del proceso, la ausencia de biliopistis nos permiten descartar este mecanismo patogénico. D) Vesiculización exógena (1). Proceso sumamente raro en pulmón que supondría la nidación del parásito seguida rápidamente de la vesiculización exógena.

En nuestro caso dada la gran cantidad de vesículas existentes dentro del saco adventicial es evidente que estaríamos en presencia de una forma de hidatidosis con intenso sufrimiento del parásito que ha llevado a la hidátide a multiplicarse. El no haber encontrado membrana madre haría suponer: 1º) que a pesar de no existir historia de hidatidoptisis, ella pudo haberse roto eliminándose con el correr del tiempo; o, 2º) que estaríamos en presencia de una excepcional forma de hidatidosis

pulmonar: la vesiculización exógena, proceso que se produciría a expensas de islotes de granulosa o germinativa que pudieran existir en la quitinosa.

RÉSUMÉ

Hydatidose pulmonaire multiple monoadventive.

Présentation du cas d'un patient ayant une hydatidose pulmonaire multiple monoadventive. Dans un grand sac adventif du lobe supérieur droit se trouvaient cinq hydatides de diverses grosseurs (de 2 à 7 cm. de diamètre).

Analyse des mécanismes pathogènes probables d'une telle situation. On en conclut qu'il pourrait s'agir d'un cas de vésiculation endogène, avec élimination non apparente de la membrane-mère ou, exceptionnellement, d'un cas de vésiculation exogène.

SUMMARY

Multiple monoadventitial pulmonary Hydatidosis.

The case of a patient with multiple monoadventitial pulmonary hydatidosis is described. In a large adventitial sac of the upper right lobe, there were 5 hydatids of different sizes, ranging between 2 and 7 cm in diameter.

The possible pathogenic mechanisms of this case are analyzed. It is determined that it could be a case of endogenous vesiculization, with unapparent elimination of the main membrane or, an exceptional case of exogenous vesiculization.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AGUILLAR HD, HERRERA CABALLERO H. Hidatidosis pulmonar. ¿Vesiculización exógena? *Tórax*, 14: 204, 1965.
2. ARDAO AR. Equinococosis, en "Anatomía patológica quirúrgica". Montevideo. Editorial Científica de la Facultad de Medicina. 1962.
3. DEL CAMPO JC. Equinococosis secundaria local en un quiste hidático del pulmón operado. *Arch Urug Cir Med Esp*, 38: 109, 1951.
4. DELGADO B, DIAZ B y MACEDO Y. Hallazgo de más de una hidátide dentro de una cavidad adventicial pulmonar. *Cir Urug*, 42: 395, 1972.
5. DEVE F. L'Echinococose Secondaire. Paris. Masson. 1964.
6. DEVE F. L'Echinococose Primitive. Paris. Masson. 1949.
7. MORQUIO L, BONABA Y y SOTO GH. El neumoquiste perivesicular a mínima reparable. Nuevo signo radiológico del quiste hidático del pulmón. *Arch Ped Urug*, 7: 353, 1934.
8. PIAGGIO BLANCO A y GARCIA CAPURRO F. Equinococosis pulmonar. Buenos Aires. El Ateneo. 1939.