

CASOS CLINICOS

Hidatidosis pulmonar con complicaciones pleurales parahidáticas

Empiema y pleuresía serofibrinosa

Dres. Artigas Aliano, Rogelio Beloso (h.) y José Soto Cordano

Se insiste en las dificultades diagnósticas de la Hidatidosis sobre todo cuando se trata de formas complicadas, y en especial, frente a aquellas de menos frecuencia, a propósito de un caso de Hidatidosis Pulmonar complicada con Pleuresía y Empiema Parahidáticos. Se analiza la patogenia de estas complicaciones y desde el punto de vista terapéutico, se destaca la importancia de una conducta quirúrgica agresiva y precoz.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Lung / echinococosis.

Es ampliamente conocida la extensa gama de formas clínicas que la equinococosis hidatídica puede adoptar según las distintas localizaciones y según se trate de formas puras o complicadas. Dentro de estas últimas, existen algunas que por su menor frecuencia, plantean importantes problemas, sobre todo diagnósticos, como se dan en este caso.

Destacamos principalmente ese hecho: las grandes dificultades de diagnóstico que se vivieron frente a este paciente.

OBSERVACION CLINICA

A.A. 53 años. Sexo masculino; procedente de Montevideo. Ingreso 4-8-74.

M. I. Dolor en base de hemitórax derecha.

E. A. Fumador intenso, bronquítico crónico, que comienza un mes antes con dolor de tipo pleural, de inicio brusco, permanente. Exacerbación de la tos habitual; expectoración muco-purulenta abundante, sin fetidez. No hemoptisis ni vómica. Disnea de esfuerzo. Escalofríos y sudores nocturnos. Adelgazamiento marcado, astenia, no anorexia. Repugnancia por el mate y el tabaco. Ausencia de elementos mediastinales.

A. P. Nunca se realizó estudio radiológico de tórax. Operado en 1940 de peritonitis apendicular; en 1950 de hemorroides y en 1972 de "pólipos vesicales".

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 12 de mayo de 1976.

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica y Residentes de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Gabriel Pereira 2923 (Dr. A. Aliano).

Clinica Quirúrgica "2" (Prof. L. Mérola). Hosp. Maciel y Clínica Quirúrgica "1" (Prof. A. Aguiar). Hosp. Pasteur. Fac. Med. Montevideo, Uruguay.

Examen: Temperatura rectal 37,5; mal estado general, adelgazado, mioedema positivo. Hipocratismo digital. Cuello, mediastino y linfoganglionar s/p.

Tórax: aumento del diámetro anteroposterior, hipomotilidad e hipoelasticidad. Aumento de la base del hemitórax derecho. Frecuencia respiratoria de 40 p.m. En cara posterior y axilar de hemitórax derecha, en sus 2/3 inferiores, se comprueba: matidez, ausencia de vibraciones y de murmullo, y por encima, un foco de estertores.

C. Vascular s/p. Abdomen: hígado palpable, de forma y consistencia normales. Tacto rectal s/p.

Rx. de tórax: se comprueba una gruesa imagen paracardiaca derecha, homogénea, groseramente redondeada, de bordes poco netos. En el perfil adopta una disposición alargada, con una topografía que corresponde a la cisura oblicua.

Frente a tales hallazgos, se plantea la existencia de un empiema tabicado, a múltiples logias, secundario a un proceso parenquimatoso sobre cuya naturaleza es difícil expedirse, pero que hace plantear en primer lugar la etiología neoplásica. Debe descartarse también el origen infradiafragmático del proceso primitivo.

En los días siguientes el estado general desmejora, con hipertermias de 40° y grave síndrome toxiinfeccioso. Se realiza varias toracentesis exploradoras extrayéndose 50 cc. de líquido serofibrinoso; pese a la reiteración no se obtiene pus. Luego de éstas no se producen modificaciones clínicas ni radiológicas 13 de agosto de 1974).

Se completa el estudio con tomografía; broncoscopia (normal); Rx. de hipocondrio derecho con neumoperitoneo que descarta totalmente todo proceso infradiafragmático y gastroduodeno confirmando su situación normal.

Dado el grave y progresivo deterioro del estado general, el síndrome toxiinfeccioso y la curva térmica de tipo supurativo, es evidente que se debe actuar quirúrgicamente. Un correcto balance clínico descarta la toracotomía amplia, planteándose la toracotomía a mínima que permita localizar la colección supurada y su drenaje, para lograr una mejoría del estado general que faculte una terapéutica radical definitiva.

27/8/74: Toracotomía a mínima con resección de un fragmento costal. Se comprueban múltiples adheren-

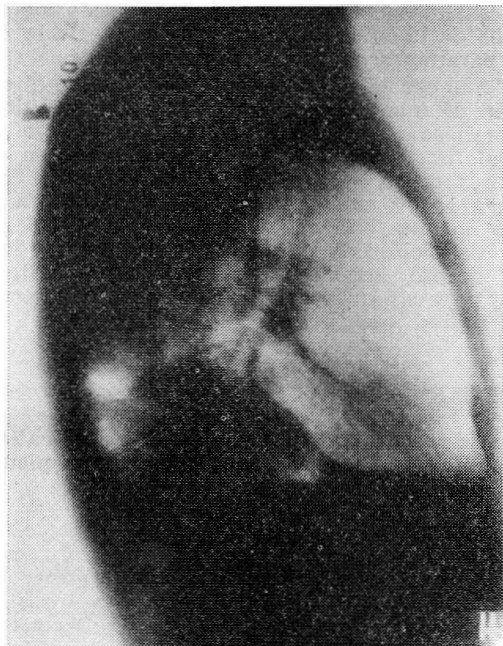
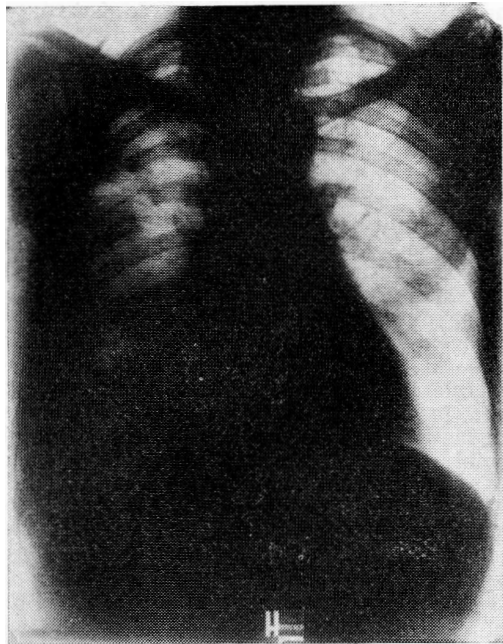


FIG. 1.— Rx. tórax. Imagen paracardiaca derecha que en el perfil se proyecta sobre la cisura oblicua.

cias pleurales, un lóbulo pulmonar inferior hepatizado, sin que se pueda determinar el proceso primitivo. Por disección roma se llega a una cavidad pósterio-inferior con pus, que se evacúa. Drenaje torácico.

El drenaje es escaso, obteniéndose un rápido descenso de la fiebre y sobre todo una franca mejoría del estado general.

Un nuevo esdío Rx. (Fig. 4) muestra la desaparición de las imágenes pleurales y una imagen para-

cardíaca más limitada, de contornos netos, presentándose con los caracteres de un QH de pulmón. Es llamativo y discordante con las complicaciones y la gravedad que alcanzaron que se trata de un QH aparentemente hialino, no complicado; como veremos ello tiene una correcta interpretación.

11|10|74. Inmunolectroforesis hidatídica dudosa.

Mejorado, debe posponerse la intervención por presentar una hemorragia digestiva grave, cuya causa no pudo ser demostrada.

21|11|74: Toracotomía con resección de la 6ª costilla. Extenso proceso fibroso adherencial que une el lóbulo inferior a la pared y al diafragma. Sinequia de la cisura oblicua por adherencias laxas. Luego de la liberación se comprueba voluminoso QH localizado en los segmentos basales posteriores, con gruesa adventicia y supuración intercisto-adventicial. Parto de la hidátide, aerostasis de gruesos bronquios, resección de la adventicia emergente. Drenaje.

Evolución postoperatoria buena con reexpansión total; al 5º día neumotórax parcial que evoluciona rápidamente al pionesumotórax con fístula bronquial persistente. El drenaje y los antibióticos son suficientes para controlar el proceso, obteniéndose la curación con moderada secuela pleural.

COMENTARIO

El diagnóstico final de hidatidosis pulmonar con complicaciones pleurales nos exige una revisión del tema.

Siguiendo a Tomalino (11) las clasificamos en primer término según la topografía de QH primitivo, en este caso pulmonar. Dentro de éstas se distinguen dos grandes grupos, de acuerdo a un criterio biológico::

- A) Accidentes hidáticos pleurales:
 - Neumotórax;
 - Pleuresía serofibrinosa;
 - Empiema.
- B) Equinocosis pleural secundaria:
 - Injerto hidático pleural;
 - Hidátido tórax;
 - Eq. pleural primitiva heterotópica.

Nos interesa principalmente el primer grupo y su etiopatogenia, en especial la pleuresía serofibrinosa y el empiema.

Pleuresía serofibrinosa hidática.

Si bien fue provocada experimentalmente por Devé (4) en 1908, que la llamó pleuresía hidática, su realidad ha sido muy discutida hasta años recientes en que la existencia de casos clínicos y la comprensión de su mecanismo han hecho indudable su existencia. En nuestro medio fue admitida por Morquio (8), Bonaba (3), Piaggio Blanco (9), Larghero (6), Ardao (1), etc., al igual que Lagos García y Herrera Vega en la Argentina. Uno de sus más grandes detractores fue Escudero (5).

Retomando el concepto que siguiera Armand Ugón (2) para el caso de un neumotórax que

complica una hidatidosis pulmonar, Tomalino (11) las divide en:

1. Pleuresía serofibrinosa parahidática.
2. Pleuresía serofibrinosa hidática.

1. *Pleuresía serofibrinosa parahidática:*

Es secundaria a la existencia de un QH. pulmonar pero su biología y significación clínica son diferentes a la segunda forma, haciendo válida tal distinción.

Origen

Es bien conocido el hecho de que aun con integridad de la membrana hidática pueden desarrollarse procesos supurados, sea en la periquística sea intraquisticos, en el llamado espacio intercostoadventicial, cuya expresión radiológica es el neumomate que describieran Morquio, Bonaba y Soto en 1934 (8). Tales supuraciones son de observación frecuente y son generalmente el elemento precedente a la rotura del quiste. La pleura vecina, reacciona con un proceso exudativo el que puede adoptar características serofibrinosas, puriformes o francamente purulentas. La pleuresía depende de la infección pero es ajena a la influencia directa del parásito en sí. Es de destacar la evolución espontánea a la reabsorción.

En otros casos existe una reacción serofibrinosa pleural, en ausencia de todo proceso inflamatorio del quiste o del parásito al cual imputarle el origen, el que permanece en el plano especulativo.

2. *Pleuresía serofibrinosa hidática:*

Se debe a la penetración de elementos parasitarios en la cavidad pleural, los que determinan una pleuresía específica, dándole una trascendencia ulterior muy distinta, por la posibilidad de una hidatidosis pleural secundaria.

Empiema hidático

Es un tipo especial de accidente hidático pleural que se presenta como un derrame purulento, en pleura libre o tabicada, y que debe ser diferenciado del pionesmotórax que complica a un neumotórax hidático, si bien en sus etapas finales puede vomitarse, sobre todo si es de gran cavidad, dando un cuadro clínico en todo similar.

Desde el punto de vista etiopatogénico se distinguen formas:

Espontáneas por:

- Supuración de un QH. hialino.
- Por rotura de un QH. en pleura.
- Por supuración de una pleuresía hidática.

Provocadas:

- Por maniobras diagnósticas y/o terapéuticas.

Lo dicho al respecto de las pleuresías serofibrinosas parahidáticas y su relación con los

procesos supurados peri e intraquisticos, que Piaggio Blanco y García Capurro denominaron "supuración perivesicular intraquistica y "periquistitis supurativa", nos exime de comentarios más extensos.

Queda la incógnita de si nuestro paciente presentó los dos procesos:

P.S. Parahidática y empiema parahidático desde el comienzo, por distinta evolución de un proceso en su origen similar o si el componente empiemático no es espontáneo sino provocado. Todo parece indicar la primera eventualidad dado que ya existía un importante síndrome toxiinfeccioso cuando se realizaron las toracocentesis múltiples. Los hallazgos operatorios tal vez reafirmen esta impresión; creemos que la pleuresía serofibrinosa correspondía a la cisura oblicua, tal como lo demuestran las Rx iniciales, quedando la secuela adhesional descrita, sea por reabsorción espontánea o por evacuación. También confirman los hallazgos operatorios, la patogenia de las complicaciones pleurales: supuración del espacio intercostoadventicial, con membrana hidática íntegra.

Creemos que este caso confirma la dicho en cuanto a las dificultades diagnósticas de la hidatidosis y de sus complicaciones, destacándose la existencia simultánea de dos procesos pleurales de idéntico origen: pleuresía serofibrinosa parahidática y empiema parahidático.

Como corolario terapéutico se reafirma el criterio de que frente a una presunta hidatidosis complicada y mismo frente a cuadros cuya naturaleza no se puede determinar pero en los que cabe una posible etiología hidática, la conducta lógica es la toracotomía exploradora, lo que nos fue posible realizar de inmediato por las condiciones generales del paciente, y que lo expuso a eventuales accidentes tanto o más graves que las propias complicaciones existentes.

RESUME

Hydatidose pulmonaire avec complications pleurales para hydatiques. Empyème et pleuresie sérofibrineuse.

On souligne ici les difficultés diagnostiques de l'hydatidose, surtout quand il s'agit de formes compliquées et en particulier des moins fréquentes, à propos d'un cas d'hydatidose pulmonaire avec pleurésie et empième parahydatiques. On étudie la pathogénie de ces complications en insistant sur l'importance —d'un point de vue thérapeutique— d'une ligne de conduite chirurgicale agressive et précoce.

SUMMARY

Pulmonary Hydatidosis with parahydatid pleural complications, empyema and serofibrous pleuresy.

A case of pulmonary hydatidosis complicated with pleuresy and parahydatid empyema leads the author to insist on diagnostical difficulties of hydatidosis, espe-

cially in cases of complicated forms and most particularly in the less frequent types. Pathogeny of these complications is analyzed and the importance and therapeutic value of aggressive early surgery is stressed.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARDAO H. La supuración perivesicular en el QH de pulmón. *Bol Soc Cir Urug*, 13: 227, 1942.
2. ARMAND UGON V. Tratamiento del quiste hidático de pulmón y sus complicaciones. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 29, 1951.
3. BONABA J. La patogenia del neumoquiste perivesicular en la hidatidosis del pulmón. *Arch Inter Hydat*, 9: 69, 1949.
4. DEVE F. Echinococcose primitive experimentale. Pleuresie hydatique. *Com Soc Biol*, 64: 706, 1908.
5. ESCUDERO M. Les kystes hydatiques du poumon. Paris, Steihel, 1912.
6. LARGHERO P. Supuración perihidática con hidátide intacta. *Bol Soc Cir Urug*, 13: 252, 1942.
7. MORQUIO L, BONABA J, SOTO J. El neumoquiste perivesicular a mínima reparable. Nuevo signo radiológico del QH de pulmón. *Arch Pediat Urug*, 7: 353, 1934.
8. MORQUIO L. La pleuresía serofibrinosa del quiste hidático pulmonar. *Arch Urug Med Cir Esp*, 1: 261, 1932.
9. PIAGGIO BLANCO R y GARCIA CAPURRO F. Equinococosis pulmonar. Bs. Aires, Ateneo, 1939.
10. SOTO BLANCO J. Supuración perihidática en un QH pulmonar. *Bol Soc Cir Urug*, 13: 247, 1942.
11. TOMALINO D. Complicaciones pleurales de la hidatidosis. Accidentes hidáticos pleurales. Hidatidosis pleural secundaria. Monografía. Montevideo. Rosgal, 1959.