

## CASOS CLINICOS

# Tránsito hidatídico espleno torácico

Dres. Carlos Santana,  
Luis Praderi Gambardella y  
Luis Praderi

□ presenta el caso clínico de un paciente portador de una hidatidosis abdominal múltiple, con una localización esplénica que sufre la complicación de tránsito espleno torácico izquierdo postoperatorio. Se plantean las dificultades diagnósticas y táctica operatoria empleada. Se discuten los tránsitos abdomino torácicos izquierdos, su fisiopatología, clasificación y la rareza del caso clínico; su forma de estudio y tratamiento en cirugía de elección o de urgencia.

*PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:*  
*ECHINOCOCCUS / SPLEEN.*

### SUMMARY: Spleno-thoracic hydatid transit

Authors present the case of a patient with multiple abdominal hydatidosis with splenic localization who suffered a spleno-thoracic transit as a post-operative complication. They present the diagnostic difficulties and surgical tactic. They also discuss the abdomino-thoracic left transits, their physiopathology, classification, and rarity of this case, the way of studying it and treatment in elective or urgent surgery.

### RÉSUMÉ: Transit hydatique spleno-thoracique

Il s'agit d'un transit spléno-thoracique qui se présente comme complication post-opératoire chez un malade

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 21 de octubre de 1987.

Prof. Adjunto Interino, Asistente y Profesor Director de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Julio Bauzá 2472 ap. 403. CP 11600. Montevideo (Dr. C. Santana).

*Clinica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. Luis Praderi). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.*

porteur d'une hydatidose abdominale multiple, avec une localisation splénique. Le diagnostic, a posé différentes difficultés et la tactique opératoire est discutée.

Les transits abdomino-thoraciques gauches, leur physiopathologie et leur classification sont analysés ainsi que l'exceptionnalité du cas clinique; la méthodologie d'étude et leur traitement chirurgical de choix ou d'urgence.

### INTRODUCCION

Las complicaciones torácicas de la equinocosis esplénica la hemos encontrado como situación excepcional<sup>(1)</sup> en la bibliografía nacional y extranjera<sup>(2, 3, 4, 5, 6)</sup> consultada.

Dentro de los tránsitos hidatídicos izquierdos, se ha señalado como situación más frecuente, los tránsitos hepatotorácicos izquierdos<sup>(7)</sup>.

El caso que se presenta corresponde a una hidatidosis esplénica supurada, que migró a través del diafragma, para drenarse por vía broncopulmonar.

### CASO CLINICO

R.S.R. Hospital de Clínicas, Registro 528935. Sexo masculino, procedente de Cerro Largo.

Paciente de 40 años, fumador, bronquítico crónico.

Multioperado de hidatidosis abdominal: En 1958 rotura de QH (quiste hidático) en fosa ilíaca derecha. En 1959 rotura

postraumática de QH de hígado. En 1966 operado de 2 QH de hígado y oblitoma de cavida hidática.

Ingresa el 15/10/84 por tumoraciones abdominales en heml abdomen superior y fiebre. EXAMEN: buen estado general. Abdomen con múltiples cicatrices operatorias, globuloso, asimétrico, hepatomegalia irregular a 4 cm del reborde a expensas del lóbulo derecho; tumoración en fosa iliaca derecha móvil y dolorosa.

**LABORATORIO:** Inmunodiagnóstico: arco 5 positivo. Rx de tórax: normal. Urografía de excreción: desplazamiento del cuerpo gástrico, descenso del ángulo cólico izquierdo y polo superior del riñón izquierdo. Angiografía digital selectiva esplénica mostró distribución normal de la vascularización esplénica, esplenomegalia.

**TAC:** mostró gran quiste izquierdo en relación con el bazo, pedículo esplénico y cola de páncreas, 2 grandes QH hepáticos póstero superiores y derechos, delante del pilar derecho pseudotumoración, imagen quística en fosa iliaca derecha. La ecografía y gamagrama hepato esplénico, confirmaron los hallazgos de la TAC.

**1ª OPERACION:** 30/11/84. Abordaje abdominal por incisión en boca de horno de hipocondrio derecho e izquierdo. Se comprueba 2 QH hepáticos de lóbulo derecho, un QH de la transcavidad de los epiplones, Gran QH del confluente, cola de páncreas, bazo y riñón izquierdo, 2 QH de fosa iliaca derecha, vinculados al ciego y asas delgadas, todos multivesiculares. Figura N° 4.

Se realiza tratamiento de los quistes de hígado, transcavidad de los epiplones y del confluente espieno renal mediante quistostomías. Quistectomía parcial en fosa iliaca derecha.

**EVOLUCION** tórpida, a los 30 días, dolor en hipocondrio izquierdo y fiebre. **ECOGRAFIA:** mostró proceso expansivo subfrénico izquierdo con paredes definida, probable proceso abscedado.

**2ª OPERACION:** 13/2/85, a los 75 días de la primera. Incisión subcostal izquierda; múltiples adherencias parietales y viscerales que impiden la completa exploración de la logia subfrénica. Absceso subfrénico, lavado drenaje.

**EVOLUCION:** Persiste febril, facies tóxica, con broncorrea y vómica purulenta. Al examen respiratorio: Síndrome en menos basal izquierdo, estertores difusos.

Rx de tórax: mostró opacidad pleural creciente izquierda. Figuras Nos. 5 y 6.



Fig. 1. Urografía de excreción.

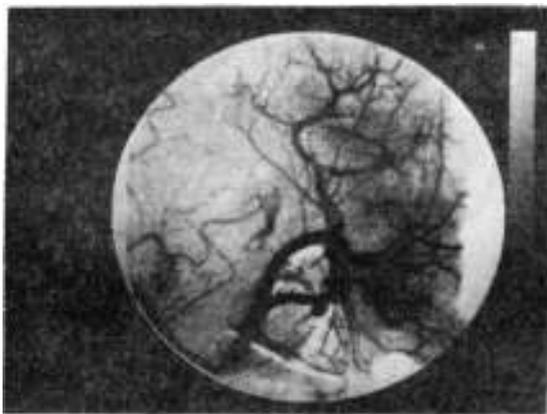


Fig. 2. Angiografía digital.

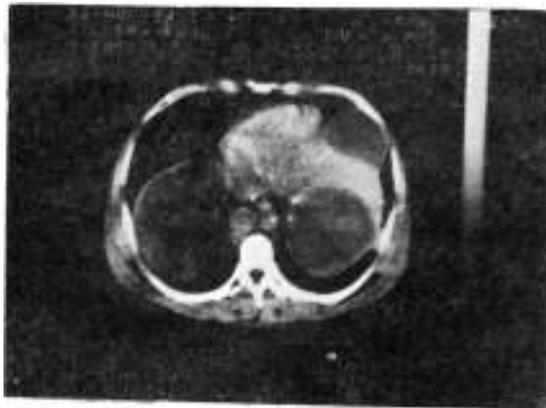


Fig. 3. T.A.C.

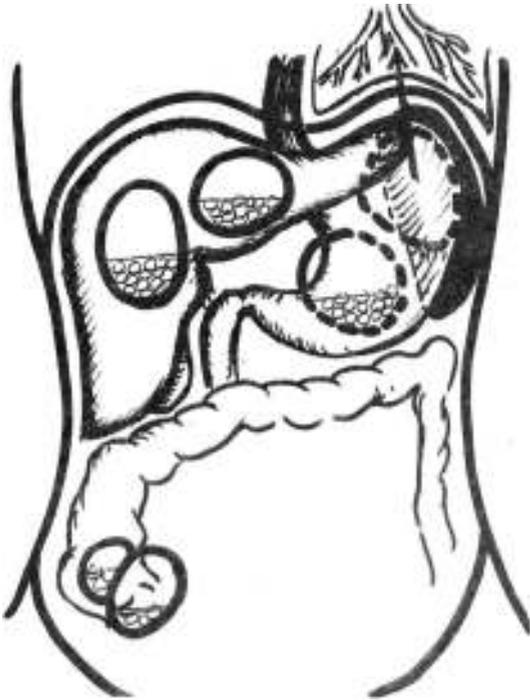


Fig. 4. Esquema 1ª operación.

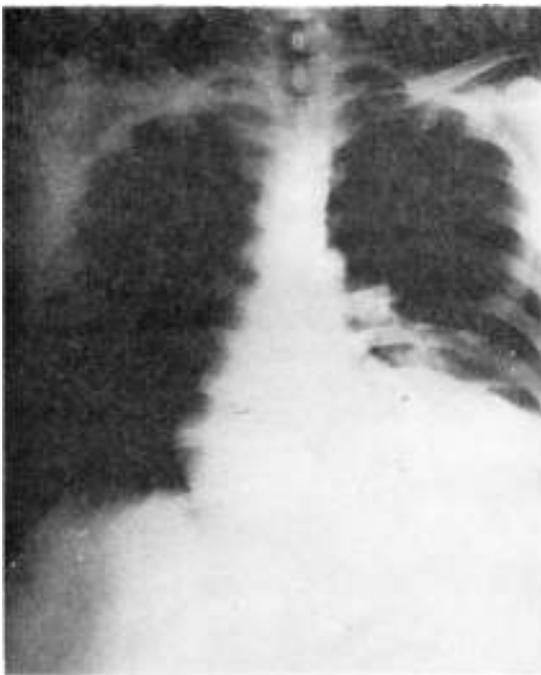


Fig. 5. Rx de Tórax Postoperatoria.

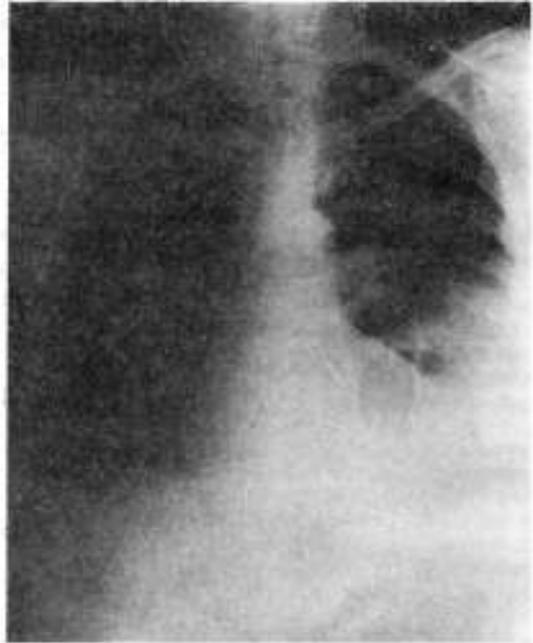


Fig. 6. Rx de Tórax Postoperatoria.

Ante ello se plantean los siguientes diagnósticos diferenciales:

- Es una neumopatía o atelectasia basal izquierda en EPOC descompensado.
- Absceso subfrénico izquierdo residual por drenaje incompleto de probable etiología hidática más derrame pleural.
- Tránsito broncopulmonar de colección subfrénica izquierda.

Se discute el origen pulmonar o subfrénico de ese proceso, en un paciente portador de EPOC descompensada, que aumenta el riesgo anestésico y quirúrgico con la posibilidad de inundación bronquial, por lo cual se decide abordaje torácico en posición casi supina con ligera elevación del hemitórax izquierdo.

**3ª OPERACION:** Toracofrenotomía izquierda sobre el 8º espacio intercostal. Se comprueba derrame pleural reaccional base pulmonar íntimamente adherida al diafragma. Figura N° 7. Al liberarlo se abre comunicación fistulosa transdiafragmática de 1 cm de diámetro, saliendo abundante pus del pulmón y de la logia subfrénica. Cierre de la fístula pulmonar, aerostasia. Figura N° 8. Frenotomía por incisión hemicircunferencial de Belsey, exponiendo la logia subfrénica. Se comprueba fístula originada en gran cavidad hidática calcificada intraesplénica. Esplenomegalia. Se realiza esplenectomía y resección de gran cavidad hidática, lavado no dejándose drenaje. cierre de la brecha diafragmática, drenaje torácico.

Evoluciona con bronconeumopatía bilateral, expectoración hemoptoica persistente que mejora con tratamiento médico.

**ANAT. PATOL.:** Bazo de 485 g con gran cavidad quística con las características de QH calcificado en sufrimiento.

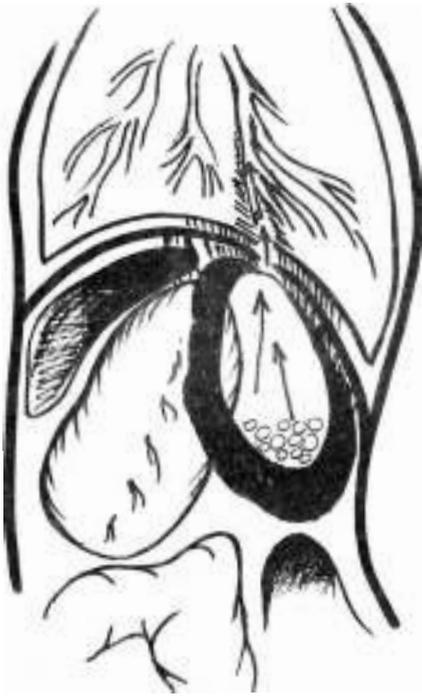


Fig. 7. 3ª operación.

## DISCUSION

Es necesario comentar 2 aspectos fundamentales de esta observación

- Los tránsitos abdomino torácicos izquierdos y
- La hidatidosis esplénica y sus complicaciones.

Siguiendo las clasificaciones de los autores nacionales<sup>(6, 20)</sup> los tránsitos abdomino torácicos se clasifican en DERECHOS MEDIASTINALES E IZQUIERDOS. Nos referiremos exclusivamente a estos últimos.

Los TRANSITOS ABDOMINO TORACICOS IZQUIERDOS son excepcionales en relación a los derechos.

### FISIOPATOLOGIA

Estos tránsitos se desarrollan en estructuras anatómicas diferentes; el hipocondrio izquierdo, en lugar de estar ocupado por una viscera única como el hígado, está compuesto por vísceras sólidas y huecas que determinan, espacios celulares que permiten el desarrollo de la hidátide.

Están sometidos estos quistes en tránsito a la fuerza aspirativa torácica y presión negativa subfrénica.

Cuando los quistes son viejos, degenerados y supurados, asimilan al diafragma a su adventicia, creando las condiciones de tránsito. La irritación pleural crea adherencias, a la base pleural pulmonar constituyendo en su evolución el tránsito.



Fig. 8. 3ª operación.

Dentro de los tránsitos izquierdos no hidatídicos destacamos el absceso subfrénico, perinefrítico, renal o amibiano, o procesos propios del diafragma.

### CLASIFICACION

Los tránsitos hidatídicos izquierdos pueden ser de origen HEPATICO (lóbulo izquierdo) esplénico y renales.

Los tránsitos hepato-torácicos izquierdos pueden dividirse en: Hepato-diafragmático; hepato-pulmonar; hepato-bronquico; Mixtos o complejos (hepatopleurobronquico colepionemotorax).

En la etapa de TRANSITO HEPATO-PULMONAR, el diafragma es incorporado a la adventicia del quiste, sin existir perforación diafragmática, es la etapa frénica del tránsito. Luego el polo superior de la colección hidática, asimila al diafragma en su adventicia con sinfisis de las 2 hojas pleurales y se pone en contacto con el pulmón.

Al inicio se produce una neumonitis inespecífica, posteriormente se constituye una cavidad intrapulmonar, donde se vierte su contenido TRANSITO HEPATO-PULMONAR. La apertura en bronquios es cuestión de semanas constituyéndose el tránsito HEPATO-BRONQUICO, la participación pleural genera las formas mixtas de tránsito.

En nuestro medio Tomalino en 1962, en una serie de 70 observaciones<sup>(8)</sup> relata 2 casos de tránsi-

to hepato-torácicos izquierdos, uno-hepato brónquico izquierdo y otro hidatidotorax con colección subfrénica izquierda. Sarroca en 1975 relata un caso de tránsito hepato-torácico izquierdo agotado<sup>(7)</sup> bajo la forma de tránsito hepato brónquico izquierdo, tratado por vía abdominal.

**TRANSITOS HIDATIDICOS IZQUIERDOS DE ORIGEN RENAL.** Si bien teóricamente son posibles, no hemos encontrado ninguna referencia en la bibliografía nacional consultada.

**TRANSITOS HIDATIDICOS ESPLENO-TORACICOS.** La equinococosis de la logia esplénica, comprende la EQUINOCOCOSIS PRIMITIVA del bazo, hidátide casi siempre única, dependiendo de una infección por vía arterial; y la EQUINOCOCOSIS SECUNDARIA, ya sea de origen seroso, rotura de QH, siembra operatoria o heterotópica serosa, consecutivo al desprendimiento visceral primitivo de la hidátide o EMBOLICA. Estas distintas formas de equinococosis con una misma localización anatómica, síntomas clínicos y radiológicos se estudiarán en conjunto.

La hidatidosis esplénica constituye el 6% para todos los casos de enfermedad hidática<sup>(9, 10)</sup> para Vegas y Cranwel el 3.7%<sup>(11)</sup>.

En la literatura nacional<sup>(1, 7, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22)</sup> y extranjera<sup>(2, 3, 4, 5, 6)</sup> consultada, hemos encontrado un caso estudiado por Larghero: se trataba de una mujer de 33 años operada de un gran quiste hidático de bazo, multivesicular, generado al que se le realizó quistostomía, persistiendo en el postoperatorio supuración de la cavidad adventicial, por la rigidez de la adventicia y debido a que se perdió el drenaje de quistostomía dentro de la cavidad; instalado posteriormente supuración pulmonar con fístula espleno bronquial operada por toracofrenotomía izquierda, resección segmentaria pulmonar y esplenectomía.

**FORMA DE ESTUDIO:** El QH de bazo puede presentarse no complicado, contenido cristal de roca, es la forma más frecuente, con adventicia delgada; los QH viejos, pueden estar calcificados y supurados con adventicia gruesa y rugosa, generando las condiciones para la asimilación diafragmática y migración ascendente torácica.

Por la CLINICA hay un amplio predominio de la sintomatología torácica sobre la abdominal; pueden ser asintomáticos en las etapas iniciales, sensación de pesadez en hipocondrio izquierdo, síndromes de irritación frénica, tumoral, deformación de la región tóraco abdominal esplenomegalia.

En lo PULMONAR: síndrome en menos basal, broncorrea purulenta, vómica, fiebre. En el DIAFRAGMA levantamiento, hipomotilidad.

**RADIOLOGIA:** Cuadro radiológico de ocupación de la logia esplénica, con desplazamiento gástrico, cólico y renal.

Urografía de excreción: descenso del polo superior renal.

Esofagogastroduodeno: deformación de la gran tuberosidad.

**GAMAGRAMA:** Los procesos de sustitución parenquimatosa se ven como áreas hiporadiactivas. Las imágenes no son patognómicas, se hace el diagnóstico de proceso expansivo, debe complementarse con Pool sanguíneo abdominal.<sup>(22)</sup>

**ECOGRAFIA ABDOMINAL.** De gran valor orientador, realiza el diagnóstico y topografía del quiste.

**TOMOGRAFIA COMPUTADA:** Nos habla de la extensión lesional y si la masa es sólida o quística. (Fig. 3)<sup>(23)</sup>

**ANGIOGRAFIA DIGITAL.** Nos muestra la distribución de la circulación esplénica. (Fig. 2)

Los SINDROMES TORACICOS se estudian con Radiología simple de tórax frente y perfil; puede mostrar diafragma elevado por proceso subfrénico, ocupación pleural, opacidad parenquimatosa.

TOMOGRAMA confirma el origen subfrénico.

BRONCOGRAFIA no tiene indicación. CARMIN DE BEST tiene valor cuando es positivo. SINDROME BIOLOGICO es generalmente positivo.

**ANAT. PATOL.:** Una vez que el polo superior de la colección hidática ha asimilado el diafragma a su adventicia quística y se realiza la contaminación directa del pulmón, se constituye así:

- un proceso inferior: absceso hidático encerrado en la adventicia del quiste.
- la brecha diafragmática: por donde evade el material, generalmente pequeño, único o múltiple, que comunica las 2 colecciones en forma de reloj de arena.
- y, por último, la supuración intrapulmonar. Al inicio una neumonitis inespecífica, posteriormente, la cavidad intrapulmonar, con tendencia a limitarse por la reacción del parénquima, finalmente su apertura en bronquios.

## TRATAMIENTO

Las situaciones clínicas muy diversas, obligan a tratamientos diferentes ya sea en la cirugía de elección o de urgencia, en este último caso a veces obliga a renunciar al tratamiento radical para tratar la complicación de mayor entidad clínica.

En la URGENCIA cuando hay síndrome de hipertensión biliar, abordaje abdominal. En el síndrome de hipertensión intratorácico (empiema) drenaje. Absceso subfrénico o hepático, abordaje abdominal.

En la cirugía de ELECCION, el abordaje es de preferencia por toracofrenotomía, respetando la integridad del reborde costal.

La táctica consiste en tratar 3 focos:

— Lesiones pleuropulmonares: las adherencias entre el pulmón y el diafragma, pueden ser muy firmes, exponiendo a heridas a ambos lados del trayecto, el cual puede ser único o múltiple, o ser una caverna abcedada en plena hepatización. Puede haber un derrame pleural reaccional o empiema que obligue a realizar una decorticación.

Se realizará el cierre de la brecha bronquial, resecciones pulmonares atípicas marginales, si es necesario extirpando los tejidos esclerosados, tratando de ser conservador, sabiendo que una vez suprimida la noxa estas lesiones pueden ser reversibles. Es poco frecuente tener que realizar lobectomía.

— Lesiones diafragmáticas: Una vez liberado el pulmón y expuesto el orificio del tránsito, penetramos en el espacio subfrénico, mediante frenotomía en zona sana, seccionando el diafragma en forma curvilínea, contorneando el área de fusión vecina a la inserción costal.

— Lesiones esplénicas: Los QH que se transitan son multivesiculares supurados y/o calcificados, donde la esplenectomía tiene indicación formal; para ello se realiza la evacuación del quiste si es grande.

Se realiza la entrada a la retrocavidad por sección del ligamento gastro esplénico, ligadura de los vasos cortos y ligamento freno esplénico.

Generalmente existe periesplenitis por lo cual el polo superior y cara externa es sangrante, tratan de evitar lesiones del diafragma y suprarrenales.

En lo posible si la hemostasis y la evacuación de las colecciones es satisfactoria no dejamos drenaje, tal como sucede en este caso.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. LARGHERO P., VENTURINO N., BROLI C. — Equinococosis hidática del abdomen: Equinococosis hidática esplénica y periesplénica. Montevideo, Delta, 1962.
2. ANSALDO C. y ASIRAGHI J. — Quiste hidático del hígado a evolución torácica. Bol. Trab. Soc. Cir. Buenos Aires, 1959; 43: 859-77.
3. BOURGEON R., GUNTZ M., CATALANO H. et VIDEAU. — Les communications bronchiques pulmonaires et parietales des Kystes hidatiques du foi ouverts dans les vois biliaires. Afr. Fr. Chir., 1958; 16: 371.
4. IVANISSEVICH O. — Quistes hidáticos del bazo. Bol. Int. Clín. Quir., 1929; 5: 209.
5. SAIDI F. — Surgery of hydatid disease. Philadelphia, Saunders, 1976.
6. KOURIAS B. — Kystes hydatiques du foie ouverte dans le poumon et les bronches. Etat actuel de traitement chirurgical. J. Chir., 1957; 74: 138.
7. SARROCA C., FRANCIA E., AMONTE P. — Tránsito hidático hepatotorácico izquierdo agotado. El Tórax 1975; 24: 116.
8. TOMALINO D. — Complicaciones torácicas de la equinococosis hepática. El Tórax, 1962; 11: 83.
9. TERRA E. — Equinococosis hidática abdominal extrahepatorenal. Quiste hidático primitivo de bazo. Rev. Cir. Uruguay 1985; 55: 171.
10. TERRA E. — Hidatidosis esplénica. Tesis de Doctorado, 1956.
11. ANAVITARTE E., ARRUTI C., TORRES D. — Equinococosis heterotópica peritoneal de origen esplénico en el niño. Cir. Uruguay 43: 308, 1973; 43: 308.
12. ARMAND UGON V. y TOMALINO D. — Tránsitos hidáticos hepatotorácicos. Consideraciones sobre 40 casos personales. El tórax, 1958; 7: 188-209.
13. BLANCO ACEVEDO E., MORADOR J.L. — Los quistes hidáticos de la logia esplénica. Ateneo Clín. Quir., 1947; 13: 33; 1948; 14: 81.
14. LARGHERO P. — Equinococosis heterotópica del peritoneo de origen esplénico. Bol. Soc. Cir. Uruguay 1949; 20: 302.
15. PRADERI L. — Evolución ascendente mediastinal de quistes hidáticos subfrénicos. Bol. Soc. Cir. Uruguay 1956; 27: 573.
16. PRADERI L. — Tránsitos hepatotorácicos de origen hidático. Cir. Uruguay 1970; 40: 149.
17. SUAREZ H. — Directivas del tratamiento en el tránsito hidático hepato torácico. "Pautas diagnósticas y terapéuticas en cirugía torácica. Cir. Uruguay 1975; 45: 364.
18. SUAREZ H. y VICTORICA A. — Tratamiento de los tránsitos hidáticos hepatopulmonares transdiafragmáticos. Cir. Uruguay 1950; 21: 245.
19. TOMALINO D. y SUAREZ H. — Quistes hidáticos del diafragma. El tórax 1958; 7: 142.
20. VALLS A. — Complicaciones peritoneales crónicas de la hidatidosis peritoneal. Cir. Uruguay 1971; 41: 378.
21. VALLS A. — Hemorragias digestivas graves en el quiste hidático de bazo. Cir. Uruguay 1969; 39: 27.
22. TOUYA J.J., OSORIO A., TOUYA E., BECKERMAN C., PAEZ A., FERRANDO R., FERRARI M. — Centellografía en la hidatidosis. El tórax 1971; 20: 378.
23. WOZNIAK A., LUONGO A., POU G. — El estudio de la hidatidosis con tomografía computada. Cir. Uruguay 1981; 51: 527.