

EQUINOCOCOSIS PARIETAL SECUNDARIA A QUISTE HIDÁTICO DEL PULMÓN OPERADO ANTERIORMENTE

Alberto D. MAISONNAVE

Con la colaboración anatómo-patológica del Dr. Carlos María DOMÍNGUEZ

HISTORIA CLÍNICA. — S. A. P., 38 años de edad, G. C., domiciliado en el Balneario Solís, departamento de Maldonado. Siempre ha vivido en ese departamento. Ingresó al Hospital Militar el 15 de mayo de 1939, por varias tumorações subcutáneas ubicadas en el hemitórax izq., entre la línea axilar anterior y posterior a la altura de la VII costilla.

Antecedentes hereditarios. — No hay antecedentes hidáticos en la familia.

Antecedentes personales. — Casado, 9 hijos, todos vivos y sanos. Sarampión en la infancia.

A continuación transcribimos la Historia Clínica del Servicio del Profesor Prat (1) del Hospital Pasteur, Sala N° 27 al que ingresó el 23 de junio de 1931:

"Hace diez años después de un fuerte resfrío con bastante tos sienta una puntada en el costado derecho, escalofríos, esputos hemoptoicos. Gran adelgazamiento. Se repone bien y pasó 4 años sin sentir absolutamente nada. Pasada esa época comenzó a sentir una puntada de costado en el lado izquierdo a la altura de la punta del omóplato sin irradiaciones, poca tos sin expectoración, oyendo al respirar un ruido como un roce de cuero nuevo, dice el enfermo. Sin adelgazamiento, sin sudores nocturnos, apetito conservado. Desde esa época cada vez que se enfriaba o a veces espontáneamente, sentía el dolor antes citado con los roces.

"Hace 4 días tuvo una nueva puntada más fuerte que las anteriores pero irradiándose del omóplato hacia la tetilla izquierda y hacia el flanco del mismo lado, poca tos y escasa expectoración mucosa. Al respirar hondo siente los ruidos ya citados pero más intensos.

Examen. — Enfermo con buen estado general. A la inspección del tórax no se nota nada anormal. A la percusión se nota, una submacidez, en el costado izquierdo del tórax y en la parte posterior más o menos a la altura de la cisura. Abolición de las vibraciones a ese nivel y parece sentirse los roces de que habla el enfermo. A la auscultación se nota un

(1) Agradezco a los Profesores P. Prat y E. Lamas Pouey, el haberme facilitado esta Hist. Clínica, demostrando así su espíritu de colaboración.

" aumento de respiracion en el vértice y parte media del pulmón, oyéndose
" donde se sentía la macidez roces gruesos en ambos tiempos de la respira-
" ción y acompañándose en las respiraciones profundas de algunos ester-
" tores finos. No hay soplo.

"Radiográficamente. — La imagen del K. H. no es clara. Tiene el signo
" de "Escudero - Nemenow.

"Intra - dermo reacción de Cassoni. Dudosa.

"Intervención. Dr. E. Lamas Pouey. Practicante Suárez.

"Resección costal en la línea axilar a la altura del quiste, como habían



Fotografía N° 1

" adherencias pleurales se operó en un tiempo, sacándose la membrana. Tubo
" de drenaje.

"Alta a los 30 días en perfectas condiciones".

Enfermedad actual. — (Ver fotogr. N° 1, 2 y esquema). Desde hace 4 años comenzó a notar la existencia de una tumoración (N° 4 del esquema) debajo de la cicatriz de la operación anterior formando cuerpo con ella, en la parte media y lateral del hemitórax izquierdo, entre las dos líneas axilares anterior y posterior. Esta tumoración a pesar de ser la primera en aparecer aumentó muy poco en tamaño, permaneciendo casi inalterable. Más tarde, más o menos al año, notó otra tumoración (N° 2-3 del esquema) del

tamaño de una uva que en cambio aumentó rápidamente hasta hacerse casi del volumen de un huevo de gallina. Esta fué seguida más o menos al año de otra (Nº 5 del esquema), situada en la parte posterior y por arriba de la cicatriz, que a su vez fué seguida de otra tumoración, sin poder especificar el tiempo (Nº 1 del esquema). Estas dos últimas fueron aumentando paulatinamente de tamaño hasta llegar a tener el volumen de un huevo de paloma.



Fotografía Nº 2.

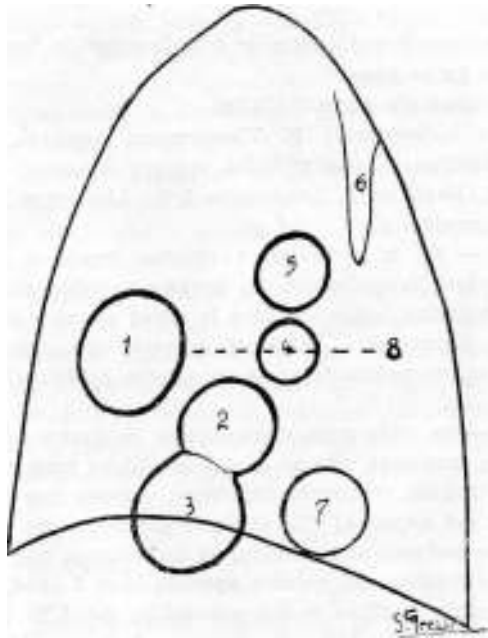
La tumoración Nº 7 del esquema, ni el enfermo, ni clínicamente, ni en la 1ª operación había sido individualizada, es la que fué objeto de nuestra segunda intervención.

Todas estas tumoraciones no le producían mayores trastornos, salvo cuando se acostaba sobre ese lado.

Estado actual. — Enfermo con buen estado general, mucosas bien coloreadas y apirético. En el tórax a la inspección se observa a nivel de la VII costilla entre las dos líneas axilares una cicatriz horizontal de pleurotomía, de una extensión de 10 cms., rodeada de cuatro tumoraciones redondeadas, tres de ellas del tamaño más o menos de una mandarina y una cuarta haciendo cuerpo con la cicatriz, en su parte media, del tamaño de una ave-llana.

A la palpación, las cuatro masas son tensas, renitentes. La anterior

(Nº 1 del esquema) no se desliza sobre los planos profundos pareciendo estar íntimamente adheridos a ellos pero permitiendo a los planos superficiales deslizarse sobre ella. Las tres restantes que son posteriores, la superior Nº 5 y la inferior a la cicatriz (Nº 2-3) son móviles sobre los planos profundos y permite el deslizamiento de los planos superficiales sobre ella, en cambio la más pequeña Nº 4 del esquema está adherida a la cicatriz y



ESQUEMA

Vista esquemática de perfil, mostrando la situación de los quistes hidáticos subcutáneos. -- 1. Quiste adherido al periostio costal; 2, 3. Quiste biloculado, infra-cicatrizal; 4. Quiste pequeño (adherido); 5. Quiste supracicatrizal; 6. Omóplato; 7. Quiste extraído en nuestra segunda intervención; 8. Línea-cicatriz de la 1ª intervención hecha hace ocho años.

la siguen en todos los desplazamientos. Bien limitadas en toda su periferia tienen todas ellas una forma bien redondeada.

Mates a la percusión, ninguna de ellas tiene frémito hidático.

A la presión no hay godet, ni empastamiento, ni ningún otro signo de inflamación. La presión sobre los elementos de los planos subyacentes, costillas y músculos, no dan signo alguno doloroso. No hay repercusión ganglionar.

A la tos se recibe la impresión de que existe una impulsión pero es en realidad un desplazamiento hacia adelante determinado por la contractura y el juego muscular.

Aparato respiratorio. — Sub matidez en la parte izquierda acercándose a la zona de la tumoración, ligera expiración soplante en la zona paravertebral izq. Pulmón derecho s/a.

Aparato cardio-vascular. Pulso 84, presión 13 y $\frac{1}{2}$ y 7 y $\frac{1}{2}$, tonos cardíacos normales.

Aparato digestivo: Hígado palpable a la inspiración profunda, algo duro e indoloro. No se palpa bazo.

Sistema nervioso: sin anormalidades.

Exámenes de Laboratorio: R. Wassermann negativa. Orina: normal. Numeración y clasificación de glóbulos rojos y blancos: Rojos 4.300.000. Neutrófilos 56 %. Basófilos 0. Eosinófilos 5 %. Linfocitos 33 %. Monocitos, 6 %. Urea en el suero 0.37.

Radiografía. — En la parte látero-inferior izquierda del tórax, se observan cinco sombras redondeadas, de tamaño variable entre un huevo de gallina y una mandarina, situadas entre la pared costal y la piel, disociando el plano músculo aponeurótico. El tinte de estas opacidades es homogéneo. Por sus características podría tratarse de quistes hidáticos". — (Firmado): *Santiago Grezzi.*

Diagnóstico. — Se trata pues, clínicamente, de cuatro tumoraciones (después veremos que eran más, que se han desarrollado lentamente, sin ningún accidente agudo, blandas, renitentes, indoloras, móviles tres de ellas, una sola, la anterior (Nº 1 del esquema) fija al plano profundo, que no aumentan con la tos y que no se reducen a la presión, en un enfermo que tiene como antecedente un quiste hidático del pulmón operado hace 8 años, con reacción de Cassoni, intensamente positiva y una eosinofilia del 5 % y con una radiografía por demás elocuente; todo esto tiene por fuerza que llevarnos como de la mano a un solo diagnóstico: al de "Quistes hidáticos múltiples de la pared torácica". Las otras tumoraciones no inflamatorias, como ser: Lipoma y miomas múltiples, abscesos fríos o pseudo-abscesos osifluentes a punto de partida vertebral o costal, sifilomas, etc., solamente las mencionamos para descartarlas.

El 24 de mayo se le opera. Anestesia local a novocaína. Se hace una insición de piel y tejido celular en forma de hueso resecaando la antigua cicatriz y con ella la tumoración pequeña, Nº 4 del esquema, que a la palpación sentíamos adherentes a la cicatriz. Llegado al plano muscular, se palpa las distintas tumoraciones. Se aborda la anterior (Nº 1 del esquema), es decir, la fija, pasando al través de una capa de músculos que se disocia como en un Mac Burney. Se descortica la periferia y con ello se hernia la tumoración, pero al llegar a su parte profunda se ve que está muy fija al periostio costal, por lo cual se deja para el final su extirpación por creer que el espacio que dejarán libres las otras tumoraciones, una vez extirpadas, facilitarán esta maniobra.

Se aborda la superior y posterior (Nº 5 del esquema) que se descortica

cuidadosamente en toda su superficie. Tiene una inserción fibrosa al gran dorsal y otra anterior al serrato que es necesario cortar, lo que permite extraer íntegra la tumoración.

Luego se aborda la inferior y posterior (Nº 2-3 del esquema) que una vez liberadas se advierte que tiene una adherencia a los planos profundos y que es necesario cortar. Se descubre que hay otra tumoración de menor tamaño que la adhiere íntimamente y que se extirpa con ella.

Por último volvemos a la primera es decir, a la anterior (Nº 1 del esquema), que ahora es más fácil su extirpación, lo que se hace cortando a tijera las fuertes adherencias que la fijan al plano costo-muscular, pero al final de esta operación, se rompe la tumoración dando salida a un líquido cristalino y a una membrana.

Terminadas las extirpaciones se hace la inspección y la hemostasis de la cavidad y previa irrigación con éter se suturan los músculos dilacerados, se hace lo mismo con la piel y se deja un drenaje filiforme en un extremo de la herida.

Segunda operación. — A los 10 días de la primera intervención se comprueba que por debajo de la cicatriz, a 4 través de dedos, hay una tumoración (Nº 7 del esquema), del tamaño de una nuez, con análogos caracteres que las anteriores. Se decide hacer su extirpación, lo que es un poco laborioso, pues está adherida por todas sus partes con los músculos que la rodean, aunque no lo está al plano profundo parietal. Este quiste que fué extraído "in toto" como los anteriores y por un olvido no fué enviado al anatómopatólogo.

ANATOMÍA PATOLÓGICA

El material que recibe el Laboratorio de Anatomía Patológica está compuesto de lo siguiente: 3 formaciones quísticas de una de las cuales viene por separado la membrana parasitaria por rotura de la periquística; un fragmento de piel de forma rómbica en cuya cara cutánea están los signos de una cicatrización lineal, regular y blanda — en la cara dérmica existe un proceso patológico productivo adherente, semiglobuloso que al seccionar se pone en evidencia que el contenido está constituido por una membrana hidática; además, acompañan a esta parte principal del material remitido diversos fragmentos de tejidos en los que se reconoce el conjuntivo, el muscular y el grasoso, todo lo cual forman trozos de cierta consideración.

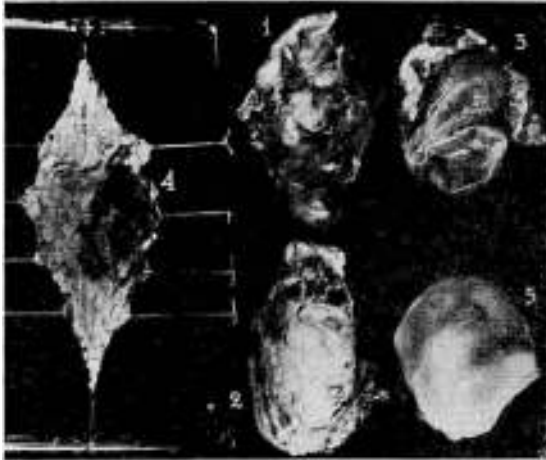
Las tres formaciones quísticas 1, 2, 3 (fotografía Nº 3), tienen una configuración ovoidea, de superficie irregular, con restos de tejidos adherentes fibro-grasoso y muscular. El eje mayor de estas formaciones ovoideas son en orden decreciente de 10, 8 y 6 centímetros. En el mismo documento gráfico se puede ver la fotografía de la cara dérmica (y el quiste adherido) de la piel 4 que contiene la cicatriz y a la derecha de la formación quística inferior 2 la membrana hidática 5 que hacía saliencia por la rotura de desprendimiento.

Teniendo en cuenta su aspecto macroscópico, trataríase de 4 quistes

hidáticos con signos anatómicos de adherencia a la región tisural en que el cirujano los encontró implantados.

El seccionamiento de cada uno (véase fotografía N° 4) practicada paralelamente al eje mayor de los quistes, pone en claro los siguientes hechos:

a) El quiste mayor (N° 1) consta de 4 variedades quísticas cada uno con su reacción periquística, reunidos en un solo bloque por las adherencias del medio en que se desarrollan. El central (a) es globuloso con membrana desplegada, el superior (b) experimenta cierto grado de deformación plana,



Fotografía N° 3

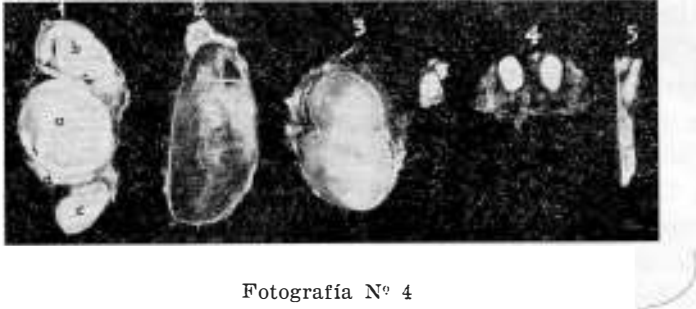
con membrana también desplegada; el inferior (c), redondeado con una membrana muchas veces plegada y el que está entre este último y el central (d) considerablemente aplanado y con las membranas en forma de estratos. El N° 2 es un quiste único; el N° 3 también único con tendencia a la bilobulación, pero, en el tejido inflamatorio alrededor de la periquística encontramos otro pequeño como un garbanzo arriba y a la derecha del 3; a continuación de éste hemos colocado un quiste como una avellana que diseamos, con un corte, al manipular los trozos de tejidos de que hemos hecho mención, y, por último, un fragmento de piel en el que se visualiza macroscópicamente el quiste que está directamente adherido a la zona cicatricial de la piel extirpada.

Por tanto, la búsqueda por disección del material remitido nos coloca frente a 6 quistes hidáticos (expuestos en la fotografía N° 4). Pero, el quiste mayor, en el corte, representa 4 formaciones quísticas de desigual desarrollo y evolución, por consiguiente, en total, se trataría de 9 quistes subcutáneos.

El estado de las membranas quísticas está representado por dos aspec-

tos, membranas sin alteraciones patológicas y membranas en involución regresiva en grados diversos, comprobándose la necrobiosis y aún la necrosis.

El proceso que domina en los tejidos circunvecinos a las mencionadas formaciones quísticas equinocócicas es de naturaleza inflamatoria crónica con marcada tendencia al enquistamiento fibro-escleroso de algunos de los quistes, pero, incompleto por la infección o poder irritativo de las albúminas



Fotografía N° 4

heterógenas que impide la soldadura fibroesclerosa total, lo que significa que a menudo vemos anatomopatológicamente una constante reacción granulomatosa infectiva alrededor de estos quistes.

CONSIDERACIONES

Concretando: este enfermo tenía seis quistes hidáticos de la pared torácica conglomerados y rodeando a una vieja cicatriz que correspondía a la incisión de una intervención hecha hace 8 años, por un quiste hidático del lóbulo inferior izquierdo pulmonar. Lo primero que se plantea es ¿estos quistes hidáticos, subcutáneos o musculares, son ellos primitivos de la pared o por lo contrario son secundarios a una siembra parietal?

Es sabido que un embrión hexacanto, después de perforar la pared intestinal haciendo irrupción en el torrente sanguíneo (nos referimos a los que lo hacen por el sistema porta), si no es detenido por el filtro hepático y pulmonar, llega al corazón izquierdo y de ahí ingresa a la gran circulación, para irse a localizar en cualquier tejido de la economía, para sufrir la transformación vesiculosa - hidática.

Si tal cosa sucediera en nuestro caso, se trataría de una hidatidosis primitiva a quistes múltiples de la pared torácica, cosa

muy difícil de admitir por las siguientes razones: 1º por su multiplicidad, 2º por sus adherencias y 3º por los antecedentes y localización de los quistes.

1º) SU MULTIPLICIDAD. — Si es raro el K. H. primitivo de la pared torácica, sería algo extremadamente excepcional que llegaran, como en nuestro caso, a un número de cinco.

Es sabido que la equinococosis secundaria, sea en serosa órgano o tejido peritoneal, pulmonar, pleural o subcutánea) es siempre múltiple, cosa que no sucede con el quiste primitivo que en la gran mayoría de los casos es único, así lo dicen Verdun en su tratado de Parasitología Humana en su segunda edición, página 272: “el origen primitivo no puede ser admitido para los quistes llamados múltiples, localizados en gran número generalmente en el tejido celular peri-vascular e intramuscular que rodea los grandes vasos, sería necesario admitir la migración en masa de embriones y la detención de todos los hexacantos en el mismo punto, lo que parece poco posible. Es mucho más probable que se produzca a continuación de una hidatide primitiva una siembra local”. En este caso se podría explicar la multiplicidad por la rotura de un K. H. parietal primitivo o la siembra operatoria por el K. H. pulmonar intervenido.

Es sabido que el K. H. parietal primitivo puede dar la siembra en los tejidos circunvecinos por rotura, produciendo una equinococosis secundaria local, o por su vesiculización exógena o por supuración la que da la distensión lenta y progresiva de la adventicia y su fisuración, lo que permite a la hidatide joven, por su elasticidad especial que abandone su cavidad y como dice Dévé “sería proyectada fuera del quiste como el óvulo lo es de su ovisac y sería injertada secundariamente en los tejidos circunvecinos” conservándose libre o desnuda (equinococosis primitiva heterotópica). Ninguno de los quistes de este enfermo estaba supurado.

Además, como lo establece bien claramente el enfermo en su interrogatorio, la aparición de la tumoración inicial (Nº 4 del esquema), al nivel de la cicatriz, que permaneció pequeña, casi inalterable y la aparición sucesiva de las otras que lo hacían a intervalos largos de tiempo, lo que permitió al enfermo individualizarlas una a una; es argumento poderoso contra una siem-

bra a expensas de una hidatide primitiva parietal, pues de ser así, ésta una vez aparecida se hubiera desarrollado grandemente, y no como en este caso que precisamente la inicial, fué la que permaneció más pequeña y casi inalterable al par que su situación debajo de la piel misma, formando cuerpo con ella, es como la rúbrica de su origen.

2º) ADHERENCIAS. — Si fuera primitivo el origen de estos K. H. que hubieran llegado a la periferia, ya sea por la vía vásculo-linfática, de la que ya hemos hablado, ya sea por la vía del tejido celular subperitoneal, siguiendo la vaina de los vasos para emigrar a la periferia y localizarse en los miembros o siguiendo las vainas musculares y sus prolongamientos intramusculares para localizarse en el tronco; cualquiera que hubiera sido la vía seguida, vásculo - linfático o tejido subperitoneal, siempre la localización se haría en un tejido solamente: subcutáneo, muscular, perióstico u óseo.

La adherencia del pequeño K. a la piel cicatricial, con el cual fué ressecado, así como el anterior a las costillas y de los otros a los músculos circunvecinos, vale decir a tejidos distintos, abonan por su origen de equinocosis secundaria a una siembra.

3º) ANTECEDENTES Y LOCALIZACIÓN. — Como lo dijimos anteriormente, este enfermo ha sido operado de quiste hidático primitivo del pulmón y el hecho que todos estos quistes de que hablamos se conglomeren y rodeen la cicatriz de la incisión hecha hace 8 años para su abordaje y drenaje, hace que veamos como muy lógico una relación de causa efecto entre un proceso y otro.

Aceptado que por su multiplicidad, por sus adherencias y por los antecedentes y la localización se trate de un caso de equinocosis secundaria por siembra hidática y no de quistes hidáticos primitivos múltiples, queda por saberse si ésta ha sido producida por ruptura, vesiculización exógena o por fisuración del quiste primitivo parietal, o por el contrario que ha sido originada por una siembra operatoria, por la intervención anteriormente realizada en su quiste hidático del pulmón que en este caso sería el primitivo.

Todo se conjura para que sea esto último y no querer admi-

tirlo sería forzar el razonamiento y sería ir contra una lógica relación de causa efecto entre un proceso y otro.

Se ha dudado durante tiempo de la fertilidad del K. H. del pulmón admitiendo que era acefalocitos a pesar de su vitalidad. Sin embargo hay pruebas anatomo - patológicas y biológico - clínicas que demuestran lo contrario. *Es prueba anatomo - patológica*, el hecho que al examinar al microscopio las vómicas se encuentra en algunas de ellas ganchos y escolex y macroscópicamente, hidatidas.

Lo mismo sucede a veces al examinar el líquido hidático retirado por punción operatoria. Pero entre estos escolex hay que diferenciar aquellos que tienen o no glucógeno, pues este elemento es función de fertilidad. Sabemos que son fértiles aquellos que lo tienen (orto - escolex) y que no lo son aquellos que no lo tienen (meta - escolex).

Son pruebas biológico - clínicas de esta fertilidad: 1º *La hidatidosis pulmonar secundaria broncogenética* (los Prof. D. Prat y D. Lamas proponen designarla con el nombre de "equinococosis secundaria por siembra bronquial").

Esta hidatidosis broncogenética es extremadamente rara, pues existen solamente 18 casos publicados y comprobados como tales en la literatura médica. Dévé sostiene que su frecuencia probablemente es mayor que lo que establecen las estadísticas.

En nuestro medio los Profs. Barcia y García Otero (2) relatan una observación, los Profs. D. Prat y D. Lamas (3) otra y el Prof. Raúl A. Piaggio Blanco, cuatro (4).

Estas hidatidosis secundaria prueba no solamente que los K. H. pulmón son fértiles sino que además demuestra que son capaces de desarrollarse en cavidades recubiertas de mucosas como lo son los bronquios. Ya Dévé (5) en 1901 había demostrado la evolución vesicular del escolex en el hombre, negada hasta entonces, creando para denominarla el término de "hidatosis secundaria", estableciendo cuatro variedades: hidatosis secundaria local, H. S. difusa o intersticial del tejido celular, la serosa y la embólica o metastásica. Tres años más tarde, en 1904 (6), sostuvo experimentalmente la posibilidad de que existiera también la "equinococosis secundarias de las mucosas", cosa que le fué combatido por Dew (7), Businco, Lehmann y Lagos García (8) lo que lo obligó a Dévé (9) a repetir sus experiencias en 1931,

que fueron confirmatorias de las anteriores. Más tarde, la clínica humana confirmó con la equinococosis secundaria broncogenética la verdad de su aserto, logrando en 1932 Hebert (10) reunir 6 observaciones, la primera de fecha de 1916 del Profesor Alfonso Lamas.

Es difícil la diferenciación de la H. P. S. broncogenética con la *hidatidosis pulmonar metastásica* (11) *embólica* (12), producida por la ruptura de un K. H. del hígado o del corazón derecho (excepcionalmente de un hueso) en la vena supra - hepática o en la cavidad cardíaca respectivamente, con irrupción embólica de escolices en el torrente sanguíneo los que son llevados por las arterias pulmonares y dado que éstas son en un todo superponibles a las ramificaciones brónquicas, tomarán igual distribución que en la H. P. S. broncogenética. Sin embargo, su bilateralidad, su mayor difusión, su multiplicidad, el tamaño relativamente uniforme de las sombras quísticas, la falta de vómica inicial, la falta radiológica de vestigios de un quiste inicial primitivo pulmonar, la coexistencia de un quiste hepático o cardíaco facilitarán el diagnóstico con la H. P. S. broncogenética.

2º) Es también una prueba de fertilidad, la *equinococosis secundaria de la pleura* (13) debida a la ruptura de un quiste periférico primitivo del pulmón (más raramente de un quiste de origen infradiafragmático: hepático, renal o esplénico) en la cavidad pleural, seguido del injerto o del enquistamiento sub - pleural (sub - endotelial) de los elementos hidáticos en ella caídos.

Dévé, en su artículo sobre la "Equinococosis secundaria de la pleura" (Journal de Chirurgie, año 1937, T. I, pág. 499) llama la atención sobre un hecho interesante: las tendencias de los quistes H. secundarios de la pleural a su exteriorización parietal ("hernia - trans - parieto - torácico"). "Parece, dice Dévé, que la sínfisis pleural brida la expansión de los quistes parietales hacia el parénquima pulmonar, que es sin embargo idealmente flexible y que obliga a estos quistes, nacidos en verdad bajo la pleura parietal, a rechazar hacia fuera la flexible barrera de los músculos intercostales. De hecho estos quistes eventran la pared muscular hasta hacer saliente en la superficie del tórax "rompiendo la regularidad de la línea torácica" dice Prat y D. Lamas (2) en su caso de equinococosis pleural secundaria".

Se vuelven perceptibles a la palpación como a la inspección simulando abscesos fríos de origen central”.

La evolución en cuestión no constituye un accidente sino una excepción. Luego establece que conoce cinco casos: el de Reboul, el de Lendón, el de Prat, el de Costantini y el de Pasman.

En nuestro caso todos los quistes estaban por fuera de la parrilla costal, solamente uno (Nº 1 del esquema) tenía íntima adherencia con el periostio de una costilla, pero ésta estaba intacta, no presentando ningún signo de “usure de compresión ex-céntrica”; ni tampoco de la anamnesis de este enfermo, se desprende que haya habido ninguna faz de cataclismo inicial, manifestación frecuente del accidente de la inoculación pleural, y que tiene un gran valor retropectivo.

Dévé dice: “que es sospechoso de una equinococosis secundaria de la pleura, cuando en un antiguo operado de un K. H. del pulmón o de la convexidad del hígado por una incisión de Israel aparece una recidiva hidática en la cicatriz operatoria”. Después de operar a este enfermo lo hemos radiografiado y tomografiado sin haber encontrado sombras pleuro - pulmonares, como tampoco ninguna alteración de “usure de compresión” costal.

Si una punción exploradora, practicada con el objeto de sentar diagnóstico, en una tumefacción fluctuante y circunscripta punteando en un espacio intercostal, si en lugar del líquido purulento esperado, por haber hecho diagnóstico de absceso frío de la pared torácica, se extrae líquido cristal de roca, semejante revelación, — dice Dévé — deberá hacer sospechar al lado de la hipótesis de una equinococosis costal, la probabilidad de una equinococosis pleural secundaria. La anamnesis y sobre todo la radiografía precizarán el diagnóstico”.

Por último una tercer prueba biológico - clínica de la fertilidad de los K. H. del pulmón sería nuestro caso que tendría todo el valor de una experiencia. Lo presento a esta Sociedad por creer que es realmente rara la siembra de la cicatriz operatoria en los K. H. del pulmón. Antonucci (15) cita una observación de Courtin de un enfermo que fué operado en un K. H. implantado en una fístula por neumotomía hecha por un K. H. primitivo pulmonar. A su vez Jeanne (16) dice: “Felizmente el injerto equinococósico, es de lo más raro en la pleura y en la pared, después de la incisión de un quiste pulmonar”. Los Dres. Prat y D. Lamas

escriben: "en nuestra larga práctica quirúrgica, con una prolongada experiencia del quiste hidático, no hemos observado ningún caso de hidatosis por inoculación operatoria de la herida, ni tampoco tenemos conocimiento de casos semejantes de nuestros colegas". El Dr. Lagos García (8), sólo encuentra en su estadística personal una observación de siembra pleuro-pulmonar secundaria a la punción de un K. H. cerrado del pulmón. El Dr. Armand Ugón (17) publicó una observación de equinocosis pleural secundaria a la intervención de un K. H. primitivo del pulmón.

Esta rareza se ha querido explicar de distintas maneras: 1º Porque en realidad, los K. H. del pulmón son mucho menos escolíferos que cualquier otro quiste del organismo, dado que son los que menos sufren. 2º Quizá sea como lo quiere el Profesor Prat y D. Lamas, que dicen al respecto: "Para nosotros la infección que fatalmente se produce en la brecha quirúrgica con el método de los dos tiempos operatorios, provoca un medio completamente inapropiado al desarrollo de los gérmenes hidáticos, que pudieran haberse detenido en aquéllas y que están destinados a morir".

Dévé no está de acuerdo con esto y afirma: que no le parece imposible que el escolix resista algún tiempo la supuración y cita casos de Leonard, de Guering-Legrós, de Renón, de Aclard, de Bernón, de Bréssot, de Ugón y Pasmay y el hecho experimental, que inoculando subcutáneamente arenilla equinocócica, a pesar de haber supurado, fué positivo el resultado de la inoculación; aunque es de notar que las circunstancias no son las mismas que en las heridas operatorias, dado que en la experimentación el escolix se encuentra en cavidad cerrada, lo que permitirá su fijación y siembra con más probabilidades de hidatización.

Argumento más poderoso, es el injerto en cicatrices a pesar de la supuración que acompaña casi fatalmente a la marsupialización (observación de Quenú) y mismo a pesar de la supuración previa del quiste (Obs. Courtin).

3º) Ante una pregunta del Prof. Ivanisevich, en las Jornadas de Enero de 1938, sobre si se observaba en el Uruguay el injerto hidático en las cicatrices de los operados del quiste del pulmón, injerto que debería ser frecuente, dada la imposibilidad de usar sustancias parasiticidas, el Dr. Abel Chifflet, respondió que es raro ese injerto. Atribuyó esa rareza al carácter acefalo-

cisto frecuente del quiste y hialino pulmonar, y a la formación por el primer tiempo de la operación de Lamas y Mondino, de una capa continua de tejido de granulación, cuya superficie sería inapta para germinar un escolex, como lo es para dar entrada a un agente microbiano patógeno. Este caso parece darle la razón al Dr. Chifflet, pues como el quiste primitivo del pulmón fué operado en 1931 en un solo tiempo, faltó el "tejido superficial de granulación" con que se recubre la herida operatoria, en los 12 a 15 días de espera, para efectuar el segundo tiempo de la intervención.

Creemos que en realidad todas estas causas: quistes a menudo acefalocistes, "supuración consecutiva" al drenaje, "tejido de granulación", con concurrentes de este hecho, vale decir, rareza de la siembra cicatrizal operatoria, pero creemos que la primera, es preponderante.

Esta misma rareza, explica la despreocupación que muestran todos los cirujanos, para protegerse de la siembra equinocócica parietal del campo operatorio, cuando se trata de un K. H. del pulmón, ya que éste goza de fama de ser poco escolécifero: pero hay algo más y es que el elemto antiparasitario por excelencia de los gérmenes equinocócicos, el formol, es desaconsejable su utilización por causas por todos conocida, en la esterilización intra y extra quística, aunque haya quien defienda lo contrario.

Dévé para poner al abrigo de una recidiva en la cicatriz parietal aconseja; toques de la herida operatoria con una solución formolada al 2 % o con alcohol yodado al 1 %.

Para terminar diré que presenté este caso a la consideración de esta Sociedad: 1º Por su rareza. 2º Por lo que tiene de prueba, casi experimental, demostrando la fertilidad clínica evidente de un quiste hidático hialino del pulmón y, 3º Por las consecuencias profilácticas operatorias que de este hecho se derivan, es decir: proteger bien el campo operatorio, hacer la desinfección con líquidos parasiticidas en lo posible y por último, si aceptamos como predominante la hipótesis del Dr. Chifflet, sería un argumento poderoso, más para operar en dos tiempos por el método de Lamas y Mondino, mismo aquellos quistes que tuvieran la pleura adherida.

Resumen. — El autor presenta el caso de un enfermo que tenía seis K. Hidáticos de la pared torácica, conglomerados y

rodeando una vieja cicatriz, que correspondía a la incisión de una intervención hecha hace ocho años para operar un K. H. del lóbulo inferior izquierdo del pulmón.

M. establece las razones que lo llevan a creer que este quiste pulmonar es el primitivo y que su abordaje y drenaje (ha sido operado en un tiempo) ha hecho que el líquido hidático desparramado en la herida operatoria sembrara de scolices fértiles a lo que ha seguido su injerto e hidatidación.

Hace notar que si alguna duda se tuviere sobre la fertilidad de K. H. del pulmón este caso sería una prueba casi experimental de ello. Son pruebas también de esta fertilidad, la hidatosis pulmonar secundaria broncogenética y la hidatosis secundaria de la pleura.

Señala la extrema rareza de la siembra de la pared torácica consecutiva a las intervenciones operatorias por K. H. de pulmón y las causas a que se atribuye este hecho. Hace notar que seguramente por esta rareza, es grande la despreocupación operatoria que por este hecho se tiene.

Indica las medidas profilácticas aconsejadas al respecto.

Resumé. — L'auteur présente le cas d'un malade qui avait six Kystes H. de la paroi thoracique, conglomerés et entourant une vieille cicatrice qui correspondait a l'incisión d'une intervention faite huit ans auparavant pour un K. H. du lobule inférieur gauche.

M. établit les raisons qui le portent a croire que ce Kyste pulmonaire primitif ayant été opéré en un temps, son abordage et drainage ont fait que le liquide Hydatique, dispersé dans la plaie opératoire sème de scolices fertiles a ce qui a suivi sa greffe et son hydatisation.

Il fait remarquer que si l'on avait quelque doute sur la fertilité des K. H. du poumont, ce cas serait une preuve presque expérimentale de cette fertilité.

Des preuves encore de cette fertilité sont l'équinococosis pulmonaire secondaire "broncogenética" et l'équinococosis secondaire de la pleure.

Il signale l'extreme rareté de l'ensemencement de la paroi thoracique consecutive aux interventions operatoires par K. H. du poumont et les causes auxquelles on attribue ce faite. Il fait re-

marquer que c'est certainement a cause de cette rareté que l'on a si peu de crainte opératoire a ce sujet.

Il indique ensuite les mesures prophylactiques conseillées dans ce cas.

BIBLIOGRAFÍA

- 2) GARCÍA OTERO (J.) y BARCIA (P.). Cáncer del pulmón. 1 Vol. Montevideo, 1931.
- 3) PRAT (D.) y LAMAS (D.). — Hidatidosis pulmonar secundaria. *Bol. y Trabajos de la Soc. de Cirugía de Buenos Aires*". T. XVI, N° 28, pp. 1342 - 1362.
- 4) PIAGGIO-BLANCO (R.-A.). — Equinococosis pulmonar múltiple. — *Anales de la Fac. de Med., Montevideo*, T. XXIII, 1933. Nos. 1, 2 y 3,
- 5) DÉVÉ (F.). — De l'échinococose secondaire. *Thèse de Paris*. 1901.
- 6) DÉVÉ (F.). — Ensemencement intrá-trachéal de sable échinococcique. Echinococose secondaire du poumon de origine bronchique. *Société de Biologie*, 16 juillet, 1904.
- 7) DEW (H.). — Hydatid disease. *The Australasian Medical Publishing*. Sydney, 1928.
- 8) LAGOS GARCÍA (C.). — Equinococosis pulmonar en el niño. 1 tomo. 1929. Buenos Aires (Rep. Argentina).
- 9) DÉVÉ (F.). — Sur l'échinococose secondaire bronchogène du poumon. *Soc. de Biologie*, 30 Mai 1931.
- 10) HEBERT (P.). — L'échinococose secondaire bronchogène de F. Dévé en Pathologie humaine. *Thèse de Paris*, 1932.
- 11) DÉVÉ (F.). — L'échinococose metastatique du poumon. *Prensa Méd. Argentina*, 10 Nov. de 1932, p. 957.
- 12) PIAGGIO-BLANCO (R.-A.), MAS (J.-F.) y GARCÍA CAPURRO (F.). Equinococosis pulmonar metastática. *Rev. de Tub. del Uruguay*, T. III, N° 5, 1933.
- 13) PIAGGIO-BLANCO (R.-A.). — *Anales de la Fac. de Medicina*, Mont. Tomo 22, N° 8, 9, 10.
- 14) PIAGGIO-BLANCO (A.-C.), ARTAGAVEYTIA y SCIUTO (J.-A.). — Hidatidotórax. *Rev. de Tub. del Uruguay*. Montevideo, T. VII, N° 1, págs. 8 a 19.
- 15) ANTONUCCI CESARE. — Echinococosi primitive della pleura. Echinococosi del polmone (Roma), 1923, p. 49.
- 16) JEANNE. — L'traitement chirurgical des kystes hydátiques du poumon. *Arch. Méd. Chir. de l'App. Resp.* T. I, N° 2, 1926, pp. 157-192.
- 17) ARMAND UGON (V.). — Equinococosis pleural secundaria. *Anales del Dep. Científico de Salud Pública*, Montevideo, 1935. Vol. II. Fasc. I.

Dr. Domingo Prat

La comunicación mencionada al relatar una nueva observación de hidatidosis por siembra post operatoria de la pared torácica, viene a comprobar el convencimiento arraigado ya de nuestros cirujanos, de que esa hidatidosis post operatoria es rara, en el quiste hidático del pulmón, especialmente en los casos que se tratan por la cirugía en dos tiempos. En mi larga práctica, he podido comprobar un solo caso de siembra del foco operatorio y hoy puedo aclarar, que ese caso, que figura mencionado en la comunicación que con el Dr. Diego Lamas, hemos presentado a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires en el año 1933, no era una verdadera siembra; posteriormente he podido establecer la historia clínica completa y el diagnóstico verdadero y he podido comprobar que se trataba de un neumotórax hidático, con hidatidosis pleural secundaria, pero no, hidatidosis por siembra del foco operatorio. A pesar de la supresión de este caso de siembra hidática, la estadística no variará, puesto que revisando mi colección de fotografías estereoscópicas, he encontrado una, que representa una hidatidosis por siembra de la cicatriz torácica, que creo firmemente que no me pertenece e ignoro de que cirujano puede ser; pero que constituye innegablemente un nuevo caso que debe engrosar la estadística y que vendrá a sustituir al caso que publicamos como siembra hidática post operatoria y que no era tal.

Para nosotros, la causa posible pero rara de esta siembra hidática, se debe al terreno poco propicio para la evolución del embrión parasitario, debido a la infección que se produce en la herida operatoria sobre todo en el método de los dos tiempos de Lamas y Mondino. Otros opinan que esta rareza de la siembra hidática, se debería a que los quistes hidáticos del pulmón, son acéfalo quistes, es decir, la larva del equinococo granuloso, esta privada de vesículas prolíferas y escolices. Para desvirtuar esta opinión tan absoluta, no hay que recordar los resultados de algunos cirujanos que han hecho examinar el líquido hidático de los quistes del pulmón y que se comprobó que eran fértiles. Otro desmentido a esa hipótesis, lo tenemos en los casos positivos e indiscutibles de siembra hidática, que de vez en cuando se agregan a la estadística universal de la pequeña cantidad de casos conocidos.

Es de lamentar que no conozcamos con precisión el porcentaje seguro de quistes fértiles del pulmón, para lo cual sería necesario llevar un control científico muy riguroso, disciplina científica para la cual no están preparados ni los Servicios clínicos, ni los laboratorios de nuestro país. Recuerdo que siendo Consejero de la Facultad de Medicina y con el loable propósito de conseguir un estudio más completo y metódico del abundante material hidático de nuestras clínicas quirúrgicas, propuse que todo ese material fuese remitido sistemáticamente, en parte al menos, al Instituto Nacional de Higiene para que ahí, la Sección de Parasitología emplease todo ese material para la investigación y el estudio. Lo primero que se supuso, con toda malevolencia, fué, que yo deseaba restar material y perjudicar al Centro de Lucha contra la Hidatidosis del Ministerio de Salud Pública; pudiendo garantizar por mi parte que cuando presenté esa moción en la Facultad ni me acordé que existía ese Centro y que por otra parte, en nada podía perjudicarlo, puesto que existía material hidático de sobra para ambas instituciones, sin contar que nunca se vino a buscar material hidático a las clínicas, sino en los raros casos en que un laboratorio necesita líquido hidático, para sus experiencias o sus reacciones.

Lo real y lo efectivo, es que mi propósito fracasó porque supongo que ninguna clínica haya remitido el material hidático al Instituto de Higiene y en las pocas ocasiones que yo lo he remitido, nunca tuve ninguna constancia, ni resultados de mis remesas. Esto quiere decir, que es difícil en nuestro medio obtener y conseguir la colaboración científica y que si se quiere aclarar un problema científico o controlarear científicamente muchos datos que la rutina diaria acepta, tenemos que realizar una campaña personal, llena de obstáculos e inconvenientes y que generalmente fracasa. Hoy día que el Instituto de Higiene está lejos y como no debemos desmayar en nuestro afán de perfeccionar nuestras investigaciones, pienso remitir el material hidático de la Clínica, a la sección correspondiente del Laboratorio Central de las Clínicas, donde quizás encontremos investigadores abnegados y entusiastas, que nos ayuden en nuestra tarea y deseos.

Volviendo al problema en discusión, tenemos que aceptar que la siembra hidática post-operatoria de los quistes hidáticos del pulmón, aunque rara, existe realmente y en consecuencia

conviene tomar ciertas precauciones factibles. No hablaremos del empleo de la solución formolada, que debe desterrarse definitivamente de la cirugía del quiste del pulmón; pero, más de un cirujano ha insistido ya, en que esta sería la mejor forma o la forma de elección, de vaciar los quistes hidáticos del pulmón.

Podemos realizar la extracción del líquido hidático con una aguja o un pequeño trocar y evitar así que este líquido se derrame ampliamente sobre la herida y pueda producir su siembra. Podemos proteger los huecos de la herida con una gasa embebida en éter y aun mismo en formol, que su acción parasiticida puede ser eficaz y evitamos esa complicación, en el pequeño número de casos que se produce. Se dirá que esto constituye un exceso de precauciones; pero cuando ellas se realizan para la seguridad y bienestar de nuestros enfermos, nada está nunca de más y jamás será esto innecesario o inconveniente.

Los autores de la comunicación destacan el hecho, de que en este nuevo caso de hidatidosis post operatoria por siembra, la complicación se produjo, en un enfermo que por presentar adherencias pleurales a la pared, fué operado en un solo tiempo y la ausencia de infección en la herida operatoria podría haber facilitado esta siembra. Debido a esta sugestión es un hecho perfectamente posible; el Dr. Maisonnave, se pregunta si esta hipótesis no constituye un justificativo para que los quistes hidáticos del pulmón se operen en dos tiempos, para evitar así con mayor probabilidad la siembra hidática post operatoria. Me permito tomar en cuenta esta sugestión para hacer algunas consideraciones sobre ella.

Creo que el peligro tan poco frecuente de esta siembra post operatoria, no justificaría por sí sola la operación en dos tiempos: 1º por su rareza y 2º porque el cirujano tiene en su mano, medios y recursos efectivos para combatirla y que si no lo hace, es porque por su propia rareza, no la toma en cuenta. Para nosotros la operación en dos tiempos no debe hacerse, no por el temor a la siembra parietal, que es un peligro de excepción, sino porque, operando en un solo tiempo, enfermos que presentan adheridas sus pleuras a la pared, se corre el riesgo de que se produzca el desprendimiento en pleno acto operatorio y durante el vaciamiento del quiste, lo que constituye una complicación relativamente fre-

cuenta en tales casos y que expone a la siembra hidática y a la infección pleuro pulmonar,

Las adherencias pleurales que encontramos realizadas y establecidas pueden ser antiguas y resistentes, pero, pueden ser también, laxas y frágiles y exponernos al desprendimiento cuando ya la complicación es irremediable, por eso, en la duda debemos abstenernos y yo por mi parte, he adoptado la práctica, de que cuando encuentro adherencias que fijan el pulmón a la pared, no opero más ya en un solo tiempo, aplico el taponamiento que puede acortarse en unos días y luego opero en un segundo tiempo, con mucha más seguridad. Operando en estas condiciones, espero reducir algunas de las complicaciones que consideramos y que hemos comprobado de preferencia en quistes hidáticos, que presentaban adherencias a la pared y que hemos operado en un solo tiempo.

Considero que el desprendimiento de las adherencias en el 2º tiempo operatorio del Q. H., es la complicación más seria y más frecuente de este método, complicación que ha sido criticada acerbamente por los contrarios a este método operatorio.

Todo aquel que tenga experiencia de este método del tratamiento de los quistes hidáticos del pulmón, se habrá dado perfecta cuenta de que el momento expuesto y decisivo del 2º tiempo, es cuando el cirujano realiza la evacuación del líquido, principalmente la extracción de las membranas; si esta evacuación se hace simple y fácilmente, todo ocurre muy bien y la operación se realiza regularmente sin ningún contratiempo y la cura se obtiene sin ninguna complicación. Ahora bien, si la extracción de la membrana es dificultosa, si es necesario introducir pinzas en el interior del quiste o realizar maniobras que requieren cierta presión, entonces es cuando suele aparecer la complicación del desprendimiento de las adherencias pleurales y entonces esta complicación de la operación en dos tiempos, con el neumotórax que se produce, con el peligro de la siembra intra pleural y la infección, hace que se pierdan todos los beneficios de la operación en dos tiempos y ésta finalmente se realiza, como si fuese en pleura abierta.

Este desprendimiento puede producirse aunque la técnica se haya realizado lo mejor posible, y en relación con los perfeccionamientos técnicos más recientes y esta complicación está direc-

tamente en relación con las maniobras que se realizan en el foco operatorio para vaciar el quiste y que, si éstas llegan a ser prolongadas, bruscas o agresivas, el desprendimiento se producirá, aun cuando las adherencias sean fuertes y resistentes. Todo esto, de acuerdo con nuestra práctica y experiencia, nos ha demostrado, que *hay que modificar y ampliar en parte, la técnica del 2º tiempo para que el desprendimiento de adherencias no se produzca, cuando la evacuación del quiste se hace en condiciones dificultosas*. Es por eso, que hemos preconizado y adoptado *la práctica de realizar la fijación de la brecha quística a la pared, tan pronto como se haga la quistotomía y antes de efectuar ninguna maniobra de evacuación, que podría provocar el desprendimiento*. Es lo que hemos establecido en nuestra comunicación a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires el año pasado, cuando se discutió nuevamente el tratamiento del Q. H. del pulmón. En esa comunicación preconizábamos, que una vez hecha la quistotomía en el 2º tiempo, antes de proceder a la evacuación, *fixase la adventicia quística a la pared*, con varios puntos de sutura al catgut y una vez fijado así el quiste, puede realizarse la evacuación sin que exista peligro de que se desprendan las adherencias. En los casos de quiste superficial, esta maniobra es fácil y sencilla, más dificultosa y molesta si hay parénquima interpuesto, pero aun en este caso con cuidado se podrá reforzar la fijación del quiste y sino el parénquima pulmonar a la pared garantiendo en esta forma, que el pulmón no se desprende tan fácilmente, como cuando está sólo fijado por las adherencias pleurales.

Cuatro puntos de sutura al catgut dan una gran solidez de fijación del quiste y en consecuencia, del pulmón a la pared.

Estamos convencidos que realizando esta técnica como complemento de fijación por sutura de la brecha quística a la pared torácica se perfeccionará el método de los dos tiempos y posiblemente se suprimirá su complicación más seria y que constituía el único punto vulnerable del método de Lamas y Mondino.

Si nos hemos extendido un poco extensamente sobre esta cuestión de técnica quirúrgica del Q. H. es porque la consideramos fundamental, llegando a la conclusión de que la operación en dos tiempos, debe hacerse siempre, porque da mayores garantías para el resultado final del tratamiento y no para evitar solamente la siembra hidática post operatoria, que es rara. Como los

dos tiempos operatorios, del Q. H. del pulmón, con sus perfeccionamientos técnicos, no dan la seguridad que esperábamos del método, preconizamos la fijación por puntos de sutura de la brecha quística a la pared en el 2º tiempo y antes de proceder a la evacuación del quiste.

Dr. Maisonnave. — A lo dicho por el Prof. D. Prat no tengo nada que agregar. Agradezco su contribución.

