

Servicio de Clínica Quirúrgica del Prof. Bartolomé N. Calcagno.  
Salas XII y XIII y su Clínica privada.

## TRATAMIENTO DE LOS QUISTES HIDÁTICOS DEL PULMÓN CON PLEURA LIBRE

*A propósito de siete observaciones*

**Felipe -J. MANFREDI**

*Jefe de Clínica (Buenos Aires). — Hospital Muñiz*

Accediendo a la amable y gentil invitación que el distinguido colega y amigo Dr. Fernando Etchegorry me hiciera en ocasión de las Jornadas Médicas de Enero próximo pasado, tengo el honor de traer a la consideración de los distinguidos consocios de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, estas observaciones clínicas de quistes hidáticos del pulmón, con pleura libre, tratadas en el servicio de mi maestro Prof. B. N. Calcagno y en su clínica privada.

Las he juzgado de interés por tratarse de un tema aun en debate; y al traerlo no me ha guiado el propósito de poner sobre el tapete la discusión sobre el mejor procedimiento para operar los quistes hidáticos del pulmón, con pleura libre; sino, el de aportar simplemente esta experiencia como justificación de nuestra conducta y como orientación, si se quiere. Creo que por el momento esto es lo único útil que honestamente puede hacerse, ya que para sentar conclusiones valederas es necesario esperar a que todos los cirujanos hayan hecho experiencia y aporten sus resultados, para que la elocuencia de las cifras determine normas y oriente definitivamente el tratamiento en cada caso particular, dejando en plano secundario las preferencias personales de cada cirujano.

Sabido es que los quistes hidáticos con pleura adherente, no ofrecen gran dificultad; el único problema es el de su localización ya que técnicamente su abordaje es simple. Las discrepancias y las

discusiones se suscitan cuando se halla la pleura libre y en base al escollo más grande de la cirugía endotorácica: el *neumotórax operatorio* y sus complicaciones.

Dos caminos absolutamente opuestos, han seguido los cirujanos: unos, lo evitan y reducen; y otros lo provocan deliberadamente. Dentro del primero nacieron el arponaje de Posadas, la hiperpresión tráqueo-bronco-pulmonar o baronarcosis y la sínfisis pleural de Lamas y Mondino. La hiperpresión o baronarcosis no se utiliza con la frecuencia necesaria, por carecer de instalaciones apropiadas en cantidad, como para que pueda tenerse ya, experiencia al respecto.

Lamas y Mondino provocan la sínfisis pleural con la técnica conocida tratando de aproximarse a lo que la naturaleza espontánea hace en el proceso evolutivo de los quistes hidáticos corticales. Por tal motivo esta intervención en tiempos seduce y da amplias garantías; más todavía, cuando se es conservador por tendencia natural. Sin embargo, los resultados no son constantes; existe un factor individual desconocido en la producción de adherencias, y cuando éstas no se realizan aparecen algunas complicaciones que retardan y molestan el tratamiento ulterior.

De nuestras siete observaciones, tres fueron tratadas por este procedimiento, y al lado de la evolución favorable y normal de la N° 5, debemos oponer las otras dos: la observación N° 6, quiste hidático de pulmón de base derecha, que después del primer tiempo hace un pnoneumotórax, prolongando el drenaje por espacio de unos seis meses. No se consigue encontrar la germinativa a pesar de tenerse la sensación de penetrar en el quiste, y éste sigue visualizándose en los exámenes radiológicos ulteriores, a pesar de la curación aparente. En la observación N° 7, después del primer tiempo la pleura no se adhiere y sobreviene un pequeño derrame que se reabsorbe espontáneamente.

En otro tiempo se llega a la cavidad quística, pero hubo que efectuar nuevos controles radiográficos, hasta que en un tercer tiempo se consigue evacuar la germinativa.

El otro camino, aunque paradójal, ha consistido en provocar el neumotórax, ya sea durante el acto operatorio o previo a la operación. Las iniciativas del primer tipo pertenecen a Bazi, Duval, y Llobet entre nosotros, que no lo temen y lo realizaron, ya bruscamente o ya lentamente, para reducir los peligros y el

dramaticismo del neumotórax brusco; buscando durante el acto operatorio el equilibrio o la tolerancia mejor dicho, de los trastornos de la mecánica pulmonar y cardíaca, que este acto necesariamente provoca en el enfermo. Arce, con el objeto de evitarlos, preconiza el neumotórax, previo al acto operatorio.

La brillante estadística de Arce, presentada a la Sociedad de Cirugía de Buenos Aires el año próximo pasado, fué muy demostrativa e influyó en nuestro espíritu para ensayarla en la primera oportunidad. Es así que se nos planteó el problema de la elección del método, en la enfermita de la observación N° 1, de cuatro años de edad. En este caso, optamos por la intervención en un tiempo, pensando que no es humano ni conveniente someter a un niño de tan corta edad a operaciones múltiples y curaciones reiteradas, y además, porque el neumotórax previo había sido ya practicado con fines diagnósticos sin inconveniente. Por otra parte, el mayor riesgo que teóricamente pudiera existir, estaría justificado y compensado con la abreviación de la enfermedad y del postoperatorio.

El resultado feliz de este primer caso, como pueden ver en detalle en la historia clínica, nos decidió emplear este método en el adulto, y las observaciones N° 2 y N° 3, igualmente felices, nos dejaron ampliamente satisfecho. La observación N° 4 fué interesante: quiste hidático infectado y pleuresía serofibrinosa, el neumotórax previo permitió determinar exactamente, el punto más conveniente para abordar el quiste, parcialmente adherente, y a la cavidad pleural, siendo por lo tanto sumamente útil su empleo en el preoperatorio y durante la operación.

En síntesis, en el momento actual, el tratamiento de la hidatidosis pulmonar, debe realizarse eligiendo entre la baronarcosis, la creación de sínfisis pleural previa y el neumotórax previo. Hasta hace poco y como fruto de nuestra experiencia hasta entonces, teníamos nuestras mayores simpatías por las intervenciones en tiempos, sin desconocer los inconvenientes posible. Hoy hemos variado un poco este concepto, de acuerdo a nuestras últimas observaciones, por la simplicidad y por la evolución favorable de las mismas.

El neumotórax previo constituye indudablemente un progreso en la cirugía endotorácica. En principio no nos seducía su práctica para el abordaje de los quistes hidáticos del pulmón, con

pleura libre, por las posibilidades, al menos teóricas, de infección de la cavidad pleural, ruptura del quiste y siembra, complicaciones que no hemos observado en la práctica. Desde el punto de vista técnico, ofrece ventajas de indudable valor: permite una amplia y cómoda exploración, visual y manual, y facilita además la acción quirúrgica para los casos posibles de errores de diagnóstico, que podrán ser resueltos más fácilmente teniendo la pleura libre.

Una de las indicaciones más atrayentes de la operación con neumotórax previo, es la hidatidosis pulmonar múltiple. Se podrá localizar mejor los quistes, y evitar la extensión de la sínfisis pleural.

Creemos que la edad del enfermo puede ser un factor importante para decidir la conducta quirúrgica. En la infancia es preferible intervenir en un tiempo, por las causas que hemos enumerado al justificar nuestra conducta en la observación N° 1. Nuestros operados adultos, por otra parte, han evolucionado tan favorablemente como el niño, lo que nos induce a seguir aplicando el procedimiento, y a creer que él significa un real progreso en el tratamiento de los quistes hidáticos del pulmón con pleura libre. Esperamos que el tiempo y la experiencia de otros cirujanos corroboren nuestra impresión.

#### **Dr. Américo Fossati. Relato.**

Hasta aquí el Dr. Manfredi. Sigue el relato de 7 observaciones, perfectamente documentadas, que no leeré en detalle, siendo sus puntos principales comentados en el análisis, sobre todo en lo relacionado con el fondo del asunto.

El uso del neumotórax en la táctica quirúrgica endotorácica, ha adquirido derecho de ciudadanía, sobre todo desde que se aconsejó su institución previa de un modo lento progresivo y vigilado, suprimiendo los inconvenientes y peligros del neumotórax agudo o menos lento, dando facilidad y seguridad a las maniobras operatorias en la cavidad torácica.

Esto que es una verdad incontestable en lo que se refiere a un gran número de operaciones: neumectomías parciales o totales, heridas pulmonares, cuerpos extraños, operaciones en el esófago, diafragma, etc., no lo es aun, en lo que se refiere al tratamiento

de los quistes hidáticos pulmonares con pleura libre. No ha llegado a convencer y aun está en observación y estudio; y todo lo que se refiera a este asunto debe ser sometido a un análisis riguroso y merecer de un modo especial nuestra atención, para ver si podemos llegar a conclusiones definitivas, dando una expresión clara de cómo y cuándo debemos emplear el método y de lo que podemos esperar de su aplicación. Por eso es que la comunicación del Dr. Manfredi es oportunísima.

Las Historias clínicas y el breve comentario que las precede ofrecido amablemente a nuestra consideración por el Dr. Manfredi, deben ser sometidos a una ligera crítica o análisis, no en la amplitud a que se presta el tema, por que nos llevaría a una extensión que no es oportuna ni reglamentaria.

En nuestra primera vida hospitalaria, hace más de 30 años, vimos el empleo de la operación en un solo tiempo, tratando de fijar el pulmón a la pleura, antes de abrir el quiste; los resultados no eran satisfactorios, sobre todo comparando con el resultado obtenido en enfermos con pleuras adheridas, accidentes serios ya en el mismo acto operatorio, ya complicaciones posteriores no menos serias, hicieron que se vieran en la técnica ideada, practicada y enseñada por los Drs. Lamas y Mondino una solución satisfactoria de aquellas dificultades y peligros. La hemos empleado en todo este largo tiempo, y salvo casos determinados, nos ha dado entera satisfacción.

El neumotórax, enemigo formidable por su, a veces, cuadro dramático al producirse en una incidencia operatoria y por sus complicaciones posteriores, hacía que se tratara por cualquier modo de que no se produjera y esto no se refería sólo a los quistes del pulmón sino a cualquier otra clase de intervención en el tórax. Producido, se buscaba que desapareciera para proseguir, conduciéndonos de este modo, como en un procedimiento retardado de Lamas y Mondino.

De un tiempo a esta parte, sin embargo, vuelve a tratarse de abordar los quistes hidáticos del pulmón, en pleura libre en un tiempo y con la producción previa de un neumotórax, ya agudo o lento en el mismo acto operatorio, ya con anterioridad y de un modo progresivo y vigilado, para poder así estabilizar la mecánica torácica y efectuar el abordaje, producido el equilibrio del pulmón y del mediastino. Es cierto que el progreso de la técnica

quirúrgica, el mejor estudio de los enfermos, el uso creciente e intensivo del Forlanini, han conseguido que le perdiéramos el temor y el respeto al neumotórax y se le produce, emplea y domina sin mayores inconvenientes y con grandes ventajas en una gran cantidad de intervenciones en el tórax, como dijimos antes, pero de ahí a adoptarlo como *método de elección* en los quistes del pulmón con pleura libre media un abismo y aun no podemos llegar a conclusiones francas, y los trabajos e historias publicadas no nos han convencido de su utilidad e inocuidad.

El análisis y estudio minucioso del tema nos llevaría a un relato extenso que no está en la índole de este comentario. Decíamos hace poco en un informe sobre este asunto en las Jornadas Sudamericanas de Cirugía y Medicina en Enero de 1938: "No hemos efectuado nunca, de *parti pris* la formación de un neumotórax previo, ni mediato ni inmediato, considerando que esta travesía pleural no puede ser tan inocua como lo afirman sus sostenedores. En algunos casos en que por accidentes de técnica, sobre todo debidos a que las granulaciones cicatriciales entre los dos tiempos espesa la subpleura parietal, haciendo difícil la visión de las adherencias y dando la apariencia de haberse formado, al abrirla se produce un neumotórax; o cuando no se han formado adherencias en un tiempo prudencial se abre entonces la cavidad pleural, tratando de obligar la coalescencia de la serosa por un taponamiento directo de la pleura visceral, se han experimentado complicaciones de derrame, etc., que han obstaculizado el proceso operatorio o exigido técnicas más complejas (Obs. 15, 20, 41, 43).

No haré crítica amplia del método por las mismas razones que invoqué antes, sólo insistiré y a la ligera en un hecho que creo debe tenerse en cuenta. Creemos por ahora que el abordaje del quiste de un pulmón colabado, debe traer como consecuencia *su oclusión*, de modo que el procedimiento en los casos que deben drenarse: supuración, hemorragias, vesículas hijas, etc., lo primero y tercero rara vez, pues la supuración y vesiculización síntomas del sufrimiento del quiste van casi siempre acompañados de adherencia pleural; pero el hecho puede presentarse y entonces el neumo complicaría más bien el acto operatorio que ayudarlo, y estas situaciones muy a menudo no son previsibles. Digo esto porque con oclusión y abandono, se puede conseguir rápidamente

un excelente resultado, cuando el cierre esté bien asegurado, ahora bien si hay que drenar, se debe fijar el pulmón a la pared y por consiguiente tironearle y mantenerlo tirante, como un cono en medio de una cavidad de aire y dado que hay que drenar y por consiguiente se trata de un quiste complicado, no sería nada de extrañar que la infección pleural se produjera, pues la suspensión forzada del pulmón, puede fallar en uno de sus puntos o las adherencias no producirse tan rápidamente como para evitar la propagación de la infección, aquí no tenemos epiplón y vísceras ágiles que acudan a limitar y localizar los procesos inflamatorios. *Además el punto a drenar y a fijar en el pulmón colabado puede perfectamente no corresponder al lugar de la incisión parietal*, pues sabemos bien, las variaciones de relación topográfica del pulmón y de la pared torácica, a medida que se produce el colapso y por consiguiente creemos que se corre el riesgo de que la fijación parieto - pulmonar no sea hecha en el lugar correspondiente y que la reexpansión ulterior del parénquima, sea molestada, impedida o desplazada con los consiguiente trastornos funcionales, fáciles de suponer.

Veamos ahora si las observaciones presentadas por el Doctor Manfredi, pueden servirnos para apoyar o no, cualquiera de los métodos operatorios en discusión y si están de acuerdo con los comentarios previos del autor.

Obs. 1ª. Dice el Dr. Manfredi: "optamos por la intervención en un tiempo, pensando que no es humano ni conveniente someter a un niño de tan corta edad a operaciones múltiples y a curaciones reiteradas y además porque el neumotórax previo había sido ya practicado con fines diagnósticos, sin inconvenientes, por otra parte el riesgo que teóricamente pudiera existir estaría compensado y justificado con la abreviación de la enfermedad y del post-operatorio". De modo que la indicación principal fué: la edad, el tiempo y el haber sido ya hecho con fines diagnóstico. No creemos que el tiempo empleado para hacer el neumotórax, fuera menor que el intervalo entre las dos etapas del Lamas y Mondino, el autor no dice cuanto llevó el conseguir el neumo adecuado, pero el enfermo ingresó el 13 de febrero y fué operado el 16 de marzo, más de un mes de estada en el servicio. Las curaciones antes del 2º tiempo son prácticamente ninguna: y en los

casos de quiste hialino, no son muchas después y más en un niño en el que la reexpansión del pulmón es rápida y líquida pronto la cavidad drenada. Además este caso no debe citarse como un caso puro de éxito operatorio del neumotórax previo, pues benefició de un modo indudable de sus adherencias diafragmáticas, que impidieron al quiste remontarse hacia el hilio, alejándose así de la pared y del lugar de abordaje, lo que hubiera exigido otras maniobras más complejas y peligrosas que las usadas. No creemos útil que decididos a ocluir el quiste fuera fijado a la pared, por las razones apuntadas y además porque la "fijación del quiste a la pared costal, hace que su retracción cicatricial centrípeta sea dificultada por esas adherencias" (Fossati, lugar citado). Debemos recalcar que el neumo había sido practicado con fines de diagnóstico, y felicitar al Dr. Manfredi por mostrar, una vez más, con nitidez las ventajas del neumotórax asociado con el neumo - peritoneo para localizar exactamente el sitio de un quiste frénico.

El autor cita tres observaciones en las que empleó el método de Lamas y Mondino. Una de ellas, la 5ª, tuvo la evolución favorable y normal, habitual del procedimiento. Las otras dos: la 6ª, "Quiste del pulmón base derecha, que después del primer tiempo hace un pío - neumo - tórax, prolongando el drenaje por espacio de unos seis meses. No se consigue encontrar la germinativa a pesar de tenerse la sensación de penetrar en el quiste y éste sigue visualizándose en los exámenes radiológicos ulteriores, a pesar de la curación aparente". Se trata de un *probable* quiste hidático del pulmón derecho, de la base; que estaba muy manoseado cuando llegó a manos del Dr. Manfredi, y en el que se practica un primer tiempo con una resección costal demasiado económica, se trata de producir adherencias con tintura de yodo y gasa. A los 20 días, y llamo la atención del plazo, mayor que el habitual; se trata de abordar el quiste, suponiendo y con razón, que las pleuras están adheridas; no era así y se produce un pequeño neumotórax, principio y origen de una odisea de varios meses: exámenes, punciones, resecciones, drenajes, pleuresía serosa, sero-purulenta, paquipleuritis, etc., sin haber podido nunca drenar *esa sombra sospechosa de quiste*. Al fin cura clínicamente pero su sombra persiste. Es la historia típica de quizás, la única complicación técnica del método de Lamas y Mondino, *la falta o tardanza de la formación*



de adherencias, defecto que da un accidente inicial, lo demás es secundario.

La falta de formación de adherencias en el método de Lamas y Mondino puede ser un defecto de técnica personal y en la publicación ya citada decíamos: "Hay cierto número de observaciones en las que a pesar de usar la misma técnica, las pleuras no adhieren, por lo menos en el plazo habitual; *siendo esto más frecuente en los últimos tiempos*. (Obs. 9, 11, 15, 18, 43, 49, 53 y 55). Creo que una de las causas de esta falta de adherencias se deba al perfeccionamiento creciente de la asepsia operatoria, ya que posiblemente la formación de adherencias sea favorecida por una infección, más o menos atenuada de la pared.

También creo haber observado que esta dificultad de formar adherencias, se presenta más a menudo en los casos de quistes subpleuro - viscerales, en los que la membrana periquística o aun la misma prolígera se ve a través de la pleura, sin que haya ninguna capa de parénquima pulmonar entre el quiste y la cavidad pleural. (Observación 21).

Más adelante decía: "La producción de un neumotórax con su cortejo sintomático, generalmente parcial, pues apenas se produce es detenido rápidamente por mechado de la abertura pleural, más que por sutura de la abertura; que es, generalmente pequeña, con la técnica que preconizamos y usamos. Se producen sobre todo, en los segundos tiempos, cuando la granulación de la herida operatoria enmascara, la no producción de adherencias, como ya hemos comentado antes. Su mayor inconveniente es que, por lo general, retarda la abertura definitiva del quiste, pues nosotros no lo hacemos generalmente sino cuando el neumo se ha reabsorbido y las adherencias se han formado. (Observaciones 15, 18, 20, 37, 1, 43).

Otras veces este neumotórax es el factor frecuente y único del desarrollo de pleuresías serosas y supuradas que retardan la cura definitiva y modifican la técnica a seguir."

Nada debemos agregar y sólo insistir en lo difícil que es a veces apreciar la existencia o no de adherencias al través de la capa de granulaciones y pleura espesada. Al llegar al segundo tiempo, se nos ocurre, que en la duda debemos curetear estas granulaciones, maniobra que a veces produce una hemorragia, fácil de cohibir con el curetaje a fondo y la compresión por es-

pacio de pocos minutos. Afinando de esta manera los tejidos se puede apreciar visualmente la movilidad del pulmón sub - yacente.

Si no hay adherencias debemos, parodiando una frase feliz y política del Dr. Lamas, "Hay que saber esperar"; y esperar antes de seguir el programa operatorio. El curetaje descrito anteriormente puede, por la irritación producida, apresurar la formación de adherencias.

En casos de complicación que exija un drenaje rápido, no hay más remedio que abordar a través de la pleura rodeándose de exceso de precauciones y dando un pronóstico reservado.

Otro fracaso del método de Lamas y Mondino es el que se puede ver en la Obs. 7. Después del primer tiempo la pleura no se adhiere y sobreviene un pequeño derrame, que se reabsorbe espontáneamente; en otro tiempo se llega a la cavidad quística; pero hubo que efectuar nuevos controles radiográficos, hasta que en un tercer tiempo se consigue evacuar la germinativa". Es este un caso similar al anterior pero más feliz, pues se pudo liquidar el proceso patológico. Sirve además para mostrarnos, como ya hemos insistido, en la necesidad frecuente del control radiológico, en las diversas etapas del método.

Veamos ahora los casos que el Dr. Manfredi considera favorables al método del neumotórax previo. Obs. 2: Quiste del tamaño de una mandarina, base del pulmón derecho. Ingresa el 5 de Mayo, se le hace neumotórax previo y se opera el 22 de junio, 47 días después. Pulmón colabado, cuesta exteriorizarlo por probable adherencia al mediastino; en las maniobras se abre en los bronquios y es vaciado parcialmente; se fija el pulmón; se abre la cavidad quística por una incisión de 2 cm., por la que se expulsa espontáneamente la germinativa. Se cierra y abandona. Cierre de la pared.

Post - operatorio bueno, pero hace un derrame sero - hemático con fiebre y taquicardia, que hay que puncionar. Al mes, alta, curado clínica y radiográficamente.

Indudablemente la evolución fué favorable, pero no ha sido sin riesgo. Ruptura bronquial y posibilidad de siembra, difícil de apreciar por el largo tiempo que exige para presentarse y que, los toques con formol empleados no pueden evitar, para ello sería necesario un contacto prolongado, que el parénquima pulmonar no toleraría sin inconvenientes. Ha habido además un derrame,

con ligera reacción inflamatoria, que cede al tratamiento simple instituido; corriendo el riesgo de una pleuresía purulenta; y finalmente, si hubiera habido necesidad de drenar el quiste, cuántas dificultades no se hubieran presentado.

Yo me pregunto si en este caso no hubiera sido más seguro el método de Lamas y Mondino. La situación posterior y yuxta vertebral, cerca de la pared costal, se hubiera prestado admirablemente al método. El factor tiempo no es tal, pues la preparación del neumo es, por lo menos, igual al intervalo de los dos tiempos. El post-operatorio, entre unas y otras cosas, es más o menos lo mismo; un mes después tenía aún signos de derrame pleural. En cambio, la seguridad y garantía de cura radical sería más completa. Digamos de paso, y rápidamente, que la cura anatómica no está de acuerdo a veces con la clínica y radioscopía simple. Se están viendo casos de quistes operados y considerados curados, que conservan una cavidad residual, poco secretante, latente por tiempo indeterminado y que mientras no se ocluya su bronquio - drenaje, sólo puede ser despistada por la tomografía y que es la explicación de abscesos o supuraciones pulmonares, varios años después de la aparente cura de un quiste del pulmón operado. En nuestra casuística tenemos un caso, bastante claro al respecto.

Sigamos con los casos del Dr. Manfredi. Obs. 3: quiste hidático voluminoso del tamaño de una cabeza de feto, parte inferior y posterior del hemi-tórax izquierdo. Neumo previo desde el 22 de octubre al 20 de noviembre, *casi un mes*, con el gran neumo se ve bien el quiste que no ha abandonado su posición y confundiendo su sombra con el mediastino y *atrás con la parrilla costal*. Al abordarle en la parte posterior de la 9ª costilla, se entra en una zona cuya mitad posterior es *adherente* y libre adelante, donde se abre en la extensión de un cm., se taponan ésta y se trabaja atrás en la zona adherida, abertura a termo, líquido hemático y turbio, se extrae la germinativa. La cavidad sangra en napa y soplan varios bronquios, drenaje con lámina de goma y cierre del resto. Luego otra vez neumotórax, hasta el 30 de noviembre y alta el 22 de diciembre, un mes después. Realmente este caso lo consideraría como tratado por el método clásico de abordaje de un quiste con pleuras adheridas, el neumo previo y posterior fué un episodio colateral cuya indicación y utilidad no

alcanzo a comprender. Es para mí el caso más sencillo de tratamiento de quiste de pulmón con pleuras adheridas cuya fórmula puede enunciarse: *incisión y drenaje*, en lo que todo el mundo está de acuerdo.

Por fin la Obs. 4ª: sombra quística del tamaño de un huevo de avestruz en el tercio medio del pulmón izquierdo, bien limitado arriba y su base se pierde en una penumbra que la oscurece. Neumo diagnóstico, que da signos de intolerancia, náuseas, vómitos, tos, malestar general, taquicardia y fiebre; pero se limita mejor el quiste, nueva inyección de aire, resultado: derrame en la base, neumo en el vértice y quiste en el medio. Operación: pleuras adheridas, incisión, se atraviesan dos cm. de parénquima pulmonar fibroso y se abre el quiste, se extrae líquido y membranas, no hay vesículas hijas, al incindir la periquística: pus; drenaje. Evolución post operatoria favorable, *cura en 22 días clínica y radioscópicamente*. También este caso es para mí, igual que el anterior, el caso más favorable de tratamiento de quiste, porque las pleuras están adheridas en el sitio de abordaje y tampoco veo en él, la necesidad o mejora del neumo previo aun con fines de diagnóstico, pues no creo compensada la importancia de esto con los inconvenientes posibles. Tanto en uno como en el otro el neumotórax no ha intervenido para nada en el factor terapéutico.

Al final para el Dr. Manfredi: "una de las indicaciones más atrayentes de la operación con neumotórax previo es la hidatosis múltiple, se podrá localizar mejor los quistes y evitar la extensión de la sínfisis pleural". No tengo experiencia personal, pero a priori, se puede emplear la misma argumentación anterior. Si estuviéramos seguros de que la oclusión de todos los quistes fuera factible, el método debe darnos seguridad de localización y abordaje, con una sola operación y una sola incisión parietal; pero si tuviéramos que drenar, los inconvenientes anotados se multiplicarían, basta sólo imaginarse el drenaje y fijación parietal de un quiste del lobo superior y otro del inferior para darnos cuenta de sus peligros y de su inoportunidad de aplicación.

Tales son los comentarios que nos ha sugerido la lectura y análisis de los casos presentados por el Dr. Manfredi. En resumen, de los siete casos presentados por el autor, sólo en dos y posiblemente en uno, la Obs. 2ª se habría aplicado íntegramente el método del neumotórax previo y de su análisis no podemos deducir las ventajas sobre el de Lamas y Mondino.

De modo que a pesar de nuestra voluntad y sistema de no usar técnicas únicas, creemos que el procedimiento de Lamas y Mondino, *bien aplicado*, debe ser el de elección para tratar los quistes del pulmón con pleuras libres. Los otros son de excepción y sólo pueden ser usados en condiciones rigurosamente determinadas. Este criterio que venimos sosteniendo desde hace más de 25 años no se ha modificado con todos los datos y aportes, últimamente presentados en favor del neumotórax previo, a pesar de la brillantez y talento de sus sostenedores. Creemos que lo usaremos gustosos cuando tengamos la certeza de poder afirmar que tal quiste puede ser ocluído, y esto todavía está lejos de conseguirse.

Todo lo dicho no quiere decir que no debemos conocer estas técnicas, pues debemos recurrir a ellas en casos determinados, aunque no frecuentes, como una solución de emergencia ya que no de elección, por ejemplo: por error de diagnóstico; cuando por la falla del Lamas y Mondino, se produce un neumotórax o también cuando el drenaje del quiste es urgente por la gravedad de algún síntoma que es necesario cortar, como ser una hemorragia rebelde y entonces no hay más remedio que abrir y proceder cueste lo que cueste.

Es de resolver si este tema se debe poner en la orden del día para que nuestros compañeros puedan traer su casuística y comentarios; o que si debemos esperar a que se publiquen, puestas al día y libros anunciados, como ser: el relato del doctor Ivanovich al Congreso Argentino de Cirugía, que se celebrará en octubre de este año; el relato del doctor Arce, al XI Congreso Internacional de Cirugía de Bruselas; y un libro sobre Quistes Hidáticos de pulmón de los doctores Purriel, Chifflet y Ardao, etc., para que podamos llegar a conclusiones firmes sobre este tema tan nuestro y tan importante. La asamblea resolverá.

Finalmente termino agradeciendo al doctor Manfredi, el haber querido comunicarnos sus interesantes observaciones, que proporcionan una nueva contribución al problema del abordaje y tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos del pulmón, en pleura libre.

No debemos pasar por alto la excelente presentación de las historias clínicas, radiografías y de la exposición del Dr. Manfredi; así como el criterio clínico quirúrgico y la seguridad y sencillez

de su técnica operatoria, que le han permitido obtener los éxitos terapéuticos que demuestran las historias presentadas.

Propongo finalmente publicar del interesante trabajo del doctor Manfredi, lo que autorice nuestro reglamento y depositar en nuestros archivos sus observaciones tan detalladas, ya que no se nos permite desgraciadamente publicarlas en extenso.

**Prof. A. Lamas.** — Cuando se nos ocurrió al doctor Mondino y a mí provocar adherencia pleural para abordar los quistes hidáticos del pulmón fué porque habíamos comprobado que la evolución post-operatoria de tales quistes era mucho mejor en aquellos que presentaban, en el momento de ser operados, sínfisis pleural, que en aquellos que no la habían hecho.

Después, los resultados obtenidos con tal conducta, vinieron, en estadísticas numerosas, a confirmar nuestra observación. Ahora, si estadísticas también numerosas, vinieran a comprobar que con nuevos procedimientos y en igualdad de condiciones prácticas se obtienen mejores o idénticos resultados yo creo que hay que dejar el método de las adherencias de las pleuras y recurrir a ellos.

**Dr. Otero.** — En el Servicio de Cirugía del Prof. García Lagos he podido seguir la evolución de numerosos q. h. del pulmón operados en su gran mayoría por el procedimiento de Lamas y Mondino. Creo que es indiscutible que es este el procedimiento de elección en los quistes grandes o medianos y superficiales: es un procedimiento fácil, seguro, casi sin complicaciones. Es la conducta que adoptamos sin dudar frente a tales quistes pues da grandes seguridades y no creemos que por ahora haya ninguna otra que pueda dar tantas.

Es por eso que no comparto la insinuación del Prof. Lamas en el sentido de abandonar un método de resultados bien probados por otros que implican riesgos mayores para el enfermo.

En cambio en otros casos: quistes pequeños, cuya localización exacta puede ser difícil o quistes profundamente situados tales como para hiliares o yuxta mediastinales, quistes abiertos reducidos parcialmente de tamaño por evacuación de gran parte de su contenido creo que podemos estar autorizados a recurrir a otros métodos quirúrgicos como el abordaje con pleura libre

con neumotórax previo mediato o inmediato ya que es este un procedimiento que da al cirujano más libertad y configura más amplias perspectivas de realización.

En cuanto al pronóstico inmediato del método de las adherencias provocadas diré que es en general bueno, salvo ligeros incidentes que alargan un poco el post-operatorio no es frecuente ni mucho menos ver complicaciones de importancia. En lo que se refiere a pronóstico alejado, quiero decir aquí que no comparto el pesimismo que parece desprenderse de numerosas publicaciones hechas últimamente en nuestro medio científico y que por el contrario he observado a distancia varios operados que pueden considerarse radicalmente curados, sin la menor secuela.

En resumen, creo, que por ahora, en la gran mayoría de los q. h. del pulmón el procedimiento de Lamas y Mondino es el de elección y en contadas excepciones quistes pequeños, quistes mal reperados o hidatidosis múltiple o quistes profundos o parcialmente vaciados se deberá recurrir a otros métodos.

**J. C. del Campo.** — Discípulos del Prof. A. Lamas hemos seguido sistemáticamente hasta hace poco tiempo el procedimiento en dos tiempos conocido con el nombre de procedimiento de Lamas y Mondino.

Diremos primeramente que este procedimiento ha tenido un valor histórico que nadie le puede negar. Cuando su aparición y durante muchos años ha resistido perfectamente bien la comparación con la cirugía pulmonar tal como se hacía entonces.

Agregaremos también que parte de un hecho de observación, señalado siempre por los Profs. Lamas y Mondino que es a nuestra manera de ver incommovible. Cuando la naturaleza ha creado una zona de adherencias frente al quiste obligando pues a operar una vez excluída la cavidad pleural, la intervención y sus consecuencias son de una sencillez notables.

Es pues esta situación natural — a todas luces ventajosa — la que se trata de reproducir, lo que no siempre se consigue.

Nosotros hemos seguido la técnica misma de Lamas y Mondino con dos pequeñas variantes. Es así que la resección costal es limitada a una costilla cuando el quiste es grande y por lo tanto fácilmente abordable pero cuando el quiste es pequeño y preveemos dificultades de localización hacemos la resección

de dos costillas (8 o 10 cm. de ellas se entiende) y del espacio intercostal intermedio. Por otra parte le damos más importancia que los doctores Lamas y Mondino a la evacuación en el segundo tiempo operatorio de la membrana parasitaria que creemos debe tratar de ser completa y verificada.

En estos últimos tiempos se le ha señalado al procedimiento una serie de inconvenientes. Sin entrar a discutir diremos que frecuentemente no se sigue con exactitud la técnica indicada. Hay a veces apresuramiento en la ejecución de ese segundo tiempo, otras demasiado exploración de la herida lo que destruye adherencias que no son muy fuertes. Hay un incidente operatorio que debe ser resuelto rápidamente; nos referimos a la vómica, que el procedimiento no evita, sobre todo si se hace punción para comprobar diagnóstico y localización. Si no se incinde rápidamente el quiste estableciendo una amplia comunicación con el medio exterior los bruscos esfuerzos respiratorios del sujeto ponen a dura prueba la zona de adherencia determinando a veces su destrucción y haciendo perder las ventajas del procedimiento. No queda entonces otra solución que seguir a pleura libre. No entraremos en detalles sobre la manera de evitar la vómica operatoria y sus consecuencias.

Pero para que el procedimiento fuera practicable era necesario que el quiste tuviera contacto con un segmento de pared torácica abordable quirúrgicamente. De ahí que se aplazara la intervención (con ventaja a veces, pero con inconvenientes otras) cuando el quiste estaba alejado de los segmentos accesibles o cuando su tamaño era tal 6,8 cm. que se preveían dificultades de encuentro aun mismo después de localización. Todos estos inconvenientes eran inscriptos en la abstención operatoria y no puede discutirse para ellos el procedimiento a aplicar si es que se decide operar, pues no deben ni pueden operarse con el procedimiento de Lamas y Mondino.

Hay dos situaciones que a nuestro modo de ver, no resuelve tampoco el procedimiento de Lamas y Mondino: el enquistamiento de la membrana y la hidatidosis múltiple.

No es que no haya casos que puedan ser resueltos por él.

Pero en el enquistamiento o retención seca se trata de nódulos en general pequeños, difícilmente localizables y tengo en mi memoria varios casos de fracaso y abandono de la operación. Me he



expresado al respecto en una comunicación anterior, con presentación de caso.

En cuanto a la hidatidosis múltiple hemos tratado de operar en pleura libre dos veces para solucionar varios quistes al mismo tiempo y nos ha sido imposible establecer el neumotórax de manera que he tenido que renunciar.

Por lo tanto desearíamos conocer la opinión ajena para así poder decir no sólo si se ha de hacer la operación en pleura libre, sino en qué proporción ésta es posible en estas condiciones, y con qué ventajas o inconvenientes.

**Dr. Etchegorry.**— En honor a la calidad de extranjero del doctor Manfredi y dado su interés en tomar la palabra, pido a la Asamblea se la conceda ya que reglamentariamente no podría hacerlo por no ser socio activo de la Sociedad (aprobado).

**Dr. Manfredi.**—Agradezco a la Asamblea el honor de haberme concedido extra reglamentariamente el uso de la palabra.

Solamente quería decir lo que ya queda dicho al principio de mi comunicación; que no tiene ésta la finalidad de defender algún procedimiento en particular, ya que para ello debería tener yo una experiencia mayor de la que poseo ni tampoco la de renovar la ya tantas veces debatida cuestión de cual de esos procedimientos es el mejor. Mi objeto es simplemente exponer los resultados obtenidos en unos pocos casos de q. h. del pulmón tratados con técnicas distintas.

Como el tema que en ella se trata, es uno de los oficiales del próximo Congreso de Cirugía Argentina y lo que hace falta para discutir con propiedad, es experiencia y estadísticas me ha parecido bien traer la mía personal al seno de esta Sociedad para demostrar el valor de las observaciones recogidas cuidadosamente.

Creo que en materia de terapéutica más que sistemático se debe ser ecléptico y por lo tanto tener un conocimiento claro de todos los métodos, para echar mano de cualquiera de ellos cuando las circunstancias nos impidan emplear el de uso corriente. Así, por ejemplo, en caso de no obtenerse adherencia de las pleuras, conviene tener algo más de que echar mano y lo mismo en los

casos de quistes pequeños, o profundos o mal reperados o de hidatidosis múltiple, es necesario saber que el abordaje con pleura libre permite al cirujano más amplias perspectivas de realización que el procedimiento de Lamas y Mondino.

**Dr. Etchegorry.** — Agradezco en nombre de la Sociedad de Cirugía la comunicación presentada por el doctor Manfredi y hago votos para que sus visitas a ésta su casa se repitan.

---