

Trabajo de la Clínica del Profesor Dr. Domingo Prat.

SUPURACION PERIHIDATIDICA EN UN QUISTE HIDATIDICO PULMONAR

Por el Profesor Agregado, Doctor Juan Soto Blanco

Siendo uno de los temas a tratar en el seno de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, en la reunión conjunta con la Sociedad de Anatomía Patológica, las supuraciones peridatídicas en la hidatidosis pulmonar, creo conveniente relatar un caso típico de esta enfermedad tratado por mí en febrero de 1937.

Se trataba de una enferma hospitalizada en la Sala de Cirugía B del Hospital Maciel, Servicio del Profesor Dr. Domingo Prat.

M. B., uruguaya, 33 años, oriunda del Departamento de Rocha ingresada al Servicio con el cuadro clínico siguiente: desde hacía un mes fuerte puntada en la parte posterior del hemitórax derecho empezando bruscamente con chuchos de frío, estado febril, tos con expectoración mucopurulenta de regular abundancia, los primeros días, habiendo disminuído algo en el momento de su ingreso.

Desde hacía diez meses había notado accidentalmente al palpase el vientre una tumoración en el hipocondrio derecho absolutamente indolora y a la cual no había prestado mayor atención, puesto que no le producía ningún trastorno. Con este estado febril, esta tumoración se hizo dolorosa.

Examen clínico. — Enferma febril, 38°, sudorosa, con discreta dispnea, ensanchamiento neto de la base del hemitórax derecho, haciendo una saliente muy marcada; se nota igualmente discreto abombamiento del hipocondrio y flanco derecho; el vientre se moviliza bien con la respiración; discreto dolor espontáneo y agudizado con los golpes de tos en el hipocondrio derecho. A la palpación vientre blando y depresible en todas sus partes; tumoración en el hipocondrio derecho, móvil con los movimientos respiratorios, tomando cuerpo con el hígado, cuyo borde inferior descende cuatro traveses de dedo por debajo del rebordó costal; se delimita menos hacia la línea media, pero se ve que ocupa todo el epigastrio descendiendo casi hasta el ombligo; el hipocondrio izquierdo ocupado en su mitad interna; a la percusión macidez absoluta hasta el cuarto espacio intercostal derecho por su parte superior.

A la auscultación estertores subcrepitantes en el tercio medio y base del hemitórax derecho; disminución de la respiración a ese nivel; respiración soplante en la axila derecha; respiración ruda en la base pulmonar izquierda.

Aparato cardío vascular: tonos cardíacos normales, pulso regular, 108 pulsaciones por minuto, presión arterial Vaquez-Laubry brazo derecho, acostada, Mx. 11, Mn. 8.

Exámenes complementarios: Urea en el suero sanguíneo 0 gr. 48 %; Reacción de Wassermann: positiva intensa; Reacción de Cassoni: positiva intensa; Examen de orina: normal; Baciloscopia: B. de K. negativa. El examen de la expectoración demostró abundantes neumococos. Radiografía pulmonar: gran sombra en el hemitórax derecho homogénea, respetando el fondo de saco costo-diafragmático en toda su parte axilar; en la parte media se continúa esta sombra con la sombra hepática; por la parte superior se extiende esta sombra hasta la altura de la segunda costilla, y por la parte posterior hasta el arco posterior de la quinta costilla; desplazamiento del mediastino en su totalidad hacia la izquierda.

Se practica una punción con jeringa de Pravaz del hemitórax derecho en su parte baja, extrayendo 20 c.c. de pus bien ligado con la característica de pus a neumococos. Se manda analizar. Por la misma aguja de punción introducimos 10 c.c. de lipiodol pesado y 10 c.c. de aire. Confesamos que en ese momento no pensamos en la naturaleza hidatídica del proceso, porque pensamos que la enferma tenía una supuración pleuro-pulmonar derecha y un quiste hidatídico hepático. El examen del pus retirado por punción reveló una supuración pura a neumococos. Sacamos una radiografía en posición frontal en la cama de la paciente puesto que su estado no permitía su traslado y que es la radiografía que adjunto. En ella se ve la sombra del proceso, un nivel líquido en la parte superior, una cámara de aire por arriba y dos niveles de lipiodol en la parte baja. Esta imagen al tomar una forma tan redondeada nos hizo dudar de nuestro diagnóstico de supuración pleuro-pulmonar; procedimos a la operación del proceso del hemitórax derecho. — Marzo 9 de 1937. Operación Dr. Soto Blanco, Pte. Racine. Posición de jockey, anestesia local, novocaína al $\frac{1}{2}$ %; pleurotomía derecha axilar con resección costal, 2 cm. del arco medio de la octava costilla; hay adherencias pleurales, se punciona con aguja gruesa y jeringa para explorar la profundidad de la supuración; se llena la jeringa de pus e inmediatamente de abierta la pleura parietal; se incide ésta al bisturí saliendo 100 c.c. de pus que se manda analizar; llama la atención no encontrar mayor supuración; se explora la brecha abierta introduciendo un dedo con el cual se toca una membrana resistente como si fuera la membrana de un quiste. Colocamos un espéculo vaginal y vemos la membrana anacarada quística. Con una nueva jeringa puncionada esta membrana extraemos líquido hidático claro cristal de roca del cual recogemos para examen. Con una pinza (Clamp) perforamos esa membrana, sale 1 litro de líquido claro extrayendo después con el mismo Clamp la membrana hidatídica. Se coloca en la cavidad pulmonar una sonda de Petzer fina y se cierra la pequeña brecha retro mamaria en tres planos. Vendaje plano sin sifonado. El pus examinado mostró sólo neumococos; el líquido hidatídico

era completamente estéril; la membrana amarilla por su cara externa en donde había partes exfoliadas era clara, blanquecina por su cara interna.

Al día siguiente se retiró la sonda; al tercer día se sacó placa N° 18649 grupo B, mostró una expansión del pulmón derecho que llenaba el hemitórax casi en su totalidad; quedaba una pequeña cavidad en el tercio inferior con un resto de lipiodol. Dr. Irigoyen M. El pulmón derecho muestra fibrosis;



a los ocho días con anestesia local le fué operado su quiste hidatídico del hígado por una incisión de Harman, formoleado, vaciado (aspirador de Finochietto) extracción de membrana, visualización de la cavidad, cierre y abandono. La radioscopia final al darla de alta mostraba una expansión total de su pulmón. Adjuntamos la gráfica de su estadía en el Hospital.

Como vemos esta enferma hizo un proceso pulmonar agudo habiendo llegado a la supuración en un pulmón parasitado por la tenia equinococcus. La supuración decoló la hidátide de la periquística y allí se colectó estableciendo una cavidad real entre el quiste y la adventicia. La imagen en arco superior descrita en estos procesos (signo de Bonaba y Soto) fué creada por nosotros en la aspiración que hicimos previa al acto operatorio con fin diag-

nóstico. Es de hacer notar que a pesar de la tos violenta que tenía nuestra enferma no se hubiera producido la vómica hidatídica.

Y es también de hacer notar que a pesar de la abundante expectoración purulenta que tenía nuestra enferma, que no hubiera aparecido con anterioridad a nuestra exploración quirúrgica el neumo-quiste peri-vesicular. Creemos que la obstrucción brónquica por ese pus espeso a neumococos y el poco parénquima pulmonar derecho sano que quedaba en la parte alta del pulmón, al no haber una corriente de aire importante, fueron los motivos por los cuales no se produjo la imagen característica del neumo quiste perivesicular. La comprobación de la supuración perihidatídica, y la verdadera naturaleza del proceso fué una confirmación operatoria. Es lo que queríamos manifestar.

Juan Soto Blanco.

Sr. Presidente. — Está en discusión el tema "Supuración peri-hidatídica del pulmón", de acuerdo con los trabajos presentados por el Profesor Agdo. Ardao y el Prof. Agdo. Dr. Soto Blanco.

Dr. Soto Blanco. — En los cuatro casos que nos trajo el Dr. Ardao había dos muy ilustrativos. Parecería que la cantidad de pus no fuera abundante y uno supone que en ese caso no se podría hablar de supuración perihidatídica.

Dr. Ardao. — Anatómicamente el proceso está. Sobre todo de comprobación operatoria, y además, histológicamente evidente. El caso que presenta el Dr. Soto Blanco es exagerado comparativamente a los casos nuestros. Uno de ellos, sobre todo el último, es parecido a ese en cuanto a la cantidad de pus que hacía. Hay transiciones en todos los grados.

Dr. Chifflet. — La comunicación del Dr. Ardao aborda numerosos puntos, trayendo con su conocimiento anatómico de los procesos, importantes aportes al tema quiste hidatídico pulmonar. Me referiré sólo a lo que atañe al título de la comunicación, es decir, la supuración perivesicular. Aun concretado a este punto creo que hay dos aspectos que deberíamos considerar por separado, aunque en su esencia sean manifestaciones de un mismo proceso: el exudado leucocitario perivesicular y la constitución de la adventicia.

El exudado perivesicular con conservación de una hidátide sana es un hecho que ya han anotado los cirujanos. Refiriéndonos únicamente a los 25 quistes hialinos que forman parte de las 60 observaciones que traemos hoy a la Sociedad de Cirugía, diremos que en cinco historias está anotada la presencia de cierta cantidad de exudado purulento, por fuera de una vesícula entera. Desde que abrimos la vesícula después de descubrirla por sección progresiva de la adventicia, tal exudado ha sido reconocido con particular frecuencia.

Una de estas observaciones corresponde al Dr. Barbieri en la Sala 5

del H. Pasteur. El paciente (Nº 2 de nuestra estadística) tenía un enorme pneumoquiste a derecha y una sombra muy grande de la mitad inferior del hemitórax izquierdo. Se punciona dicha sombra y extraen cierta cantidad de pus franco. Se inyecta por la aguja aire y lipiodol y se obtiene una hermosa imagen radiográfica constituida por una sombra ovalar, cuyos polos superior e inferior están contorneados por un aro de aire y uno de lipiodol respectivamente. En la operación, que realizamos en dos tiempos, por no existir adherencias pleurales espontáneas, al seccionar el pulmón, salió abundante pus. Aparece luego la hidátide intacta, que se extrae, rompiéndose y dando salida a abundante líquido límpido. A los 30 días fué dado de alta para campaña completamente curado, pero durante 10 días después de la operación hubo abundantísima secreción purulenta por el tubo de drenaje.

Otra observación que juzgamos de interés es la. Nº 55 de nuestra estadística, a la cual nos referiremos al tratarse el asunto de hemorragia. Este paciente en cuyas placas se notan irregularidades importantes del contorno quístico, tenía copiosas hemoptisis y en el 2º tiempo operatorio se encontraron abundantes coágulos llenando el espacio entre el parásito y la adventicia.

El Dr. Ardao considera al exudado leucocitario como de origen adventicial y describe en dicha zona lesiones que analizaremos más adelante. Es natural que la transformación purulenta de las capas internas de la adventicia provoquen una falta de perfecta adaptación con la vesícula y que allí donde hay pus o sangre puede haber aire dando una imagen clara en casquete. Deseamos no entrar en discusión sobre patogenia de este signo, para no desviar la atención de hechos más importantes y más concluyentes que nos ha traído el comunicante. Pero damos nuestra opinión de que el pneumoquiste perivesicular grande que regresa a veces, como lo describieron Morquio, Bonaba y Soto o que es intermitente como lo señalamos con Purriel, es signo de alteración del propio parásito. Por otra parte, Ardao cita importantes alteraciones de la membrana en los casos que presenta. La observación, Nº 7 de nuestra estadística tenía un casquete claro y había un exudado periparasitario, pero las lesiones del parásito eran intensas.

El estado de la adventicia nos fué mostrado por Ardao en diferentes aspectos, en su evolución y en su significado, siendo para los cirujanos de muy gran interés su exposición. Por mi parte, y mientras no oigamos de los anatomopatólogos opinión en contrario, creo que debemos incorporar sus comprobaciones a nuestro acervo científico. Podrá tal vez haber diferencias en los conceptos pero lo importante que yo saco de su comunicación es que el quiste hidatídico pulmonar con vesícula entera puede ser una enfermedad mixta donde junto a la parasitosis se instala un proceso inflamatorio. El porcentaje de esta asociación será el punto de ulteriores observaciones donde todos debemos cooperar, pero es indudable que en todos los terrenos de la clínica y el laboratorio hemos encontrado pruebas de una relativa frecuencia. Citemos algunos hechos sugestivos: a) estados pulmonares infecciosos; b) signos de infección general; c) febrículas; d) polinucleosis sanguínea; e) expección purulenta; f) sombras radiológicas difusas periparasitarias; g) pleuritis y adherencias; h) exudado leucocitario perivesicular.

La importante noción de la inflamación periparasitaria en el quiste entero conduce a fortificar ciertas directivas terapéuticas, que manteníamos firmes, sobre la base única de la experiencia que da la clínica. Si muchas veces la hidátide está rodeada de un proceso inflamatorio crónico o agudo y hasta puede estar nadando en un líquido de exudación leucocitaria, el cirujano, trabajando con cavidad pleural abierta podrá conseguir la extracción feliz del parásito sin riesgo tóxico o de siembra para dicha serosa, pero es indudable que resulta prácticamente imposible, salvo cierta excepcional habilidad o suerte en las maniobras, evitar el contacto más serio aún, del proceso supurado. Creo, sin deseo de iniciar discusión sobre todo el tema de método operatorio, que la supuración perivesicular es un poderoso argumento en favor de la operación de Lamas y Mondino.

El tratamiento ulterior de la adventicia, si ésta fuese un simple testigo de la afección, consistiría en el cierre de la brecha y su abandono. Este método (Thornton-Boud) fué aconsejado para el pulmón por Posadas. En los quistes muy pequeños, donde la adventicia no es usada, se justifica tal actitud, pero creemos que su eliminación es directiva fundamental de hidatología. La adventicia, en efecto, conserva múltiples propiedades biológicas del parásito y puede además ser albergue de minúsculos elementos fértiles secundarios. Por otra parte es un tejido de difícil incorporación al tejido sano que lo rodea. La eliminación de la adventicia se hace quirúrgicamente en los quistes peritoneales o cuando se reseca un fragmento de órgano o se le extirpe en totalidad (bazo-riñón). En otras partes hay que favorecer tal eliminación y en ese sentido soy ardiente partidario del drenaje en el quiste hepático y pulmonar.

La supuración perivesicular que nos ha mostrado Ardao, da un nuevo apoyo a esta conducta, pues ya no se trata de dejar un drenaje para permitir la eliminación de restos parasitarios o deshechos de una adventicia perjudicial, sino de dar salida a una secreción purulenta, que si se le mantiene en la zona operatoria, puede ser fruto de serias complicaciones secundarias o de procesos supurados pulmonares progresivos ulteriores.

Los cirujanos debemos felicitarnos por haber visto las preparaciones del Dr. Ardao y oído sus conceptos sobre asunto de tal interés doctrinario y práctico.

Dr. Ardao. — La comunicación del Dr. Chifflet no me merece sino agradecimiento por el aporte que ha traído y en cierto modo las comprobaciones están de acuerdo con las que nosotros hemos realizado.

Es evidente que entre la supuración peri-hidática abundante masiva, y el pequeño proceso de la supuración y de la comprobación operatoria, que no se traduce clínicamente ni radiológicamente, hay todos los grados.

En cuanto a la conducta operatoria me parece muy lógica y de acuerdo a la que nosotros esbozáramos en comunicaciones anteriores. Pero quien pretenda explicar patogénicamente la imagen del doble contorno deberá tener en cuenta los hechos anatómicos que mostramos en la supuración. Nosotros creemos que ella sola explica en muchos casos tal signo.