

SUPURACION PERI-HIDATIDICA CON HIDATIDE  
INTACTA

(A propósito del *neumoquiste perivesicular* y del diagnóstico del  
del *q. h.* por el método de Lasnier)

P. Larghero Ybarz

La comunicacion del Dr. Ardao sobre supuración perihidatídica de la cavidad adventicial con hidátide no rota y aséptica, presenta un destacado interés, por 3 motivos.

- 1º porque aporta documentos de lo que puede llamarse, la primera etapa de la infección en los *q. h.* del pulmón.
- 2º porque sobre la base de estos elementos clínicos-radiológicos y de anatomía patológica operatoria y biópsica, funda una nueva hipótesis patogénica del *neumoquiste perivesicular*.
- 3º porque frente a la anatomía patológica radiológica, con escasa documentación anatómica, sobre la que asienta el conocimiento actual de las secuelas muy a menudo graves, irreparables, del quiste hidático del pulmón, aporta material microscópico biópsico, correspondiente a lesiones parenquimatosas de evolución más breve.

En ellos es posible sorprender los fenómenos tisulares que se desarrollan en el parénquima pulmonar (alvéolos, bronquios, tejido peribronquial, tejido intersticial) en una fase primaria, precoz; el estudio del material de biopsias operatorias ofrece entonces un panorama completamente diferente de lo conocido, sobre la importancia respectiva y el jalonamiento de los diferentes procesos que van a culminar en la fibrosis y fibroesclerosis.

De este estudio pueden derivar nociones terapéuti-

cas muy útiles. Desde hace 10 años, siempre que el caso lo ha permitido, hacemos biopsia de la adventicia y parénquima vecino. Con este material, y a inspiración del Prof. Lasnier, pensamos hacer un estudio analítico con los Dres. Ardao y Casinelli, confrontando los datos microscópicos a la clínica y evolución post-operatoria.

Vamos a referirnos hoy, solamente a los dos primeros motivos:

1º *Supuración perihidática del espacio adventicial, con hidátide íntegra.* — En el quiste hidático del pulmón no complicado, sin ningún síntoma bronquial, el espacio de contacto entre la vesícula y la adventicia es virtual, la cara externa de la hidátide es blanca anacarada y lisa y la cara interna de la adventicia es lisa, brillante, translúcida, elástica.

Cuando las secreciones del o los bronquios que abocan en el saco adventicial se estancan, la filtración de la infección hacia el espacio perivesicular de Devé es fatal porque la hidátide que cierra a modo de válvula el abocamiento aun cuando es elástica, no puede seguir exactamente los vaivenes de expansión y retracción que al saco adventicial de pared delgada, le imprimen los movimientos inspiratorios y espiratorios normales y de los golpes de tos. El espacio virtual, prácticamente aséptico, se convierte en real, infectado y queda creada la supuración perihidática, supuración perivesicular intraquistica, como la designa Piaggio Blanco.

Tres hechos capitales derivan de esta complicación:

- 1º Clínico. La tos aumenta y la expectoración abundante pueden hacer creer que el quiste se ha roto y se evacúa por vómitos fraccionados. El aspecto macroscópico de la expectoración muco-hialina ayuda a veces a esta confusión (Obs. P. C., expectoración de 150 c.c. diarios de líquido pseudo hidático. *Cloruros bajos*).
- 2º La infección actúa sobre la superficie externa de la quitinosa, que sufre un proceso de reblandecimiento amarillento y exfoliación laminillar (hallazgo de fragmento cuticulares en la inclusión de esputos por el método de Lasnier, aun cuando la hidática esté íntegra. (Casinelli los encontró en seis observaciones, de neumociste perivesicular).

3º La infección actúa sobre el parénquima pulmonar, por dos vías:

- a) a partir del saco adventicial e invadiendo de trecho en trecho, excéntricamente.
- b) por vía brónquica, a partir de los bronquios que abocan en la adventicia y desde ellos sembrando por sus ramificaciones un lóbulo o todo un pulmón.

(Lesiones inflamatorias exudativas leucocitarias endo y peribronquiales, comprobadas personalmente en las biopsias). (Obs. P. Illada).

También la pleura puede ser involucrada (reacción pleural serofibrinosa y aun empiemas pleurales paraquísticos, en los quistes hidáticos cerrados). (Piaggio Blanco, Equinocosis pulmonar, p. 120).

En la monografía de Piaggio Blanco y García Capurro (pág. 121 y sigs.), está bien señalada la importancia de este hecho y citados los autores que han contribuido a su conocimiento (Passeron, Lepicaud, Lagos García, Comas, Piaggio Blanco) (citas bibliográficas Nos. 19, 4, 2, 75, 11, 18, 92).

A la casuística publicada, aportamos 3 nuevos casos.

#### QUISTE HIDÁTICO DEL PULMON DERECHO (Lóbulo inferior).

Hialino, con infección endoadventicia y peri-hidática. Neumo-quiste perivesicular.

QUISTOTOMIA EN UN TIEMPO. (Pleuras adherentes). — Curación. P. C., 28 años, urug., Dpto. de Rocha. Enviado por el Dr. M. Fierro Vignoli, ingresa a la Sala Prof. Navarro el 26 de febrero de 1938. Hace 1 mes, fiebre, chuchos, sudores, astenia, dolores en hemitórax derecho. Lo ve el Dr. Fierro que diagnostica congestión pulmonar y pleural, probablemente por quiste hidático (diagnóstico etiológico preciso que nuestros colegas de campaña hacen frecuentemente). Días antes de este episodio comenzó a tener fiebre y tos seca sobre todo nocturna, luego con expectoración muco-purulenta que ha continuado hasta ahora, pero nunca vómica ni hemoptisis. Los dolores en el hemitórax derecho cedieron al mejorar la congestión; a los 15 días, mejoría, baja la fiebre pero persiste la tos. Hace 3 días, de nuevo fiebre y chuchos, dolores en hemitórax derecho siempre tos y expectoración muco-purulenta que al ingresar al Servicio se hace *acuosa-serosa* y abundante, menos purulenta.

*Examen físico:* Febril a 39°, tos pertinaz, día y noche. Disnea ligera.

*Pulmón izquierdo normal.*

*Pulmón derecho:* posterior. Ligera deformación, con levantamiento en parte media que avanza hacia el flanco. Vibraciones normales en el vértice que luego disminuyen para abolirse en parte media y base.

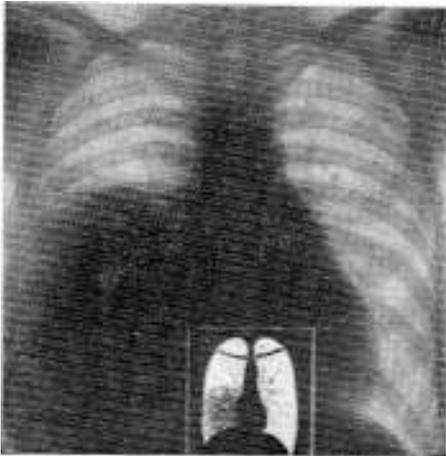
Percusión: Los vértices suenan bien; en el campo derecho, a partir de la punta de la escápula, hay macidez completa hasta la base, pero la extrema base suena de nuevo un poco. La macidez, a nivel superior horizontal, se prolonga hasta la axila inclusive y llega hasta la pared anterior.

Auscultación: El vértice d, respira bien. A nivel de la parte superior del  $\frac{1}{3}$  medio y por encima de la macidez, estertores subcrepitantes finos y soplo expiratorio en axila, alto.

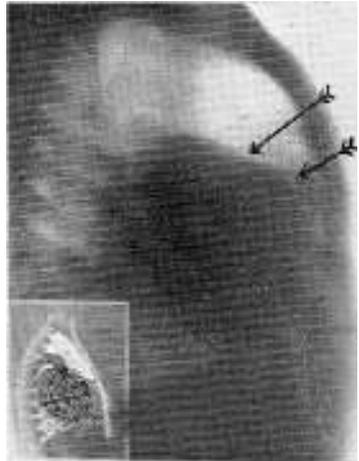
En la  $\frac{1}{2}$  inferior del pulmón derecho (parte posterior y axila), abolición del murmullo respiratorio.

En suma: síndrome en menos en zona media, base derecha y axila. La extrema base está más clara. Signos pleuro-pulmonares por encima.

*Radioscopia y placas:* Quiste hidático ocupando los  $\frac{2}{3}$  inferiores del pulmón derecho. Contacto con la pared. Imagen de neumoquiste peri-vesicular. Parte baja del pulmón, en el seno costo-diafragmático, clara



Radiografía de frente.



Radiografía de perfil.

Imágenes pequeñas de neumoquiste perivesicular, sólo visibles en esta posición. En la radiografía de frente no aparecen porque la mayor altura de la sombra del quiste en la parte posterior lo impedía. El neumoquiste era muy bien apreciable en el examen radioscópico, sobre todo en los golpes de tos.

Exámenes de laboratorio: Urea 0 gr. 30<sup>o</sup>/<sub>100</sub>. Wassermann: Negativo. Orina Normal. T. Coagulación 7 minutos. Sangre: Leucocitos 13.800. P. N. 85 %. E. 0 %. B. 0 %. Linf. 7 %. Monocitos 8 %.

*Espustos:* Visto el aspecto acuoso de una parte de la expectoración y sospechando que él pudiera responder a una fisuración del quiste y evacuación del líquido hidático (porque el líquido expectorado era casi agua de roca), hicimos en él una dosificación de cloruros que dió: 1gr.63<sup>o</sup>/<sub>100</sub>, es decir proporción muy inferior al del líquido hidático, lo que nos permitió afirmar que el quiste no estaba aún fisurado. Desde su ingreso al Servicio la tos se hace

pertinaz acompañada de expectoración serosa en cantidad de 30 a 70 c.c. en la que flotan algunos esputos muco-purulentos adherentes. La investigación de ganchos y bacilos de Koch es negativa, encontrándose abundante flora microbiana vulgar.

En la tarde del 2º día la temperatura sube a 39º y  $\frac{1}{2}$ , la disnea aumenta. La auscultación muestra signos pleuro-pulmonares por encima de la zona de silencio de la base.

Practicamos nueva radioscopia que no muestra modificaciones; el contorno superior de la periquística, curvo, está separado por una estrecha zona clara de la opacidad del quiste, la cual se aclara más y se agranda en los golpes de tos e inspiraciones profundas. La temperatura elevada, la tos incesante, nos hacen temer la ruptura del quiste por lo cual decidimos intervenir, previa localización radiológica que muestra la zona axilar y el nivel de la 5ª costilla como la más cercana a la pared.

*Operación:* Dr. Larghero. Dr. Ardao. Posición sentado, recostado sobre el flanco izquierdo y con el brazo derecho elevado. Anestesia: morfina 0gr.015 previa y anestesia troncular de los 4º, 5º y 6º intercostales. Infiltración pericostal de la 5ª y de los espacios vecinos. Resección de la 5ª costilla entre la línea axilar posterior y la línea mameonar. Pleuras adherentes. Se desgarran suavemente la pleura parietal y visceral y queda al descubierto la cara externa lisa, blanco anacarada y brillante de la periquística hidática. Punción y evacuación con trócar de líquido hidático absolutamente límpido (Examen bacteriológico).

Incisión de la periquística; se extrae la membrana hidática que contiene aún líquido parte del cual se derrama en la periquística. Sobrevienen dos golpes de tos y el líquido expulsado de la adventicia, ya libre de la germinativa, es turbio, purulento y fétido (Examen bacteriológico).

La membrana germinativa está cubierta en su cara externa de un exudado purulento cremoso (Examen bacteriológico), mientras su cara interna es lisa, limpia y brillante.

Se observa sobre la cara externa de la germinativa producciones mameonadas amarillentas (fragmento para examen histológico).

Visualización de la cavidad con espéculo; se ven varios bronquios abocados; los golpes de tos hacen salir por ellos secreción turbia y sanguinolenta. Los orificios de apertura de los bronquios aparecen disimulados por exudado amarillento en fina película que reviste toda la cara interna de la periquística. Se recoge un poco de este exudado para *examen bacteriológico*:

La periquística es delgada, pues en los golpes de tos que se ordena hacer al enfermo sus paredes abomban en la cavidad volviéndola casi virtual. (Fragmento biopsico de periquística para examen histológico).

Se coloca un tubo de drenaje aflorando la parte declive de la cavidad, fijándolo a los planos parietales. Cierre de los planos parietales.

Evolución post-operatoria: un esputo hemoptico en la tarde. El 17 de marzo se suprime el drenaje sifón. La fiebre persiste de 37º matinal a 38º  $\frac{1}{2}$  vespéral hasta el 25 de marzo. El 13 de abril es dado de alta. El 15 de enero de 1939 reingresa por un cáncer del testículo.

Examen del líquido hidático: Contiene abundantes escolex. Cultivos aero-

anaerobios. Negativos. (Cancela. Lab. C. de Clínicas). (Cultivos del exudado endo-adventicio: Bacilo tipo Pfeiffer al estado casi puro).

3135. — Adventicia (biopsia parte superficial del quiste). Muy delgada, esclero hialina.

3136. — Membrana hidática. Exfoliación laminillar en su superficie externa.

QUISTE HIDATICO DEL PULMON DERECHO (Lóbulo medio). — Hialino. Pleuras adherentes. Quistotomía en un tiempo. Curación.

L. R., 29 años, urug. Dpto. Rivera. Enviado por el Dr. J. Cunha, ingresa al Servicio del Prof. Navarro el 10 de mayo de 1938.

Desde hace un año dolores en el hemitórax derecho, parte anterior, leves al comienzo, luego exacerbados con los movimientos respiratorios y golpes de tos. A menudo fuertes resfríos con tos y expectoración mucosa, a veces sanguinolenta. Los dolores calmaban con el reposo pasando a veces largos períodos, hasta de 1 ó 2 meses sin molestias. Hace un mes siente nuevamente exacerbación de sus dolores que continuó con períodos de acalmía y exacerbaciones de carácter transfixiante. También tuvo de nuevo expectoración hemoptoica. No tuvo fiebre. Decaimiento ligero. Ausencia de antecedentes bacilares.

*Examen físico:* Estado general excelente. Robusto. Apirético. Ni tos ni expectoración. Pulso 82. P. A. 13-8. No hay deformación del tórax.

Macidez suspendida en la zona media del hemitórax derecho, a borde inferior oblicuo a lo largo de la 9ª costilla, estando su borde superior por encima de la punta de la escápula. En esta zona disminución considerable de vibraciones y oscuridad respiratoria. Por debajo, hipersonoridad, vibraciones y respiración disminuída.

Macidez en la zona axilar media, separada de la macidez hepática por una banda de sonoridad; el borde superior de la macidez hepática está descendido en la zona del flanco (¿expansión compensadora del lóbulo pulmonar inferior?).

El fondo del hueco axilar suena bien y respira, conservando sus vibraciones. En la zona de macidez axilar, vibraciones abolidas (lo que quiere decir que el parénquima pulmonar falta aquí y que el quiste quizá adhiera por lo cual parece ser la zona de elección para abordar el quiste).

Esta zona de ausencia absoluta de vibraciones es del tamaño de una palma de mano y centrada por la 6ª costilla a cuyo nivel abordaremos.

La percusión anterior muestra que la zona de macidez se extiende hasta cerca de la línea mamelonar más allá de la cual hay sonoridad, vibraciones y respiración normales.

En suma: el examen físico muestra los signos de un proceso que ha tomado el lóbulo medio; con el estado general y la ausencia actual y anterior de fiebre debe ser un quiste hidático.

*Radiografías:* Confirma los datos del examen físico. Sombra redondeada un poco oblicua, que ocupa el lóbulo medio. El máximo de contacto parietal es con la pared lateral a nivel de la axila. La radiografía oblicua (muy importante), revela que el quiste pese a su volumen no llega al contacto completo con el plano posterior.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Examen de laboratorio: Urea 0gr.20<sup>o</sup>/<sub>100</sub>. Wassermann, negativo.

Tiempo de coagulación: 4 minutos. Orina, normal. Presión arterial 136 y 1/2.

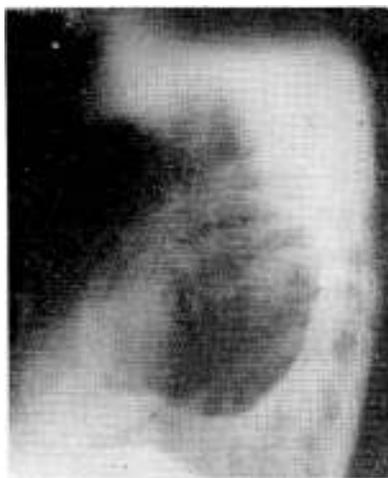
*Operación:* Mayo 13 de 1938. Dres. Larghero, Ardao y Pte. Bosch. Posición: Sentado sobre la mesa quebrada en ángulo recto, recostado sobre el flanco izquierdo y con el brazo derecho elevado y sostenido, para abordar el quiste en la zona axilar.

Morfina 15 minutos antes de comenzar. Anestesia troncular de 5<sup>o</sup>, 6<sup>o</sup> y 7<sup>o</sup> intercostales. Anestesia cutánea en línea oblicua a lo largo de la 6<sup>a</sup> costilla e infiltración del peristio externo de la costilla.

Incisión de 10 cms. desde la línea maxilar anterior a la posterior, oblicua, a lo largo de la 6<sup>a</sup> costilla. Se disecan de la cara externa del gran dorsal los bordes cutáneos superior e inferior, lo que permite reclinar hacia atrás el borde anterior del músculo sin seccionarlo y abordar la cara externa de la costilla entre los haces del gran serrato.

Anestesia de los espacios intercostales 5<sup>o</sup> y 6<sup>o</sup>, anestesia subescapular y anestesia debajo de la costilla.

Resección de 7 cms. de esta costilla. Infiltración del tejido celular subpleural lo que pone en evidencia que hay adherencias pleurales y hemos caído en buena zona, allí donde clínicamente faltaban las vibraciones indicando



Radiografías a los 15 días de la operación. Cavidad adventicia enorme, absolutamente vacía. Topografía de q. h. del lóbulo medio del pulmón derecho.

que había adherencias pleurales o contacto directo de la periquística con la pleura, o soldadura pleural con delgada lámina de parénquima pulmonar interpuesto y atelectasiado.

Punción y evacuación de líquido agua de roca. Punción con trocar y evacuación de casi 2 litros de líquido límpido al comienzo, turbio al final cuando la germinativa rota, el líquido lavó la cara interna de la adventicia y se enturbió con su exudado.

Incisión a bisturí y extracción de la membrana enorme, correspondiente a un quiste del tamaño de una cabeza de adulto, casi.

La germinativa tiene su cara externa cubierta de exudado amarillento turbio, sucio y presenta en su superficie vegetaciones papilares conglomeradas, con aspecto de coliflor blanca (Pieza N° 3212 H. I.).

Se aspira aún algunas decenas de cc. de líquido turbio del que se envía al Laboratorio Central de las Clínicas para examen bacteriológico.

Visualización de la cavidad que muestra periquística limpia, delgada, translúcida. Biopsia de la periquística H. I. 3212.

Cierre por 4 puntos de la periquística con pleuras y lecho costal. 2 punto sobre el serrato disociado. Piel con crines.

Evolución post-operatoria sin incidentes. Alta a los 15 días. El examen radiográfico muestra que el quiste permanece aún amplio, abierto, sin líquido. Informe del Dr. Cancela: Examen bacteriológico de exudado endo-adventicio:

El material dió en los cultivos un bacilo Gram positivo del tipo *Corynebacterium* que no fué posible estudiar mejor porque a partir del 2° pasaje en los medios de cultivo no creció más.

Cultivos de líquido hidático: estériles.

3211. — Adventicia. El quiste era subpleural. En el fragmento se observa la adventicia esclero hialina con necrosis de su superficie interna. Pleura engrosada, fibroesclerosa. Pequeña capa de parénquima entre ambos, con alvéolos de pared ligeramente engrosada y luz conservada, sin exudados.

3212. — Membrana hidática. Estado verrugoso de su superficie interna con escolices incluídas entre las proliferaciones. Exfoliación de su superficie externa.

OBS. III. — P. I., 24 años. Procede de Rosario (Dpto. Colonia). — Sala Navarro. Ingreso 26 de junio de 1942. Obs. clínica referida por el Dr. Goñi. A comienzos de mayo, puntada de costado súbita, chuchos de frío, cefalea. A continuación, persistencia del dolor, disnea y expectoración mucopurulenta abundante. El 9 de mayo el Dr. Goñi comprueba, proceso pleuropulmonar de la base izquierda. Fiebre a  $38^{\circ} \frac{1}{3}$ . Sulfamidas y caída de la fiebre.

El 12, radioscopia: Opacidad homogénea base izquierda, sin signos de derrame; resto del pulmón, normal.

El proceso se extiende, macidez más alta, soplo más intenso.

El 18: Punción y extracción de líquido "citrino" (reacción exudativa pleural).

El 23: Radioscopia: aumento evidente de la opacidad.

Aparecen esputos hemoptoicos (Bacilo de Koch repetidamente investigados, negativo). Eosinofilia sanguínea. Casoni: negativos.

El 14 de junio, el colega sospecha la existencia de un quiste hidático: punción en el 7° espacio (a 8 ó 9 cms. línea mediana): se obtiene líquido "claro", casi agua de roca. Investigación de escolices, negativa. Albúmina 0gr.14 %<sub>100</sub>. Citología, negativa.

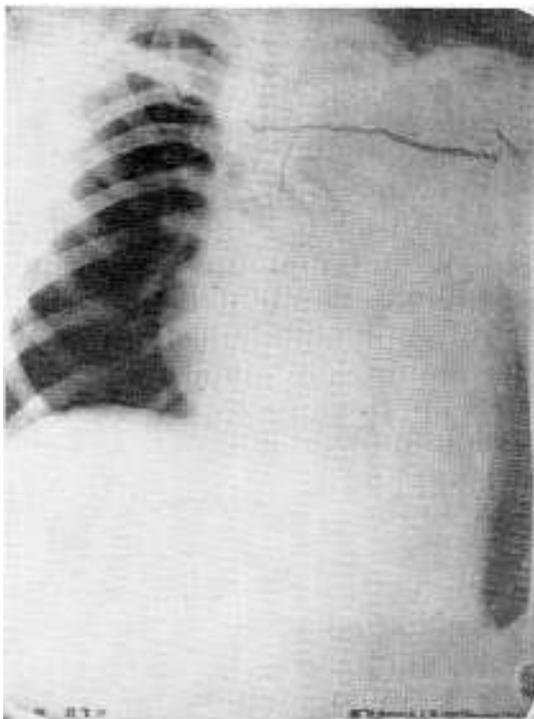
Enviado al Servicio: Demacrado, febril (temp.  $38^{\circ}$  a  $39^{\circ}$  vespéral). Sudores. Escoliosis a concavidad izquierda. Expansión respiratoria muy limitada de este hemitórax. Macidez absoluta y disminución franca de vibraciones e

hemitórax izquierdo, desde la base al  $\frac{1}{3}$  superior. Ausencia absoluta de respiración en la base izquierda acentuada disminución de respiración en  $\frac{2}{3}$  superiores.

Tos y expectoración mucopurulenta abundantes (alrededor de 70 a 100 grs. diarios). Inclusión de esputos. Lab. Pat. N° 10390.

(El resultado de la inclusión se conoció después de la operación). (Hallazgo de fragmentos de cutícula: Dr. Casinelli).

Radiografía: Opacidad acentuada en todo el hemitórax izquierdo, con



●BS. III. — Radiografía frente 2 días antes de la operación. Opacidad homogénea de todo el hemitórax izq. Localización radiológica del quiste, imposible. Abordaje en el lugar de la punción positiva

muy leve desplazamiento de la sombra cardíaca. No se ve cavidad quística.

Junio 29: Sangre: Glóbulos rojos 4.520.000. Hgb. 69%. L. 11.650. Casoni: negativo. Weinberg: negativo.

Julio 9: Punción en la zona de macidez máxima (7° espacio, línea escapular). Se atraviesa una cáscara dura de unos 3 cms. de espesor y con el émbolo en aspiración, se penetra lentamente: viene un chorro de unos 2 cms. de pus cremoso y en seguida, antes de que pudiéramos detenernos, líquido

agua de roca. Hemos atravesado el espacio perivesicular supurado y penetrado en el quiste hialino. Se extraen unos 400 c.c. de líquido agua de roca ligeramente teñido en sangre.

Examen del líquido de la 1ª jeringa (mezcla del pus y líquido hidático): ganchos, piocitos, glóbulos rojos. Investigación de fragmentos de cutícula: positivo. Inclusión de este líquido (Dr. Casinelli).

Julio 13: Mejoría del estado infeccioso. Tos y expectoración igual. Nuevo examen radiográfico: Opacidad de hemitórax igual. En la placa de perfil, se observa una zona de mayor opacidad en la base, hacia atrás y afuera, correspondiente a la zona de la punción.

Operación el mismo día: Larghero, Ptes. Duró y Berta. Sedol débil. Pos. jockey. Anest. troncular 8%, 9%, 10%. Resección 9ª costilla póstero lateral. Pleura adherente, engrosada. Engrosamiento máximo a nivel del ángulo inferior de la incisión, donde el parénquima subyacente es duro. No hay derrame pleural en esta zona. La sinequia pleuropulmonar es firme. Punción: no viene líquido (ya fué extraído) pero se ha caído en la cavidad. Incisión del parénquima firme y a 3 cms., atravesando pulmón con aspecto compacto pero no escleroso (aspecto de tiroides) se cae en el quiste que contiene una membrana desinflada del tamaño de un platillo de postre. La superficie externa está exfoliada, amarillenta, la superficie interna es límpida, blanca.

Secado cuidadoso del saco adventicio (exudado purulento-sanguinolento). No podemos visualizar el interior porque el espesor y firmeza del parénquima nos obligaría a agrandar la brecha. Soplan bronquios. Sutura de la brecha de neumotomía, sin drenaje. (Biopsia de adventicia y de parénquima) 10414-15. Sutura del lecho costal y una mecha contra él. Cierre parcial de los planos parietales.

Post operatorio: Espustos hemoptoicos en la tarde de la operación. La temperatura desciende pero al 5º día repica (absceso de la pared que obliga a desunir los planos).

Mejoría pero la temperatura continúa y lo mismo la expectoración purulenta y sanguinolenta.

El 20 de julio: 8 gr. sulfatiazol; el 21, dosif. sulfamida 55'5 mgrs. ° Se sigue administrando 8 grs. sulfatiazol y luego 6 grs. Apirexia el 28 de julio. Persiste tos y expectoración.

Agosto 1º: Se levanta. Expectoración purulenta, cremosa, en cantidad de 40 a 50 grs. diarios.

Agosto 2: De nuevo sulfatiazol a la dosis de 8 grs. diarios, los días 3, 5 y 6. Dosif. sulfamida el 7, 12 horas después de la última dosis: 25 mgrs. °

Agosto 8: Aspecto general excelente. Placa. Sombra hemitórax izquierdo sensiblemente igual. Pequeño nivel líquido en la extrema base. Drenaje natural (20 a 30 grs. diarios de líquido mucoso-seroso, con espustos purulentos)

En suma: quiste hidático hialino. Supuración perihidática del espacio adventicial, con síndrome pleuropulmonar a comienzo agudo, infeccioso.

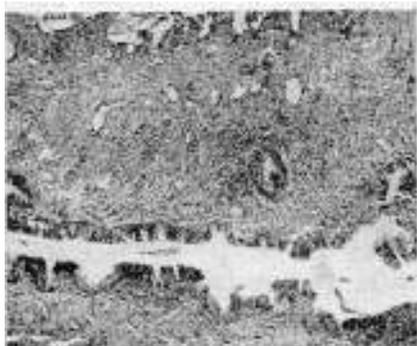
Exfoliación de la cara externa de la quitinosa con hallazgo de laminillas - carmín positivas en los espustos.

L. P. 10408. — Expectoración. Laminillas de la quitinosa, pus (Dr. Casinelli).

L. P. 10409. — Pus perihidatídico y líq. hidático. Pus: laminillas de la quitinosa (Dr. Cassinelli).

L. P. 10414. — Adventicia. Fibrosis intersticial. Fibroesclerosis peribronco vascular. Deformación de la luz de los bronquios por la fibroesclerosis e infiltración leucocitaria parietal. No hay alvéolos sanos.

L. P. 10415. — Parénquima pulmonar (biopsia entre cavidad y pleura). Profundas lesiones de infiltración celular macrofágica y leucocitaria a topografía peribroncovascular (en manguito). Enfisema. Hemorragias alveolares. Engrosamiento de las paredes de los alvéolos; no se observan exudados intra alveolares.



Infiltración leucocitaria intersticial parietal y fibrosis peribronquial bronquio mediano).



Infiltración leucocitaria intersticial parietal (bronquio pequeño) y en manguito peribronquial.

17 octubre 1942. — Vuelve de campaña. Clínicamente bien, pero aún tiene tos y expectoración muco-purulenta escasa. Radioscopia. Persiste sombra pleuro-pulmonar base izquierda y opacidades irregulares en resto del pulmón izquierdo.

2º *Patogenia del neumoquiste perivesicular.* — Suscribimos a la hipótesis emitida por Ardao, de que el neumoquiste perivesicular es producido según todas probabilidades por la supuración perihidatídica con vesícula íntegra, que vuelve real el espacio virtual.

Pero la apariencia radiológica del creciente invertido no es constante cuando sobreviene esa supuración.

- 1º Porque cuando es pequeño, sólo aparecerá en las radiografías tomadas en inspiración.
- 2º Porque aun cuando exista el espacio real, la imagen radiológica sólo será apreciable cuando el parénquima

periquístico no esté afectado de procesos que lo opacifiquen, ocultando el contraste.

- 3º La observación será tanto más fácil cuanto mayor es la capacidad de expansión del pulmón y el alejamiento de las dos estructuras que limitan el espacio (niños).

Sólo en una de nuestras tres observaciones el signo fué observado con toda nitidez (Obs. I) en la radioscopia.

En la Obs. II (gran quiste ocupando al máximo el lóbulo medio) no había posibilidad de expansión del lóbulo pulmonar.

En la Obs. III el proceso pleuropulmonar apenas dejaba adivinar en posición de perfil la sombra del quiste.

La hipótesis de Ardao se ajusta estrictamente a los hechos. El contenido límpido, agua de roca, fué comprobado en las observaciones de la monografía del Prof. Bonaba y Dr. Soto.

La tos y expectoraciones mucopurulentas estaban presentes en todos menos 1 de las observaciones.

De las 5 hipótesis emitidas para explicar el síntoma y que han sido comentados en la monografía de Bonaba y Soto es posible descartar los tres últimos porque responden a circunstancias excepcionales o a posibilidades de las cuales no hay hasta ahora pruebas.

Quedan las hipótesis de la permeabilización de la vesícula (Chifflet y Purriel) y la de la microfisura de Bonaba y Soto.

En cuanto a la permeabilización, es difícil comprender como una membrana puede permeabilizarse conservándose aséptico contenido, aun varios días o meses después de que tal fenómeno ha ocurrido (2 meses, Obs. VII de B. y S.) (1 ½ mes Obs. I)

Las alteraciones de la membrana corresponden en la mayoría de casos al aspecto amarillento y exfoliativo de su cara externa, con espesor, consistencia normal y cara interna intacta. El reblandecimiento gelatinoso invocado como factor de permeabilización en una obs. de Chifflet y Purriel, es excepcional. La provocación del neumoquiste perivesicular después de colocación del tapón de gasa en el 1er. tiempo, invocado por los mismos autores para el caso, corrobora la hipótesis de Ardao, porque ese tapón ha determinado un proceso inflamatorio pleural y perivesicular.

En lo que estamos de completo acuerdo con Chifflet y Purriel es en que "el neumoquiste es un alerta sobre la inminencia de

ruptura vesicular y la vómica consecutiva" pero no por obra de la permeabilización sino por el proceso inflamatorio y la tos.

Y en lo referente a la hipótesis de la microfisura, ella nunca ha sido vista, como lo dicen los autores.

He aquí las consideraciones que inscribimos hace 4 años en la Obs. N° I, a propósito de esta hipótesis.

El neumociste perivesicular no puede ser dado por fisuración de la germinativa. La hidátide no estaba fisurada; si lo hubiera estado, su líquido se habría infectado y tampoco puede explicarse como esa fisuración de haber existido pudo resistir la tos incesante y violenta sin vomitar el quiste. El neumo quiste peri-vascular no es signo de fisuración; resulta solamente de la falta de adaptación de la hidátide y su bolsa adventicia. Debe existir una coalescencia entre ambas, vacío del espacio virtual, que desaparece cuando los microbios filtran desde el bronquio, se produce un exudado y el espacio virtual se vuelve real.

Argumentos de orden mecánico contra la fisuración y cicatrización:

Un quiste hidático hialino, cuya membrana se fisura no puede tardar en evacuar su contenido líquido por poco que sobrevengan algunos golpes de tos. En efecto, su adventicia es en este caso delgada y el parénquima que lo rodea es normal en la mayoría de los casos. Aun cuando en este parénquima exista un proceso parenquimatoso congestivo y exudativo alveolar, él nunca es extendido como para impedir que los aumentos de presión de la cavidad torácica puedan actuar sobre la adventicia y comprimirla. Es fácil comprobar esta aseveración por la observación operatoria de la cavidad periquística: una vez evacuada la membrana y secado el contenido del quiste colocamos un espéculo en la cavidad para observar su cara interna; se hace toser al enfermo y se comprueba como lo expresamos en el protocolo operatorio de esta observación y de otras, que la cavidad adventicia se aplasta, haciéndose casi virtual. Sus paredes avanzan hacia el interior en 3 direcciones (de delante atrás, de atrás adelante y de abajo arriba) dando a la cavidad la forma del espacio valvular aórtico.

La cara interna de cóncava se hace convexa en 3 direcciones y si queremos apreciar la magnitud y eficacia de esa presión introduzcamos dos dedos que en los golpes de tos van a ser golpeados con relativa energía.

En nuestro caso, particularmente, la violencia y tenacidad de la tos diurna y nocturna habría hecho saltar el contenido líquido por poco que hubiera en la membrana una fisuración actuando como válvula de escape para la hipertensión interna determinada por la tos.

*Argumentos de orden biológico:* Un líquido orgánico normal o patológico y aséptico, en un ambiente a 37° de temperatura, se infecta fatalmente cuando se pone en contacto con un medio séptico. La fisuración de una vesícula hidática de quiste pulmonar pone el medio siempre séptico de los gruesos bronquios (sobre todo cuando el quiste por su localización coloca al bronquio en condiciones defectuosas para su aereación porque le quita el parénquima pulmonar que lo ventila a modo de fuelle), en presencia de un medio aséptico; la infección de éste es fatal y a breve plazo.

En nuestro caso el líquido del quiste, rigurosamente recogido y contralorado era aséptico; no podía existir fisuración, porque el ambiente endoadventicio estaba infectado como lo demostraba el carácter de su exudado y los resultados del examen bacteriológico del mismo.

Habíamos sospechado la fisuración antes de operar, por el carácter acuoso de la expectoración; es verdad que en ella no se encontraron escolex ni ganchos, pero esto sólo no permití descartarlo; el examen químico demostrando su pobreza en cloruros eliminaba esta posibilidad.

La fisuración de la membrana parasitaria debe ir pues con dos consecuencias: evacuación de líquido, si hay tos, e infección del contenido de la germinativa. Supongamos que el silencio pulmonar impida la evacuación y que por uno de esos milagros de la naturaleza, el quiste escape a la contaminación de origen bronquial; ¿puede por ello suponerse que la fisura va a cicatrizar? Cicatrización es el proceso de reparación de las soluciones de continuidad de los tejidos con o sin pérdida de sustancia. El elemento fundamental, indispensable, básico de este proceso es el tejido de granulación. Si no hay vasos no hay cicatrización. La membrana hidática es avascular, luego ella no puede cicatrizar. No existe otro modo de soldadura estable en los organismos; la soldadura directa, autógena, no existe. Las coalescencias de tejidos por un magma fibrinoso o fibrino-leucocitario son siempre temporari -

precarias, etapas o andamiaje para la edificación del tejido de granulación.

La membrana hidática que se fisura no se reparará jamás.

*Imágenes radiológicas de reparación:* Los documentos de la Obs. N° I de Bonaba y Soto, son realmente impresionantes. No tenemos competencia para entrar en su discusión. Sólo se nos ocurre pensar si las placas han sido tomadas con variaciones de inspiración y espiración y si esas variaciones podrían tener alguna influencia en el aspecto de las imágenes.

CONCLUSIONES. — Tres nuevas observaciones de infección con supuración perihidática, conservándose la hidátide íntegra, con líquido agua de roca, aséptico en los cultivos.

El agente microbiano encontrado en el pus perihidático, fué en un caso el B. de Pfeiffer y en el otro un *coriobacterium*.

Neumoquiste perivesicular en una de las observaciones; en las otras dos, las condiciones del parénquima vecino impedían su apreciación, si él ha existido.

Sobre estos hechos, argumentamos en favor de la hipótesis de Ardao: el neumoquiste perivesicular tiene como causa la infección y supuración perihidática con vesícula íntegra.

**El diagnóstico del quiste hidático por la inclusión de esputos (método de Lasnier).** — El hallazgo de ganchos en la expectoración es un hecho rarísimo y necesita para producirse, que el quiste se haya abierto.

El reconocimiento de fragmentos de membrana, sobre frotis de esputos es estremadamente difícil y también condicionado a la ruptura de la hidátide.

La inclusión de la expectoración (método de Lasnier) y su tinción por el carmín de Best (Lasnier) permite el reconocimiento fácil y seguro de fragmentos aún mínimos de quitinosa expulsada con la expectoración en los quistes rotos.

Pero aún cuando la hidátide esté intacta, el método puede dar también resultados. La supuración perihidática determina la infiltración de la cara externa de la membrana parasitaria y su exfoliación. Estas láminas exfoliadas se fragmentan y se eliminan englobadas en el exudado que vuelve real el espacio virtual de Devé.

El hallazgo constante en la expectoración incluída y teñida por el método de Lasnier, de laminillas de la quitinosa exfoliada, realizado en 6 observaciones de quistes intactos, con líquido agua de roca por Casinelli, le confiere a este recurso una gran importancia práctica sea en los preparados teñidos por hematosilina-eosina donde los fragmentos de membrana se reconocen por su estructura laminillada y por los leucocitos que los flanquean, sea mejor, por la tinción electiva por el carmín de Best, el método permite hacer el diagnóstico firme en los casos en que la clínica y la radiología no son concluyentes (véase trabajo completo en Boletines de la Soc. de Cirugía del Uruguay, Lasnier y Cassinelli 1942).

De los hechos relatados por Ardao, Lasnier y Cassinelli y de nuestras observaciones, podemos inferir una conclusión práctica pronóstica, de la evolución de un quiste hidático y de la oportunidad de la indicación operatoria.

**EL NEUMOQUISTE PERIVESICULAR ES EL INDICE DE LA SUPURACION PERIHIDATIDICA.**

**EL HALLAZGO DE FRAGMENTOS LAMINILLARES DE LA QUITINOSA EN LA EXPECTORACION CONFIRMA EL PROCESO.**

**LA OPERACION ESTA INDICADA A LA MAYOR BREVEDAD POSIBLE PARA EVITAR LOS TRASTORNOS QUE PUEDE OCASIONAR LA RUPTURA ESPONTANEA Y LAS DIFICULTADES SIEMPRE GRANDES DEL ABORDAJE QUIRURGICO DE UN QUISTE VOMICADO Y REDUCIDO DE VOLUMEN.**

DISCUSION

Dr. Chifflet. — Se habla varias veces de punción en la comunicación del Dr. Larghero. Yo no dejaría de hacer una crítica dura a los que puncionan los quistes del pulmón. Quiero que en la Sociedad de Cirugía se diga que el quiste hidático del pulmón cuando se diagnostica no debe ser puncionado. Hace tiempo, un médico muy puncionista, me preguntaba si había tenido una muerte de punción.

No he tenido tal accidente pero hay casos muy conocidos en nuestro ambiente para que sea suficiente. Estos casos tan trágicos deben todos conocerlos y deben saber que la punción de quistes hidáticos del pulmón además de la muerte brusca produce una serie de accidentes secundarios.

Dr. Yanicelli. — Esto se hace con el objeto de ver si se podía provocar el neumo-quiste perivesicular.

Yo fuí testigo de esa punción. Una de las cuales se hizo con resultado negativo y fué operado inmediatamente.

El otro caso, yo comparto las críticas del Dr. Chifflet con el atenuante de que significa una búsqueda científica para hallar un mecanismo de producción.

Profesor Prat. — Deseo dejar también constancia de mi desconformidad absoluta con la punción exploradora no sólo para el quiste hidático del pulmón sino también para la generalidad de los diagnósticos.

En ciertos casos hay métodos de examen que se exageran sin fundamento y voy a recordar un hecho más o menos interesante.

Se mandó a un enfermo para hacerle el examen radiológico y parece que una parte de la barita había pasado a través del esófago al pulmón. Entonces pidieron de nuevo al enfermo del Servicio de Rayos X para hacerle un nuevo examen y sacarle una radiografía y en la Sociedad de Cirugía nuestra, se presentó una hermosa radiografía de rellamamiento de la barita después de haber comprobado en los bronquios, que había una fístula esófago-bronquial.

Dr. Larghero. — Yo quería decir dos cosas: Primero, en que estoy de acuerdo en el peligro de la punción, y debo manifestar que es la primera vez que hago una punción. La punción la hice por dos razones: el médico de campaña había hecho ya dos punciones; en la primera había obtenido un líquido espeso y en la segunda un líquido claro.

El Dr. Etchegorry se animó a decir que podía ser un quiste, por la sombra que se ve en la parte posterior. Yo decidí la punción y vi el pus. Una vez que había caído dentro del quiste, el mal estaba hecho y aspiré un poco y saqué el líquido que tenía.

Aquí no ocurrió ningún incidente. Estoy de acuerdo en los peligros de la punción y acepto las críticas, pero tengo esa justificación: de que el proceso ya había sido puncionado y no sabiendo por la radiografía por dónde entrar en ese proceso, me decidí por la punción.

L. A. M.