

60 OBSERVACIONES DE EQUINOCOCOSIS PULMONAR

Abel Chifflet y Rámulo Peyrallo

Consideraciones generales 1

Clasificación 2.

I. *Quiste hidatídico hialino único.* — Síntomas clínicos 3, Radiología 4, Laboratorio 5, Método operatorio 6, Técnica operatoria 7, Técnica: 2º tiempo 8, Resultados operatorios 9.

II. *Quiste vomicado.* — Clasificación 10, Síntomas clínicos 11, Radiología 12, Laboratorio 13, Tratamiento inicial 14, Tratamiento ulterior 15, Método operatorio 16, Resultados operatorios 17.

III. *Equinococosis pulmonar múltiple.* — Diagnóstico positivo y de variedad 18, Tratamiento de equinococosis secundaria 19.

IV. *Equinococosis coexistente.* — Pulmonar doble, pulmonar bilateral, pulmón e hígado, etc. 20.

Miscelánea al margen: quiste hepático roto en pleura, quiste hepático roto en bronquios, quiste para pleural 21.

Secuelas 22.

Tratamiento médico 23.

1. Los 60 casos corresponden a la Clínica Quirúrgica del Prof. Stajano. Ingresaron entre el 1º de julio de 1936 y el 1º de julio de 1942. Había 7 entre 10 y 15 años y 53 mayores. Se trata de un servicio de adultos. Todos procedían del interior del país o eran nativos del interior y radicados de corto tiempo atrás en Montevideo. El 56 % tenían entre 15 y 30 años. El porcentaje coincide con el correspondiente a un total de 150 enfermos de equinococosis en general. Hay 40 hombres (67 %) y 20 mujeres (33 %). Los sesenta pacientes fueron asistidos en el Servicio y operados por el Prof. Stajano, por los comunicantes o por los Dres. H. Suárez, G. Mernies, W. Suiffet y R. Musso. No se consideran en esta estadística diferencias en los detalles de la técnica.

2. Toda consideración sobre diagnóstico y tratamiento hecho en conjunto para la equinocosis pulmonar es falsa. Existen, provocados por el equinococo, estados patológicos tan diferentes que los estudiaremos en cuatro grupos:

- 1º) Quiste hidatídico hialino único.
- 2º) Quiste vomicado.
- 3º) Equinocosis pulmonar múltiple.
- 4º) Equinocosis coexistente.

El Q. H. H. U. es el quiste único que conserva intacta la hidátide. Para la clínica consideramos a los quistes con alteraciones de la adventicia o de la membrana pero sin ruptura del parásito, como incluidos en este grupo. En los 60 pacientes había 19 Q. H. H. U. es decir, 31 %.

El quiste vomicado es el que ha roto la hidátide y expulsado aunque sea una mínima parte por los bronquios. El nombre es claro aunque no perfecto, pues la lesión ya no es en realidad un quiste sino una cavidad adventicial con restos parasitarios. En las 60 observaciones habrá 32 vomicados, es decir 53 %.

La equinocosis pulmonar múltiple corresponde a la existencia de numerosos quistes. No había ningún caso en esta serie de 60.

Hacemos el grupo de los coexistentes para analizar casos que plantean problemas terapéuticos muy especiales. En nuestra serie había 7 en 60 es decir 11 %.

Hay además una observación de hidatopleura y un pnoneumotórax hidático.

Dos pacientes ingresaron ya operados en otro servicio.

3. Los 19 enfermos con quiste hidático hialino único ingresaron al Servicio enviados por médico, con diagnóstico ya hecho. Buen estado general, joven, de campaña, el cuadro clínico tiene en todos ellos cierta uniformidad. Los síntomas fueron por orden de frecuencia:

- 1º Dolor espontáneo y en especial provocado por esfuerzo o posición. Dolor a veces intenso.
- 2º Síndrome pleuro pulmonar rotulado congestión, gripe o pleuresía.

3º Expectoración hemoptoica.

4º Urticaria, tos, expectoración mucosa o mucopurulenta, estado infeccioso general.

4. La radiología es imprescindible para el diagnóstico. La radiografía simple da una imagen que es bastante característica. Varios signos menores permiten confirmar la primera impresión. El signo del casquete claro que estaba en dos pacientes es de gran valor.

La tomografía, la teleradiografía y la radiografía con rayos penetrantes no las creemos necesarias para el quiste hialino único. Se hizo a veces en vías de estudio.

La broncografía contrastada la consideramos innecesaria para el diagnóstico, peligrosa para el enfermo y molesta para la interpretación de imágenes ulteriores. Nunca la pedimos en el quiste hialino.

La radioscopia es de mucho mayor interés. Permite comprobar varios signos complementarios y en especial cuando existe la intermitencia del casquete claro permite afirmar el diagnóstico.

5. Las reacciones biológicas han sido de importancia secundaria. La R. de Cassoni habitualmente positiva, ha sido a veces negativa. No damos números por considerar que las condiciones en que fueron hechas, no permiten obtener conclusiones serias.

La R. de Weimberg fué practicada en pocos pacientes.

La eosinofilia varió entre 0 y 12 %. En el 65 % de los pacientes varió entre 1 y 5 eosinófilos, en 17 % fué superior a 5 y en 17 % de 0 eosinófilos.

No hemos estudiado la expectoración de estos pacientes.

Se operó el 100 % de los pacientes. Comprendemos como operación los 19 casos con quiste hialino único más 6 de quiste hialino en pacientes con equinococosis coexistente.

Se esperó el crecimiento del quiste durante un año en un paciente.

La operación realizada fué siempre la extracción del parásito y drenaje de la cavidad adventicial por el método Lamas y Mondino. Somos ardientes defensores de este método porque la operación es más sencilla y porque cura al enfermo.

7. El primer tiempo de la operación debe ser hecho como lo enseñaba Lamas. La sencillez con que lo hacía nuestro maestro es la verdadera técnica. El estudio crítico de sus detalles nos ha dado la explicación de sus éxitos. Está destinado a formar adherencias firmes.

- a) Diagnóstico topográfico exacto.
- b) Paciente con tórax en posición erecta. Anestesia local.
- c) Sección de piel y planos musculares en una dirección, no pensando en los sacrificios parietales sino en la afección torácica.
- d) Resección costal subperióstica de dos segmentos, extirpación de músculos intercostales entre ambos y de vasos y nervios respectivos. Ver si existen adherencias pleurales, resecaando parte de periostio. Si no existen, son dudosas o son escasas, respetar el periostio que da inserción hacia arriba y hacia abajo a los músculos intercostales.
- e) Mechas simples en zig-zag, yendo al fondo de la brecha operatoria y saliendo al exterior de modo a dejar una cavidad cilíndrica desde piel a pleura. No suturar planos parietales ni piel por supuesto. Mechas apretadas. Objeto metálico pequeño junto a un extremo costal, atado en una mecha, para servir de control radiológico.
- f) Estudio de la médula costal, donde encontramos eosinofilia muy superior a la sanguínea, lo cual nos da una excelente confirmación del diagnóstico.

8. El segundo tiempo es el fundamental y debe realizarse sabiendo que pueden no existir adherencias, que la clínica ni la radiología pueden preverlo. El abordaje del quiste sin adherencias no debe ser hecho. Este es el inconveniente único pero grave de la operación de Lamas y Mondino. Consideramos que un simple detalle de técnica es suficiente para evitar tal inconveniente. Consiste en ir atravesando a bisturí y cureta los diferentes planos y llegar así al tejido pulmonar. Proceder entonces a la abertura del quiste como se quiera, o llegar a abrir en un punto la cavidad pleural y entonces un nuevo mechado de la región, prepara idealmente el terreno para otro momento. La punción del quiste con

aguja al iniciar el 2º tiempo es de enorme riesgo, y los manoseo con la palpación digital, inútiles y peligrosos.

9. En 25 quistes hidáticos hialinos hubo sólo dos operaciones realizadas en un solo tiempo, por existir adherencias firmes ya constituídas (8 %).

En las 23 operaciones en dos tiempos hubo un caso con neumotórax en el primer tiempo y otro que hizo una lipotimia. Las 21 restantes fueron sin particularidad en el primer tiempo.

El postoperatorio del primer tiempo fué sin ninguna complicación seria. En varios casos hubo febrícula y en dos hubo fiebre alta. En dos casos hubo tos seca persistente y en tres casos tos con expectoración purulenta.

El segundo tiempo se realizó entre el 6º y el 14º día, según las circunstancias. En cuatro pacientes fué necesario dejar la extracción del parásito para un tercer tiempo: en dos por falta de adherencias firmes y en dos por desplazamiento del quiste y necesidad de nueva resección costal. En un caso se produjo neumotórax total y en dos casos se produjo neumotórax parcial.

Las complicaciones postoperatorias de los 25 casos pueden resumirse así:

Un enfermo con adherencias preexistentes fué operado en un tiempo e hizo un enfisema operatorio subcutáneo.

Dos enfermos vomitaron la membrana en el postoperatorio, que había sido dejada en el acto operatorio.

Un paciente hizo una hemorragia postoperatoria grave por ulceración de la mamaria externa. Fué ligada y el enfermo curó.

Un paciente hizo pleuresía purulenta que fué necesario drenar.

El término medio de hospitalización fué de 30 días. La mortalidad la analizaremos más adelante.

En las 60 observaciones hay 32 vomitados, es decir, 53 %. Si la cavidad adventicial queda vacía, constituye una caverna hidática (5 observaciones). Si hay retención, el tipo de proceso varía con el estado de la adventicia. Cuando la adventicia se mantiene rígida, alejada del contenido, se constituye el pionoquiste con o sin retención de membrana (9 observaciones). Cuando la adventicia se retrae sobre el cadáver parasitario, la retención

casi pura de éste, constituye la retención seca de membrana (18 observaciones).

En la evolución puede un pionoquiste retraer la adventicia y constituirse en retención seca y cualquiera de estos casos de retención, puede expulsar su contenido y dar una simple caverna.

11. El antecedente de la vómica y un cuadro clínico típico permite habitualmente hacer el diagnóstico. La exacerbación de los dolores torácicos precedió siempre la vómica.

La vómica característica existía en 8 observaciones. En 24 hubo vómica fraccionada. En el pionoquiste había cuadro infeccioso, expectoración abundante purulenta y a veces vómicas a repetición.

En la retención seca de membrana la expectoración hemoptoica y las broncorreas periódicas constituyen el cuadro.

12. A) En los quistes vomitados, sin retención, la cavidad puede ser vista radiográficamente como imagen cavitaria o como simple sombra, o no ser vista. Aceptamos una tomografía o una teleradiografía, pero rechazamos la broncografía con lipiodol.
- B) En las retenciones sin retracción adventicial la radiografía es habitualmente característica. La imagen en canasto con o sin camalote, permite al radiólogo, junto a signos menores, afirmar el diagnóstico. La radioscopia es imprescindible para topografiar el proceso. No se necesita más.
- C) En la retención seca la radiografía adquiere enorme importancia por las dificultades serias del diagnóstico. Numerosos signos deben ser analizados en el frente y en el perfil, en radiografía simple o contrastada, en tomografía y con rayos penetrantes. En esta forma anatómica la radiología es fundamental para el diagnóstico y más aun para topografiar la lesión.

13. La expectoración es de enorme importancia en el diagnóstico del quiste vomitado. Los ganchos pueden encontrarse aunque no es frecuente. La inclusión de esputos e investigación de restos de membrana por el método de Lasnier es categórico en el

diagnóstico. Aclaró algunos diagnósticos dudosos. Debe ser informada por un anatomopatólogo que conozca a fondo el problema.

14. En el momento de la vómica y semanas siguientes no se debe pensar en terapéutica cruenta. Las reacciones generales y focales contraindican toda operación. Es difícil además predecir si evolucionará hacia un estado que requiera una operación o si, como es lo corriente, va a ir a la curación espontánea. No hay ningún riesgo al esperar.

15. Posteriormente la conducta depende del estado del proceso.

- a) las cavernas hidáticas sin retención de líquido ni membrana no justifican tratamiento cruento alguno. El arazón adventicial disminuye algo y quedará como caverna residual. Sólo algunos fenómenos concomitantes podrían exigir una terapéutica apropiada.
- b) los pnoneumoquistes mejoran con el tratamiento médico (drenaje postural, aspiración brónquica, etc.) y a veces terminan con la expulsión de todo su contenido. Cuando así no sucede deben operarse dentro de un plazo prudencial.
- c) la retención seca de membrana debe ser vigilada y decidir la operación llevado por las manifestaciones clínicas del enfermo.

Estas reglas sufren una discreta bajante de la indicación cruenta, que conduce a una mayor espera, en los niños y mujeres y en las lesiones centrales o yuxtamediastinales. En los 35 pacientes con quistes vomitados incluyendo 3 casos de quistes vomitados en equinocosis coexistente, fueron operados 19 (54 %) y no se operaron 16 (46 %).

16. La operación efectuada fué siempre la extirpación de la membrana y el drenaje de la cavidad por el método Lamas y Mondino. Si somos ardientes partidarios de este método en el quiste hialino, debemos decir que llegamos a la intransigencia en los vomitados.

- a) permite un abordaje más sencillo.
- b) aminora complicaciones pulmonares post-operatorias.
- c) disminuye las complicaciones infecciosas pleurales.

17. En los 19 quistes vomificados operados hubo 5 casos con adherencias pleurales, que fueron tratados en un solo tiempo. De los 14 restantes hubo una observación en que se produjo neumotórax en el primer tiempo.

En el post operatorio del primer tiempo hubo un caso con pleuresía grave a estrepito que exigió drenaje. Varios pacientes hicieron o continuaron con fiebre alta, tos y expectoración.

En 3 casos el 2º tiempo debió efectuarse en dos o tres sesiones por dificultades para localizar una membrana en retención seca.

En el post operatorio dos pacientes vomicaron la membrana que no había sido extraída operatoriamente. No hubo complicaciones graves.

18. La equinocosis pulmonar múltiple se reconoce por el estudio radiológico. Vómicadas a repetición existen a veces. El estudio de los quistes pulmonares solo permite a veces sospechar el origen de tal multiplicidad. Más importante para dicho diagnóstico causal es el recuerdo del accidente inicial. El hallazgo del quiste que originó la siembra es lo que permite ese diagnóstico. Para reconocer el origen, hemos dicho, hay que buscar el progenitor. El recuerdo del parto vale menos; el examen de los hijos, poco o nada.

19. En la E. P. múltiple secundaria el reconocimiento del progenitor tiene fundamental importancia para el pronóstico. La evolución de la enfermedad no depende tanto de los quistes pulmonares secundarios como del quiste primitivo. Es falso, por supuesto, dar nociones terapéuticas comunes a la forma broncogénica y metastásica.

- 1º En la forma metastásica es pueril pensar en el tratamiento de los quistes pulmonares, existiendo una equinocosis cardíaca o hepatocava que matará seguramente al paciente.
- 2º En la forma broncogénica el cirujano debe dirigirse, por el método habitual, en primer término al quiste vomificado, si se presenta en estado de requerir un abordaje cruento. Posteriormente se tratarán los quistes de siembra, muchos de los cuales espontáneamente se abrirán en los bronquios con el desaparecer de su progenitor.

20. La coexistencia en la equinococosis pulmonar se encontró en 7 casos es decir 11 %.

Un paciente tenía quiste bilateral hialino. Se operó el mayor, y el pequeño fué vomicado. Curó.

Otro paciente tenía uno vomicado en un pulmón y un hialino en el otro. El hialino curó con operación. El vomicado espontáneamente.

Un tercer paciente tenía uno vomicado (R. S. M.) de pulmón y uno de hígado. Curó espontáneamente el pulmón y se operó del hígado.

Un cuarto paciente tenía un vomicado de pulmón y uno de hígado. Se operó primero del hígado y después del pulmón. Curó.

Dos pacientes, con quiste hialino de pulmón e hígado fueron operados primero del pulmón y después del hígado. Curaron.

El séptimo, tenía quiste de hígado, quiste hialino en un pulmón y pnoneumoquiste en el otro. Se operó el quiste hialino pulmonar, el vomicado curó solo y posteriormente se operó el de hígado. Curó.

21. Fuera del capítulo de equinococosis pulmonar, han ingresado al servicio:

1 caso de quiste hepático abierto en pleura.

5 casos de quiste hepático fistulizado en bronquios.

1 caso de quiste parapleural, de origen vertebral.

22. A) No tuvimos ningún caso de recidiva "in situ".

B) Hubo tres muertos en los 60 casos.

Una observación corresponde a un paciente de 15 años con un enorme quiste hialino que mantiene una caverna que ocupa casi el hemitórax después de sacado el parásito y que fallece con fenómenos toxiinfecciosos varias semanas después del 2º tiempo.

Otra observación es la de un paciente de 56 años con quiste hialino, que fallece sincopalmente a los 7 días del primer tiempo, sin haber hecho ni un quinto de temperatura en esos días. Estab sentado en su cama conversando.

La 3ª observación es de un paciente de 20 años con quiste hialino, que fallece por complicaciones pleurales después del 2º tiempo.

- C) Una paciente reactiva un viejo proceso bacilar estando aún con drenaje de un quiste hialino. Había sido tratado como tal desde 6 años antes. Lleva un año de operada.
- D) Es imposible dar cifras sobre secuelas pues ignoramos el estado de muchos enfermos. Han sido vistos 22 de ellos en perfecto estado de salud. Han vuelto al Servicio solamente dos casos con fistula broncocutánea.

Una curó con la intervención cruenta, la otra paciente es la bacilar a que ya nos referimos.

23. El tratamiento biológico iniciado por Calcagno en 1939 no ha sido aplicado en ningún caso en el preoperatorio. No actúa sobre el parásito. Su acción sobre los fenómenos alérgicos locales y generales podría justificar su empleo en los pacientes con estado general precario en particular por equinocosis múltiple, en las manifestaciones asmatiformes, en las hemoptisis. Empleamos este tratamiento en el post operatorio. Mejora el estado general y favorece la curación de la cavidad residual.
