

HEMORRAGIAS MORTALES FULMINANTES EN EL Q. H. DEL PULMON

Larghero - Ardao

La hemoptisis, como síntoma clínico y como complicación postoperatoria es de frecuencia y de características bien conocidas.

Como síntoma clínico, en forma de esputos hemoptoicos, estrías sanguinolentas, hemorragias francas generalmente de volumen moderado, a veces importantes. Como complicación postoperatoria, la forma más común es la del esputo hemoptoico, que persiste 2, 3 ó 4 días, más raramente la hemoptisis franca, roja, precoz, en las primeras horas del postoperatorio, que declina luego en forma de esputos; esta segunda modalidad es a veces inquietante, pero en general coercible.

Por el contrario en las observaciones que vamos a presentar, la hemorragia postoperatoria ha tomado desde el comienzo un carácter y un ritmo acelerado, para terminar en pocos minutos o en horas, con la vida del enfermo.

Dice el Dr. Jáuregui, relatando una observación de hemorragia postoperatoria fulminante presentada a la Soc. de Cirugía de Buenos Aires por el Dr. Marcelino Reyes (Bol. y Tr. de la S. de C. de B. A. 1937, p. 1083), que los casos publicados de esta complicación son pocos y es de interés documentarlos.

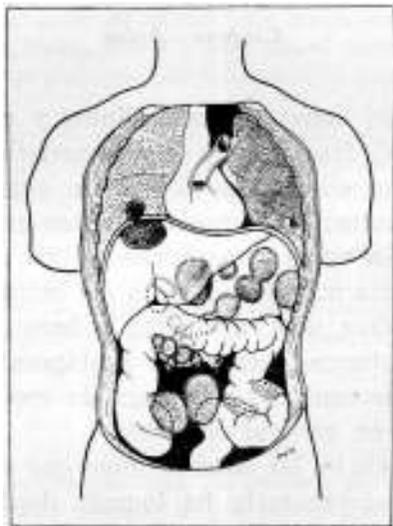
Es respondiendo a esta sugestión que presentamos estas dos observaciones.

Queremos previamente dejar bien aclarado que ellos responden a una modalidad rara, pero absolutamente definida de la hemorragia postoperatoria del q. h. del pulmón, con dos características fundamentales:

- 1º Hemorragia profusa.
- 2º Evolución fulminante a la muerte.

OBS. N° 1. (Dr. Ardao). — Voy a mostrar dos o tres hechos notables de anatomía patológica, observados en las piezas autópsicas de una enferma que falleció en el Hospital Maciel a consecuencia de sus quistes hidáticos, el 31 de julio de 1935.

Efectuamos la necropsia varias horas después. Por la premura con que actuábamos, hicimos una evisceración total tóraco-abdominal. En el estudio somero, verificamos la existencia de varios quistes hidáticos abdominales peritoneales, varios sub-hepáticos, del meso-gastro-hepático, varios de la cara



N° 1. — Esquema topográfico. Quistes hidáticos múltiples peritoneales, de la cara inferior del hígado, del bazo, del diafragma y del pulmón izquierdo, con fisura de la aorta.

inferior del hígado, un quiste diafragmático, un quiste del bazo y un gran quiste del lóbulo superior del pulmón izquierdo intervenido veinticuatro horas antes taponeado con gasa y conteniendo numerosos coágulos sanguíneos.

Días después, en el Instituto de Anatomía Patológica de la Facultad, comencé la disección y el estudio antomo-macroscópico de las piezas. A pedido de un compañero cedí la observación y no me ocupé más.

Últimamente, hace unas semanas, haciendo una revisión de las piezas de quiste hidático de pulmón de nuestro Museo, me encontré con dichas piezas y reinicié su estudio, que expongo a la consideración de ustedes, habiendo encontrado hechos de interés suficiente, a mi juicio, para justificar la presentación.

1º HECHOS EVOLUTIVOS. (De origen y terminación de esta hidatidosis):

a) *Origen.* — Se trata de una hidatidosis generalizada peritoneal y visceral múltiple, tóraco-abdominal. Casi absolutamente siempre las hidatidosis generalizadas, sobre todo peritoneales, son secundarias, y secundarias a la rotura de un quiste hepático o esplénico. El quiste del bazo es un quiste hialino con arenilla hidática y no presenta la más mínima señal de rotura.

En el hígado, en la cara inferior, por dentro de la vesícula hay un



Nº 2. — Fisura del cayado aórtico en el saco adventicio de una hidátide del pulmón izquierdo. Nótese la infiltración hemorrágica de la lengüeta pulmonar subyacente y en el pulmón derecho.



Nº 3. — Microfotografía topográfica de la fisura aórtico-quística, limitada por 2 espolones que son las partes más delgadas del tabique que separaba ambas cavidades. En el sector superior se aprecian aún caracteres de la pared aórtica. (véase texto).

quiste corrugado, y seguramente fué el responsable de la siembra de gérmenes hidáticos y de su injerto seroso. Por otra parte el asiento topográfico de los numerosos quistes, la mayoría pequeños y aglomerados, ya indica como mojones el camino recorrido. Espacio sub-hepático, epiplón gastro-hepático, cara anterior del píloro, borde derecho de la primera y segunda porciones del duodeno, epiplón mayor junto al ángulo derecho del colon, borde libre del epiplón mayor, sub-peritoneo de la fosa ilíaca izquierda y meso-sigmoide, cayendo al saco de Douglas (véase esquema Nº 1).

Los quistes hidáticos pulmonar, plénico y del diafragma, son posible-mente primitivos por embolización sanguínea.

b) *Terminación.* — No hay duda que la enferma falleció de anemia por hemorragia. Los datos consignados en el protocolo Nº 307 son afirmativos en este sentido y aquélla se produjo por fisuración de la aorta en la enorme cavidad del saco adventicio de la hidátide pulmonar. La ruptura es de absoluta evidencia (véase fotog. fig. Nº 2). Existe adherencia de las

adventicias aórtica y quística a nivel de la iniciación de la porción horizontal del cayado (cara lateral izquierda). La fisura larga de 18 mm. está orientada en sentido ántero-posterior. En el lado aórtico entre abundantes placas de ateroma y calcificación hay pequeños trombos adherentes. Del lado quístico también adhieren coágulos.

La superficie interna del saco está recubierta de coágulos sanguíneos endurecidos.

Laminares en la superficie, grumosos y desmenuzables en las depresiones. En ciertos puntos se observan los orificios en pico de flauta de



Nº 4. — Quiste hidático del diafragma. Arriba: base del pulmón derecho; abajo: depresión de la cara superior del hígado.

gruesos bronquios. Cuando se intenta cateterizarlos se choca con un coágulo sanguíneo modelado y seco. En la parte inferior, bajo el quiste se ve la superficie de sección de la lengüeta del órgano contigua a la cisura. Macro y microscópicamente revélase una infiltración masiva de sangre que ha llegado a la destrucción del sistema alveolar y a la desorganización de la trama. La parte terminal de la tráquea y ambos bronquios derecho e izquierdo están obliterados por un gran coágulo negruzco. Los lóbulos inferiores derecho e izquierdo, al corte muestran zonas redondeadas de infiltración sanguínea bronco-alveolar por aspiración. El examen microscópico de la fisura revela:

1º) Necrosis hialina en la pared aórtica y focos de ateroma. 2º) Infiltración sanguínea disecante de las tunicas arteriales. 3º) Nódulos plas-

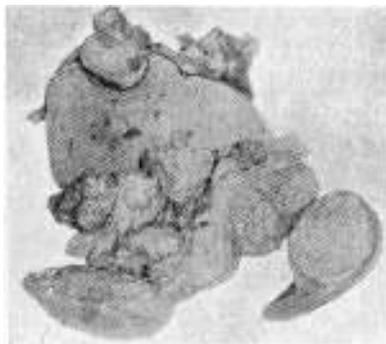
necitarios en la adventicia quística. 4º) Infiltración de pigmentos férricos en las células conjuntivas vecinas al foco de ruptura (véase microf. fig. Nº 3).

Yo no sé si la fisuración se hizo clínicamente manifiesta antes de la intervención, durante ella, o después, únicamente. Si se intervino por ella, si se diagnosticó. El hecho anatómico está. Alguna vez se muere de anemia post-hemorrágica por la fisuración de la aorta en un quiste hidático del pulmón. No tengo conocimiento de un hecho similar en la literatura.

QUISTE HIDATICO DEL DIAFRAGMA.



Nº 5. — Microfotografía topográfica del ángulo del quiste y diafragma. Los haces musculares se dividen hacia ambos polos.



Nº 6. Corte frontal del diafragma con su quiste hidático, del hígado y del bazo.

OBS. II. Historia clínica (Dr. Larghero). — *Diagnóstico*: Quiste hidático del pulmón derecho (lóbulo medio).

Tratamiento: Toracotomía en 1 tiempo, con neumotórax. Evacuación. Hemoptisis fulminante operatoria.

Enferma: Sra. R. D. I., 34 años. Dpto. Durazno.

Historia clínica. — Ingresó al Sanatorio el lunes 4 de mayo en la noche. Ha tenido en el día de hoy, de mañana, una hemoptisis profusa que ha continuado durante el día. Cuando la veo en el Sanatorio donde lleva ya tres horas de internada tiene una salivadera que contiene 250 cc. de sangre oscura y espumosa con numerosos esputos rojos rutilantes.

Desde un año esta enferma comienza con hemoptisis que se han repetido varias veces, pero no alarmantes. Hace un mes tuvo una hemoptisis importante. Hace seis días nueva hemoptisis y vómica de membranas hidáticas de las que trae fragmentos de muestra en frascos con alcohol.

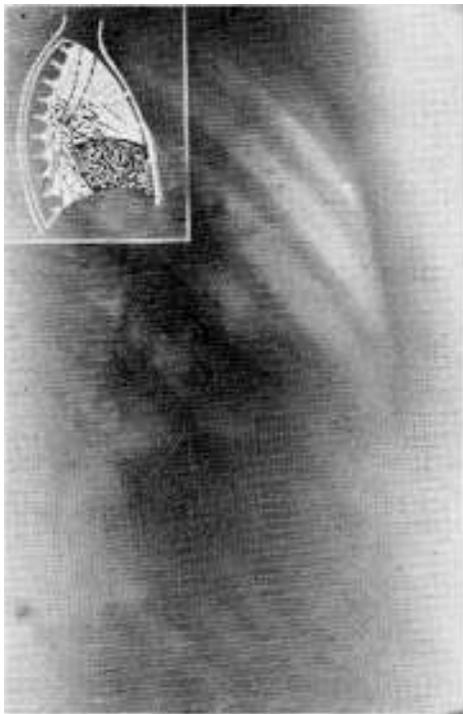
Examen. — Enferma obesa. Estado de anemia no muy acentuado. Tos y expectoración hemoptoica roja. Temp.: 38 grados rectal. Pulso 100, bien golpeado. Aliento fétido. Omitimos el examen físico y procedemos a los rayos X que muestran una sombra cuadrangular en el perfil derecho: corresponde a un quiste hidático evacuado con retención de membranas.

Existe en ambos campos pulmonares un velo de la base que interpretamos como resultante de la inundación bronquial por sangre.

La punción venosa es absolutamente imposible por la obesidad de la enferma; como la sangre expectorada coagula bien y no hay antecedentes de discrasia sanguínea nos limitamos a indicar las medidas de emergencia para hemoptisis (hielo, heroína, coagulante G. A. B. repetido).

En la noche del ingreso la hemoptisis continúa. A la mañana siguiente solamente esputos hemoptoicos y atenuación de la tos.

Continúa en el día con esputos hemoptoicos. El martes de noche nueva



Nº 7. — Radiografía de perfil. Sombra cuadrangular; quiste hidático lóbulo medio.

hemoptisis importante, pero cede. El miércoles y jueves solamente algunos esputos hemoptoicos por lo cual y ante la comprobación radiológica, la fiebre y la fetidez de la expectoración pensamos en la putrefacción de la membrana y en que solamente la evacuación del quiste puede evitar nuevos accidentes.

Convenientemente preparada se opera el viernes. Operan Larghero y Carnelli. Anest. local. Posición decúbito lateral izquierdo ligeramente incorporada. Incisión oblicua sobre octava costilla derecha que se reseca desde la línea axilar posterior a la anterior. Se produce el neumotórax bien to-

lerado. El pulmón se ha colapsado completamente. Se observa que el lóbulo inferior presenta una coloración oscura, azulada, como infiltrado de sangre. El lóbulo medio aparece ligeramente convexo y a la palpación contiene una masa del tamaño de una naranja chica. Punción previa protección con compresas. Se cae en la cavidad quística que se abre y de la que se extrae una membrana macerada con olor fétido, del tamaño de un plato de postre. La cavidad contiene coágulos y pus. Se coloca dentro de ella un tubo.

En ese momento empieza a afluir sangre roja a la boca; golpes de tos sucesivos traen más sangre roja y negra que sale en cantidad por nariz y boca. Sobreviene asfixia. Se retiran gruesos coágulos (molde de la boca y faringe y la hemorragia continúa abundante. Uno o dos minutos más tarde la muerte sobreviene por asfixia.

La hemorragia se ha producido al final de la operación con el pulmón completamente colapsado, rodeado y comprimido por mecha y ha salido sólo discreta cantidad de sangre por el tubo, que coaguló en seguida y obstruyó el mismo.

En suma. Hemoptisis por ulceración de grueso vaso. La única solución pudo haber sido la lobectomía o ligadura del pedículo.

CONSIDERACIONES. — Las dos características clínicas y evolutivas presentes en nuestras observaciones: hemorragia profusa y evolución fulminante sirven para certificar la causa: ulceración de un grueso vaso.

El mecanismo de esta ulceración puede ser de dos naturalezas:

Primer mecanismo: En los quistes hialinos, el crecimiento del parásito involucra en la adventicia las estructuras adyacentes, los somete al doble proceso, primero de fibroplastia, luego de degeneración hialina y necrosis. La adventicia que ha sufrido este proceso de laminación y hialinización, conserva su resistencia hasta que sobreviene la necrosis y desagregación granulosa. La presión sanguínea (sobre todo si se trata de un vaso arterial) por un lado y la evacuación del quiste por otro lado que por su tensión apuntalaba la resistencia de la pared vascular convertida en adventicia, hacen el resto. Establecida la comunicación, la hemorragia se producirá, sin posibilidad de mecanismos de hemostasis espontánea sea por el calibre mayor del vaso, o aun en vasos menores porque la contracción del vaso involucrado no puede ejercerse porque él está envuelto en la reacción fibroplástica que lo mantiene abierto). Posición ésta, semejante a lo que ocurre con las gruesas arterias abiertas en el fondo de una úlcera gastroduodenal crónica.

En estas condiciones ni hay contracción espontánea ni posibilidad de hemostasis por el neumotórax. La única evolución puede ser la lobectomía.

Este proceso de involucración de las paredes vasculares por la reacción adventicial, es por otra parte de la misma naturaleza que el que determina la comunicación de la adventicia con los bronquios, canales biliares y cálices del riñón, e idéntico al causante de la comunicación de un quiste con una gruesa vena visceral. (Q. h. Híg. abierto vena cava inf., H. Castiglioni Alonso).

Segundo mecanismo: En los quistes infectados y supurados, con lesiones parenquimatosas periadventiciales acentuadas, la ulceración vascular responde al proceso común de las ulceraciones vasculares secundarias a los procesos supurados.

Nuestra primera observación constituye un ejemplo clínico y anatomopatológico del primer mecanismo.

La segunda observación no tiene prueba anatómica. Pero la iniciación, curso y terminación del drama en dos minutos hacen pensar que la causa fué la ulceración por necrosis hidática de una gruesa vena. Abona en favor de esta suposición, el hecho de tratarse de un quiste de volumen más que mediano, localizado en el lóbulo medio del pulmón, con espacio reducido para expandirse lo que ha provocado el contacto de la adventicia con el hilio del lóbulo (ver radiografía lateral).

Si nos limitamos a este tipo de hemorragia, las citas documentarias en la literatura son escasas. Hay muchas impresiones y recuerdos pero pocos documentos.

Vamos a enumerar lo que hemos hallado sobre el particular en la literatura a nuestro alcance:

REYES (M.). — Quiste hid. pulmón derecho. Operación en 2 tiempos. Muerte por hemorragia fulminante. (Relato del Dr. P. Jáuregui). *Bol. y Tr. de la Soc. de Cirugía de Buenos Aires*, 1937, p. 1083.

Obs. típica de hemorragia fulminante. Sujeto de 21 años. Desde 4 meses, dolores intermitentes en hemitórax derecho. Desde 2 días, tos seca. decaimiento, cefalea. Examen: febril $38^{\circ} 1\frac{1}{2}$. Disneico. Macidez suspendida hemitórax derecho. Rayos X: sombra redondeada. Caract. de q. h. con "imagen de despegamiento" en forma de media luna clara entre el quiste y el vértice opaco (la placa no muestra la imagen en doble contorno típico del neumquistes perivascular, sino una zona clara más amplia, de parénquima entre el quiste y el proceso de opacificación del vértice). El

relator Jáuregui, le llama enfisema periparasitario sobre el que han insistido Ivanissevich y Ferrari. Al día siguiente del ingreso, aparece intensa expect. mucopurulenta, disnea y fiebre persistente. Trat. del proceso interno agregado. 1 mes después del ingreso, comienza con expect. hemoptoica y luego hemoptisis intensa que dura una semana. Pasada esta complicación, se interviene 20 días después de su comienzo. Operación en dos tiempos: 1er. tiempo: Resección 3ª costilla por delante. Taponamiento para reforzar las adherencias ya existente. Radiografía: la imagen quística se ha transformado en hidroaérea. 2º tiempo (10 días después). Punción (líquido oscuro, hemático). Se aspira con el ap. Finochietto, después de atravesar una capa de parénquima. En ese momento se produce una vómica de líq. igual al aspirado. Se retira la membrana y se deja un tubo de drenaje. Post. op. Bronco alveolitis. Expectoración hemoptoica. Temp. 38° ½. Disnea acentuada. 12 días después de la operación: *Hemorragia intracavitaria fulminante* (no hubo autopsia). Causa de la hemorragia: Como no hubo autopsia, el relator Dr. Jáuregui, opina que el proceso infeccioso desarrollado en la adventicia y sus inmediaciones ha provocado la ulceración de un grueso vaso.

FERRARI. — (Discusión de este trabajo pág. 1121). Ha visto la hemorragia grave en una docena de casos, y en 4 ó 5 de ellos, mortal.

CONSTANTINI (H.). — *Rev. Ch.*, 1935, pág. 297. "La hemorragia, que su origen sea parietal (un caso personal), quístico (Escudero) o pulmonar, puede ser abundante y grave y siempre su tratamiento, tratamiento eficaz por otra parte, se resume en un buen taponamiento, suponiendo que la bolsa haya sido marsupializada" (pág. 325).

DELAYE. — *Rev. Ch.*, 1935, pág. 197. Cita la op. de Grinbert que aconseja el neumotórax terap. para los hemopt. graves consecutivos a apertura espontánea de un quiste.

LOZANO (R.). — Equinococosis, Madrid 1921. No hay citas.

PURRIEL (P.). — Complicaciones y secuelas del q. h. del pulmón. (*Arch. Int. Hidatidosis*, julio 1937, Vol. II, Fac. II). Capítulo Compl. Quirúrgicos, pág. 296. Refiriéndose a las hemorragias post oper. la atribuye a 2 procesos patogénicos: 1º Alteraciones anat. previas al acto quirúrgico. (Lesión necrótica de las paredes vasculares provocada por acción tóxica del parásito: Obs. 13 de su tesis que es la Obs. de Ardao que presentamos aquí). 2º Supuración de la cavidad. Obs. 40 de su tesis (enfermo del Serv. Prof. Lamas). Episodios hemoptoicos abundantes en la anamnesis. Enorme q. h. P. D. Adh. pleural espontánea. Quistotomía y evacuación en un tiempo. Drenaje con tubo. Hemorragias inmediatas por el tubo. Supuración abundante, fiebre a grandes oscilaciones. Hemoptisis grave que obliga al taponamiento. 32 días después de la op. hemorragia fulminante por la herida (muerte en 2 horas). Autopsia: Cav. llena de coágulos con intensa supu-

ración de sus paredes. Dilatación bronquios vecinos, algunos conteniendo sangre y pus. La mucosa bronquial no ha intervenido en la producción de las hemorragias que se han hecho a expensas de la cavidad residual.

Dice Purriel que las hemorragias post operatorias por la herida las ha observado repetidas veces en sus guardias, constituyendo uno de los episodios más dramáticos a que están expuestos los op. de q. h. del pulmón.

IVANISSEVICH. — Estadística general de q. h. operados en los años 1919, 20 y 21. (Inst. Cl. Quirrgico). *Semana Médica*, 1922, N° 48. 17 casos de q. h. pulmón. "Accidentes post operatorios en general poco importantes; las hemoptisis fácilmente combatidas por los medios comunes".

BONABA. — Patología y clínica del q. h. pulmón en el niño Informe Oficial al Congreso Médico del Centenario. T. I, pág. 292. Hemoptisis (pág. 296: "En algunos casos es el síntoma predominante que se reproduce insistentemente en forma profusa").

DE PENA (P.). — Trat. q. h. pulmón en el niño. Inf. oficial Congreso Médico del Centenario. T. I, pág. 375. Atribuye las hemorrag. post op. a una reacción inflamatoria periquística violenta. Les atribuye carácter grave por su intensidad o repetición, produciéndose en el acto operatorio, en los próximos días siguientes o más tarde en forma inesperada (pág. 382). En su estadística de 29 casos de q. h. p. operados, se comprueban: 4 hemopt. pequeños (curados), 2 hemopt. fuertes y repetidos (curados), 2 hemopt. y neumotórax (curados), 1 hemorrag. ext. continua, neumot. y reacc. pl. pulm. (curada), 2 hemopt. supurada fétida y vómica (curadas), 1 hemopt. y hem. ext. Bronconeumonía, *muerde a los 2 meses*: 1 hemorrag. externa, *muerde al 3er. día*.

JAUREGUY (M. A.). — Hemoptisis hidática. *Anales Fac. Med.*, 1927, p. 370. Atribuye las hemopt. y esputos hemoptoicos, a trastornos vasculares (?). El quiste obra principalmente por trastornos mecánicos de compresión, no provocando lesiones de orden infeccioso ni arteritis y de consiguiente, aneurismas. Da gran importancia a los fenómenos alérgicos, basado en experiencias en cobayo sensibilizado con líq. hid. (edema, congest. hemorag.), destacando su importancia junto con los discrasias sanguíneas y los anteced. respiratorios en la patogenia de las hemoptisis de los portadores de q. hid.

IVANISSEVICH. — *Boletines*, Trabajos de la Soc. Cirugía de Buenos Aires, 1938, T. XXII, p. 391. A propósito de la epitelización de la adventicia, muestra un corte histológico correspondiente a una obs. de q. h. hialino, con muerte del enfermo al 11° día por *hemorragia fulminante*.

PIAGGIO BLANCO (R. A.) y GARCIA CAPURRO (F.). Síndr. broncopulm. anteriores y post. a la vómica hidática, etc. *Anales Fac. Méd.*, 1932, p. 859. Forma hemoptizante de los q. h. vomitados o evacuados quirúrg. (incom-

pletamente). Cita la opinión del Prof. Lamas, para quien, los trastornos pulmonares y sobre todo hemoptisis, en los q. h. pulmonares vomitado o evacuados anteriormente, deben atribuirse de una manera general, a la esclerosis pulmonar post quística. Y el estudio más completo de J. C. del Campo y Andreón, quienes demostraron que una gran parte de estas secuelas del q. h. del pulmón, que se traducen por hemoptisis a repetición (q. h. vomitado o evacuado incompletamente por el cirujano) se deben a la retención de la membrana, replegada o fragmentada o mismo en avanzado proceso de desintegración, que actúa como cuerpo extraño (no inerte, sino con acción tóxica como lo demuestran las experiencias de Cassinelli) y como agente mantenedor de un proceso inflamatorio. "Los accidentes hemorrágicos son casi exclusivamente debidos a la retención de membrana", dicen del Campo y Andreón. Pero en este trabajo no encontramos mención de las hemorragias mortales, fulminantes, y es lógico que así sea porque como hemos visto, la patogenia de este tipo de accidente, es completamente diferente.

DEL CAMPO (J. C.) y ANDREON (E.). — Sobre una modalidad evolutiva del q. h. pulmonar. *Soc. Fisiología*, Nov. 1932.

PIAGGIO BLANCO (R. A.), GARCIA CAPURRO (F.). — Trat. de los q. hidatídica a contenido vesicular hialino. *Arch. Urug. Med., Cir. y Esp.*, 1936-2, pág. 415. En una revista crítica sobre los resultados del método de Lamas y Mondino en 28 operaciones (26 enfermos) del q. h. del pulmón, al estudiar las complicaciones, cita las hemorragias graves y mismo mortales. Obs. XXIII. T. G., 57 años. Op. por los Dres. Capurro y Vigil. q. h. hialino base derecha (grande, ocupa toda la base op. en 2 tiempos). Neumotórax y pnoneumotórax a consecuencia del primer tiempo. A los 17 días, 2º tiempo, extracción de la membrana. Muerte por hemoptisis fulminante. Refiere la obs. presentada por Ardao a la Soc. A. Pat. (caso del Serv. del Prof. García Lagos) y obs. de Heine (Tesis de Guinbellot) que no hemos podido consultar.

PRAT. — Cirugía pulmonar. *R. Méd. del Uruguay*, 1915. 10 casos, 2 hemopt. intensos, Ninguna hemorrag. mortal. Q. h. pulmón. *Anales Fac. Med.*, 1925. Se refiere sólo a la vómica hidática. No hay citas de hemorragias.

ESCUADERO. — Hidatidosis pulmonar. 2º Congreso Nacional de Medicina. B. Aires, 1922. Kystes hydatiques du poumon, Steinhel, París, 1912.

LAGOS GARCIA (C.). — Equinocosis pulmonar en el niño, 1 tomo, 1929, Buenos Aires). Estadística de 31 casos op. pulmón. 1 muerte por hemorragia varios días después, comprobándose en la autopsia la existencia de 2 vasos de mediano calibre abiertos en la cavidad. (Citada por Jáuregui. *Bol. de Cir. B. A.*, 1937, p. 1088).

CASTRO (M.). — Estadística. 1 caso de hemorrag. mortal el mismo día de la operación (niña de 12 años). Citado por Jáuregui, *Bol. Soc. Cir. B. A.*, 1937, p. 1088.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

RODRIGUEZ VILLEGAS. — En su trabajo sobre causas de mortalidad en el q. h. pulmón (*Bol. Soc. Cir. B. Aires*, 1936, p. 431), cita un caso (diabético de 58 años) que a los 8 días de la operación comienza sus hemorragias a consecuencia de un intenso proceso congestivo de origen cardíaco, falleciendo a consecuencia del mismo (de los trast. cardíacos). La autopsia mostró intenso proceso congestivo de origen cardíaco, de ambas bases y proceso congest. periquístico.

CALCAGNO (B. N.). — Causas de mort. en los q. h. pulmón. *Bol. Tr. Soc. Cir. B. A.*, 1936, p. 711.

VELAZCO SUAREZ (C.). — Causas de mort. en el q. h. pulmón. *Bol. Tr. S. Cir. B. A.*, 1936, p. 447. 14 intervenciones. No hay citas de hemorragias.

LAMAS (A.). — Quiste hid. del pulmón. *Rev. Méd. del Urug.*, 1916, p. 765-92. No ha visto ningún caso fatal (Estadíst. personal, 74 obs.).

DISCUSIÓN

(Discusión de los trabajos de los Dres. Larghero y Ardao).

Dr. Domingo Prat. — Creo que no podemos dejar pasar en silencio la interesante comunicación del Dr. Larghero, donde nos ha presentado algunos casos de hemorragias cataclísónicas, mortales en el tratamiento del quiste hidático.

En mi práctica, yo no he tenido ocasión de observar esas hemorragias mortales. En algunos casos hemos visto algunas hemorragias más o menos intensas, que nos han obligado a hacer un taponamiento y posiblemente esas hemorragias provenían de la neumotomía.

Creo que en esta cuestión de las hemorragias, en el tratamiento del quiste hidatídico, conviene destacar un hecho interesante. Dejaremos de lado los casos de hemorragias producidas por retención de membranas o por infecciones muy prolongadas, posiblemente de tipo gangrenoso o por geodas quísticas; me refiero sobre todo, a las hemorragias mortales, que se producen después del tratamiento y no hay que olvidar que su etiología y patogenia, puede ser la intervención del tubo de drenaje.

Es corriente desde hace unos años que se usaran tubos de drenaje muy imperfectos, sobre todo cuando por la guerra mundial no se contaba con tubos buenos, elásticos, sino rígidos, duros y que colocados en la cavidad quística y sobre todo fijados con una curación más o menos apretada, representaban un grave elemento de traumatismo para una pared quística que estaba más o menos infectada y alterada.

Es posible pues, que la infección de estos quistes, agregado a esos traumatismos continuados por el tubo pueden provocar la hemorragia por el elemento traumático que mencionamos.

Es una lástima que el Dr. Larghero no haya documentado en sus casos qué clase de tubos se han empleado. Es por esto que trato este asunto en una de mis últimas comunicaciones e insisto bastante y considero que el tubo de drenaje común y corriente que se colocaba antes en el drenaje del quiste hidático, debe ser abandonado porque es un elemento traumático siempre peligroso y que puede originar la hemorragia.

Por eso proponía que se usara el drenaje con una sonda tipo Pezzer y había pedido a la casa Gentile de París una sonda especial, que tiene un roquete que la hace consistente y que queda bien fija en la parte periférica del quiste que no sale y que realiza un drenaje perfecto en la cavidad sin ese traumatismo que nosotros creemos que tiene importancia y que se realiza con el tubo común, sobre todo, si ese tubo es imperfecto como el que habíamos recibido en estos últimos tiempos. Es interesante destacar el cuidado y la dedicación con que el Dr. Larghero ha tomado todos los datos de estas observaciones que presentó en esta Sociedad.

Dr. Fossati. — En un trabajo publicado en la Revista "São Paulo Medico", mayo y abril 1941, dije algo que está de acuerdo con lo que acaba de decir el Profesor Prat e insiste en las hemorragias secundarias por el uso del tubo de drenaje y trato de solucionar el asunto alejándola de las paredes y rodeándola de gasa.

Dr. Abel Chifflet. — Yo quería referirme al asunto dominante de la comunicación que es el de las hemorragias mortales fulminantes en el acto operatorio.

Es indudable que de acuerdo con lo que dicen el Dr. Ardao y el Dr. Larghero, se tiene la suerte o la desgracia de encontrarse con uno de estos casos. Las circunstancias hacen que el quiste en su crecimiento o en su complicación haya provocado lesiones que provocan esa hemorragia.

Los Dres. Larghero y Ardao han podido documentar los casos que presentaron. Yo, como documento, y dentro de la vía de contribuir en un asunto que a todos nos tiene con temor cuando hay que operar un quiste, voy a traer a colación el caso de un enfermo con hemoptisis persistente datando de varios meses que es operado por el procedimiento de Lamas y Mondino; quiste hidático del lóbulo superior abordado por resección de la segunda costilla, parte anterior y que al hacer el segundo tiempo una vez seccionado el parénquima pulmonar sale una gran cantidad de coágulos. Es claro que la situación del cirujano es un poco angustiosa.

Aparece de pronto una vesícula hidática a grosso modo normal y sale una cantidad de líquido hidático claro, luego una enorme cantidad de sangre. Fué posible detener la hemorragia abundantísima por medio de un mechado que pudo ser eficiente por la íntima fijación del pulmón a la pared, obtenida por las adherencias pleurales. Tuve la sensación de que ese enfermo podía evolucionar mal. Sin embargo, no fué así. A los días siguientes se pudieron sacar las mechas sin ninguna complicación.

El enfermo evolucionó favorablemente. Yo no lo considero como un éxito sino como suerte.

Nosotros hicimos a ese enfermo en el postoperatorio el tratamiento biológico, pensando en la influencia que pueden tener los fenómenos alérgico en la adventicia hidática. Creo, más bien, en el efecto del taponamiento.

En apoyo de la observación anatómica del Dr. Ardao hay un caso en la Clínica del Profesor Stajano muy interesante. Sería de interés usar de esa observación que el Dr. Stajano nos pondría a disposición. Ya ha sido publicada por mí en un estudio sobre la acción compresiva de los quistes toracoabdominales.

Es un enfermo de un quiste hidático situado en el epiplón gastro esplénico que se opera y en el acto operatorio hace una hemorragia y el enfermo fallece. Posteriormente en la necropsia se encuentra una ulceración de la vena esplénica que se mantenía ocluida por la propia presencia de parásito.

QUISTE HIDATICO DEL MESO GASTRO ESPLENICO

F. C., 57 años, uruguayo, intervenido hace 5 años por quiste hidático del hígado. Muchos años antes lo había sido por un quiste hidático pulmonar.

Ingresa en octubre de 1938, por gran tumoración quística a tensión que ocupa hipocondrio y flanco izquierdo, invadiendo región epigástrica bilical. Evidente frémito hidático. Semeiológicamente se ubica en el lóbulo izquierdo del hígado y con ese diagnóstico se interviene (Stajano-Martinić) Anestesia local, por paramediana izquierda transrectal, que se debe

pletar con éter en el curso de la intervención. Prolija protección del vientre ante el enorme quiste.

Drenaje, aspiración y formolado. En el curso de la intervención, copiosa hemorragia intraquistica en el momento de extraerse la membrana. Taponamiento de espera. Intentamos extirpar la bolsa, creyendo se trate de un quiste hidático de bazo, pero las relaciones del quiste con las vísceras y los mesos y la intensidad de la hemorragia no autorizan sino al taponamiento con largas mechas de gasa. El bazo con gran periesplenitis está adherente y está en la parte alta de la bolsa. Cierre del vientre alrededor de la mecha de taponamiento. Hidratación, hemostáticos, transfusiones, etc. El enfermo mejora. Su presión es buena. Hace a las 70 horas un colapso. Fallece a las 72 horas.

Pieza autopsica. — Bazo y estómago. —

Ampliaremos el estudio de dicho órgano iniciado en el protocolo correspondiente.

Tres preguntas formula la clínica:

- 1) ¿Es un quiste hidático de bazo?
- 2) ¿Era extirpable ese quiste conjuntamente con el bazo?
- 3) ¿Por qué se produjo la hemorragia?

Contestamos:

1) Macroscópicamente se trata de un quiste hidático, ubicado en el meso gastro-esplénico, separando sus dos hojas, y rechazando el bazo hacia arriba y atrás. (Ver foto-macro 35).

2) Tres elementos, a mi entender, impedirían la extirpación del quiste con el bazo.

—Una gran adherencia gástrica.

—La presencia de un pedículo esplénico, aplastado formando parte de la pared posterior del quiste, con una vena esplénica muy dehiscente en su espesor.

—Marcadas adherencias del quiste al páncreas.

3) La hemorragia intra-quística, se debe a la lesión de la vena esplénica, probablemente al sacar la membrana, pues incluida en la pared del quiste presenta una pérdida de sustancia, obturada por un trombo, que se abre en la luz del quiste.

Membrana hidática. Pieza operatoria. Foto. Macroscópica 35. Microscópica 65.

Se trata de una membrana con una superficie externa áspera y rugosa y una capa interna brillante, transparente, formada por varias hojas, superpuestas. La primera se corresponde con la periquística, la segunda representa la membrana prolifera.

DETALLE DE MACROSCOPIO. — *Pieza autopsica: bazo y estómago. —*

El estudio microscópico de la pared del quiste en la zona en que se relaciona con el bazo, muestra cómo la cápsula del mismo se continúa sin interrumpirse, por debajo de dicha pared, la que muy espesada y de naturaleza fibrosa, es independiente de dicho órgano.

Copia del protocolo de autopsia. — Piel. Orificios cutáneos. — 1) Piel blanca. Panículo adiposo escaso. Cicatriz de laparotomía supra e infra-

umbilical. Herida operatoria recientemente localizada en el flanco izquierdo, por la que sale un tubo de drenaje, así como una gasa embebida en sangre. Manchas hipostáticas en la región dorsal.

•*Organos. Cavidad abdominal.* — 2) Completamente libre, sólo se comprueba un contenido hemorrágico que no alcanza a 100 c. c. La herida operatoria pone en comunicación con una cavidad totalmente obturada por compresas de gasa embebidas en sangre, cavidad que ocupa todo el hipocondrio izquierdo y hemivientre superior.

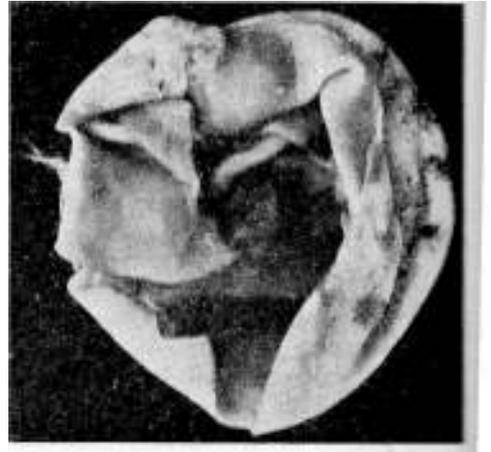
3) Estómago sin particularidades, salvo la de presentar íntimas adherencias por su gran curvatura, con la formación quística ya señalada.



Macro: 35

Micro: 65

Cavidad correspondiente al quiste evacuado, recubierta de coágulos, donde se puede ver el trombo que obtura la abertura en el vaso Esplénico.



Macro: 35

Micro: 65

Asas intestinales distendidas, pero sin otras particularidades.

4) Hígado, de consistencia firme, de color rojizo, presenta su lóbulo izquierdo completamente atrófico, por la compresión que ejerce el gran quiste. La superficie hepática, presenta íntimas adherencias con el diafragma así como con la pared abdominal anterior.

5) Existe un espesamiento generalizado de toda la cápsula conjuntiva del hígado.