

EQUINOCOCOSIS PLEURAL

P. Larghero Ybarz y Pablo Purriel

Comentarios sobre una observación de equinocosis secundaria de la pleura, espontánea, en un enfermo con otras localizaciones de hidatidosis (quiste hidático del hígado abierto en vías biliares y equinocosis peritoneal secundaria).

SINTESIS CRONOLOGICA. — Febrero 1941 (2ª quincena). Comienzo con tos seca y estado febril. — Marzo: Cólico hepático, ictericia por retención, decoloración intermitente de fecas, estado infeccioso, Mejoría y recidivas del dolor. Ictericia y decol. mat. fecales. — Abril: Comprobación por el enfermo de las tumoraciones abdominales. — Mayo 15: ingreso sala P. Visca. Ictericia. Decoloración materias. Estado infeccioso grave. Gran denutrición. Comprobación de la pleuresía derecha. Diag.: Q. H. abierto v. biliares. Equinocosis peritoneal 2ª; pleuresía sero-purulenta amicrobiana. — Junio 1º Ingreso sala Navarro. — Junio 4: 1ª operación; Tratamiento de la equinocosis supramesocólica y evacuación y drenaje del quiste hepát. abierto en vías biliares. — Junio 25: Tos. Disnea. Aumento del derrame. — Junio 30: Toracentesis: 500 c.c. líquido seropurulento. Amicrobiano. Inclusión del culot de centrif. y de esputos. — Julio 5: Alta temporaria. — Julio 15: Resultados: Inclusión del ex. pleural: se observan fragmentos de quitinosa (Larghero-Cassinelli). Inclusión de esputos: Negativa (Cassinelli). — Agosto 13: Reingreso. Radiografías: Pleuresía en el mismo estado. Tolerancia clínica casi completa. — Agosto 26: Toracentesis. Lipiodol. Radiografías (derrame libre). — Agosto 27: 2ª operación. Toracotomía. Equinocosis pleural 2ª; forma anatomo-clínica: *hidatido-pleuresia*. Curación. — Enero 7-42: Trat. equinocosis peritoneal pelviana.

OBSERVACION CLINICA. — J. C. C., 41 años. Ingreso S. P. Visca, 15 mayo 1941. En la 2ª quincena de febrero, enferma con tos seca y estado febril. Hace 2 meses (marzo) tuvo un cuadro doloroso en el H. derecho con irradiaciones al hombro y espalda del mismo lado. Dos días después ictericia con decoloración de materias. Una semana después comienza a disminuir el tinte icterico. Los cuadros dolorosos del H. D. se han repetido.

Al mes del comienzo (abril) de su sufrimiento nota tumoración en la región supra-umbilical y región del epigastrio, esta última del tamaño de una naranja. Indolora. Hace 3 días es visto por uno de nosotros.

Examen: Delgado. Tinte sub-ictérico de tegumentos y conjuntivas. Len-

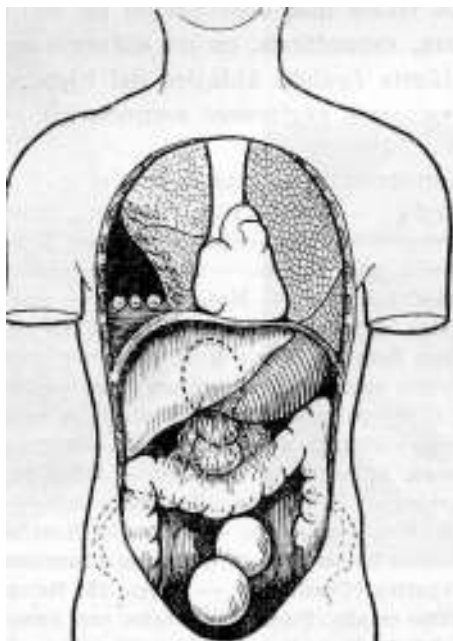
gua saburral. P. A. 10 $\frac{1}{2}$. T. A. 38°. Dentadura en malas condiciones. Piel elástica.

Tórax: Se moviliza bien en los movimientos respiratorios. En la base derecha existe una macidez que toma el $\frac{1}{3}$ superior. Las vibraciones se hallan abolidas. Se comprueba silencio respiratorio. Corazón s/p.

Abdomen: (ver examen Sala Navarro).

Examen neurológico: normal. Resto del examen: s/p.

Exámenes de Sala P. Wisca. — Reacción Casoni: Negativa. Radioscopia tórax: Opacidad pleural del $\frac{1}{3}$ inferior derecho. Punción pleural al nivel IX espacio intercostal sobre la línea escapular. Se extraen unos 50 c.c. de líquido amarillo verdoso (tinte verdoso por la ictericia). Se injertan 20 c.c. de suero



Representación esquemática de la topografía de las localizaciones hidáticas; quiste hepático, quiste supramesocólicos, quistes pelvianos y equinocosis pleural secundaria; el aspecto del derrame con nivel corresponde a lo comprobado una vez abierta la pleura.

fisiológico para evitar contaminación parietal. *Examen orina:* albúmina 0gr.40. *Urea en el suero:* 0gr.40. *Materias fecales:* No hay ganchos ni parásitos. *Espustos:* No hay B. de K. Glóbulos rojos, 4.050.000. Glóbulos blancos, 6.650. Hemoglobina, 85 %. Neutrófilos, 74 %. Eosinófilos, 2 %. Basófilos, 0 %. Lin-

focitos 6 %. Plaquetas 248.000. *Examen del líquido pleural*: Albúmina 50 %₁₀₀. Rivalta +.

Radiografía B. 29.456. T. de sangría: 2 m. T. de coagulación, 3 ½ m. R. W.: negativa. *Reacción de la hidatidosis*: positiva.

Diagnóstico: Quiste hidático hígado abierto en vías biliares, equinocosis peritoneal secundaria. Pleuresía. Pasa Sala Navarro.

Ingresa Sala Navarro 1º junio de 1941. — Febril, intoxicado, gran adelgazamiento. Abdomen globuloso, distendido, con macidez declive y desplazable.

Hígado grande, rebasa 4 dedos el borde costal; borde superior elevado. Tumoración epigástrica que forma cuerpo con el hígado, tensa, constituida por más de un lóbulo; llega hasta el ombligo, a izquierda y por encima del cual se palpan nódulos como nuez, solidarios de la tumoración. En hipogastrio y a izquierda, inmediatamente por encima del pelvis y parte interna de arcada crural hace relieve una masa ovoídea, tensa, indolora, que se prolonga hacia la pelvis, con caracteres de quiste hidático.

Tacto rectal: la tumoración hipogástrica hace saliente en la ampolla, llena y distiende el Douglas, es bilobulada con el cuerno izq. más grande y el tacto y palpación combinados muestran que se mueve bien sobre el plano subperitoneal.

Diagnóstico: quiste hidático del hígado abierto en vías biliares. Equinocosis peritoneal secundaria. Pleuresía a líquido turbio, amicrobiano (líquido de aspecto quiloso).

Se decide comenzar por lo más importante, es decir, el quiste hepático. La pleuresía, cuya naturaleza no nos explicamos, no provoca trastornos. Los quistes pelvianos no dan compresión vésico-ureteral peligrosa (urea baja).

Operación. — Junio 4-1941. Laparatomía mediana alta. Exploración de la cara convexa del lóbulo derecho e izquierdo que muestra el espacio subfrénico libre y ausencia de quistes hepáticos emergentes. Se encuentra una tumoración constituida por dos quistes tamaño naranja chica, por encima del colon transversal, entre él y la gran curvatura gástrica, cubiertos por el epiplón. Ambos con líquido agua de roca; uno de ellos univesicular, el otro multivesicular. Evacuación y formolado. Resección de la adventicia, parcial, donde se encuentran dos o tres nódulos pequeños. Por detrás, levantando la pared posterior del quiste superior, se comprueba la existencia de un enorme quiste que levanta el estómago, se pierde en el hígado y hacia abajo hace abombar el mesocolon.

Se abre y evacúa este gran quiste hepático posterior, por dentro del saco adventicial de los dos quistes más pequeños; contiene más de 1 litro de pus amarillo, fétido, con membrana madre y vesículos múltiples. Formolado. La bolsa adventicia da cabida a un clamp y se continúa hasta cerca del diafragma (probablemente, quiste del lóbulo de Spiegel). Fué imposible completar la exploración, porque el espacio hepatogástrico estaba suprimido por adherencias del estómago a cara inferior del lóbulo izq. del hígado).

Marsupialización de la adventicia de los quistes superficiales que forman la antecámara de la gran cavidad que se drena con dos tubos.

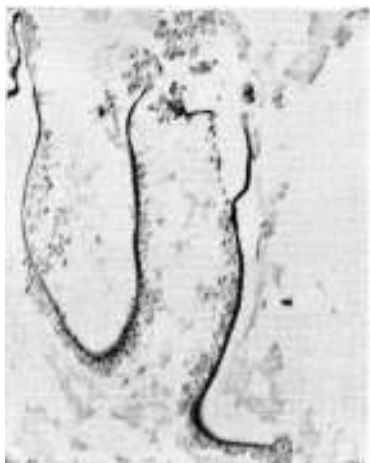
Post-op. En mejoría rápida. Supuración biliosa profusa y fétida durante

12 a 15 días; luego el corrimiento se hace cada vez más limpio, bilis pura, abundante. A los 30 días de la operación, el corrimiento se ha suprimido.

Junio 30. — El estado general ha mejorado asombrosamente; pero desde hace una semana, el derrame pleural perturba al enfermo, con tos casi siempre seca, a veces expectoración mucopurulenta escasa.

Julio 1º — Punción pleural derecha. Evacuación fácil de 500 c.c. de líquido seropurulento, con grumos y filamentos. No fétido. Alivio inmediato. El enfermo pide autorización para pasar 10 días en su casa y se va de alta, con nuestras reservas, pues una leucocitosis hecha ese día acusa 18.000 elementos. Entre tanto, hemos incluido para estudiar por el método de Lasnier, el culot de centrifugación del líquido pleural (cuyo examen bacteriológico hecho por el Dr. Lodesma volvió a ser negativo).

Simultáneamente el 15 de julio, el Dr. Cassinelli y nosotros encontramos fragmentos de quitinosa en el líquido (ver microfotografías).



Inclusión del coágulo del líquido pleural. Fragmentos de quitinosa (Dr. Cassinelli).



Inclusión del coágulo del líquido pleural. Fragmentos de quitinosa (Dr. Cassinelli).

Además, el Dr. Cassinelli ha buscado empeñosamente los mismos elementos en la expectoración, con resultado negativo.

Tenemos, aunque tarde, la prueba de que el proceso pleural, que se instaló insidiosamente y evolucionó con síntomas físicos y radiológicos y sólo acusó trastornos (tos-disnea) hace 15 días, enmascarado por el estado general grave y el decaimiento general debido al quiste supurado y abierto en vías biliares, era producido por la ruptura de un quiste en la pleura. Este proceso pleural (pleuresía seropurulenta amicrobiana) que vino a hacer su prueba etiológica el 15 de julio, había comenzado en la 2ª quincena de febrero, es decir, 5 meses antes.

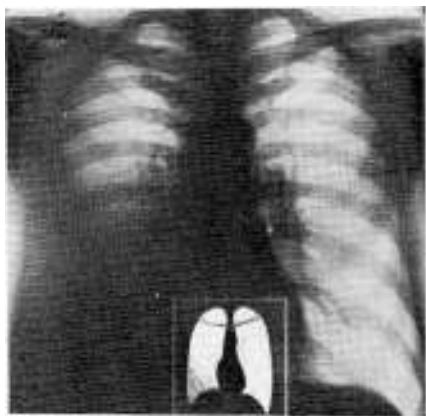
El 18 de agosto el enfermo se presenta en el Servicio; su aspecto es

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

de completa salud. Ha aumentado en 45 días, 12 Kgs. de peso. Viene para tratarse su equinocosis plviana. Se sorprende cuando le comunicamos que se debe intervenir primero en el tórax, donde no experimentaba absolutamente ninguna molestia, salvo a veces algunos golpes de tos y expectoración mucosa escasa.

Sin embargo, el síndrome físico de derrame está presente y una placa practicada el 26 de agosto revela que el aspecto es siempre el mismo (derrame sin neumotórax).

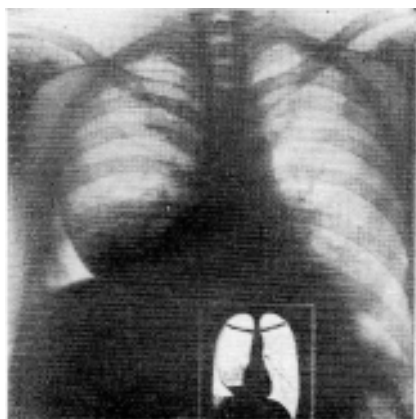
Estudio Radiológico pre y post operatorio inmediatos



Radiografía de frente, 13 días antes de la operación. Derrame pleural derecho.



Radiografía de perfil, 13 días antes de la operación.



Radiografía de frente, tomada a las 24 horas de la operación (agosto 1941).

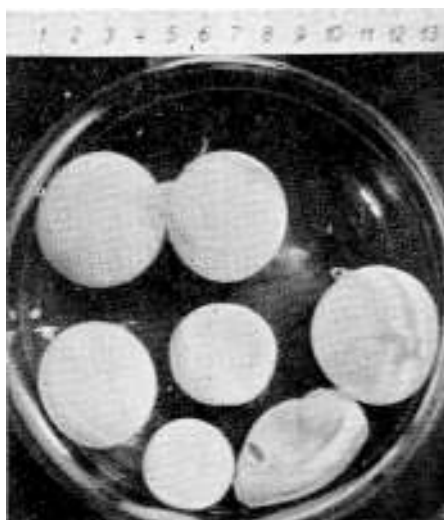


Radiografía de perfil, tomada a las 24 horas de la operación (agosto 1941).

El Dr. Purriel practica una punción pleural en el 7º espacio derecho. Viene líquido seropurulento y avanzando un poco la aguja aparece, en cambio brusco, líquido agua de roca. Como va a ser operado al día siguiente, se inyecta 3 c.c. de lipiodol; las placas demuestran que el lipiodol cae al f. de s. pleural y que la colección está en pleura libre; estas placas muestran un pequeño neumotórax provocado por la punción.

Operación. — Agosto 27. Pos. jockey. Anest. troncular 8º, 9º y 10º detrás del ángulo costal. Resección de la 8ª costilla, póstero lateral. Pleura parietal acartonada, resistente. Punción en el ángulo superior: se repite el hallazgo de ayer pero a la inversa, es decir, que sale primero 10 cc. a líquido agua de roca y luego, sin que en apariencia se mueva el trocar líquido muy fluido, seropurulento, amarillento (Véase en las fotografías, las dos vesículas desinfladas, con los orificios de punción hechos ayer y hoy). Incisión amplia de la pleura acartonada (2 a 3 mm. de espesor). Se cae en una amplia cavidad pleural libre, cuyas paredes están constituidas por pulmón colapsado parcialmente, en su lóbulo inferior, diafragma convexo y pared torácica cóncava.

La cavidad contiene aproximadamente 1 litro de líquido del carácter descripto, con grumos fibrinosos y fragmentos de membrana hidática deg-



Vesículas hijas pleurales: 5 tensas, 2 arrugadas que corresponden a las punciones.

nerada, gelatinosa (membrana del q. primitivo?). Contrastando con esto fragmentos, flotan en el líquido siete vesículas hidáticas hijas, tamaño bastante uniforme (de una nuez a una tanjerina) intactas (salvo las dos puncionadas) de pared delgada, blanca, brillante; contienen líquido limpio. Corren libremente boyando en el derrame.

Se aspira el líquido hasta que las vesículas quedan en seco, sobre el f. de s. pleural. Se las extrae una a una con una cuchara. La anestesia perfecta y la amplia toracotomía permiten examinar con buena luz el interior de la cavidad. El pulmón está cubierto por una película amarillo grisácea delgada, que deja translucir el color del parénquima. No se vió orificio ni se halló a la presión con un clamp, zona alguna resistente denunciadora de cavidad cortical cuyo orificio de ruptura podía estar cubierto y oculto por exudado.

Cúpula diafragmática cubierta por exudado mantecoso, adherente. La palpación y la vista no denunciaron lesión alguna por debajo (por otra parte, en la 1ª ap. abdominal se había comprobado el espacio subfrénico libre).

Existía una única adherencia en cordón, desde el pulmón al diafragma. Se seccionó entre ligaduras, al ras del diafragma y se tomó un fragmento para histología. En ningún punto de las paredes de la amplia cavidad, se observaron injertos hidáticos de la pleura parietal o pulmonar. Se termina la operación haciendo una contra abertura bien declive en la línea axilar posterior y cerrando la brecha de toracotomía dejando una mecha.

Operación perfectamente tolerada. Evolución postoperatoria sin incidentes. Alta curado a los 30 días.

El 7 de enero de 1942. 3ª operación: con raqui anestesia, extirpación de un quiste subperitoneal del espacio de Bogros del lado izquierdo y evacuación del parásito de un quiste retrovesical y otro enclavado en el fondo de saco de Douglas. Curación.

Comentarios. — La observación clínica que presentamos corresponde al tipo anatomo-clínico de hidátido tórax (Dévé) o hidátido pleura (Piaggio Blanco). Anatomopatológicamente es una hidátido-pleuresía seropurulenta (o puriforme) donde varias investigaciones bacteriológicas no pudieron demostrar agentes microbianos.

Dentro de la poca frecuencia de la equinocosis 2ª de la pleura (20 obs. en la monografía de Dévé j. de Chirurgie, *Chirurgie*, 1937, 1, p. 497), Piaggio Blanco y García Capurro, en su Tesis de 1939, agregan 2 observaciones personales y otras 3 (Prat y D. Lamas - Nin y Silva) sujetos a interpretación, dentro de este número reducido, el tipo de hidátido-pleuresía cuenta solamente con 3 obs. citadas por Dévé y dos observaciones personales de Piaggio Blanco y García Capurro.

No vamos a hacer revisión del tema. Nuestra observación tiene solamente valor documentario.

Destacaremos sólo sus características:

1º Síntesis cronológica. — El comienzo de los síntomas torácicos funcionales y la fiebre remontan a febrero de 1941.

Es casi seguro que ellos hayan respondido a la reacción pleural provocada por el parásito sembrado con anterioridad en la pleura y ya crecido. No hemos podido obtener en el interrogatorio ningún elemento susceptible de ser interpretado como síntoma de la ruptura en la serosa del quiste primitivo visceral. Una prueba más de ruptura silenciosa de un q. h. en una serosa (pleura-peritoneo-pericardio). A juzgar por el tamaño de los hidátides en el momento de la operación (7 meses después del comienzo clínico) y tomando como base las dimensiones dadas por Dévé en las experiencias de escolice-cultivo, la ruptura debe haber ocurrido antes del mes de febrero.

- 2º Tolerancia muy grande del proceso hidático-pleural (7 meses, con una sola punción evacuadora importante).
- 3º Ausencia clínica y radiológica del neumotórax (1er. examen hecho 3 meses después del comienzo clínico). Si existió neumotórax él se reabsorbió; esta eventualidad es muy poco probable, porque la consecuencia obligada de la ruptura de un q. h. cuya adventicia comunica con los bronquios, es el pionesumotórax.

Derrame de tipo inflamatorio, de aspecto macroscópico seropuriforme. Amicrobiano.

Tolerancia del proceso y persistencia de su asepticidad pese a las alternativas de un estado infeccioso grave con gran denutrición, determinado por la apertura de un q. h. del hígado en vías biliares.

- 6º Diagnóstico etiológico positivo por la inclusión del centrifugado o el coágulo del exudado pleural y hallazgo de laminillas de quitinosa electivamente teñidos por el carmín de Best (Dr. Cassinelli). (Un nuevo aporte para la confirmación del valor práctico del método de Lasnier).
- 7º Ausencia de elementos de la quitinosa en los esputos, por el mismo método de examen.
- 8º Anatomopatológicamente: Hidátido tórax, con pleuresía reaccional libre, equinocosis secundaria, a vesículas múltiples, fragmentos de membranas hidáticas degeneradas, verosímilmente correspondientes al quiste 1º. Ausencia de injerto pleural visceral o parietal (afirma-

Equinococosis pleural secundaria.

Estudio Radiológico 1 año después de la operación. (Dr. E. Zerboni).

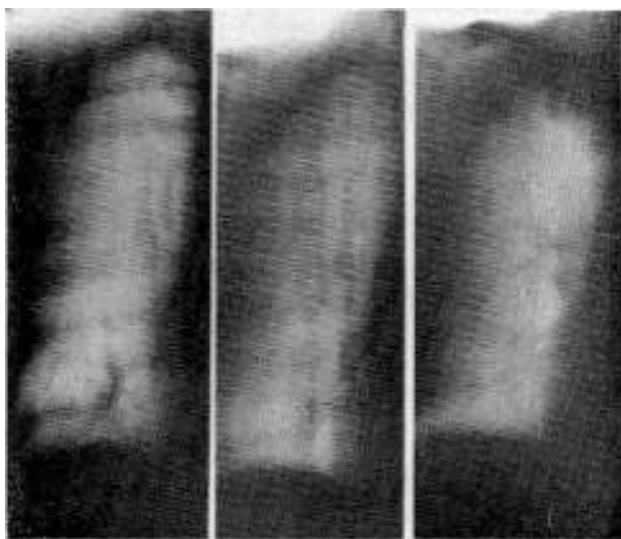


FIG. 4. — Tomografía del tórax en 5 planos agosto 1942). No se observa imagen cavitaria residual. La imagen circular de la base, en la primera radiografía, corresponde a la regeneración de la costilla resecada (Dr. Eugenio R. Zerboni).

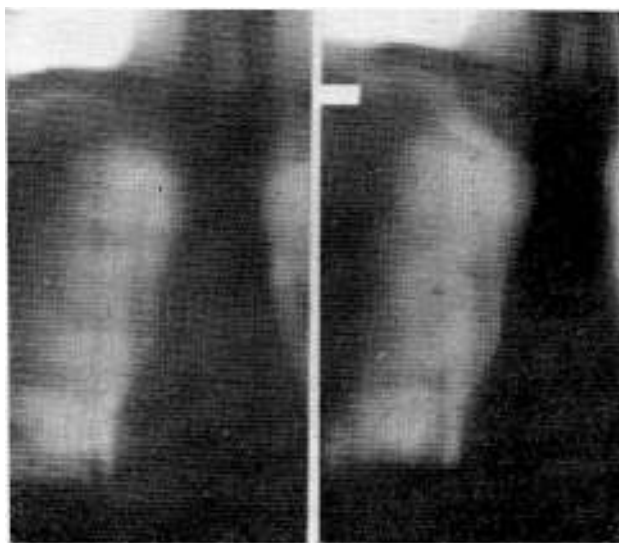


FIG. 5. — Planos anteriores del estudio tomográfico. No se observa imagen cavitaria residual (Dr. Eugenio R. Zerboni). Agosto 1942. (1 año después de la operación).

- ción basada en exploración operatoria, muy amplia pero forzosamente incompleta). Paquipleuritis. Espacio subfrénico derecho libre (comprobación en la 1ª operación).
- 9º Radiológicamente: Pleuresía. Ausencia de comprobación de imagen de q. h. primitivo o de cavidad residual pulmonar. (Estudio Rad. pre y post operatorio inmediato y alejado.)
- 10º Curación en 30 días por drenaje pleural bien ubicado, previa extracción de los elementos parasitarios. Ningún lavado de la cavidad.

Patogenia. — Esta observación tiene los caracteres de las equinocosis secundarias de la pleura a localización primitiva pulmonar.

La ausencia de neumotórax y de su secuencia, el pionesumotórax, provocados por la ruptura de un quiste ubicado en pleno parénquima, con adventicia comunicante con los bronquios y las radiografías negativas en el sentido de cavidad residual, permiten encarar, como la hipótesis patogénica más aceptable de este caso, la de la ruptura de un quiste hidático pequeño, cortical.

La observación personal siguiente, de equinocosis pulmonar cortical, confiere a esta hipótesis una base objetiva.

Obs. personal. — P. S., 16 años. 2 quistes hidáticos pequeños del lóbulo inferior del pulmón izq. Hallazgo de examen radiológico provocado por molestias en reborde costal derecho, causados por un quiste de la cara superior del hígado.

Resección de 8ª y 9ª costilla entre ambas líneas axilares. Toracotomía amplia. Neumotórax. Ambos quistes asientan en el lóbulo inferior a topografía cortical, subpleural, haciendo relieve acentuado sobre la superficie del pulmón colapsado. Adventicia blanca, muy delgada, sin traza macroscópica de parénquima en toda la porción que hace saliente sobre la superficie de la viscera. Punción y evacuación de líquido agua de roca a tensión. Incisión, evacuación de la membrana.

La situación del quiste pequeño y la amplia incisión nos permitió observar bien la cavidad de la adventicia cuya cara interna, lisa, no presentaba ningún orificio bronquial.

La situación subpleural del quiste, su crecimiento emergente, su tamaño pequeño y la constitución muscúlosa, sin cartílago, de los pequeños bronquios en la parte más periférica del pulmón lo que permite su desplazamiento, explican por qué este quiste pequeño, mitad cortical y mitad emergente pudo alcanzar tamaño algo mayor que una nuez sin que su adventicia comunicara con un bronquio.

Su tensión y la delgadez de su adventicia, explican a su vez como pudo haberse roto en la pleura, sin que de este accidente derivara, por las razones expuestas en el párrafo anterior, ni neumotórax ni infección. Esta obser-

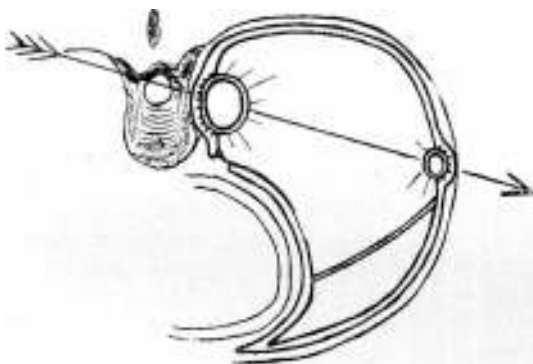


FIG. 6 F.

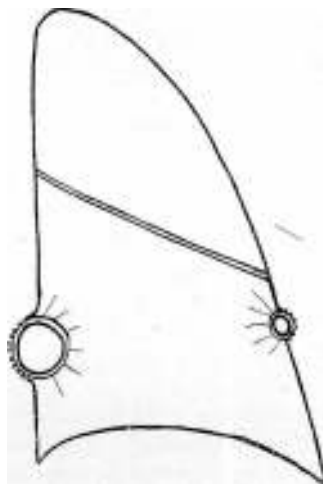


FIG. 7 G.

Topografía de los quistes corticales de la Obs. personal P. S. La flecha señala el plano del corte de sección representado en el 2º esquema.

vación ilustra la patogenia más aceptable para explicar los hechos comprobados en el caso que presentamos y que resumimos a continuación:

EQUINOCOCOSIS PLEURAL SECUNDARIA CON 6 MESES DE EVOLUCION. AUSENCIA DE NEUMOTORAX. LIQUIDO AMICROBIANO. 7 VESICULAS HIJAS DEL MISMO TAMAÑO INTACTAS (NACIDAS DE LA SIEMBRA). Y FRAGMENTOS DE MEMBRANA DEGENERADOS (MEMBRANA DEL QUISTE MADRE). AUSENCIA DE COMPROBACION RADIOLOGICA OPERATORIA DE LA CAVIDAD DEL QUISTE PRIMITIVO. ESPACIO SUBFRENICO LIBRE (EXPLORACION DURANTE LA OPERACION ABDOMINAL) Y AUSENCIA DE ADHERENCIA DEL PULMON AL DIAFRAGMA (ELIMINAN LA POSIBILIDAD TEORICA DE SIEMBRA PLEURAL POR RUPTURA DE Q. HIDATICO DEL HIGADO A TRAVES DEL DIAFRAGMA O DE QUISTE DEL DIAFRAGMA). (ANOTAMOS QUE EL TINTE VERDOSO DEL LIQ. PLEURAL DE LA 1 PUNCION SE DEBE AL HECHO DE QUE EL ENFERMO TENIA ENTONCES UNA ICTERICIA POR RETENCION).

DISCUSIÓN

Dr. Otero. — Pienso que el caso del Prof. Larghero puede interpretarse de un modo diferente a como él lo ha hecho y en una forma más simple, con mayor unidad. Tal cual él ha presentado el caso lo vemos un poco confuso, difícil de comprender.

Nos hemos ocupado de este tema en nuestra tesis para la Agregación y con ese motivo hemos pensado mucho al respecto y estudiado muchas historias clínicas aunque no tenemos casos personales de quistes hidáticos del hígado abiertos en pleura.

Sin embargo estamos convencidos que en la inmensa mayoría de las veces en que se encuentra un derrame pleural con vesículas hijas suspendidas en él, se tratará de un quiste hidático de hígado abierto en pleura (ya solo, ya en pulmón y pleura) o sea pensamos que se trata de cole-hidático-tórax o de neum-colehidátido tórax. Con lo cual queremos expresar la idea de que elementos hidáticos hijos flotantes (no injertados) en un derrame pleural provienen en la mayoría de los casos de un quiste hidático abierto en pleura sea directamente, sea previa penetración pulmonar transdiafragmática.

Las razones que nos llevan a pensar así no serán analíticamente estudiadas aquí pues eso nos llevaría demasiado lejos. Sólo queremos expresar un hecho muy importante y es que el quiste hidático de pulmón no tiene vesículas hijas en su interior y cuando vierte su contenido en la pleura, éste está compuesto de membrana madre y líquido con escolex pero sin vesículas hijas; en cambio es bien conocida la frecuencia con la cual los quistes hidáticos del hígado contienen vesículas hijas en su interior. Por consiguiente todo hidátido-tórax con vesículas hijas suspendidas sugiere o debe sugerir siempre el origen hepático. Es una de las razones que nos lleva inmediatamente a pensar que el caso presentado por el Prof. Larghero muy probablemente sea una hidátido-tórax de origen hepático.

Pero hay más: él nos ha dicho que en su primera punción del derrame pleural comprobó un líquido bilioso que explica porque el enfermo era un icterico, pero que nosotros interpretamos como testimonio de la abertura del quiste hepático en la pleura expresada por el tinte bilioso del contenido pleural puesto que en principio todo derrame pleural amarillo verdoso debe ser sospechado de filiación hepática hidática hasta prueba de lo contrario.

Ha sorprendido al Prof. Larghero el hecho de que su punción del derrame diera primero un líquido claro, luego purulento, etc.; es decir distinto tipo de líquido según que la aguja ponce el derrame libre o las vesículas en él suspendidas. Para nosotros toda punción pleural con este resultado es extraordinariamente significativa en el sentido de vesículas hijas suspendidas y por lo tanto de su muy probable origen hepático sub-frémico.

Afirma el Dr. Larghero que en su operación sobre el quiste hepático exploró cuidadosamente la cara superior del hígado y afirma que no había comunicación torácica a través del diafragma. Nosotros pensamos que es muy difícil hacer esta afirmación absoluta, aun en las mejores manos (como

es el caso) y que una perforación posterior a través de una zona limitada de adherencias bien puede pasar inadvertida puesto que la hoja superior del ligamento coronario es tan profunda y lejana de la vía anterior. Pero hay más, aun admitiendo que no hubiera comunicación transdiafragmática en la zona pre y supra-coronaria de la cara superior del hígado es necesario tener bien presente que existe una zona bastante extensa extra-peritoneal de la cara posterior de hígado entre las 2 hojas del ligamento coronario a través de la cual bien pudo hacerse la comunicación de este enorme quiste que el Dr. Larghero nos relata como pudiendo recibir todo un clamp.

El hecho de que el enfermo soportara tan bien su derrame pleural entre su primera y segunda operación se explica perfectamente para nosotros, pues al ser evacuado el quiste hidático hepático dejó de alimentar la cavidad pleural en la cual vertía su contenido séptico; nada más lógico por consiguiente que el enfermo enquistara ahora su derrame haciéndolo poco ofensivo. Aclaro que no pienso que esa rotura en pleura se hizo cuando el primer accidente relatado en la historia sino en su segundo episodio, es decir en los últimos días que precedieron la operación.

Por último el Prof. Larghero se vió necesitado de buscar cuidadosamente un hipotético quiste pulmonar, incluso por cortes radiográficos pero no pudo encontrar ni siquiera sus rastros lo cual también va en apoyo de nuestra manera de interpretar el caso.

En suma: pensamos que se trataba de un quiste hidático del hígado abierto en pleura y con derrame consecutivo bilioso y multivesicular. Creemos que todo hidático tórax con vesículas hijas suspendidas en él deben ser siempre considerados como de origen hepático hasta prueba de lo contrario, y que la gran mayoría de las llamadas hidáticas pleuras estudiadas en la literatura, son simplemente hidático pleural secundarias a una rotura pleural de un quiste hepático.

Dr. Larghero. — La explicación que da el doctor Otero es más simple, pero no se ajusta a los hechos.

Yo voy a hacer hincapié y repetir algunas de las comprobaciones que he citado en el protocolo de la historia de la intervención. El hallazgo de un líquido de aspecto sero-purulento y ligeramente verdoso, naturalmente que a primera vista lo que sugiere es que es un líquido de procedencia hepática, pero en un enfermo que tiene una ictericia, se tiñen todos los tejidos y exudados. Y la prueba la tenemos en enfermos que tienen un proceso hepático, una ictericia por retención con reacción pleural, que puede ir de la reacción serosa simple, a sero-purulenta y mucopurulenta, infección de la pleura por vía linfática bien conocida. El derrame pleural se tiñe como se tiñen todos los exudados. Esa comprobación del principio, no se repitió después. Cuando el enfermo fué puncionado por segunda vez, cuando su ictericia ya había desaparecido, el líquido drenado siguió siendo purulento.

Cuando yo operé este enfermo, yo no suponía lo que tenía en la pleura e hice la exploración del espacio sub-frénico bien hecho y lo asenté en el protocolo operatorio.

Una mano chica con buena anestesia puede recorrer perfectamente bien

y darse cuenta si hay o no algo, no solamente del punto de vista de adherencia, sino de los cambios de consistencia.

Algunas veces hemos hecho diagnósticos de quiste hepático y nos hemos equivocado y por la simple palpación se puede diferenciar la resistencia del parénquima normal y la que da un quiste hidático de la parte central cerca de la periferia, en la parte posterior. Está probado en todas las observaciones anatómicas, no digo operatorias, sino anatomo-patológicas de las cuales el Dr. Ardao tiene amplia documentación que siempre un quiste hidático de la cara superior del hígado que se abre en la pleura, lo hace a expensas de un proceso inflamatorio que adhiere el diafragma al hígado y a veces al pulmón y la adherencia del pulmón se hace tan firme que el quiste se evacúa a veces a través del pulmón. Pero aún en estos casos de rotura de un quiste hidático del hígado, aún cuando no se haga la apertura directa en el pulmón sino en la pleura, el pulmón siempre está pegado.

No fué lo que se vió en este caso.

Hay otro hecho importante también y es que el quiste hidático del hígado estaba supurado con olor a "huevo podrido" y no se explica cómo este quiste pudo abrirse en la pleura y haber dado una contaminación pleural, manteniéndose aséptico siete meses después del comienzo.

Si este quiste hidático se hubiera abierto en la pleura con la flora microbiana que tendría que tener habría dado una infección purulenta de la pleura. No se encontró ningún microbio en el exudado pleural.

Por otra parte, uno tampoco se explica bien que si el quiste hidático de la cara superior del hígado se rompió en la pleura hubiera, no contaminado la pleura, pero hubiera dado origen a siete vesículas hijas de aspecto de porcelana blanca sin ninguna traza de infiltración biliar de la pared, absolutamente redondas, excepto las dos que fueron puncionadas.

A mi me parece que para este caso, y basado en esas observaciones la única hipótesis posible es la de la rotura de un quiste hidático cortical del pulmón en la cavidad pleural y la hipótesis sustentada por el Dr. Otero no cuenta con el apoyo de hechos.