

MODIFICACION DEL Dr BARSABAS RIOS A LA TECNICA  
DE LOS Dres. LAMAS Y MONDINO EN EL TRATAMIENTO  
DE LOS QUISTES HIDATICOS DEL PULMON

*Dr. Mario A. Grolero*

El objeto de nuestra comunicación es traer a la discusión de la Sociedad, la modificación del Dr. Barsabas Ríos a la técnica de los Dres. Lamas y Mondino en el tratamiento del quiste hidático pulmonar. Los resultados de nuestros casos aunque poco numerosos, confirman hasta hoy las esperanzas del autor.

Creemos que sea un gran paso hacia adelante en el perfeccionamiento de la técnica dando mayor confianza al cirujano en el segundo tiempo del procedimiento, tiempo durante el cual pueden producirse serias complicaciones.

Todos los cirujanos han obtenido actos operatorios brillantes y post operatorios simples y sin complicaciones, pero todos creemos tienen en su haber casos en que el método ha fallado, la ausencia o fragilidad de adherencias pleurales provocando graves complicaciones operatorias y post-operatorias y como resultado, neumotórax hidro o pnoneumotórax, retención de membrana, hemorragias, supuraciones, etc., accidente que ensombrece el pronóstico volviendo difícil y graves la operación y post-operación.

Creemos también que el fracaso del método se debe muchas veces no al procedimiento en sí, sino a faltas de técnica o mala indicación operatoria, pues no a todos los quistes hidáticos del pulmón se puede aplicar el procedimiento.

El problema de la producción de adherencia y el de su ausencia ha sido objeto de discusiones e investigaciones diversas.

Desde la época de Tuffier, Roux, Quenú, etc., hasta nuestros días muchas etapas se han recorrido y principalmente en estos últimos diez años, el número de comunicaciones donde se plantea o trata de solucionar el asunto es numeroso.

Brjosky del Instituto de Medicina de Astrakán (1934) dice: "La gran simplicidad de la intervención quirúrgica en presencia de adherencias pleurales, invita a operar por el procedimiento en dos tiempos, con formación primero de adherencia superficial. Todos los métodos propuestos hasta hoy, mecánicos, químicos y biológicos han quedado inciertos, no dando sino adherencias poco extendidas e inestables". Contra esta opinión y otras, existen numerosas que hablan de las bondades del método, si bien se acepta que los resultados no son constantes.

Manfredi en la comunicación de 1938, dice: "Existe un factor individual desconocido en la producción de adherencias y cuando éstas no se realizan, aparecen algunas complicaciones que retardan y molestan el tratamiento ulterior". Nosotros no creemos en ese factor individual desconocido y nos atreveríamos a decir que ese factor radica muchas veces en el cirujano. Tampoco creemos que la ausencia de adherencias se deba a perfeccionamiento de asepsia o posición subpleural del quiste lo que origina ausencia de parénquima entre quiste y cavidad (Fossati).

En 1936, Piaggio Blanco y García Capurro presentan un trabajo analizando 28 intervenciones realizadas por distinguidos profesores y cirujanos, llamando la atención sobre los repetidos fracasos del método. En un 42,80 % de los casos fracasó la formación de adherencias con producción de neumotórax en el segundo tiempo y varios con complicaciones graves. Queremos resaltar contra el pesimismo de sus conclusiones que de esa serie, en 5 casos se produjo la apertura de la pleura y neumotórax accidental al realizar el primer tiempo, es decir al hacer el taponamiento que tal vez hubo fallas en la técnica o indicación como decíamos más arriba. Realizan experiencias en perros y observan: que la posibilidad para formar adherencias es sencillamente igual usando gasas simples o yodoformadas; que las adherencias se iniciaban al tercer día, que ellas eran sólidas el noveno día y en algunos casos se observó la reabsorción de las adherencias alrededor del mes y medio.

Finalmente concluye después de considerar al quiste hidático pulmonar como afección grave, que el método Lamas y Mondino fracasa en un alto porcentaje de casos y que en el momento actual no existe procedimiento que nos permita obtener a voluntad la creación de adherencias pleurales. Discípulos de la Clínica Maciel donde nació el método, nuestra impresión no es tan pesimista y

acompañamos al Prof. Chifflet cuando dice: "Es posible que la propia sencillez del método lo haya hecho difundir hasta llegar a manos poco expertas, etc. Hemos tenido como todos, fracasos al usar el procedimiento de provocar adherencias.

Reconocemos que la mayor parte de ellos se deben a imprudencias en el desarrollo de esta operación esencialmente simple". Un mismo cirujano y con los mismos elementos en la brecha torácica tiene éxitos y fracasos y éstos desaparecerán cuando obtengamos la seguridad de la formación de adherencias, único punto vulnerable del método Lamas y Mondino, al decir del Dr. Pratt, en la sesión del 22 de mayo de 1940.

Purriel estudia experimentalmente la formación de adherencias, aplicando en el perro la técnica Lamas y Mondino y en su tesis de 1937 dice: "Es conveniente que la presión que ejercen las gasas sea uniforme en la zona que deseamos sinequear ambas hojas pleurales; según el resultado de estas experiencias el factor mecánico de compresión es básico en la formación de adherencias. La presión debe ser uniforme si se quiere que la zona de adherencia provocada sea homogénea. Es entre los trece y quince días que aparecen fuertes adherencias formadas por un tejido de granulación rico en fibroblastos. La formación de adherencias está siempre supeditada a la ausencia de infección".

El Prof. Lamas en su comunicación de 1934 en el *Journal de Chirurgie*, dice: "Tapón yodado fuertemente aplicado, la liberación de la pleura parietal debe ser amplia y el tapón esférico de gasa fuertemente apretado en su lecho señalando como causa de fracasos el colocar tapón de gasa muy pequeño, colocar gasa muy poco apretada como si fuese un drenaje. Insiste sobre el valor de la pleuresía exudativa como enemigo de la fusión pleural y que despistada, se debe esperar a su reabsorción antes de intervenir. Sobre este asunto también aconseja el Dr. Prat en las Jornadas Sudamericanas de 1938: Puede transcurrir un espacio de tiempo de 15, 20, 25 ó más días para obtener estas adherencias pleurales. No realizar nunca el segundo tiempo sin estar seguros de la existencia de esas adherencias.

Esta idea del factor mecánico de compresión la sostiene firmemente el Dr. Calleri el año pasado al decir y subrayar que el taponamiento debe producir una verdadera compresión y luego de comentar la modificación del Dr. Prat del surget previo a la

abertura del quiste concluye: "Pero el fracaso del método de Lamas es la excepción".

Esta exigencia de fuerte compresión creemos que la realiza perfectamente la modificación propuesta por el Dr. B. Ríos en su comunicación de abril de 1942 y con ella evitar los tres escollos del que habla el Prof. Ivanissevich en su relato al X Congreso Argentino de Cirugía, 1ª posibilidad de que la sínfisis no se produzca, 2ª que sea frágil e ineficaz y 3ª campo limitado para actuar.

Dice el Dr. B. Ríos: consiste nuestra variante de Lamas y Mondino en no reseca la costilla en el primer tiempo, sino en valernos de ella como apoyo firme del taponamiento de gasa. Luego de desperiostar la costilla coloca diversas gasas según la compresión que se desea realizar entre el plano periostio pleural y la costilla. No sutura partes blandas, pueden ruginarse las costillas superior e inferior a la que será reseca cuando se desee dar mayor movilidad al plano periostio muscular, y a los 14 ó 15 días realiza el segundo tiempo reseca entonces la costilla. Y dice más adelante: con esta variante del método de Lamas y Mondino se asegura la inmovilidad y permanencia del taponamiento de gasa, que no pueda sostenido por partes blandas, a presión variable sino que apoyado en la costilla intacta empuja en el grado de su espesor el plano periostio pleural hacia adentro, herniando en el parénquima pulmonar y frente al quiste. Aunque su comunicación es de este año, en abril de 1941 el Dr. J. M. Silva fué enterado por el Dr. Ríos de su modificación y ese mismo mes la realizó en esta capital. Consideramos de interés transcribir parte de las conclusiones del Dr. Silva como resultado de este primer caso. "Si bien un caso no permite conclusiones definitivas, podemos decir: 1º Las adherencias son extendidas y sólidas. 2º El quiste se ha superficializado en forma que llama poderosamente la atención. 3º El taponamiento resulta muy fácil y da la impresión de firmeza al colocar las gasas entre el pulmón con el quiste hacia adentro y las costillas desperiostadas hacia afuera, dando apoyo firme al taponamiento.

La modificación que propone el Dr. B. Ríos, evita la exteriorización y mantiene la verdadera compresión que reclama el Dr. Calleri, prestando la costilla sólido apoyo y firme barrera al esfuerzo de exteriorización. 4º El cirujano es dueño de hacer la compresión en la medida que se propone y tiene la seguridad de mantenerla".

## Resumen de este primer caso:

S. M. (Sanat. España). — Quiste hidático del pulmón izquierdo, para y retro cardíaco tamaño huevo de avestruz. Opera Dr. Silva y Dr. Grolero. Anestesia local: novocaína al  $\frac{1}{2}$  %. Operación en dos tiempos con modificación. B. Ríos., Entre ambos tiempos 16 días, el 2 sin incidentes. Muy buenas adherencias. Se levanta a los 5 días, alta a los 15 días. 14 meses después rayos X: esclerosis residual apenas perceptible en el sitio de la operación.

A fines de abril de 1941 ingresa a la sala Larrañaga una enfermita con un quiste hidático en el pulmón. Trasmite al Dr. J. Iraola mis entusiasmos sobre la bondad del método que observé en el caso anterior, quien acepta muy gustoso su realización.

2º Caso. — S. C., 15 años, quiste hidático pulmón derecho tamaño naranja paravertebral. Operación: Dres. Iraola y Echevarría. Operación en dos tiempos, resección de costilla en el segundo el cual se realiza a los once días, muy buenas adherencias; post operatorio bueno sin incidentes, alta a los 37 días.

3er. Caso. — En setiembre de 1941 el Dr. Silva opera otro enfermo. Sanatorio "España". F. S. Historia de vómica hidática hace un mes. Rayos X. Velc de la base pulmonar izquierda en la que hay una participación pleural, y una condensación del lóbulo póstero inferior donde parece adivinarse una sombra más densa, circular. Operación en dos tiempos con modificación B. Ríos. Dr. Silva y Grolero. Segundo tiempo a los 13 días entre ambos tiempos se punciona derrame pleural purulento a los 6 días del primer tiempo. En el primer tiempo se desperiostaron tres costillas, en el segundo se resecó la del medio en relación radiográfica a la sombra pulmonar. Al retirar las mechas vasta zona decolada y firme — se retira líquido claro y membrana hidática — se saca el tubo a los once días, alta a los 20 días. En sus casos el Dr. Silva hace incisión de piel arciforme para mejor desperiostar dos o tres costillas. A raíz de este caso escribe el Dr. Silva al Dr. B. Ríos: las adherencias son muy sólidas, el aspecto con que se presentan a la operación es de una sola membrana. La membrana de unos milímetros de espesor está tan cerca del quiste que parece viniera hacia afuera ofreciéndose para que lo puncionen.

4º Caso. — D. S. Desde hace un año hemoptisis a repetición, muy frecuentes. Rayos X. Sombra redondeada que aparece por fuera del borde izquierdo cardíaco y que en perfil ocupa región retrocardíaca. Operación: Dres. Iraola y Grolero. Primer tiempo con modificación B. Ríos. Anestesia local: novocaína. Se desperiostan sexta y séptima costilla en amplia zona a objeto de tener buena luz en el segundo tiempo. Se colocan gasas simples a presión. Segundo tiempo catorce días después, se reabre herida, mechas con pus, bien ligado sin fetidez. El extremo externo de la incisión muestra pequeño orificio de perforación pleural por el cual sale poca cantidad de líquido seroso, zonas de adherencia firmes y extendidas. Atravesando poco parénquima pulmonar parece llegarse a cavidad con la aguja, no sale pus ni líquido. Neumotomía, se retira membrana hidática retenida poco adherente, oscura. Intervención bien tolerada. El post-operatorio fué prolongado por su gran anemia, alguna hemoptisis y esputos hemoptoicos así como supuración

de la cavidad residual que tenía amplia comunicación bronquial. En este caso hicimos incisión arciforme, esbozo de colgajo de los planos superficiales en vista ya para una amplia liberación costal. Como se trataba de un quiste hidático vomicado, retención seca de membrana donde la sombra parasitaria apenas llegaba al tamaño de un huevo de gallina y además estaba alejada de la pared costal, se tenían dificultades operatorias en el segundo tiempo. Se desperióstó las costillas 6ª y 7ª en unos quince cms. A pesar de la perforación pleural pequeña y del discreto derrame pleural, se pudo practicar la neumotomía sin incidente alguno. Un hecho importante que confirma las bondades de la fuerte compresión fué, la sensación que se tuvo de corticalización de la cavidad quística, como si la compresión hubiese disminuído en mucho el espesor del parénquima pulmonar entre quiste y pleura. Es esta otra de las ventajas del procedimiento. No sólo mantiene la compresión pleural entre parénquima pulmonar con quiste y pared torácica firme, situación muy distinta a las experimentales más arriba citadas, donde se comprime sólo pulmón sano, que no puede ofrecer la resistencia del complejo pulmón-quiste, sino que esa misma compresión lamina podríamos decir el parénquima pulmonar superficial periquístico y vuelve más fácil y sin peligros la neumotomía. Al realizarla el tejido pulmonar parece fibroso, duro, firme y sangra muy poco.

5º Caso. — Sanat. "España". M. de S. Quiste hidático tamaño puño adulto, base pulmón izquierdo retrocardíaco. Primer tiempo con modificación B. Ríos. Se desperióstan tres costillas frente al quiste colocándose tres gasás de un metro, a fuerte presión. Segundo tiempo a los catorce días. Como en los casos anteriores cierre de los planos superficiales en el primero. Al retirar las gasas aparece la cavidad ocupada por estas con regular supuración. En el fondo la pleura y tejido periquístico pulmonar ha materialmente desaparecido y en un círculo como moneda de 0,50 aparece el quiste herniándose hacia afuera. Se retira membrana hidática con líquido claro. Se coloca tubo, cierre parcial de la pared. La enferma está internada actualmente, pues sólo hace 6 días del segundo tiempo.

En resumen, creemos que la modificación que propone el Dr. B. Ríos a pesar de nuestra pequeña estadística, confirma totalmente sus previsiones, habiendo obtenido en todos ellos:

- 1º Adherencias firmes y extendidas.
- 2º Corticalización del quiste a expensas de la mayor compresión del taponamiento que hace hernia en el tejido pulmonar periquístico y lo lamina.
- 3º La resección de las costillas en el segundo tiempo, no dificulta en nada la puesta de gasas en el primero.
- 4º Las costillas sólo desperióstadas en el primer caso, mantienen firme el taponamiento, evitando su movilización, desplazamiento y exteriorización.

5º La amplia zona decolada al desperiostar 2 ó 3 costillas, no solo aumenta la superficie comprimida, sino que dará mucha luz en el 2º tiempo de la operación.

No queremos terminar estas líneas sin dejar de agradecer al Dr. J. M. Silva el aporte generoso de sus historias clínicas y observaciones así como al Dr. J. Iraola pues dos de nuestros casos pertenecen a su Servicio del Hospital Maciel.

BIBLIOGRAFÍA

- RIOS (B.). — Una variante personal en la intervención en dos tiempos por quiste hidático pulmonar. *ol. Soc. Méd. Quir. del C. de la Rep.*; 1942.
- BRJOSOSKY. — *Revue de Chirurgie*, 1934.
- MANFREDI. — Tratamiento de los quistes hidáticos del pulmón con pleura libre. *Archivos Urug. Med., Cir. y Esp.*, 1938.
- FOSSATI (A.). — Quistes hidáticos del pulmón. *Jor. Sud. de Med. y Cir.*, 1938.
- PIAGGIO BLANCO y GARCIA CAPURRO. — Consideraciones sobre el tratamiento de los quistes hidáticos cerrados a contenido vesicular y hialino. *Arch. Urug. Med., Cir. y Esp.*, 1936.
- CHIFFLET (A.). — Algunas consideraciones sobre el tratamiento del quiste hidático del pulmón. *Jor. Sud. de Med y Cirug.*, 1938.
- PURRIEL (P.). — Complicaciones y secuelas del quiste hidático del pulmón. Tesis de 1937.
- LAMAS (A.). — Las operaciones escalonadas en cirugía. *Anales de la Facultad*, 1921.
- LAMAS (A.). — Quelques details a propos du traitement chirurgical du quiste hydatique du poumon. *Journ. de Chirurgie*, 1934.
- CALLERI (M.). — Sobre el método de Lamas y Mondino. *Bol. Soc. Méd. Quir. del Cent. de la Rep.*, 1941.
- PRAT (D.). — Quiste hidático del pulmón. *Revista Médica del Uruguay*, 1915.
- PRAT (D.). — Técnica del método operatorio en dos tiempos del método Lamas y Mondino. *Jor. Sud. Med. y Cir.*, 1938.
- IVANISSEVICH (O.). — X Congreso Argentino de Cirugía. 1938.