

QUISTE HIDATIDICO DE LA REGION DIAFRAGMATICA DERECHA

Dr. J. Prat

R. R., de 24 años, uruguayo, ingresa a la Clínica del Profesor Prat porque en el examen médico de ingreso al ejército se le encontró en la exploración radiológica, una sombra redondeada que deformaba el diafragma y que hizo sospechar la existencia de un quiste hidatídico. Los antecedentes patológicos en relación con esta lesión, son completamente negativos, pues no presenta ni recuerda ninguna manifestación patológica del tórax ni del abdomen. El paciente se considera sano y no ha tenido ninguna molestia ni dolor.

Examen. Estado general bueno; 90 pulsaciones, regular y de tensión normal. Apirético. Piel normal, mucosas bien coloreadas y lengua húmeda.

Cabeza y cuello de conformación y aspecto normal. Boca en buenas condiciones. Tórax: normalmente conformado, sin ninguna deformación que llame la atención a la inspección.

Abdomen. Sin modificaciones. El borde superior del hígado se precisa a la percusión en el 5° espacio intercostal sobre la línea mamilar, alcanzando al 6° espacio en la línea axilar. El tamaño del hígado es normal y no se palpa el bazo.

Presión arterial al Vaquez. Mx. 13. Mín. 7 $\frac{1}{2}$.

Examen de orina: normal.

Examen de sangre: R. de Wassermann: negativa.

Urea en el suero: 0 gr. 39 por litro. Eosinofilia 1 %. Fórmula normal.

Reacción de Cassoni: negativa.

Se realizan varios exámenes radiológicos.

X/15/937. Películas B. 20285. Tumefacción redondeada en forma de media naranja que deforma la línea diafragmática. Quiste hidatídico de la cara superior del hígado o base del pulmón derecho.

XI/16/937. Películas. B. 20396. Sombra redondeada en la base derecha del tórax y en su parte posterior, dispuesta sobre la bóveda diafragmática, con aspecto radiográfico de quiste hidatídico.

XI/25/937. Películas B. 20488. Deformación redondeada de la parte superior del diafragma derecho con aspecto de quiste hidatídico del hígado.

Se prepara y se tonifica cuidadosamente al paciente con digitalina,

suero, glucolin, vacuna de Weill y Dufour y dieta hidrocarbonada. Con fines diagnósticos y terapéuticos se le practica el neumotórax previo, al paciente en varias sesiones: el primero de 700 c.c. y dos más de 1000 c.c.

Al explorar radiológicamente el neumotórax y el colapso pulmonar, se comprueba que la lesión no es del pulmón y por eso, diagnosticamos un quiste hidatídico de la cara superior del hígado, que operaremos por vía

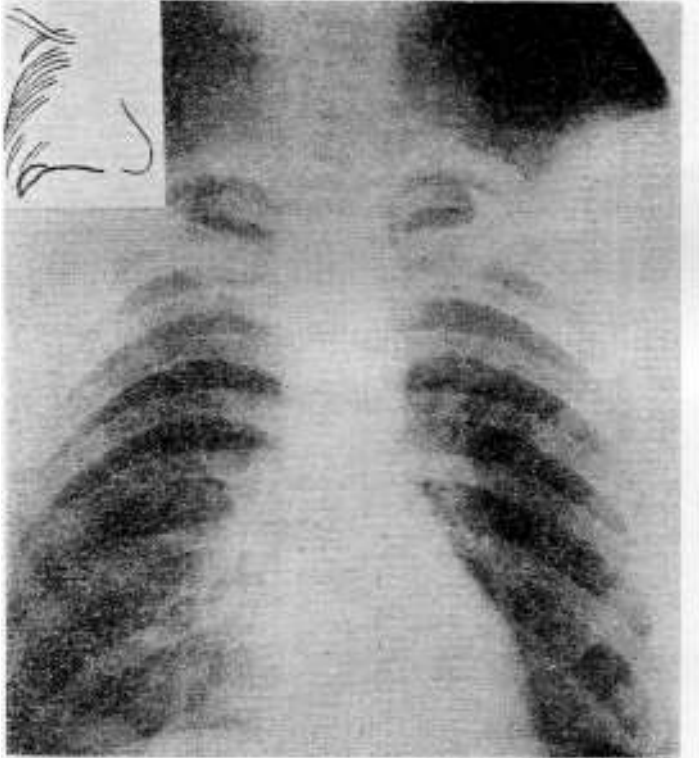


FIG. 1.

torácica, transpleural y con neumotórax previo según la técnica del Profesor Arce.

I/28/38. Operación. Profs. D Prat y E. Lamas Pouey. Pte. López Gutiérrez. Anestesia crepuscular y local con novocaína al $\frac{1}{2}$ %. Incisión sobre la 9ª costilla derecha, que va desde el borde externo de la masa sacro lumbar hasta la línea axilar media. Descubierta y resección de la 9ª costilla; ligadura y sección de los vasos intercostales. Se penetra a la cavidad torácica seccionando el plano perióstico, fascia y pleura. Existe un neumotórax total, sin embargo el pulmón no está completamente colapsado, porque presenta algunas adherencias de su base al diafragma, que lo mantienen adherido a este músculo.

Al abrir ampliamente la pleura el enfermo se queja de falta de aire y aumenta la disnea; que se corrige con inhalaciones de oxígeno.

A la exploración comprobamos que el diafragma está bajo, unos 8 centímetros de la brecha operatoria; quizás nos hubiese convenido más, reseca la 10ª costilla. En la cara superior del diafragma, casi en el centro de su base derecha existe una tumefacción redondeada del tamaño de una na-

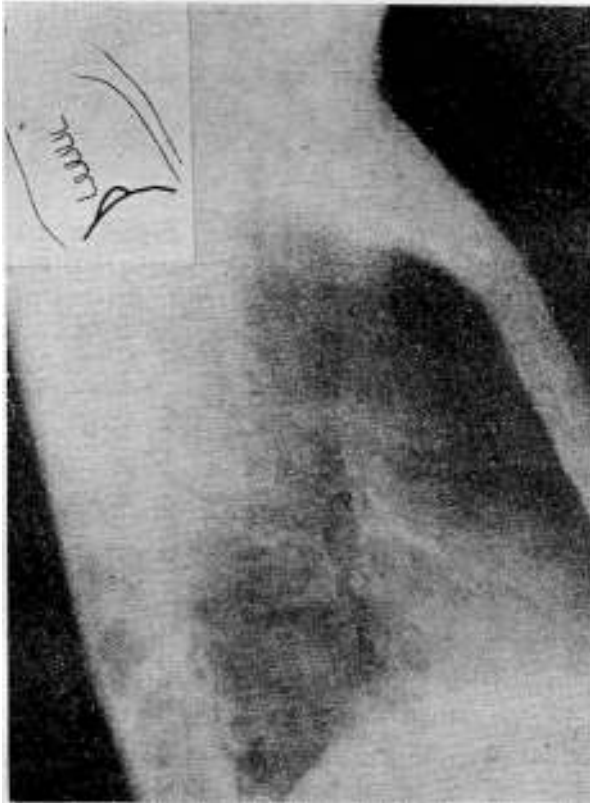


FIG. 2.

ranja, de consistencia entre pastoso y renitente, de color blanquecido nacarado, cubierta en su mayor parte por la base del pulmón derecho en casi todo su contorno, por adherencias laxas. Por la palpación y examen directo de la lesión, admitimos que se trate de un quiste hidatídico del hígado que ha proyectado hacia arriba el diafragma.

Se desprenden suavemente y con toda facilidad, las adherencias ligeras del pulmón y se protege esta víscera y la pleura con compresas húmedas y calientes. Punción exploradora negativa. Con pinzas americanas tomamos el diafragma por fuera de la tumefacción y afrontamos ésta a la brecha

operatoria, que se protege con nuevas compresas. Infiltración con novocaina del diafragma e incidimos la tumefacción en su centro seccionando un plano que creemos sea la pleura y el diafragma; luego se incide otro plano muy fino y diferenciado que consideramos sea la pared quística. Por la pequeña brecha abierta a bisturí aparecen elementos de membrana hidática y en ella se introduce la cánula del aspirador realizando la evacuación completa del contenido quístico, por aspiración.

Esta evacuación se realiza con toda facilidad y limpieza, sin que nada de líquido ni de membranas se exteriorice.

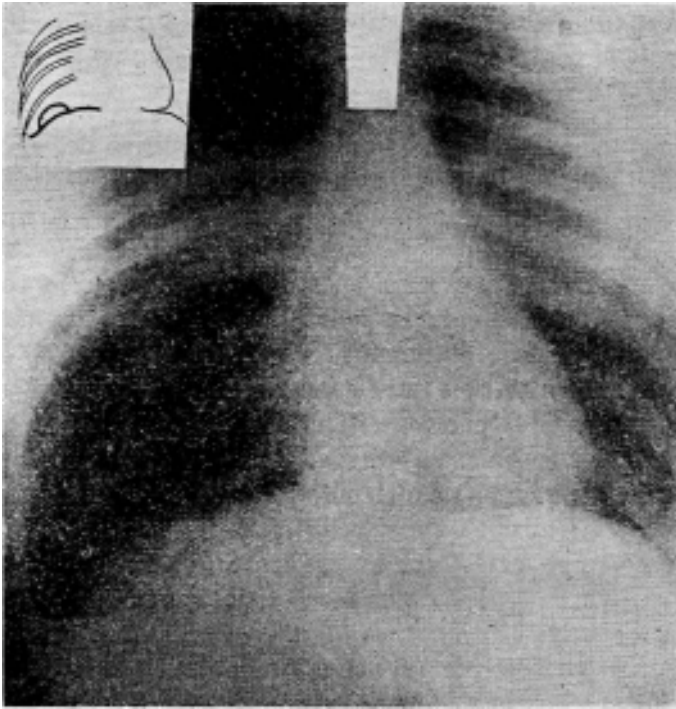


FIG. 3.

Se desinfecta el campo operatorio con mercurio cromo y exploramos la cavidad con la vista y el tacto. Comprobamos que ella ha sido totalmente evacuada; explorándola con los dedos, se comprueba una cavidad única del tamaño de una naranja, que no presenta comunicaciones ni divertículos y al pretender investigar la cavidad inferior intra hepática, nos llama la atención que no se palpa la consistencia dura del hígado, sino una pared blanda, lo que nos hace admitir *que el quiste puede ser primitivo del diafragma.*

Desinfección de la cavidad quística con una mecha embebida en formol solución al 5 %; secado de la cavidad quística y sutura de la brecha diafragmática, desinfección con éter.

Retiro de las compresas, rectificación de la hemostasis y secado de la cavidad pleural. Sutura de la herida operatoria con un primer plano periostio-músculo pleural, realizando la aproximación de las costillas adyacentes. Segundo plano de sutura de los músculos intercostales con puntos separados y que cierra totalmente la herida. Aspiración del neumotórax y cierre de la piel con grapas metálicas. Curación con vendaje compresivo.

El material aspirado del quiste, estaba constituido por membranas y vesículas de color amarillo ocre en vías de degeneración.

Post-operatorio: Al día siguiente, el enfermo está bien; existe una ligera disnea que cede casi totalmente a las 24 horas, la temperatura durante los cinco primeros días osciló entre 37 y 38° y el enfermo realiza un post operatorio normal, siendo dado de alta a los 17 días de operado en excelentes condiciones.

Comentarios. — El quiste hidatídico primitivo del diafragma constituye una localización sumamente rara o excepcional de la hidatidosis y aunque esta localización teórica del germen equinocócico transportado por vía sanguínea es perfectamente factible; en la práctica rara vez o excepcionalmente la comprobamos. En toda mi extensa carrera quirúrgica es este el primer caso en que pude plantear el diagnóstico de quiste hidatídico del diafragma. Esta rareza del quiste diafragmático primitivo se exagera más aun por la enorme dificultad que encuentra el cirujano para confirmar con plena seguridad durante el acto operatorio la localización diafragmática del quiste. Estoy plenamente convencido de que las mismas dudas y dificultades que he comprobado en mi caso, para establecer la precisa seguridad de la localización primitiva de la hidatidosis en el diafragma; la han tenido también todos los cirujanos que han enfrentado un caso de esta naturaleza y confieso por mi parte, que a pesar de haber tratado de establecer con todo cuidado y afanosamente, el origen topográfico diafragmático del quiste, aunque no lo logré como conocimiento absoluto y por eso, me parece justificado designar a esta particular lesión parasitaria como quiste hidatídico de la región diafragmática, hasta que se obtenga la convicción segura de su origen diafragmático.

La existencia del quiste hidático diafragmático parece comprobada puesto que el Prof. H. Ardao en los "Anales de la Facultad de Medicina" de Montevideo, del año 1935, presenta un caso discutido en la Sociedad de Anatomía Patológica y que el autor lo considera como "la existencia excepcional de un quiste hidático

del diafragma en el que la disección cuidadosa y el examen histológico afirman dicho asiento. Hay que destacar que el caso estudiado por el Dr. Ardao tenía además una equinocosis secundaria, lo que podría contribuir a complicar la exacta interpretación del caso. Si bien es cierto que por lo general la evolución clínica del quiste hidatídico del diafragma, es completamente latente y disimulada, cabe destacar que el examen radiológico puede permitirnos establecer este diagnóstico, sobre todo si la radiología se asocia con el neumotórax y el neumoperitoneo diagnóstico, con cuya exploración semiológica se podría establecer al firme el diagnóstico de hidatidosis diafragmática.

García Capurro (F.) y Piaggio Blanco (R.) en su reciente obra "Semiología clínico radiológica de las tumefacciones del abdomen", establecen que los tumores y quistes hidatídicos primitivos del diafragma, generalmente se diagnostican sólo con la intervención o con la autopsia, sin embargo, creen que el diagnóstico preciso, sólo se puede establecer con exactitud, realizando simultáneamente un neumoperitoneo y un neumotórax; en estas condiciones, el diafragma con su lesión queda suspendido entre dos cámaras aéreas.

Es sabido que los procesos quísticos yuxta diafragmáticos tienen distinto aspecto según estén por encima o debajo del músculo; si están arriba la imagen redondeada deprime y deforma el diafragma y en la zona de contacto se forman dos ángulos agudos; en cambio, cuando el proceso es subdiafragmático, empuja y deforma el diafragma en cúpula con ángulos redondeados u obtusos del diafragma que se diferencian netamente de los anteriores.

García Capurro y Piaggio Blanco establecen que en dos casos pudieron realizar el diagnóstico pre-operatorio de quiste hidatídico del diafragma, practicando el examen radiológico con la colaboración de un pequeño neumo peritoneo, que les permitió hacer el diagnóstico exacto, por el relieve que el quiste tenía en el espacio subfrénico, puesto que los quistes pulmonares pequeños no hacen nunca relieve hacia abajo empujando el diafragma en cúpula o creciente. En ambos casos los quistes del diafragma, habían hundido y ahuecado la superficie convexa del hígado, formando una cavidad donde se alojaba la esfera quística. Lamento no haber podido leer y estudiar estas dos interesantes observa-

ciones, porque no he podido encontrar la revista o libro en que ellas fueron publicadas.

Al iniciar los cursos este año, me presentaron un caso de quiste hidático de la base pulmonar derecha; al examinar la radiografía y comprobar que la cúpula diafragmática estaba levantada con bordes curvos, inmediatamente establecí que el quiste era sub diafragmático e indiqué la necesidad de realizar un neumoperitoneo y un neumotórax simultáneos, para precisar bien el diagnóstico. Estos exámenes no fueron realizados y en la operación practicada por el Prof. Soto Blanco se comprobó un quiste hidatídico de la región diafragmática caso que será presentado en esta misma sesión de la Sociedad de Cirugía.

En suma pues, se pueden admitir tres hechos principales en los quistes diafragmáticos: 1º su extrema rareza; 2º la gran dificultad en establecer su origen primitivo diafragmático, durante la operación y 3º, que el examen radiológico asociado con el neumoperitoneo y el neumotórax, puede establecer un diagnóstico preciso. La exploración de estos quistes, realizada únicamente con la radiología, no nos da precisión ni seguridad en el diagnóstico, pues quedaremos a veces en la duda de si no se trata de un quiste de la base del pulmón derecho y más dificultad tendremos aun para diferenciar la imagen radiológica del quiste del pulmón con la sombra que da un quiste de la cara superior del hígado, que es el diagnóstico diferencial más común y corriente. En nuestro caso se realizaron varias y determinadas radiografías y el diagnóstico establecido fué el de quiste de la cara superior del hígado. Hoy día ante casos semejantes, realizaremos sistemáticamente la exploración semiológica con neumoperitoneo y neumotórax que serán estudiados radiológicamente.

El tratamiento de elección del quiste hidatídico de la región diafragmática es por vía torácica, transpleural, con neumotórax previo según técnica del profesor Arce o con anestesia por gases e intubación traqueal (baronarcosis).

En caso de tratarse de un quiste infectado y supurado y aunque la infección de los quistes suele ser atenuada y bien tolerada por el organismo; indudablemente se corre el riesgo serio de contaminar la pleura con sus correspondientes complicaciones. Si el quiste fuese de la vertiente anterior del diafragma, posiblemente se podría abordarlo por la vía parapleural anterior, previa

resección de la 9ª ó 10ª costilla, vía que hemos empleado a veces con éxito al tratar quistes de la cara superior del hígado.

Hoy día que estamos acostumbrados y perfectamente entrenados en la cirugía torácica realizada con la anestesia por gases con intubación traqueal, será a esa anestesia y a la intervención en pleura libre a la que seguramente recurriremos para tratar un quiste hidatídico del diafragma, pero debemos confesar que el caso que operamos con el neumotórax previo, con técnica del profesor Arce, nos impresionó optimamente para realizar la operación con la que obtuvimos un éxito completo.

Cuando el cirujano que opera estos quistes hidatídicos de la región diafragmática, por vía transpleural y después de haber evacuado el quiste por aspiración y comprobado que su cavidad está completamente vacía y sin comunicación con el abdomen, le es violento al cirujano, incidir la pared inferior del quiste, para explorar el hígado y poder establecer sus conexiones con esta víscera, lo que puede ocasionar complicaciones pleurales o peritoneales y es por eso que al no realizar la comprobación de la localización del quiste diafragmático no se precisa con certeza durante el acto operatorio. Quiere decir que en el cirujano ha primado la seguridad del enfermo antes que el interés científico de la localización exacta de la lesión.

A pesar de la asepsia rigurosa del acto operatorio y de lo atenuado de la infección quística, los pacientes hicieron fiebre en los 5 primeros días.

De nuestro caso no hemos tenido más noticias y habiendo transcurrido ocho años de su tratamiento, suponemos que ha curado perfectamente y lo que es más interesante, que esto nos hace suponer que nuestro paciente tenía única y exclusivamente esa hidatidosis de la región diafragmática.