

*QUISTES HIDATIDICOS DE LA REGION DIAFRAGMATICA  
DERECHA*

*Dr. Juan Soto Blanco*  
Profesor de Patología Quirúrgica

*El porqué del nombre con que encabezo esta publicación*

Primer hecho: Por lo difícil de precisar con rigurosidad científica la situación en pleno músculo diafragma del parásito de la tenia equinococus.

Solamente con un neumoperitoneo y un neumotórax que separaran completamente el hígado y el pulmón, podría afirmarse la naturaleza diafragmática del mismo.

Y aún así podría discutirse si su localización no fuera subperitoneal o sub-pleural o del tejido celular vecino.

El practicar un neumotórax y un neumoperitoneo operaciones que hoy han perdido peligrosidad y pueden practicarse en clínica corriente, separadamente o al mismo tiempo, podría ayudar a confirmar la naturaleza diafragmática del proceso quístico; pero a la inversa en el caso que no mostraran un halo claro visible entre la sombra quística y los parénquimas pulmonar o hepático, no podría negarse que no fueran diafragmáticos; puesto que al crecer un quiste del diafragma cuando su desarrollo pasara el grado algo más del mediano, se vería entorpecido en su crecimiento excéntrico y contraería adherencias a los órganos vecinos, de forma tal que tanto el neumotórax como el neuroperitoneo no nos permitirían afirmar la localización del quiste.

Podría utilizar el procedimiento, que ya ha hecho camino en nuestro medio, de la peritoneoscopia; pero este mismo procedimiento obligaría a practicar el neumoperitoneo.

Segundo hecho: Necesidad de precisar la localización exacta del quiste. ¿Qué ventajas podría tener para el cirujano tratante del enfermo afectado por un quiste de la región del hemidia-

fragma derecho el saber previamente al acto operatorio la posición exacta del mismo respecto al nacimiento del quiste suponiendo como es dable imaginarse que al llegar a nuestras Clínicas por motivo de su crecimiento ha ya contraído adherencias con los elementos vecinos?

Fuera de una disquisición puramente científica con el ánimo de demostrar la presencia del parásito desarrollándose en el músculo diafragma, no habría otra.

Y es por ello que nosotros no hemos recurrido en ninguno de los tres casos que hemos tratado a la comprobación clínica por medio del neumotórax y del neumoperitoneo de la naturaleza diafragmática del proceso.

Después de haber operado el primer caso y habiendo comprobado las adherencias íntimas al tejido hepático de la periquística, nos dimos cuenta que el neumoperitoneo no nos hubiera aclarado nada en el diagnóstico, en cuanto habiendo comprobado un tabicamiento subfrénico el neumoperitoneo no hubiera podido insinuarse entre la imagen del quiste y el tejido hepático.

Pasaría lo mismo con la cavidad pleural; pero aún aquí creemos que es también innecesario puesto que del estudio de los films radiográficos en el aspecto que muestra la imagen de deformación diafragmática que produce el quiste, puede precisarse que el proceso está en él o por debajo de él.

Por estas razones es que procedí al tratamiento quirúrgico de los tres casos sin recurrir al concurso de las técnicas radiológicas perfeccionadas para el estudio de los procesos de la base del hemitórax derecho; y además por considerarla no exenta de todo peligro; puesto que nunca podría afirmarse que una persona portadora de un quiste hidatídico del diafragma no podría este fisurarse en una de las dos cavidades pleural o peritoneal con alguna de estas maniobras; y creo que esto no es una visión del espíritu; puesto que en uno de los casos pudimos comprobar la debilidad de la pared propia del quiste a través de los haces musculares del diafragma que se abrían en abanico, por la tensión del propio quiste.

No quiero entrar en la patogenia de como puede el parásito localizarse en la región que estudiamos, ya que lo han hecho muchos autores y el Prof. A. Devé se ocupó de ello con la autoridad indiscutida que posee y a cuyos trabajos científicos le estoy

profundamente agradecido por la enseñanza que cada uno de ellos me han proporcionado.

Solo analizaré la sintomatología común en los dos casos por nosotros tratados.

Enfermos que ingresaron al Servicio enviados por médicos del interior con diagnóstico de hidatidosis pulmonar, y al consultorio de los cuales había llegado por dolores irradiados al vientre siguiendo el trayecto al parecer de los intercostales. Al estudiarlos radiológicamente se hizo la comprobación de la imagen radiológica de un posible quiste hidatídico en uno de los casos y en el otro de quiste hidatídico pulmonar derecho y de un quiste diafragmático, puesto que la enferma era portadora de dos gruesos quistes. Paso por alto toda la parte de ambas historias clínicas que encontrarán al final de ese trabajo. En esta lectura en cuanto a la técnica operatoria es como sigue: Desde hace unos años que nos familiarizamos en la Clínica del Prof. Dr. Domingo Prat con la anestesia por baronarcosis en cirugía de tórax y de los espacios sub-frénicos y que aprendimos con el auxilio de ellas la técnica de la exeresis de los tumores del cardias a través del tórax con abertura del hemidiafragma izquierdo con la ayuda del anestesista Dr. Villar, y que empleamos también para abordar los quistes de la base del hemitórax ya sean éstos pulmonares, diafragmáticos o de la cara superior del hígado.

Sólo los de la cara superior del hígado puesto que en los de la cara pósterosuperior empleamos otra técnica.

Incisión siguiendo la 8ª ó la 9ª costilla; según el desarrollo del quiste resección de la misma en una extensión adecuada 12 a 15 cms. sub-periósticamente; abertura de la pleura; neumotórax regulado por la baronarcosis;

Parálisis del frénico con novocaína. Sección del diafragma sobre la tumoración; tabicamiento de cavidad pleural con compresas; y de cavidad subfrénica en caso necesario, de no tabicamiento, punción del quiste, extracción del contenido, líquido y membrana; formolado y marsupialización de los bordes de la brecha diafragmática-quística a los músculos intercostales frente al punto de elección para provocar poco desplazamiento del hemidiafragma; tubo de drenaje en el quiste; cierre de la pared intercostal en un plano a puntos sueltos pasados por arriba y por debajo de las costillas vecinas a la costilla reseçada; con catgut cromado N° 2.

Evacuación del neumotórax por distensión pulmonar; cierre del último punto; no drenamos la pleura; piel puntos sueltos de hilo de lino.

Post-operatorio bueno; sin complicaciones.

Porqué pensamos que en nuestros dos casos el quiste hidaídico era del hemidiafragma derecho:

1º Porque está en la parte muscular del mismo; en ambos casos eran anteriores, en pleno músculo.

2º Líquido claro cristal de roca; no había contenido bilioso.

3º No se comprobó bilis durante ni después de la operación.

4º Porque el lipiodol en el post-operatorio no mostró nunca la comunicación con el árbol biliar.

5º Por no haber otras localizaciones parasitarias en la vecindad.

Nota: Pero aun así es muy difícil decir que eran nacidos en pleno músculo, de ahí que titulemos este trabajo como quistes de la región del hemidiafragma derecho.

HISTORIA CLÍNICA. — N° 45. Fecha de ingreso 5 de marzo de 1946. A. G., edad 49 años. uruguaya. procedente de Estación Valentín "campana" enviada al Servicio del Hospital Pasteur, Sala 24, por haber comprobado el médico del Interior una sombra redondeada en la base del pulmón derecho luego de un estudio radioscópico.

**Enfermedad actual.** — La enferma atribuye los dolores a un traumatismo por caída llevado sobre el reborde costal derecho a nivel de la línea axilar anterior, datando de cinco meses, a raíz del cual debió guardar cama durante dos días. Quedó con dolor en esa zona durante unos días; no tuvo tos ni expectoración; dice haber sido siempre sana. Niega todo antecedente de dispepsia.

**Antecedentes personales.** — Sarampión en la infancia; menopausia desde hace cuatro años; un hijo sano; niega abortos.

**Examen:** Enferma con buen estado general. Mucosas algo pálidas lengua saburral apirética.

**Aparato respiratorio:** Submatidez a la percusión profunda en base pulmonar derecha parte posterior; palpación: vibra menos la base del hemitórax derecho; auscultación: disminución de la respiración en el mismo punto.

**Corazón:** Tonos algo apagados; punta en quinto espacio sobre la línea medio clavicular izquierda; presión arterial: Máx. 12 ½, Mm. 7.

**Columna vertebral:** No duele a la percusión: ligera escoliosis a concavidad derecha.

Se palpan ganglios en la axila derecha; resto s/p; mamas: mamelón umbilicado en ambos senos.

Abdomen: Con buen panículo adiposo: se moviliza bien con la respiración y con la tos; dolor en zona vesicular; resto de abdomen s/p. A su ingreso acusa un dolor espontáneo y provocado sobre el recorrido del 11 nervio intercostal derecho, que atribuye a su traumatismo anterior.

Análisis: Orina: Indicios de albúmina. Urea en la sangre: 0gr.20. Reacción de Cassoni: Positiva. Hemograma: Glóbulos rojos, 3.750.000; Glóbulos blancos, 9.600: Hemoglobina, 88 %; Valor globular, 1; Tiempo

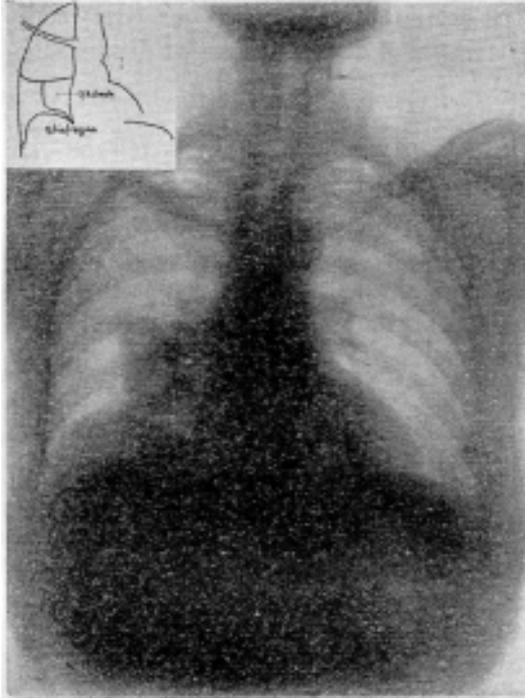


Fig. 1

de coagulación, 3'  $\frac{1}{2}$ ; Tiempo de sangría, 2'; Clasificación: P. neutrófilos, 79 %; P. eosinófilos, 2 %; P. basófilos, 0 %; Monocitos, 2 %; Linfocitos, 17 %.

Radiografía N° 40.972. — Sombra rectangular: en la parte interna de la base pulmonar derecha. Otra sombra convexa arriba, sobre diafragma derecho. Cisuritis horizontal. La placa de perfil muestra dos sombras separadas una posterior y superior en la base del pulmón derecho corresponde a la sombra cuadrangular de la placa anterior, y otra anterior e inferior sobre el hemidiafragma derecho.

Sondeo duodenal: Da las tres clases de bilis A. B. y C. No hay elementos anormales.

Diagnóstico: Quistes hidatídicos de la base del pulmón derecho y de la región diafragmática derecha.

Operación: 4 de abril de 1946. Después de haber hecho un tratamiento a base de extracto de hígado inyectable, gluconato de calcio inyectable, gluconato de calcio inyectable y urotropina seguido de nuevo hemograma que se ha vuelto normal, se procede a la operación Drs. Soto Blanco, Cosco Montaldo, Cardeza y Pract. Rubio. Anestesia general: gases. Ciclo-



Fig. 2

Propano con intubación traqueal. Prat. Fernández Oria. Posición decúbito lateral izquierdo con brazo derecho levantado sobre la cabeza. Incisión oblicua siguiendo el trayecto de la octava costilla derecha; al abrir la pleura se ve un quiste hidatídico pulmonar situado en la parte pósterio-superior del lóbulo pulmonar inferior adherido a la pared torácica; diafragma elevado en su parte anterior e interna por otro quiste hidatídico que forma cuerpo con el músculo diafragma. Separación de los haces musculares del diafragma en un punto en que el parásito disecciona los mismos viéndose la periquística; punción con trocar y aspiración del líquido con aparato de Finochietto; se amplía la incisión de la periquística y se extirpa el quiste

unilocular. El líquido y la membrana es blanca cristalina. Formolado de la cavidad quística (formol al 2 %) durante 10 minutos; una vez de retirado se puede comprobar todo su interior; no se ve ningún corrimiento anormal. Se coloca tubo de drenaje y se cierra el resto de la abertura de la periquística con catgut cromado N° 3 que se dejan largos para marsupializarlo luego a la pared externa. El quiste era univesicular. Punción de aspiración del quiste pulmonar; la membrana se extrae fraccionada. Se coloca sonda Petzer en la cavidad quística. Cierre de la periquística con catgut

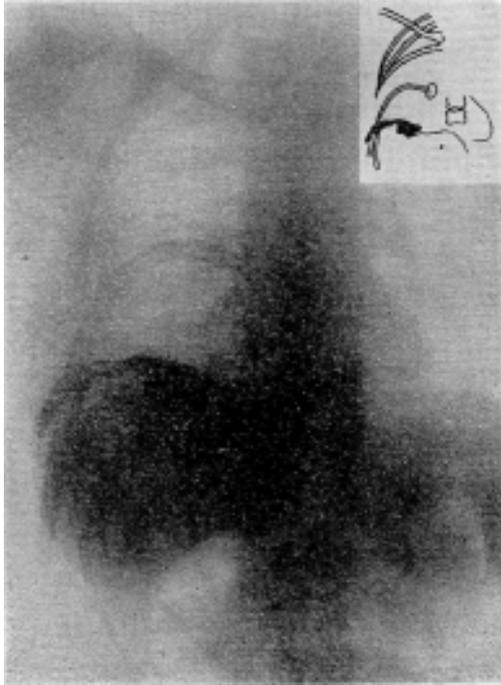


FIG. 3. — Placa de frente: sombra sobre el hemidiafragma derecho de lipiodol que rellena la cavidad residual del quiste; no hay comunicación periquística biliar. La sonda que se ve arriba está colocada en lo que era quiste pulmonar.

cromado marsupializándola al plano parietal. Cierre de la pared en dos planos con catgut cromado N° 3; la piel se sutura con hilo de lino; puntos sueltos.

El quiste anterior estaba adherido íntimamente al diafragma formando cuerpo con él; no hubo por lo tanto que colocar compresas en la logia subfrénica.

Post-operatorio: 5 de abril; buen estado general, discreta polipnea, tos húmeda, expectoración hemoptoica, temperatura 38°, pulso 130 regular

y tenso; la sonda colocada en el quiste pulmonar da líquido hemorrágico y trocitos de membrana; la sonda colocada en el quiste diafragmático no da nada.

En los días siguientes sigue su mejoría sin ninguna novedad, se levanta y el 15 de abril se le hace radiografía contrastada con lipiodol en el quiste inferior con el siguiente resultado:

Cavidad con sonda rellena de lipiodol; lipiodol en el fondo de la cavidad. No hay comunicación con el árbol biliar, la punta de la sonda muestra la altura del hemidiafragma derecho, ligero derrame intraquístico.

Historia Clínica N° . . — 6 de febrero de 1946. — Sala Maciel, Servicio de Clínica Quirúrgica del Profesor Dr. Domingo Prat.

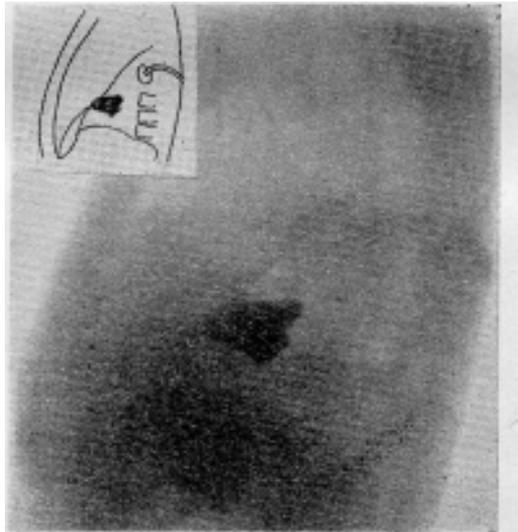


FIG. 4. — Placa de perfil. Se comprueba lo mismo de la anterior

T. F., uruguayo, 43 años de edad, de profesión obrero, de estado soltero, procedente de campaña. Ingresa por dolores en el hipocondrio derecho y epigastrio, dolor intermitente que lo localiza profundamente y que se exagera con la respiración profunda y que dice sobrevenir generalmente después de las comidas; pero sin ningún ritmo. Relata una dispepsia del tipo gástrico con anorexia, repugnancia por la carne y el mate, y dice tener un discreto adelgazamiento. No hubo nunca vómitos y evacuó su intestino normalmente.

Antecedentes personales: hace dos años estuvo internado por enfermedad renal izquierda dolor lumbar izquierdo y hematuria; de lo que curó quedando con ligeras molestias; hizo sólo tratamiento médico; no hubo intervención.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

La mentalidad escasa del enfermo y el hecho de no tener familiares, hacen muy difícil precisar datos firmes; en la actualidad tiene una bronquitis con expectoración mucosa.

Examen clínico: Estado general regular; piel y mucosas coloreadas; lengua húmeda, saburral.

Aparato respiratorio: Ligera bronquitis bilateral.

Aparato circulatorio: Sin particularidades; presión arterial Mx. 13; Mm. 9.

Sistema nervioso: Sin particularidades.

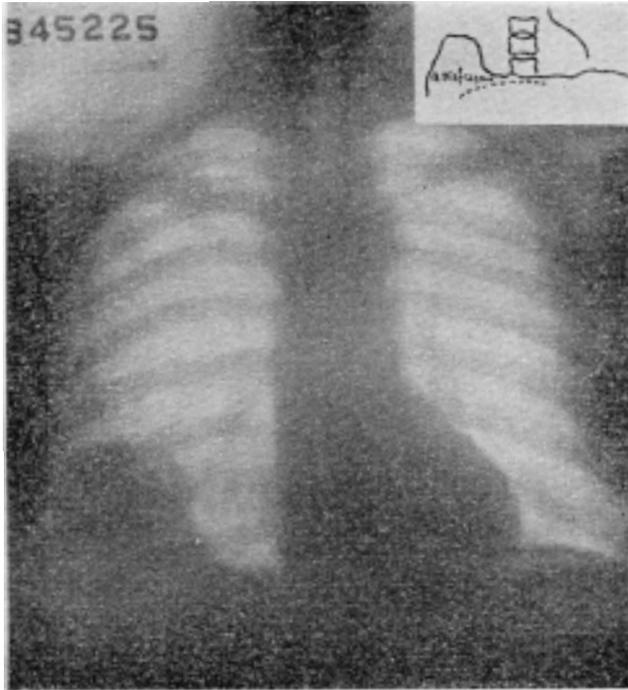


Fig. 5

Fosas lumbares libres; no hay signos de Giodano ni de Surraco; no se palpa riñón.

Abdomen sin particularidades; se provoca discreto dolor a lo largo del octavo nervio intercostal derecho.

Exámenes practicados: Orina normal.

Urea en el suero sanguíneo: 0 gr. 60.

Reacción de Wassermann negativa.

Reacción de Cassoni negativa.

Reacción de Weber positiva.

Hemograma: glóbulos rojos: 4.700.000; leucocitos: 8.400; pol. neu-

trófilos: 65 %; pol. basófilos 1 %; eosinófilos: 9 %; linfocitos: 7 %; monocitos: 8 %; hemoglobina: 93 %; valor globular 0.98; tiempo de coagulación: 7'; tiempo de sangría: 1'.

Estudio radiológico: hecho por el Dr. Vázquez Piera.

Estómago y duodeno sin signos de lesión orgánica.

adiografía de tórax N° 45.225 B. frente, perfil y oblicua muestra una sombra redondeada a convexidad superior homogénea en la base pulmonar derecha formando cuerpo con el diafragma y proyectándose en la placa de perfil sobre la sombra de los cuerpos vertebrales.

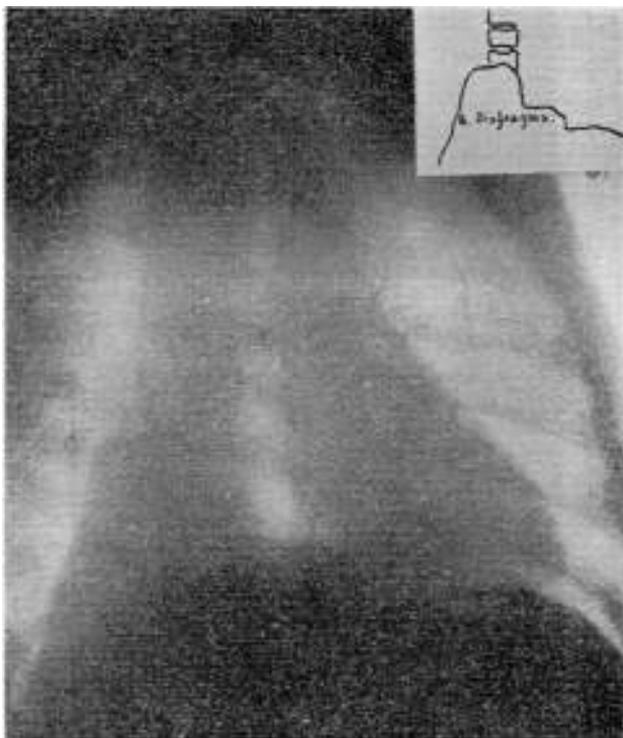


Fig. 6

Operación: 12 de marzo de 1946, Prof. Dr. J. Soto Blanco, ayudante Dr. L. Correa y Dermitt. Anestesia general practicante Villar: gases ciclopropano, con intubación traqueal. Posición decúbito lateral izquierdo con levantamiento del brazo derecho por arriba de la cabeza. Incisión oblicua siguiendo la octava costilla derecha, se reseca ésta subperióticamente en una extensión de 15 cms.; se abre la pleura; lóbulos pulmonares libres que se dejan colapsar lentamente. Se comprueba una gran tumoración levantando el diafragma derecho; se toma éste entre dos pinzas de Temo; =

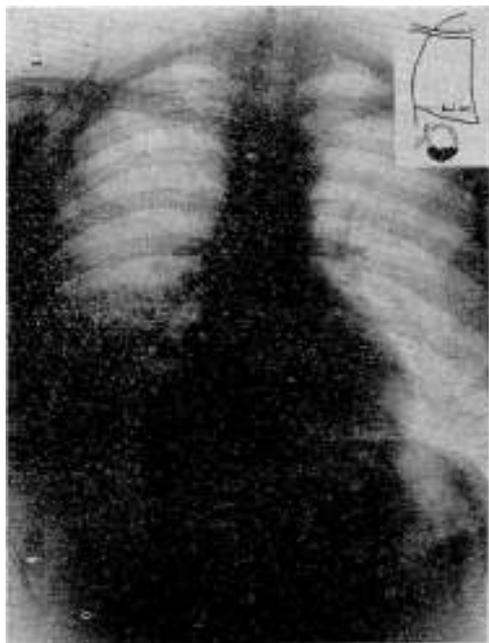


Fig. 7

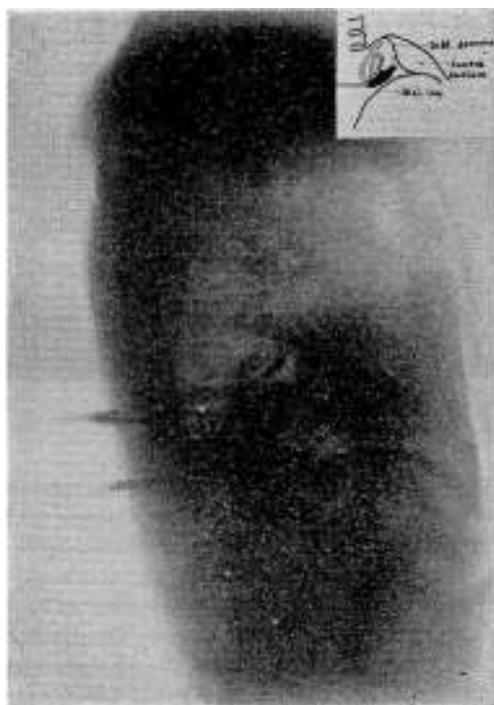


Fig. 8

punciona con trocar y se aspira con aparato de Finochietto, saliendo abundante cantidad de líquido claro, se agranda la brecha del diafragma y se extrae con pinza de corazón una membrana hidatídica grande entera. No se ven vesículas hijas ni hay salida de bilis. Se marsupializa la abertura diafragmática-quística, con puntos de catgut cromado a los músculos intercostales se coloca tubo de goma en la cavidad quística; cierre de la pared en dos planos con catgut cromado N° 3, piel se sutura con hilos sueltos de lino.

Post-operatorio bueno; no ha salido ningún elemento por el tubo de drenaje.

Placas N° 45901. — Frente y perfil después de operado.

Se procedió al relleno lipiodolado de la cavidad de la periquística por medio de la sonda de drenaje con el fin de ver si se podía establecer una comunicación con el árbol biliar. Como lo muestran los films adjuntos, no pudo establecerse esa comunicación.