

Trabajo de la Clínica del Prof. Nario

QUISTE HIDATICO DE LA REGION DIAFRAGMATICA
IZQUIERDA

Drs. Emilio Andreón y Oscar Bermúdez

Presentamos este caso a la consideración de la Sociedad de Cirugía, por entender que presenta múltiples aspectos importantes y que sugiere consideraciones clínico, radiológicas y terapéuticas, llenas de interés doctrinario y práctico.

En efecto; se trata de un quiste que reúne las características necesarias para ser considerado como primitivo del diafragma. Topográficamente, presenta dentro del músculo una localización especial en la vertiente posterior del hemi-diafragma izquierdo, en virtud de lo cual ofrece un aspecto que desvía la atención hacia procesos más severos que el quiste hidático único.

Los problemas de diagnóstico topográfico del quiste, comprenden un interesante capítulo de semiología radiológica regional. Del estudio clínico-radiológico, se desprenden directivas terapéuticas, que permiten un abordaje directo, una operación relativamente sencilla, seguida de un post-operatorio sin incidencias.

Creemos que el interés del caso radica en esos aspectos fundamentales.

HISTORIA CLINICA

E. V. P., 43 años, casado. Profesión, empleado de farmacia.

Procede de Ombúes de Lavalle, de donde es enviado por el Dr. Horacio Carnelli, quien confía a uno de nosotros (Andreón) su estudio y tratamiento.

Consulta por las siguientes razones: Desde hace 3 meses acusa molestias caracterizadas por pesadez epigástrica post-prandial y eructos provocados por la ingestión de cualquier alimento. No tiene vómitos, regurgitaciones, pirosis, ardor de estómago y el apetito se encuentra con-



FIG. 1. — Radiografía en oblicua anterior derecha, en la que puede apreciarse la imagen de quiste, proyectándose una parte por encima de la cúpula diafragmática izquierda y otra por debajo.

serva. El interrogatorio permite establecer la existencia de un síndrome de disfagia caprichoso en su aparición y variable en su intensidad y duración, que el enfermo describe como una molesta sensación cada vez que ingiere alimentos sólidos.

El enfermo naturalmente emotivo, se encuentra en estado psíquico deplorable, pues impresionado por el diagnóstico de neoplasma gástrico, por un sufrimiento análogo, en un íntimo amigo, atribuye sus molestias a un neoplasma de estómago.

La repercusión sobre el estado general fué rápida e intensa, provocando un adelgazamiento de 14 K. en 3 meses.



FIG. 2. — Radiografía en posición transversa, con relleno baritado del esófago; se observa un desplazamiento hacia adelante del 1/3 inferior del esófago, producida por el quiste, cuya situación es posterior.



FIG. 3. — Radiografía en transversa, donde puede apreciarse claramente la topografía posterior del quiste y las relaciones con la cúpula diafragmática izquierda.



FIG. 4. — Radiografía en decúbito dorsal con relleno baritado del esófago y estómago. El esófago aparece contorneando el polo inferior del quiste y en la tuberosidad gástrica el borde externo del mismo produce una amplia escotadura.



FIG. 5. — En esta radiografía pueden observarse las relaciones del quiste, con el esófago y la cúpula gástrica en proyección frontal.

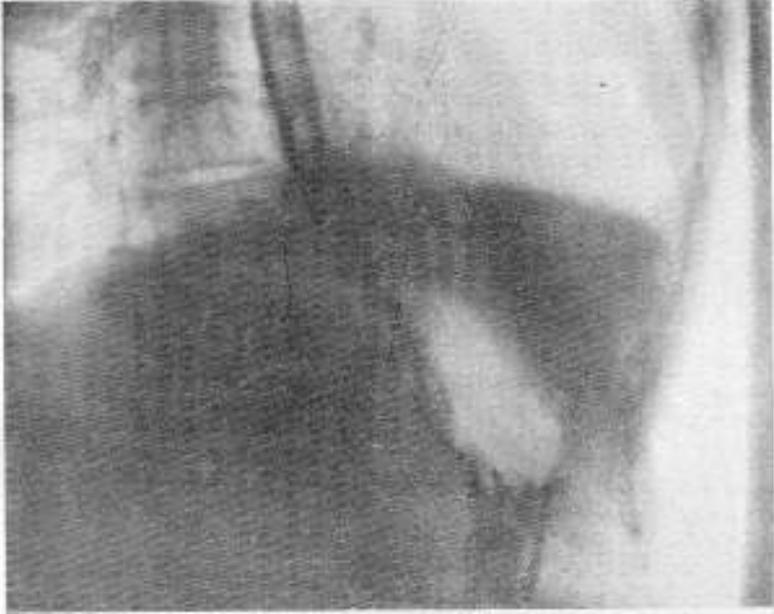


FIG. 6. — Radiografía obtenida a los 10 días de la intervención; se observa un diafragma izquierdo irregular y un pequeño derrame pleural izquierdo; el trayecto esofágico es ahora de dirección normal.

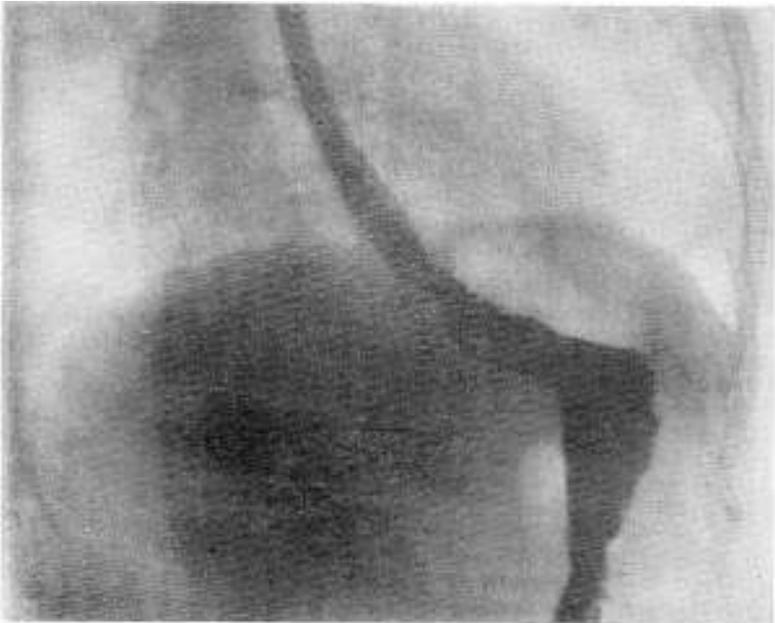


FIG. 7. — Radiografía obtenida a los 45 días de la intervención; ha desaparecido el derrame pleural. El diafragma es más regular en sus contornos; su movilidad se ha reintegrado casi totalmente; el tránsito esofágico es normal y no existen alteraciones del calibre ni paredes.

Los demás datos derivados del interrogatorio carecen de importancia. En resumen: sufrimiento de 3 meses de evolución clínica caracterizado por:

Disfagia moderada,
Dispepsia gástrica,
Gran nervosismo y
adelgazamiento pronunciado.

Examen clínico. — Se trata de un enfermo de aspecto fuerte, delgado, sin signos de anemia. El examen general practicado minuciosa y repetidamente revela solamente: cuerda cólica izquierda y hemorroides discretas. El examen clínico y radiológico realizado antes y después de la intervención, no mostró ningún signo revelador de otra localización hidática.

Exámenes de laboratorio: Orina: normal.

Urea en el suero sanguíneo: 0 gr. 25.

Tiempo de coagulación: 6'.

Gl. blancos: 8400.

Clasificación leucocitaria: N. 77 %; M. 6 %; L. 17 %.

Glóbulos rojos: 4.510.000.

Valor globular: 0.97 %.

Hemoglobina: 88 %.

R. Wassermann: negativa.

R. de Cassoni, precoz y tardía: negativa.

R. de Weimberg: negativa.

Prueba de Quick (ácido hipúrico): negativa.

Queremos destacar que todas las reacciones biológicas de la hidatidosis son negativas.

Examen radiológico. — En estas condiciones solicitamos un estudio radiológico de esófago y gastro-duodeno, examen practicado por el doctor Leandro Zubiaurre.

Operación. — Marzo 1° de 1946. — Dres. Andreón, Bermúdez, Practicante Vidal e Instrumentitas Niell. Anestesia General con gases con intubación traqueal. Anestésista Kasdorff.

Posición decúbito lateral derecha. Resección de la 8ª costilla izquierda en una extensión aproximada a 18 c. rebasando atrás el ángulo costal. Abierta la pleura se observa: una tumoración hemiesférica que emerge del diafragma posterior; éste rodea la base de la hemiesfera, formando un anillo músculo-fibroso, cuyas fibras se pierden en la adventicia. El polo de la hemiesfera adhiere laxamente a la pleura visceral, rompiéndose esa vinculación con disección roma lo cual se consigue sin provocar hemorragia ni afectar el parénquima pulmonar.

Las relaciones de la tumoración con el esófago, aorta y columna vertebral eran las que permitía prever el estudio radiológico.

El aspecto macroscópico permitió afirmar sin lugar a dudas que se trataba de un quiste hidático.

Frénico compresión y punción del quiste con un trocar mediano del aspirador de Finochietto; el contenido del quiste está formado por una pequeña cantidad de líquido límpido y muchas vesículas hijas con membranas en degeneración gelatinosa.

Ampliamos la brecha dejada por el trocar y realizamos una correcta limpieza de la cavidad.

A esta altura de la intervención puede observarse lo siguiente: el quiste es supra e infra diafragmático, siendo rodeado a la altura de su ecuador por un anillo de diafragma. La pared anterior de la parte subdiafragmática, acompaña los movimientos de la gran tuberosidad gástrica. Resecamos toda la adventicia supradiafragmática y abandonamos la infradiafragmática en razón del peligro que representan las íntimas relaciones que contrae con el estómago y el esófago abdominal. Con el solo objeto de precisar aún más las relaciones del quiste y el diafragma, separamos ambos, a izquierda y atrás, lo cual era posible a costa de débil hemorragia en capa.

Resecada la porción supradiafragmática de la adventicia quedó un anillo de diafragma de 8 c. de diámetro y la adventicia subdiafragmática, que se cerraba por la movilización de la cara anterior solidaria con el estómago.

Cerramos la brecha diafragmática con puntos separados de hilo de algodón, en 2 planos.

Reexpansión pulmonar y cierre hermético de la pared.

El post-operatorio fué normal, como permite apreciarlo la gráfica. Al 9º día se obtiene la radiografía 5, que denuncia la existencia de un discreto derrame pleural que no tiene consecuencias. Se levanta al 8º día y se va de alta 13 días después de operado. Hemos visto al enfermo 45 días después de la operación; toda la sintomatología por la cual consultó ha desaparecido, realiza su trabajo habitual y ha recuperado 5 k. En ese momento se obtuvo la radiografía 6.

Consideraciones

1º *Problemas de diagnóstico.* — Se trata de un enfermo que consulta por disfagia, adelgazamiento y dispepsia gástrica y en quien el examen radiológico evidencia una sombra redondeada en la vertiente posterior de la región diafragmática izquierda; sombra que se proyecta por encima y por debajo del diafragma y que a pesar de su tamaño relativamente pequeño, desvía y comprime el esófago terminal y la gran tuberosidad del estómago.

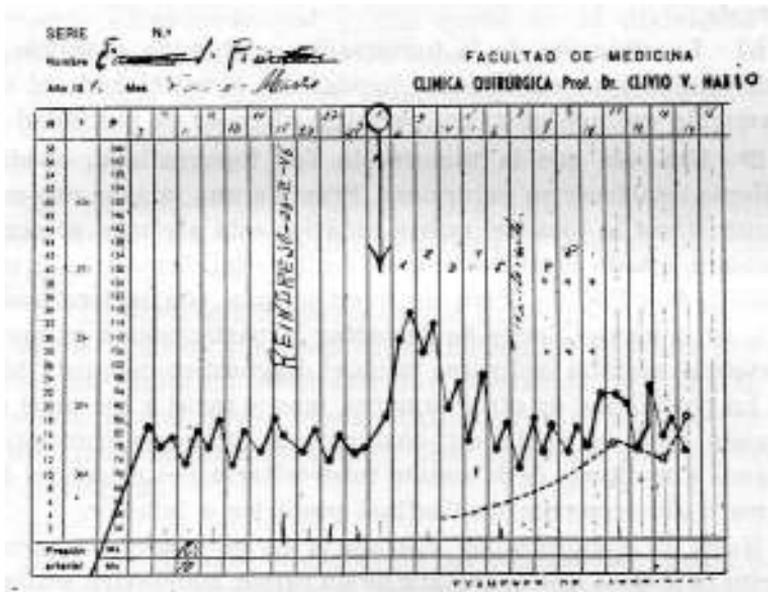


FIG. — La presente gráfica permite apreciar mejor que la descripción la evolución post-operatoria.

Dos problemas planteaba el enfermo:

- 1º Diagnóstico topográfico exacto y
- 2º Diagnóstico etiológico.

1º El diagnóstico topográfico pudo hacerse merced al estudio radiológico realizado por el Dr. Zubiaurre. Los procesos tumorales o quísticos de la base del pulmón podían descartarse; el pneumotórax diagnóstico no fué utilizado porque lo consideramos innecesario. Basta para justificar nuestra conducta recordar que el tumor desviaba y comprimía el esófago abdominal.

La vecindad con la columna, ofrecía la posibilidad de su vin-

culación con el proceso en cuestión, pero clínica y radiológicamente la columna es normal.

El problema quedaba circunscrito, en el tórax al ambiente celular y linfático de la parte baja del mediastino posterior; al músculo diafragma y a la logia subfrénica izquierda. Destacamos aquí que consideramos innecesario recurrir al neumo-peritoneo por 2 razones:

a) Teníamos en la cámara gástrica un buen medio de contraste.

b) La situación de la tumoración establecida a través del estudio radiológico en diversas incidencias y valorizando el desplazamiento esófago gástrico, permitía afirmar su inutilidad.

2º Una vez que la tumoración fué topografiada, quedaba pendiente establecer su naturaleza. Frente a una imagen con estas características la idea del quiste hidático está siempre presente; si hubiera estado localizada en la región diafragmática derecha no habríamos dudado. Pero en nuestro caso, con la localización que le adjudicamos, luego de descartar la participación pulmonar y vertebral, costaba inclinarse hacia el diagnóstico de quiste hidático. La posibilidad de otros tumores, menos raros a ese nivel que el quiste hidático debía ser contemplada; tumores conjuntivos benignos o malignos de la región tuberositaria posterior, del diafragma o del segmento mediastinal posterior e inferior.

Hasta la comprobación operatoria no se apartó de nuestro espíritu la idea de que se tratara de un tumor conjuntivo maligno, por las siguientes razones:

- a) porque, con esa localización es la afección más frecuente.
- b) porque a pesar de su tamaño relativamente pequeño se manifestaba por un síndrome de compresión.
- c) Porque había repercusión manifiesta sobre el estado de nutrición.
- d) a mayor abundamiento, todas las reacciones de la hidatidosis eran negativas.

II. *Localización y origen del quiste.* — Hemos dicho que este quiste reunía todas las condiciones necesarias para ser considerado como primitivo del diafragma; creemos que su incorporación al músculo no puede ponerse en duda. No tenemos estudio histo-

lógico de la zona marginal del diafragma que rodeaba al quiste (zona angular quístico-diafragmática), que podría haber mostrado, como en el caso de Ardao, la división de los haces musculares hacia ambos polos del quiste, pero hacemos notar:

1. Que por el lado torácico las fibras musculares recubrían la porción marginal de la adiventicia y se perdían en ella.

2. Que una vez extirpada la hidátida la parte abdominal de la adventicia correspondía a la cara posterior del estómago en su segmento extra-peritoneal y que quedó en el diafragma una brecha interesándolo en todo su espesor.

3. Todos los exámenes practicados en este enfermo con el fin de descubrir alguna otra localización hidática han sido negativos.

4. La intervención mostró que el quiste no tiene vinculaciones íntimas con los órganos torácicos, la columna, las vísceras abdominales ni el peritoneo.

En consecuencia a menos de que se piense en la posibilidad de que el embrión exacanto haya anidado en el tejido célula fibroso del ligamento gastro-frénico, posibilidad aún mucho más remota que localización muscular, pensamos que hay razones suficientes para considerar nuestro caso como un quiste primitivo del diafragma.

III. *El síntoma disfagia.* — La localización particular del quiste permite comprender el porqué de la disfagia, síntoma que unido al pronunciado adelgazamiento contribuyó a orientar el diagnóstico hacia proceso tumoral maligno. En el año 1924, el Prof. Clivio Nario y el Dr. Juan C. Campisteguy, señalaron la existencia de síndrome de disfagia provocada por quistes hidáticos del hipocondrio izquierdo. En las dos observaciones que sirven de base a esa comunicación, se trata de grandes quistes que llenan el hipocondrio, (del bazo en un caso y del lóbulo izquierdo del hígado en el otro), y provocan compresión y dislocación gastro-esofágica. Hasta ese momento el quiste hidático no figuraba como causa de disfagia. Nuestro caso presenta en ese sentido la particularidad de que la compresión y dislocación visceral causantes de la disfagia, son determinados por un quiste pequeño (de 7 a 8 c. de diámetro) lo que exige la precisa localización descripta.

III. *Rareza de la localización primitiva en el diafragma.*

Es bien conocida la rareza de la localización hidática primitiva en el diafragma, a tal grado que se ha negado su existencia. En la extensa bibliografía consultada hemos encontrado 2 casos que por otra parte no ofrecen las características particulares del caso que nos ocupa.

Constantini y Menegaux, en el C. F. de C., año 1935, recorren una extensa bibliografía que totaliza 852 observaciones de diversas afecciones del diafragma, comprendidas entre 1910 a 1935. Señalan la rareza de los tumores y en especial los primitivos, no habiendo en esa estadística ningún caso de quiste hidático.

Los dos casos a que nos hemos referido antes, pertenecen a la bibliografía rioplatense. La primera observación ha sido publicada por el Prof. H. Ardao, en los "Anales" de nuestra Facultad de Medicina en 1935; la segunda por los Drs. Atilio Cipone y Alfredo Salgado Rueda en la Revista de la Asociación Médica Argentina, en 1936.

El caso del Dr. Ardao se trata de un hallazgo de necropsia; enfermo fallecido a raíz de una hemorragia debida a la fisuración de la aorta en la cavidad de un gran quiste del lóbulo superior del pulmón izquierdo operado 24 horas antes; portador de una hidatidosis generalizada. Respecto al quiste que ocupa la región diafragmática derecha, el autor destaca que la disección cuidadosa y el examen histológico, permiten afirmar que es intrínseco del diafragma.

En el caso de los autores argentinos, el enfermo además de la tumoración de región diafragmática derecha, es portador de un quiste del hígado. El pneumotórax diagnóstico permitió descartar la localización pulmonar y el pneumo-peritoneo, al decir de los autores "no permite afirmar la independencia de la cara superior del hígado, al cual parece unirse por un pedículo". En la descripción operatoria se establece que se trata de un quiste hidático "en pleno músculo diafragma, perfectamente independiente del hígado y rodeado por fibras musculares".

La rareza de la localización primitiva en el diafragma es bien explicable teniendo en cuenta que el embrión exacanto, para llegar a su destino, debe ser vehiculado por vía arterial; y el

total de las localizaciones que exigen la vía arterial forman solo el 15 % del total de las localizaciones hidáticas.

La distribución de ese 15 % de localizaciones por vía arterial, se hace para los músculos, huesos, tejido celular, etc. En todas las estadísticas hay un ligero predominio de localizaciones en los músculos, lo cual es interpretado por Ivanisevich como debido a la gran riqueza vascular del territorio muscular; Ahora bien; el diafragma, tiene lógicamente las mismas probabilidades que los demás músculos, para anidar el embrión exacanto. Pero eso sí, la rareza de esa localización primitiva demuestra que es lugar de excepción de localización hidática.

RESUMEN

I. Presentamos el caso de un enfermo portador de un quiste hidático de la región diafragmática izquierda.

II. Por el hecho de ser el único quiste que tiene el enfermo, por estar situado en un sitio en donde la migración a partir de las vísceras y del peritoneo, es prácticamente imposible y por las demás razones expuestas, creemos que puede ser considerado como un quiste hidático primitivo del diafragma.

III. La ubicación particular del quiste, se denunció por un síntoma excepcional en la hidatidosis y nunca referido a quistes de pequeño tamaño como es el que presentamos: La disfagia.

IV. El abordaje por vía torácica, cumpliendo los principios de la cirugía del diafragma, permitió curar al enfermo con una operación relativamente sencilla.