

QUISTE HIDÁTICO DEL DIAFRAGMA

Dr. Héctor A. Ardao

Transcribimos:

"..... 2º) El otro hecho anatómico de interés radica en la existencia excepcional de un quiste hidático del diafragma (véase fotog. N° 4 y 6). La disección cuidadosa y el examen histológico afirman dicho asiento. A nivel de los ángulos del quiste y diafragma se encuentran por encima y por debajo tenues fibrillas musculares, atróficas, muy pálidas que se separan en abanico. En los cortes coloreados con hematoxilina y eosina y mejor con hematoxilina férrica-picro-fucsina (véase microf. N° 5), se observa ese hecho muy netamente. Se trata de un quiste del volumen de una pera mediana, en forma de reloj de arena, estrangulado por el anillo diafragmático. Forma en el tórax y en el abdomen superficies hemisféricas, recubiertas por la serosa correspondiente. Empuja, deformando la base del pulmón derecho y la cara superior del lóbulo derecho del hígado a la manera de casquetes articulares (véase fotog. Nos. 2 y 6). Adhiere laxamente a la serosa pulmonar y al peritoneo hepático, enucleándose con facilidad". Quistes Hidáticos. Dr. Héctor Ardao". Anales de la Facultad de Medicina". Montevideo, 1935. T. XX, Nos. 1 y 2.

Esta presentación que hacemos no tiene otro fin que contribuir al tema en discusión con una observación anatómica indiscutible ya presentada y discutida en la Sociedad de Anatomía Patológica. En el total de la observación hay muchos hechos de interés que no es el momento de volver a relatar.

Solo me ocupa del quiste hidático del diafragma. Está ubicado en pleno músculo, en el lado derecho y adelante: entre el foliolo tendinoso anterior y el derecho. Se trata de un quiste bilobado unilocular. Un lóbulo del quiste hace saliencia en el tórax, el otro en el abdomen. No hay duda alguna que se trata de un quiste ubicado en el espesor del músculo diafragma. Este caso sino mediaran otras consideraciones bastaría para demostrar que la entidad Quiste Hidático del Diafragma existe. Lo cual ha sido negado precisamente.

Esta comprobación que realiza la anatomía patológica autópsica

sica, se comprende que muy rara vez podrá ser realizada con certeza por la clínica, la radiología, y el examen operatorio solos o combinados.

Pero nuestro caso presenta también algunas incertidumbres. Yo no me atreví nunca a afirmar si se trata de un quiste primitivo o secundario, es decir, si procede de un huevo de tenia inge-

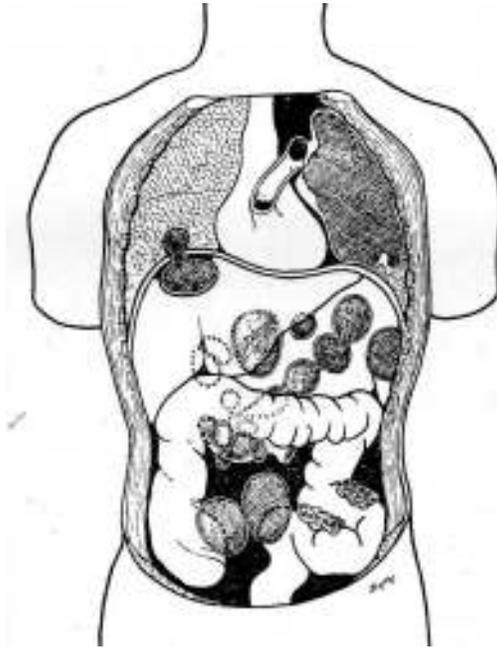


FIG. 1. Esquema topográfico. Quistes hidáticos múltiples peritoneales de la cara inferior del hígado, del bazo, del diafragma y del pulmón izquierdo con fisura de la aorta.

rido o por siembra de gérmenes hidáticos provenientes de otro primitivo en el organismo. La anatomía patológica no puede resolverlo porque la constitución general histológica del quiste en ambos casos es la misma. Tampoco, admitiendo que fuera secundario (que buenas razones hay para ello) podemos decir si se trata de un quiste de origen embólico sanguíneo, o linfático o de siembra local peritoneal subfrénica que luego naturalmente se

hizo extraperitoneal al crecer como son extraperitoneales en este mismo caso el del mesosigmoide, el de la fosa ilíaca izquierda o los inframesocólicos.

He comprobado más de una vez y se repite ahora en la discusión la influencia del modo de pensar acerca del mecanismo de producción, es decir, del sentir patogénico en la definición de un proceso. En este caso para admitir o negar que en el diafragma puedan asentar quistes.

Como hay varios quistes peritoneales secundarios es muy



FIG. 2. — Fisura del cayado aórtico A en el saco adventicio de una hidátida del pulmón izquierdo. Nótese la infiltración hemorrágica de la lengüeta pulmonar subyacente y en el pulmón derecho.

plausible admitir que el del diafragma también lo sea por siembra en el espacio interhepatofrénico derecho. Pero es posible también que corresponda a un embrión exacanto que llegó por vía sanguínea o que sea primitivo como tal vez lo sean el del pulmón y el del bazo. Sería un argumento de cierto valor para esta hipótesis el hecho de observación histológica en el que aparece el músculo desdoblándose en haces hacia arriba y hacia abajo. Pero esto, lo reconocemos, no es un argumento definitivo. Luego pues si no se puede negar lo que no se puede demostrar se puede afirmar en cambio que el quiste del diafragma existe y el que presentamos podrá ser primitivo o secundario.



FIG. 3. — Quiste hidático del diafragma. — Arriba, en A, lecho del quiste en la base del pulmón derecho. Abajo en B, depresión cóncava en la cara superior del lóbulo derecho del hígado. C, Diafragma estrangulando al quiste en dos lóbulos D y D' que encajan como casquetes en aquellas superficies A y B.

Convenimos que el abordaje de estos quistes debe ser por toracotomía amplia y que lo más a menudo los quistes serán subfrénicos y no del diafragma.

De todos los casos presentados estimo que los de los Dres. Prat y Soto Blanco no son auténticamente del diafragma, sino subdiafragmáticos (del hígado o del peritoneo subfrénico). En cambio el de los Dres. Andreon y Bermúdez es muy verosímil que sea un quiste hidático del diafragma.



FIG. 4. Microfot. topográfica. — Angulo del quiste y diafragma. Los haces musculares se dividen hacia ambos polos.



FIG. 5. — Corte frontal del diafragma con su quiste hidático,

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Dr. MOURIGÁN. Como única observación auténtica de quiste hidatídico del diafragma hay que aceptar la del Dr. Ardao que es, desde luego, una constatación necrópsica.

Referente a las otras comunicaciones me suscribo a lo que dice el profesor Dr. Soto Blanco: la precisión diagnóstica tiene poca utilidad para la terapéutica quirúrgica y hace correr riesgos al enfermo.

Personalmente tengo una observación que documentaré con las radiografías en una sesión próxima.

La observación resumida es así: queriendo precisar el diagnóstico de un proceso quístico del hipocondrio derecho o de la base pulmonar del mismo lado se realizó un pneumoperitoneo que tuvo pésimas consecuencias y que en estos casos no realizaré nunca más. ¿Qué sucedió? El quiste era de lóbulo derecho del hígado (pósterio-superior); cuando lo fuimos a abordar por vía transpleural (9ª costilla y línea axilar posterior) abierto el diafragma en vez del quiste estaba la masa intestinal delgada, el epiplón y el colon transversal. El quiste hepático se había evacuado parcialmente por la canalización biliar favorecido por el pneumoperitoneo explorador, el lóbulo derecho del hígado reducido a una lámina y descendido dejaba sitio a la masa intestinal. Se había producido un grave trastorno de la anatomía quirúrgica por un lado y por otro ya no pudimos actuar sobre la lesión quística.

Por querer una precisión en el diagnóstico se había producido un profundo desorden en la región — *se había hecho daño*.

Por eso me suscribo a los temores del Dr. Soto Blanco y agregé este riesgo más: el quiste puede estar en comunicación con los canales biliares; pero, mantenido en su tamaño y forma por la firme conexión anatómica y funcional del hígado al diafragma. Ahora el pneumoperitoneo de investigación viene a favorecer el colapso de la cavidad y a producir el grave trastorno señalado con todas sus consecuencias.

La enferma fué dada de alta y se le escribió a su médico sobre las alteraciones de su configuración anatómica.

Hace de este episodio unos años y me enteré que la enferma está muy bien; pero, con su lesión.

Dr. Víctor ARMAND UGON. — Lo único que tengo que decir, es felicitar a los Dres. Prat, Soto Blanco y Andreón por las hermosas comunicaciones que han leído y por la terapéutica transtorácica de abordaje que han hecho, por ser la más correcta para esos enfermos, de difícil tratamiento quirúrgico. Ahora, en lo que respecta a discutir si el quiste es primitivo del diafragma o secundario, es decir si es una siembra peri hepática diafragmática es difícil de resolver. Teóricamente puede ser, pero en la práctica nosotros creemos que los quistes del diafragma son el hígado o del peritoneo hepático que se hacen secundarios en el diafragma. Recordamos dos enfermas que operamos por el procedimiento de Mérola (toraco-freno-laparatomía) que es la incisión que nos puede dar la clave exacta de la localización quirúrgica del quiste. En dos enfermos que tenían quistes supuestos de diafragma eran quistes de hí-

gado que perforaban el diafragma y se interiorizaban en el tórax. Así que el diagnóstico de quiste de diafragma era inexacto, eran quistes del hígado que la aspiración torácica llevaba hacia el tórax enucleándolos del hígado.

Dr. Abel Chifflet. — En el terreno científico no se puede hablar con rigurosidad de quiste primitivo o secundario, puesto que aún con la pieza anatómica en la mano, nada asegura su origen en un embrión hexacanto o en un escolex. La ubicación de un quiste tomando más de una estructura anatómica, aleja por otra parte toda posibilidad de conocer la exacta topografía inicial de la siembra que llevó a ese proceso quístico. Por estas razones me parece muy criteriosa la posición adoptada por los comunicantes, al designar con una expresión clínica, que nada prejuzga del origen ni de la topografía inicial del proceso, al conjunto de quistes que tienen una ubicación en vecindad del diafragma.

Es interesante anotar que esta entidad clínica, quiste de la región diafragmática, comporta en cualquier caso una determinada línea de conducta en el estudio del enfermo y obre todo una orientación quirúrgica bien definida, con abordaje alto, sea cual sea la rigurosa naturaleza del proceso. Fué con ese criterio clínico que en el Congreso Argentino de Cirugía mantuvimos la unidad de designación de "quiste interhepato frénico" para todos los procesos hidatídicos de la región, ya sea quiste peritoneal secundario, quiste de la cara superior del hígado, derrame hidatídico o supurado subfrénico, etc., etc.

Dr. ETCHEGORRY. — Yo no pensaba hacer uso de la palabra porque quería traer los casos que tengo en la próxima sesión, si era posible; pero dadas las manifestaciones de los Dres. Ugond y Chifflet, deseo expresar que me suscribo a lo que dijo el Dr. Ugond como lógica consecuencia de lo que acaba de decir el Dr. Chifflet. La lógica denominación, del punto de vista científico, es quiste de la región hépato-frénica; si se quiere indicar una técnica operatoria, de la región freno-subfrénica, quizás éste fuera el verdadero nombre, o del espacio hépato-frénico.

Mis dos casos, uno de ellos puede ser lo recuerde el Dr. De Chiara; se trataba de una señora de C., de la cual me faltan algunas placas para completar el estudio, que lleva cuatro años de operada. Ese quiste, por vía posterior, no fué posible alcanzarlo; hubo que abordarlo por vía anterior en una 2ª operación. El otro es un caso más reciente, cuya historia me fué devuelta recién esta mañana. Puede ser que alguno de los asistentes de la clínica del Dr. Del Campo lo conozca: es un enfermo que fué dado de alta hará unos cuatro meses, sumamente interesante y que fué interpretado como un bacilar por su pleuresía; tenía la desviación más grande del mediastino que haya observado; asombraba que el enfermo hubiera podido vivir con ella un mes. Este caso fué abordado por vía posterior y se le hizo una operación exactamente igual a la que relata el Dr. Soto Blanco, que por otra parte es la conducta lógica: poner en chato el espacio sub frénico, que es donde estaba el quiste hidático; las punciones del hígado resultaron negativas. Sin embargo creo sea primi-

tivo de allí; fué parido posiblemente en el espacio sub frénico o en el diafragma, perforó éste y se introdujo en la cavidad pleural donde creció con vesículas hijas. Este enfermo rodó por varios hospitales hasta que llegó a un Dispensario Antituberculoso donde su Jefe lo envió al Instituto de Infecciosos. Nadie pensó en quiste hidatídico hasta que se abrió la pleura. Voy a traerlo si puedo la próxima semana, porque tendría interés que vieran al enfermo, que reside actualmente en San José. En resumen, yo me suscribo, vuelvo a repetirlo, a lo que sostienen los doctores Ugon y Chifflet; creo que los quistes de la región diafragmática sean primitivamente hepáticos. La siembra diafragmática puede existir teóricamente, en cualquier parte; ahora es difícil explicar que un embrión hexacanto se fije en un órgano de una irrigación tan débil, como el diafragma, cuando tiene otros mucho mejor nutridos.

Dr. OTERO. — Yo quería en primer lugar destacar la impresión que siempre se recibe cuando se trata el tema de quiste hidático en el Uruguay! Es evidente que se conoce aquí perfectamente "nuestra enfermedad".

Hay una serie de cuestiones muy interesantes que surgen al escuchar la lectura de estas comunicaciones.

Respecto al caso del Prof. Prat diré que tuve la oportunidad de ver la intervención. Me llamó profundamente la atención en este caso la vía de abordaje a la cual en ese tiempo no estábamos muy acostumbrados, la simplicidad de las maniobras, la claridad y la seguridad en todo, lo que fué confirmado por el post-operatorio sin incidentes como está consignado en la historia clínica. Esa intervención me sugirió que realmente esa era la vía lógica que debía seguirse para operar los quistes altos del hígado. Las otras intervenciones que han sido descritas, las del Dr. Soto Blanco y las del Dr. Andreón no hacen más que confirmar plenamente esa impresión. De manera que del conjunto de esas comunicaciones, se puede deducir con toda evidencia que esa es la vía de elección en tal localización. Ahora, esa es la vía de elección cualquiera sea la localización anatómica como lo decía el Dr. Soto Blanco; sea de base pulmonar, sea del diafragma o sea de la cara superior del hígado. En la época en que la cirugía a tórax abierto no estaba aún tan desarrollada, tenía una gran importancia saber cual era la localización topográfica del quiste, puesto que en el caso de ser pulmonar convenía abordarlo en dos tiempos. Actualmente ese problema de diagnóstico topográfico preciso ha perdido su antigua importancia.

Todo eso en cuanto al tratamiento de los quistes hidáticos no complicados; el asunto es menos claro cuando el quiste está supurado o complicado planteando el problema de la contaminación pleural.

Respecto a la localización en el diafragma que es el motivo central del tema en estudio confieso que cuando leí el título de las comunicaciones me llamó profundamente la atención porque me parecía una localización muy poco frecuente y muy difícil de dilucidar, no sólo desde el

punto de vista clínico sino también desde el punto de vista anatómico, y quirúrgico. Me parece que cuando el quiste del diafragma evolucione, será difícil afirmar si era de origen diafragmático.

Cuando ví operar el caso del Prof. Prat desde cierta distancia creía que lo que se estaba operando era un quiste de la cara superior del hígado que invadía el diafragma. Respecto al caso que presenta el Dr. Soto Blanco él mismo nos dice que no es posible afirmar su origen exacto pero que el problema terapéutico es el mismo. Respecto al caso del doctor Ardao es evidente que se trata de un quiste de diafragma, creo que es un caso en el cual se puede afirmar cateóricamente ese origen. Es un quiste situado en el diafragma que tiene una parte superior que se ha hecho un nicho en la base pulmonar sin adherirse y que tiene una parte inferior que hace lo mismo hacia el hígado. En cuanto al origen de ese quiste del diafragma, parece evidente que se trata de una siembra secundaria del peritoneo, es decir que gérmenes hidáticos se injertaron en la cara peritoneal del diafragma y luego evolucionaron subperitonealmente; mecanismo estudiado por Dévé y perfectamente conocido por todos nosotros.

Dr. ANDREON. — En realidad las consideraciones hechas por algunos consocios alcanzan solamente a los quistes hidáticos de la región diafragmática derecha; con el Dr. Bermúdez hemos presentado un quiste hidático de la región diafragmática izquierda con caracteres anatómicos y clínicos bien particulares.

Se ha insistido en que desde el punto de vista práctico, no interesa mayormente averiguar si el quiste es primitivo del diafragma o secundario a una localización hidática, hepática, esplénica, etc. Colocándonos desde el exclusivo punto de vista práctico tal vez sea así, pero no hay duda que desde el punto de vista puramente científico, merece la atención un caso que tiende a demostrar la posibilidad de la existencia de un quiste hidático primitivo del diafragma. Y el caso que presentamos aporta argumentos en favor de esa posibilidad. En efecto; recuerdo que es un quiste único, envejecido, lo que permite pensar que los demás, en caso de existir, habrían tenido oportunidad de manifestarse a la búsqueda repetida que hemos realizado; quiste al cual el diafragma le forma un anillo y contribuye a la formación de su adventicia y por último rodeado por tejidos que tienen menos probabilidades de anidar el embrión exacanto, que el tejido muscular. Es cierto como se dijo, que los quistes diafragmáticos son a menudo secundarios a localizaciones hepáticas, peritoneales u otras, pero la topografía del que presentamos no permite aceptar ese origen.

En segundo lugar, quiero hacer notar que esa localización tampoco está exenta de interés si se enfocan las cosas desde un punto de vista práctico. El enfermo se presentó acusando solamente 2 síntomas no propios de un quiste hidático pequeño y no complicado: disfagia moderada y adelgazamiento marcado.

Es también interesante desde el punto de vista diagnóstico y pronóstico. Si hubiéramos observado esa imagen en el hemi-diafragma derecho, no habríamos titubeado en considerar nuestro enfermo como portador de un quiste hidático, aun presentándose las reacciones biológicas negativas. En cambio en nuestro caso, nos inclinamos hacia el diagnóstico de tumor diafragmático conjuntivo maligno. Ese diagnóstico nos llevó a formular un pronóstico serio, derivado no sólo del tipo de intervención a realizar, sino también y en especial, por la naturaleza de la afección.

Dr. PRAT. — Me corresponde cerrar la discusión de esta interesante sesión. Por lo pronto, tengo que agradecer sinceramente a los colegas que han presentado comunicaciones de un tema tan raro o excepcional. Al Dr. Soto Blanco, a los Dres. Bermúdez, Andreón y al Dr. Ardao que nos ha recordado su comunicación, les agradezco íntimamente este aporte al tema por que han hecho realmente un esfuerzo para presentarlas, aunque probablemente les faltaran algunos detalles para completar las observaciones. Agradezco también a los que han intervenido en la discusión, colaborando activamente en el progreso de este tema.

Considero como lo ha dicho el Dr. Andreón, que además de las características clínicas del quiste hidático del diafragma tiene gran valor el origen preciso de la lesión, es decir que corresponde establecer si estos quistes son primitivos del diafragma o no, cosa que como ya vimos suele ser bastante difícil y a menudo imposible.

En la discusión ha pasado desapercibido un detalle patogénico bien interesante: la localización del quiste hidático en el diafragma y que su operación, puede y debe debilitar la estructura y la resistencia de tan importante músculo que juega una función fundamental en la respiración y que puede dar lugar a una *eventración* o mismo a una *hernia* diafragmática. Del lado derecho esta eventualidad es por razones anatómicas muy poco probable, no así del lado izquierdo, como en el caso de los Drs. Andreón y Bermúdez. Es por eso que el caso citado por el Dr. Mourigán es muy interesante o excepcional y le rogaría que reconstituya completamente esa historia para publicarla en nuestros Boletines, que bien lo merece el interés del caso.

En mi comunicación, fuí categórico al establecer y considerar mi caso como quiste de la región diafragmática, aunque es sabido que no se puede tener la seguridad operatoria de si un quiste es del diafragma o no, porque habría que ir a una exploración minuciosa durante la intervención, cosa imposible o inconveniente en un acto operatorio en que se trata de salvar al enfermo, tratando de evitar complicaciones posibles, sobre todo al seccionar el diafragma y explorar el abdomen.

Esta exploración de confirmación expondrá más a la eventración o hernia diafragmática y por eso, al no tener la seguridad del quiste primitivo diafragmático, preferimos llamarlo quiste hidático de la región diafragmática.