

EQUINOCOCOSIS PLEURAL SECUNDARIA

Un caso de Neumo - Pio - Hidatotorax

Dr. Alberto D. Maisonnave

R. E. C., 31 años, guardia civil. C del S. (Florida). Ingresó al H. Militar el 5 de Abril de 1945.

Antecedentes personales. — A la edad de 9 años, reumatismo articular agudo por lo que estuvo 15 días en cama y tardó 2 meses en reponerse. Niega venéreas. Sano desde entonces hasta hace 4 años. Vive en campaña, toma agua de pozo y de cachimba.

Enfermedad actual. — Desde hace 4 años intolerancia por grasas, fritos, huevos, carnes cocidas, que le provocan una sensación de plenitud gástrica. Muchas veces ha tenido dolor en el hipocondrio derecho, en ocasiones intenso, seguido de vómitos de alimentos y bilis. Nunca ictericia.

Este dolor es el elemento que predomina en la historia del enfermo; parece no haber adquirido nunca los caracteres de un típico cólico hepático, pero a veces ha sido intenso. Tanto el dolor como la dispepsia no son continuos sino que tienen largos períodos de acalmia, en los que el enfermo incluso puede comer de todo sin que le haga daño. Muchas veces el dolor se localiza en el pecho. Hace tres meses estando en uno de esos períodos de calma, tuvo un acceso de tos en el que expulsó como “unas bolsitas y pus” al decir del mismo enfermo.

Desde hace un mes, dolor de base de hemitórax derecho irradiado al hombro del mismo lado y hace tres días, nueva expectoración con los caracteres ya citados, por lo que decide ingresar, lo que hace con fecha 5 de abril del corriente año.

En resumen: dispepsia del tipo hepato-vesicular desde hace 4 años; dolor de hipocondrio derecho y preexternal; discontinuo desde esa fecha. Dos episodios de una expectoración (¿vómica?) de tipo particular: como ollejos de uva pero más grande; el enfermo las compara a “bolsitas” porque cree que contenían algo adentro. Actualmente dolor de hemitórax derecho. Y expectoración persistente.

Estado actual. — Enfermo en buen estado general; piel y mucosas bien coloreadas. Febril.

Abdomen, depresible, indoloro; no se palpa hígado ni bazo. No hay puntos dolorosos. Boca S/P.

Pulmones, percusión mate. Vibraciones abolidas y gran disminución de la respiración con ruidos sobreagregados en la mitad inferior del pulmón derecho. Corazón: tonos claros, ritmo regular.

Sistema nervioso: reflejo tendinoso y pupilares normales.

Abril 6. — Examen de esputos: negativo. Urea en el suero 0.30. Reacción de Wassermann: negativa. Reacción de Cassoni: dudosa. Eosinofilia: 1 %

Examen radioscópico: doble nivel hidro-aéreo de base derecha.

Abril 12. — Ha aumentado la expectoración que era de unos cien c.c. a 200 y 250 c.c. por día. El estado general se ha ido agravando paulatinamente. Facies tóxicas como la de un absecado del pulmón. Taquicardia: 120 a 140, a pesar de que la fiebre, excepto algunos "ganchos", tiende a descender.

El estudio radiográfico (10 de Abril) da lo siguiente: Imágenes hidro-aéreas de la base derecha en número de dos (Radiografías N° 1 y N° 2), sin caracteres específicos, que ocupan el póstero-inferior y el pie de la gran cisura rechazando esta para adelante. Posible elevación diafragmática del mismo lado. Se individualiza una tercera burbuja hidroaérea superpuesta al perfil anterior de la columna (Radiografías N° 1 y N° 2). Se sospecha por la topografía y descripción de las imágenes la posibilidad de un proceso subfrénico que a través del diafragma se coloniza en el tórax (Prof. F. García Capurro).

Con fecha 16 de Abril ingresa a mi sala de cirugía del Hospital Militar.

18 de Abril. — *Intervención*: Dr. Maisonnave y Practicante Torres Larcebó. Incisión en colgajo que levanta el plano músculo-cutáneo sobre la 8ª y 9ª costilla derecha, línea axilar posterior. Se desperiostian y resecan 8ª y 9ª costilla en unos 10 centímetros. Se incinden pleura parietal espesada (paquipleuritis) y aparece gran cavidad del tamaño de dos puños, vacía y situada en el espacio pleural. Arriba se toca el muñón pulmonar, con su pleura visceral espesada. Abajo orificio diafragmático que apenas se alcanza con un clan y que parece comunicar con el hígado y por el cual se extraen restos de membrana y vesículas hidáticas entremezcladas y también un líquido sero-purulento pero no abundante, sin aspecto bilioso.

Después de una aspiración cuidadosa y una toilette con gasa se pone tubo de drenaje y se cierra a dos planos.

20 de Abril. — Herida bien; drena escasa cantidad de pus y vesícula. Mejor estado general. Persiste la taquicardia (120 a 130). Expectoración muco-purulenta abundante y algo hemoptoica.

30 de Abril. — Se quitan los puntos. Se acorta el tubo, dejándolo de unos 8 cms., pues choca contra una masa dura que no lo deja penetrar. Drena apenas, pus amarillo y escasas vesículas. Persiste expectoración, mucos purulenta que viene disminuyendo.

Mayo 13. — No moja más el vendaje. Tiene poca tos con escasa expectoración. Se retira el tubo de drenaje.

Mayo 25. — Herida curada. Enfermo con buen estado general. Persiste muy poca tos.

3 de Junio. — Es dado de alta, aparentemente curado.

Radiografía, 8 de Junio de 1945. — En el sitio de la intervención restan

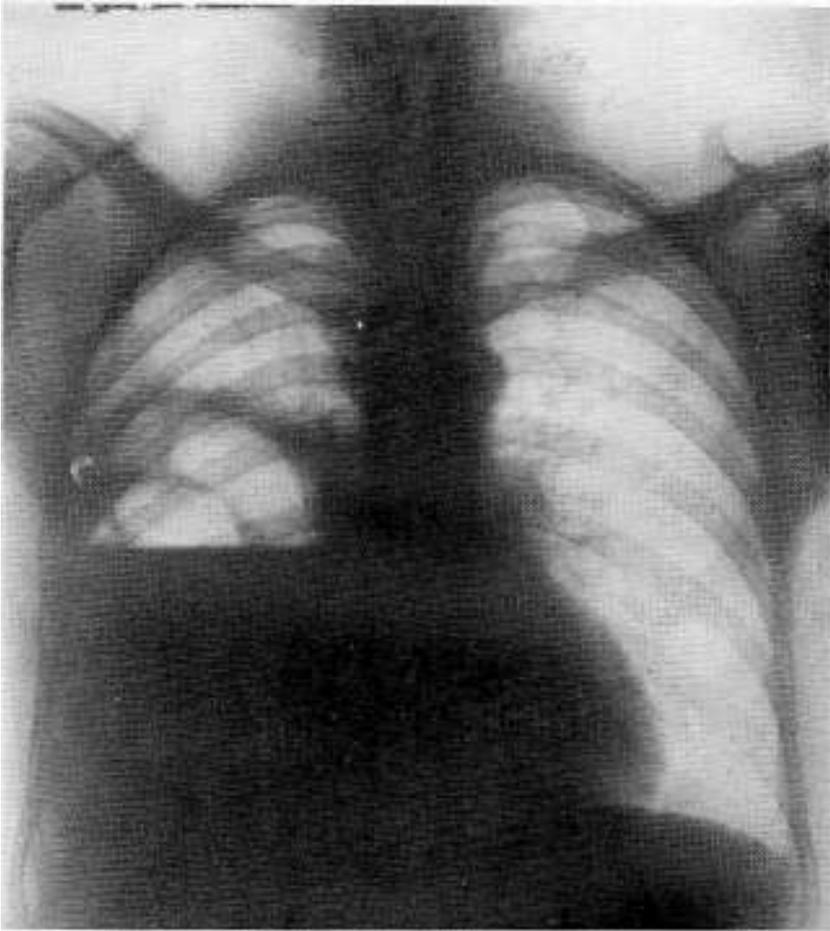


FIG. 1

imágenes esclerosas. Ahora se visualiza con toda nitidez una elevación diafragmática en el pie de la cisura, con imagen hidroaérea sub-frénica, con brecha transdiafragmática visible. Esta imagen corresponde al aumento de volumen de la 3ª burbuja hidroaérea descrita en las placas pre-operatorias.

Radiografía N° 3 y 4 (11 de Junio de 1945). — Se confirma la existencia de un proceso subfrénico hidroaéreo, del volumen de una esfera de 7 cms. de diámetro con brecha transdiafragmática. — (Firmado: Prof. García Capurro).

Consideraciones. — Como se ve se trata de un caso que clínicamente se presentó como un síndrome de derrame pleural de la base derecha (matidez, vibraciones abolidas, disminución de respiración); seguramente abierto en los bronquios (expectora-

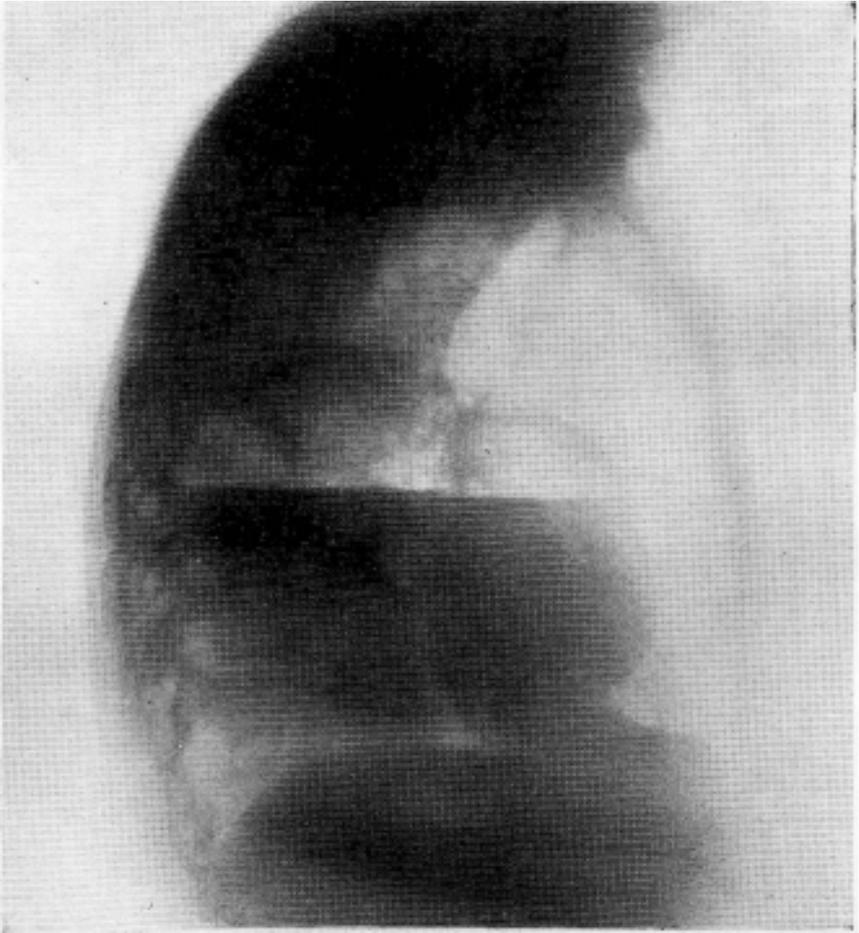


FIG. 2

ción purulenta); con una expresión radiográfica de doble nivel hidroaéreo y burbuja hidroaérea (proceso subfrénico) y que en la intervención quirúrgica se encontró una cavidad pleural completamente cerrada que tenía por techo, el muñón del pulmón rechazada hacia arriba con su pleura espesada; por abajo, el diafragma en el que se percibía un orificio que llegaba a la cara superior del hígado y por fuera, la parrilla costal con su pleura muy espesada.

Dentro de esa cavidad, a paredes pleurales espesadas, se encontraban múltiples fragmentos de membranas, vesículas hijas

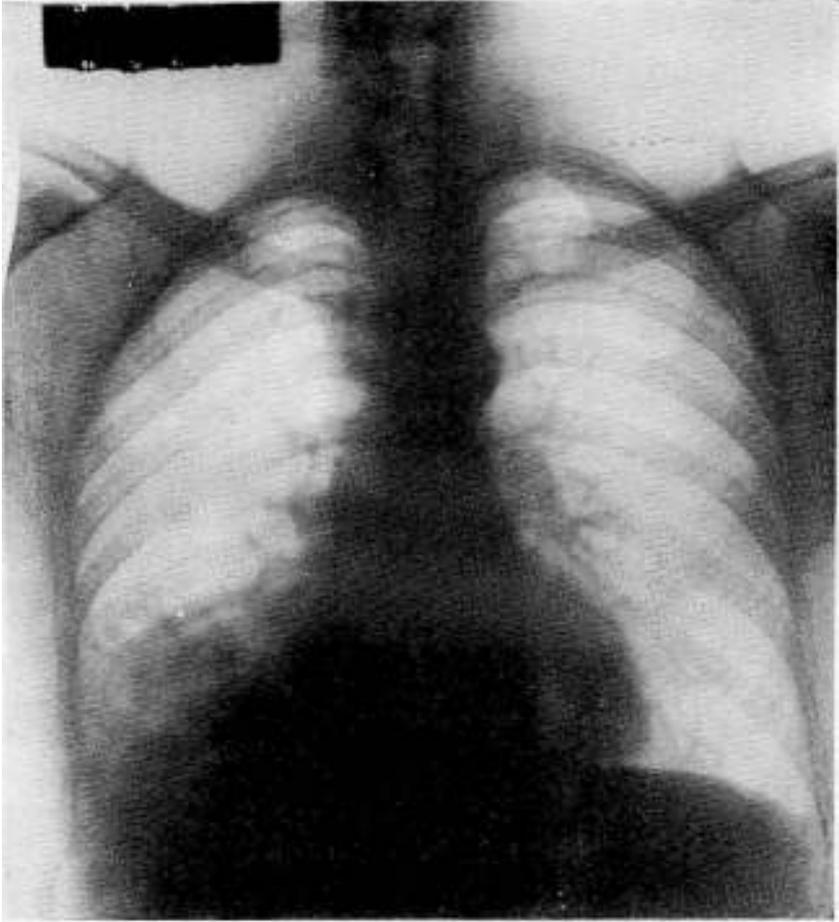


FIG. 3

entremezcladas con un poco de líquido sero-purulento sin aspecto bilioso.

Se trata pues de un proceso neumo-pio-hidátido-tórax.

En la última sesión de esta Sociedad, los Dres. V. Armand Ugón, A. Victorica y H. Suárez presentaron varios casos de "Equinocosis pleural secundaria" del primer tipo, vale decir: injerto de gérmenes equinocócicos, puestos en libertad por la ruptura de un hidátide primitivo" (Dévé) que se implantan en la pleura parietal o visceral, para evolucionar aislada e individualmente, como hidátide desnuda heterotópica.

Este caso, es el 2º tipo de la "Equinocosis pleural secunda-

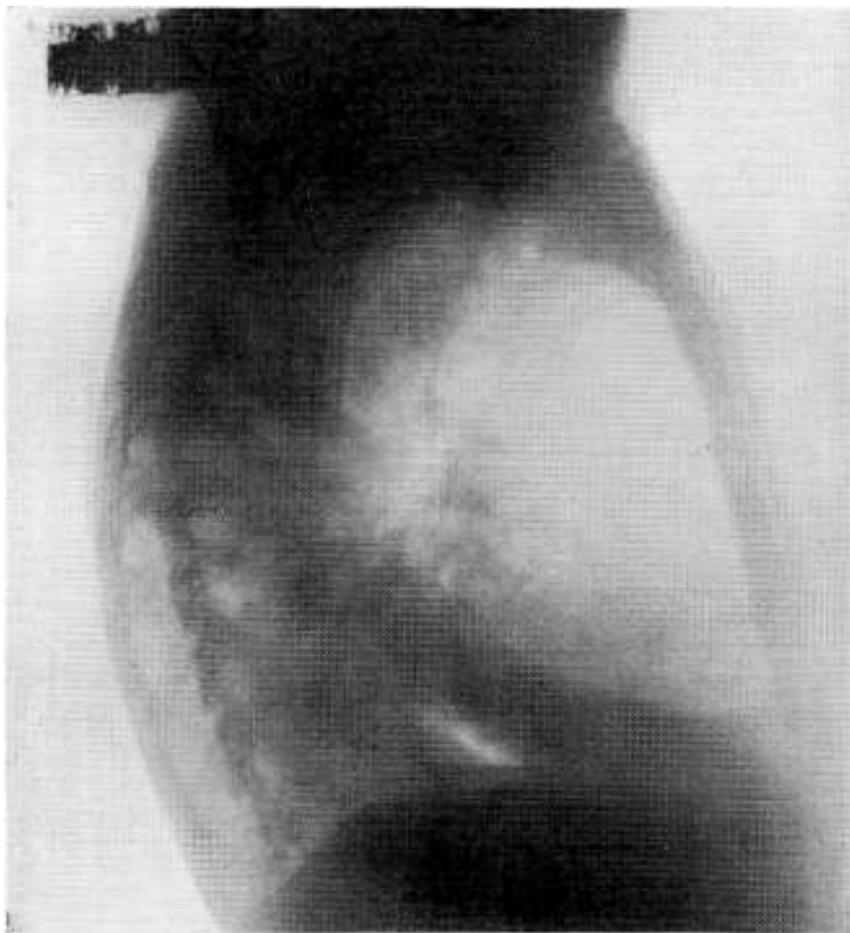


FIG. 4

ria, denominada Hidatido-tórax o Hidatido-pleura, que consta de un derrame líquido intra pleural (líquido reaccional más o menos abundante), tal como una simple pleuresía; líquido en el que están esparcidos los elementos hidatídicos sembrados por la ruptura en la cavidad pleural de un quiste de vecindad, sea él pulmonar o infra-diafragmático: hígado, riñón, bazo, etc. (del hígado como en nuestro caso). Dévé (¹) escribe al respecto: "Las vesículas hidáticas secundarias nacidas de gérmenes equinocócicos diseminados en la pleura, pueden proseguir su evolución bajo la forma de colección vesicular contenida en una cavidad pleural a paredes crónicamente espesas. Esta disposición es la homóloga

de los hidatidoperitoneos que hemos personalmente descripto al nivel del abdomen. Es una forma de equinocosis pleural secundaria que no hemos podido individualizar". Cita como caso de esta forma clínica, observaciones de Reboul y de Bernou y un probable caso de Leonard. Como se ve, no es frecuente este segundo tipo de "equinocosis secundaria de la pleura y en nuestra bibliografía nacional, sólo conocemos un caso publicado por el Prof. Raúl Piaggio Blanco, José A. Sciuto y Alejandro Artagaveytia (2). Pero en nuestro caso hay algo más aún: el hidatidotorax, se ha abierto en el pulmón y de ahí al exterior (vómica), evolucionando en su última etapa como un verdadero absceso pulmonar por su abundante expectoración.

Es que probablemente este proceso ha evolucionado en tres etapas. *La primera* (etapa hepática) un quiste hidático de la cara superior del hígado cuya expresión clínica es la dispepsia hepatovesicular que aquejó al enfermo durante diez años, a la que se agrega la seguridad que da la comprobación operatoria de un orificio que nos lleva hasta la cara superior del hígado adherente al diafragma; y a mayor abundamiento el encontrar en la pleura junto a la membrana gran cantidad de vesículas, múltiples vesículas hijas lo que debe hacer pensar en una hidátide primitiva infra-diafragmática (hígado, riñón y bazo; especialmente hígado) o en una siembra secundaria. *La segunda etapa* (etapa pleural), adherencia del quiste al diafragma y después abertura en pleura libre, se ha hecho probablemente en silencio o por lo menos sin ningún episodio agudo que de haberse producido habría llamado seguramente la atención al enfermo y por último *la tercera etapa* (etapa pulmonar), apertura en los bronquios del pio-hidatidotorax que tuvo como expresión clínica la expectoración "sui generis" que más bien que eso fué una verdadera vómica sin bilis.

Quizás haya habido poco espacio de tiempo entre la segunda y tercera etapa, pues es corriente que el líquido hidático-pleural siga el camino abierto que le presenta la cisura interlobar inferior derecha para abrirse en unos de los bronquios de sus márgenes.

Hay que reconocer que en los quistes sub-diafragmáticos del hígado a evolución torácicas las cosas no pasan corrientemente como en este caso. Hay previamente por un proceso inflamatorio de "adventivitis", una adherencia pleuro-visceral-diafragmática, luego una etapa pulmonar que culmina siempre con una vómica, culminando con una expectoración teñida en bilis.

Una cosa que nos llamó la atención en el acto operatorio es: lo vacío que estaba en ese momento la cavidad del neumo-pio-hidático-torax, lo que se explica, ya que el enfermo manifestó que en los días que precedieron a la intervención, la cantidad de líquido vomitado había aumentado evidentemente.

Otro hecho que llama la atención es: que el pulso de este enfermo en su postoperatorio no estuvo en relación con su temperatura, pues aun estando esta siempre por debajo de 38 (y mismo estando apirético) su pulso anduvo alrededor de 130 a 140 y aún hoy conserva un pulso de 120. Quizás pueda ir esto por cuenta de su intoxicación hidatídica que aún persiste o que sea una secuela miocárdica de su reumatismo, que tuvo a la edad de 9 años, cosa que probablemente se podrá establecer con un estudio clínico y electro-cardiográfico ulterior.

No hay duda que la existencia del proceso subfrénico residual que las radiografías N° 3 y 4 ponen de manifiesto, abre un interrogante sobre el futuro de este enfermo. A pesar de que actualmente parezca aparentemente curado, no se puede asegurar que ese foco esté absolutamente limpio de elementos hidatídicos, que de existir, pueden en cualquier momento reanudar un nuevo proceso patológico tóraco-abdominal, lo que requeriría en consecuencia una nueva intervención quirúrgica, esta vez con un abordaje tóraco-abdominal, para poder llegar a la cara superior del hígado, es decir al órgano y lugar en donde está enclavado el foco inicial y residual, para poderlo extirpar radicalmente.

En resumen: se trata de un caso de equinocosis pleural secundaria, segundo tipo, (neumo-pio-hidático-tórax), que evolucionó en tres etapas: hepática, pleural y pulmonar; con expresión radiográfica de doble nivel líquido pleural y de burbuja hidro-aérea subfrénica, persistiendo esta última en la radiografía N° 3 y 4, tomadas al enfermo después de operado, lo que no nos permite abrigar la seguridad absoluta de una curación definitiva.

Una cosa que nos llamó la atención en el acto operatorio es: lo vacío que estaba en ese momento la cavidad del neumo-pio-hidátido-torax, lo que se explica, ya que el enfermo manifestó que en los días que precedieron a la intervención, la cantidad de líquido vomitado había aumentado evidentemente.

Otro hecho que llama la atención es: que el pulso de este enfermo en su postoperatorio no estuvo en relación con su temperatura, pues aun estando esta siempre por debajo de 38 (y mismo estando apirético) su pulso anduvo alrededor de 130 a 140 y aún hoy conserva un pulso de 120. Quizás pueda ir esto por cuenta de su intoxicación hidatídica que aún persiste o que sea una secuela miocárdica de su reumatismo, que tuvo a la edad de 9 años, cosa que probablemente se podrá establecer con un estudio clínico y electro-cardiográfico ulterior.

No hay duda que la existencia del proceso subfrénico residual que las radiografías N° 3 y 4 ponen de manifiesto, abre un interrogante sobre el futuro de este enfermo. A pesar de que actualmente parezca aparentemente curado, no se puede asegurar que ese foco esté absolutamente limpio de elementos hidatídicos, que de existir, pueden en cualquier momento reanudar un nuevo proceso patológico tóraco-abdominal, lo que requeriría en consecuencia una nueva intervención quirúrgica, esta vez con un abordaje tóraco-abdominal, para poder llegar a la cara superior del hígado, es decir al órgano y lugar en donde está enclavado el foco inicial y residual, para poderlo extirpar radicalmente.

En resumen: se trata de un caso de equinocosis pleural secundaria, segundo tipo, (neumo-pio-hidátido-tórax), que evolucionó en tres etapas: hepática, pleural y pulmonar; con expresión radiográfica de 'doble nivel líquido pleural y de burbuja 'hidro-aérea subfrénica, persistiendo esta última en la radiografía N° 3 y 4, tomadas al enfermo después de operado, lo que no nos permite abrigar la seguridad absoluta de una curación definitiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. DEVE (F.). — L'echinococose secondaire de la plevre. "*Journal de Chirurgie*". T. 49, N° 4, Avril de 1937.
2. PIAGGIO BLANCO (R. A.), ARTAGAVEYTIA (A. C.), SCIUTO (J. A.). — HIDATIDOTORAX. Revista de Tuberculosis del Uruguay. Montevideo. Tomo 7, N° 1, Pág. 8 al 9.