

QUISTE HIDATIDICO EN BOTON DE CAMISA
TORACO - PARIETAL (*)

Dr. Barsabás Ríos
(Tacuarembó)

Motiva esta comunicación el hallazgo de un quiste hidatídico con caracteres topográficos y clínicos que creemos de suficiente entidad para justificar una e pcial referencia.

Historia. — M. C. V. Ingres a al Hospital Tacuarembó el 26 de febrero de 1946, procedente de Mataojo. Salto.

40 años de edad. Un hijo de 16 años. No hay antecedentes patológicos de interés.

Hace unos 6 años empezó a notar una pequeña tumoración indolora sobre el lado izquierdo torácico. Esa tumoración, que la enferma palpaba a menudo, fué creciendo poco a poco, sin causarle molestias y permitiéndole toda clase de tareas. Ultimamente estaba tan grande su tumoración, que la enferma se resolvió a consultar médico, temerosa de que se tratara de algo "malo". En ningún momento durante la evolución del tumor tuvo dolores agudos, ni cuadro de sofocaciones o fatiga, ni echó nada por tos. No hay fiebre.

A la inspección se observa un tumor externo lateral de tórax, casi tan grande como un casco cefálico de adulto, que, estando la enferma de pie, pende de la pared, por debajo y hacia atrás del seno izquierdo, como si fuera un tercer seno adventicio, pero de mayor tamaño que los naturales. Sus diámetros miden: el ántero-posterior 30 cm., el vertical 15 cm., aproximadamente.

A la palpación y percusión el tumor es depresible, blando, no resistente, mate, indoloro, con adherencias laxas a la piel, — que se moviliza sobre la masa subyacente, e implantado por amplia base a la parrilla costal.

Hacemos diagnóstico de tumor encapsulado, de tipo benigno, cuya consistencia y características nos parecen las propias de un gran *lipoma*,

Decidimos la intervención, previo exámenes de laboratorio de rigor, y sin radioscopia exploradora por inconvenientes circunstanciales.

(*) Presentado en la sesión del 7 de agosto de 1946.

Intervención. — Marzo 1º de 1946. Eter. Hacemos anestesia general para evitar la gran infiltración que requeriría la local, dado el tamaño del tumor a extirparse. Incisión elíptica, de unos 25 cms. de largo, con exéresis cutánea, procurando no dejar piel sobrante. Se descubre fácilmente la cápsula tumoral y se hace disección roma en todo su contorno. Hacia atrás, el tumor se insinúa por debajo del borde del gran dorsal, cuyas fibras más anteriores forman una cortina muscular adherente a la cápsula de la tumoración. Seguimos disecando hasta liberar toda la masa, sin herir su cápsula, que es gruesa, con el aspecto de las bolsas de goma sintética. Ya liberado el tumor en toda la superficie que corresponde a las partes blandas parietales, vemos que adhiere a la parilla costal y que es inútil buscar un clivaje que permita desprenderlo de su implantación. Lo abrimos entonces, y recién descubrimos que se trata de un quiste hidatídico. Salen cantidad de vesículas hijas de todos tamaños, algunas muy pequeñas, y un magma cremoso, producto al parecer de degeneración, sin germinativa diferenciada, sin líquido, ni pus, ni bilis. Extirpamos la parte externa del tumor mediante incisión circular de la periquística en las proximidades de su inserción al plano costal.

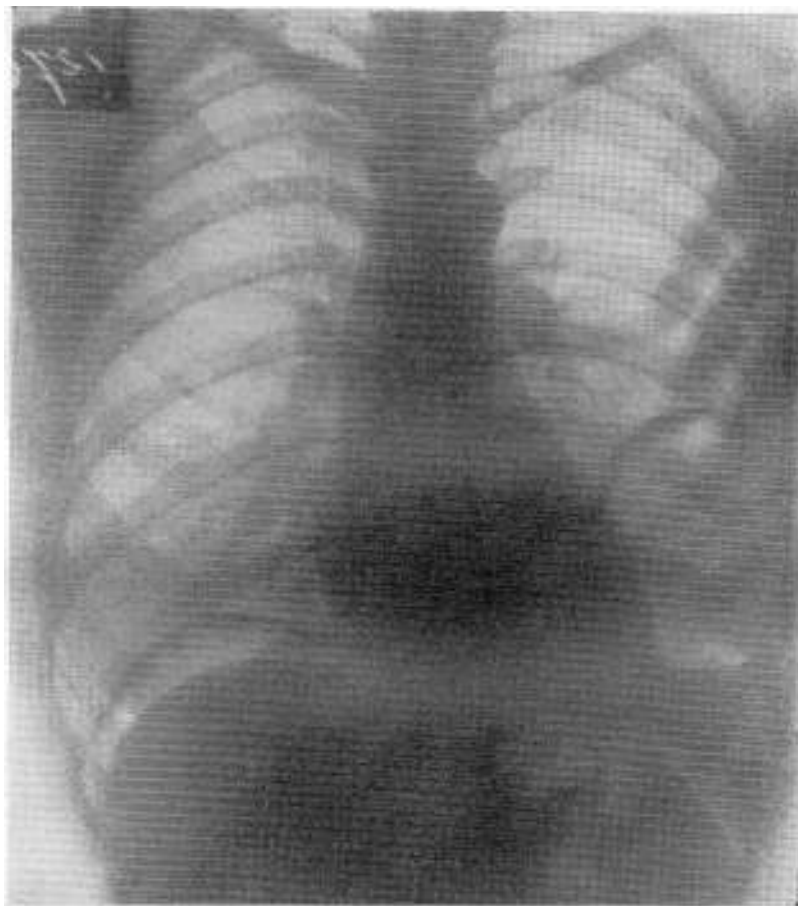
Vemos entonces que el gran quiste se continúa en el tórax por un saco del tamaño de una naranja. La brecha de comunicación con su porción externa, situada en el octavo espacio intercostal, mide 6 cms. en el sentido ántero-posterior, por 3 cms. en el sentido vertical. Su centro se encuentra en la prolongación de la línea axilar anterior.

Se evacúa el saco torácico de todo su contenido de vesículas. El volumen del saco intratorácico se estima en una cuarta parte del externo. El vaciado de ese saco no provoca tos, ni fatiga, ni otros trastornos.

Una exploración digital minuciosa permite comprobar una marcada erosión de las costillas octava y novena. Es bien apreciable esta usura de las costillas que limitan la brecha, tal vez reducidas a la tercera parte de su espesor. A su vez la exploración digital y visual de la cavidad intratorácica, no muestra ninguna comunicación con órgano alguno subdiafragmático. No se ve tampoco ningún orificio oval, de los que suelen mostrar los bronquiolos, al abrirse tangencialmente, en las periquísticas intrapulmonares. Se lava, además con suero la cavidad, sin provocar la menor reacción de tos, lo que excluye comunicaciones con el árbol bronquial. El saco endotorácico está, asimismo, sólidamente aislado de la gran cavidad pleural. Se completa la intervención, lavando la gran herida operatoria y cerrando en dos planos superficiales, con mechado de la cavidad intratorácica a través de la brecha intercostal.

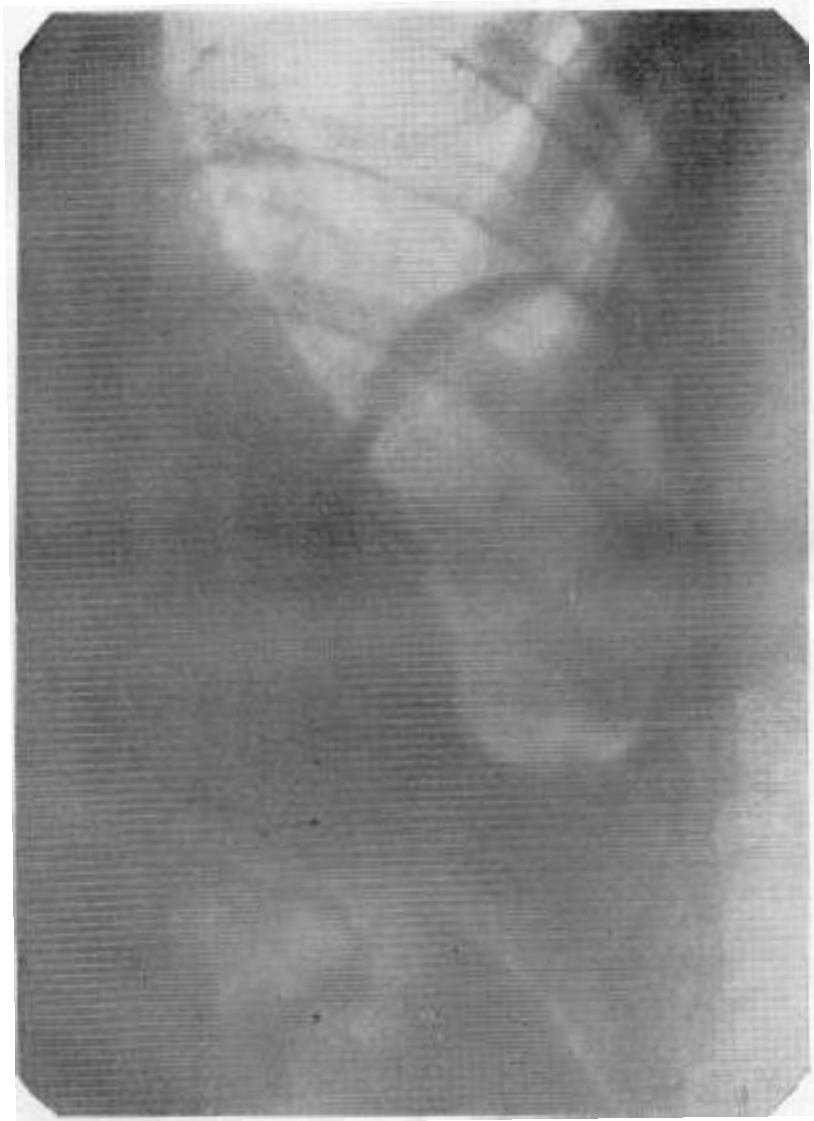
Días después, previo neumoperitoneo por inyección de aire, estudiamos las relaciones de la cavidad residual con el diafragma y los órganos abdominales. Pueden verse la placa y una toma parcial, aumentada (fig. 1 y 2). La fig. 3 muestra la erosión doble costal, claramente, aunque no con la evidencia de nuestra comprobación operatoria. Conservamos,

por otra parte, la porción externa del saco quístico, extirpado con un trozo de piel. El proceso de curación de la enferma se cumple normalmente. Las figs. 4 y 5 muestran el aspecto del saco extirpado por la superficie externa e interna.



PLACA I. — Radiografía previo neumo-peritoneo para estudiar la situación del saco endotorácico residual

Consideraciones. — Deliberadamente pusimos “quiste hidatídico en botón de camisa tóraco-parietal”, eludiendo referencias demasiado terminantes en cuanto a localización original, o al carácter primitivo o secundario del quiste en cuestión. Creemos, sin embargo, que hay elementos que permiten la discriminación del

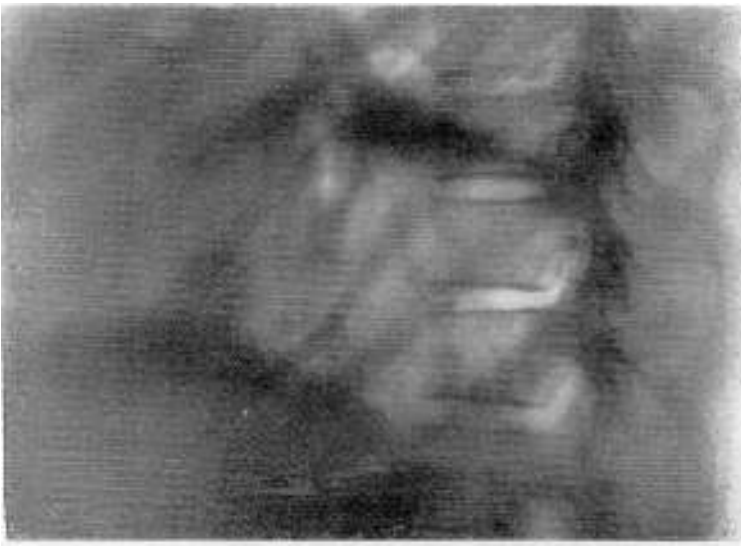


PLACA Nº II. — Toma parcial aumentada de la Nº I

caso y el arribo a conclusiones formales. Los más importantes serían:

Elementos positivos: 1º Quiste hidatídico bisacular, una parte intratorácica, tres partes extratorácicas; 2º Quiste multivesicular degenerado; 3º Erosión costal doble.

Elementos negativos: 1º Ningún signo físico o episodio clínico o funcional de ruptura o presencia de un quiste anterior pulmonar o abdominal; 2º Ausencia de maniobras quirúrgicas anteriores; 3º Carencia de germinativa diferenciable.



PLACA Nº III. — Muestra las erosiones de las costillas 8ª y 9ª

Parece sólidamente establecido (Piaggio Blanco y García Capurro) — “que los quistes hidatídicos primitivos de pulmón no producen lesiones óseas costales”. No se exteriorizan tampoco a través de un espacio intercostal. No son, habitualmente, multivesiculares; tienen siempre germinativa y, abiertos, revelan su comunicación con el árbol bronquial. En nuestro caso concreto es, pues, fácil descartar, — no obstante la apreciable cavidad intratorácica, bien visible en la radiografía. — el parénquima pulmonar, como asiento del quiste.

El quiste hidatídico pleural primitivo se considera en la ac-

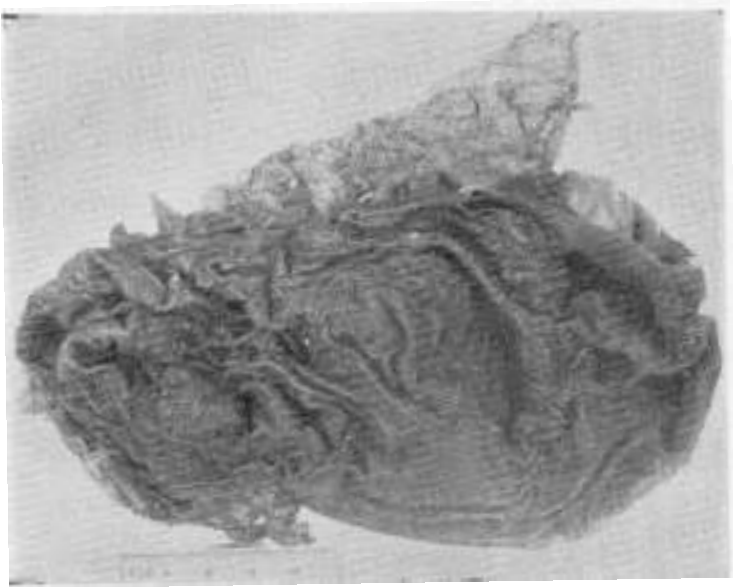


FIG. 4

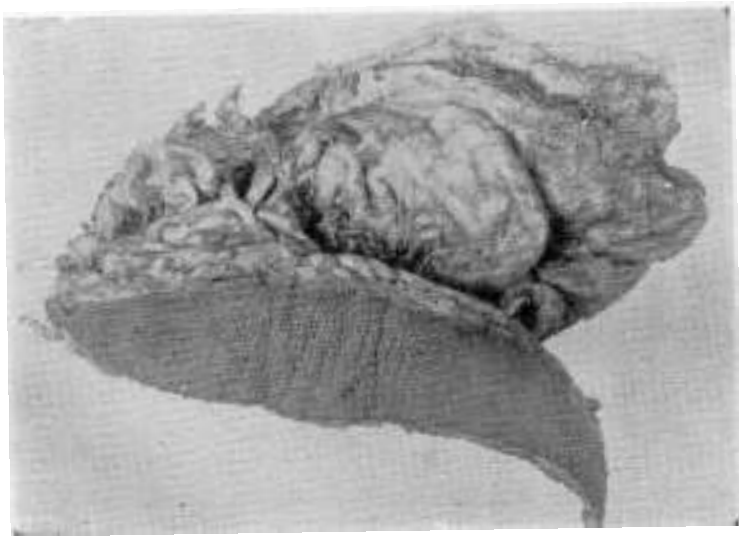


FIG. 5

tualidad, por los expertos en la materia, como rarísimo o inexistente o, en el mejor de los casos, improbable. Lo desechamos.

El quiste primitivo inter-pleuro-parietal — (R. Finochietto) — originaria usura ósea, pero es considerado rarísimo o excepcional — (Prat y Barcia) — o mismo derivado de la interpretación errónea de un grado evolutivo del seudo absceso osifluente hidatídico — (Ivanissevich).

Quedarían a considerar el quiste hidatídico pleural secundario o el quiste costal primitivo.

Armand Ugón, refiriéndose al caso publicado por Princivalle en la Revista Médica del Uruguay (1914), sostiene que la carie costal, la multivesiculización y la tumoración en botón de camisa, constituye el trípode sintomático de la hidatidosis costal con quistes osifluentes.

Piaggio Blanco considera tal afirmación como demasiado absoluta, y agrega: “La multivesiculización, la apertura en botón de camisa y la erosión costal pueden observarse en la equinocosis pleural secundaria, lo que hace más difícil la delimitación nosológica exacta de la observación” (la de Princivalle).

Armand Ugón, últimamente, — Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay, 1945 — relata siete casos de hidatidosis pleural secundaria “consecutiva a la inoculación de la serosa por quistes pulmonares, hepáticos y pericardiácos”. En un caso hubo migración transparietal. En otro caso habría “signos de alteración de morfología costal”.

La exteriorización del tumor y la erosión costal existirían en los casos Prat, D. Lamas y en el de Princivalle. Pero en este último, — factor muy a tener en cuenta, y que no ha sido destacado por la crítica —, la erosión costal y la migración pueden ir a cargo de la supuración y del absceso formado, con abundante pus, que necesariamente debe crearse salida. Al valorarse las exteriorizaciones como expresión clínica, debe discriminarse cuáles se deben a la complicación supurativa, y cuáles a la pura y natural evolución del quiste hidatídico.

De cualquier modo, cuando un quiste pleural o subpleural coexiste con erosiones costales será, en la gran mayoría de los casos, consecutivo a una *equinocosis ósea primaria*, según opi-

mon de Dévé, Prat, Ivanissevich, Armand Ugón, etc., Y dicen Piaggio Blanco y García Capurro que, cuando un quiste de naturaleza hidatídica provoque lesiones costales, se debe “pensar en una equinocosis ósea primitiva, o mucho más excepcionalmente en una hidatidosis pleural secundaria, o en un quiste hidatídico primitivo inter-pleuro-parietal si es que existe”.

Por otra parte, en nuestro caso, se opondría a la hidatidosis pleural secundaria el no haberse encontrado el quiste primitivo que la originara, en ningún órgano; ni el antecedente o episodio clínico o quirúrgico determinante de la contaminación, aunque la siembra pudo hacerse, desde luego, silenciosamente.

Pero hay algo más, que nos induce decididamente a considerar el caso que venimos de relatar, como una hidatidosis costal primitiva.

En el “Boletín del Instituto de Clínica Quirúrgica” de la Universidad de Buenos Aires, N° 155, marzo 1943, los Dres. Rivas y Morel, tratan dos casos de “seudo absceso osifluente hidatídico” — Ivanissevich — a evolución intratorácica.

Dicen los autores, tras breve explicación etiopatogénica y anatomo-patológica: “De lo antedicho se desprende que: 1°, en el *seudo absceso osifluente no existe membrana germinativa*, hecho éste, muy importante, para el diagnóstico operatorio, en el caso de un quiste de localización dudosa, y 2°, esta forma de hidatidosis extra ósea es un verdadero pseudo absceso osifluente y no un absceso como le llamaba Dévé, pues, la infección no interviene en absoluto en su determinismo ni en su evolución”. Destacan luego la importancia, para el diagnóstico de este tipo de quiste hidatídico intratorácico, de la riqueza en calcio de la adventicia, que en los quistes pulmonares nunca se calcifica, y propugnan para visualizar tal calcificación de la periquística la técnica de Eguin y Aguirre, de radiografía penetrante.

En nuestro caso de quiste bisacular tóraco-parietal, nos llamó la atención poderosamente *el hecho de no encontrar membrana germinativa*, a pesar de la enorme cantidad de vesículas hijas. No sabemos si hay calcificación de la periquística, pero puede apreciarse en la radiografía la densidad de su contorno. Conservamos, por otra parte, de ella, casi toda la porción extra-torácica, lo que permite un estudio anatomo-patológico, a aquellos fines.

Concluimos, pues, en que nuestro caso debe ser considerado como un *seudo absceso osifluente hidatídico*, a desarrollo bipolar.

El asiento primitivo del quiste sería óseo, en una de las costillas erodadas, y la usura de la otra costilla, por efecto mecánico.

Desbordados los planos intercostales por el proceso de crecimiento del quiste, éste hallaría menor resistencia a su desarrollo ulterior hacia afuera que hacia adentro del tórax. De ahí la notable diferencia de tamaño de ambos sacos. La consistencia blanda, no renitente, "lipomatoide", de tumor externo, se debería a la degeneración del quiste, y a su contenido de vesículas y papilla, sin líquido.

Entendemos que el caso, por su carácter de quiste primitivo, a asiento costal, por el tamaño alcanzado, sin episodio alguno de complicación y sin infección, puede considerarse excepcional y justifica la especial mención que hemos querido conferirle al traerle a esta Sociedad.