

HIDATIDOSIS CARDIOPERICARDICA ()*

Dres. E. Vigil, J. Piñeyrúa y R. Díez

Señores: hace algunas semanas tuvimos oportunidad de traer aquí bajo forma de nota previa, los resultados inmediatos de la operación practicada a esta misma enferma: hoy presentamos la observación detallada y los resultados hasta el momento de su postoperatorio que es perfecto. Lleva actualmente más de tres meses de intervenida.

HISTORIA CLINICA. — A. S. de R., de 36 años, uruguaya, nacida en el departamento de Rocha (Garzón).

Antecedentes personales. Difteria a los 17 años. Casada con hombre sano, tuvo 5 embarazos de los que conserva vivos tres niños que son sanos y otros dos fallecidos pequeños. Menarca a los 18 años.

A la edad de 18 años, es decir hace 18 años, comienza con una molestia dolorosa en el hemitórax izquierdo, dolor continuo que le impedía adoptar el decúbito lateral izquierdo. Poco tiempo después disnea de esfuerzo. Tos y expectoración hemoptoica precedieron este dolor en varios meses.

Dos meses después de iniciado el cuadro anterior, vómica hidática (líquido abundante expulsado con la tos en bocanadas de gusto salado y que le provocó accidentes de sofocación); algunos días después expulsa con los esfuerzos de tos membranas hidáticas. Este episodio se repite en varias oportunidades.

Pasa luego dos años completamente bien.

Interrumpe este período de calma con un accidente de dolor torácico intenso, se cubre de manchas rosadas sin prurito y se hincha según lo afirma ella; al cabo de unos días de este cuadro vuelve a expulsar membranas hidáticas en sucesivos accesos de tos.

Nuevo período de calma clínica de cuatro años esta vez.

De nuevo un episodio de tos con expectoración amarilla, con fiebre, interrumpe esta calma por unos días.

Todo entra en orden de nuevo por un período de casi 10 años.

Por último y desde hace dos años sufre de modo continuo, iniciándose esta vez también por tos y expectoración hemoptoica que dura alrededor de

(*) Presentado en la sesión del 27 de noviembre de 1946.

un año. Al cabo de ese tiempo hace una vómica de líquido salado y rosado y 15 días después expulsa membranas y vesículas hidáticas semejantes a uvas dice la enferma y en número aproximado de 22 a 24. Sigue desde entonces sufriendo de tos y expectoración hemoptoica que en algunas oportunidades fué bastante abundante. El 4 de mayo último hizo al parecer la última vómica teñida con sangre.

Examen: Enferma pequeña, pálida, que acentúa su leve disnea con cualquier esfuerzo. Pulso permanentemente alto de 100 por minuto. Presión ar-

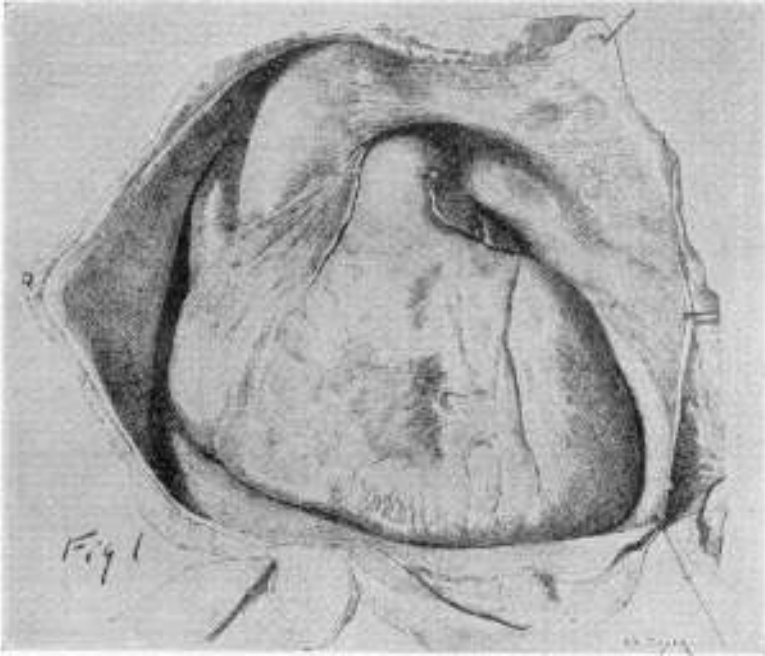


FIG. 1. — (de Poirier): Manera como una vez abierto el saco pericárdico sale y aparece el corazón. En este caso había una adherencia completa aunque laxa en toda la cara que se ve en la figura y su saco pericárdico correspondiente.

terial $12\frac{1}{2}$ - 6. Temperatura axilar de 37° . Discreto edema en los miembros inferiores. Tiene frecuentes accesos de tos con expectoración hemoptoica a veces.

Corazón grande y globuloso y que presenta un apagamiento de los tonos que se investiga.

Pulmón: algunos estertores en la base derecha. Los exámenes radiológicos practicados se detallan aparte.

Pesa 43 kg. 400 grs.

Exámenes de laboratorio: 26/6/46: Bacilo de Koch en la expectoración: *negativo*. 27/6/46. Eosinofilia: 8%. 29/6/46: Cassoni. *Positivo*. 29/6/46. Was-

sermann: *negativo*. 2/7/46. Investigación de ganchos: *negativa*. 5/7/46. Investigación. B. de Koch con lavado gástrico: *negativa*. 16/7/46: id. id. *Negativa*. 19/7/46. id. id. *Negativa*.

18/6/46: pesa: 43,400. 19/7/46: Pesa: 47 k. 4/8/46. Pesa: 46,700 k.

5/7/46: eritrosedimentación: 22 mm. 9/8/46: eritrosedimentación: 36 mm.

En suma: desde hace 18 años esta enferma que tiene 36 sufre de hida-

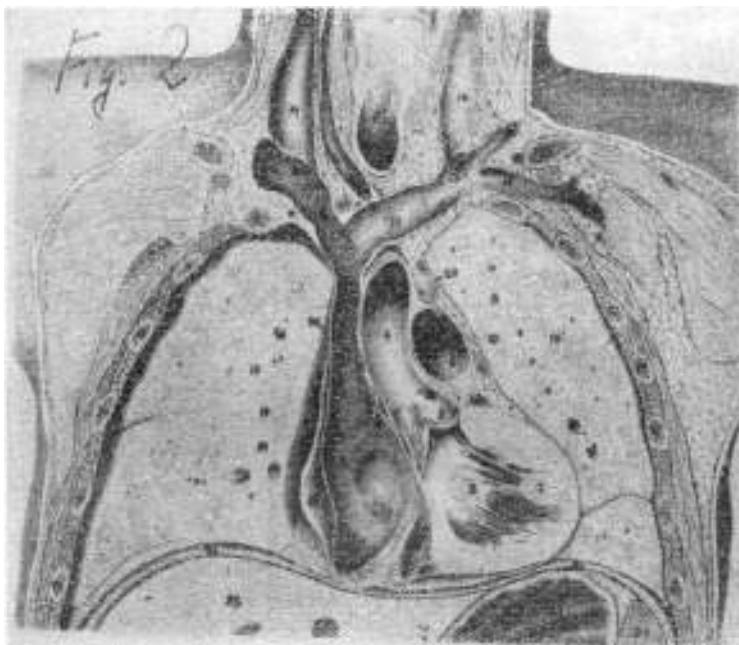


FIG. 2. — En esta figura (como la siguiente debidas a la amabilidad del Prof. J. H. May, Director del Instituto de Anatomía Normal) se ven las relaciones de la zona donde asentaba el quiste con la región de la tuberosidad mayor del estómago cuya deformación anotamos en una radioscopia en oblicua anterior izq. con relleno baritado.

tidosis, evolución interrumpida por vómitos frecuentes y remisiones prolongadas.

Los exámenes practicados muestran:

Que no hay bacilo de Koch en la expectoración repetidamente buscado.

Que el Cassoni es positivo y la eosinofilia de 8%.

Que sus otras reacciones son normales.

Las radiografías y radioscopias de las que damos aquí un resumen muestran:

14/8/46. Sombra homogénea redondeada intratorácica en la zona apical derecha.

Sombra redondeada intratorácica en la base derecha de densidad disminuída en el centro.

Sombra cardíaca que presenta: a) borde izquierdo en la región de la punta contacta con la pared torácica, coincidiendo con la zona de inmovilidad radioscópica (ausencia de latidos propios y de expansión).

b) En la zona correspondiente a la proyección de las cavidades derechas se ve una imagen redondeada de densidad mayor que la cardíaca



FIG. 3. — Aquí hemos pretendido mostrar el sitio que ocupaba el quiste en el saco pericardíaco quedando por arriba el corazón, a la izquierda la punta con las modificaciones anotadas en la descripción, atrás el límite de la cavidad pericardíaca, a la derecha la vena cava. De esta zona vino el sangramiento venoso que obligó a taponar y a esta altura queda la sombra redondeada que no se modificó con la intervención.

menor que la costilla que en las radioscopias se vió ser solidaria con los 14/8/46; en radiografía penetrante no hay diferencia fundamental sino una mejor visualización de los elementos anotados.

El perfil no permite agregar más datos a los ya obtenidos.

Se le hace una serie de objetos de separar la sombra redondeada que se proyecta a la derecha de las cavidades cardíacas mismas lo que no se consigue.

En radioscopia con opacificación del trayecto esofágico y del estómago

por ingestión de comida opaca se pudo apreciar una deformación de la cámara gástrica que aparece empujada abajo por una formación localizada a la altura del centro frénico, visto en oblicua anterior izquierda.

El informe electrocardiográfico dice: Ritmo sinusal de 94 contracciones por minuto. Onda auricular P y espacio PR dentro de los límites normales. No hay desviación del eje eléctrico. Onda T positiva en DI, negativa muy profunda y con aspecto coronariano en DIII y DII.

En las derivaciones precordiales CR2, CR4, CF4, CR5 y CF5 onda T invertida.

Intervención: Drs. Vigil, Piñeyría, Cabezas. Anestesia general Baro-narcosis. Pte.: Fernández Oria. Comienza a las 8 y 30. Termina a las 11 y 30. Técnica: Hacemos un volet de tipo Fontan desde la tercera a la séptima izquierdas y adentro hasta la línea media. Sección de costillas en sus



puntos extremos. Se vuelca el colgajo y se reclina la pleura. Se produce una muy pequeña rotura en la pleura hacia abajo que se sutura bien. Abrimos el saco pericárdico que se encuentra totalmente adherido al músculo cardíaco aunque laxamente: no sale pues como normalmente el músculo cardíaco de la serosa, queda fijo allí en el fondo de la herida. Tratamos de decolar hacia los lados lo que se consigue pero hacia la punta del corazón que es donde se siente distinta consistencia la luz es muy escasa. Resecamos la 7ª costilla y abrimos más pericardio, con todo esto no es posible liberar la punta. La tenemos pero no la dominamos. A esta altura de la intervención vemos que en la zona apical emerge del propio músculo cardíaco una formación con los caracteres habituales del quiste hidático. El punto en que el corazón deja de ser tal para continuarse con el quiste es de una precisión absoluta y podemos evidenciarlo más aún raspándolo levemente con el bisturí: las fibras musculares terminan desparramándose sobre el quiste al que rodean en su parte alta; la constitución fasciculada se ve nítidamente. No sabemos si lo que se ve emerge sólo de la pared ventricular o es el propio saco pericardíaco distendido y sinfisiado con el miocardio. Ante la imposibilidad

de resolver el problema con la luz existente nos decidimos a abordar la gran cavidad torácica por una toracotomía a nivel de la 5ª costilla lo que hacemos en una extensión de 15 centímetros.

Efectuada esta ampliación de la incisión y siguiendo los consejos del doctor Amargós allí presente puncionamos ese saco obteniendo líquido claro e inyectando formol en pequeña cantidad. Abrimos luego ampliamente el saco que resulta ser extracardiaco y vaciamos su contenido de cuyas membranas y vesículas ofrecemos las fotos correspondientes. Ha desaparecido pues el riesgo temido que nos hizo ser tan prudentes en el abordaje de la lesión y que era el de que el quiste tuviera con el corazón la misma relación que uno del hígado tiene con el parénquima hepático, es decir que el quiste fuera del miocardio.

En el curso de las maniobras de limpieza de la cavidad cardiopericardiaca



se desgarró el borde del miocardio en la zona limitrofe con el quiste lo que produjo una rotura del ventrículo y la hemorragia correspondiente que solucionamos inmediatamente con dos puntos.

Cuando quedó conjurado este riesgo una copiosa hemorragia oscura como de sangre venosa llenó el campo operatorio dentro de la cavidad. Fué de tanta intensidad que trajo la presión arterial a cero y sólo cedió a un taponamiento efectuado en el saco cardiopericardiaco con una compresa. Esta sangre venía del extremo derecho y a pesar de los esfuerzos no pudimos determinar su origen.

Cerramos parcialmente el pericardio y con cierta dificultad el tórax. No queda neumo apreciable.

Termina la intervención con una presión arterial de 4 a 5 Mx. y con pulso de 130.

Recibió 1 litro 700 de sangre y un litro de suero I. V.

Queda en la sala de operaciones hasta las 17 horas.

Postoperatorio: Oxígeno en permanencia, Trendelenburg. La presión arterial se mantiene entre 8 y 9 mx. Pulso 130. Gran disnea. Iniciamos la penicilina.

Todo el día siguiente 23 de agosto lo pasa en relativo buen estado; se le calma repetidamente con morfina, se le hace coramina, sueros, etc.

Día 25. A las 11 de la mañana hacemos la primera Rfia. de tórax con aparato portátil y ante el ascenso térmico y la imagen con la agravación del estado general decidimos quitar la mecha que suponemos hace tapón en la cavidad cardiopericardiaca. La extracción se hace sin dificultades pero cada vez que es necesario tirar algo más de lo tolerable el pulso se detiene; así con sucesivas pausas y restablecimientos del ritmo seguimos en la operación hasta que se extrae toda y sin accidentes. El drenaje de líquido hemático es abundante.

Día 26. Aparece una complicación pulmonar grave del lado derecho. Los dos tercios inferiores del pulmón están alterados. Insistimos en la terapéutica



por la penicilina. La sombra redondeada del lado derecho en el vértice, uniforme en las placas anteriores toma en ésta un contorno hecho a compás.

Día 27. Baja la fiebre y el pulso, está mejor. Hay una disminución considerable de los glóbulos rojos.

Día 28. Transfusión de 300 gramos. Estado general sigue grave.

Día 29. Sigue disneica con algunas crisis de tos con expectoración blanquecina. A las 9 de la mañana tiene una crisis de angustia con sensación de falta de aire; suda copiosamente. Presión arterial y pulso se mantienen en $11 \frac{1}{2}$ - 4 y 120 resp.

Día 30: expectoración con ganchos. Mejora progresiva y lenta del estado general. En los días sucesivos esta mejoría se acentúa. Se nota una gran infiltración de los tejidos vecinos de la herida, base de tórax del lado izquierdo, seno de ese lado y hasta la parte alta del vientre bajo el reborde costal izquierdo.

Día 8 de setiembre: inicia un cuadro de expectoración hemoptoica progresivamente creciente que en los tres días siguientes ponen en grave peligro la vida de la enferma. El Dr. Diez le hace un neumotórax que pone fin a este

angustioso estado de cosas. Mejoría progresiva y acentuada y 20 días después se da de alta.

En ese momento se le toman las fotos adjuntas.

En resumen este período postoperatorio presenta dos accidentes importantes:

1º Complicación pulmonar postoperatoria del lado derecho que termina siendo con ganchos hidáticos en la expectoración.

2º Hemoptisis a repetición que sólo se detiene con el neumotórax.

Las placas efectuadas en este período muestran:

24 Agosto/946: Dos placas. 11 de la mañana y 20 horas. Gran globo pericárdico desviación mediastinal a la derecha.

26/VIII. Disminución evidente de la sombra pericardiaca después de la extracción de la mecha. Persiste la desviación de la tráquea y se nota en la imagen quística del vértice un enrarecimiento central. Evacuación del quiste? Coincide este aspecto con la complicación pulmonar la expectoración abundante y dos días después con la presencia de ganchos en la expectoración. Por lo demás se ve la base izquierda ocupada.

30/VIII. Aspecto de proceso pulmonar agudo. Borde a compás en el quiste superior derecho. Base izquierda igual.

6 de setiembre de 1946. Vuelve la tráquea a su lugar. La sombra quística del vértice se ve mejor y reaparece la sombra redondeada que se proyectaba sobre las cavidades derechas. Base izquierda igual.

16 de setiembre. Pequeño derrame de base derecha y nivel. Neumotórax izquierdo. Brida apical izquierda. Demás igual.

Tomografías. En el tercer corte se ve el borde inferior de la imagen redondeada que se proyecta sobre las cavidades derechas. En el resto no hay precisión. Este corte indica que la sombra en ese punto es bien posterior.

En el cuarto corte se ve claramente la imagen redondeada bien limitada y coronada ella misma por otra muy pequeña sombra redonda muchas veces menor que aquélla. El informe electrocardiográfico dice: Taquicardia sinusal de 107 contracciones por minuto. Comparado con el trazado anterior se observa: un cambio en el eje eléctrico. La onda T continúa siendo negativa y de aspecto coronariano en DII y DIII, en DI es isoelectrica actualmente.

Estos informes son del doctor E. J. Isasi y los informes radiológicos del Pte. N. Azambuja.

Tal la larga historia clínica de esta enferma. No podemos entrar a la discusión de todos los aspectos que ella presenta lo que alargaría desmesuradamente este trabajo. Nuestra intención es la de contribuir con un caso más de esta curiosa afección a la estadística nacional. El doctor Amargós y colaboradores tienen en este momento una monografía en preparación sobre el tema. Ellos han puesto a nuestra disposición bibliografía, etc., gentileza que agradecemos aquí.

Llaman la atención en la historia de esta enferma tres hechos que son de interpretación discutible.

1º La concomitancia de hidatidosis cardiopericardiaca y pulmonar.

2º Las vómicadas repetidas, una de ellas de hasta 22 ó 24 vesículas como uvas.

3º La existencia en el tórax después de operada de una sombra presumiblemente quística de aspecto cálcico y que existía antes de la intervención

Respecto al primer punto quedamos sólo reducidos a plantear hipótesis ya que la comprobación operatoria falta.

a) Pueden haber los elementos hidáticos de la infestación primitiva atravesado el filtro hepático y haber colonizado en el área pulmonar; alguno ha podido pasar a la gran circulación y por vía de las coronarias llegar al corazón, ya que conviene suponer, en principio que la hidatidosis del corazón ha sido primitiva y la pericardiaca secundaria a ella.

b) Puede haber habido un quiste hepático que roto en la vena cava diera origen a la siembra en el territorio de la pequeña circulación.

c) Puede suponerse que el primitivo fué siempre cardíaco y que luego su evolución lo hizo abrirse hacia el pericardio, como correspondería a los del ventrículo izquierdo y habría que suponer otro que se abrió hacia las cavidades cardíacas (el mismo no puede ser), para explicar los del territorio de la pequeña circulación.

d) Es posible que un quiste del miocardio haya contaminado el pulmón por progresión después de producir la lesión cardiopericardiaca, pero ello aparece como hecho raro por la ausencia de trazas en el parénquima pulmonar correspondiente, aun cuando la sombra restante del área cardíaca del lado derecho y que no conseguimos ubicar bien y que es de opacidad acentuada pueda dar algún apoyo a esta idea.

e) Por fin puede suponerse que la patogenia no es unívoca para todos los quistes y que mientras los pulmonares pueden ser debidos a siembras broncogénicas a partir del primero que se vomizó, el del corazón con todo lo que de él se derivó pueda ser debido a escolax que franquearon el filtro hepático y el territorio pulmonar.

Otro aspecto importante que presenta esta enferma es la ausencia de quistes en el pulmón izquierdo y la ausencia de secuelas en ese campo evidenciables por la clínica y por la radiología simple (bien entendido no se le hizo broncografía), de quistes necesariamente vomitados. Planteamos la posibilidad de que motivos anatómicos sean los determinantes de estas diferencias ya sean pulmonares o cardíacos.

En segundo lugar las vómitas repetidas de hasta 22 o 24 vesículas es un hecho sorprendente ya que no es la manera habitual de evolucionar la hidatidosis pulmonar y no hay evidencia de que su origen sea extrapulmonar.

En tercer término queda la interpretación de la sombra que se proyecta sobre las cavidades derechas y que tan bien se ve en la tomografía después de operada, sombra que asistió incambiada al desarrollo de todo el drama que la rodeó. Es posible que sea un quiste pericárdico calcificado. No creemos en que una vesícula cualquiera fuera de su contenido hubiera podido dar esta sombra tan densa y escapar a la minuciosa revisión que se hizo del saco quístico en el curso de la intervención.

En cuanto al aspecto clínico del problema sólo podemos llamar la atención sobre la gran tolerancia de tal lesión. La poca repercusión funcional de un corazón prácticamente aprisionado en un saco lleno de vesículas y de líquido hidáticos es llamativa. La cronicidad del proceso estará seguramente en la base de la explicación de estos hechos.

Como lo decíamos en nuestra nota previa el diagnóstico fué del Dr. Amargós y cabe destacar que sólo surge como una fuerte presunción y no de la existencia de ningún signo o síntoma patognomónico. Los tres elementos principales como el propio Dr. Amargós lo hacía notar son las modificaciones de la silueta cardíaca, la coexistencia de lesiones de hidatidosis en otros territorios del organismo y modificaciones electrocardiográficas como las anotadas.

La Anatomía Patológica de la lesión constituye sin duda un capítulo fundamental. Ya el doctor Larghero en un trabajo presentado en colaboración a esta Sociedad insistía sobre este punto y dividía las posibilidades de acuerdo a tres formas principales.

a) Lesión que se manifiesta como una pericarditis con derrame y tiene sólo en el examen histológico la prueba de su origen hidático.

b) La que se manifiesta como una porción mayor o menor del saco pericárdico ocupado por elementos hidáticos macroscópicamente reconocibles.

c) Aquella que se manifiesta como logias cada una de las que responde a la descripción del párrafo anterior.

Insistimos nosotros ahora en que en nuestro caso por lo menos había una amplia zona de pericarditis adhesiva que volvía inexistente la cavidad pericárdica, consecuencia obligada pensamos de toda agresión difusa del pericardio como debe de haber sucedido en estos casos.

La designación de esta lesión con el término de hidatidosis cardiopericárdica nos parece justa, no sólo porque patológicamente puede ese ser su mecanismo de producción sino porque como lo hicimos notar oportunamente el propio músculo cardíaco forma parte integrante de la lesión.

En cuanto a la técnica ella tiene relación estricta con la anatomía patológica en el campo operatorio. La ignorancia de la modalidad de la lesión y de su topografía exacta imponen vías de exploración. Dudamos mucho antes de decidirnos por el Fontan, que luego como se vió nos encontramos obligados a ampliar en forma considerable. Pensábamos que una simple toracotomía pudiera resultar pero nos encontrábamos obligados a ir más al medio del área cardíaca y no limitarnos a un sólo lado. Desechamos el colgajo descrito por el Dr. V. Pérez Fontana en colaboración con uno de nosotros, por parecernos demasiado grande el riesgo de abrir la pleura derecha ya que de ese lado había una hidatidosis pulmonar concomitante. Igualmente desechamos abordajes semejantes por iguales consideraciones.

El Fontán debimos ampliarlo por dos veces; el mejor conocimiento de la anatomía patológica de la lesión nos hubiera ahorrado ambos tiempos complementarios. Antes de operar y siguiendo los consejos de los doctores Larghero y Amargós pensamos drenar en la pleura ya que un drenaje del pericardio sería seguramente fatal por la infección y que un drenaje pleural ofrece grandes posibilidades.

Y bien como nos vimos obligados a dejar una mecha en la cavidad cardiopericárdica supusimos que ello era bastante para asegurar el drenaje. Quitada la mecha, el trayecto muy oblicuo se obturó espontáneamente. Desde entonces el drenaje se hizo

en el tejido celular ambiente, infiltrándose el seno, el tegumento sobre el reborde torácico, la mitad izquierda del abdomen y hasta la región lumbar izquierda. Toda esta enorme infiltración progresivamente mejoró y curó. La ventaja que vemos en este procedimiento de drenaje es que ello no contribuyó en ningún momento a disminuir la capacidad respiratoria de la enferma, como habría sucedido si todo ese líquido se hubiera colectado en la pleura. Por lo demás el drenaje habría sido hacia la pleura izquierda y la complicación pulmonar postoperatoria fué derecha habríamos reducido así de modo peligroso la función de un sector importante del campo pulmonar.

A manera de conclusiones podemos decir:

1º Sólo se hace el diagnóstico por la coexistencia de síntomas. No hay síntomas ni signos patognomónicos.

2º Mientras el mayor número de casos conocidos presentan hidatidosis visceral múltiple concomitante con la cardiopericardíaca, el nuestro sólo presenta tales lesiones en un campo pulmonar (el otro clínicamente sano y a la Rgia. simple).

3º No sabemos cuál es el origen de todas las vómicas y en especial de aquellas que adoptaron formas tan poco comunes en la hidatidosis pulmonar.

4º Una sombra quística sobre cuya implantación primitiva sólo podemos hacer conjeturas desafió la investigación operatoria.

5º Como ideas a tener en cuenta para próximos casos como lo decíamos en nuestra nota previa creemos que conviene:

a) Conocer por procedimientos de contraste la topografía exacta de las cavidades sanguíneas dentro del complejo lesional indiscriminable por la radiología y otros procedimientos solamente.

b) Recordar que la anatomía patológica de la lesión puede presentar aspectos variados que describimos. Insistir en las adherencias de la mayor parte del saco pericardíaco.

c) La vía de abordaje estará condicionada a esto mismo.

d) Hemos probado que el drenaje en la pleura del saco cardiopericardíaco es innecesario, siempre que se le provea al saco quístico de una vía de avenamiento adecuada que en nuestro caso ha probado ser tal el tejido celular ambiente y de regiones vecinas.