

*TECNICA DE LA EXTIRPACION DEL QUISTE HIDATICO*  
• *DEL PULMON (\*)*

*C. Victor Armand Ugón*

Jefe de los Servicios de Cirugía del Hospital Saint Bois  
y del Hospital Sanatorio Español

La extirpación del quiste hidático no complicado *enucleando la vesícula intacta*, gracias a una toracotomía amplia, produciendo neumotórax operatorio, evita las siembras parasitarias pleurales o broncopulmonares y, proporciona, un mínimum de hospitalización, con buenos resultados post-operatorios.

**Elección de enfermos y preparación preoperatoria**

Cuanto más pequeño es el volumen del quiste, tanto más fácil será su extirpación y menos temible las complicaciones post-operatorias y secuelas ulteriores. Diagnosticado el quiste hidático de pulmón, se impone la intervención quirúrgica, antes que sobrevengan complicaciones (supuración, vómicar, hemoptisis, etc.), y hoy, felizmente, el diagnóstico se realiza con precocidad gracias al examen radiológico sistemático de las colectividades.

Cuando el diagnóstico de quiste es dudoso por existir sólo una sombra redondeada intra-torácica de difícil interpretación, la toracotomía exploradora es, en la gran mayoría de los casos, la que proporcionará la solución diagnóstica y consistirá en el primer tiempo operatorio. Es lamentable su desconocimiento por los médicos que ven en ella una intervención grave cuando en realidad es tan benigna como una laparatomía.

En el preoperatorio inmediato se inyecta la penicilina de una manera sistemática, obteniéndose así una neta disminución de la

---

(\*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 23 de abril de 1947.

expectoración, fiebre y una normalización en la forma leucocitaria; llevando los enfermos a la mesa de operaciones sin trazas de infección aparente.

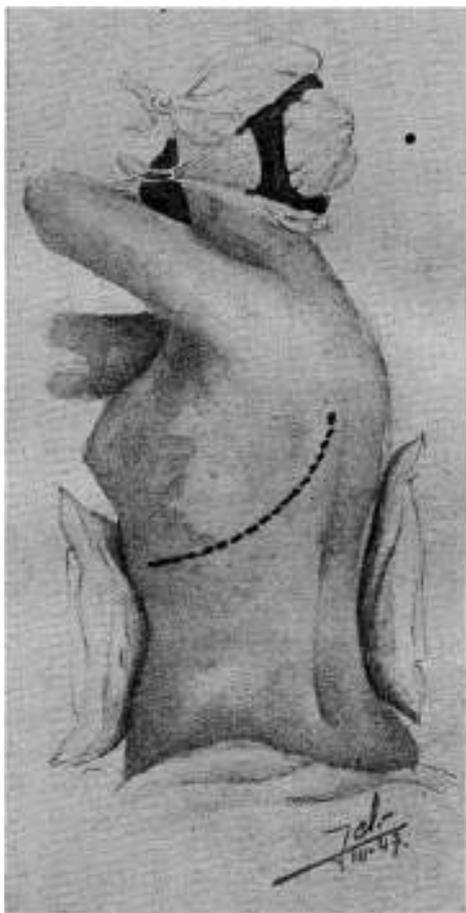
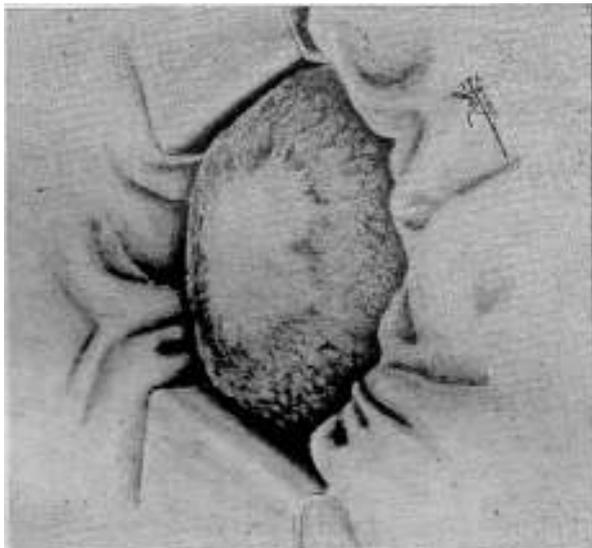


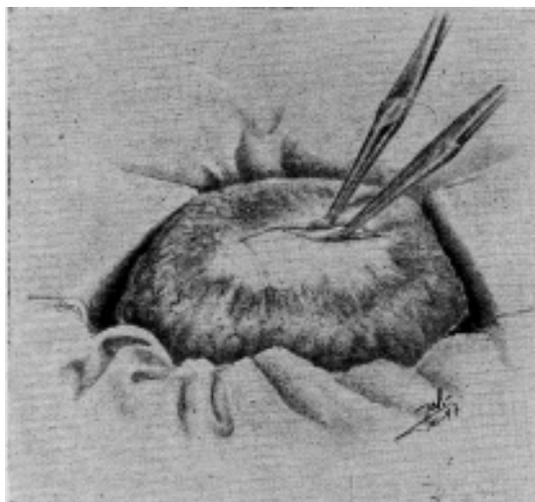
FIG. 1. — Incisión de toracotomía amplia póstero-lateral para los quistes ubicados en la porción póstero-externa del pulmón.

### Técnica operatoria

Se utiliza anestesia general con intubación traqueal. Al iniciar la intervención, empieza la transfusión sanguínea, controlando la presión arterial a intervalos regulares. Se vigila el buen funcionamiento del aparato de aspiración bronquial que siempre debe estar a mano del anestesista.



**FIG. 2.** — Aspecto de la periquística blanco-anacarada en la periferia del pulmón. En puntillado el sitio de elección para seccionar la adventicia, sin riesgo de abrir el quiste.



**FIG. 3.** — El bisturí ha seccionado con delicadeza el pulmón en la zona limitante con la adventicia.

La incisión de toracotomía se practica habitualmente sobre el 6º ó 7º espacio intercostal, estando el enfermo colocado decúbito lateral. Si el quiste es alto y posterior se utiliza la incisión de Craaford, contorneando el omóplato, y, abriendo el tórax en el 5º espacio.

Si el quiste está ubicado en los segmentos anteriores del pulmón la incisión corriente es la toracotomía anterior, con incisión submamaria, estando el enfermo en decúbito dorsal.

La resección costal en la mayoría de los casos es innecesaria, obteniéndose buena luz siempre que se utilice una toracotomía

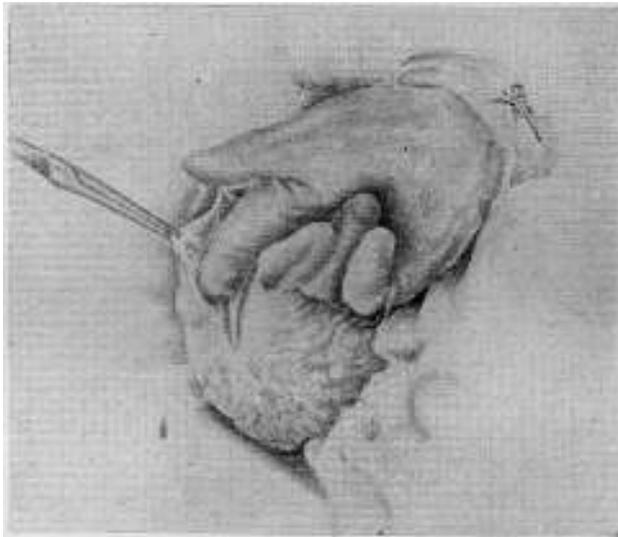


FIG. 4. Cuando se cae en el espacio interquístico-adventicial, el dedo agranda la incisión operatoria e inicia la movilización del quiste.

muy amplia. Si el tórax es rígido como acontece en las personas de edad o cuando se notara excesiva resistencia al abrir el separador torácico, se seccionará atrás, una o dos costillas, lo que proporciona mucha luz, dando claridad y facilidad a las maniobras operatorias.

Abierta la pleura, el cirujano debe controlar la exactitud del diagnóstico y, más de una vez, será necesario rectificarlo. Se investiga el asiento exacto del quiste. En todos los casos que hemos

operado el quiste es fácilmente reconocido y abordable por estar corticalizado en una de las caras lobulares.

Si existen adherencias pleurales en la vecindad del quiste o sobre él, éstas son seccionadas entre dobles ligaduras para liberar el lóbulo afectado, y, obtener su movilización. Movilizado el

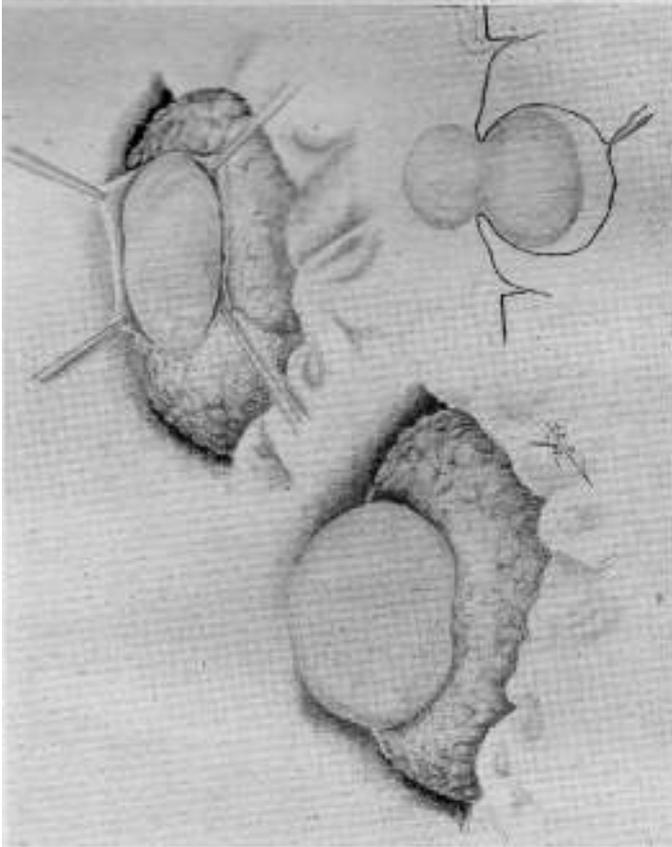


FIG. 5. — Con los dedos se luxa el quiste y la baropneumosis termina de nuclear la vesícula hidática intacta.

lóbulo, se protege cuidadosamente la cavidad pleural con grandes compresas de gasa, en toda la periferia de la zona operatoria. Después de este tiempo el anestesiista mantendrá una ligera hiperpresión hasta que la extracción del quiste se haya efectuado.

En el límite del parénquima, donde emerge la adventicia,

se incide a ésta con delicadeza utilizando bisturí o mejor tijera roma.

Se secciona milímetro a milímetro, pinzando los bordes de la incisión, que se disecan profundizando el corte hasta que aparezca la vesícula hidática. No es infrecuente encontrar en el espacio perivesicular secreción puriforme lo que facilita notablemente las maniobras operatorias. Se insinúan los dedos entre la adventicia y la vesícula hidática buscando su movilización. El anestésista simultáneamente aumenta la hiperpresión obtenién-

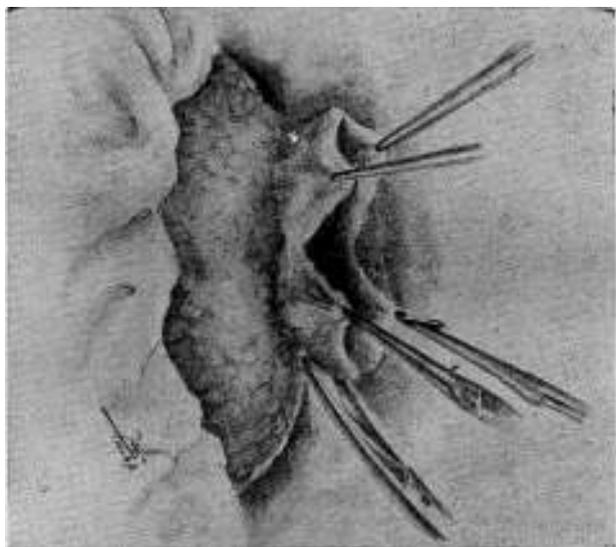


FIG. 6. — Aspecto de adventicia después de realizado el parto de la vesícula hidática. La parte exuberante poco vascularizada se recorta.

dose así la expulsión de la vesícula intacta por la brecha quirúrgica de la adventicia. Se limpia el saco adventicial deshabitado, se recorta la parte fibrosa y exuberante de la adventicia, y se realiza una hemostasis prolija. En algunos casos se obliteró el bronquio que soplabá en la adventicia, maniobra que últimamente nos ha parecido innecesaria o tal vez perjudicial porque interfiere con el drenaje bronquial eventual.

Se oblitera la incisión de adventicia en planos hasta obtener un cierre rigurosamente hermético y un correcto recubrimiento pleural de toda la línea de sutura.

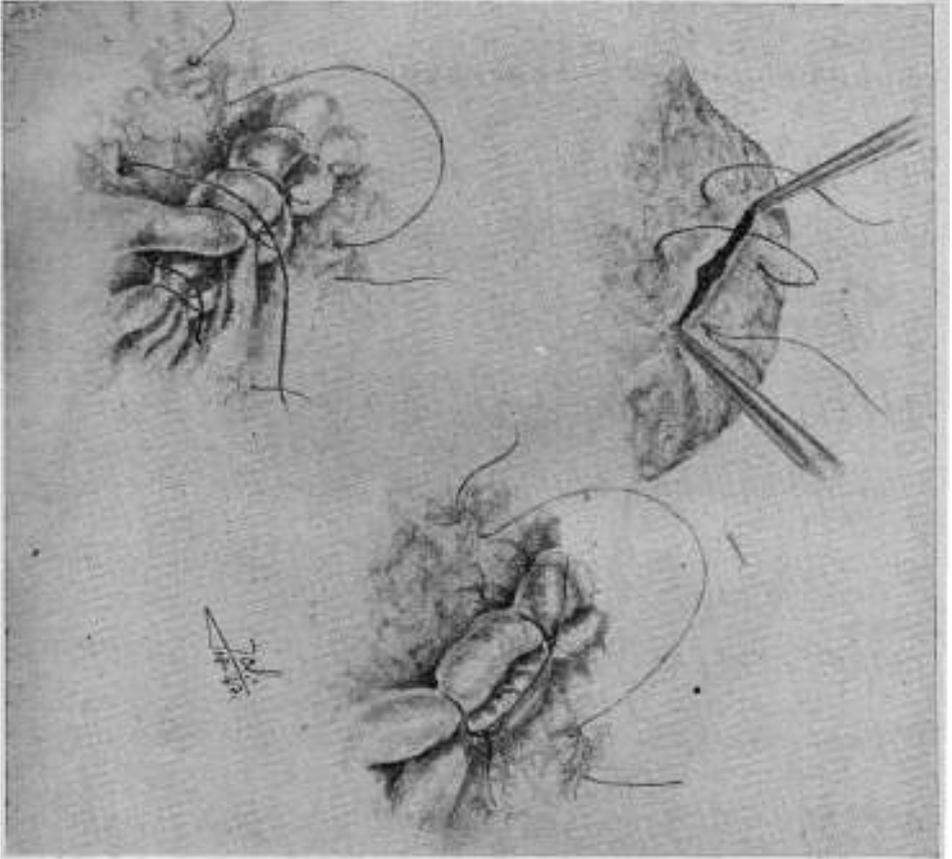


FIG. 7. — Cierre hermético de la adventicia en dos o tres planos con pleuralización del corte operatorio.

Se instituye un drenaje pleural cerrado con el fin de evacuar totalmente el neumotórax y el exudado pleural que se formará en el post-operatorio.

Se reexpande totalmente al pulmón cerrando por planos la cavidad torácica. El drenaje pleural siempre se practica por una pequeña contra-abertura.

### Post - operatorio

Se mantiene el drenaje cerrado por 48 horas. Pasado este período la radiografía indicando la buena reexpansión pulmonar y la

ausencia de hidroneumotórax, se retira el drenaje pleural. Los enfermos pueden levantarse al 5º día y, si el control radiográfico no señala anormalidad, son dados de alta a los 10 ó 14 días de operado.

### Casuística y complicaciones

Entre treinta y cuatro operados con esta técnica, no hubo mortalidad operatoria. En tres enfermos se produjo la rotura de la vesícula cuando se incidía la adventicia que había sido incindida por error en su parte culminante, aparentemente más accesible. En esta zona, efectivamente, es muy fina y no existe espacio, perivesicular.

En dos enfermos, se comprobó en el post-operatorio, un hidroneumotórax que, al hacerse purulento, hubo de ser pleurotomizado, curando los enfermos aunque requirieron una hospitalización de dos meses.

En seis casos se utilizó idénticas maniobras a las descritas para extraer restos hidáticos enquistados, evolucionando los enfermos sin complicaciones.

Creemos que la técnica descrita tiene numerosas ventajas sobre los procedimientos corrientes (operación en dos tiempos, operación en un tiempo, abriendo el quiste, etc.). pero, consideramos necesarios el control y colaboración de los estimados colegas de la Sociedad de Cirugía, para ratificarla o rectificarla, cooperación que desde ya agradecemos profundamente.

**Dr. Yannicelli.** — Quería preguntar al Dr. Ugon a propósito de algunos casos a que alude, en que existió retención de residuos quísticos. Esas secuelas ya existirían al ser intervenidas con su técnica.

**Dr. Armand Ugón.** — Sí; eso viene al margen de esta técnica; en algunos casos se han operado enfermos con el diagnóstico de quiste de pulmón, hialino, porque no había antecedentes de vómica. El último caso, creo que lo operó el Dr. Sierra, era una enferma de campaña que no tenía ninguna historia de vómica, de expectoración purulenta, sin embargo se diagnosticó quiste hidático, se operó para hacer esta técnica y nos encontramos con un quiste totalmente vomicado, que lo único que había era una membrana muy grande que simulaba quiste hialino.

**Dr. Yannicelli.** — Era una secuela; tiene importancia dado que la técnica que preconiza el Dr. Ugón, uno de los fundamentos que tendría,

que parece tener, es que, extirpando el quiste sin abrirlo, evita o disminuye las secuelas inherentes a la extirpación en otra forma. Se trata pues, de la técnica para quistes hidáticos hialinos especialmente.

Quería agregar que, desde luego, después de haber visto algunos casos intervenidos por el Dr. Ugón en su Servicio de Saint Bois por toracotomía amplia, tuvimos interés en aplicarla en cirugía infantil por dos razones:

En primer lugar de acuerdo a lo que bien se sabe hace tiempo y a los trabajos presentados en esta Sociedad de Cirugía y a un caso que presentamos en compañía del Dr. Suárez y el Bachiller Castro, somos perfectamente conscientes de la importancia de las secuelas de los quistes hidáticos de pulmón. A veces, como se ha visto, muchos casos necesitarían lobectomías o neumotomías. La simple abertura operatoria del quiste puede determinar siembras y otras secuelas. Realizar una técnica que pueda eliminar esas secuelas, debe pues preocupar. Nuestra experiencia es muy reducida; tenemos un total de 10 ó 12 casos de quistes hidáticos de pulmón o secuelas, operados con distintas técnicas. No hemos tenido la desgracia de perder ningún enfermo. Hemos utilizado a veces la técnica de Lamas y Mondino; otras veces la técnica de extirpación en un tiempo, con abertura del quiste y finalmente hicimos en un caso, la técnica que preconiza el Dr. Ugón.

Se trataba de dos quistes hidáticos de pulmón derecho uno, abierto (secuela con retención de membrana) y otro, quiste simple, en una niña de 4 años. Hicimos la toracotomía amplia con las garantías desde luego, de buena anestesia, éter en circuito cerrado con intubación traqueal, transfusión de sangre gota a gota, muy importante en una intervención de esta naturaleza. Pudimos hacer perfectamente la intervención y nos sorprendió, teniendo en cuenta el temor tradicional en la abertura del tórax en un niño, el buen estado general que acompañó el acto operatorio. Pudimos manejar bien ese pulmón, extirpar las membranas retenidas, hacer el parto del quiste entero y cerrar ambas cavidades.

En el post-operatorio se produjo un neumotórax y un enfisema subcutáneo que debe atribuirse al cierre imperfecto del quiste modificado pero desde luego son, las dos, complicaciones que se pueden ver en operación con otras técnicas. De manera que no pueden ser puestos por cuenta de la técnica que señala el Dr. Ugón ya que ésta, bien realizada no las produciría.

Además, con la innovación reciente del mismo Dr. Ugón de no hacer cierre de bronquio de drenaje (que soplabá al abrir el quiste) y con la colocación de una sonda en la pleura, la dificultad de la técnica es menor y hay una seguridad más que, en lo que se refiere a cirugía infantil, nos parece muy útil.

He tenido también oportunidad de ayudar al Dr. Hamlet Suárez en otra toracotomía amplia para extirpación de un quiste simple en otro niño más o menos de esa edad y el resultado fué extraordinario. El alta se

otorgó dentro del plazo que señala el Dr. Ugón. En el post-operatorio inmediato hubo enfisema subcutáneo. Hago alusión a estos dos casos porque me parece que habrá que hacer el estudio comparativo que establece el Dr. Ugón. ¿Vale la pena que sigamos con los viejos procedimientos, que desde luego han dado relativos buenos resultados? ¿Iniciaremos una terapéutica tomando la técnica que aconseja el Dr. Ugón con esperanzas de disminuir las secuelas? Creo que será necesario hacer un balance, sobre todo, de las secuelas resultantes de las distintas técnicas. Eso llevará tiempo, porque muchas escuelas se evidencian al cabo de varios años. Habrá que relacionarlas con la edad, localización, etc. Pero sería una base seria para aconsejar la técnica más adecuada a cada caso.

Si esta técnica determina la no producción de las secuelas, no hay duda que conviene utilizarla porque, está demostrado que es una técnica quirúrgica que bien utilizada como lo hace el Dr. Ugón lleva a resultados inmediatos excelentes. Voy a traer esos casos, de mi modesta experiencia a efectos de ir acumulando más elementos de juicio.

**Dr. Otero.** — Deseando ser muy breve y quisiera preguntar algunas cosas a título informativo. Desde luego estoy completamente de acuerdo con las felicitaciones respetco al magnífico trabajo del Dr. Armand Ugón. Quería preguntar lo siguiente: parece desprenderse de la comunicación del Dr. Armand Ugón que el hecho de hacerse sistemáticamente el cierre y abandono de la pared quística no trae aparejada ninguna complicación en el post-operatorio. Y yo me pregunto sino puede producirse y en que grado pueden producirse accidentes tales como lo que se ha descrito bajo el nombre de insuflación de la cavidad quística. Y también si esa cavidad abandonada sin drenaje no dará a veces lugar a accidentes de infección y supurción aunque sea de grado atenuado y más o menos prolongado.

**Dr. Prat.** — El Dr. Armand Ugón nos ha presentado una importante comunicación, importante y brillante; importante porque ha reunido una cantidad grande de casos de quiste hidático del pulmón, 34 casos y brillante porque ha obtenido un excelente resultado sin ninguna mortalidad.

Lo fundamental de la comunicación, es la técnica personal empleada, vale decir, la extirpación de la hidátide entera o sea la enucleación de la hidátide integralmente, buscando evitar toda complicación y sobre todo, la complicación de la siembra hidática pulmonar, en particular la siembra bronquial. De acuerdo con lo que se comentó en la sesión anterior, en esta Sociedad, hice mención precisamente, a que tenía una gran sospecha, una casi seguridad, de que muchas de las complicaciones pulmonares, algunas de esas que se han clasificado como granuloma hidatídico, por restos de membrana contenidas en las cavidades quísticas; creo que muchas de ellas podrían ser siembras bronquiales. Por lo pronto, en los casos de quiste hidático pulmonar que han sido vomitados, el cirujano no podrá tener ya la seguridad de que ese caso no va a recidivar, porque habiéndose esparcido el líquido hidatídico con su arenilla por la red bronquial, puede colonizar y

sembrarse. Ahora bien, cuando realizábamos en la cirugía torácica la terapéutica del quiste hidático con la operación en dos tiempos, creíamos que muchas de las secuelas eran debidas a la operación, porque el líquido hidático se derramaba en la cavidad misma del quiste, en el campo operatorio y que podía propagarse por la vía respiratoria; creíamos, repito, que eso podía ser la causa de la siembra por el líquido derramado y por eso, recurrimos a métodos más perfeccionados. Realizamos entonces al tratamiento de los quistes hidáticos del pulmón, con el método operatorio en pleura abierta con baronarcosis, puncionando al quiste y evacuándolo, con la casi seguridad de no derramar nada de líquido hidático en el tórax. A pesar de esta técnica, las secuelas se produjeron igualmente, lo que me hizo suponer que a pesar del método terapéutico perfeccionado, las secuelas seguían produciéndose igualmente y esto me hizo admitir que las secuelas se deberían a la siembra hidática. Entonces para tener la seguridad de la cura radical de la hidatidosis pulmonar hay que conseguir un elemento especial, un líquido parasiticida que pueda neutralizar, o matar esos gérmenes como en el hígado y entonces podremos actuar sin peligro. El Dr. Ugón estuvo de acuerdo con estas ideas y manifestó que para evitar ese peligro de la siembra hidática bronquial, él realizaba esta técnica de la enucleación, que me parece excelente y que es la única que nos puede dar por ahora, seguridades, mientras no consigamos ese parasiticida especial, ese agente maravilloso para neutralizar o matar los gérmenes. Me voy a permitir analizar algunos de los elementos de la interesante comunicación del Dr. Ugón; dijo, "se debe operar el quiste lo más pronto posible", efectivamente, todos debemos estar de acuerdo en esto, aunque hay todavía cirujanos que retardan la operación y nosotros mismos lo hubiéramos hecho, en el método de los dos tiempos, en que esperábamos que el quiste tomara contacto con la pared, para operarlo en buenas condiciones; ciertos quistes centrales que no operábamos, porque era una cirugía peligrosa y difícil. Hoy, operando en pleura abierta, se puede intervenir perfectamente y sobre todo, basándonos en la comprobación del Dr. Ugón de que los quistes son casi todos superficiales; pero, para poder operar esos quistes cuando son aun chicos y oportunamente, habrá que hacer una campaña de investigación en estos casos de una manera preventiva y profiláctica encargando de esta acción profiláctica a centros científicos especializados como están organizados e instalados los centros profilácticos de la tuberculosis.

Dijo también el Dr. Ugón: "es una operación sencilla", es como una simple laparatomía". Creo que esto es una verdad para los equipos y cirujanos que tienen práctica en la cirugía pulmonar, así está muy bien, pero esa afirmación puede hacer creer a algunos cirujanos, que se puede realizar con toda simplicidad una toracotomía abierta con neumotórax o con cualquier técnica. Considero que hay que establecer categóricamente para todos los cirujanos, que cuando se practica la cirugía pulmonar, hay que tener experiencia en ella, sobre todo tener la colaboración eficiente de

varios factores: un buen anestésista y un moderno aparato para baronarcosis y un cirujano que domine la técnica de la cirugía torácica. Al no disponer de estos elementos, diría que ella es peligrosa y temeraria. Respecto a la técnica citada no tengo experiencia, puesto que la extirpación de la hidátide o enucleación que dos o tres veces estuve por realizarla, no lo hice, porque, era tan grande el quiste, que tuve miedo de provocar su rotura al hacer la enucleación, de manera que tuve que puncionarlo, evacuarlo y hacer luego la sutura. El Dr. Ugón nos da la técnica de la mejor manera de hacer la enucleación de la hidátide, que esperamos aplicar en su oportunidad. Hay un detalle que lo menciono como sugestión, el Dr. Ugón, dice: "conviene extraer o levantar bastante la adventicia y resecarla ampliamente". Esa resección que indica el Dr. Ugón, no se hasta donde llega y si no existe al realizar esta resección el peligro de abrir algún bronquio de esa adventicia y provocar alguna fístula bronquial. Esto lo insinúo sólo a título de pregunta; si esa resección no puede provocar alguna reacción hemorrágica o si no puede abrir bronquios. Me pareció que la resección en la figura proyectada era un poco amplia, pero indudablemente ella tiene la finalidad de reducir la cavidad quística. Finalmente, en lo que quería insistir es en la sutura de recubrimiento con parénquima pulmonar, que hace el Dr. Ugón, como hacemos generalmente en la adventicia del hígado, pero esa sobresutura, es en este caso con tejido pulmonar. A título de interrogación, pregunto si a veces esa sutura no puede traer como consecuencia, alguna abertura de vasos y linfáticos. Estas son las consideraciones que me sugiere la comunicación del Dr. Ugón y me parece que he considerado lo fundamental. Creo que hoy día los cirujanos tienen que luchar en la cirugía pulmonar para evitar la posible siembra hidatídica, que se hace tan frecuentemente en los bronquios, cuando se realiza esta cirugía; ella no es posible con la técnica de la enucleación de la hidátide, pero siempre estará presente el peligro de que se rompa el quiste al enuclearlo. El Dr. Ugón, con gran experiencia en el método, tuvo tres casos de rotura del quiste y en esos casos, la siembra es posible o segura; pero son 3 casos en 34, lo que significaría alrededor del 9 %, de siembra. Es muy posible que en los otros métodos que hemos empleado, haya una proporción mucho mayor que el 9 % que con el progreso tendremos que reducir a 0.

Me complace en felicitar al Dr. Ugón por el brillante resultado obtenido.

**Dr. Del Campo.** — Yo voy a felicitar al Dr. Ugón por el aporte técnico al tratamiento del quiste hidático del pulmón, y animarlo a seguir trayendo sus estadísticas sobre esta localización de la enfermedad hidática, de acuerdo con algo que decía la vez pasada, el año pasado, a propósito de una comunicación: que había que actualizar los tratamientos de las diferentes formas y los diferentes aspectos del quiste hidático del pulmón, poniendo de manifiesto en cuanto este tratamiento ha beneficiado

de nuestros conocimientos y de los adelantos actuales de la técnica quirúrgica. Hay capítulos de la patología pulmonar hidática, en la cual los últimos trabajos escritos en nuestro medio, están completamente atrasados al respecto. Y creo que esto puede ser la iniciación del estudio de las diferentes técnicas que se pueden emplear en el tratamiento de los quistes hidáticos hialinos. En los dos años que yo llevo de clínica quirúrgica, sólo he tenido ocasión de operar un quiste hidático hialino, y no pude poner en práctica la técnica como aconsejaba el Dr. Ugón; he tenido otros casos complicados, pero no de quiste hidático hialino. Las modificaciones técnicas del Dr. Ugón que las conozco a través de sus colaboradores, está en principio en dos cosas: no en lo de operar a pleura abierta porque hay en nuestro medio una serie de trabajos al respecto, sino: 1º) en que él hace evacuar la vesícula hidática en su totalidad; y 2º) una cosa, que en el momento actual veo que retrocede, que es el cierre del bronquio.

En lo que respecta a lo primero, a la enucleación de la vesícula hidática, corresponde a un tiempo que ha motivado muchas variantes por la manera de evitar la versión de líquido hidático ya sea en los bronquios o en la pleura. Yo utilizo desde hace un tiempo, cuando opero en pleura libre, el procedimiento asociado de la evacuación lenta y de la hiperpresión determinada por el anestesista y estoy perfectamente de acuerdo con el Dr. Ugón que las modificaciones de técnica que se sugieren tienen que estar supeditadas al resultado que den en la práctica; lo que buscamos todos es que no haya versión de líquido hidático. Esa versión de líquido hidático, venga por un movimiento brusco respiratorio, como pasa muy a menudo en la operación de dos tiempos, con anestesia local, venga por una evacuación mal hecha en el campo operatorio por el que hace la punción con aspiración lenta o con aspiración rápida o venga porque se rompa la vesícula hidática en el momento de la extracción, cosa que le ha pasado al Dr. Ugón, produce los mismos efectos y el deseo nuestro es que eso no pase. En cuanto al segundo tiempo, al cierre del bronquio, le diré que uno de sus colaboradores entusiastamente me lo ha sugerido más de una vez y me negué a hacer el cierre del bronquio en vista de dos consideraciones; (dispuestos a modificar mi opinión si los resultados obtenidos en este caso por el Dr. Ugón indicaban en ese sentido). Primero porque la fístula bronquial no ha sido en general un problema grande en el tratamiento del quiste hidático, y en segundo lugar porque la abertura del bronquio no es, de acuerdo con nuestros conocimientos anatómo-patológicos terminal sino que puede ser una fístula lateral y la sutura de ese bronquio puede traer modificaciones en el segmento de ángulo respiratorio tributario de ese bronquio. Es el motivo por el cual no he querido hacerlo hasta no verlo más de cerca.

Por otra parte si se hace un cotejo de esta nueva modificación técnica con las técnicas que nosotros seguíamos anteriormente, yo creo que se le presentaría mal si se le presenta como método único, como método tutivo de todos los métodos anteriores. Aun cuando en el momento

actual yo no ejecuto como procedimiento de elección la operación en dos tiempos, no considero que sea un inconveniente encontrar una playa de adherencias en frente de un quiste hidático; creo que el enfermo que tenga esa zona de adherencias, se beneficia de ella si se la encuentra en el campo operatorio. En un caso que operé el año pasado, cuando el Congreso interamericano de Cirugía, encontré esa playa de adherencias, no en la línea de la incisión operatoria, sino ligeramente separada de esa línea, prolongué la línea de incisión operatoria hasta la playa, y aproveché esas adherencias, porque creí que era en beneficio del enfermo que su pleura no tuviera nada que ver con la evacuación de su quiste, que se pudiera hacer una evacuación extra pleural como se hacía antes. Fuera de esto, lo único que le diré, es repetir algo que ya dije en la Sociedad de Cirugía hace varios años cuando una comunicación del Dr. Manfredi que informó el Dr. A. Fossatti; nosotros vemos ahora los quistes hidáticos, en una etapa más precoz y por lo tanto la indicación de la operación en los tiempos va desapareciendo. Los que hemos sido discípulos directos del Profesor Lamas sabemos que él no operaba, con muy buen criterio, quistes de pequeño diámetro, no operaba los quistes hidáticos sino cuando tenían un diámetro relativamente grande y cuando estaban frente a un segmento de pared torácica perfectamente abordable. Creo que muchos de los inconvenientes que se señalan a la intervención en dos tiempos, es porque se aplica en casos que no se debiera aplicar; el Dr. Lamas, hecho corriente, mandaba los enfermos a su medio para que, aun con las desventajas de posibilidad de vómica, ese quiste adquiriera un mayor tamaño. En el momento actual de la Cirugía torácica no creo que ningún cirujano cargue con la responsabilidad de enviar a campaña el enfermo con un quiste hidático pequeño; tiene obligación de hacer una toracotomía y de proceder de acuerdo con los conocimientos de la cirugía actual.

**Dr. Armand Ugón.** — Quiero agradecerles a Yannicelli, Prat, Del Campo y Otero por las manifestaciones que han hecho sobre nuestro trabajo y las consideraciones que han traído.

En realidad la técnica que nosotros presentamos a la Sociedad de Cirugía es para tratar sobre todo una variedad de quistes hidáticos del pulmón: los quistes hidáticos hialinos no complicados.

En otros casos, quistes hidáticos complicados, supurados, con pio-neumotórax creemos que la operación en dos tiempos tiene su indicación. En los quistes, con bronquiectasias, secuelas hidáticas e encarcelamiento de la membrana, de difícil abordaje, con grandes hemoptisis, creemos que la resección pulmonar es preferible; nuestra técnica es para los quistes hidáticos hialinos corrientes, de pequeño o mediano volumen, que actualmente se descubren con el examen sistemático de colectividades.

Quería hacer notar desde ya que no estamos seguros que evite las secuelas hidáticas; no tenemos una experiencia suficiente para decir que el procedimiento que preconizamos no deje secuelas, creemos sí que dis-

minuye las secuelas hidáticas y éstas son frecuentes. Hay actualmente en el Saint Bois, un enfermo operado hace quince años atrás, de quiste hidático de pulmón, que nos envía el Dr. Langón que hizo una vida normal hasta hace tres meses, en que bruscamente hizo una grave hemotisis, luego empezó a hacer fiebre, la vió el médico y en el lugar exacto del quiste anterior, comprobó una gran cavidad hidro aérea. Ha estado latente sin ningún síntoma, durante quince años, sin embargo había una secuela hidática importante. No estamos seguros que nuestro procedimiento evite la secuela hidática; creemos que no; la lobectomía podrá ser el único procedimiento que las evite, pero es una operación de cierta gravedad. Estoy de acuerdo que las complicaciones pulmonares, y las siembras hidáticas, son imprevisibles, siempre que se produzca vertimiento de líquido hidático y estamos de acuerdo con lo que manifestó el Dr. Prat al hacer notar lo siguiente: que además de la siembra hidática el vertimiento del líquido hidático en el parénquima pulmonar tiene una consecuencia inmediata que es la aspiración a nivel del pulmón y la posibilidad de producir una bronconeumonía trivial o atelectasia, complicaciones que veíamos antes con cierta frecuencia al operar quistes hidáticos de pulmón con cualquier procedimiento de uno o dos tiempos y abriendo el quiste. Hoy día con la técnica que preconizamos, no hemos asistido a ningún caso de complicación bronquial pulmonar post operatoria, creemos en gran parte debido a que no se produce el vertimiento del líquido hidático en el sistema bronquial.

Quería aclarar al Dr. Prat: yo no dije que era una operación sencilla; dije que era benigna, lo que es distinto, y es completamente benigna bien hecha. Estoy de acuerdo con el Dr. Prat que si no se está en condiciones de hacerla, sin buena instalación, sin buen equipo, no es para realizarla en un Hospital de campaña sin personal bien adiestrado y sin el equipo perfectamente sincronizado.

En cuanto a la resección de la adventicia, no hay inconveniente en ejecutarla porque resecamos la parte exuberante del parénquima pulmonar, es similar a lo que pasa cuando se reseca la periquística exteriorizada que hace saliente afuera del hígado; se reseca esa parte sin ningún peligro de herir canales biliares. En el pulmón pasa lo mismo: se entiende: la parte exuberante, excesiva de la adventicia, que no tiene parénquima ni bronquios.

En cuanto al recubrimiento, cierre de la periquística, lo hacemos muy hermético, y creo que es la parte más importante de la intervención; si no se hace un cierre muy hermético se produce un neumotórax en el post operatorio y va a sobrevenir neumotórax y aun enfisema local o generalizado, complicaciones que hay que evitar, complicaciones que se producen por falta de técnica, por no haber cerrado bien la adventicia del quiste. En ese sentido queremos insistir que el cierre adventicial debe hacerse liberando el lóbulo pulmonar y ahí estamos en desacuerdo con lo que dice el Dr. Del Campo: cuando se opera en tórax abierto

movilizamos completamente, para trabajar la periquística y cerrarla bien. Si la dejamos parcialmente adherente, en la zona de adherencia no se puede cerrar. Quería insistir en esa parte porque es importante: si no deshacemos todas las adherencias no podemos cerrar la brecha adventicial, por poco que llegue a la vecindad de la adherencia, hay una zona difícil de cerrar.

**Dr. Del Campo.** — Yo me referí a que cuando se encuentra una playa de adherencias grande entre el quiste y la pared, dejo el tórax abierto si está cerca y abordo a través de esa playa de adherencias. Me refiero a operaciones a pleura cerrada; es diferente.

**Dr. Armand Ugón.** — Está bien, entonces. En cuanto al tejido pulmonar para recubrir la brecha, movilizamos el pulmón para poder cerrar bien y recubrir la brecha adventicial con uno o dos planos más. La pleura es un poco fina; para usarla es necesario agregar pulmón, es necesario suturar tomando parénquima pulmonar y atamos 1, 2, 3 planos por puntos separados.

En otro detalle que insistimos mucho es en la reexpansión del pulmón en el post-operatorio, porque creemos que la aplicación y yuxta-posición de pleura parietal y pleura visceral es la mejor sutura biológica que se puede hacer en cirugía de pulmón tan es así que cuando se hace una lobectomía, hay que recubrir del muñón bronquial, con pleura para evitar las fistulas bronquiales.

Aplicando la pleura parietal sobre pleura visceral es la mejor manera de asegurar el cierre de la adventicia y para conseguirlo hay que drenar la pleura con drenaje cerrado por 48 horas para extraer el aire y los exudados.

Estoy de acuerdo con el Dr. Del Campo de que los grandes adelantos en cirugía torácica van a beneficiar y van a transformar la cirugía de quiste hidático de pulmón y estamos en eso. Tenemos que adaptar a la cirugía del quiste hidático los progresos de toda la cirugía torácica. En cuanto a lo que dijo el Dr. Del Campo del cierre del bronquio, no tenemos un criterio exacto de si conviene o no cerrarlo. Algunas veces lo hemos cerrado y hemos visto en el post operatorio, que donde estaba el quiste queda una sombra nodular, de la cuarta parte del volumen del quiste primitivo, corresponde a un hematoma que se hace dentro de la cavidad, después ha ido desapareciendo, pero ha tardado bastante tiempo en desaparecer y no sabemos si eso dejará secuela. En los casos que no cerramos el bronquio, queda en las primeras semanas la cavidad adventicial que va a desaparecer a la radiografía y a veces al lipiodol, pero no estamos seguros que desaparezca en todos los casos porque no hacemos el control sistemático. En un caso hubo un nivel hidroaéreo donde está la adventicia y como se había ocluido el bronquio hizo fiebre y que después cedió la fiebre cuando se abrió a través del árbol bronquial.

En el otro caso en que cerramos el bronquio, también vimos que al

lado del bronquio, van los vasos y al querer cerrarlo la ligadura englobó vasos arteriales que llegan al pulmón; es un punto que no estamos seguros de evitar al cerrar el bronquio.

Lo que dice el Dr. Otero de la insuflación de la peri-quística, nosotros no la hemos comprobado nunca y hemos radiografiado sistemáticamente todos nuestros operados generalmente al 2º día, al 4º día y a los 10 ó 12 días y nunca hemos visto la insuflación de una pared-quística, insuflación que por otra parte creemos que es de difícil producción porque la adventicia es un tejido-fibroso, no es un tejido elástico. No hay que comparar una adventicia con una fisura producida en el parénquima pulmonar como la que se produce en una lámina de goma, que se distiende. Creo que no se puede insuflar la adventicia y no conozco ningún caso de insuflación de adventicia documentado.

