

SOBRE LOS QUISTES HIDATÍDICOS CERRADOS DE PULMÓN Y CONDUCTA A SEGUIR (*)

Dr. F. SALAMERO

Profesor por oposición, Encargado de la Cátedra de Patología Quirúrgica 1.º, Académico Numerario de la Real de Medicina, Comandante Médico H.

No compartimos ese optimismo tan corriente entre algunos cirujanos de que el tratamiento del quiste del pulmón es una intervención casi benigna, libre de complicaciones importantes la mayoría de las veces y con un curso postoperatorio nada alarmante.

Haber conseguido buenos resultados en unos pocos enfermos, no significa que las intervenciones dejen de ser graves, a las cuales se añadirán tal vez complicaciones pleurales, infecciones, retención de restos parasitarios, hemorragias y hasta accidentes de intoxicación hidatídica.

Debemos reconocer que la cirugía no ha logrado poseer un método quirúrgico que nos dé un éxito seguro o una garantía que pueda corresponder a la mayoría de los casos.

Tiene importancia, el asunto que motiva esta comunicación, por tratarse de un proceso que abunda en nuestro país, como lo demuestra el crecido número de casos recogidos y citados en varias publicaciones de autores españoles (Lozano, de la Puente, Petinto, García del Diestro, Caralps, García Portela, Alvira) y correspondientes a diversas comarcas.

Publicaciones sobre este particular se pueden encontrar en todos los países, pero con todo es indudable, y es harto conocido, que son los argentinos, uruguayos y australianos los que tienen más experiencia, y de ellos debemos seguir la pauta y consejo.

Pues bien, ni en estos países hay unidad de criterio respecto al procedimiento a seguir.

El estudio del quiste pulmonar, por lo que se refiere a etiología y diagnóstico, no interesa en este momento, pues nos veríamos obligados a repetir una exposición detallada de hechos consignados por diversos autores, trabajos de conjunto, que no conducirían a ninguna conclusión que aportara un progreso en el conocimiento del tema que tratamos.

Pero sí nos interesa considerar tres hechos: a) localización del quiste; b) cuando debe intervenir un quiste de pulmón; c) técnica operatoria.

La localización topográfica del quiste debe considerarse de tanta importancia como el acto operatorio. Debe ser el propio cirujano, solo o acompañado del radiólogo, quien debe efectuarla, para precisar sobre qué punto de la pared torácica debe practicarse el abordaje, con objeto de lesionar la menor cantidad posible del parénquima que hay que atravesar para llegar al quiste.

Por otra parte, el simple abordaje se complica según sea la región (axila — escápula — mama).

El cirujano debe estar compenetrado de la precisión topográfica, para realizar una intervención exenta de dudas. El responsable de la intervención no debe, ni puede, conformarse con recibir un informe.

Dos radiografías, una de frente y otra de perfil, y un examen radioscópico en varias posiciones, señalando sobre la piel el punto preciso para la incisión. La radiografía estereoscópica no debe omitirse, según Brunner, por tratarse del mejor método.

Diversas circunstancias impiden casi siempre en nuestros hospitales tal práctica.

(*) - Comunicación al cursillo "Lecciones Clínicas", de la Cátedra de Patología General, a cargo del Prof. Dr. Gironés.

Cuándo debe intervenir un quiste

Al establecer Devé, con su experiencia y autoridad, la división de los quistes hidatídicos del pulmón, sentó conclusiones que fueron aceptadas casi sin excepción y el asunto parecía fallado.

Los quistes serían centrales, hiliares, parabronquiales, que curan por vómica en un 90 por 100, y un último grupo, los periféricos o parapleurales, cuyo tratamiento es la intervención quirúrgica.

Esta clasificación de Devé fué aceptada, sin discusión por los autores sudamericanos, lo propio que las indicaciones operatorias.

Para Brunner, los quistes pequeños que no producen ninguna molestia subjetiva, no necesitan tratamiento alguno. La curación espontánea tras eliminación por vómica también es posible. La intervención quirúrgica está indicada en todos los casos que originan molestias derivadas del tamaño del quiste, y en aquéllos en los que tras la perforación en las vías aéreas la curación tarda en producirse.

La intervención es urgente, a juicio del cirujano de San Gallen, cuando se presentan hemorragias o cuando la infección secundaria imprime al cuadro la sintomatología propia de los abscesos del pulmón.

Pero volviendo otra vez a la clasificación de Devé, los hechos demuestran que grandes quistes que eran periféricos o quistes centrales que se hicieron periféricos, se han vaciado por vómica. Con gran intuición, Paggio y García Capurro hacen notar que el problema consiste, no en resolver si la operación o la vómica realmente curan y si hay superioridad de la una sobre la otra, sino aclarar en qué casos se debe seguir una terapéutica expectativa y vigilada, en espera de la cura natural, o en qué casos se debe ir a la intervención.

El tratamiento expectante en espera de la vómica estaría justificado en todos los casos de quistes periféricos, si no fuera por el peligro de abrirse en la pleura y producir la infección parasitaria de la misma.

Hay otros factores de gran importancia, y son que en estos quistes se encuentran, en efecto, reunidas todas las condiciones más desfavorables para la curación espontánea: gran tamaño de la cavidad quística en relación con la pequeña fistula bronquial. Presencia habitual de una membrana madre voluminosa, espesor relativo y falta de elasticidad de la adventicia, localización frecuente del quiste en uno de los lóbulos inferiores, lo que dificulta su vaciado natural.

La inmediata sería con frecuencia la supuración, aunque estos quistes corticales ofrecen las condiciones operatorias más simples; la intervención equivale a una pleurotomía por la existencia casi constante de una sínfisis pleural.

Otras complicaciones provocadas por los quistes cerrados, han sido agrupadas en:

Complicaciones inflamatorias no supuradas:

- 1.º Atelectasias paraquísticas.
- 2.º Córticopleuritis periquísticas.
- 3.º Pleuritis, sínfisis y adherencias periquísticas.
- 4.º Pleuresía serofibrinosa.

Complicaciones supuradas ligadas a la compresión mecánica del quiste:

- 1.º Compresiones broncopulmonares.
- 2.º » cardiovasculares.
- 3.º » esofágicas.
- 4.º » hepatodiafragmáticas.
- 5.º » gastrodiafragmáticas.
- 6.º » nerviosas.
- 7.º » costales.
- 8.º » complejas.

Complicaciones clínicas de orden biológico:

- 1.º Asma de origen hidatídico.
- 2.º Hemoptisis hidatídicas de origen alérgico.
- 3.º Manifestaciones cutáneas de la alergia hidatídica.

La indicación operatoria es permanente en los quistes periféricos cerrados, sean grandes o pequeños, han escrito también Ivanisevich y Sauerbruch, Makas, Nissen, etc.

Por todo lo expuesto, los quistes periféricos deben operarse y nadie discute esta conducta.

Los quistes profundos localizados en los alrededores del hilio (Dew) se vacían antes por vómica que los superficiales o subcorticales. Y es curioso que precisamente los menos quirúrgicos como son los parahiliares, tengan más tendencia a la curación espontánea.

Debemos, pues, dejar que el propio organismo actúe y se defienda en las mejores condiciones para la obtención de una cura clínica completa.

En los quistes centrales la abstención es la regla, puesto que la curación por vómica es lo frecuente, y en estos quistes se encuentran reunidas las mejores condiciones para la obtención de una cura clínica completa.

Por otra parte, Morquio sostiene el valor curativo de la vómica en el niño en cualquier tipo anatomoclínico.

Sin embargo, el quiste central puede no vaciarse y crecer hacia la periferia y tanto en las operaciones como en las autopsias, puede comprobarse que estos quistes que dan grandes síntomas periféricos comportan siempre grandes cavidades y grandes destrucciones pulmonares indicando su origen central, el desarrollo progresivo los ha llevado a la superficie.

Pero esta evolución no depende de un hecho caprichoso, sino de ciertas condiciones que han sido expuestas por Parodi en su obra *La mecánica pulmonar*: el quiste está formado por un cuerpo líquido encerrado dentro de una membrana que tiene una cierta capacidad de extensión. En estas condiciones el quiste no cambia de volumen por la compresión, pero se deforma bajo la influencia de las fuerzas externas. Pero como el parénquima pulmonar no tiene una consistencia homogénea, resulta que la acción ejercida sobre el quiste, la resistencia que encuentra éste en su crecimiento no será uniforme. Si las tensiones internas del pulmón estuviesen en equilibrio una variación cualquiera, se haría sentir en todo el órgano. Sin embargo, esto no es así, bien sea porque estas tensiones no son idénticas a lo largo de sus ejes, porque tienen longitudes diferentes según las secciones o porque el pulmón es un órgano de composición variada.

Los diferentes elementos elásticos distribuidos a la larga de un mismo eje del pulmón no tienen la misma constitución y por lo tanto la misma elasticidad.

El quiste en su desarrollo encuentra dos fuerzas antagonistas; una que se opone a su desarrollo y que se debe a la presión de los gases intrapulmonares, y otra a la retractilidad del pulmón, y como en las zonas periféricas esta retractilidad es mayor, es allí donde el parásito encuentra menos resistencia y tenderá a desarrollarse.

Pero las cosas no siempre se presentan tan esquemáticamente y en la abertura por vómica puede suceder que la membrana quede aprisionada (encarcelada de algunos), que la cavidad y bronquio establezcan una comunicación franca y como consecuencia se establezcan supuraciones (hidroaereobronquiectásicas, neumiquiste, proneumotórax hidatídico o complicaciones secundarias (bronquiectasias, cavernas residuales, fistulas broncocutáneas, hidatido-tuberculosis).

La terapéutica expectativa y vigilada en espera de la curación por vómica (hay que subrayarlo) está expuesta a todas estas variantes y no sabemos en que circunstancias se presentará ni la manera de evitarlas.

Sobre la evolución de cada caso se establecerá la indicación que se crea más acertada.

El abordaje del quiste central se dice que está indicado, cuando las hemorragias ponen en peligro la vida del portador.

He aquí una cuestión llena de dificultades y peligros y sobre lo cual apenas se hace referencia. Bien es verdad que en la práctica, como se deduce después de repasar un buen montón de historias, apenas debe presentarse, cuando menos en los quistes no abiertos, bien sea por vómica o por intervención.

Las primeras aplicaciones del neumotórax como tratamiento de estas hemoptisis se atribuyen a los italianos, los cuales obtuvieron magníficos resultados con dicha terapéutica durante la Guerra Europea en los heridos del pulmón.

Por lo cual, Brsjosovskg (1934), cirujano soviético, tomando como norma tal práctica, interviene los quistes en un solo tiempo y sin preocuparse de la entrada

de aire por considerar que el neumotórax favorece el éxito operatorio, porque evita las hemoptisis consecutivas o disminuyen su gravedad.

Las escuelas de Sauerbruch y Niessen operan estos quistes centrales con graves hemoptisis, sirviéndose de la hiperpresión. Con objeto de acortar el tiempo de espera y acelerar la vómica, se han recomendado los arsenicales, la vacunoterapia, y Blanco Acevedo el neumotórax.

La radioterapia ha sido aplicada por Walinski y otros, bien para provocar la vómica o como curativa en aquellos casos en que la intervención no es factible.

Pero en realidad no puede hablarse de curación, puesto que persisten en el pulmón grandes bolsas.

Otras técnicas ya en desuso no merecen recordarse.

Técnica operatoria

Nada más lejos de nuestra intención que exponer una relación de los procedimientos conocidos.

Los unos, porque ya están casi unánimemente desechados, y otros, porque nos está vedado comentarlos por no tener experiencia propia.

Por lo tanto, queda esto reducido a recordar que cuando existen adherencias pleurales, cosa poco frecuente (en los quistes vivos), la intervención se practica en una sola sesión.

Una vez vaciado el quiste y extraída la membrana, la pérdida de substancia en el tejido pulmonar se cierra mediante sutura. Cierre de la pared con aplicación de un tubo que se sutura a la piel.

La operación en un tiempo con pleura libre es preferida por Gerolanos y Niessen.

Los tiempos son como si existieran adherencias, o sea vaciamiento, extracción y sutura. Luego se efectúa el cierre sin desagüe o con un desagüe hermético. El neumotórax es aspirado seguidamente al acto operatorio.

Cuando Lamas-Mondino dió a conocer su técnica en dos tiempos en 1921, con objeto de salvar el escollo pleural, puesto, como ya hemos repetido, que los quistes vivos casi nunca producen adherencias, mientras que los quistes viejos y supurados se acompañan con frecuencia de sínfisis pleural más o menos extendida, se creyó que la terapéutica quirúrgica del quiste pulmonar estaba solucionada.

El autor, llevado de este optimismo propio de quien descubre nuevos horizontes, escribió: «La operación en un tiempo es evidentemente más rápida, más brillante y responde a ciertos temperamentos quirúrgicos que hacen todo lo posible para olvidarse de la muerte súbita, infección pleural, colapso pulmonar o por la vómica concomitante.»

Son muchos los cirujanos que dicen que desde que han adaptado el procedimiento en dos tiempos evitan los accidentes serios y alarmantes que se observaban cuando se operaban todos los casos en un tiempo y bajo anestesia general.

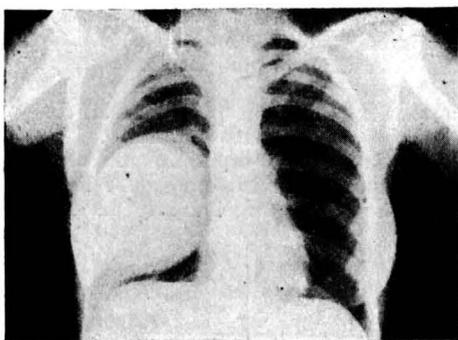
Hoy, el método en dos tiempos y la anestesia local constituyen la base de seguridad en las operaciones del quiste del pulmón. Más realista estaba Morquio, cuando decía que si la estadística global ha disminuído considerablemente la cifra de mortalidad, los fracasos pueden presentarse en los casos más favorables en apariencia.

La dificultad está en la creación de adherencias pleurales. Paggio y García-Capurro (en su obra *Equimocosis pulmonar*) sólo han conseguido con el taponamiento de gasa extrapleural éxitos de un 17,80 por 100 de los casos y los fracasos llegan al 42,80 por 100.

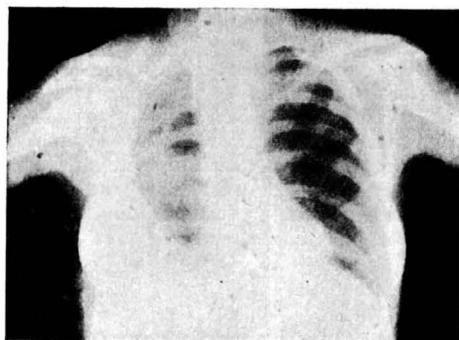
Hay disparidad respecto al plazo que debe separar un tiempo de otro (entre 9 a 14 días) y algunos sostienen no pasar de 14 días, porque las adherencias pueden reabsorberse.

Hay cirujanos que emplean gasa simple, otros gasa yodofórmica o pincelan la pleura parietal con tintura de yodo. La gasa simple es preferible para evitar que una irritación demasiado violenta dé origen a un exudado que perjudique la formación de adherencias. Los hechos demuestran que los fracasos son numerosos, sea cualquiera el material de taponamiento.

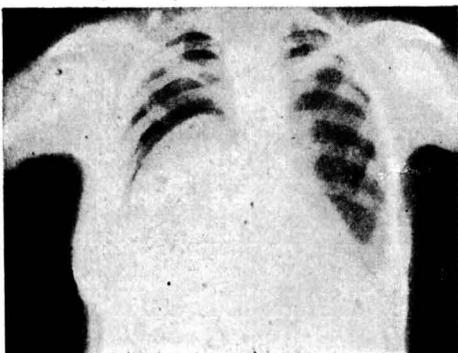
Poco antes de la última guerra, Lamas sostenía que la condición necesaria para provocar las adherencias pleurales es que las pleuras no estén separadas. La reacción



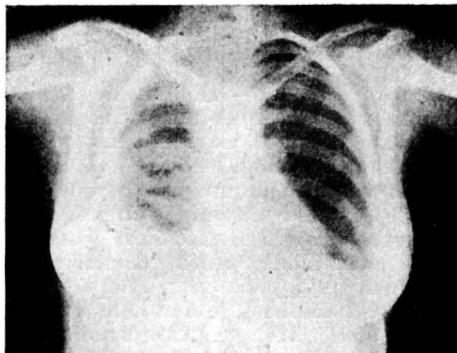
Radiografía n.º 1



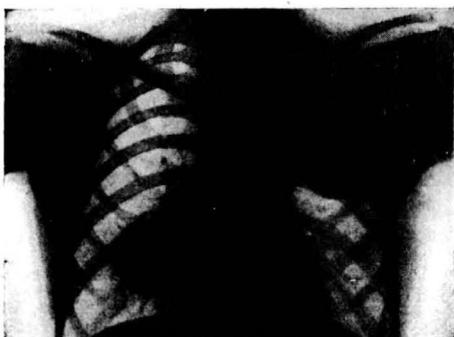
Radiografía n.º 2



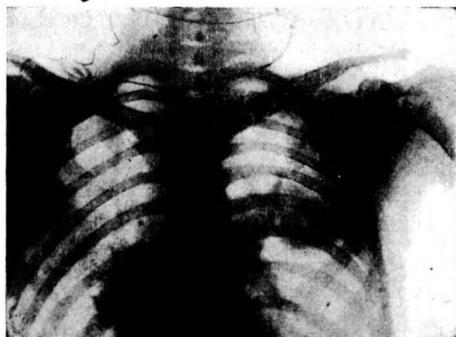
Radiografía n.º 3



Radiografía n.º 4



Radiografía n.º 5



Radiografía n.º 6

pleural determinada por un quiste de pulmón se traduce con frecuencia por una pleuresía exudativa poco importante para manifestarse incluso al examen radioscópico, pero suficiente para evitar las adherencias a pesar del taponamiento. Palabras que no comprometen y que no hay inconveniente de aceptar como explicación, pero que no solucionan el problema.

Sucede también en muchos casos que estas adherencias son poco resistentes y se produce la rotura cuando una tos violenta acompaña al acto operatorio.

Digamos, por último, que la abertura del quiste en los bronquios en el momento de la intervención se presenta en más de la mitad de los casos, por lo cual algunos cirujanos recomiendan no puncionar para evitar directamente la tos y proceder de manera directa a la abertura del quiste.

Conclusiones

- 1.º La operación en dos tiempos da mayor número de curaciones.
- 2.º No podemos *a priori* asegurar, y para un caso determinado, el éxito o fracaso.
- 3.º En todos los casos no nos será factible conseguir adherencias.
- 4.º La operación en un tiempo, aun siendo más brillante, es más peligrosa.

Casos personales

Veamos cuatro casos intervenidos por nosotros en las mejores condiciones clínicas y topográficas que uno puede desear.

Caso primero. — Hombre de 27 años. Molestias vagas en hipocondrio izquierdo con sensación de plenitud y ahogo después de las comidas. De vez en cuando tos quintosa. Algunos esputos hemoptoicos.

Examen radiográfico: se aprecia una sombra redonda en base pulmón izquierdo del volumen de un puño y que está junto a diafragma y pared.

Reacciones: Casoni, Weinberg y eosinofilia positiva.

Intervención: Resección de dos costillas, pleura adherida, abertura y extracción de la membrana. Sutura y fijación. Sutura de la piel.

Curso postoperatorio: Temperatura alta, edema de los bordes de la herida, agitación y escalofríos. Cuadro de parálisis intestinal, abertura de la herida y de la bolsa quística sale exudado suerohemático.

Se corrige el cuadro y descienden las temperaturas, pero tarda unos cuarenta días en poder abandonar el lecho y no se recupera del todo hasta unos tres meses.

Caso segundo. — Muchacho de 20 años. Es visitado en el Hospital en el Dispensario de Fisiología, adonde se presenta por padecer diversas hemoptisis. Radiológicamente, quiste pulmón derecho. Reacciones positivas.

Intervención: Incisión submamaria derecha por ser el camino más corto para el abordaje. Resección costal y taponamiento con gasa mojada con alcohol yodado. Se deja el adaptador de la jeringa en medio de la gasa. Segundo tiempo sin anestesia. Catorce días. Punción abertura y extracción membrana. Drenaje, gasa y tubo. Curso postoperatorio sin accidentes.

Radiografías 1 y 2.

Caso tercero. — Mujer de 35 años. Fatiga progresiva que le impide trabajar. Tos y ronquera. Varias hemoptisis, una de ellas copiosa. Examen radiográfico. Quiste pulmonar derecho. Reacciones positivas. Abordaje pared lateral derecha.

Intervención: Resección dos costillas. Pincelación pleura con tintura de yodo. Gasa simple. Sutura de la piel.

Segundo tiempo: 12 días. Sin anestesia; abertura de la piel, punción, secciona con bisturí, extracción membrana, drenaje con gasa y tubo.

Curso postoperatorio sin grandes accidentes. Temperaturas discretas y algunos esputos hemoptoicos. Algunas crisis de tos. Curada a los tres meses.

Caso cuarto. — Hombre de 23 años. Ingresó en el servicio militar con buena salud, hace dos años. Se fatigó durante las marchas y presenta tos y esputos hemoptoicos.

Radiología: Dos quistes, uno hiliar derecho y otro quiste vértice izquierdo. Reacciones positivas. Se interviene el de vértice.

Segundo tiempo: 14 días sin anestesia. Punción y en este momento tos convulsiva, vaciamiento por vómita y rotura de las adherencias y neumotórax operatorio.

Taponamiento pleural con gasa. Nueva exploración y punción negativa. Se deja un taponamiento fuerte con gasa y se da la intervención por terminada.

Curso postoperatorio: Disnea bastante intensa, temperatura entre 38 y 39°, expectoración abundante y algunas veces teñidos de sangre, tos convulsiva que le impide incluso dormir y es tratada con dionina. Este cuadro dura unas tres semanas y lentamente se recupera. Abandona el hospital sin ninguna molestia a los cuatro meses de la segunda intervención.

Medio año más tarde lo examinamos de nuevo. Se encuentra sin ninguna molestia, trabaja algo en el campo. Visto por radioscopia, la antigua cavidad quística está desaparecida, pero persisten unas pequeñas sombras nodulares. No tiene tos ni hemoptisis. Expectoración nula. Ha engordado. El quiste hiliar ha desaparecido, sin que recuerde ningún episodio. Posteriormente, al cabo de unos diez meses, sigue bien.

Radiografías 5 y 6. La radiografía 6 corresponde durante el tiempo de convalecencia en el hospital.

* * *

Júzguese por lo expuesto que aun en aquellos casos en que todas las condiciones son favorables, podemos sufrir una serie de tropiezos, que no solamente complicarán el acto quirúrgico, sino que podrán poner incluso en peligro la vida del enfermo.

Pero nadie crea que estos contratiempos son cosas puramente personales, pues Poggio y García-Capurro en 26 casos sólo consiguieron una curación definitiva y sin accidentes en siete.

Por eso hemos empezado diciendo que no compartíamos este optimismo tan corriente. A no ser que sigamos aquel consejo del Quijote: «Que el mismo trabajo cuesta decir sí como no», y que traducido a los resultados y estadísticas valga lo mismo contar la mentira como la verdad.