

Sessió del dia 19 de novembre de 1934

PRESIDENCIA DEL DR. PI SUÑER

Quistes hidatídicos de pulmón. Notas clínicas

por el Dr. LUIS AZNAR GÓMEZ

La relativa frecuencia de los quistes hidatídicos de pulmón, la necesidad de su precisión diagnóstica conducente a la intervención oportuna hacen su estudio siempre sugestivo e interesante.

Con ser considerable, en general, el volumen de tales producciones, manifiestas las reacciones sintomáticas del pulmón y su envoltura en muchas dolencias, y aparatosas las manifestaciones terminales de los quistes, no lo son muchas veces los síntomas de éstos en gran parte de su desarrollo, y resulta así un contraste aprovechable para el diagnóstico esta desproporción entre el volumen del quiste y su reducida sintomatología, no incrementada por trastornos del estado general.

Hemos de tener en cuenta, al considerar la tolerancia que traduce esta penuria sintomática, la moderada reacción que el tejido pulmonar opone al desarrollo del quiste, tan ligera a veces en los primeros tiempos de desarrollo, que apenas enturbia a los rayos X su claro contorno; y que son inconstantes los trastornos de trascendencia general como los de anafilaxia, de causa conocida unas veces (punción) y otras no, pero supuesta cuando la pared quística se hace permeable al antígeno liberado a la circulación general.

De estas particularidades nace, de una parte, la franquía de existencia que el quiste obtiene de su confusión con procesos leves, y de otra, la posibilidad de desarrollo hasta períodos terminales de exteriorización con desenlace feliz unas veces, pero otras, desastroso.

Y no es raro que entre la indiferencia del principio y la impresionante vómica final sea a cuenta de la tuberculosis, sospechada por la hemoptisis, que se establezca un tratamiento o, con más fortuna, se aclare la situación por radio-diagnóstico.

Todas estas razones, y la más importante de la posible eficacia de nuestra actuación, hacen oportuno el estudio de cuantos casos se nos brindan, y así vamos a ocuparnos de los tres que dan fundamento a estas breves consideraciones y que en el transcurso de un año hemos reunido en nuestro servicio de Cirugía de este Hospital Militar.

A. B. de 30 años, guardia civil, de buena constitución y salud habitual excelente, raramente perturbada por ligeras indisposiciones. Un año antes de ingresar en nuestro servicio empezó a padecer tos fuerte y seca que, a pesar de tratarla por los medios corrientes, no se alivió y continuó así tres meses hasta que por primera vez la tos fué seguida, dice, de unos esputos grandes teñidos de sangre de un color obscuro. Desde entonces, la expectoración se hizo mucosa, algunas veces estriada de sangre. Sobre tres meses después, a consecuencia de un baño, otra pequeña hemoptisis. Cada quince o veinte días se repetía la expectoración hemoptoica de esputos grandes teñidos, y dos meses más tarde, al término de una caminata forzada en cuesta, arrojó sangre en pequeña bocanada. Guardó reposo por espacio de dos meses y entonces se trasladó a un servicio de tuberculosis donde, dice, se le diagnosticó por radiografía un quiste hidatídico de pulmón. Vuelto al servicio y sin variación en su estado, se trasladó a esta localidad, donde a principios del año actual con un golpe de tos más fuerte que nunca, arrojó una pequeña cantidad de líquido no muy denso, amarillo y encarnado. En tonces ingresó en nuestro servicio. Insiste el enfermo en que durante toda su dolencia no sintió fatiga ni otra molestia que la tos. No recuerda haber padecido urticaria. A su ingreso presentaba temperatura 39°,2 y algunos estertores mucosos que, como la temperatura, se disiparon en cuatro días, pero en los sucesivos alcanzó y pasaba de 37°,2. Expectación muco-purulenta constantemente estriada de sangre. En el hemitórax derecho una extensa zona de matidez desde el vértice hasta el nivel de la punta de la escápula, extendida hasta la línea axilar anterior. En toda esta extensión apagamiento del murmullo y de las vibraciones. Se despierta dolor por la presión en algún espacio intercostal en la zona lateral de matidez. Tos frecuente, quintosa y acompañada de la mencionada expectoración. Estado general, nutrición y apetito, buenos. Sangre: leucocitos 9.000; eosinófilos, 4. Reacción de Weinberg, negativa. Reacción Cassoni, negativa (Dr. Anfruns). Radiografía (radio núm. 1): sombra redondeada de opacidad hídrica y contorno impreciso que llena la mitad superior del hemitórax derecho con reacción pulmonar de vecindad. (Parece corresponder a quiste hidatídico.)

Como suele suceder, el hecho más positivo, pero no patognomónico, lo obtenemos del informe radiográfico. Pero a nuestro juicio destaca en este enfermo el hecho a que aludíamos en un principio: la desproporción entre los síntomas y el volumen de la producción, coincidiendo con un excelente estado general que el enfermo nunca ha perdido. Esta comprobación nos induce a suponer un quiste, opinión no exenta de reparos fundados en la ausencia de reacciones biológicas (la eosinofilia de 4 es bien poco expresiva) y en la posibilidad de que quistes y tumores ofrezcan igual aspecto radiográfico.

Queda un punto a considerar: el estado febril a su ingreso en la clínica. Consideramos muy probable fuese consecuencia de la infección del quiste seguida de una pequeña fisura y de vómica fraccionaria (que no vimos) constituida por aquella pequeña cantidad de líquido amarillo mezclado a sangre que el enfermo expulsó recientemente. Esta infección explicaría verosímelmente la ausencia de la reacción de Cassoni, tan frecuente y acreditada.

En consecuencia, procedimos a la intervención quirúrgica. La desarrollamos según el método de Lamas en dos tiempos: 1.º Previa anestesia local, resección de la sexta costilla en unos doce centímetros a partir del borde de la escápula. Aunque, suponiendo un quiste hidatídico supurado, íbamos dispuestos a su abertura en un tiempo, las adherencias pleurales que pudieran existir no nos parecieron suficientemente resistentes y procuramos provocar por el taponamiento yodado su mayor espesor. 2.º A los once días, previa punción, incisión de un solo golpe, que dió salida inmediata a líquido amarillento, escasas vesículas hijas y menudos grumos, sin duda de la membrana anhista en desintegración por la infección, y poco después y empujada por la violenta tos, la membrana entera atraída por ligera tracción. Interposición en los labios de la herida de dos gruesos y muy cortos tubos entre compresas.

Curso satisfactorio; la temperatura subió a 38'5 después de la primera intervención para hacerse normal dos días después; nuevo ascenso a 38'5 después del segundo tiempo, normalización al tercer día y otro ascenso al quinto para conservarse en los alrededores de la normal hasta la curación. Continuó la supuración, la pared tomó un color grisáceo que fué cediendo a la granulación y reduciéndose la cavidad; a las seis semanas, la cicatrización era completa (radio núm. 2). Reacción cicatricial post-operatoria en hemitórax derecho. Disminución de la excursión inspiratoria en el expresado hemitórax. Existencia de tractus desde la cicatriz pulmonar al diafragma (Dr. Cabanes).

En fecha 5 del presente este enfermo nos escribe desde Teruel: «Me encuentro perfectamente, a pesar de que, dadas las circunstancias actuales, estamos pasando un período de prueba yendo continuamente de una a otra parte.»

J. M., 21 años; buena salud y bien constituido. Sin antecedentes. Procede de la 1.ª clínica de Medicina a cargo del Dr. Linares y trae el diagnóstico de quiste hidatídico de pulmón. En febrero último, a consecuencia de un enfriamiento, enfermó sintiendo dolor en la cabeza, pecho e hipocondrio derecho que le dificultaba la respiración y se propagaba a la espalda; fatiga y tos seca. Tuvo que guardar cama ocho días, y un mes después, ya repuesto, pudo emprender de nuevo su trabajo de agricultor. Sobre dos meses más tarde, reaparece con el trabajo la fatiga, que no es constante. En junio, hallándose ya en filas, es otra vez acometido por la fatiga y tos frecuente, sobre todo al acostarse. Tratado por bronquitis durante once días y sometido a reposo, mejoró de esas molestias y desapareció la expectoración mucosa que solamente ha padecido durante ese episodio; pero al reanudar el servicio reaparecieron la tos, ya

siempre seca, y la fatiga con dolor en el costado izquierdo. Entonces el Dr. Linares pudo por radiografía confirmar sus sospechas (radio número 3): sombra circular de opacidad hídrica y contornos limpios, que radiológicamente corresponde a quiste hidatídico en parte media del pulmón izquierdo. Otra sombra de las mismas condiciones en la convexidad del hígado. La radiografía núm. 4 reproduce una bella imagen de quiste hidatídico con sus contornos limpios y tirados a compás, superponiendo su sombra a la de la base del corazón y grandes vasos. Se observan los mismos caracteres en la sombra hepática.

Comprobamos también una zona de matidez más perceptible en la pared lateral hasta la sexta costilla, lado izquierdo, y de la que se podía determinar su forma redondeada; en esa extensión, apagamiento de murmullo y vibraciones. Un roce fijo a nivel de la punta de la escápula izquierda, molestia a nivel de ese roce y dolor a la presión en el quinto espacio intercostal en la zona mate; sensación dolorosa de peso en la inspiración profunda. La tos, seca constantemente y en ello insiste el enfermo. Estado general, nutrición y apetito, buenos. Temperatura: algunas tardes, 37. Sangre: leucocitos, 9.700; eosinófilos, 9. Reacción de Cassoni, intensamente positiva. Por radioscopia se observa movilidad del quiste con la respiración, y en la inspiración profunda, una zona clara de pulmón aireado entre el quiste y la pared lateral torácica.

Con todos estos pronunciamientos favorables al quiste (imagen radiográfica coincidiendo con otra de igual naturaleza en el hígado, reacciones biológicas tan expresivas, la sintomatología) y ningún reparo firme en contra, procedimos a la intervención también en dos tiempos. En el primero con anestesia local resecamos la quinta costilla en unos doce centímetros y pudimos observar, a través del lecho costal, la libertad de movimientos del pulmón; procedimos entonces al taponamiento yodado para el establecimiento de adherencias. En el segundo tiempo, previa punción que aspiró líquido característico, pneumotomía y abertura del quiste separado de la pared por el espesor de pulmón que la radioscopia nos mostró; salida del líquido claro y transparente y al momento la membrana entera por ligera tracción en un golpe de tos, sin vesículas hijas; ligera hemorragia de la sección pulmonar que se cohibió fácilmente. Dos tubos gruesos y cortos entre los bordes de la herida. Curso satisfactorio; entre los dos tiempos algunas temperaturas de 38, y después del segundo, rápida normalización. La cavidad se fué estrechando rápidamente. A los quince días observamos una fístula bronquial que se hacía evidente con los esfuerzos de la tos; cerró a los ocho o diez días y al cabo de un mes lo estaba totalmente la herida operatoria; desaparecieron la tos y molestias subjetivas. Radio núm. 5: Reacción cicatricial en parte media del pulmón izquierdo.

Las molestias de peso y dolor propagado a la espalda subsisten en el hipocondrio derecho, en relación sin duda con el quiste hepático del que pronto procuraremos liberarle.

Otras veces el pulmón, ya que no asiento del quiste en su implantación primitiva es lugar donde ocurre el término de su evolución en sín-

drome aparatoso y grave, que impone por vómica un diagnóstico que antes fué obscuro en cuanto a asiento y naturaleza del proceso. Así ocurrió en el siguiente caso: Una tarde ingresó en nuestro servicio una anciana, doña E. R., de 65 años, con el siguiente cuadro, cuya gravedad se imponía; disnea intensa, temperatura 40, pulso 130-140, tos frecuente con sofocación, expectoración purulenta y fétida con vesículas hidatídicas flácidas; el hemitórax derecho casi totalmente mate y doloroso, y dolor también en parte alta del abdomen. La disnea intensa y la brevedad de las excursiones respiratorias impedían adquirir más datos por auscultación. La enferma es también diabética; glucosuria, 16.

Pero antes de seguir es necesario que exponamos los datos del historial que la enferma, cuando pudo, nos hizo saber. Viuda con varios hijos, y sin otros antecedentes de interés que un catarro vesical, quince años antes, del que curó. Desde hace tres años diabetes que, dice, obedecía al tratamiento. Cuatro meses antes de su ingreso, hallándose en satisfactorio estado de salud, se sintió acometida de dolor en la cabeza, lado derecho, hombro, hemitorax e hipocondrio, también derechos, acompañados de escalofríos, sin tos ni trastornos digestivos, con fiebre algunos días sobre todo cuando salía del lecho, a 38. Persistió este cuadro sobre dos meses y sintió la enferma nuevas molestias al acostarse del lado izquierdo, tos seca y frecuente acompañada de sensación de peso en pañado de escalofríos, sin tos ni trastornos digestivos, con fiebre algunos días, sobre todo cuando salía del lecho, a 38. Persistió este cuadro sobre dos meses y sintió la enferma nuevas molestias al acostarse del lado izquierdo, tos seca y frecuente acompañada de sensación de peso en el lado derecho y de temperatura entre 38 y 39. Dice la enferma que entonces se le practicaron dos punciones pleurales y el análisis del producto extraído, cuyo informe nos muestra, indica que no se hallan gérmenes y sólo elementos de la sangre; reacción de Rivalta positiva. El examen de los esputos realizado poco después, afirma la existencia de gérmenes con caracteres de pneumococo y pneumobacilo y ausencia del bacilo de Koch. Se obtuvo entonces la adjunta radiografía (núm. 6): Extensa opacidad que eleva la cúpula diafragmática con pleuritis de vecindad y ocupación del seno costo-diafragmático. Por fin aumentó la sofocación, y con tos que la ahogaba, expulsó como medio litro de líquido espeso, amarillento, que manchaba la ropa de este color, muy mal oliente y con vesículas; la temperatura ascendió a 40 y aumentaron todas las molestias, sintiéndose peor; entonces ingresó en nuestro servicio. Pudimos obtener la adjunta radio (núm. 7): ocupación del hemitórax derecho por derrame que alcanza el nivel de la clavícula.

No podíamos dudar de la naturaleza del mal y tampoco de su asiento primitivo en vista de los síntomas y de las radiografías que nos muestran tan claramente la evolución de un quiste supurado de hígado hacia pleura y pulmón. Podemos ahora reconstituir lo ocurrido, después de un período indeterminado y silencioso del quiste mientras fué estéril. Comenzaron, con la infección, los dolores en el hipocondrio, costado, etc., dependientes de la progresión del quiste hasta el diafragma, pero aun sin tos por no haber reaccionado la pleura; la producción por invasión

sucesiva de la pleuritis llamada hidatídica por Devé, que muestra la radiografía, nos explica, en una segunda fase, la producción de la tos, los dolores en el costado derecho y el aumento de temperatura. Al pulmón llegaba entonces el calor, pero aun no el fuego. Y en una tercera fase ocurre la abertura del quiste en pleura y pulmón con evacuación incompleta.

Pensamos que lo peor era dejar las cosas como se nos presentaban y decidimos la intervención rápida. Anestesia local y resección de la novena costilla a partir del ángulo; incisión de una gruesa capa que dió salida a enorme cantidad de pus y numerosas vesículas hidatídicas. Tres tubos gruesos y cortos interpuestos en los bordes de la herida.

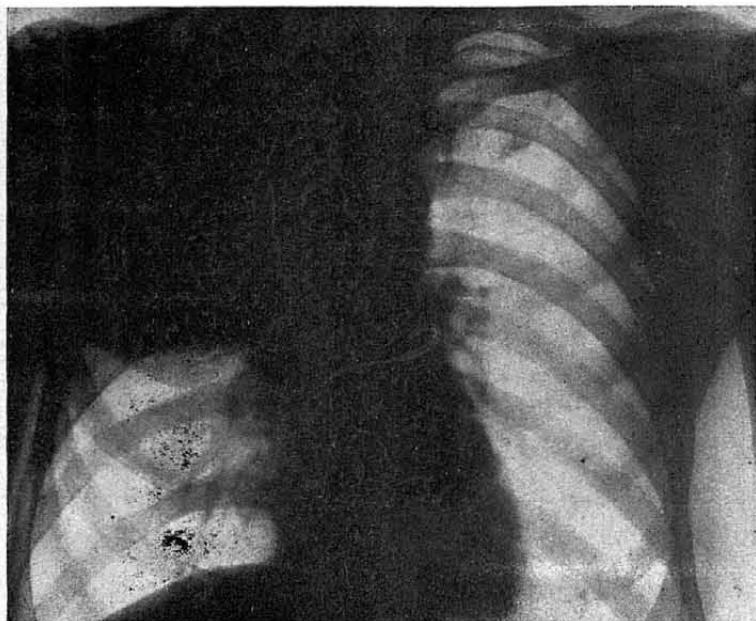
El pulso y la disnea mantuvieron la incertidumbre, pero pronto se inició la mejoría del estado general y paralelamente de todos los síntomas. La tos, con expectoración purulenta y fétida, persistió algunas semanas hasta su desaparición. Cuando la herida había ya reducido su fondo considerablemente, se produjo a nivel de la comisura externa una fístula biliar pequeña, a juzgar por la escasa cantidad de bilis que impregnaba el apósito. No duró más de dos semanas y desapareció con los progresos de la cicatrización. Durante todo el tiempo se atendió al estado diabético y demás trastornos por los medios corrientes. La adjunta radiografía (núm. 8), obtenida a los quince días de operada, demuestra con el aclaramiento del campo pulmonar, la ocupación hasta el cuarto espacio intercostal por exudado pleurítico; y la número 9, obtenida un año después de ser dada de alta, con la imagen de adherencias, muestra la opacidad del seno costo-diafragmático. Se comprueba también ligera disminución de la excursión respiratoria diafragmática.

Actualmente el estado de salud es completamente satisfactorio.

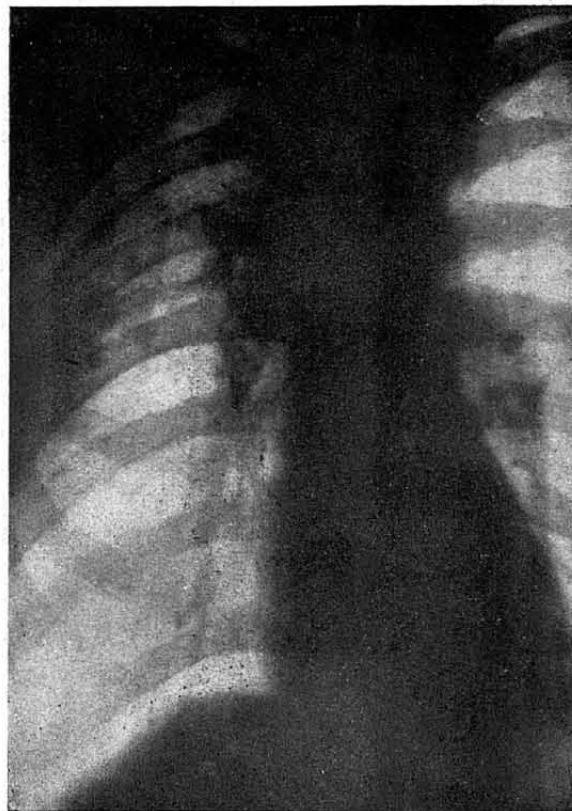
Aunque corta, la serie que antecede, no puede ser más variada ni más propicia a numerosas consideraciones. Hemos de confirmar lo ya establecido: la dificultad del diagnóstico en clínica de los quistes iniciales; y cuando ya mayores, provocan esa sintomatología escasa y banal, si no se la toma en consideración. Juntos o separados, estos síntomas y la percusión (aparte otros, como el dolor, más inconstantes) son suficientes para iniciar una determinación más precisa. A ella nos conduce también el conocido consejo de que para descubrir un quiste hidatídico de pulmón, *hay que pensar en él*. Y pensar en él es tanto como recurrir al informe principal de la radiografía que al confirmar la existencia de una producción, nos puede orientar con grandes probabilidades acerca de su naturaleza. Al servicio de esta determinación pondremos en juego el valor de las reacciones biológicas.

No entraremos en el estudio de la terapéutica del quiste hidatídico de pulmón, estudio que no cabe en este breve trabajo, pero expondremos las razones que nos han guiado al seguir el método ya clásico de Lamas, es decir, abertura en dos tiempos y marsupialización.

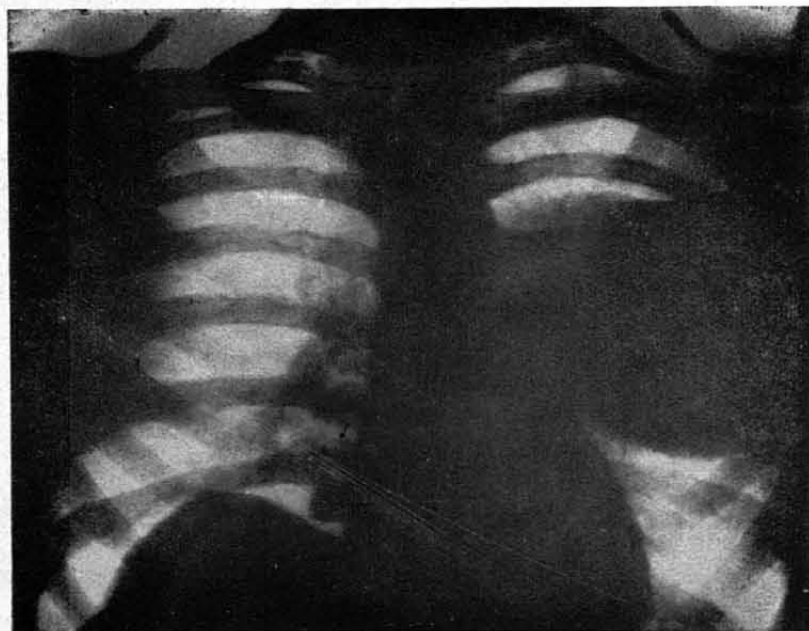
1.^o A partir del hecho, tan favorable, de la conservación de la elasticidad pulmonar en la pared de las cavidades quísticas, creemos que el medio más seguro de obtener la pronta curación es evitar la interposi-



Núm. 1



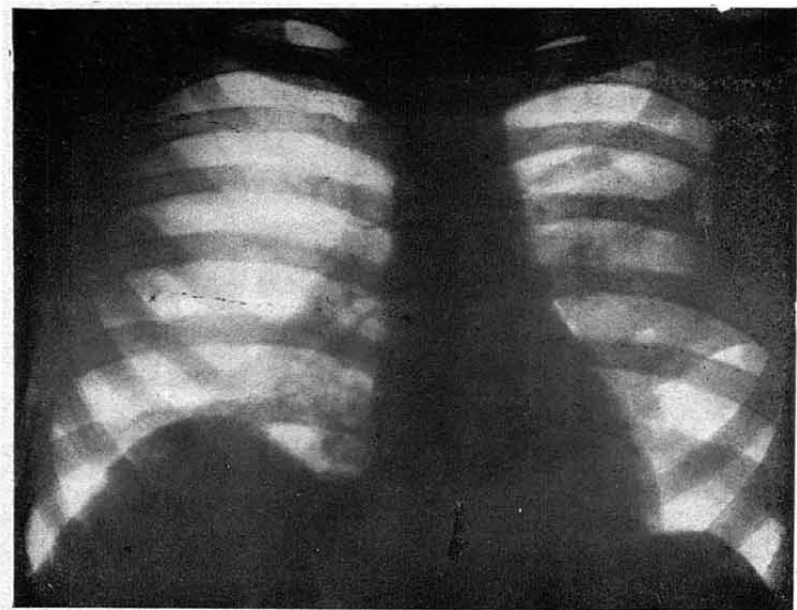
Núm. 2



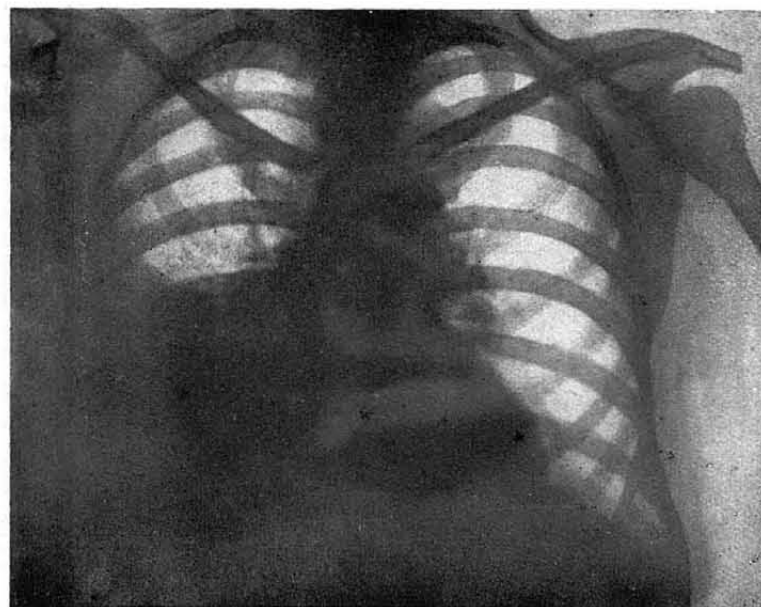
Núm. 3



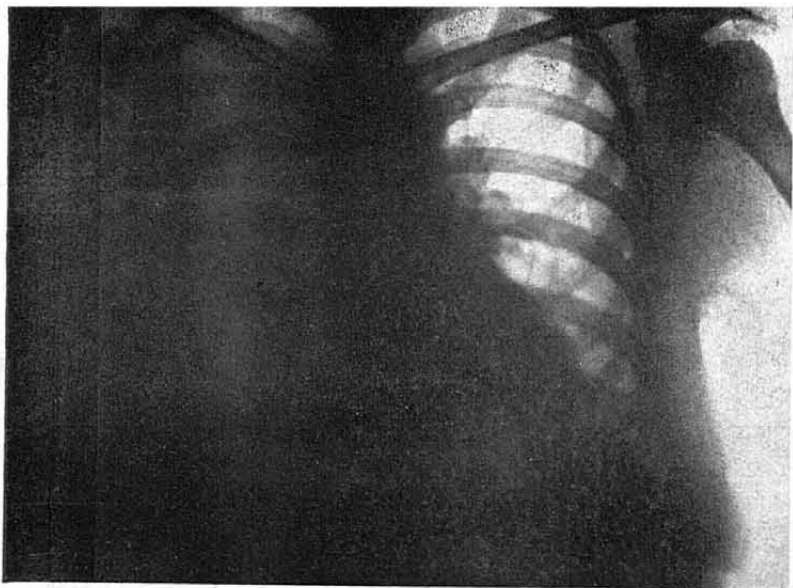
Núm. 4



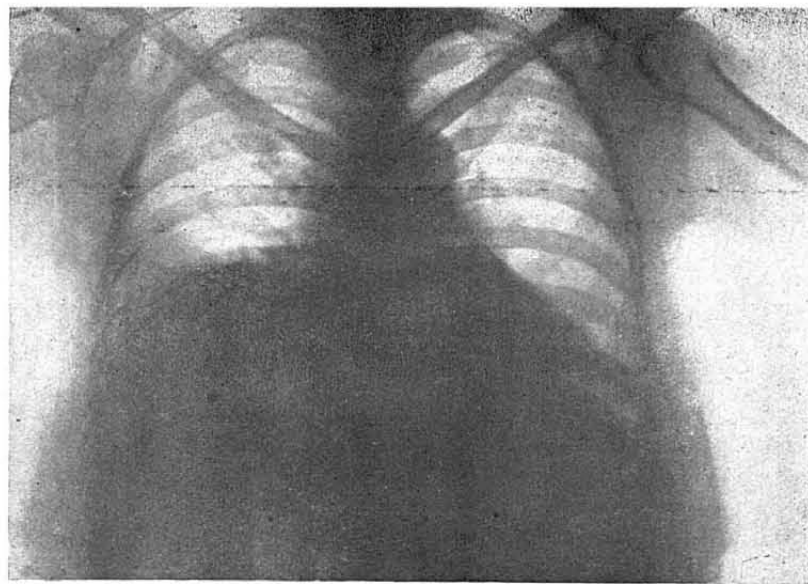
Núm. 5



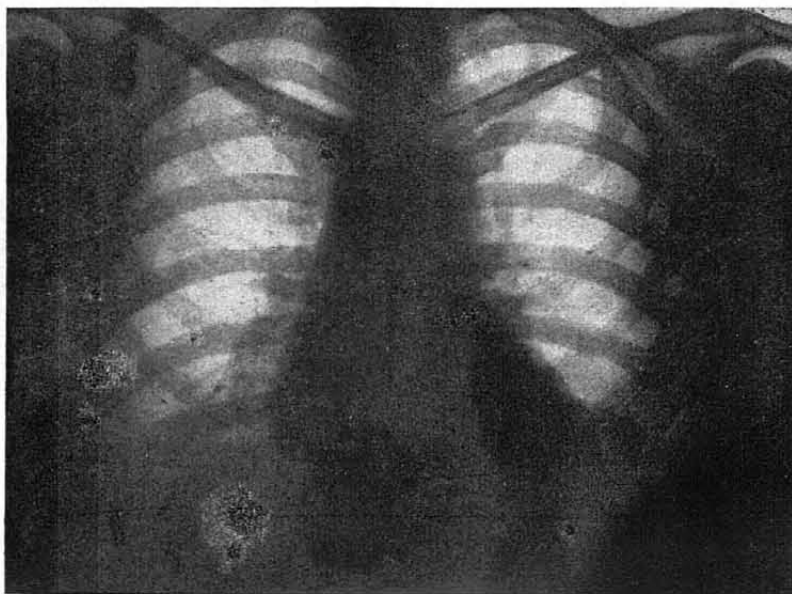
Núm. 6



Núm. 7



Núm. 8



ción en esas cavidades de residuos o productos, y así mismo que si la infección se produce, la retención no se oponga a aquella bienhechora cualidad. Es seductora la esperanza de obtener la curación en los períodos normales después de operar en un tiempo cerrando totalmente. Se citan muchos casos coronados por el éxito. En prueba del alcance de la curación, en algunos de estos casos debemos de hacer constar la demostración radiográfica, al cabo de meses, de la persistencia cavitaria y ocupación de su fondo por un exudado.

2.^a Otra razón que nos afirma en nuestra conducta es la consideración de la capa periquística de bronco-pneumonia correspondiente a la reacción pulmonar y a través de la cual, cuando se cierra, hay que pasar la sutura y abrir camino posible a la infección como lo hace la aguja en las punciones inoportunas.

3.^a Otra razón, cuya realidad confirma nuestro caso segundo, es la frecuencia de fístulas bronquiales, algunas tardías, que fatalmente ocasionarán un pío-pneumo-quiste en la cavidad con tan buen propósito cerrada.

La reiteración de estas complicaciones justifica la aparición de procedimientos más modestos en su alcance oclusivo: la sutura con drenaje por estrecho tubo, la marsupialización cerrada, etc., técnicas de transición a la marsupialización verdadera.

Hemos operado, bajo la protección de adherencias, objetivo principal del método de Lamas, tan justamente extendido. A nuestro juicio, hoy, la necesidad de crear el pneumotórax operatorio no es razón suficiente que justifique la postergación de un método. No puede negarse que esta complicación va seguida de choc intenso, del que casi siempre se triunfa. Si no hay medio de evitarlo, no debe ser obstáculo para llegar al quiste, pero la pequeña ventaja de unos días que nos proporciona, se pierde ante el peligro de contaminación de la pleura por el pus y las hidátides, pues no siempre el aislamiento es perfecto y la posibilidad de relajación de las suturas expone a hacerlas permeables a pequeñas cantidades de líquido. La pleuresía supurada, con más frecuencia que la siembra hidatídica, realiza la confirmación de estos peligros.

Si estos escollos no malograsen las mejores intenciones, esta cirugía de pleura libre y cavidad suturada cumpliría el ideal, pero ante la realidad, hemos de anteponer a la problemática rapidez la seguridad efectiva.