

## NOTAS CLINICAS

## LOBECTOMIA POR QUISTE HIDATIDICO

J. PEDRO RODRÍGUEZ DE LEDESMA.

Cirujano del Hospital Provincial de Cáceres.

En nuestra práctica de cirujano provincial, sólo por excepción se presenta un caso en que la indicación de lobectomía por quiste hidatídico pueda establecerse de un modo correcto.

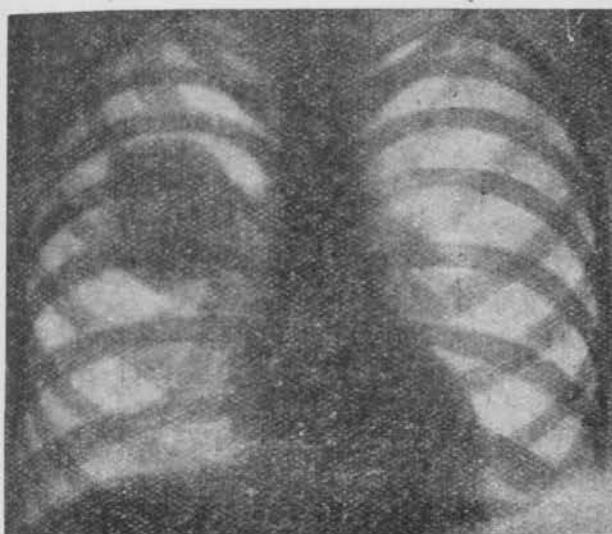


Fig. 1.

Casi siempre se ofrecen quistes pulmonares de gran tamaño, infectados, con extensas adherencias parietales y muy próximos a la pared. De ordinario evolucionan hacia las cisuras interlobares y tienen pared fina, todo lo cual dificulta cualquier tentativa de exéresis.

La extirpación del quiste aisladamente, con conservación del parénquima pulmonar, ha sido posible en algunos casos, pero con frecuencia ocasiona, bien la rotura precoz del quiste, o bien hemorragias de consideración, acompañadas de la abertura de bronquios, que pese a todas las meticulosas maniobras de sutura y hemostasia, dejan las estructuras propicias, bien al neumotórax, bien a derrames pleurales de evolución incierta. Tales incidentes han obligado en algunos casos a la exéresis de todo un pulmón.

De aquí que nuestra práctica nos lleve a elegir la marsupialización en uno o dos tiempos en la mayoría de los enfermos.

Esta conducta no siempre nos ha dejado satisfechos. Dehiscencias precoces de la sutura de marsupialización, neumotórax, fluter mediastínico, hemorragias, enfisemas, son percances que se han presentado en diversas ocasiones.

Los enfermos con quistes pequeños, con pleura no sinfisada, rara vez aceptan la cirugía de exéresis, y por otra parte, los médicos no la aconsejan, porque la estiman demasiado grave para un proceso como la hidatidosis, de poca gravedad clínica y susceptible en algunos casos de curación por vómito.

En nuestra práctica, la marsupialización ha evolucionado con mayor gravedad en los organismos infantiles, cuya pared torácica, más flexible, permite la oscilación mediastínica. La bronquitis y el cúmulo de secreciones en el árbol bronquial, al reducir la capacidad respiratoria, así como su facilidad para padecer desequilibrios hidrosalinos, sus gritos y movimientos, difíciles de controlar, ocasionan en los niños marsupializados estados de gravedad excepcional en el postoperatorio.

Sentimos una preferencia absoluta para la lobectomía cuando el quiste es pequeño y se halla totalmente rodeado de parénquima, especialmente en niños, por las causas antedichas.



Fig. 2.

La lobectomía, por lo demás, tiene la ventaja de reducir el postoperatorio con los consiguientes peligros de infección o hemorragia.

El caso que presentamos se refiere a una niña de diez años de edad, la cual padecía, como puede apreciarse en la radiografía adjunta, un quiste central de lóbulo superior derecho (fig. 1).

Se eligió una toracotomía anterolateral a través del tercer espacio intercostal. La incisión cutánea se hizo más baja, respitando la zona mamaria, y se levantaron los planos musculares mamario y cutáneo, de modo que la futura sutura de cierre de estos planos quedara alejada del espacio intercostal practicable (fig. 2).

Se eligió la incisión anterior por las siguientes razones:

1. Se pudo hacer en decúbito dorsal o ligeramente inclinado el enfermo hacia la izquierda. Así colocado, las expansiones respiratorias del pulmón opuesto no estaban dificultadas, mientras que la posición lateral, aparte de exigir medios de fijación especiales, siempre representa un cierto grado de obstáculo respiratorio. En cuanto a la posición prona, tan usada por OVERHOLT, la juzgamos más indicada en los procesos sépticos y nos ha causado en algunos enfermos parálisis temporales del plexo braquial.

2. La incisión anterior permite una mayor separación de las costillas que la anterior, lo que tiene interés cuando se hace la toracotomía intercostal, o sea sin resección de costilla.

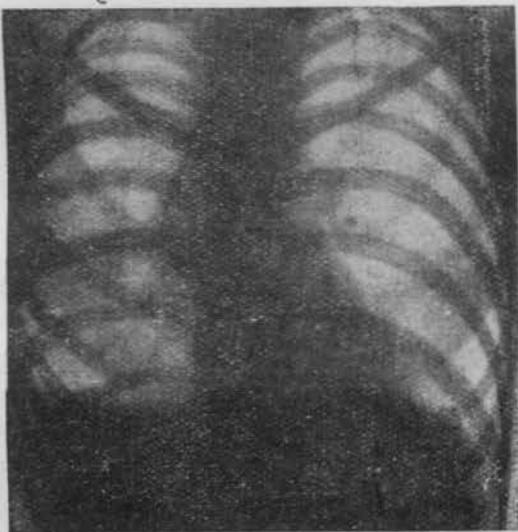


Fig. 3.

3. La incisión anterior no exige maniobras especiales para levantar la escápula, aun cuando se elija un espacio intercostal alto, mientras que la incisión posterior requiere mantener levantada la escápula, bien por mecanismos automáticos, bien con un ayudante.

4. La vía anterior es muy útil para alcanzar el pedículo broncovascular del lóbulo superior derecho.

La sutura bronquial se hizo con perlón, la sutura de los planos musculares con catgut y la piel con seda.

Se dejaron dos drenajes: uno, del lecho lobar superior, y otro, del seno costo-diafragmático, ambos unidos por un tubo en T, y conjuntamente en comunicación con un mecanismo aspirador. Ambos tubos salían por orificios practicados en los espacios intercostales más bajos, a nivel de la línea axilar posterior. Se aplicó un dispositivo de aspiración eléctrica intermitente.

Al tercer día de la intervención se extrajo el drenaje.

La reexpansión pulmonar de los lóbulos medio e inferior se obtuvo a las cuarenta y ocho horas. Pero ha quedado un neumotórax en el hueco del lóbulo extirpado que aún puede observarse en la radiografía (figura 3), obtenida a los veinte días de la operación, pero que va desapareciendo con lentitud.

Igualmente subsiste un ligero derrame pleural, que desaparece también muy despacio.

## SINDROME DE DISTENSIÓN ABDOMINAL NO DEBIDA A GASES

G. MARTÍN ARRIBAS.

De la Escuela de Digestivo del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo, de Barcelona.

Del Instituto Médico de Especialidades del Hospital de Basurto (Bilbao).

Jefe de Servicio de Digestivo del S. O. E. de Vigo.

En 1881, WEIR MITCHELL<sup>1</sup> observó un cuadro patológico de inusitada rareza, de tal modo que desde entonces han sido pocos los médicos que han tenido ocasión de verlo y han sido muy pocas las publicaciones que sobre él se han hecho desde la citada primera observación de MITCHELL. BARGEN y CHRISTIANSON<sup>2</sup>, HURST<sup>3</sup>, ALVAREZ<sup>4</sup> y alguno más, han descrito algún que otro caso de este tipo, pero sinceramente, ninguno nos parece tan interesante como el caso motivo de este trabajo.

### OBSERVACIÓN.

Enferma S. C. S., de treinta y dos años, casada, residente en Vigo (la madre de la enferma murió de un sarcoma vertebral).

No recuerda enfermedades. Cefaleas frecuentes. Menarquia a los quince años, tipo 28/5; escasa cantidad de sangre. Dos hijos sanos. No abortos.

Enfermedad actual (23-IX-54).—Hace cuatro años comenzó con dolor de cabeza muy intenso en región occipital que frecuentemente le duraba todo un día, no calmando con los analgésicos habituales. Estas cefaleas aparecieron con gran frecuencia durante dos años, al cabo de los cuales fué vista por un neurólogo que la sometió a tratamiento con histamina intravenosa.

A las 15 inyecciones de histamina comenzó a notar hinchazón abdominal que le aparecía después de las comidas. La hinchazón comenzaba después de los primeros bocados, incrementándose rápidamente y viéndose obligada a aflojar los vestidos. Esta hinchazón crecía progresivamente en poco tiempo hasta alcanzar un volumen similar al de una gestante de nueve meses. La hinchazón persistía cuando se acostaba por las noches. A la mañana siguiente el abdomen había adquirido su volumen normal, para repetirse el cuadro con la primera comida. La enferma cuenta que si estaba en ayunas todo el día no le aparecía la hinchazón, pero ésta reaparecía en cuanto intentaba comer algo. No guarda relación con ningún otro tipo determinado de alimentos. Las ropas de por la mañana no le sirven para las tardes.

Esto repite todos los días desde hace dos años. El dolor de cabeza ha disminuido de frecuencia, apareciendo sólo de tarde en tarde, pero con una característica: cuando aparece el dolor de cabeza no se le hincha el vientre en todo el día aunque haga las comidas habituales, y si aparece cuando el abdomen se encuentra distendido éste comienza a disminuir de volumen tanto más rápidamente cuanto más violenta es la crisis de cefalea. Esta disminución de volumen del vientre no se acompaña de ruidos de tripas ni de expulsión de gases por boca ni ano.

Coincidendo con este cuadro comenzó a disminuir la cantidad, ya de antes escasa, y la frecuencia de las reglas, durándole únicamente un día y constituidas apenas por unas gotas de sangre. Las reglas son precocidades frecuentemente, durante 7 u 8 días, de dolores epigástricos intensos que no tienen relación con las comidas ni calman con la ingestión de alimentos ni de alca-