

el bazo, aunque bien es verdad que no se ha aplicado radioterapia directamente sobre estas zonas.

Asimismo es de señalar la remisión espontánea de la anemia que tenía en el primer análisis efectuado, sin más tratamiento que la repetida radioterapia.

Es decir, se trata de una enferma de linfoblastoma folicular gigante que presentaba afectación de los ganglios linfáticos cervicales, axilares, inguinales y abdominales, con fenómenos secundarios de edema en pared abdominal y pierna derecha, así como quilotórax derecho, aparte de hepato y esplenomegalia junto a trastornos digestivos de anorexia y diarrea, que en la exploración del tránsito intestinal se muestran debidos a infiltración de la mucosa, bien por el mismo proceso fundamental o, más problememente, por estasis linfático debido a las masas adenopáticas abdominales afectadas por la enfermedad, que ha respondido de una manera espectacular en todas sus manifestaciones, a excepción de la hepato y esplenomegalia, a la radioterapia en dosis total de 7.600 r. piel.

BIBLIOGRAFIA

- BACKENSTOSS, A. H., y HECK, F. J.—*Amer. Jour. Med. Sci.*, 200, 17, 1940.
 BRILL, N. E.; BAHR, G., y ROSENTHAL, N.—*Jour. Amer. Med. Ass.*, 84, 668, 1925.
 CERVIA, T.—*Rev. Clin. Esp.*, 58, 298, 1955.
 EVANS, T. S., y DEAN, C. A.—*Ann. Int. Med.*, 40, 851, 1954.
 FARRERAS, P., y PEDRO-PONS, P.—*Lecciones de Patología y Clínica Médicas*. Barcelona, 1953.
 RITAMA, V.—*Ann. Med. Int. Fenniae*, 40, 161, 1951.
 MORALES PLEGUEZUELO, M., y JIMÉNEZ DÍAZ, C.—*Rev. Clin. Esp.*, 18, 88, 1945.
 ROTÉS y CISCAR.—*Med. Clínica*, 10, 167, 1948.
 SYMMERS, D.—*Arch. Path.*, 26, 1092, 1938 (cit. de varios).

QUISTE HIDATIDICO PULMONAR TRATADO POR QUISTECTOMIA IDEAL Y RESECCION PARCIAL O SEGMENTARIA DEL LOBULO MEDIO

J. PEDRO RODRÍGUEZ DE LEDESMA Y VALENCIA.

Cirujano del Hospital Provincial de Cáceres.

A. LUENGO RODRÍGUEZ DE LEDESMA.

Médico Agregado.

Servicio de Cirugía del Dr. LEDESMA.

El tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico de pulmón merece ser considerado de muy distinto modo a como lo ha sido en años anteriores.

De siempre fué la marsupialización, en uno o dos tiempos, el tratamiento elegido. Aún hoy día, sigue siéndolo, en ambientes quirúrgicos poco propicios para la cirugía intratorácica.

En quistes voluminosos, y por tanto, próximos a la pared torácica, sigue optándose por la marsupialización, en un tiempo, si las adherencias parietales garantizan el fácil abordaje y drenaje de la cavidad sin peligro de neumotórax. Cuando tales adherencias no existen o son dudosas, suele practicarse la intervención en dos tiempos.

La marsupialización tiene muchos inconvenientes, sobre todo si la sínfisis pleural no existe o si no tiene la debida extensión y solidez. Es muy frecuente que la vía elegida para su realización no coincida con la topografía exacta de la zona sinfisada; por otro lado, en muchas ocasiones no se ha conseguido la fijación buscada con el primer tiempo operatorio.

Estas circunstancias ocasionan graves problemas, en el mismo momento operatorio, que el cirujano se ve precisado a resolver del mejor modo posible y no siempre con el resultado debido.

Es frecuente, por ejemplo, que se produzcan neumotórax o derrame de líquido en la cavidad pleural. Por otra parte, la sutura de fijación a que con frecuencia hay que recurrir en tales casos, muchas veces no es segura y cede en días sucesivos, con la inevitable producción de neumotórax o pleuresía.

Pero aun cuando la sínfisis sea buena o la sutura de fijación se conserve, la simple punción y abertura del quiste para la marsupialización ocasiona una brusca inundación de líquido hidatídico en el árbol bronquial. Esto se debe a que, con el crecimiento del quiste, se produce la abertura de bronquios de ordinario de pequeño calibre que quedan ocluidos por la misma membrana hidatídica, pero que al puncionar ésta y retraerse, aumenta el espacio antes virtual que existe entre tal membrana y la cápsula reaccional periquística de los tejidos del pulmón y en donde abocan los bronquios o bronquiolos abiertos.

Este momento de la inundación bronquial por el líquido hidatídico es bien apreciable cuando se operan los quistes con anestesia local, porque en este momento el enfermo presenta intensa tos y crisis de sofocación con expulsión por vómica de grandes cantidades de líquido o, al menos, de sangre o esputos sanguinolentos.

Si las maniobras operatorias se hacen con rapidez, la pronta extracción de la membrana hidatídica y la aspiración del líquido restante en la cavidad, restablecen la normalidad con prontitud.

Pero en otros casos exige la aspiración en el árbol tráqueobronquial, problema relativamente fácil si se opera con narcosis e intubación traqueal, pero no tanto si se trabaja con anestesia local.

Todas estas consideraciones, más las complicaciones y peligros habituales en la evolución futura de cualquier cavidad marsupializada, tales como la hemorragia, la infección o la fístula bronquial definitiva, fuerzan a considerar tal

proceder como una intervención poco grata en el tratamiento de los quistes hidatídicos pulmonares. Tal cúmulo de peligros y accidentes no dejan de ser tenidos en cuenta por muchos internistas, que desaconsejan la intervención, prefiriendo abstenerse, con la esperanza de una curación espontánea por vómica, aun en los tiempos actuales.

Nosotros, en presencia de estos hechos, que hemos sufrido repetidas veces en nuestra larga práctica hospitalaria, llegamos a la conclusión de que la marsupialización de estos quistes ha de reservarse como intervención de excepción para casos especiales no susceptibles de otro tratamiento, tales como los infectados, los de considerable tamaño o los de sínfisis pleural muy extensa y, por consiguiente, de difícil liberación.

En los tiempos actuales, y disponiendo de medios y experiencia para la moderna cirugía intratorácica, la operación aconsejable debe ser la extirpación del quiste, conservando la mayor cantidad posible de tejido pulmonar.

Para obtener este resultado cabe ejecutar dos órdenes de intervenciones, a saber: 1.º Operaciones de exéresis, esto es, lobectomías o neumonectomías totales, según la extensión invadida por el parásito, y 2.º Extirpación del quiste respetando el tejido pulmonar, a lo que llamamos quistectomía ideal.

La lobectomía ha sido defendida por nosotros en una reciente publicación ("Lobectomía por quiste hidatídico pulmonar". *Rev. Clín Española*, noviembre 1955). En esta publicación sosteníamos el criterio de que la lobectomía está indicada en los quistes pequeños rodeados de parénquima. Sin que esta indicación la consideremos definitiva, sino susceptible de ser modificada de acuerdo con experiencias ulteriores, seguimos por el momento aceptando idéntico punto de vista.

En cuanto a la quistectomía ideal, que ignoramos si se ha publicado anteriormente, ha sido ejecutada por nosotros ocho veces y la juzgamos como la operación de elección de todos los quistes de tamaño mediano o grande, pero no gigantes, que evolucionan, en parte, hacia la cistura interlobar. Es una intervención de ejecución facilísima, sobre todo si la formación quística carece de adherencias con la pleura parietal. En uno de los casos (quiste de tamaño como cabeza de feto en el lóbulo inferior izquierdo), existían adherencias parietales extensas que se liberaron fácilmente sin que se rompiera el quiste. La operación no sólo es sencilla, sino que se ejecuta sin que se pierda sangre del tejido pulmonar.

Esto se comprende fácilmente si se tiene en cuenta que entre la superficie exterior de la capa quitinosa de la membrana hidatídica y la capa fibrosa reaccional del parénquima pulmonar existe un plano o espacio virtual desprovisto de vasos. A este espacio virtual desembocan las aberturas de bronquios de segundo y tercer or-

den, que se han producido como consecuencia de la degeneración del tejido pulmonar, ocasionado por la compresión excéntrica del quiste en su crecimiento, y son visibles una vez extraído éste, por el silbido del aire o las burbujas, cuando se insufla el pulmón; pero en tanto que no se extrae el quiste, tales boquillas bronquiales son ignoradas, porque se encuentran tapadas por la membrana hidatídica en su compresión excéntrica.

Si se hace una punción del quiste para extraer la membrana, o si ésta se rompe intempestivamente por una falsa maniobra en la operación de quistectomía, al desaparecer la tensión de la membrana penetra rápidamente el líquido hidatídico en el árbol bronquial a través de estas aberturas, que suelen ser múltiples, cada vez que el enfermo realiza movimientos de inspiración.

Este conflicto puede ser grave, porque la inundación masiva del árbol tráqueobronquial puede reducir o suprimir la capacidad respiratoria del sujeto, teniendo en cuenta que con la narcosis queda abolido el reflejo expulsivo de la tos.

De aquí la conveniencia de practicar la quistectomía con moderada presión positiva y acentuarla y sostenerla cuando se presente el accidente de la rotura de la membrana, aun cuando ésta sea de mínimo grado, en tanto que con los aspiradores se limpia de líquido hidatídico la cavidad y pleura.

Una vez extirpado el quiste, ha de procederse meticulosamente a la sutura de cierre de todas las boquillas bronquiales que están abiertas, pues de lo contrario quedan una o varias perforaciones pulmonares con el consiguiente peligro de neumotórax, pleuresía o fístula bronquial.

Como de ordinario son múltiples las aberturas bronquiales, resulta que unas se ven con facilidad, pero otras no, bien por su pequeño tamaño, bien porque se esconden en pliegues del parénquima, que se retrae a despecho de las tentativas de insuflación, que pueden resultar ineficaces, toda vez que el aire se escapa por los bronquios abiertos.

Para localizarlas resulta imprescindible rellenar con suero templado toda la cavidad pleural, con lo que se descubren los orificios bronquiales todavía no suturados, gracias a las burbujas que se forman cada vez que se aumenta la presión. Una vez aspirado el suero, se procede a suturar los orificios bronquiales así descubiertos.

Esta maniobra debe repetirse cuantas veces sea necesaria hasta adquirir la evidencia de que la insuflación pulmonar con cavidad pleural rellena de suero no produce ninguna burbuja.

Los puntos de sutura bronquial los practicamos entrecortados con aguja fina, preferiblemente cilíndrica, utilizando material no reabsorbible (preferimos el perlón o la seda negra torcida americana).

Deben ser bastante profundos para que no se

rasguen los tejidos, procurando que alcancen la pared cartilaginosa del bronquio. Pero si son demasiado profundos, lesionan los vasos venosos satélites de los bronquios, ocasionando hemorragias muy molestas y rebeldes de cohibir o bien la obstrucción bronquial y subsiguiente atelectasia de un territorio pulmonar, lo que obliga a complicar la intervención con una resección segmentaria o una lobectomía.

En el caso que motiva esta publicación, la expansión del quiste había ocasionado la destrucción completa de la luz de un bronquiolo terminal, que se acusaba por una zona triangular de atelectasia en el lóbulo medio y que perduró después de la quistectomía sin conseguir reinsuflarlo con la presión positiva. Estaba tan definido el límite entre la zona atelectasiada y el resto del lóbulo medio, que la resección segmentaria de la misma resultó sumamente fácil.

En los quistes de mediano tamaño su crecimiento se realiza preferentemente al espacio interlobar, sin duda porque las presiones espiratorias positivas le rechazan en esta dirección. Como consecuencia de esto, la pleura interlobar resulta rechazada sobre la cúpula del quiste. Esto facilita la liberación, que ha de iniciarse sobre esta zona, carente de parénquima y, por consiguiente, avascular.

La incisión de esta pleura ha de hacerse con mucha cautela e iniciarla en zonas elegidas para evitar a toda costa la rotura de la membrana. Una vez conseguida una pequeña incisión, la membrana hidatídica hace hernia por la abertura con el peligro de rotura. Para prolongar la incisión, se introduce entre pleura y membrana una espátula como las de bocio y sobre ella se la prolonga con bisturí, hasta conseguir que tenga una longitud en lo posible superior al diámetro del quiste.

Cuando la incisión de la pleura interlobar sobre el quiste ha alcanzado suficiente longitud, basta con mantenerla abierta con pinzas para que pueda ser extraído, toda vez que no habiendo adherencias de la membrana hidatídica con las estructuras pulmonares, no se necesita hacer ninguna maniobra de despegue y liberación. Cuando el quiste es pequeño, resulta fácil su extracción con las manos. Pero cuando el quiste es grande y su membrana delgada, puede romperse al ser extraído con las manos. En otros casos, al intentar extraer el quiste, éste, debido a su suavidad, se desliza y rueda desde su lecho pulmonar a los espacios pleurales, donde es muy difícil conseguir sin rotura su extracción, por la dificultad de conseguir una presa eficiente.

En un caso hemos conseguido desalojar el quiste de su lecho al exterior del orificio de toracotomía aumentando la presión hasta conseguir insuflar el pulmón. Así hemos conseguido un verdadero parto del quiste, para lo cual se necesita mantener lo más abierto que se pueda el orificio de toracotomía con el retractor costal de Finochietto o cualquiera otro. Esta ma-

niobra da siempre resultado si el orificio de toracotomía coincide topográficamente con el quiste, cuando se insufla el pulmón. Sólo sirve para casos de quistes medianos y grandes.

La vía de acceso a la toracotomía ha de escogerse de acuerdo con la situación del quiste. Así, para los de lóbulo inferior y medio, usamos la sexta costilla o el sexto espacio, y para los de lóbulo superior, la cuarta costilla o cuarto espacio.

Una vez cerrado el orificio de toracotomía, nosotros dejamos dos tubos rígidos de aspiración. Uno llega justamente al sitio del lecho del quiste y otro a nivel del seno costodiafragmático. Ambos tubos se unen mediante un tubo en Y a la misma única fuente de aspiración. Retiramos los tubos a las setenta y dos horas, lo mismo que si se tratara de una lobectomía.

La quistectomía ideal con extracción integral del quiste sin ser abierto, es preferible a cualquier otra técnica operatoria y de insignificante gravedad.

La siguiente historia clínica y las radiografías adjuntas corresponden al más reciente de nuestros casos.

E. D. S., de treinta y dos años. Aldeacentenera (Cáceres).—Hace un año tuvo un proceso respiratorio catarral bronquial, febril, que fué tratado con antibióticos y balsámicos, durándole unos doce a quince días. Ulteriormente quedó subjetivamente bien, pero unos meses después, hallándose en gestación de cuatro meses y medio, tuvo un nuevo proceso respiratorio agudo, febril, hasta 38,5 y 39, con expectoración hemoptoica. Este proceso fué etiquetado de neumónico, y aun con tratamiento antibiótico le duró quince o veinte días, al cabo de los cuales reanudó su vida normal. Días después tuvo un aborto sin complicaciones. Durante la gestación tenía vómitos con frecuencia, que ella achacaba a su estado, y, en algunas ocasiones, estos vómitos fueron abundantes, algunos muy acuosos, originándola tos.

Antecedentes.—Paludismo. Desde hace cinco años, tendencia catarral y sus brotes catarrales se han acentuado con frecuencia.

Exploración.—Buena conformación y estado nutricional. Piel y mucosas bien coloreadas.

Corazón, normal; pulso rítmico a 80 de frecuencia. T. A., 125/80 mm.

Pulmón: Macidez en campo inferior de hemitórax derecho, planos anterior y lateral; muy ligera submacidez en plano posterior de ese mismo nivel. En los dos primeros, ausencia de función respiratoria, y en el posterior, finas crepitaciones subescapulares. En la región interescapulovertebral izquierda, sin ostensibles signos percutorios. La exploración radiológica (véase figura 1) nos confirma el diagnóstico radioscópico de hidatidosis pulmonar bilateral. El quiste de pulmón izquierdo está abierto en vías bronquiales. Bronquitis catarral concomitante.

Datos de laboratorio.—Sangre, 10.200 leucocitos; 4.287.000 hematíes. Hemograma de Schilling: 0, 8,5, 0, 0, 5, 70, 20, 1. Resto, normal. En orina nada anormal.

Se inicia tratamiento intensivo preparatorio para la intervención.

Operación.—Inducción con pentotal sódico. Intubación traqueal. Protóxido de nitrógeno-éter-oxígeno.

Posición lateral izquierda. Toracotomía lateral con resección de cuarta costilla lado derecho.

Se halla quiste tamaño cabeza de adulto asentado en lóbulo medio con extensión hacia espacio interlobar. Se observa atelectasia triangular de la parte más externa del lóbulo medio. Se practica una incisión muy pequeña de la pleura interlobar sobre la cúpula del quiste, ampliándose con pequeñas incisiones de bistu-

ri sobre una espátula arqueada de Kocher introducida entre la pleura y la membrana del quiste.

Cogidos con pinzas los bordes de la sección pleural, se introduce una tijera, con la que se amplía la incisión en ambos extremos. Introduciendo los dedos cuando es posible, se amplía la abertura todo lo necesario sin lesionar tejido pulmonar. El dedo completa la disección de la bolsa quística.

Con moderada insuflación pulmonar se introducen ambas manos y se extrae el quiste, limpiando el lecho con

Tras un postoperatorio normal, la enferma es dada de alta a los doce días de ser intervenida.

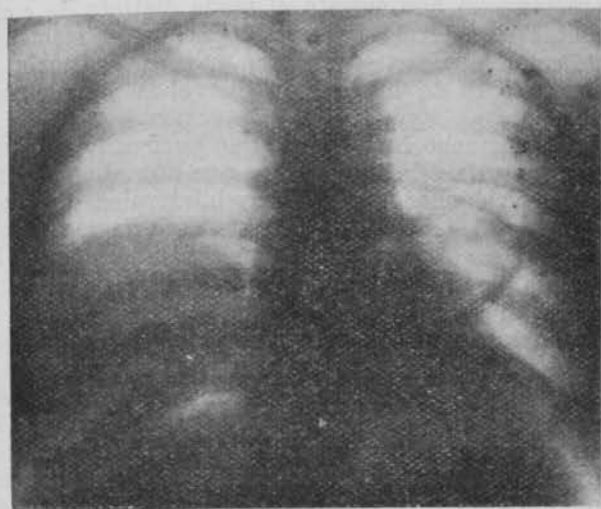


Fig. 1

gasa empapada en formol al 10 por 100. Acto seguido se procede a la sutura de las boquillas bronquiales, en número de cuatro.

Reinsuflan al máximo el pulmón, observando que persiste atelectasia segmentaria del lóbulo medio. Realizamos la extirpación de la zona atelectasiada, previa disección y ligadura del bronquio. Hemostasia. Extirpación de gran parte de la pleura interlobar sobrante.

Efectuando dos orificios por las partes más declives, se introducen por ellos sendos tubos de aspiración, dejando uno hasta el lecho del quiste y otro en seno costodiafrágico. Ambos se unen mediante un dispositivo en Y con un mismo aspirador eléctrico intermitente de Gomco.

Extracción de los tubos a las setenta y dos horas, después de comprobar radiológicamente la reexpansión pulmonar.

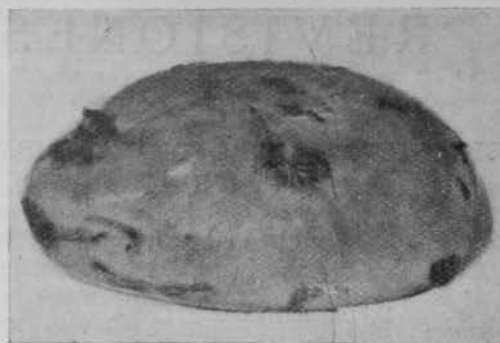


Fig. 2.—Fotografía del quiste extraído, el cual, debido a la acción de la gravedad, aparece de forma ovalada.

La figura 3, que es una radiografía practicada a los veinte días de ser dada de alta, muestra el grado de

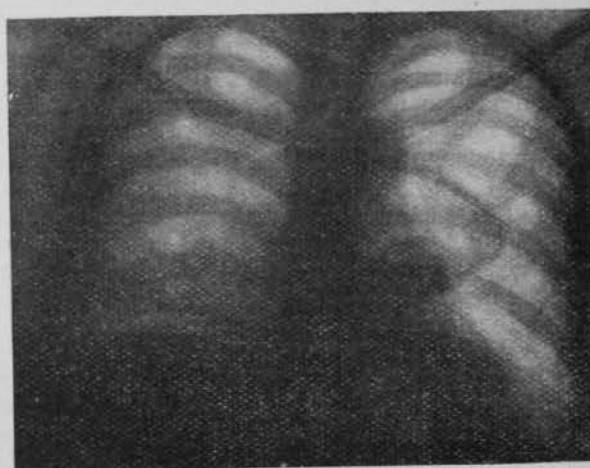


Fig. 3

recuperación. En el lado izquierdo se aprecia la línea ocupada por la membrana del quiste que se eliminó por vómica y que no ha sido intervenido.