

INTERVENCIONES

Dr. T. LORENZO

(Grabación defectuosa)



Dr. M. GONZALEZ RIBAS

SÓLO un breve comentario sobre un síntoma que no debe descuidarse y del cual no se ha hecho mención, y que en casos como el que voy a relatar puede ser indicador que oriente hacia un diagnóstico de hidatidosis.

Se trata de una enferma que acude a la visita hace tres semanas, dirigida por el médico de cabecera y con el diagnóstico de posible pleuresía con síndrome gripal y dolor de costado. En su historia clínica cuenta una tifoidea a los 10 años. Hace un año, urticaria, que persiste durante 22 días sin obedecer a los tratamientos desensibilizantes y al régimen dietético. Después de una fase asintomática,

una nueva urticaria hace dos meses, muy intensa y con una duración de tres semanas, terminando con un cuadro catarral con dolor en costado derecho, que continúa hasta el momento de ser visitada por nosotros.

Muestra la exploración radiológica una imagen ovalada en lóbulo inferior derecho, con bordes muy precisos. La eosinofilia y las reacciones de Casoni y Weimberg positivas concretan el diagnóstico de quiste hidatídico, confirmado por la intervención efectuada a los pocos días. La urticaria iterativa debe contar siempre como un posible síntoma de la hidatidosis.



Dr. S. ALMANSA DE CARA

Voy a referirme tan sólo a la punción transparietal como método diagnóstico en casos indispensables, no solamente para diagnosticar con certeza el quiste hidatídico de pulmón, sino también para eliminar su presencia, que también es importante.

Yo recuerdo que en una ocasión, un cirujano amigo me invitó a presenciar una operación sobre un quiste hidatídico de la base pulmonar, y cuál no fué la sorpresa del colega y mía cuando en el acto operatorio se comprobó que no existía tal quiste, sino una lobulación diafragmática con la que fué confundido.

Contamos con un caso semejante con una imagen que los argentinos llaman en «sol naciente»; tenía eosinofilia y un Casoni positivo, que indujo a pensar a otro cirujano en la existencia de un quiste, por lo que propuso su intervención. El día antes, aquel hombre, quien recuerdo era un tabernero, se me presentó en consulta decidido a operarse al día siguiente, pero no sin antes contar con mi conformidad.

Reconocido, le rogué demorara la intervención, para someterle a estudio. La radioscopia giratoria me hizo poner en duda tal diagnóstico, por lo que practiqué un neumoperitoneo que me dejó en la es-

tacada, pues se logró solamente cámara subdiafragmática en lado *ido*, pero no en el derecho, a causa de un proceso sinfisario por una afección abdominal anterior. En vista de ello, me atreví a hacer dos punciones, que resultaron blancas y, en consecuencia, a aconsejarle no se sometiera a ninguna operación. Efectivamente, hasta la fecha, aquel hombre vive en su taberna con la misma deformidad diafragmática.

Creo que la punción transparietal tiene su indicación no en el sentido de operar tras de ella de modo inmediato; no todo el mundo se presta a la punción y acto seguido a echarse en la mesa de operaciones; las familias piden primero un diagnóstico seguro y después decidirán.

Yo recuerdo a este respecto un caso entre los que tengo publicados sobre el tema. Se trataba de un niño que fué desahuciado por un especialista ante un diagnóstico de sarcoma de pulmón, entre otros fundamentos, por carecer de eosinofilia y ser el Casoni negativo. Tras una prueba manométrica que reveló sinfisis pleural, hice la punción, obteniendo la clásica «agua de roca», siendo operado y curado posteriormente.

Las condiciones exigibles, que yo considero indispensables para hacer con garantía la punción

transparietal en estos casos son: 1.^o Casoni negativo. 2.^o Sífnisis pleural. 3.^o Localización periférica.

Siendo el Casoni negativo no hay sensibilización y al no estar el sujeto sensibilizado no hay peligro de desencadenar la reacción anafiláctica. Existiendo sínfnisis pleural, no hay peligro de provocar un neumotórax y de originar el vaciamiento en la cavidad pleu-

ral, con sus funestas consecuencias.

Y estando situado en la periferia, no será fácil atravesar el parénquima pulmonar, con la eventual presentación de una embolia gaseosa.

En suma, estimamos que la punción así practicada tiene su utilidad sin peligro, aunque con limitadas indicaciones.



Dr. F. BLANCO RODRIGUEZ

Voy a decir solamente unas palabras, que son repetición de las que pronuncié en Madrid en la 4.^a Reunión de esta Sociedad, y que, según veo, cayeron en el vacío. Se referían a un dato muy importante para el diagnóstico del quiste hidatídico abierto y supurado. Al hacer el examen bacteriológico de los esputos, para descartar la tuberculosis, vimos, con el doctor PÉREZ PARDO, que el método de

la auramina con luz fluorescente —utilizado para la investigación del bacilo tuberculoso— ponía de manifiesto con gran claridad los ganchos hidatídicos, que quedan teñidos correctamente con este método y destacan por su brillantez del resto de la preparación. Repito este dato por si alguno de ustedes no tenía conocimiento del hecho y puede resultarle útil.



Dr. F. COLL COLOME

LA aportación de la broncoscopia en el diagnóstico y terapéutica del quiste hidatídico ha sido muy importante.

En el quiste cerrado el examen broncoscópico proporciona los datos de compresión extrínseca y bronquitis circunscrita sin que podamos precisar ningún signo patognomónico.

En cambio, en los quistes abiertos, membrana encarcerada y sobre todo pioquistes, con la bronco-aspiración y selección de partículas (B. A. S.) se logran diagnósticos definitivos al aislar uno de los tres tipos de membrana que describimos con BIETO en 1953.

Desde el punto de vista terapéu-

tico no estamos de acuerdo con algunos autores franceses que preconizaban la ruptura y aspiración del quiste hidatídico a través de la vía endoscópica, pues creemos que es un procedimiento difícil y peligroso comparado con la sencillez del procedimiento quirúrgico de tratamiento.

En donde la broncoscopia adquiere un gran valor terapéutico es cuando nos encontramos delante de una gran cavidad residual después de la quistectomía. En estos casos, si se actúa precozmente mediante la bronco-aspiración y tratamiento local descongestivo se logra casi en un cien por cien de casos resolver el problema.



Dr. C. ZURITA

QUIERO insistir sobre un aspecto ya expuesto magistralmente por el Dr. TELLO, como todos los puntos que ha tocado en su Ponencia, cual es el de la versatilidad de la reacción de Casoni. Estamos hartos de ver muchas veces reacciones de Casoni negativas en casos que después se han demostrado de tipo auténticamente quinoco-

cócico, y con más frecuencia aún, reacciones positivas, francamente positivas, en lesiones neoplásicas sobre todo, y de otros tipos o etiologías no hidatídicas. Pero yo quiero insistir aquí sobre una observación personal, recogida con motivo de una exploración complementaria en una enferma tuberculosa sobre un fondo intensamente

luético, masivamente tratada anteriormente con penicilina-procaína. Se trataba simplemente de establecer un diagnóstico diferencial en el cual pretendíamos eliminar el de la hidatidosis mediante la oportuna reacción de Casoni; y nuestra sorpresa fué encontrarnos con un resultado intensamente positivo a los quince minutos, que se acentuó a las veinticuatro horas, haciéndose dramáticamente intenso a las cuarenta y ocho. Esto me hizo sospechar que pudiese tratarse de una sensibilidad inespecífica, posiblemente a la procaína, y que hiciese reaccionar simultáneamente a la enferma al Casoni. Efectivamente, la enferma era sensible a la procaína.

Consecuentemente, seguimos investigando de forma sistemática esta reacción al antígeno de Casoni, en una serie de enfermos sensibles a la procaína y entre ellos a un grupo de *practicantes* con sensibilidad, pudiéramos decir profesional al producto, encontrándonos con la sorpresa de que, efectivamente, casi todos ellos, en un porcentaje muy alto, aunque en este momento no puedo decir en qué tanto por ciento exacto, dieron un resultado francamente positivo a la intradermorreacción de Casoni.

¿Se trata de una sensibilización inespecífica? ¿Existe en el contenido quístico alguna sustancia afín a la procaína o complementaria al antígeno de Casoni?



Dr. J. MORAL TORRES

(Grabación defectuosa)



Dr. C. DE SOLER JORRO

EN relación con la exposición efectuada por el Dr. TELLO, he de preguntarle qué dato considera

de más valor cuando el diagnóstico es dudoso, manifestándole nuestra opinión de que consideramos

como de máximo interés diagnóstico la prueba de laboratorio «examen de la curva de eosinofilia previa inyección de antígeno fresco», a la cual no ha hecho referencia el conferenciante.



Dr. A. PURSELL

NUESTRA experiencia en hidatidosis es extensa, pues hace años que con nuestro maestro, el Dr. ROSAL, dedicamos una buena parte de nuestra atención a esta afección. Por tal razón nos vamos a permitir hacer algunos comentarios sobre este tema.

La atelectasia pericavitaria, que analizaba el Dr. BIETO, en nuestros casos siempre fué reversible, incluso en membranas encarceladas muy antiguas.

Quistes fértiles sólo en dos ocasiones los hemos comprobado; esto contrasta con su presencia habitual en los de localización hepática, lo que quizá pudiera relacionarse con la mayor densidad de esta víscera, que entrañaría mortificación para el parásito, causa admitida como origen de la aparición de vesículas hijas.

De acuerdo con lo expuesto por el Dr. TELLO. Pese a su falta de valor absoluto, la imagen más habitual del quiste es la redondeada, homogénea y densa. También, como él, valoramos como patog-

nomónico la existencia de un pneumoquiste perivesicular. En cambio, diferimos del Dr. TELLO en que valoramos mucho más la radiología del quiste en broncografía, cuyas diástasis bronquiales decantan nuestro criterio en favor de tal diagnóstico, cuando tenemos dudas entre él y la neoplasia.

También diferimos en que empleamos mucho más la punción transparietal para el diagnóstico, que empleamos sin preparar al enfermo cuando el Casoni es negativo, y con anestesia general cuando éste es positivo para evitar una posible reacción anafiláctica. En ambos casos lo hacemos como acto previo al quirúrgico, interviniendo a continuación si es positivo el hallazgo de líquido.

Nuestra conformidad con el doctor VELASCO. La atelectasia segmentaria o lobar no es frecuente en el quiste, inclinando nuestro ánimo cuando se asocia a la imagen redondeada en favor de la neo, aunque tuvimos un caso en que tal asociación se presentó y

creíamos era una neo, intervinien- más no existen criterios categóri-
do y resultando un quiste. Una vez cos en medicina.



Dr. V. PUIG RAMIREZ

QUEREMOS valorar únicamente en el diagnóstico el hecho de la *procedencia* epidemiológica del individuo, en especial en aquellos casos dudosos de diagnóstico en individuos procedentes sobre todo de ambiente rural. Existen verdaderos focos de parasitismo de quis-

tes hidatídicos, y este dato puede ayudar a su diagnóstico.

Queremos hacer resaltar en este momento la falta de una política de envergadura de tipo sanitario-veterinario en este problema del quiste hidatídico.



Dr. G. GUZMAN BLANCO

CON respecto a la reacción de Casoni, me permito recurrir a la experiencia del Dr. TELLO para que me aclare si es posible que a un supuesto enfermo de quiste hidatídico se le haga un Casoni y éste resulte *negativo* y al verle otro médico y repetirle la prueba

esta vez resultara *positiva*, debido a una sensibilización por la primera reacción.

He de manifestarle haberlo leído en una publicación, pero no he vuelto a encontrar referencia alguna sobre este asunto.



Dr. M. MARTIN ONGIL

EN las broncoscopias y en los casos que clínica y quirúrgicamente había quiste hidatídico, el estudio citológico del aspirado bronquial por el procedimiento y técnica de Papanicolau E. A. 65, repetía, con una monotonía constante, la presencia de la variedad citológica atípica de células pequeñas.

Cuando el quiste estaba supurado con restos o no de membranas, estas variedades eran más floridas, participando el escamoso y avena, variedad citológica que se había podido obtener en el laboratorio contiguo al quirófano en la pared externa del quiste recién extraído de la cavidad fraguada en el parénquima pulmonar.
