

ACTAS CLINICAS

QUISTE HIDATIDICO HEPATICO DE EVOLUCION INTRATORACICA DE DIAGNOSTICO DIFICIL

Dr. T. LORENZO

Se trata de una enferma A. F. de 40 años, de edad sin antecedentes patológicos de importancia, de constitución y aspecto normales, dedicada a las faenas de la casa y cuyos aparatos circulatorio, respiratorio, digestivo y sistema nervioso son también clínicamente normales.

La enfermedad actual empieza hace 3 años, en que dice la enferma que padeció una pleuresía derecha que curó en dos meses con tratamiento apropiado, sin necesidad de punción evacuadora, quedando completamente bien hasta hace quince días que presenta un cuadro agudo de shock periférico, sin pérdida de conocimiento y con un dolor opresivo en epigastrio — este cuadro cede espontáneamente a los pocos minutos, quedándole solamente una discreta adinamia—. Es visitada por su médico, el que al examen clínico no encuentra nada importante, y por examen radioscópico sólo una imagen tumoral en base pulmonar derecha que ocupa el seno costo-diafragmático, por cuyo motivo nos es enviada la enferma con el diagnósti-

co de posible quiste hidatídico pulmonar.

Se le practica una reacción de Cassoni, que resulta fuertemente positiva y una fórmula leucocitaria que constata 18 eosinófilos, las demás exploraciones no dan ningún dato importante. La enferma se encuentra bien, salvo ligera adinamia y poco apetito. No tose ni aqueja ningún dolor torácico ni abdominal.

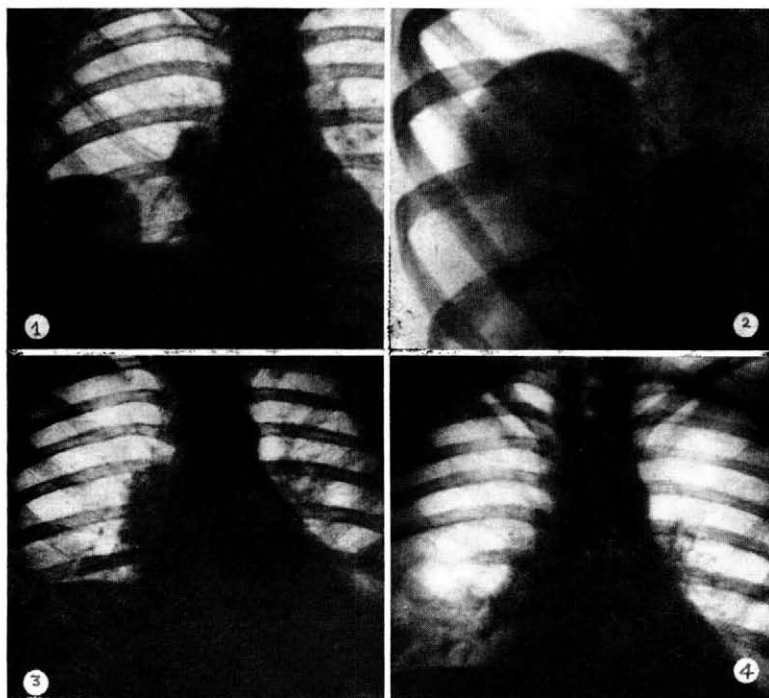
Practicadas radiografías de frente y oblicua (Figs. 1 y 2), nos demuestran la existencia de una tumoración de bordes bien limitados en su mitad súpero interna y del tamaño de una naranja grande.

Con todos estos datos, a pesar de la ausencia de síntomas respiratorios, sentamos y ratificamos el diagnóstico de quiste hidatídico entero pulmonar, y como único tratamiento el quirúrgico.

Bajo anestesia general con intubación traqueal, respiración controlada y decúbito lateral izquierdo, se practica una toracotomía de unos 10 cms. de extensión a nivel del 6.º espacio intercostal (línea axilar media) con resección de 8

centímetros de la 6.^a costilla. Pleuras fuertemente sinfisadas. Punción exploradora aspirando líquido hidatídico (5 c. c.) no saliendo más. Se practica una nueva punción en otra dirección, saliendo nuevamente líquido hidatídico en pequeña cantidad, lo que nos hace sospechar que existen varias vesí-

jas de todos los tamaños, que se extraen. Se practica un lavado y fricción con solución farmacolada al 1 por 100, de la germinativa madre, que es muy dura y gruesa en varias zonas. Masurpialización parcial de la cavidad quística, que queda taponada con gasa y tubo suturando el resto de la abertu-



culas y, dada la topografía del quiste, que éste sea hepático (por la rareza del quiste plurivesicular pulmonar). En efecto, se incinde a nivel de las punciones —seccionando el diafragma engrosado e íntimamente sinfisado a pleuras— encontrando un quiste enorme intrahepático, lleno de vesículas hi-

ra con puntos sueltos. Sutura de la pared en tres planos.

Curso postoperatorio normal. Durante seis meses salen por la boca de masurpialización gran cantidad de vesículas de todos los tamaños, así como restos de membranas, cicatrizando definitivamente a los 8 meses (fig. 3) y aprecián-

dose la desaparición de la imagen tumoral de base pulmonar izquierda y el aumento de volumen de un segundo quiste en región medias-tínica baja, que en la radiografía primera (fig. 1) ya se sospechaba su existencia, pero que no se inter-vino por la falta de sintomatolo-gía, por su tamaño y localización dispar del quiste hepático.

A los pocos meses, y comproba-do su crecimiento en exámenes ra-

dioscópicos, fué intervenida por vía anterior, extrayéndole el quis-te, que estaba ubicado en tejido celular mediastínico sin ninguna relación con el tejido pulmonar. Sigue un curso postoperatorio nor-mal, siendo dada de alta definitiva a los pocos días (fig. 4).

El caso presentado es interesan-te por la localización de sus quis-tes, el hepático y mediastínico de apariencia pulmonar.