Escuela de Tisiología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Servicio del Dr. Rosal

QUISTES HIDATÍDICOS DEL PULMON

Dr. TOMÁS LORENZO

Cirujano de servicio

Se comprende que no puede estar en nuestro ánimo hacer un estudio completo del tema, quistes hidatídicos del pulmón.

Lo extenso del mismo no puede ser enmarcado en una lección.

Por esta razón nos reduciremos a tratar sólo ciertos aspectos de este tema, al que tanto esfuerzo y cariño hemos dedicado.

El punto de la hidatidosis pulmonar que abordaremos es el de su tratamiento, haciendo algunas breves consideraciones sobre el diagnóstico radiológico de las diversas formas clínicas.

Para nosotros, bien entendido que nosotros somos, en éste y en todos los asuntos que se refieren a la hidatidosis pulmonar, el profesor ROSAL y mi íntimo colaborador el doctor PURSELL, *no existe otro tratamiento del quiste hidatídico del pulmón, que el quirúrgico.*

El enfermo portador de un quiste, puede llegar a nuestras manos en dos fases diferentes de la evolución del parásito, en plena vitalidad del mismo o en una fase de muerte y retención de membranas, pues si la vómica hidatídica ha expulsado el quiste en su totalidad, ya no existe, bajo el punto de vista quirúrgico, enfermo a tratar.

Podemos ya pues, hacer una primera división, en quistes vivos o cerrados y muertos o abiertos.

Las eventualidades que pueden suceder al romperse espontáneamente un quiste, son por orden de mayor a menor frecuencia, el vaciamiento a bronquis o a pleura.

Nosotros en un trabajo sobre el tema, abertura espontánea en bronquios, admitimos cinco complicaciones:

Primera: Membrana encarcelada. Segunda: Pioquiste. Tercera: Cavidad post-quística. Cuarta: Esclerosis pulmonar. Y quinta: Bronquiectasias.

La membrana encarcelada, se caracteriza por la retención, o encarcelamiento de toda o parte de la membrana, previa expulsión de su contenido líquido y sin infección de la cavidad, traducible clínicamente.

Entendemos por pioquiste, la existencia de la cavidad quística con retención total o parcial de la membrana, afecta de un proceso de supuración que drena más o menos ampliamente por vía bronquial.

Cavidad post-quística, es la persistencia de la adventicia después de la expulsión total del quiste, por mucho tiempo, años a veces, sin infección de la cavidad.

En esta disertación sólo nos referiremos al tratamiento de los quistes enteros, membrana encarcelada y pioquiste.

No entra dentro de los límites de nuestra lección el diagnóstico de existencia de una hidatidosis pulmonar.

Partimos ya de la base, que por los medios clínicos y biológicos que sean, existe en firme tal diagnóstico.

Ahora bien, lo que nos interesa es la forma clínica, quiste abierto o cerrado, ya que aunque nuestro criterio terapéutico, como veremos después, es uniforme en todas ellas, el momento de su aplicación variará, de aquí la necesidad de un repaso del diagnóstico radiológico para diferenciarlas.

Para diferenciar el quiste cerrado del abierto, existe en clínica un antecedente, que cuando se comprueba permite asegurar que no se trata de un quiste cerrado, nos referimos a la hidátidoptisis.

Pero esta expulsión del líquido salado, no es siempre tan evidente para el enfermo, pues puede presentarse de forma fraccionada o incluso inaparente.

(*) Conferencia dada en el Curso de Cirugía Torácica, organizado por los Dres. L. Rosal y J. Soler Roig.

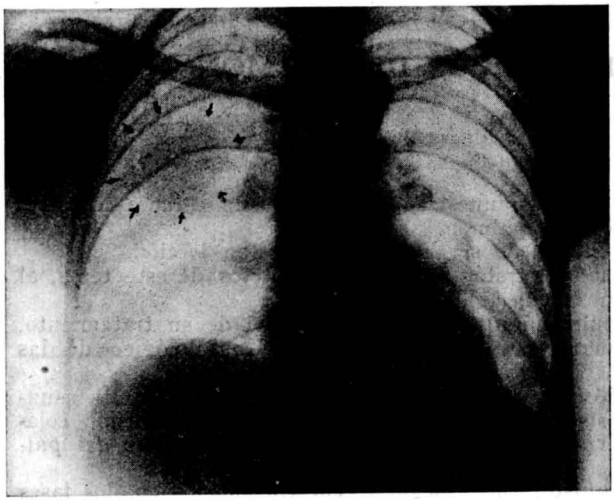


Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3

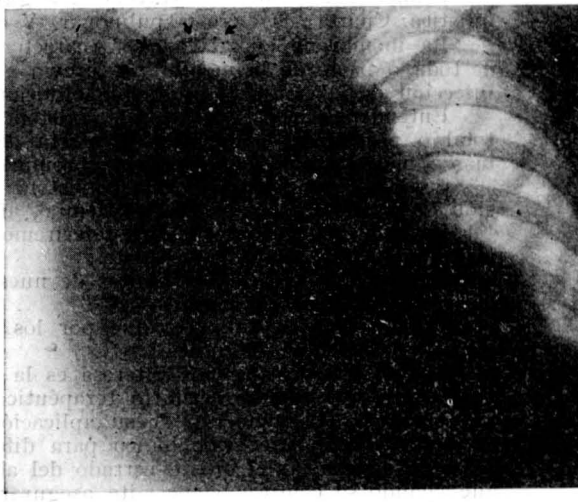


Fig 4

Es entonces cuando tenemos que acudir a otros medios de exploración, que son principalmente radiográficos o tomográficos.

Para orientarnos daremos un esquema de las imágenes ideales de estos tres procesos, haciendo luego un somero análisis de las diferentes imágenes, descritas con pretensiones más o menos patognomónicas por otros autores.

El quiste entero aparece radiográficamente como una imagen redondeada de contornos netos y de consistencia homogénea. (Fig. 1)

Es decir, que en contra de la descripción paradógica de BECLERC, que decía que toda imagen de quiste es una tumoración no quística, nosotros creemos que lo habitual es que se trate de un quiste, sin desconocer y sobre ello hemos insistido en otras publicaciones que puede ser un epiteloma, pero lo frecuente para nosotros es que se trate de un quiste.

En cuanto a la membrana encarcelada, su imagen habitual es menos definida, se trata en general de una sombra no tan homogénea y con tendencia muy grosera a la forma redondeada. (Fig. 2).

El pioquiste tiene su esquema más representativo en la imagen hidroaérea con nivel bien visible, adoptando la imagen en cesto, descrita por PIAGGIO BLANCO y GARCÍA CAPURRO y caracterizada además por que este nivel líquido, presenta un contorno irregular correspondiente a la membrana desprendida que flota en el mismo, imagen descrita por LAGOS GARCÍA y SEGERS con el nombre de signo del camalote. (Fig. 3).

Como imágenes más o menos patognomónicas se han descrito multitud de ellas, de las cuales comentaremos las observadas más frecuentemente por nosotros.

Signo del neumo perivesicular. Descrito por MORQUIO BONABA y SOTO, consiste en el despegamiento y colección de aire entre la adventicia y la membrana germinativa, apareciendo ambos contornos bien netos. Signo admitido como patognomónico por estos autores, cosa aceptada por IVANISEVITCH y CORREA ITURRASPE y negada por DEVÉ, CHIFLET y PURRIELL, que lo han descrito en procesos no hidatídicos. Nosotros siempre que lo hemos encontrado ha sido en quistes enteros. (Fig. 4).

Sombra poligonal de las radiografías laterales o signo de IVANISEVITCH. Descrito por este autor como característico de la membrana encarcelada, consiste en esencia, en que si bien las radiografías frontales pueden dar una imagen redondeada, en las transversas adopta la forma poligonal. (Figs. 5 y 6).

Este signo lo hemos encontrado en las membranas encarceladas aunque sólo en la proporción de un 25 %.

La tomografía puede tener importancia, para el diagnóstico de pioquiste, cuando éste no da en la radiografía corriente la imagen del camalote por no flotar la membrana, sino estar sumergida en el foco supurativo, no visualizándose por superposición de la sombra propia de la membrana y del líquido de retención, lo que se disocia en los cortes tomográficos, apareciendo en uno de ellos la imagen de la membrana, signo que ha sido bautizado por PURSELL con nosotros con el nombre de signo del sumergible. (Figs. 7 y 8).

Expuesto lo anterior, necesario a nuestro entender para el diagnóstico exacto de la forma clínica, veamos ahora la manera de proceder ante un enfermo portador de un quiste entero.

En realidad, sólo dos posturas caben ante éste, la abstención o la quirúrgica. La abstención si tiene una defensa, ésta se basa en la buena tolerancia con que a veces soporta el organismo al huésped. Pero esto tiene sólo una justificación temporal, que acabará precisamente en el momento en que éste en su progresivo desarrollo, se rompa con todos los peligros que ello acarrea. Claro es que como la vómica tiene en ocasiones un valor curativo, a ello se aferran los partidarios de la abstención.

Ahora bien, si repasamos estadísticas veremos que el promedio de curaciones por la vómica espontánea varía según los autores, entre límites muy amplios que oscilan del 25 a 75 %, pero en cambio, la mortalidad es también muy elevada, admitiendo del 20 al 60 %. Tal porcentaje de mortalidad mínima es ya un razonamiento en contra, de la postura abstencionista, dado que el tratamiento quirúrgico no llega ni de mucho en las peores estadísticas al 20 %.

De todas formas hay que hacer una salvedad y esta se refiere a los niños portadores de quistes. En ellos la proporción de curaciones es del 100 % para LAGOS y MORQUIO, del 90 % para GARCÍA PORTELA y de cifras semejantes para todos los

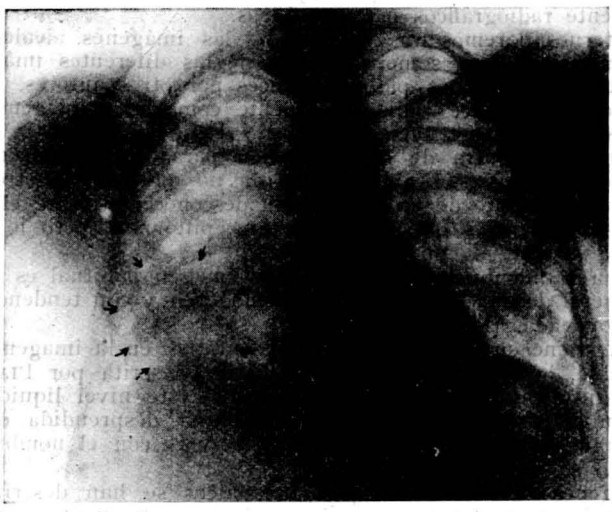


Fig. 5

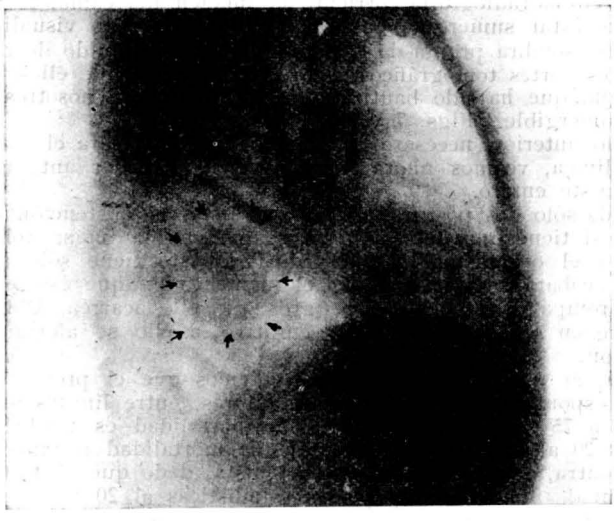


Fig. 6

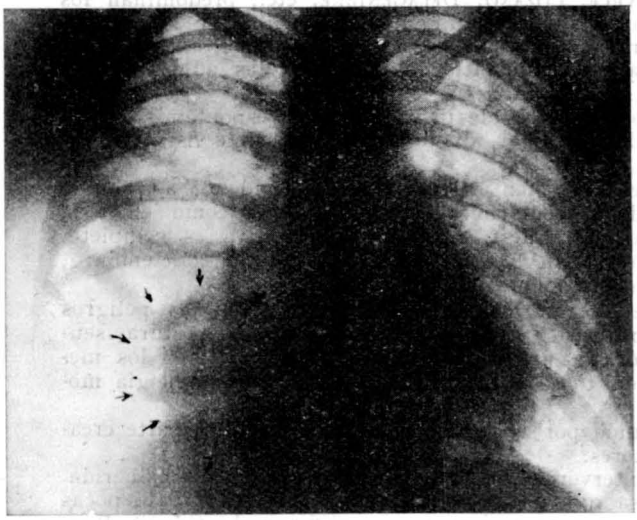


Fig. 7



Fig. 8

autores. De forma que en los niños debemos ser más parcos en sentar la indicación quirúrgica, salvo que existe una sintomatología que nos fuerce a ello.

Admitida la necesidad de intervenir, veamos qué peligros tiene esta intervención y de qué medios disponemos para suprimirlos o atenuarlos.

Estos peligros son: 1.º, Traumatopnea operatoria; 2.º, Hemorragia; 3.º, Fenómenos infectivos pulmonares y pleurales postoperatorios; 4.º, Posible fístula bronco-cutánea, y 5.º, Embolia gaseosa.

El problema de la traumatopnea ha sido valorado diferentemente por los autores. Unos, que no lo consideran como fenómeno grave y operan a través de pleura libre, bien haciendo un pneumo previo, bien estableciéndolo lentamente en el mismo momento operatorio. Otros, entre los cuales nos encontramos nosotros, que consideran capital eliminar este riesgo y operan unos en cámara de hipopresión y otros, creando previamente adherencias entre las dos hojas pleurales, procedimiento este último, que hoy por hoy es el que habitualmente empleamos.

Nosotros en nuestra estadística, no hemos perdido por esta complicación ningún enfermo. Es más, en ninguno de nuestros intervenidos hemos visto tal eventualidad, pues siempre las sínfisis logradas han sido suficientes para evitarla.

En cuanto a la hemorragia operatoria, para nosotros aunque la hemos visto algunas veces no ha sido jamás de gravedad, solventándola siempre con un taponamiento sostenido unos minutos. Llamamos la atención sobre el hecho, de que ésta, casi nunca es lo abundante que parecería lógico incindiendo pulmón, sugiriendo la idea, de que quizás en ello influya la atelectasia intensa que el taponamiento abundante que hacemos en el primer tiempo determina y que variando las condiciones circulatorias del pulmón, hace que la incisión del mismo no sea lo hemorragípero que es habitualmente.

En cuanto a los fenómenos infectivos pleurales y pulmonares los primeros son los graves. Operando a través de pleura sinfisada se comprende que no puede presentarse. Los pulmonares sobre todo infección de la cavidad quística, cuando ésta se presenta, nunca adquiere características de gravedad.

La fístula bronco-cutánea ha sido una preocupación para todos los cirujanos, solventándola de manera diferente en relación muchas veces con el criterio de

operar a través de pleura libre o sinfisada. Así entre los autores que operan a través de pleura libre, POSADA, ARCE, LOZANO, DELAGENIÈRE, etc., predominan los que cierran la cavidad sin drenaje dejando el pulmón suturado libre en la cavidad torácica. Los partidarios de operar a través de pleura sinfisada, ROUX, MORAS, LAMAS y MONDINO, etc. masurpializan cuando tienen que crear las adherencias y cierran sin drenaje cuando éstas son espontáneas.

Nosotros que operamos siempre a través de pleura adherida espontánea o provocada, cerramos siempre la herida pulmonar, evitando así la posible fístula bronco-cutánea.

En cuanto a la embolia gaseosa si bien es una realidad evidente a valorar, afortunadamente su proporción de presentación es mínima, tanta como en toda intervención intrapulmonar. Ante ella, nuestra impotencia curativa es completa, aunque profilácticamente, estamos satisfechos de la posición de Trendelemburg, que antes de incindir pulmón hacemos adoptar al enfermo.

Por lo expuesto habrán ustedes visto cómo se han solventado los peligros operatorios, hasta el punto de permitirnos con conciencia de nuestra postura, sentar la indicación operatoria categórica, en los quistes enteros grandes, en los medianos de situación periférica y en todos los que tengan una sintomatología molesta y persistente.

Veamos, pues, la técnica seguida por nosotros, copia, mezcla y en parte creación, de la seguida por otros autores.

Nosotros el quiste entero lo intervenimos siempre a través de pleura adherida. Si esta sínfisis es espontánea, cosa que desgraciadamente hemos encontrado pocas veces, resultados que concuerdan con GARCÍA CAPURRO y difieren de GARCÍA PORTELA, una vez extirpado el quiste suturamos la cavidad quística y todos los planos, no dejando drenaje alguno. Con este proceder, en los quistes enteros con pleura espontáneamente adherida, hemos conseguido siempre la curación con tiempos de hospitalización que varían entre ocho y quince días. La cavidad intrapulmonar, en ningún caso ha dado sintomatología, desapareciendo en períodos que oscilan entre uno y cuatro meses, permitiendo al enfermo en todos los casos, recuperar sus actividades a los pocos días de intervenido.

Un punto importante a remarcar es la necesidad, de la perfecta localización del quiste con relación a la pared costal. Para ello practicamos siempre dos radiografías, una frontal y otra transversa y en ocasiones tomografías. Pero lo fundamental es siempre la localización radioscópica, por el mismo cirujano y momentos antes de intervenir, eligiendo siempre como es lógico, el punto más próximo a pared.

Cuando después de la resección de los fragmentos costales a nivel de la zona electa y de la resección de los nervios intercostales, la pleura está libre, viendo deslizarse el pulmón a través de dicha hoja pleural, en este caso colocamos un gran plombaje con gasa, sin yodo ni ningún otro irritante y envuelto en el mismo un control metálico, haciendo en un sólo plano la sutura de las partes blandas.

La tolerancia de este primer tiempo, acostumbra a ser buena. Ligera elevación térmica los primeros días, con abombamiento de la zona intervenida, que en ocasiones puede ser por un seroma excesivo, que nos obligue a vaciarlo parcialmente, entre dos puntos sin quitarlos. A los 12 o 15 días, previo examen radioscópico, para comprobar que las relaciones del quiste y del control metálico no han variado, reintervenimos al enfermo quitando el plombaje, vaciando el seroma y una vez comprobada la sínfisis pleural, ponemos al enfermo en Trendelenburg y puncionamos con trocar, aspiramos el líquido y practicamos pneumotonia suficiente, hacemos sentar al enfermo y ayudados por los esfuerzos de la tos o se expulsa sola la mebrana germinativa o la extraemos con pinzas. Colocamos de nuevo al enfermo en decúbito horizontal, suturando la herida pleuro-pulmonar y en planos sucesivos los músculos y la piel cerrando sin drenaje.

Antes de cerrar la cavidad, con mango iluminado hacemos una exploración visual cuidadosa de la misma, para dejarla deshabitada completamente.

Siguiendo ese proceder, no hemos tenido que lamentar la pérdida de ningún enfermo, jamás nos ha quedado una fístula bronco-cutánea y en días sucesivos asistimos a la lenta desaparición de la cavidad pulmonar, sin que existan tampoco síntomas de infección, recuperando al enfermo para el trabajo en el término de pocos días. Es más, este curso es tranquilo y apacible, tanto que extraña que una intervención intra-pulmonar pueda ser tan perfectamente tolerada.

No encontramos en este método otro inconveniente que el de los dos tiempos y en nuestro afán de obviar este defecto, hemos probado la intervención en uno sólo, con anestesia general e hiperpresión con intubación intra-traqueal, para poder aspirar en caso de inundación bronquial por líquido hidatídico. Son pocos los casos y el material de anestesia fundamental en esta técnica es hoy día deficiente para sentar una conclusión definitiva. Esperamos que más adelante podamos darle un juicio tan categórico en pro o en contra, como el que hoy sustentamos de la intervención en dos tiempos.

Veamos ahora el proceder a seguir delante de una membrana encarcelada. Si pensamos un poco, veremos que no puede haber duda en generalizar el mismo método que en los quistes enteros, puesto que en realidad al vaciar el quiste por punción en el acto operatorio, lo que hacemos antes de la quistectomia es transformar tal quiste entero en una membrana encarcelada. Es claro que de pocos minutos de existencia, pero como por definición de nuestra clasificación en la membrana encarcelada no existe infección nos decidimos a seguir el mismo proceder en éstas. Los peligros que pueda tener esta técnica son exactamente los mismos que en el quiste entero y por tanto nos consideramos relevados de repetirlos.

Hemos de señalar, que en la membrana es más categórica la necesidad de una localización precisa y exacta, pues en el quiste entero la punción en el acto operatorio nos da clara cuenta del acierto de su proyección en la pared, en la membrana existirán casos en que esta punción sea demostrativa, por existir restos de líquido, pero en la mayor parte de casos, esto no es así por no existir retenida más que la membrana y sólo la seguridad en nuestra localización es lo que nos autoriza a incindir el pulmón.

Finalmente, nos resta hablar del pioquiste, tema en el que hemos tenido que luchar contra una serie de prejuicios que llega a condensar un hidatólogo de la categoría de MAKAS, diciendo que no cree que exista en el mundo ningún cirujano que se atreva a cerrar la herida operatoria cuando se interviene en dos tiempos y mucho menos cuando se trata de un quiste infectado.

Pues bien, nosotros, partidarios decididos del cierre sin drenaje de los quistes enteros, intervenidos en dos tiempos, por considerar que su asepticidad y la existencia constante de bronquios abiertos en la adventicia, aseguran el drenaje de una posible soroma, nos decidimos a cerrar también las membranas encarceladas que operamos. El resultado excelente conseguido, cicatrizando la herida por primera intención en pocos días, nos decidió a hacer extensivo tal proceder al pioquiste, puesto que la argumentación que en contra de este criterio nos habíamos hecho, es decir que se trataba de cerrar una cavidad supurada, podíamos oponer: 1.º Que el pioquiste es una supuración pulmonar de tal naturaleza que desde DEVÉ a JIMÉNEZ DÍAZ todos los autores aceptan que esta supuración desaparece una vez eliminado o extirpado el cuerpo extraño que significa la membrana. 2.º Que tal cierre de la cavidad es sólo aparente, pues la broncorrea que acompaña al pioquiste es prueba de la existencia cierta de bronquios de drenaje en la adventicia, y 3.º Si este drenaje fuera insuficiente, siempre estamos en condiciones de exteriorizar con facilidad tal cavidad, razonamiento ese último que decidió nuestro ánimo a probarlo. Así lo hicimos y hoy día con una experiencia dilatada, podemos decirles que salvo en un caso, jamás hemos tenido que hacer uso de esa última reserva mental de exteriorizar la cavidad, pues los cursos conseguidos han sido los mismos para las tres entidades estudiadas.

Hemos expuesto nuestro criterio habiendo, además, probado en nuestros comienzos, los procederes que siguen otros autores, sin conseguir de mucho resultados equiparables, se comprende así, que dentro de la mutabilidad de los juicios humanos, nosotros tenemos que sentirnos categóricos en nuestro criterio *de operar siempre con sínfisis pleural consistente y de cerrar sin drenaje en todas las formas clínicas.*

Por ello nos decidimos a recomendar a todos los que nos escuchan que lo sigan en los enfermos que traten, en el convencimiento de que su práctica los transformará, tan partidarios del mismo como hoy día lo somos nosotros.

El precio de los dos tiempos no es oneroso, si se piensa que con ellos tenemos una seguridad en la curación, en la prevención de secuelas y en la rapidez de recuperación del enfermo para la sociedad.