

## CONTRIBUCION AL ESTUDIO DEL CRECIMIENTO DEL QUISTE HIDATICO DEL PULMON

*Dr. Américo Fossati*

Uno de los puntos más interesantes en el estudio de los quistes hidáticos y aun no bien dilucidados, es el que se relaciona con su crecimiento en el factor tiempo, de modo que todos los documentos, que contribuyen a fijar reglas sobre este punto, deben obtener nuestra preferencia. En el pulmón es más fácil poder observar esta evidencia.

He presentado en otras oportunidades algo relacionado con esto y presento un nuevo caso documentado, para poder aumentar así el número de observaciones sobre este tema, para ver si llegamos con el tiempo a conclusiones definitivas.

En Enero de 1935 atiendo y opero un chico de unos 15 años de edad, de un doble quiste hidático de lobo derecho del hígado (5550). En su convalecencia y en una placa de control, se observa en la parte media del pulmón izquierdo, una sombra redondeada del tamaño de un pequeño huevo de paloma, 21 de febrero de 1935. Cura perfectamente de su quiste hepático y se le da el alta aconsejando a sus familiares la vigilancia de su lesión pulmonar y que concurriera a mi consulta periódicamente, en sus viajes a Montevideo, siendo mi idea, controlar y grabar el crecimiento del quiste, hasta que se hiciera fácilmente abordable. No la hacen hasta que en Febrero de 1939 viene a Montevideo a ver a los doctores, Varela Fuentes y Rubino por una enfermedad mental y éstos en su examen, encuentran el quiste en la base del pulmón izquierdo, con el desarrollo que muestran las placas, figs. 2 y 3, frente y perfil. Lo opero el 24 de febrero y el 8 de marzo de 1939, en 2 tiempos, pleuras libres, método de Lamas y Mondino, técnica personal, descrita y en prensa, presentada en el acto de homenaje al Dr. Cunha en la Facultad de

Medicina. Resultado completamente satisfactorio y cura completa como lo demuestra la fig. 4 el 4 de mayo de 1939. (7224 y 7236).

Vemos que el 21 de febrero de 1935 el quiste tenía un diámetro de 3 centímetros, y el 15 de febrero de 1939 ese diámetro era de 15 cm. (1); tamaño aparente, de modo que, en 48 meses días más, días menos, el crecimiento en diámetro fué de 11 cm. A ser este desarrollo regular, parejo e ininterrumpido se puede decir que creció a razón de *dos milímetros* por mes, justo 2,08, y debe ser más o menos así, pues no fué nunca interrumpida su evolución por accidentes que pudieran perturbarla. En efecto: su desarrollo no había por su tamaño llegado a ser influenciado por la capacidad y forma del continente (2), aquí parrilla costal, diafragma y mediastino, habiendo aun margen para aumentar su crecimiento y no había tenido ninguna complicación: ruptura, infecciones, lesiones pleurales y pulmonares periquísticas, etc. La prueba está, fuera de la falta absoluta de síntomas subjetivos, en que su líquido era hialino, en que no tenía vesículas y en que las pleuras estaban libres. Este crecimiento pudo ser controlado y grabado periódicamente, dando mayor valor a las conclusiones llegadas, si el enfermo hubiera sido visto de tiempo en tiempo como fué mi exigencia y el compromiso contraído por sus familiares; pero el vivir en el campo y sobre todo la falta absoluta de síntomas: hemoptisis, vómicar, fiebre, dolor, etc. no lo hubieran obligado. Este estado quien sabe lo que hubiera durado, si una cuestión colateral: examen del enfermo por los Dres. Varela Fuentes y Rubino por trastornos nerviosos, no le hubiera permitido a estos colegas, descubrir su lesión pulmonar y remitírmelo para su tratamiento. Cualquier pequeño síntoma, no hubiera pasado inadvertido a su familia, pues estaba alerta, máxime cuando les había comentado la posibilidad de una vómica curativa. Todas estas medidas son relativas, no indicando por supuesto el tamaño real del quiste, sino de su proyección radiográfica. Dado que el punto de partida es también una proyección, las diferencias de tamaño en las diversas épocas, pueden ser

(1) Las medidas no están hechas en los radiogramas presentados por estar reducidos, sino en placas sacadas en el Sanatorio "Uruguay".

(2) Sin embargo en la figura 2 se ve el corazón desviado ligeramente a la derecha.



FIG. 1



FIG. 2



FIG. 3



FIG. 4

consideradas como un índice real del crecimiento del quiste hidático no complicado.

Se ha objetado que en siembras broncogénicas no todos los quistes adquieren el mismo desarrollo en el mismo tiempo. Es necesario tener en cuenta lo siguiente: la ruptura de un quiste en comunicación bronquial no produce una siembra masiva en el mismo momento, existe un residuo que la mecánica pulmonar se encarga de esparcir progresivamente y segundo no todas las siembras encuentran un lugar óptimo para su desarrollo y por lo tanto unos tendrían un desarrollo mayor en menos tiempo.

Otro detalle más a comentar, es ver si el centro del quiste que en la primera placa, corresponde a la tercera costilla adelante y al sexto espacio detrás a un través de dedo de la línea axilar media, conserva la misma situación al crecer, no es así, este centro se ha desplazado correspondiendo a la 5ª costilla delante y al 8º espacio detrás y ocupando toda la base del pulmón, rozando su borde inferior al diafragma.

Esto se debe, a la individualidad de los lobos pulmonares, cada uno conservando su independencia, dentro del complejo sistema pulmonar. Aunque el quiste primitivo está cerca del límite superior del lobo, al crecer, la cisura limitará su desarrollo hacia arriba y le obligará a expandirse hacia abajo, como se observa en nuestro caso. Todos hemos visto quistes enormes, únicos, que ocupaban todo un hemitórax, que sin embargo no había salido del lobo donde había comenzado su evolución, el lobo o lobos restantes se encontraban comprimidos por el tumor quístico. Operados y cuando el quiste es evacuado se ve como los lobos comprimidos se expanden rápida y totalmente, tanto que su forma, relaciones y funcionamiento son completamente normales. En casos determinados y sobre todo en lesiones supuradas y principalmente en tuberculosis avanzadas, esta individualización del lobo pulmonar se pierde, porque el proceso evolutivo al llegar a las pleuras cisurales, las une y las atraviesa invadiendo así el lobo vecino.

Por su situación en la placa primera, debe ubicarse el quiste justo bajo el plano cisural en la parte superior, posterior y externa del lobo inferior izquierdo y no puede ser de otro modo, porque sólo allí llega el lobo a la altura que muestra la sombra quística y que está en el lobo inferior lo muestra la evolución

ulterior; pues sino podría estar en la parte inferior del lobo superior, tal es la relación íntima de la sombra con la proyección posterior del plano cisural. Sabemos que el plano cisural, único en el lado izquierdo, sigue una dirección de arriba a abajo, de atrás a adelante, y de adentro a afuera, de modo que la proyección exterior de este plano sigue una línea que comienza arriba y atrás frente a la extremidad posterior del tercer espacio intercostal, sigue hacia abajo, cruza la línea axilar y viene a terminar abajo y adelante al nivel de la articulación de la sexta costilla con su cartilago. Vemos pues que más de las dos terceras partes superiores de la cara anterior del pulmón derecho corresponden al lobo superior, en cambio en la cara posterior, del pulmón, más de sus dos terceras partes inferiores corresponden al lobo inferior, es por esto y por la evolución, que podemos afirmar que la situación del quiste primitivo era en el lugar indicado.

---