

(Servicio de Cirugía del Hospital Saint Bois - Montevideo)

## EQUINOCOCOSIS PLEURAL SECUNDARIA

Por Victor Armand Ugón, Alejandro Victorica y Hamlet Suárez

Los quistes hidáticos primitivos de la pleura son desconocidos como tales siendo posible otra explicación: quistes corticalizados del pulmón; hidatidosis ósea de origen costal o vertebral, con abscesos osifluentes hidáticos, etc.

La hidatidosis pleural secundaria, con ser rara no es excepcional.

Brjosovsky, escribe en 1934 — “todos los autores hablan del injerto hidático sin embargo, nadie ha aportado hechos probantes”, agrega “que ningún cirujano soviético ha observado equinocosis secundaria de la pleura, operando con pleura libre”.

Dévé en el año 1937 en un enjundioso estudio de conjunto sobre el tema, sólo puede coleccionar 19 casos en la literatura mundial.

El Instituto de Cirugía de Buenos Aires publica en 1945 su estadística sobre 786 quistes y solo se mencionan “2 quistes pleurales”.

Hemos podido observar *siete casos* de hidatidosis pleural secundaria de equinocosis pleural.

En el Uruguay se han publicado numerosos casos por varios autores: Armand Ugón, Prat y D. Lamas, Piaggio Blanco y García Capurro, Larghero y Purriel, Maisonave, Nin y Silva.

OBSERVACION N° 1. — M. M. de M., 52 años, urug. casada, labores, procede del Dpto. de Cerro Largo. (Historia resumida).

Ingresa en el Hospital Maciel. Sala P. Ramón el 8 de Mayo de 1940, por dolores en el hipocondrio derecho y región precordial con irradiación braquial izquierda.

Hay abombamiento de la región precordial izquierda con fuertes latidos desde el 2º hasta el 6º espacio. Ruido de galope, ligera disnea y cianosis, no hay edemas.

Al ser estudiada se comprueba un hígado ligeramente aumentado de volumen — de forma regular — siendo el colecistograma normal.

El estudio radiológico indica la existencia de una tumoración haciendo

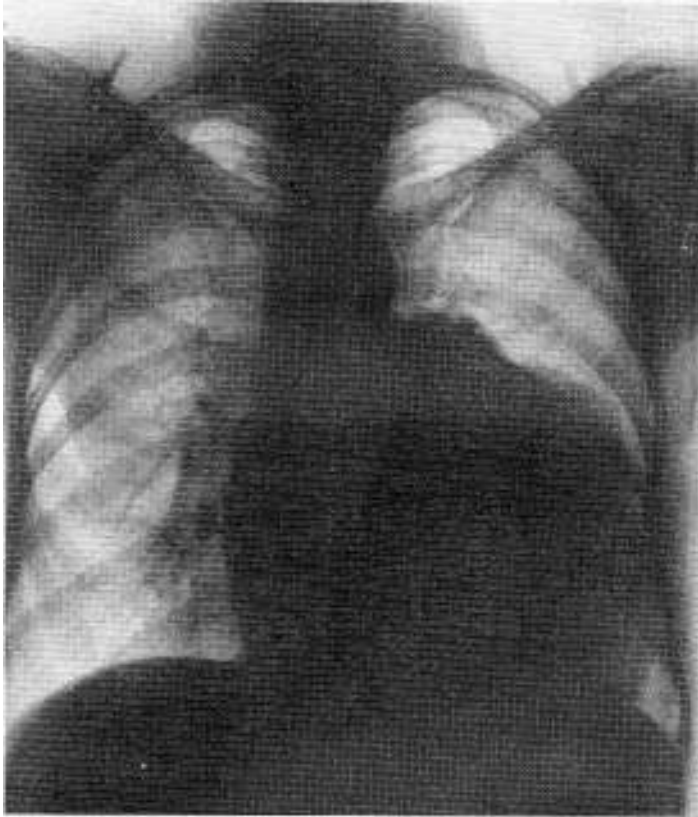


FIG. 1. — Obs. Nº 1. Hidatidosis secundaria del pericardio

cuerpo con el corazón alterando la silueta cardíaca como puede verse en la fig. 1 y 2.

El electrocardiograma da (Mayo 28 - 1940).

Ritmo sinusal de 58 por minuto.

Preponderancia ventricular indefinida con vacilaciones en la conducción.

Onda T negativa y aguda en las 3 derivaciones con el aspecto de los procesos coronarios.

El Dr. Amargós estudia a fondo nuestra enferma llegando al diagnóstico de hidatidosis secundaria del pericardio.

*Intervención:* Armand Ugón. Junio 5 de 1940. Anestesia ciclopropano (Dr. Palma) utilizando aparato Mac-Kesson.

Amplia toracotomía izq. sobre el 4º espacio — desde el esternón hasta la línea axilar posterior — pleura libre. El pericardio es blanco — fuertemente espesado — con numerosas abolladuras hasta el tamaño de una mandarina. En su conjunto es globuloso. Se protege cuidadosamente la pleura con numerosas compresas.

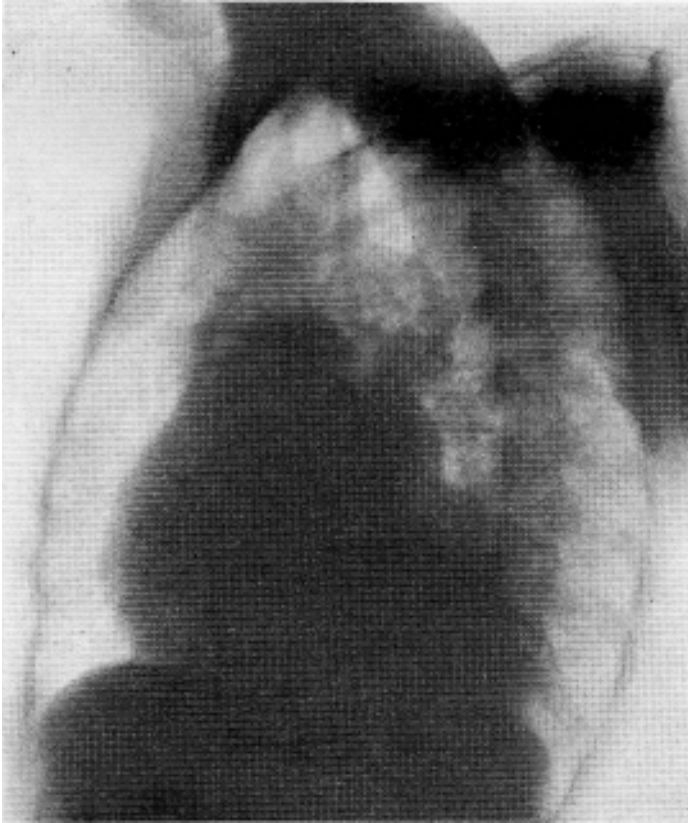


FIG. 2. — Obs. N° 1. Hidatidosis secundaria del pericardio

Se incide verticalmente sobre esa masa pericárdica — evacuando infinidad de pequeños quistes hidáticos.

La cavidad pericárdica no existe estando totalmente bloqueada. Hay que realizar una verdadera decorticación cardíaca, con resección de restos pericárdicos y quistes.

Cierre del tórax sin drenaje. Derrame pleural que se vuelve purulento y que requiere drenaje cerrado a los 22 días de operada.

En el líquido del drenaje pleural aparecen algunos restos hidáticos, cura y es dada de alta en Setiembre de 1940.

Vuelve para ser examinada en 1942, y en la radiografía del torax se pueden comprobar que la silueta y tamaño cardíaco son normales, pero que en el campo pleuro-pulmonar izq. hay 2 sombras redondeadas, una en el vértice, de forma de mayor diámetro tangencial a la pared, y otra yuxta-aórtica, en el mediastino superior (fig. 3). Se diagnostica hidatidosis

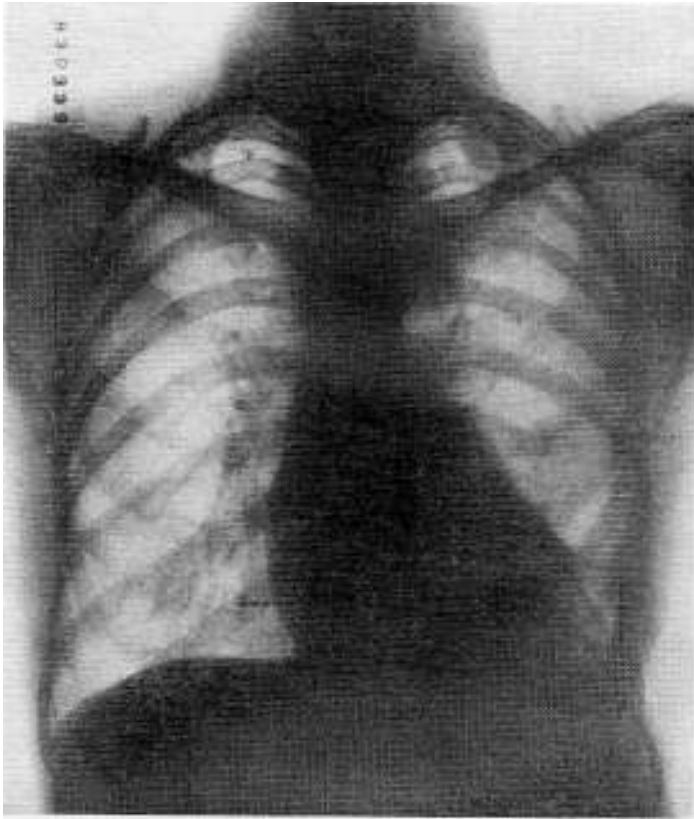


FIG. 3. — Obs. N° 1. Dos años más tarde, después de operada por vía transpleural de su hidatidosis del pericardio. Nótese la siembra pleural a nivel del vértice izquierdo y región yuxta aórtica.

pleural secundaria. No tiene ningún trastorno funcional y desempeña su labor rural sin ninguna dificultad.

Se aconseja reintervención que no acepta.

Reingresa en el Hospital Saint Bois el 14 de Marzo de 1944, cuatro años después de haber sido operada por vía transpleural de su hidatosis pericárdica, para ser operada de su hidátidosis pleural secundaria.

El quiste superior ocupa todo el ápice izq. El quiste mediastinal parece haber disminuído de volumen (fig. 4 y 5).

El electrocardiograma indica: Marzo 15/1944: Ritmo sinusal de 84 por minuto. Espacio: PR 0"16.

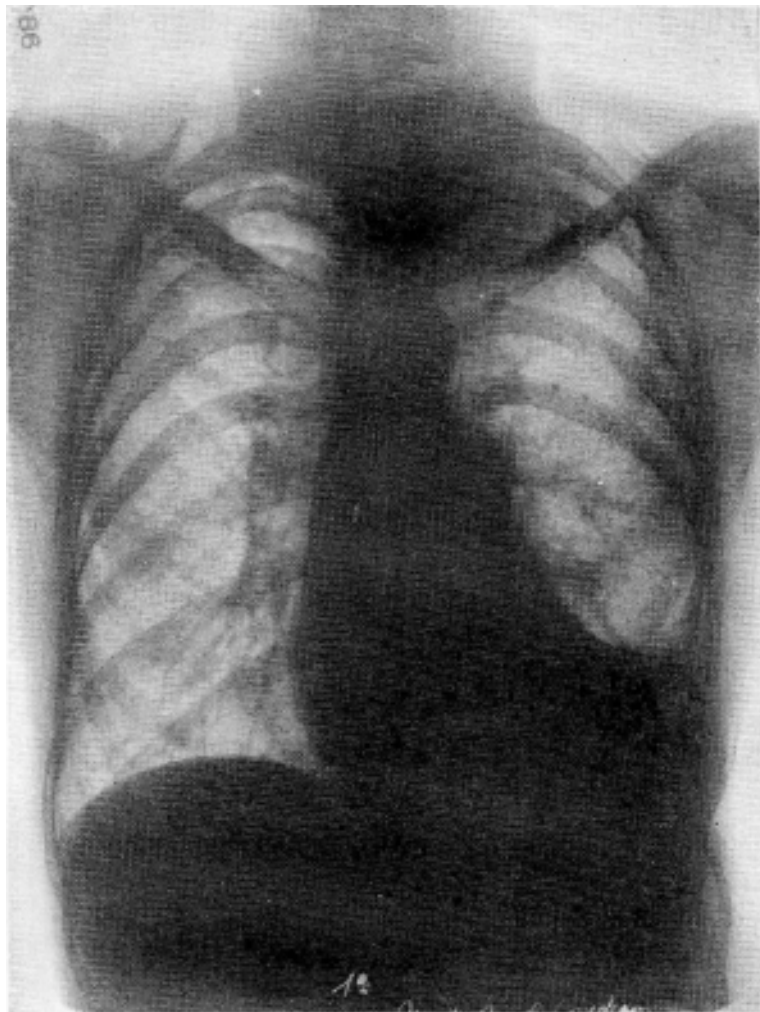


FIG. 4. — Obs. N° 1. Cuatro años después de operada de su hidatidosis secundaria del pericardio. Nótese el quiste del ápice pleural izquierdo.

Preponderancia ventricular no bien definida. Disturbios en la conducción intraventricular. Onda T negativa profunda y con neto aspecto coronario en las tres derivaciones.

*Operación:* 20 de Abril 1944.

Anestesia local. Resección de 2ª costilla por vía axilar. Evacuación de un quiste pleural.

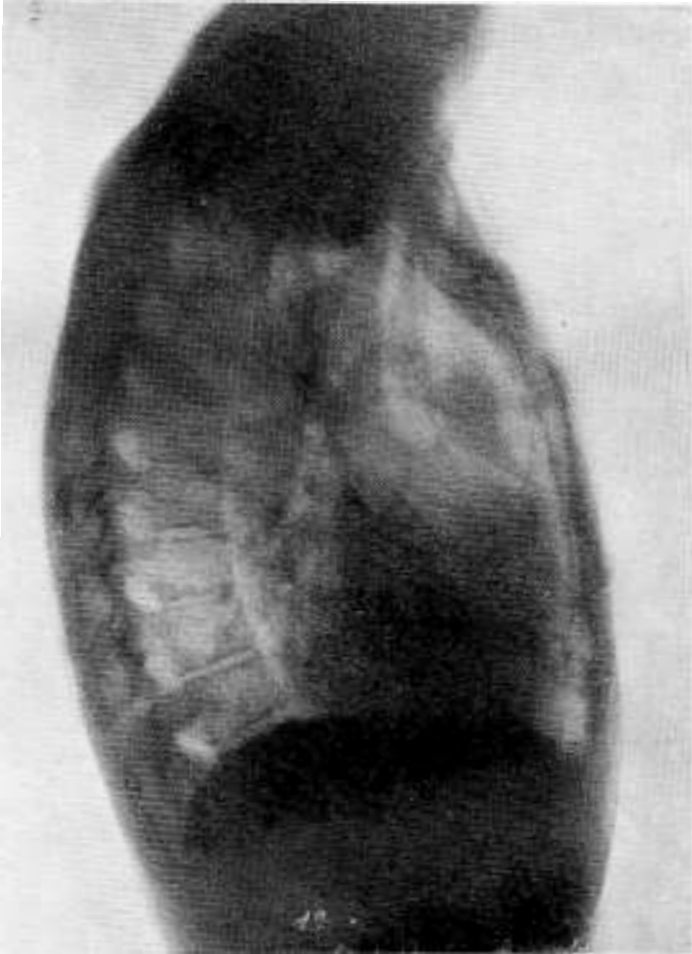


FIG. 5. — Obs. N° 1. Cuatro años después de operado de su siembra pericárdica. Nótese el quiste pleural secundario a nivel del ápice pleural.

La forma leucocitaria es: Neutrófilos, 53; Eosinófilos, 7; Monocitos, 9; Eufocitos, 31; Glóbulos rojos, 4.000.300; Glóbulos blancos, 7.200.

Alta al 9º día, quedando bajo vigilancia médica.

**Resumen**

- a) Hidatosis secundaria del pericardio.
- b) Pericardiectomía y extracción de quistes por vía trans-pleural.
- c) Pio-hidato pleura. Toracotomía.
- d) Equinecosis pleural secundaria. Toracotomía.

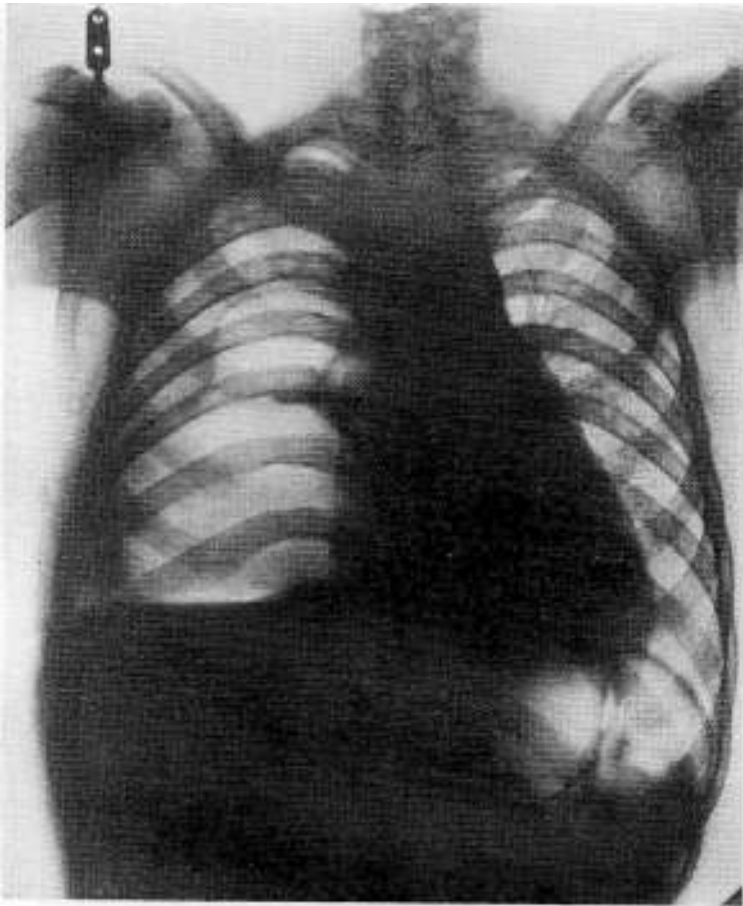


FIG. 6. — Obs. N° 2 Píoneumotórax hidático derecho

OBSERVACION N° 2. — M. P., 59 años, uruguayo, soltero, procede de Río Branco, Depto. de Cerro Largo.

Ingresa al Saint Bois el 15 de Agosto de 1944 enviado por el Dr. Suárez. (Historia resumida).

*Antecedentes:* Este enfermo fué operado por el Dr. Suárez en el Servicio del Dr. Stajano — el 20 de Febrero de 1943 — de un pio-neumotórax hidático derecho (fig. 6). Se le practicó la pleurotomía por donde se extrajo el pus y una voluminosa membrana hidática. Había tenido antes de ser operado

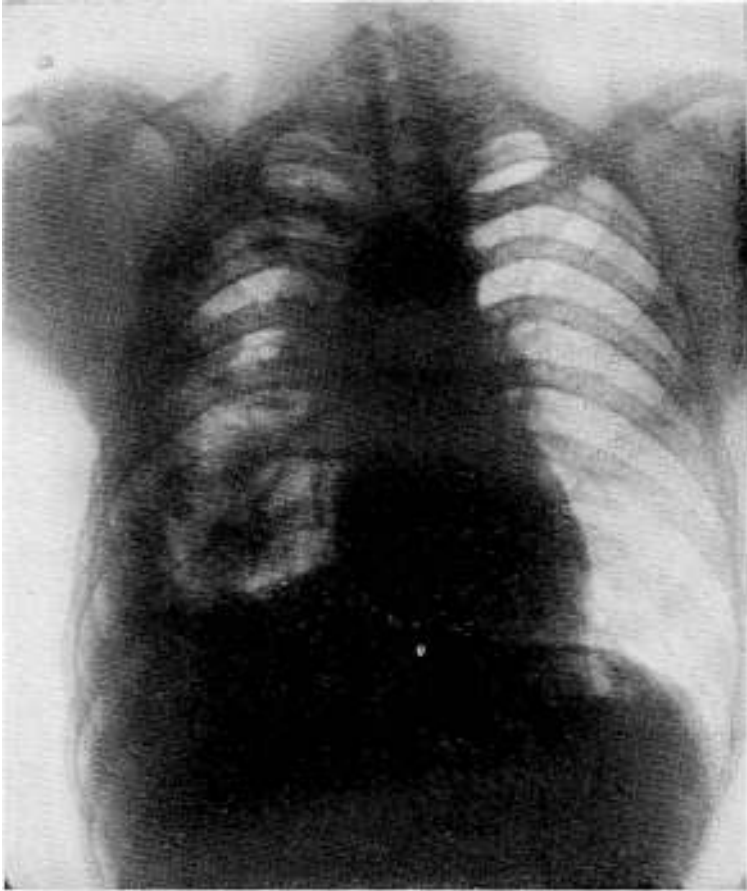


FIG. 7. — Obs. N.º 2. Dos años más tarde siembra pleural de quistes aislados

varias vómicas. Fué dado de alta a los 3 meses con su pulmón totalmente reexpandido y su pleurotomía cicatrizada.

Cuando ingresa al Saint Bois no tiene ningún síntoma funcional — buen estado general y de nutrición; oscuridad respiratoria del lado derecho — no se palpa ni hígado, ni bazo.

R. de W., negativa. Urea, 0gr.35. Orina, normales. Tiempo de coagulación, 10 m. Tiempo de sangría, 2 m. Glóbulos rojos, 5.500.000. Glóbulos blancos, 10.400. Neutrófilos, 74. Eosinófilos, 8. Monocitos, 3. Linfocitos, 13.

En la radiografía presenta innumerables sombras redondeadas hasta del tamaño de una nuez, que se proyectan sobre la totalidad del hemitórax derecho. En los espacios libres el parénquima es normal (fig. 7 y 8).

Se resuelve operarlo en dos tiempos para extraer la mayor cantidad posible de quistes.



FIG. 8. — Obs. Nº 2. Dos años más tarde nótese la siembra de quistes pleurales

*Intervención:* Agosto 24/944.

Anestesia éter oxígeno. Incisión de toracotomía amplia en el 8º espacio. Pleuras sinequiadas se decolan en el espacio subpleural, el lóbulo inferior.

Se extirpan 32 quistes hidáticos pequeños, del tamaño desde una mandarina al de una avellana.

Los quistes predominan el fondo de saco costo-diafragmático y en la

gran cisura. Se suspende la intervención a las 2 horas de iniciada. Cierre completo.

Postoperatorio normal.

Setiembre 3 de 1944. 2ª intervención.

Anestesia con ciclopropano. Incisión antero lateral en el 3er. espacio — pleuras sinequiadas — decolamiento subpleural del lóbulo superior — extra-yéndose unos 20 quistes pleurales. Se resuelve terminar la intervención dejando numerosos quistes, para no prolongar la intervención exageradamente.

Postoperatorio bueno.

En Mayo de 1945: Persisten numerosos quistes residuales que se tratarán oportunamente. Las dos intervenciones practicadas han sido insuficientes para extirpar todos los quistes pleurales. El estado general es bueno y el enfermo trabaja en tareas rurales.

### Resumen

- a) Pio-neumotorax hidático.
- b) Alta con pulmón reexpandido y sin ninguna sombra de quiste.
- c) Reingreso con una siembra extendida y masiva de la pleura derecha.
- d) Dos toracotomías para extraer los numerosos quistes.
- e) Intervenciones insuficientes. Persistencia de hidatidosis pleural secundaria.

OBSERVACION N° 3. V. P., 40 años, uruguayo, maquinista, procede de Camino Carrasco.

Ingresa al Servicio el 25 de Enero de 1944, enviado por el Dr. Fulquet.

*Antecedentes:* Hombre sano, sin ningún antecedente médico.

Hace 6 años sufrió un violento traumatismo en la base derecha del hemitorax, pero no le imposibilitó continuar sus tareas.

Tiene escasa expectoración mucosa.

*Examen:* Estado general excelente.

Pulso, 70. P. A., 17 y 10.

En el tórax zona silenciosa a la respiración en la parte pósterio superior derecha, — no hay ruidos adventicios — no se palpa hígado, ni bazo.

*Análisis:* Espustos: sin bacilos de Koch. Orinas: normal. Sedimentación: 4 m.m. Urea en la sangre: 0gr.60. Tiempo de coagulación 4 m. Tiempo de sangría: 1 m. Glóbulos rojos: 5.000.000. Glóbulos blancos: 5.000. Neutrófilos: 66. Eosinófilos: 3. Monocitos: 3. Linfocitos: 28.

En las radiografías se aprecia una gran masa ovoidea en la parte látero-superior del hemitorax derecho.

Que se continúa por un tubo sombreado hasta la parte media del diafragma que se halla deformado — en tienda de rancho.

*Intervención:* Enero 25 de 1944.

Anestesia éter oxígeno — toracotomía en el 3er. espacio — desde el esternón hasta la línea axilar posterior. Espacio pleural cerrado por adherencias. Decolamiento en el espacio subpleural del pulmón.

Se cae sobre la tumoración que es extrapulmonar, del tamaño de un huevo de avestruz. Esta tumoración se continúa hasta el diafragma por una neoformación al parecer inflamatoria. El contenido es un líquido amarillento donde se encuentran restos hidáticos.

Se vacía y se limpia con éter, muchas vesículas hidáticas son a contenido hialino.

En el divertículo que conduce a la tumoración hasta el diafragma tiene el mismo contenido y pigmentos biliares.

Se cierra totalmente la bolsa quística y cierre de la toracotomía.

*Postoperatorio:* sin complicaciones. Alta a los 15 días.

### Resumen

- a) Quiste de hígado roto en la pleura.
- b) Quiste secundario pleural a tipo de hidatido pleura enquistado.

OBSERVACION N° 4. — M. G., 51 años, jornalero, procede del Depto. de Durazno.

Su enfermedad comienza en Junio 1939, fecha en que estando con un fuerte resfrío una noche encontrándose durmiendo tiene un dolor muy fuerte que parte del hipocondrio derecho, se irradia al hipocondrio izquierdo y se localiza en el hemitorax izq. El dolor es fijo sin irradiaciones, muy intenso, ese dolor no le permite respirar hondo y el enfermo tiene sensación de intensa prostración, no tuvo tos, ni expectoración.

Persiste el resfrío y el estado febril durante 3 días. Ve un médico, que le habla de congestión pulmonar, le hace una punción pleural izq. extrayéndole un líquido pleural citrino "Color caña" dice el enfermo. En este tiempo el enfermo fué tratado con cinozil, reposo y alimentación copiosa.

Cuando se repone, a los 8 días tiene sensación de peso en el hemitorax izq. con falta de aire no pudiendo hacer inspiraciones profundas, se fatiga con facilidad al caminar. Al andar a caballo, sobre todo al galope, tiene sensación de clapoteo en el torax "como una damajuana con agua que se sacudiera", dice el enfermo.

Pasa así 6 meses trabajando en tareas pesadas de campo, un día tuvo sensación de que expulsaba un buche de saliva salada y blanca cosa que no se repitió, como sus molestias no le dejaban trabajar se interna en el Hospital de Florida.

Es estando internado que el enfermo hace fiebre alta 40 grados, adelgazamiento, astenia, tos y expectoración purulenta, se hace una punción en el hemitorax izq. extrayéndose un líquido color té con leche, como el enfermo no mejora es enviado al Hospital Maciel a los 16 meses de su accidente

inicial. Ingresa en la sala San Luis, en Octubre de 1940 con el diagnóstico de pio-neumotorax izq.

*Antecedentes personales:* hombre completamente sano, resfríos frecuentes, urticaria unas semanas antes de enfermarse.

Examen en Octubre de 1940, enfermo febril, intoxicado, con síndrome pleural izq., punción pleural líquido purulento, radiografía. Pio-neumotorax izq. muy marcado. La pleura se ve espesada desde la axila hasta el extremo vértice, desviación del mediastino a la derecha.

*Exámenes de laboratorio:* Orina: Albúmina indiciosa. Urea: en el suero 0gr.25 por mil. R. W.: negativa. Espustos: No se observan ganchos ni otros elementos hidáticos.

Se resuelve hacer una pleuratomía de salvataje. Operación: Octubre 31 de 1940, doctor V. Armand Ugón. Anestesia local, novocaína, resección de la 10ª costilla sobre la línea escapular izq., abierta la pleura ampliamente sale pus y vesículas hidáticas en gran cantidad todas del mismo tamaño, como granos de arroz, que flotan en el líquido dando la impresión de gotas de aceite. Al final de la operación se extrae la membrana madre que está libre en la cavidad pleural, no hay fístula bronquial visible. No se comprueba bilis ni perforación diafragmática. Se coloca un grueso tubo de drenaje.

Radiog. B. 28.201. Neumotórax total izq., tubo de drenaje en el punto declive, la pleura se ve espesada desde la base hasta el extremo vértice. Postoperatorio: La temperatura desciende rápidamente llegando al 4º día a 37º 4/5. Tonificación general, extracto hepático, suero glucosado, del Sanatorio Saint Bois, a cargo del Dr. Víctor Armand Ugón, donde ingresa el 5 de Diciembre de 1940.

*Examen al momento del ingreso:* Enfermo apirético con regular estado general, pleurotomía izquierda posterior con tubo de drenaje fino por donde sale poco pus. El hemitorax izquierdo está totalmente deshabitado por el pulmón. Se intenta obtener resultado. Se resuelve suprimir la cavidad pleural supurante por toracoplastia total.

*Operación:* Diciembre 13 de 1941. Anestesia general éter.

Incisión interescápulo vertebral amplia, resección de las 6 primeras costillas en una extensión de 98 cms. drenaje y cierre en 2 planos. Placa 871.

Postoperatorio: excelente.

Herida de buen aspecto. no ha supurado.

Segundo tiempo. — Enero 8 de 1941.

Anestesia general: Eter.

Incisión angulada hacia adentro, sobre la cicatriz anterior resección de la 7ª, 8ª, 9ª y 10ª costilla, drenaje cierre. Se vuelve a colocar un tubo de drenaje en la pleurotomía. Placa 62.

Post-operatorio. Bueno, al 8º día apirético la herida marchó muy bien, se hacen instilaciones de nitrato de plata en la fístula residual de pleurotomía que va cerrando bien (ver placas).

Se va de alta el 13 de Abril de 1941. Con su fistula pleural cerrada, pesando 65 kilos con excelente estado general.

Reingresa el 24 de Julio de 1941. Con fistula de empiema residual.

El 10 de Setiembre de 1941. Se practicó un Schede amplio sobre la cavidad empiemática residual post-toracoplástica. Resección de la tapa parietal del empiema, resección de la pleura parietal, músculos intercostales y costillas neoformadas. Cierre con drenaje, buen post-operatorio; al séptimo día apirético, se va de alta en Noviembre de 1941.

Reingresa el 19 de Agosto de 1942. Ha trabajado, tiene buen aspecto general, se ha repuesto y no hecho más retenciones, vuelve por que tiene una fistuleta en la parte media de la rama anterior del Schede que explorada por una inyección de azul de metileno muestra que no comunica con los bronquios.

En Agosto 26 de 1942. Se debrida la fistula con anestesia local, se ve que conduce a un pequeño espacio pleural en la parte anterior y superior del hemitorax bajo la rama anterior del Schede de 40 cms. de volumen, se curetea, no hay restos hidáticos, se taponea con mecha yodoformada. Cura rápida.

Alta curado completamente en Setiembre de 1942.

Reingresa en Noviembre 15 de 1944, por una tumoración a nivel de la cicatriz operatoria, en la zona axilar. Se opera extrayéndosele 3 vesículas hidáticas pleurales. Alta curado.

En Junio de 1945: buen estado general, heridas cicatrizadas, trabaja de leñador.

### Resumen

- a) Pionemotorax hidático.
- b) Hidático-neumo-pleural.
- c) Pleurotomía.
- d) Toracoplastía y Schede.
- e) Quistes pleurales residuales.
- f) Equinocotomía y curación.

OBSERVACION N° 5 (resumida). — A. G., de 30 años, uruguayo, procede del Depto. de Colonia.

*Antecedentes:* Hace dos años consulta médico en campaña, por dolores en el hipocondrio derecho. Este colega practica una punción en la parte baja del hemitórax. Extrayéndole líquido como "Agua de lluvia" según dice el enfermo.

En los días siguientes hace fiebre y una pleuresía derecha, que es nuevamente puncionada. Esta vez el líquido es amarillento como cerveza. Cura lentamente. En ningún momento hay tos, ni expectoración. Dos meses después se le toma una radiografía, en donde se aprecia restos de un derrame pleural.

Dos años más tarde consulta al Dr. Anaya, quién nos pasa el enfermo.  
*Enf. actual:* Dolores en el hemitorax, expectoración purulenta, fiebre, la

radiografía señala numerosas formaciones redondeadas en el hemitorax derecho. Una con imagen hidroaérea de quiste vomicado.

Febrero de 1938.

*Intervención:* Amplia incisión sobre la 6ª costilla anterior, pleuras sinequiadas. Se cae sobre un quiste pleural, a contenido hialino. Se drena. Se punciona hacia abajo y se extrae líquido bilioso. Por una contrabertura torácica baja se evacua el quiste de cara sup. del hígado multivesicular.

*Postoperatorio:* Drena abundantes vesículas por ambos drenajes. Es dado de baja a los 2 meses.

Ha seguido bien hasta la fecha (mayo 1945) dedicado a sus tareas rurales. Su radiografía actual indica que persisten sombras sospechosas de quistes. Estos no han aumentado de volumen con relación a las radiografías de 1938.

### Resumen

- a) Quistes de hígado puncionado por vía transpleuro-diafragmática.
- b) Pleuresía por función de quiste hidático.
- c) Hidatidosis pleural secundaria.

OBSERVACION N° 6 (resumida y debida a la gentileza del Dr. R. Canton). — J. A. S., 37 años, uruguayo, Depto. Montevideo (desde 1932 a 1935 estuvo radicado en Rosario, Depto. de Colonia).

En el año 1935 (Octubre) consultó médico por adelgazamiento acentuado y aparición de máculas papulas eritematosas-nudosas ambos miembros inferiores, cara externa de pierna. Se le hizo radiografía de torax constatándose la existencia de una sombra redondeada de 5 cms. en la base del pulmón derecho. No tenía tos, baciloscopia negativa, ni expectoración, ni astenia, ni fiebre, el apetito estaba conservado.

Se diagnosticó tuberculosis enquistada por su médico.

Al mes siguiente constató en sus materias fecales la existencia de anillos de tenia. Vió médico quién indicó extracto de helecho macho y calomel, expulsó una tenia saginata de 14 mts. de longitud.

A mediados de 1940 comenzó a sentir dolores punzantes y transpasantes, que le impedían respirar, en la base del hemitorax derecho. No tuvo tos, ni expectoración ni hemoptisis. Se le hizo nueva radiografía constatándose la existencia de una sombra redondeada, tamaño de una cabeza de feto.

Se hace diagnóstico de quiste hidático del pulmón derecho y se le aconseja ingresar a una sala de cirugía.

Fué internado en el Hospital Pasteur y luego de reperaje radioscópico fué operado en dos tiempos, la primera intervención el 7 de Mayo de 1941. La 2ª operación el 21 de Mayo de 1941. En la segunda operación se produce un neumotorax operatorio. Se punciona y vacía parcialmente el quiste. La

membrana se elimina 9 días más tarde. Se instala un pio-neumotórax, drena mucho y que mejora con aspiración continua pleural. Es dado de alta en Diciembre de 1941.

Continuó bien siendo examinado periódicamente en los años 1942 y 1943.

En el año 1945 comenzó a sentir nuevamente molestias en la base del hemitórax derecho, sin tos ni expectoración. Vió al Dr. Cantón quien comprobó la existencia de un abovedamiento de la pared lateral del tórax entre las líneas aular anterior y posterior, en los espacios 7º 8º hizo una punción y extrajo líquido con los caracteres del líquido hidático.

19-V-945: Con esta fecha fué intervenido en el Hospital Sanatorio Español. Bajo anestesia local incisión paralela al espacio intercostal 8º sobre la superficie abovedada. Punción previa, luego, abertura con extracción de líquido y membrana germinativa de 2 quistes del tamaño de una mandarina. Formolado de la cavidad.

Biopsia de la periquística. Cierre total por planos. Dr. Cantón.

Post-operatorio: Bueno.

*Antecedentes familiares:* Padre con hidatidosis pulmonar derecha, fué intervenido. Hermano fallecido por complicación supurada quística post-operatoria de quiste hidático pulmonar derecho.

### Resumen

- a) Quiste pulmonar operado por el método Lamas-Mondino.
- b) Pioneumotorax consecutivo al 2º tiempo.
- c) Alta curado, con pulmón totalmente reexpandido.
- d) Aparición, 4 años después, de una hidatidosis pleural secundaria, con migración transparietal, equinococotomía.

OBSERVACION N° 7. Publicada en Archivos Internacionales de la hidatidosis. Vol. I, 1935. — *Historia clínica:* J. A. B., de 18 años, procedente de Santa Victoria de Palmar, estado de Río Grande. Ingresa al Hospital Italiano de Montevideo, por tumores hidáticos múltiples del hemitorax derecho, en Noviembre de 1943.

*Antecedentes:* Fué criado en estancia hasta los 10 años, pasando a la ciudad de Rocha, en esa fecha, para iniciar su instrucción. Seis meses más tarde empieza a quejarse de fuertes dolores de espalda del lado derecho. El médico propone intervención quirúrgica por tratarse de un quiste pulmonar.

Se practica la intervención por el método de Lamas. En el primer tiempo se resecan la 9ª y 10ª costilla, sobre la línea axilar posterior derecha. Al querer practicar el segundo tiempo, días más tarde, varias punciones son negativas por cuya razón se envía a Montevideo, para precisar la localización del tumor parasitario. Las radiografías tomadas en esa fecha (Octubre de 1925) muestran un gran quiste ocupando la parte inferior del pulmón dere-

cho. Cuando regresa a Rocha, para realizar el segundo tiempo operatorio, su estado general se agrava. Sufre violentamente de su base derecha, está disneico, con fiebre a grandes oscilaciones. Se diagnostica pleuresía derecha purulenta, que se evacua por pleurotomía declive, y por donde se eliminan restos hidáticos, además del pus. Se reseca la 8ª costilla para abordar mejor el quiste. Finalmente, después de drenado el quiste y drenada la pleura por distintas incisiones, y de un post-operatorio grave y accidentado, el niño se cura completamente.

*Enfermedad actual:* Se inicia en Abril de 1933, por fiebre alta, decaimiento. No hay tos, ni expectoración. Después de 20 días de su incertidumbre diagnóstica, tiene una vómica aproximada de un litro de pus no fétido. La temperatura baja, el estado general mejora rápidamente y el enfermo está en condiciones de ser enviado por el Dr. Ferrer, a Montevideo, para su estudio. En Abril de 1933 veo por primera vez al enfermo. Al examen, se constata un fuerte muchacho bien nutrido, apirético, con escasa expectoración purulenta. Presenta a nivel de la parte posterior del hemitórax derecho dos cicatrices operatorias paralelas a la dirección de las costillas. Hay retracción importante de la base del hemitorax, con disminución de la ampliación inspiratoria. Hay submacidez en esa zona con oscuridad respiratoria.

En otros órganos no se aprecia nada de anormal. La radioscopia y radiografías practicadas en lo del Dr. Barcia, no muestran las existencias del lado derecho de cuatro quistes hidáticos. (Ver fig. N° 44, 45 y 46). Tres de estos quistes son ovalares no presentando signos de rotura. El superior del tamaño de una naranja es yuxtamediastinal, casi a la altura del arco aórtico, pero del lado derecho.

Los dos inferiores están superpuestos en la gotera látero-vertebral. El cuarto quiste presenta nivel aérico, con el signo del "camalote" de Lagos García, afirmando así su rotura. Es anterior y situado a la derecha del pericardio.

Se notan, además, espesamientos pleurales en varias zonas. El fondo del saco costodiafragmático está parcialmente obliterado con numerosas y pequeñas deformaciones diafragmáticas. El corazón está ligeramente desplazado hacia la derecha. El pulmón izquierdo, normal.

No hay lesiones vertebrales, se ven signos de alteración de morfología costal, en las tres costillas desecadas, sin existir síntomas radiográficos de esteítis costal hidática. Como el enfermo entrara en franca mejoría y como los familiares no aceptaran operaciones sucesivas, se resuelve esperar un tiempo prudencial, para ver la evolución del quiste vomicado. El paciente mejora rápidamente y en Mayo de 1933 reanuda sus actividades. Vuelve nuevamente a consultar a fines de Octubre por fuertes dolores torácicos. El estudio a los rayos X revela una disminución de tamaño del quiste vomicado, conteniendo, al parecer, la membrana retraída. En los otros quistes no hay modificaciones de importancia con respecto al examen practicado meses atrás.

Se aconseja la intervención quirúrgica con el programa de tratar en una sola sesión operatoria los tres quistes intactos, y dejar, para otra oportunidad, si ello se demostrara necesario la terapéutica del quiste vomicado.

*Intervención:* Anestesia general al éter, enfermo en decúbito lateral izquierdo. Practico una incisión paralela a la 5ª costilla, reseccándola desde la línea axilar posterior hasta su articulación contralateral, Sección simple de la 6ª costilla a nivel de la línea axilar posterior. Se inicia el decolamiento pleuroparietal. Se coloca el potente separador de Tuffier para abrir ampliamente el hemitórax.

Se persigue el decolamiento pleuroparietal hacia atrás con toda facilidad, gracias a que las pleuras están sinequiadas y existe abundante tejido laxo en el espacio subpleural. Abordaje, punción, evacuación y eterificación de los dos quistes posteriores e inferiores.

Su contenido es límpido, siendo univesiculares. Cierre sin drenaje. Se insiste en el decolamiento pleuroparietal hasta llegar el quiste yuxtamedial superior, que se encuentra en idénticas condiciones.

Se evacúa y eterifica, cerrándolo completamente. Cierre completo del tórax en tres planos. Para tener idea del decolamiento practicado basta mirar la radiografía tomada a los 20 días de los operados, en donde se aprecia un derrame con nivel líquido. Esta imagen, a pesar de ser interpleuroparietal es parecida a la de un hidroneumotórax.

*Postoperatorio:* Sin incidencias, alta a los 12 días del Sanatorio. Al mes es necesario evacuar el derrame sanguinolento. A los doce meses el paciente reanuda sus actividades. A los cuatro meses de operado tiene el aspecto radiográfico que muestran las radiografías figs. N° 47 y 48. Como se encontrara bien, no acepta momentáneamente intervención sobre el quiste residual pleural vomicado — que por otra parte — no da ningún síntoma funcional ni general.

Examinado tres años más tarde, sólo se nota espesamientos pleurales del lado derecho — no existen sombras sospechosas de quistes.

## Resumen

- a) Quiste pulmonar de la base derecha.
- b) Operación (métodos Lamas-Mondino).
- c) No se encuentra el quiste al practicar el 2º tiempo.
- d) Pionemotorax hidático, pleurotomía.
- e) Cinco años más tarde. Equinocosis pleural secundaria.
- f) Toracotomía, extracción de los quistes.
- g) Curado tres años más tarde.

## Consideraciones

La hidatidosis pleural secundaria en nuestras observaciones es consecutiva a la inoculación de la serosa por quistes pulmonares, hepáticos y pericárdicos.

La hidatidosis pleural secundaria afecta dos tipos anatómicos:

- a) HIDATIDOTORAX (Dévé) HIDATIDO PLEURA (Piaggio Blanco y García Capurro) HIDATIDO NEUMOPLEURA (Armand Ugón) en donde los elementos hidáticos vesiculosos flotan libremente en una serosidad pleural reaccional seropurulenta. Puede afectar toda la pleura (Obs. N° 4) o estar localizada a una parte de la pleura (Obs. N° 3).
- b) Tratado quirúrgicamente el hidatidotorax o reabsorbido espontáneamente, germinarán quistes individualmente enquistados con la serosa pleural o sisural sinequiada. Su evolución es lenta progresiva o regresiva con escasa sutomatolopia y tendiendo a exteriorizarse.

Como tratamiento en todos nuestros casos se practicó una amplia toracotomía para poder realizar un amplio decolamiento subpleural lo que permite abordar sin dificultad los quistes y sin mayores riesgos. Si el número de quistes es muy grande y se presentan conglomerados o dentro de las cisuras, su terapéutica puede ser incompleta y difícil.

Con estas observaciones hemos podido demostrar que la equinocosis pleural secundaria no es una afección rara, y que hay que extremar los cuidados en el acto operatorio para evitar la inoculación de la serosa.

Creemos que cuando el quiste pulmonar está intacto y es de pequeño volumen *la enucleación de la hidátide por vía amplia y transpleural*, es una técnica, que permite combatir eficazmente el quiste, sus secuelas pulmonares, y evitar la inoculación de la serosa. Esta inoculación es difícilmente evitable si se punciona el quiste, incindiendo luego la periquística para extraer la germinativa, como se realiza comúnmente cuando se opera con pleura libres los quistes hidáticos pulmonares.