

Hospital del Aire. Servicios de
Cirugía Torácica y Neumología.
Madrid.

HIDATIDOSIS DIAFRAGMATICA. REVISION A PROPOSITO DE UN CASO

D. Fernández García, J. Bañuelos Pérez, L. Callol Sánchez y
A. López Miranda.

Introducción

De todos es conocido la enorme variedad de localizaciones del quiste hidatídico una vez que en su ciclo biológico ha traspasado la barrera hepática primero y de la circulación pulmonar después, alcanzado el círculo sistémico y distribuyéndose el parásito de manera aleatoria hacia cualquier región de la economía humana.

Revisando la literatura observamos que todo es posible y así hemos podido recopilar 29 casos de localización del parásito en el músculo diafragma^{1,2}, lo que corresponde a una frecuencia de 0,028 % del total^{3,4}. Lo cierto es que en las revisiones realizadas desde 1914 hemos encontrado esos 29 casos en los que la hidatidosis diafragmática casi siempre se presenta asociada a otras localizaciones, fundamentalmente de bases pulmonares⁴ o del piso superior del abdomen⁵. Todo esto ha llevado a que autoridades de la hidatología como Pérez Fontana¹ duden de la localización primitiva del parásito en diafragma, afirmando que siempre resultan del englobamiento por parte de este músculo de quistes de la vecindad.

Creo que estamos en condiciones de apoyar la tesis de otros autores³, que piensan es posible la presencia primitiva del parásito en el músculo diafragmático, aportando así a la literatura el caso clínico que a continuación pasamos a describir.

Recibido el día 10 de octubre de 1979

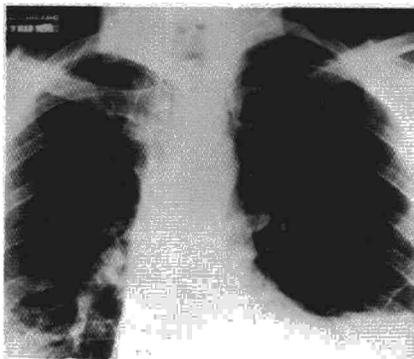


Figura 1

Caso clínico

Se trata de un varón, de 58 años.

No ha tenido perros en su casa. Antecedentes complejos de litiasis biliar a los 11 años, precisando intervención quirúrgica a los 30. Otitis media supurada a los 18 años. Infiltrado pulmonar específico a los 21 años. Úlcus duodenal a los 45 años. Rinitis vasomotora y bronquitis alérgica a los 48 años. Proceso neurológico a los 51 años no bien filiado y consistente en paresia facial y de todo el lado derecho del cuerpo que precisó de una exploración arteriográfica carotídea a consecuencia de la cual el paciente sufre una complicación vascular cerebral que le mantiene 5 días comatoso con intubación y recuperación posterior total.

A los 56 años comienza su proceso actual con tos y expectoración muco-sanguinolenta, no fiebre ni otra sintomatología al comienzo, siendo tratado con antibióticos ambulatoriamente. No mejora y al cabo de mes y medio aparece fiebre de 38° por la tarde y noche, astenia, sudoración y afectación importante del estado general. Es ingresado en un centro hospitalario donde se comprueba su expectoración hemoptoica. Las placas de tórax muestran una condensación de los segmentos basales posteriores izquierdos, una elevación de hemidia-

fragma izquierdo y ocupación de los senos costofrénicos de ambos lados (fig. 1). La broncoscopia informa sobre una supuración basal izquierda y el cultivo del aspirado demuestra una flora mixta con presencia de actinomicetes. Es tratado con antibióticos de amplio espectro primero y con anfotericina B después, sin resultado.

Como no mejora es evacuado a nuestro hospital en enero de 1979 (Servicio de Neumología) donde se le practica un nuevo estudio que arroja los siguientes resultados: enfermo desnutrido, con expectoración muco-sanguinolenta, no fiebre, hepatomegalia de 3 ó 4 traveses y esplenomegalia manifiesta. La analítica muestra una persistente eosinofilia (promedio de 10 eosinófilos en sucesivos análisis), Weimberg y Cassoni muy positivos, test de inmunodifusión hidatídica también positivo y baciloscopia repetidamente negativa. La nueva broncoscopia informa sobre un proceso supurativo basal izquierdo cuyo cultivo da la consabida flora mixta.

El estudio radiológico de tórax es superponible al que trae el enfermo del otro hospital. El tránsito digestivo hace sospechar un proceso expansivo de la región subfrénica izquierda o del retroperitoneo con desplazamiento del estómago hacia adelante, descenso de riñón izquierdo y marco duodenal amplio (fig. 2). La gammagrafía hepática informa de una amputación del lóbulo izquierdo hepático y de una importante esplenomegalia por lo que se llega a sospechar una cirrosis portal. La prueba de la bromosulfaleína da una retención del 80 % a los 20 minutos, el resto del estudio bioquímico hepático es normal. El esofagograma con bario no demuestra varices esofágicas. No se practica angiografía abdominal por el antecedente de la posible alergia al yodo. Se hizo un T.A.C. abdominal que informó de cambios pleuroparenquimatosos basales bilaterales, elevación del hemidiafragma izquierdo y posible proceso expansivo a nivel de suprarrenal izquierda o zona de ganglios paraaórticos izquierdos. La función renal analíticamente era buena y no se practicaron pielografías por el problema del contraste.

Así las cosas llegamos a la conclusión de que el paciente muestra un cuadro biológico compatible con una hidatidosis, aunque los procedimientos diagnósticos empleados no permiten asegurar su localización exacta, que lo mismo puede ser la base del hemitórax izquierdo que el abdomen superior.



Figura 2

Por todo ello se decide una exploración quirúrgica combinada que se lleva a cabo el 24-4-79.

Realizamos primero una laparotomía supraumbilical izquierda que descubre múltiples adherencias peritoneales, gran esplenomegalia, hígado moderadamente aumentado de tamaño y de superficie y consistencia normales (se toma biopsia) y dos tumoraciones quísticas que hacen protusión en la cara inferior del hemidiafragma izquierdo; los riñones y el páncreas se palpan de tamaño y consistencia normales y las suprarrenales también. Como las tumoraciones parecen proceder del tórax se cambia de posición al enfermo y en la misma sesión operatoria se practica una toracotomía por el sexto espacio intercostal izquierdo, comprobándose importantes adherencias pleurales, no derrames, base pulmonar pegada a un hemidiafragma muy engrosado y una zona de posible fistulización entre diafragma y base pulmonar. Al despegar la base pulmonar y las adherencias pleuro-pericárdicas aparece en pleno espesor del músculo diafragma una tumoración poliquística de unos 15 x 10 cm, que afecta a casi toda la cúpula izquierda del diafragma. Se reseca en su totalidad y se puede reconstruir el diafragma sin necesidad de prótesis. El curso postoperatorio es bueno y se puede dar el alta al enfermo a los 10 días de intervenido.

El estudio anatomopatológico informa que se trata de una pieza en la que el músculo diafragma se encuentra muy engrosado en su seno aparecen varias masas quísticas de diferentes tamaños con contenido líquido y membranas blanquecinas; el estudio microscópico confirma múltiples quistes hidatídicos de localización muscular situados en el interior del músculo diafragma. El informe de la biopsia hepática aporta una microscopia hepática dentro de los límites de la normalidad.

Discusión

A lo largo de la exposición del caso nos damos cuenta que el paso más importante es poder llegar con la mayor

seguridad posible al diagnóstico biológico de parasitosis hidatídica. A este respecto hay que señalar que el dato más seguro se obtiene realizando el test de inmunodifusión hidatídica que demuestra la presencia de precipitinas específicas en suero^{3,6}.

En nuestro enfermo teníamos el diagnóstico, pero nos faltaba la localización exacta, dado que las imágenes radiológicas y las pruebas complementarias realizadas no nos definían claramente la situación por encima o debajo del diafragma de la masa hidatídica.

No tuvimos más remedio que recurrir en la misma sesión quirúrgica a la laparotomía y toracotomía exploradoras, deseando a toda costa conservar la integridad del diafragma, ya que la agresividad de la toracofrenolaparotomía como hemos podido comprobar repetidamente, sobre la función respiratoria, hace que recurramos a esa intervención sólo en casos de absoluta necesidad técnico-quirúrgica. Por la caprichosa localización del parásito en nuestro paciente, al final hubo que abrir tórax, abdomen y diafragma.

Ya en la misma intervención descubrimos que todas las dudas diagnósticas que planteaba el probable proceso expansivo subfrénico izquierdo eran ocasionadas por una importante esplenomegalia y por no poder demostrar claramente en las radiografías el hemidiafragma izquierdo que estaba infiltrado por la masa hidatídica. Nos queda explicar la esplenomegalia, ya que ni el grado de lesión hepática ni el aspecto en el campo quirúrgico de la circulación portal justificaba el gran tamaño del bazo. En la exploración quirúrgica la superficie y consistencia del bazo eran normales por lo que desechamos una localización esplénica del parásito y no decidimos reseca o puncionar el bazo pensando en seguir clínicamente la evolución de la esplenomegalia en el enfermo. A los tres meses del postoperatorio hemos comprobado que el bazo se ha reducido claramente, aunque persisten positivos los test de inmunodifusión hidatídica.

Por todo ello nos inclinamos, en contra de muchos autores, a admitir la localización primitiva del parásito en el músculo-diafragma, al igual que puede hacerlo y está descrito repetidas veces, en cualquier músculo de la economía.

Nos queda comprobar el tiempo que persisten elevados los títulos de precipitinas en el enfermo y aunque la resección diafragmática fue limpia, pensamos que algún microquiste se pudo romper por lo que mantenemos al enfermo en tratamiento con mebendazol, observando la relación entre la aplicación del medicamento y los títulos de precipitinas.

Conclusiones

- 1) El quiste hidatídico puede localizarse en cualquier parte del organismo.
- 2) Admitimos en todos los casos la localización primaria y la secundaria.
- 3) Consideramos de gran valor las pruebas biológicas del diagnóstico de la hidatidosis, pero esencialmente el test de inmunodifusión hidatídica.
- 4) Aportamos a la literatura un caso más a los raros comentados de quistes hidatídicos diafragmáticos.

Resumen

Se presenta un caso de quiste hidatídico diafragmático primitivo intervenido quirúrgicamente, estudiando el valor de las pruebas diagnósticas y revisando la literatura sobre el problema.

Summary

DIAPHRAGMATIC HYDATIDOSIS. REVIEW MOTIVATED BY ONE CASE.

The authors present one case of primitive diaphragmatic hydatid cyst intervened surgically. They study the value of the diagnostic tests and review the medical bibliography on this problem.

BIBLIOGRAFIA

1. PEREZ FONTANA, V.: Quistes hidatídicos del diafragma. *Arch. Int. Hidat.*, 15: 289, 1956.
2. MARTINI, D.: Sobre los quistes equinocócicos del diafragma. *Clinica y Laboratorio*, 313: 256, 1952.
3. VERONESI, R.: Enfermedades infecciosas y parasitarias. Ed. El Ateneo. Buenos Aires, 900, 1971.
4. SERRANO MUÑOZ, F.: Quistes hidatídicos de pulmón y cavidad torácica. *Farmaes*, 11: 82, 1966.
5. TARIANA, J. A.: Equinocosis torácica de infrecuente localización. *Arch. Int. Hidat.*, 17: 123, 1959.
6. MANSON-BAHR, S.: Enfermedades tropicales. Ed. Salvat 14.ª edición, 940, 1970.