

QUISTE HIDATIDICO PRIMITIVO DEL DIAFRAGMA

J.A. Prieto Vicente, F.R. Salvanés, A. Orueta, L.F. Fau, Pun Yat-Wah
y J. Ancochea Bermúdez*

Servicio de Cirugía Torácica y * Servicio de Neumología.
Hospital de la Princesa. Universidad Autónoma. Madrid.

Se presentan cuatro pacientes afectados de quiste hidatídico primitivo de diafragma, dos en el lado derecho, dos en el izquierdo. Aunque el diagnóstico cierto de localización es casi imposible, debe sospecharse esta posibilidad ante una imagen redondeada de bordes nítidos en contacto con el diafragma. Las pruebas serológicas, la TAC representan ayudas diagnósticas imprescindibles. Los cuatro casos fueron intervenidos por vía torácica y extirpados los quistes (o sus residuos), sin que los pacientes hayan sufrido recidivas.

Arch Bronconeumol 1989; 25: 208-210

Primitive hydatid cyst of the diaphragm

Four patients with primitive hydatid cyst of the diaphragm are reported. The disease was left sided in two patients and right sided in the other two. Although the definite localization diagnosis is virtually impossible, this condition should be suspected when there is a rounded image with clearly defined contour in contact with the diaphragm. Serologic tests and CT are mandatory diagnostic aids. The four patients underwent operation through a thoracic approach, and the cysts or their remains were removed without subsequent relapse.

Introducción

A pesar de la drástica reducción de la equinocosis en España, la elevada frecuencia con que se localiza el quiste hidatídico (QH) en el pulmón, hace que siga siendo un diagnóstico de primer orden ante una imagen radiológica de masa intratorácica. Pero es realmente excepcional que cualquier hidatidosis torácica se localice fuera del pulmón.

Nuestra casuística abarca 32 años (1955-1987)^{1,2}. Entre 415 QH torácicos, sólo se encontraron 9 casos extrapulmonares. De ellos, 4 corresponden a QH primitivos del músculo diafragma. En ninguno de ellos se hizo el diagnóstico preoperatorio correcto de localización. Ello no es de extrañar si se tiene en cuenta lo excepcional de esta localización y que no existen criterios ni pruebas diagnósticas que permitan deslindar un quiste que ha crecido en el seno de la musculatura diafragmática de otro que, localizado primitivamente en pulmón o hígado, hubiera invadido o se hubiera adherido firmemente al diafragma.

Observaciones clínicas

Caso 1. Varón de 55 años. Nacido en la provincia de Toledo. Carpintero. 5 años antes, cuadro neumónico; imagen radiológica compatible con QH íntegro en el pulmón derecho (fig. 1). Después, va-

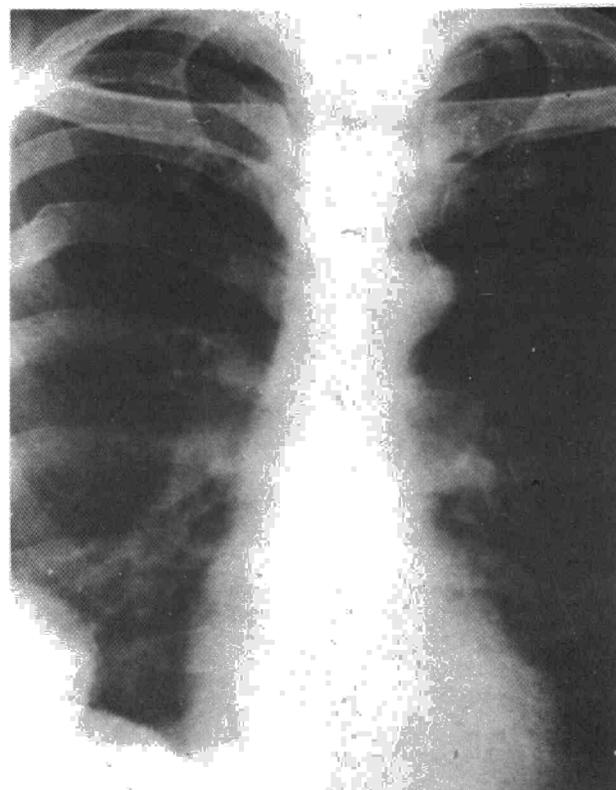


Fig. 1. Caso 1: Imagen redonda de bordes nítidos que asienta sobre el diafragma derecho. (Cortado en el cliché.)

Recibido el 27-2-89 y aceptado el 17-4-89.

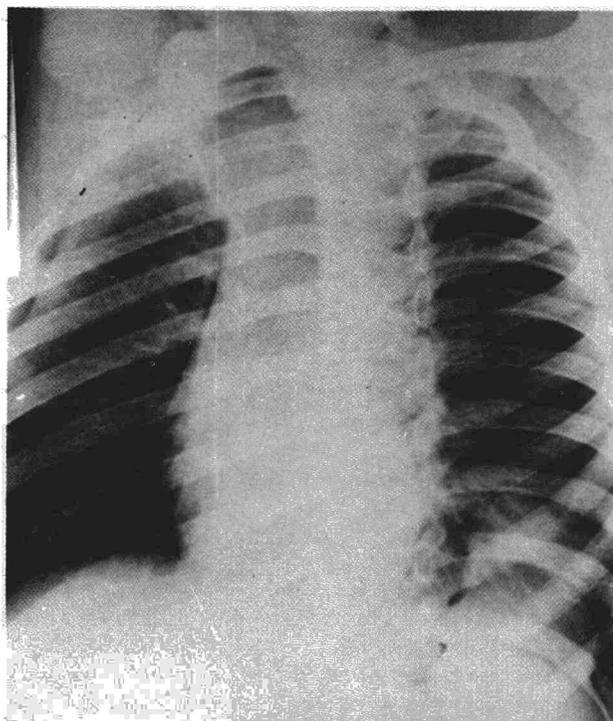


Fig. 2. Caso 2: Radiografía oblicua en decúbito. Imagen de densidad homogénea y bordes nítidos. Contiguidad con el diafragma izquierdo.

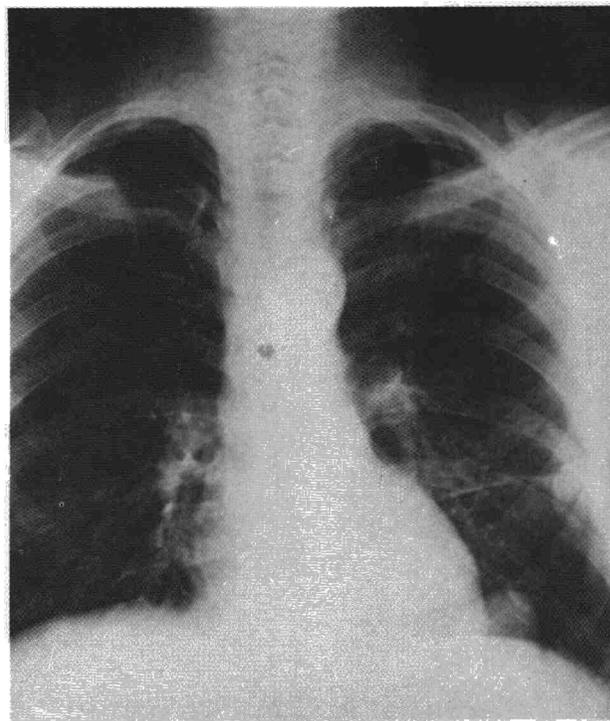


Fig. 3. Caso 3: Dos imágenes similares de densidad agua y bordes nítidos: una yuxtaparietal izquierda y otra entre pericardio y diafragma izquierdo.

rios episodios febriles con tos y expectoración, a veces «como pellejos de uva». Analítica: 16 eosinófilos. Radiografía de tórax: pérdida de volumen en hemitórax derecho. Aumento densidad basal y ocupación del seno costodiafragmático. Toracotomía derecha en noviembre 1960. Gran quiste hidatídico fraguado en el espacio de diafragma con contenido gelatinoso mezclado con restos de membranas. No hay presencia de bilis. Segmentos pulmonares 8 y 9 atelectásicos y con signos de inflamación que se resecan. Curso postoperatorio sin incidentes. Se encuentra bien 10 años después, sin signos radiológicos de reproducción.

Caso 2. Varón de 12 años. Estudiante. Natural de la provincia de Cáceres. Dolor en la región anterior del hemitórax izquierdo y disnea de esfuerzo. En la radiografía de tórax (fig. 2) se observa una masa redondeada basal izquierda en contacto con el diafragma, de densidad uniforme y de bordes nítidos. Es operado en mayo de 1978 con el diagnóstico de quiste hidatídico de pulmón izquierdo. Por toracotomía izquierda se localiza una formación redondeada y dura que está implantada en plena cúpula diafragmática. Al abrirla sale un líquido claro y una membrana hidatídica. El diagnóstico es confirmado por el estudio anatomopatológico. Vuelve a ser ingresado a los 8 años por presentar hematuria y dolor lumbar derecho. Se sospecha recidiva abdominal de enfermedad hidatídica. Tanto la radiografía de tórax como el Eco hepático, TAC abdominal y radiografías de contraste son normales. El aglutinotest fue positivo al 1/1. Hemaglutinación al 1/400. No existe enfermedad hidatídica en este momento.

Caso 3. Varón de 41 años. Pescatero. Natural de la provincia de Segovia. Bronquítico crónico y fumador. Pruebas inmunológicas positivas. Eosinofilia 5%; Cassoni muy positivo. En la radiografía PA de tórax (fig. 3) se ven en dos formaciones densas y de bordes nítidos, una más pequeña y con forma de coma dirigida al hilio y otra redondeada que hace dudar sobre su asiento supra o diafragmático y que tras su estudio en el amplificador de imagen se comprueba su localización supradiafragmática. Toracotomía izquierda en junio de 1977. Un quiste hidatídico está alojado en la cisura y otro incluido en el diafragma. Para reseca este último es preciso seccionar el músculo y penetrar en la cavidad abdominal. El estudio anatomopatológico confirma que se trata de dos quistes hidatídicos indepen-

dientes. En el quiste diafragmático es posible ver músculo estriado adherido a la membrana anhistá. Revisiones posteriores sin que existan indicios de reproducción del quiste.

Caso 4. Varón de 30 años. Guarnicionero. Natural de la provincia de Madrid. Refiere a los 14 años una vómita como «pellejos de uva»; después, asintomático. Ingresa por úlcus sangrante. Eosinofilia 4%. Cassoni positivo. IgE frente a antígeno equinococo, débilmente positivo. Látex positivo 1/8; hemaglutinotest rápido positivo 1/1024. Ecografía hepática normal. TAC (fig. 4) diafragma derecho elevado con masa adyacente de 4 cm de diámetro, al lado hay tejido de densidad grasa. Es operado en octubre de 1982. Toracotomía derecha, encontrándose un quiste hidatídico de diafragma derecho (restos de membranas semidestruidas envueltas en un magma inflamatorio). La adventicia está situada en el propio músculo diafragma. Adyacente, se encuentra un pelotón de grasa (epiplon) que pasa a través de un orificio del diafragma de 1 × 3 cm. Se reseca este epiplon y se explora a través del orificio la superficie hepática (no se ven quistes hepáticos). Fibras musculares diafragmáticas entremezcladas con la adventicia de un QH. Grasa epiplónica independiente. En revisiones posteriores, asintomático.

Discusión

A pesar de la enorme ayuda que representa la fiabilidad de las pruebas inmunológicas en el diagnóstico de la equinocosis, ciertas formas anatomoclínicas, especialmente los quistes rotos y parcialmente vaciados, producen patología muy abigarrada que dificulta grandemente el diagnóstico cierto. Pero aún es más complicada su identificación cuando el quiste se localiza en lugares insólitos dentro del tórax.

Los cuatro casos arriba descritos tienen particularidades de interés, no sólo por la extraordinaria infrecuencia de la localización (la primera publicación de

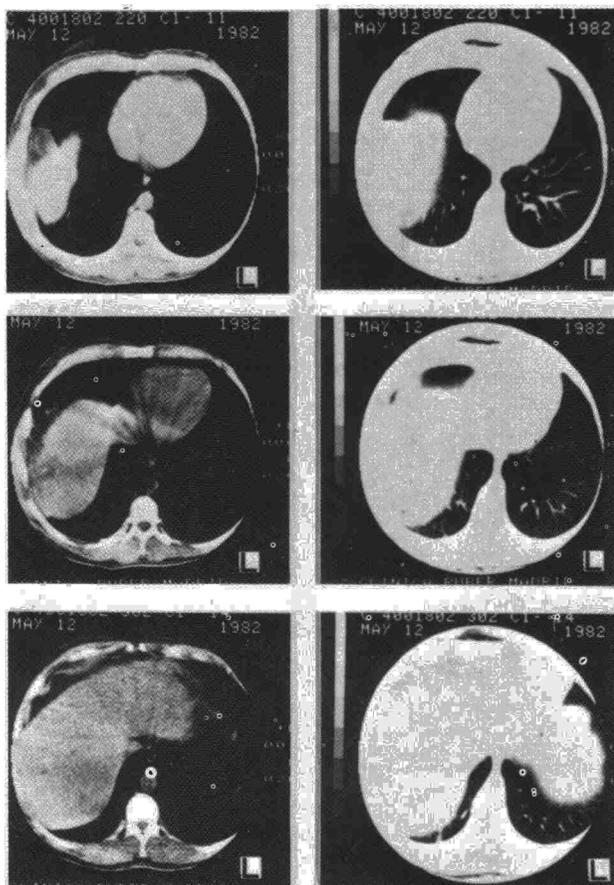


Fig. 4. Caso 4: TAC torácico. Masa en continuidad con el diafragma en la que se observan dos densidades (agua y grasa) en el recuadro superior izquierdo.

hidatidosis diafragmática data de 1927³; desde entonces y hasta 1985 no se han publicado más de 30 casos³⁻⁹), sino porque los QH que afectan al diafragma son casi constantemente complicaciones de quistes pulmonares o hepáticos que se rompen, atraviesan y, eventualmente, se implantan en las serosas que recubren este músculo.

Siempre es difícil estar seguro de que el QH se asienta primitivamente en el diafragma. Por ello, Soto Blanco¹⁰ exigió que se cumplieran cuatro condiciones para poder aceptar la legitimidad de esta localización: 1. Que el quiste se encuentre en pleno músculo diafragmático. 2. Que el líquido que llena el quiste sea claro y sin bilis. 3. Que no exista comunicación con el árbol bronquial o biliar. 4. Que no haya otro quiste en la vecindad.

Aunque es muy discutible que deban aceptarse todas estas condiciones, no cabe duda que es preciso el máximo rigor en la identificación de las relaciones del quiste. Existen algunos aspectos orientadores, como por ejemplo, el que se haya producido una vómita multivesicular hace improbable que el quiste sea primitivamente pulmonar⁹; más bien sugiere la localización hepática con tránsito diafragmático o primitivo de este músculo. En conjunto, puede afirmarse que

desde el punto de vista diagnóstico, la localización en el diafragma y su carácter primitivo es casi imposible de determinar antes de la operación⁹ y, aún después del examen anatomopatológico, es a veces difícil estar completamente seguro de que el escollex llegó al músculo por vía arterial selectiva.

De todas formas, el comentario de estos cuatro casos, que deben considerarse primitivos del diafragma con toda probabilidad, sirve para llamar la atención sobre la situación extrapulmonar del QH torácico y hacer hincapié en la necesidad de practicar las pruebas inmunológicas en cualquier masa intratorácica. Asimismo, deben agotarse las medidas diagnósticas de localización (TAC, toracoscopia, neumoperitoneo, ecografía) pues aunque podría arguirse que la conducta terapéutica es similar: extirpación del parásito y tratamiento de las lesiones inflamatorias por él causadas, existen pocas dudas de que conocer su exacta situación ayuda a elegir la vía de acceso y a evitar la diseminación de los escollex.

De especial interés es el enfermo 4, un quiste implantado en pleno músculo que ha causado una pérdida de sustancia en el diafragma por lo que se ha escapado al tórax una moderada cantidad de grasa epiploica. Es un caso de «acertijo» realmente insoluble: un quiste roto y parcialmente vaciado hace 16 años, aunque entonces no diagnosticado. Y ahora, otro proceso (ulcus duodenal sangrante) pone en evidencia una masa yuxtadiafragmática de densidad grasa que resulta ser una hernia diafragmática de naturaleza y localización insólitas. De nuevo hay que llamar la atención sobre las imágenes caleidoscópicas y la evolución caprichosa del QH y pensar que la localización diafragmática es muy rara, pero a lo mejor no tan excepcional como hasta ahora se había juzgado.

BIBLIOGRAFIA

1. Orueta A, Fernández Fau L et al. Surgical treatment of hidatid cyst of the lung. *Brit J Dis Chest* 1974; 68:183.
2. Orueta A, Fernández Fau L. Consideration sur le traitement chirurgical du kyste hydatique du poumon. *Ann Chir Thor Card* 1985; 14:137.
3. Gabrielle M. Kyste hydatique inclus dans le muscle diaphragme. *Lyon Chir* 1927; 24:688.
4. Díez J, Cottini C. Quiste hidatídico del diafragma. *Ac Arg Cir* 1948; 32:599.
5. Theodoresco D, Pajahagi E. Le kyste hydatique du diaphragme. *Presse Med* 1964; 72:1963.
6. Ardao A. Hidatidosis primitiva del diafragma izquierdo. *An Fac Med Montevideo* 1965; 50:227.
7. Appignasesi P. Echinococcosi primitiva del diafragma. *Ospedale di Foligno. Acta Chir Ital* 1971; 27:105.
8. Humbert P, Zakariam S et al. Problemes poses par 3 cas d'echinococose extra-pulmonaire de la base du thorac, sans participation hepatique apparente. *J Fr Med Chir Thor* 1969; 23:627.
9. Ghedj P, Atsamena M et al. Kyste hydatique primitive du diaphragme ouvert dans les voies bronchiques. *Ann Chir Thorac Cardiovasc* 1973; 12:175.
10. Soto Blanco J. Quistes hidatídicos de la región diafragmática derecha. *Bol Soc Cir Urug* 1946; 17:112.