

Comentarios a nuestra Estadística de Hidatidosis

Comunicación al XVIII Congreso de las Ciencias de Córdoba, por el Dr. Enrique Luque, Jefe de Clínica Quirúrgica del Hospital provincial de Córdoba.

Se entiende por quiste hidatídico, la forma larvada de la tenia equinococcus que en estado adulto vive en el intestino delgado del perro y más raramente del gato, lobo, chacal, puma, etc.

Barnett, de Nueva Zelanda, pone de relieve la importancia de los dos primeros animales como fuente de contagio, por su convivencia con los niños y por el acendrado cariño que algunas mujeres sienten hacia ellos. Pero según Hoche, de Albania, hay que acusar también como agente de infección humana al carnero, que vive en una promiscuidad grande con sus habitantes y no al perro, animal errante más que doméstico, en los países de Oriente.

Vale la pena citar dos casos que han sido parasitados de forma curiosa. Una enferma, portadora de una hidatidosis pulmonar bilateral, nos cuenta tenía un perro que jugaba con otro de la misma casa. Este último, enferma y a la vista de todos le vá engordando el vientre. Un estudiante de medicina amigo, propone sea llevado a la Facultad de Veterinaria donde es operado, comprobando un quiste hidatídico, no precisando su localización. Cinco años más tarde aparecen los primeros síntomas pulmonares en una hermana, que fué diagnosticada de cinco quistes de pulmón y poco tiempo después nuestra enferma, presentaba otros dos quistes en el pulmón derecho y uno en el izquierdo. Las localizaciones pulmonares se curaron espontáneamente en ambas hermanas por vómica. De las hepáticas, posteriormente aparecidas, ha sido operada una de ellas y está próxima a operarse la otra. En el segundo caso, se trataba de un labrador que nos repite una frase muy oída en el interrogatorio de estos enfermos: «como soy muy aficionado a los perros»; y el labrador dormía con su perrillo, que suelen tener pequeño tamaño, por

precisar menos comida y porque el miedo que los domina les hace estar en una alerta permanente. Al diagnosticarle un quiste hidatídico de pulmón izquierdo, nos manifestó ser justamente el lado del cual se echaba su perro.

En los restantes enfermos, nada encontramos estimable en este sentido. Ni aun la clásica expresión, de ser aficionado a los perros; porque en nuestras latitudes, casi toda la gente del campo se hace acompañar de un perro, que les distrae y alegra en sus largas y solitarias marchas, al par que les avisa en los casos de peligro.

Ya se comprende que nos referimos a la tenia equinococus y no a la tenia alveolar. Tandis y Posselt son partidarios sistemáticos de la dualidad de equinococos. Dew es unicista y Devé mismo dice «Parece confirmarse la noción ya largo tiempo discutida de la unidad parasitaria». En el sentir de estos autores, la equinococia alveolar ha perdido su estricta limitación geográfica bávaro-tiroliana, citándose ya casos en todo el mundo. Sus argumentos zoológicos y biológicos, no son concluyentes ni definitivos y existen por otra parte multitud de casos de formas de transición, intermedias entre el quiste hidatídico y el equinococo alveolar.

Las oncoesferas son expulsadas con las deyecciones del perro, contaminando la piel de las patas que ellos se encargan de transportar a la saliva y al resto de su piel, en sus sencillas prácticas de limpieza.

El contagio al hombre se hace bien directamente al acariciarlo, al lamer sus manos o su cara, o indirectamente al comer en los mismos platos o al ingerir verduras crudas contaminadas por las heces. Por iguales motivos la leche puede ser vectora de huevos de tenia, al rozar las ubres de las vacas con la yerba, para ser llevados más tarde a la leche en las maniobras del ordeño.

Modernamente, se concede gran valor como medio de propagación al agua que puede infectarse a través de conducciones cuya impermeabilidad sea deficiente o sirviéndose hombres y animales en la misma fuente, en las regiones donde la escasez de la misma obliga a ello.

El ganado se infecta al pastar o al beber, muy especialmente aguas estancadas. Y los perros además, al comer vísceras parasitadas procedentes de mataderos, de matanzas particulares o de estercoleros.

En general las ovejas son portadoras de equinococos fértiles, al contrario de las equinococias de los bóvidos que suelen ser estériles. Ello explicaría que los países donde la cría de ovejas ocupa lugar

preeminente, son los que más contribuyen a la difusión del equinococo. En nuestra provincia y más concretamente en nuestra región Norte, considerando al río Guadalquivir como línea divisoria, la cría lanar está muy extendida y por ello ocupa en nuestra Estadística, el cincuenta y siete por ciento de los enfermos; correspondiendo solamente a la zona Sur, el cuarenta y tres por ciento.

La vía de penetración más admitida en la actualidad para el hombre, es la digestiva. Los huevos liberados de su envoltura por la acción del medio gástrico, se fijarían en el estómago o más corrientemente en el intestino delgado, haciéndolo por su doble corona de ganchos mediante la cual, por movimientos activos a los que hoy se les confiere extraordinaria importancia y quizás por una acción o efecto lítico local, llegarían a una vena intestinal, que se encargaría de conducir

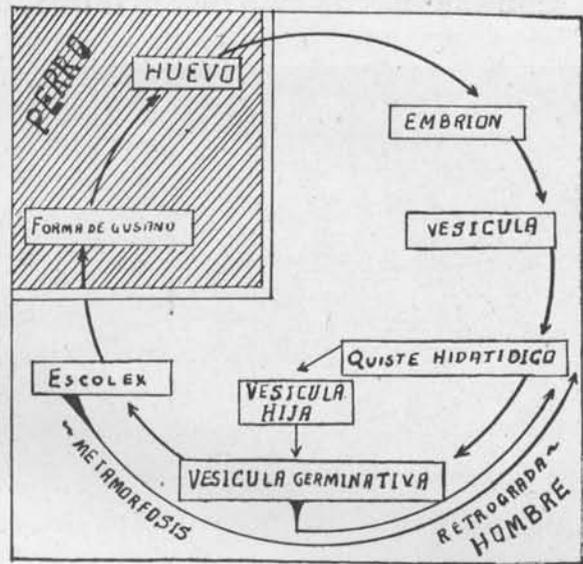


Fig. 2.—Según Barrett, N. R. y Thomás.

los embriones por las mesaraicas a las ramas terminales de la porta. Pocas veces se esquivaría este mecanismo tomando las parahepáticas o hepatofugales para ir directamente a la cava.

Este camino extraportal se haría a expensas de:

- a) Anastomosis venosas porto-cava.
- b) Mediante el sistema de Schmiedel, cuando el embrión hace su emigración a través de las paredes del estómago.
- c) Por el sistema venoso de Retzius, constituido por las anastomosis venosas entre las raíces portas del duodeno y las ramas cavas del peritoneo de este órgano.

La hipótesis de los filtros, es aceptada por la casi totalidad de los autores y las diferencias de volumen entre las 25 micras del embrión y las 10 micras del capilar, aproximadamente, quedarían explicadas por la reducción o estiramiento del embrión y conjuntamente por el aumento del diámetro del capilar, en aquellos casos en que se salvase la barrera hepática. De igual forma se resolvería el paso a través del segundo filtro pulmonar, para ser depositados en el ventrículo iz-

quierdo e incorporados al torrente circulatorio. El embrión de esta forma y selectivamente, elegiría el tejido del anfitrión más a propósito para su desarrollo. Véanse, para más detalles, los trabajos del profesor Devé, la monografía del Dr. García Portela, sobre quistes hidatídicos del pulmón, el capítulo de Hosemann en la Patología Quirúrgica de Kirschner y Nordman, las publicaciones del profesor Lozano, etc., etc.

Con este mecanismo de los filtros, dice el profesor Martín Lagos,

se explica que en números redondos el 75 por 100 de los quistes hidatídicos asienten en el hígado, el 8 y $\frac{1}{2}$ en el pulmón y el 16 y $\frac{1}{2}$ restante en los órganos de la circulación general. Así mismo se explicaría (insiste el citado autor) que en terneras y ovejas sea mucho más frecuente la localización pulmonar que la hepática y la observación de Dichtenheld, según la que, en los cerdos menores de dos años predominan los quistes en el hígado, en tanto que en los mayores de dicha edad, la localización pulmonar dá un porcentaje muy superior a la hepática, pues dichas localizaciones dependen de la diferencia del diámetro de los capilares, en las diversas edades y en las diferentes especies.

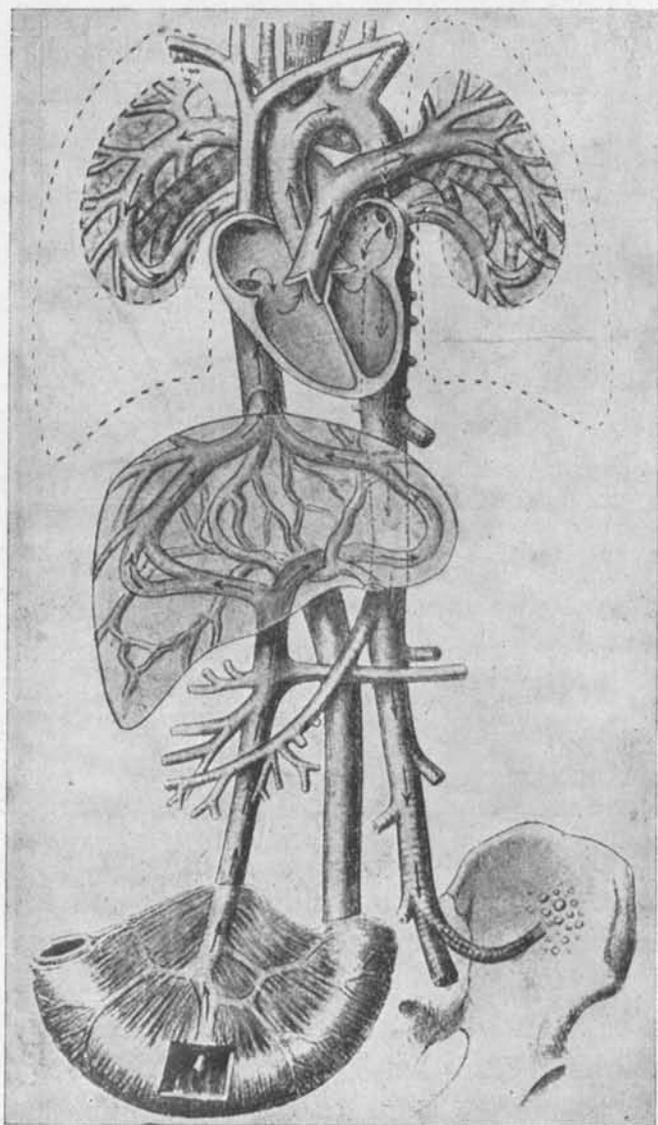


Fig. 3.—Esquema de los filtros, según Ivanissevich.

Esta explicación es más convincente, en el sentir de Martín Lagos, que el atribuir ciertas afinidades hepatófilas o neumófilas a los pará-

sitos, papel demasiado activo, si se compara con lo que sucede en otras especies parasitarias.

El estudio de la vía aérea, propuesto por Bird y defendido por Finsen y Nobili, solo podría ocurrir en climas secos y polvorientos, de la vía transdiafragmática, de la cutánea, etc.; muy interesantes y hasta posibles en casos particularísimos, nos llevaría muy lejos de nuestro propósito que se reduce solamente a sintetizar las ideas actuales que puedan tener relación con el estudio estadístico de nuestros casos.

Comentábamos hace unos días la sorpresa que nos había causado, no ver citadas ninguna de las provincias andaluzas en las estadísticas que sobre hidatidosis y por diversos motivos habían aparecido recientemente. Con toda evidencia su causa era debida a la falta de trabajos donde se resumiesen los casos observados y por tanto con-

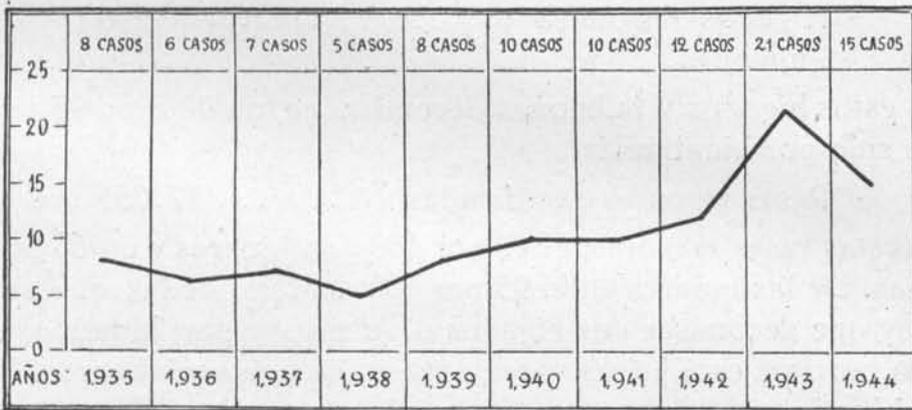


Fig. 4.—Núm. de casos observados en cada año (1935-1944, Dr. Luque).

siderábamos interesante hacer una revisión de los nuestros que a pesar de su modestia sirvieran de pauta en lo sucesivo, para que al lado de las Castillas, Aragón, Extremadura, Cataluña, Valencia, Vascongadas, etc., se consignasen los de nuestra región cada vez más frecuentes; y a buen seguro, ocurrirá lo propio en las provincias vecinas.

Las cifras proceden de nuestro servicio quirúrgico del Hospital Provincial y del Sanatorio de la Purísima, siendo la mayoría de los enfermos de esta provincia y comprobados por la operación. El único fin que perseguimos, como ya hemos indicado, es poner de manifiesto que la hidatidosis humana se dá con bastante frecuencia en la provincia de Córdoba.

Cuando el censo de nuestra población era reducido y bastaba

para su consumo alimenticio de carne, con las reses que en Córdoba y su provincia se criaban, la hidatidosis era relativamente reducida. Pero el incremento del número de sus habitantes de un lado y el aniquilamiento de grandes masas de ganadería durante el Movimiento, por otro, han exigido el aumento progresivo de las reses importadas de otras regiones ganaderas atacadas, con la lógica convivencia e infección de las de la provincia. Y coincidiendo con este factor, los casos de hidatidosis se han multiplicado paralelamente.

Quizás, puedan aportar datos interesantes los que nos han proporcionado los Inspectores Veterinarios municipales señores Garrido y García Ogayar, por reflejarse en sus notas la proporción en que están atacadas las distintas reses sacrificadas en este Matadero. Para ello se han revisado los ocho primeros meses del año corriente. He aquí el resumen que transcribimos:

Reses mayores sacrificadas	5.724
Hígados decomisados.....	296
Pulmones íd.	149

De estos hígados y pulmones decomisados, un 90 o un 95 por 100 lo han sido por hidatidosis.

Reses menores sacrificadas	17.751
----------------------------------	--------

De estas reses menores, el 40 por 100 son lanares y un 60 por 100 caprinas. De las lanares en el 95 por 100 del total de las que se matan, hay que decomisar sus hígados o pulmones por hidatidosis. El ganado porcino, está pocas veces parasitado por equinococos.

La hidatidosis solo produce decomisos parciales. No se citan los totales, porque ninguno de ellos lo es por hidatidosis.

Véase que a pesar de la promiscuación y convivencia, aún se mantiene, si bien en reducida escala, la menor infección de nuestro ganado bovino, según se desprende de la siguiente nota deducida de la estadística del Servicio Técnico de nuestros Mataderos: «En los meses de Noviembre, Diciembre, Enero y Febrero, la mayoría de las reses sacrificadas en este Matadero son de las regiones de Galicia, Extremadura y Salamanca. Los pulmones e hígados decomisados de estas reses, lo son en un 95 por 100 por tumores hidatídicos. En los meses restantes, puede considerarse el 40 por 100 de decomisos hidatídicos, por ser reses procedentes de esta región.

Estos números, parecen explicar elocuentemente el por qué los casos de hidatidosis humana van en aumento y lo serán más en el futuro si como repetidas veces se predica el porvenir de España está más en su ganadería que en la agricultura.

En un período de diez años hemos operado 103 enfermos de hidatidosis, que en síntesis podemos agrupar:

Localizaciones varias o extralocales.	14
De hígado.....	46
De pulmón.....	43
EN TOTAL	103

Los casos de equinococias, representan el 0,95 por 100 de nuestros operados. En cifras globales, podemos decir que de cada cien operados uno lo es por hidatidosis. De estos enfermos el 57 por 100 eran varones y el 43 por 100 restantes, mujeres.

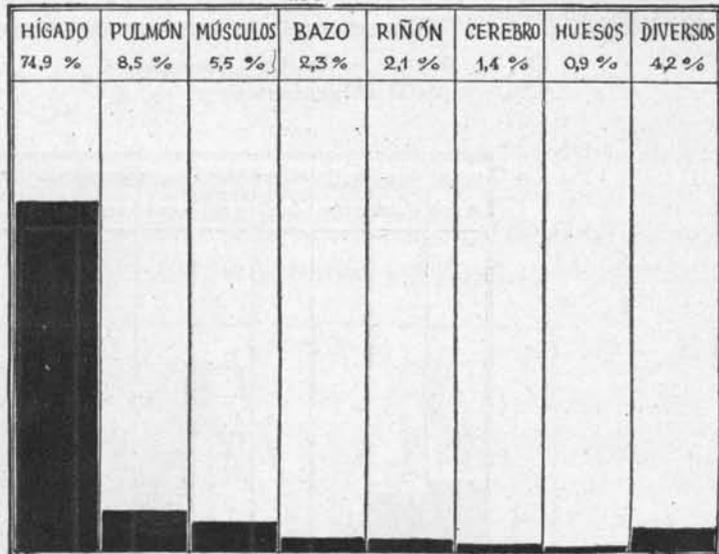


Fig. 5.—Estadísticas de Greenway, apreciándose el siguiente porcentaje por regiones.

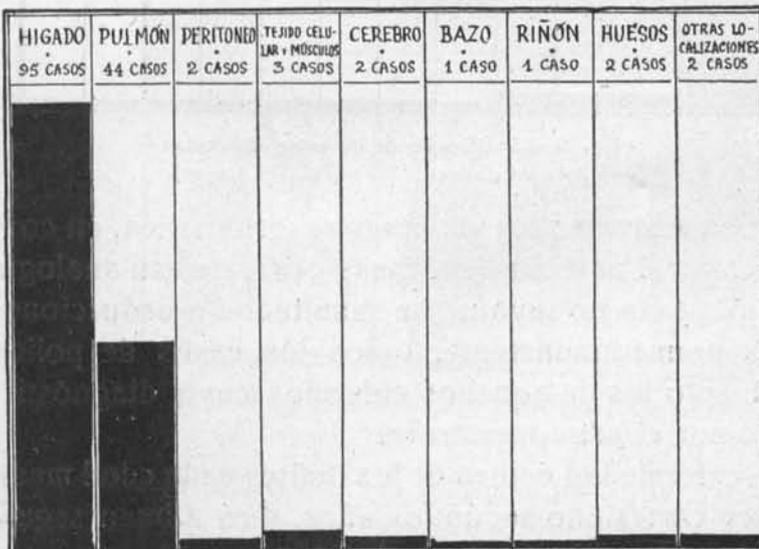


Fig. 6.—Casos de la Clínica del Prof. Dr. Olivares (†) citados por el Dr. García Portela, desde 1930.

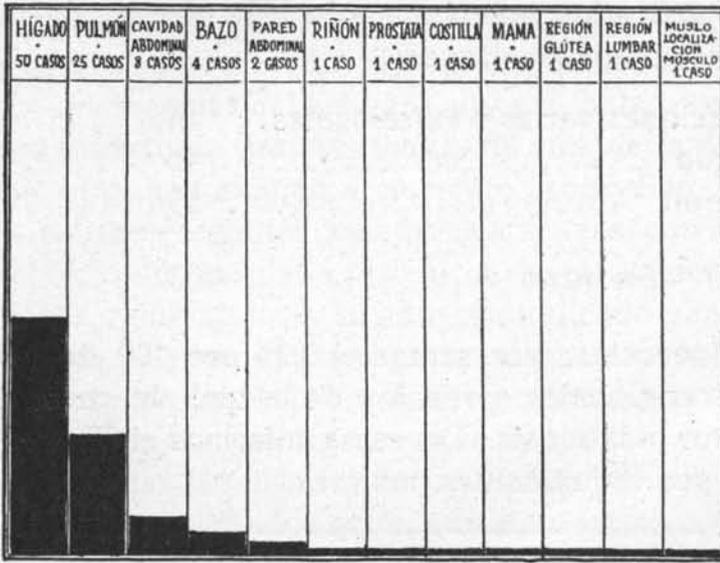


Fig. 7 . . Diversas localizaciones observadas por el Dr. Rementería

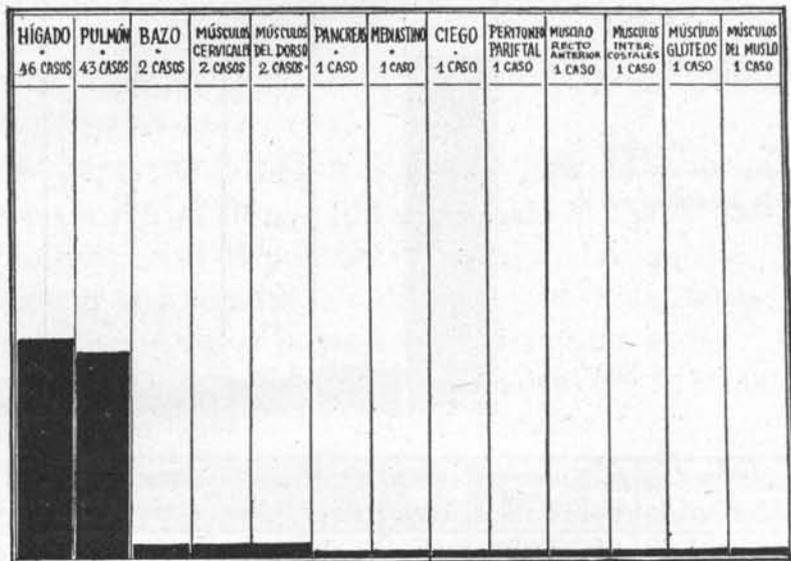


Fig. 8. — Localización de los casos observados en nuestras clínicas (1935 - 1944, Dr. Luque).

Una representación esquemática de nuestra estadística, en comparación con las restantes, patentiza en líneas generales su analogía. Téngase en cuenta que para no involucrar resultados o deducciones, han sido eliminados premeditadamente, todos los casos de policlínica, recogiendo tan solo los de aquellos enfermos cuyo diagnóstico ha sido comprobado por el acto operatorio.

Evoluciona esta enfermedad dentro de los límites de la edad media de la vida. El examen cartesiano según los años, será a buen seguro mucho más explícito que nuestras apreciaciones personales.

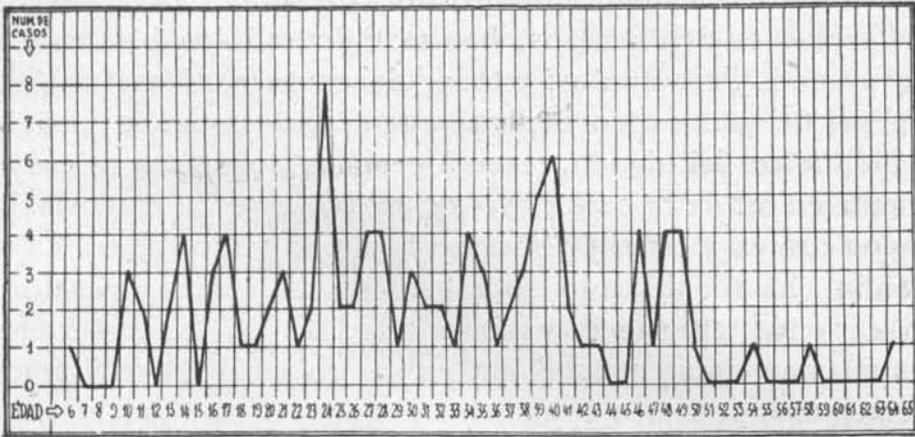


Fig. 9.—Número de casos según la edad (Dr. Luque).

QUISTES HIDATÍDICOS DE HÍGADO

De cara convexa..... 19 (1 de lóbulo izquierdo)

De cara cóncava o teniendo contacto preferente con ella.. 27

En dos casos existían además quistes pulmonares: uno de hilio derecho y otro de lóbulo superior de pulmón izquierdo.

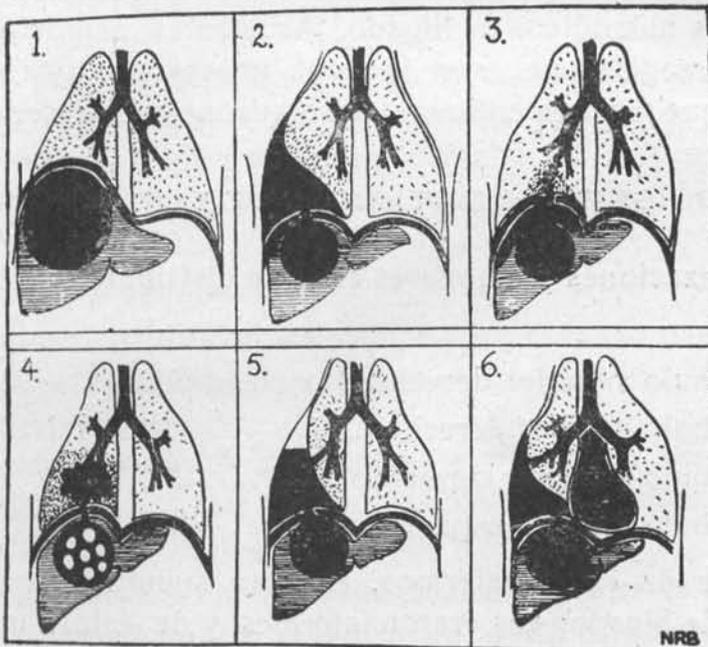


Fig. 10.—Complicaciones torácicas en los quistes hidatídicos de hígado. Según Barrett y Thomas)

Tanto se ha dicho de esta localización, que poco nuevo podríamos nosotros añadir. Pero sí queremos patentizar que es sin duda una de las enfermedades más graves que se presentan a los cirujanos. La

importancia del tratamiento preoperatorio mediante la moderna terapia y el acceso en dos tiempos, han restado indiscutiblemente parte de su gravedad. Pero aun así y todo, debemos confesar noblemente que a pesar del pronóstico benigno que se les asigna, la cirugía del quiste hidatídico del hígado, reserva grandes sorpresas y más concretamente en los de la cara convexa, puesto que la mayoría llegan infectados con un cuadro de absceso hepático o subfrénico. La vía de Constantini, ha simplificado sobremanera la técnica operatoria en esta localización, cuando no están infectados. En los supurados, se dan las mismas circunstancias que en las colecciones subfrénicas, y a su semejanza, podemos resumirlos en los grupos siguientes:

Frenohepáticos derechos anteriores: solidarios de la vía transperitoneal a lo Clairmond, relativamente fácil, aunque no inocua.

Frenohepáticos derechos posteriores: Método de Ochsner y Graves, perfectamente estandarizado.

En los frenohepáticos medios superiores, la técnica en la mayoría de las ocasiones exige la vía transpleural de Israel, con todos sus inconvenientes de puntualización. No debemos ser demasiado optimistas (por las razones apuntadas) en el pronóstico operatorio de los quistes hidatídicos de hígado. Accidentes hemorrágicos, pyleflebitis, colorragias, etc., son factores imprevistos que no se puede presumir y que truncan en breve plazo sus mejores deseos.

QUISTES HIDATÍDICOS DE PULMÓN

Las localizaciones pulmonares estaban distribuídas de la siguiente forma:

En lóbulo superior derecho	DOS
En lóbulo inferior derecho	DIEZ Y NUEVE
En lóbulo superior izquierdo	CUATRO
En lóbulo inferior izquierdo	DIEY Y OCHO

En nueve de estos enfermos, existían simultáneamente quistes hidatídicos de hígado; dos eran bilaterales y de éstos, un caso con tres quistes. Su localización gráfica es muy demostrativa.

El Dr. Quero (Director del Sanatorio Antituberculoso de ésta) me comunica tener historiados 29 casos de hidatidosis pulmonar, que corresponden a 0,45 por 100 de sus enfermos.

La localización pulmonar de la hidatidosis es más frecuente de lo que se supone. Barnett, en un análisis del Registro de Hidatidosis de Australia y Nueva Zelanda (1939), asigna un 23 por 100 al pulmón en los casos de hidatidosis primaria y encuentra doble número de

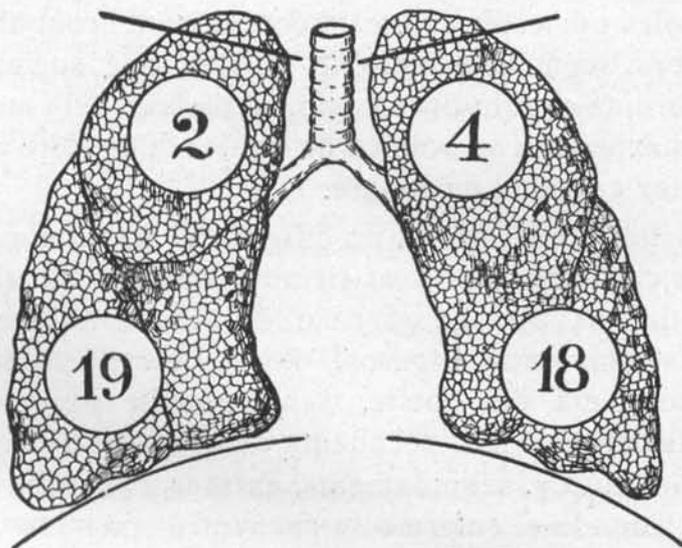


Fig. 11. — Esquema de las localizaciones pulmonares de nuestros operados (1935-1944, Dr. Luque)

casos en el pulmón derecho que en el izquierdo, confirmando al propio tiempo que el lóbulo inferior derecho es sitio de predilección, sin duda porque la arteria pulmonar derecha es más gruesa que la izquierda y el curso de la sangre a su vez, en ambas, es más directo que en las de los vértices.

Los quistes pueden ser:

Hiliares, en relación con las vitales y gruesas estructuras del pulmón. Curables espontáneamente por vómica en un 70 a un 80 por 100.

Quistes centro-lobares: son los que evolucionan más silenciosamente, llegando a alcanzar casi la totalidad del volumen de un hemitórax, sin síntoma somático manifiesto, y

Quistes periféricos, en relación más o menos directa con la pleura. A medida que aumentan de volumen va adelgazándose la capa de tejido pulmonar, hasta llegar a establecer contacto con la cavidad pleural. Presentan en este estadio dolores por compresión directa de los nervios intercostales, más o menos intensos, según el grado de la misma. Raras veces se crean firmes adherencias con la pleura, a

menos que se infecten y, por lo tanto, difícilmente imputable a ellas, la génesis del cuadro doloroso local.

Son uniloculares, no tienen vesículas hijas (consideradas como expresión o formas de resistencia del estado larvario, cual se observa a menudo en los de hígado), poseen una adventicia muy tenue y, aunque virtuales por estar comprimidos, existen bronquios (de mayor o menor calibre, según el asiento del quiste), que suelen ponerse de manifiesto durante el acto operatorio, al disminuir la tensión y producirse a sus expensas, la vómica de líquido hidatídico mezclado con mayor o menor cantidad de sangre.

Nuestro criterio operatorio, no difiere del habitualmente seguido por todos los cirujanos. Solemos siempre aplazar su abertura para un segundo tiempo, aun en el caso de existir adherencias de las cuales no estemos muy seguros. Raras veces procedemos a la extracción completa del quiste, sencillamente porque no nos es posible y consideramos más pertinente y fácilmente hacedero, vaciarlo por aspiración lenta y, seguidamente, extraer con toda suavidad la germinativa. Cuando el enfermo se encuentra excitado o existe una traumatopnea intensa, esperamos pacientemente y, si persiste, nos limitamos a rellenar a lo Brunner la cavidad, utilizando compresas empapadas en agua caliente o Suero, que son retiradas a los seis u ocho días, según su tolerancia.

Son los quistes hidatídicos del pulmón, la antítesis de los del hígado. De nuestros casos, solo hemos perdido uno a los 25 o 30 días de operado, por una hemorragia fulminante, explicable por ser del lóbulo inferior izquierdo, muy próximo a hilio. Todos los restantes evolucionaron más o menos accidentalmente, pero de una manera satisfactoria.

«No podemos sustraernos a transcribir sintetizadas las modernas indicaciones de la Lobectomía, defendidas por Barret y Thomas en su reciente artículo de quistes hidatídicos de pulmón, aparecido en el número Abril-Julio de 1944 del «British Journal of Tuberculosis and Diseases of The Chest»:

1.º Casos en los cuales el diagnóstico preoperatorio es dudoso y cuyos síntomas clínicos y radiográficos, hacen suponer neoformaciones o quistes simples de naturaleza no hidatídica.

2.º Cuando el diagnóstico se establece después de la abertura del tórax, encontrándonos ante la alternativa de extirpar el quiste o pleura abierta, mediante la técnica usual o hacer lobectomía. Se inclinan los autores por esta última, considerándola de menor riesgo que la quistotomía simple.

3.º Quistes periféricos simples, que se presentan en las proximidades del mediastino, diafragma, zona centroescapular o vértice de pulmón. Son todas

estas localizaciones difíciles de alcanzar mediante la enucleación. La lobectomía debe ser preferida.

4.º Quistes parahiliares. Deben ser tratados de una manera conservadora, porque debemos abrigar siempre la esperanza de una posible vómica y porque la extirpación por enucleación sería difícil y peligrosa. El enfermo debe ser observado y la experiencia demuestra que en un 20 por 100 de los casos la lobectomía está indicada por el desarrollo de complicaciones. La lobectomía no es solamente más segura que el tratamiento expectante porque resuelve el problema de manera inmediata, sino que además evita los peligros que éste encierra. En algunos casos es factible practicar una resección parcial: por ejemplo, en el tratamiento de los quistes que asientan en la lengüeta pulmonar, evitando el sacrificio de un lóbulo entero.

5.º Quistes que se desarrollan en medio de un lóbulo y que son descubiertos por la radiografía, antes de hacerse periféricos, y aquellos otros que son múltiples, en un solo lóbulo.

6.º Grandes quistes hidatídicos supurados, en los que la mayor parte del parénquima pulmonar está reemplazado por la «formación» y quedaría infectado crónicamente.

7.º Quistes hidatídicos que han supurado y cuya curación es poco probable por drenaje pulmonar y en los cuales el proceso infectivo está muy arraigado. El problema que se plantea es el mismo que en los abscesos crónicos de pulmón y medidas conservadoras en tales casos terminarían por una neumonía diseminada, abscesos cerebrales, degeneración amiloidea, etc.

8.º La lobectomía está indicada, cuando la membrana germinativa ha sido expulsada incompletamente, quedando restos de ella desvitalizados en una cavidad de paredes gruesas y rígidas.

9.º Cuando la adventicia se calcifica y la vida del parásito cesa, la masa queda en el pulmón como un tumor ateromatoso, predispuesto a la infección y a provocar alteraciones de importancia en el parénquima que lo rodea. La lobectomía es el único tratamiento curativo.

Esta nueva forma de encauzar el tratamiento de los quistes pulmonares, en algunos de sus aspectos, abre, sin duda, una nueva era en la Cirugía torácica.»

Y termino, destacando la notable aportación de los Cirujanos españoles. Los nombres de Rivera Sanz, Lozano, Esquerdo, Escribano, Goyanes, etc., quedarán unidos al estudio de las equinococias humanas.

* * *

Durante el último trimestre de 1944 y en el año de 1945, hemos intervenido 26 casos más de hidatidosis, que podemos desglosar de la siguiente forma:

Dos de bazo (uno esplenectomizado).

Dos de pancreas (ambos, marsupializados).

Diez de hígado (localizados: 3 en cara convexa, uno de ellos voluminosísimo con una gran esplenomegalia concomitante, 6 de lóbulo derecho con exteriorización en cara cóncava, coexistiendo uno de ellos con otros dos quistes pulmonares, y 1 de lóbulo izquierdo).

Catorce de pulmón (distribuidos:

1 en lóbulo superior derecho.

8 en lóbulo inferior derecho.

1 en lóbulo superior izquierdo.

4 en lóbulo inferior izquierdo).

Enrique Luque
