

Quistes congénitos de pulmón:

Englobaremos bajo el rótulo de quistes congénitos de pulmón a todas aquellas *bolsas aéreas que asientan en pleno parénquima y carecen de una filiación etiológica definida.*

Esta definición excluye del tema a las cavernas tuberculosas solitarias, a los neumo-quistes hidáticos, a las viejas cavidades post-empíemáticas, etc.; entidades todas en las que una buena anamnesis y un examen clínico correcto, permite remontarse hasta su causal etiológica.

Definen fundamentalmente los quistes gaseosos de pulmón su traducción clínico-radiológica, su **evolución** y sus complicaciones, mucho más que el mecanismo **íntimo** de su génesis y aún mismo que su estructura anatómica. Estos puntos de discusión académica no tienen real importancia en una obra eminentemente clínica como la nuestra, y por ello serán considerados escuetamente.

Estas malformaciones quísticas merecen ser estudiadas con detención, porque no son raras **Y**, por que conociéndolas, más de una vez se rectificará un error diagnóstico de consecuencias deplorables.

FRECUENCIA.— **Considerados** como una rareza patológica, hasta el punto que los tratados clásicos silencian su existencia, esta enfermedad se encuentra cada día con mayor frecuencia.

En 1930, cuando iniciamos su estudio, eran casi desconocidos en nuestro medio y desde esa fecha los casos se van multiplicando, sumando en la actualidad varias decenas. Los Drs. **García**

Otero y Caubarrere presentaron a la Sociedad de Tisiología de Montovideo, en 1936, diez y siete casos personales.

Su aparente inexistencia se explica por su poliformismo sintomático, que los hace confundir con cualquiera de los grandes **síndromes** respiratorios: esclerosis pleuro-pulmonar, supuraciones, neumotórax, disneas asmátiformes o enfisematosas y aun con enfermedades bien definidas: tuberculosis, quistes hidáticos: de todas estas confusiones poseemos ejemplos elocuentes e instructivos.

Puede afirmarse que la pretendida rareza del pulmón **quistico** es más aparente que real; consecuencia lógico de su desconocimiento y de la imprecisión de sus **características** estructurales y **clínicas**.

MODALIDADES ANATOMICAS.— La ubicación, el volumen y el número de los quistes son extremadamente variables. Basta un examen somero de los esquemas de la figura 43, para tener una idea aproximada de la pluralidad de sus aspectos. *Existe toda una graduación de estados intermediarios entre el quiste gaseoso netamente intra-pulmonar, hasta Ja* pequeña burbuja *gaseosa sub-pleural* de Fischerwasels ("**Spitzen-narbenblasen**"), tan estrechamente vinculadas a la producción del neumotórax espontáneo **benigno**. (Fig. 43).

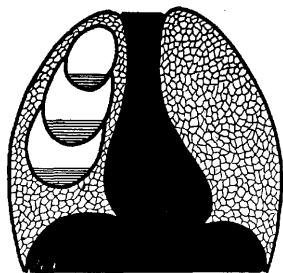
En lo que respecta al volumen, éste oscila entre el de una avellana hasta el del enorme quiste aéreo pulmonar, **indentificable** con el enfisema gigante sub-pleural, que puede llenar un hemitórax y aun invadir el del lado opuesto.

A veces únicos, su multiplicidad puede llegar a ser tal, que nos conduce insensiblemente a confundirlos con la bronquiectasia congénita.

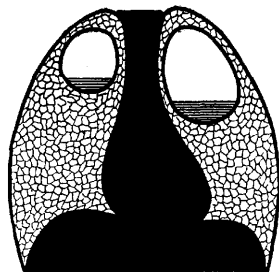
No es posible **establecer** la frecuencia comparada de las variaciones lesionales que señalamos, todas ellas estrechamente vinculadas por su génesis e histología, y que en el futuro, con un mayor acopio de observaciones, **quedarán** bien diferenciadas.

Redondeados u ovalados, pueden a veces contener líquidos de distinta naturaleza y comunicar o no con los bronquios.

Están sólidamente empotrados en el parénquima pulmonar que los rodea, conectados a él por una red vascular hiperplasiada y

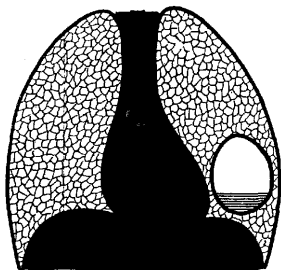


1

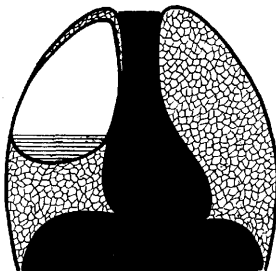


2

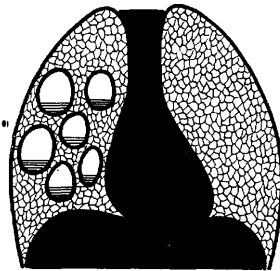
3



4



5



Baffo

(Fig. 43) Esquemas que muestran las diferentes modalidades anatómicas de quistes de pulmón.

tejido pulmonar malformado que hacen imposible un **clivado** anatómico.

En lo que respecta a su estructura parietal se constatan grandes variaciones entre ellos; sin embargo el aspecto histológico más frecuente de su pared, recuerda al de las paredes **brónquicas**. Se encuentran también casos que evocan la apariencia **microscópica** del atrium, infundibulum o alveolo.

Nos referiremos a su aspecto interior al tratar el diagnóstica operatorio.

PATOGENIA.- *Es* interesante destacar que el capítulo de anomalías y malformaciones, inicial y obligatorio en los tratados sobre cualquier otro órgano, no existe cuando se trata del pulmón. Esta laguna es absolutamente ilógica e incomprensible, puesto que si en las demás vísceras **tales** vicios determinan trascendentes trastornos mórbidos, no otra cosa puede ocurrir en el pulmón.

En él, el estado disembríoplastico debe ser frecuente; **basta** recordar, para poderlo afirmar, que en su génesis intervienen tres sistemas que se superponen e intrincan en el decurso del desarrollo del embrión. Es así que el aparato bronco-alveolar procede del tubo digestivo primitivo, la porción hilar se genera a expensas del mesénquima torácico, finalmente, la corticalidad pulmonar y la pleura derivan de una invaginación de la parte superior de la cavidad esplácnica primitiva.

Existe acuerdo para considerar a los quistes gaseosos pulmonares como lesiones dependientes de trastornos de índole **disembríoplastico**; para unos' congénitos, para otros determinados por el desarrollo posterior de inclusiones embrionarias.

Juzgamos inoportuno internarnos en la maraña de una discusión patogénica complejísima en la que señalamos un campo propicio y fértil para la investigación del estudioso.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS.— La traducción clínica de los quistes gaseosos del pulmón no constituye un complejo sintomático suficientemente constante como para permitir la individualización de un cuadro tipo. Estableceremos las formas clínicas que los objetivan con mayor frecuencia. Son tres: **forma hemoptoica**

forma disneica, y *forma abscedada*; desde ya advertimos que en el transcurso de la evolución de un quiste éste puede pasar de una forma a otra, mezclándose sus sintomatologías. Estos casos, que podríamos designar *formas asociadas*, no son raros.

a) *Forma hemoptoica*.— Se caracteriza por la sucesión de hemoptisis discretas, caprichosas en su aparición, de evolución imprevisible, sobreviniendo en enfermos en plena salud aparente. Su importancia y frecuencia se explica porque existen displasias **vasculares** periquísticas y de la propia pared **quistica**, que merced a leves infecciones sobreagregadas se hacen hemorrágicas.

Estos episodios hemorrágicos de los quistes aéreos son similares a las hemoptisis que sobrevienen en los dilatados brónquicos latentes, (dilatación bronquial seca de Bezancon).

Se sospechará la posibilidad de estar frente a este tipo clínico cuando veamos una hemoptisis en un sujeto joven, sin lesión pulmonar evidente al examen clínico y a la **radioscopia**.

b) *Forma disneica*.— Puede asumir dos tipos: *disnea apareciendo en crisis paroxísticas* o *disnea crónica*. La iniciación clínica puede datar desde la infancia, por lo que debe pensarse siempre en ella cuando en un niño aparezcan crisis disneicas paroxísticas y transitorias, habitualmente determinadas por el esfuerzo: recordando que un mecanismo valvulado puede determinar bruscas distensiones de un quiste gaseoso que se objetivará de esa manera. Esta patología no es única; a veces la disnea puede ser determinada por el estallido de la delgada pared quística, lo que produce un neumotórax cuando su asiento es subpleural; esta rotura está también vinculada a la hipertensión gaseosa ya que, como lo afirma Dustin, al expandirse el quiste se comprime lateralmente el bronquio vector que se implanta oblicuamente en el quiste, entonces el aire no puede salir, razón que provoca su hipertensión y el estallido ulterior de la vesícula. Son numerosos los casos publicados de **neumotórax** espontáneos por efracción de quistes congénitos y particularmente elocuentes los relatados por Kjærgaard (Acta Médica Scandinávica).

Debemos agregar que este accidente pleural es casi siempre causante de muerte, en raros casos evoluciona hacia el neumotórax crónico inveterado (**Debré** y **Bedford**).

La interpretación que en general se dá de estas crisis paroxísticas es casi **siempre** errónea; se acusa como causante de ellas a una laringitis, a un asma, a bronquitis capilar o a un simple neumotórax.

En el adulto se manifiesta como una disnea que, inicialmente de esfuerzo, se hace paulatinamente inveterada, inhabilitando al enfermo para toda vida activa. En el pasado lejano de esto: enfermos pueden encontrarse o no la existencia de súbitas sofocaciones.

Cuando a la disnea se sobreagrega la cianosis, el enfermo simula el aspecto general del insuficiente cardíaco.

c) *Forma **abscedada***.— Tenemos convicción cierta que son numerosos los casos de esta forma que se catalogan como simples **abscesos** del pulmón. Hemos operado con este diagnóstico varios y las constataciones operatorias nos permitieron rectificar el error, mostrándonos que se trataba de supuraciones desarrolladas en quistes congénitos, hasta ese momento latentes. En otras **oportunidades** la forma que nos ocupa fué confundida con una pleuresía purulenta y drenada como tal (**Clairmont**).

Es necesario fijar la atención sobre esta modalidad sintomática para hacer posible su diagnóstico pre-operatorio; pues la **táctica** quirúrgica que corresponde frente a ellos, será empleada **desde** el comienzo, evitándose las perjudiciales **rectificaciones** de un **acto** operatorio ya iniciado.

Señalamos como característica de esta forma la ausencia o escasez de síntomas anteriores a la supuración, que se instala rápidamente.

Su iniciación brusca, ya lo hace notar Sergent, los diferencia netamente de las supuraciones de bronquiectasias congénitas precedidas siempre de numerosos episodios de rino-faringitis descendentes .

El síndrome toxi-infeccioso de esta forma es habitualmente atenuado, lo que contrasta con la importancia de las lesiones que

señala el examen clínico-radiográfico. La fiebre es escasa, el pulso bueno y el estado general se conserva con muy escasa alteración, no obstante ser la expectoración abundante y aún fétida.

Los síntomas físicos son extremadamente variables dependiendo del tamaño de la "poche" aérea infectada, de su topografía pulmonar, de la magnitud de la comunicación brónquica. Así, cuando el quiste sea voluminoso, encontraremos una zona de **macidez** coronada por otra de hipersonoridad, soplo cavitario o **anfórico**; los pequeños y de asiento central, sólo se manifestarán por una discreta zona de estertores sub-crepitantes. Hacemos notar que la localización en el lóbulo inferior izquierdo se encuentra con frecuencia y debe hacernos pensar en el quiste abscedado; lo hemos observado en cuatro casos.

SINTOMAS RADIOLOGICOS.— Son numerosos los casos en que los quistes pulmonares congénitos no se **exteriorizan** por ninguna manifestación funcional y su **existencia** sólo será reconocida, en caso de que un examen radiológico incidental, lo revele por los **caracteres** siguientes: imagen anular circundada por un borde fino, aunque neto, que resalta por existir en un parénquima cuya **integridad** es manifiesta. Estas imágenes se ven casi siempre sin necesidad de recurrir a la inyección de lipiodol por vía intra-traqueal, inyección que, por otra parte, no siempre penetra en el interior del quiste. En caso de multiplicidad quística la **broncografía** los muestra agrupados en un solo territorio bronquial.

Agregaremos que en todo aquel caso en que una cavidad aérea pulmonar no evidencie con nitidez sus caracteres en la placa simple, deberá recurrirse a su relleno por inyección de lipiodol que **proporcionará** una gran precisión diagnóstica.

En caso de tratarse de un quiste supurado, el film radiográfico nos mostrará una cavidad con nivel líquido que presenta caracteres bien sugestivos: *perímetro ovoideo, fino, neto y de perfecta regularidad; el parénquima pulmonar ambiente no presenta ninguna condensación ; si esta imagen hidro-aérea es muy voluminosa se tiene la impresión de un hidro-neumotórax enquistado, particularizado por la existencia de un domo bien redondeado, como trazado a compás.*

DIAGNOSTICO. — El diagnóstico positivo de quiste pulmonar congénito se fundará: en la existencia de antecedentes de crisis disneicas, de hemoptisis repetidas sin que aparezca una causal determinante evidente y, fundamentalmente, serán los síntomas radiológicos descritos con anterioridad, *persistiendo inmutables a través del tiempo*, los que darán mayor certidumbre a este diagnóstico. *El hilio pulmonar se halla habitualmente descendido en el pulmón que es portador del quiste*, detalle de trascendencia, porque en las afecciones pulmonares crónicas ellos están, casi siempre, ascendidos.

En lo que respecta al diagnóstico diferencial variará según se trate de un quiste simple o de un quiste supurado.

α) *Quistes simples.*- Se diferenciarán de la caverna solitaria de origen tuberculoso, porque ésta casi siempre se acompaña de pequeñas condensaciones pulmonares en otras zonas del parénquima y, sobre todo, porque la investigación sistemática del bacilo de Koch en los esputos (homogeinización, cultivo, inoculación), **permanece** invariablemente negativa.

El quiste hidático vaciado por vómica o drenado quirúrgicamente, puede dejar una cavidad residual por falta de retracción de la periquística; son los antecedentes y especialmente la existencia de una bronquiectasia irregular en la periferia de la burbuja gaseosa, lo que lo individualizará claramente.

Los grandes quistes pueden simular la imagen de un *neumotórax* parcial; en favor de este último abogan: la instalación brusca, la constatación de un factor **etiológico** definido y la visualización radiográfica de un lóbulo parcialmente colapsado; además, las placas mostrarán modificaciones importantes en el aspecto de la lesión a través del tiempo ; *habrá que desconfiar siempre de los neumotórax espontáneos que permanecen inalterados durante meses o años, pues casi siempre se trata de grandes quistes gaseosos.*

En estos casos, el lipiodol inyectado por vía intra-traqueal no penetra en la cavidad cuando se trata de un quiste; empero este examen también puede ser negativo en los neumotórax ; es la inyección transparietal intracavitaria de lipiodol, que haciendo **opaca** la cara **endoquistica**, *permite precisar los caracteres de su perí-*

metro y aún mostrar la existencia de restos desflecados de parénquima, que hacen saliente en la cavidad y hasta, en algunos casos, verdaderas mallas de tejido pulmonar.

Esta visualización lipiodolada del interior del quiste, suministra estos elementos importantes de diagnóstico de una manera más inofensiva que la toracoscopia que han realizado algunos autores. (Jacobeus, R. Vacarezza).

En la *agenesia alveolar total unilateral* pueden verse imágenes **anulares** numerosas que a la broncografía se materializan con la forma de nidos de palomas múltiples y superpuestos; la diferencia fundamental de esta malformación con la que tratamos aquí, estriba en que en ella existe una gran asimetría torácica, determinada por la gran retracción costal del lado afectado, por la fuerte desviación del mediastino hacia ese lado y la elevación del **hemidiafragma** correspondiente.

El diagnóstico entre quiste congénito pulmonar y *enfisema gigante* sub-pleural es un problema de difícil solución, ya que puede realizarse un pasaje insensible de una a otra lesión. La existencia de tejido pulmonar desflecado en el polo hilar del quiste nos inclinará a rotularlo como enfisema (Morelli).

b) *Quistes supurados*.— Los de mediano volumen plantean la necesidad de diferenciarlos de los **absesos** del pulmón, englobando bajo este título las mal llamadas pleuresías inter-lobares, del quiste hidático parcialmente **vomicado** y de la bronquiectasia **gigante**.

El **abseso de pulmón** se caracteriza por un contorno **radiológico** impreciso y esfumado muy distinto del perímetro neto del quiste que se absceda, sin que llegue a modificarse por la supuración; por otra parte esta imagen sufre variaciones importantes en **films** sucesivos, practicados con días de **intervalo**.

El *quiste hidático parcialmente vomicado* se afirma por el antecedente de expectoración hidática, por la presencia de membranas o ganchos en los esputos, por las reacciones biológicas positivas; los bordes del **neumoquiste hidático** presentan en la placa un mayor grosor, el nivel líquido es **irregular**, irregularidad

determinada por la membrana germinativa flotando en el líquido residual (llamado por Lagos García, *signo del camarote*).

La bronquiectasia gigante, en rigor de verdad, debe identificarse con el quiste congénito pulmonar; *sólo la coexistencia de dilataciones bronquiales regulares en la vecindad de la gran ampolla aérea, nos autorizará a catalogarla como tal.*

Cuando el quiste que supura es voluminoso, debe **diferenciarse** de los **pio-neumotórax localizados**.

Cuando se trata de esta última eventualidad existe una opacidad difusa y extendida que traduce la participación pleural; *el límite superior de la bolsa empiemática es arciforme, pero apoyado en la pared torácica y partiendo de ella; hay a menudo antecedentes de pleuritis y retracción del hemitórax en las zonas afectadas: el borde más extendido de la imagen hidro-aérea es a contacto parietal; el ángulo que ella forma con la parrilla costal es agudo, contrariamente a lo que acontece en las colecciones intra-pulmonares, en las que este ángulo es obtuso.* (Signo de Bernou aplicado a estas lesiones).

Cuando el **pio-neumotórax** localizado es consecutivo a la perforación en pleura tabicada de un **abceso** gangrenoso cortical del pulmón, se comprende que el diagnóstico diferencial será muy difícil; en efecto, en tal circunstancia se produce una cavidad mitad pleural, mitad pulmonar, que" acostumbramos llamar *absceso neumotorizado* ; aquí sólo un neumotórax diagnóstico, practicado a distancia de la lesión, puede disipar las dudas; en efecto *la inyección de aire en la pleura decola el pulmón de la pared y en caso de lesión intra-parenquimatosa, la imagen hidro-aérea se desplaza con él*; si la pleura estuviera sinequiada haciendo imposible este procedimiento, se recurrirá a la punción exploradora y, previa aspiración de pus o de aire, se inyectará lipiodol para precisar sus contornos.

DIAGNOSTICO OPERATORIO.- Desconociendo el diagnóstico de quiste pulmonar congénito y pensando drenar una colección supurada banal, pleural o intra-pulmonar, el cirujano quedará sorprendido al encontrar una cavidad de paredes regulares, lisas,

como epitelizadas, características de la afección que estudiamos en este capítulo.

La superficie interna del absceso se individualiza por su irregularidad, determinada por anfractuosidades múltiples: la pared es espesa. Cuando se trate de un empiema, la cavidad es tomentosa y recubierta de falsas membranas.

Más adelante, cuando se realice la detersión, tanto en el absceso como en el empiema, la superficie será roja y granulosa, mientras que la del quiste será lisa, brillante y blanquecina.

En abscesos y empiemas agudos las paredes se aproximan con rapidez y la cavidad se ocluye; por el contrario en los **quistes**, la bolsa permanece rígida, inmutable en su volumen; la herida operatoria cicatriza parcialmente dejando una fistula que conduce a la cavidad y si practicamos una radiografía, previa una inyección de lipiodol por ella, llenamos la cavidad que suponíamos obliterada, con las mismas dimensiones que presentaba antes de ser drenada. Este hecho es muy típico y permite rectificar muchos errores, ya que sólo el empiema crónico fistulizado tiene una modalidad evolutiva semejante; pero será fácilmente descartado por los antecedentes, por la importancia de la retracción hemitorácica, por la fuerte imbricación costal y por el grosero espesamiento pleural. Finalmente una biopsia de la pared, obligatoria en estos casos, disipará las dudas que puedan persistir.

TRATAMIENTO. — Hasta el momento no existe en la literatura un número suficientemente importante de casos, seguidos durante largo tiempo, como para establecer normas terapéuticas rígidas, sólidamente basadas en una experiencia quirúrgica inobjetable.

α) Frente a un **quiste latente**, asintomático, descubierto por azar en un examen radiográfico, la conducta prudente es la abstención operatoria. Tenemos en observación una señora de 63 años que pese a ser portadora de esa malformación quística, ha llevado una vida activa, sin que jamás constatará perturbación alguna imputable a su lesión pulmonar. Siendo **imposible, en la actualidad, establecer con certeza el porvenir alejado de estas for-**

mas clínicas silenciosas, consideramos injustificado practicar una operación de evidente gravedad.

En estos casos se indicarán los cuidados higiénicos rutinarios: destrucción de focos sépticos bucales, nasales y amigdalinos, para evitar las infecciones descendentes por la vía **tráqueo-bronquica**, que pueden desencadenar infecciones graves de la bolsa quística.

b) En lo que respecta a las *formas hemoptoicas*, la reincidencia e importancia de los episodios hemorrágicos determinarán la necesidad de una terapéutica ejecutiva.

Como medida inicial aconsejamos obrar indirectamente sobre el quiste, recurriendo a la *freno-alcoholización o al neumotórax*, que disminuyendo la tensión elástica del pulmón y atenuando el traumatismo respiratorio, tienen probabilidades de cohibir las hemorragias. Si existiera disnea asociada, estas intervenciones están contraindicadas.

En caso de resultar inoperantes estas tentativas se justifica obrar directamente sobre la lesión; dos intervenciones pueden practicarse: la destrucción al cauterio y la lobectomía.

Conceptuamos que por la existencia de las displasias vasculares que hemos señalado, y por la profundidad habitual de la cara hiliar del quiste, su destrucción con el cauterio es más peligrosa y menos radical que una lobectomía sub-total.

Esta operación practicada en enfermos sin disnea, no infectados y con un estado globular normalizado por transfusiones previas, puede afirmarse que si bien no es benigna, tampoco tiene la gravedad prohibitiva **que** le asignan los clásicos.

Utilizando la baro-narcosis o el neumotórax previo de Arce, practicando una lobectomía sub-total económica, seguida de cierre hermético del tórax y drenaje cerrado, que permite la **reexpansión** del parénquima pulmonar restante y su normal funcionamiento. la mortalidad operatoria no pasará del 10 al 15 % .

Las toracoplastias, las neumolisis extra-pleurales por taponamiento o plomaje, no han dado resultados satisfactorios, pues sólo obtienen **la** migración del pulmón, permaneciendo la cavidad inmodificadu.

c) La cirugía de la disnea ocasionada por quistes pulmonares congénitos es un problema terapéutico que abre un campo inexplorado a la actividad quirúrgica.

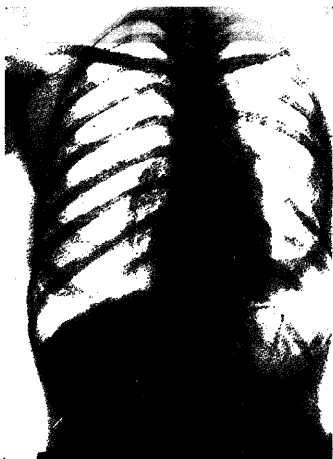
La forma *disneica* de los quistes congénitos *quede ser debida a una insuficiencia real y permanente del parénquima, en* razón de la multiplicidad y bilateralidad de la *malformación; ésta eventualidad contraindica toda tentativa quirúrgica; por el contrario, si la disnea paroxística o crónica es determinada por trastornos mecánicos: hiperdistensión con o sin hipertensión gaseosa intra-quística, que provoca compresiones del parénquima sano del mismo lado o del controlateral; por la labilidad del mediastino, que siempre existe, está justificado recurrir a la intervención quirúrgica, como lo hemos aconsejado y practicado.* Cuando los fenómenos disneicos se hacen amenazantes puede recurrirse a la punción que, extrayendo gas, disminuirá los fenómenos asfíxicos. En estos casos, pues, la quistectomía, que en la práctica será una lobectomía *subtotal*, permitiendo un mejor funcionamiento del pulmón sano, curará la disnea. Es ésta, una excepción del dogma clásico que establece que no se opera la disnea.

En estos enfermos es obligatorio emplear para la narcosis el ciclopropano, que administrado en mezcla con 80 % o más de oxígeno, descarta todo riesgo de anoxmia. Además, por ser de *real* eficacia a tan baja concentración, necesita muy poca superficie pulmonar de absorción para alcanzar suficiente dilución en la sangre y mantener una buena anestesia que no se acompaña de movimientos respiratorios forzados, bruscos o desordenados. Sintetizaremos el protocolo operatorio de un enfermo joven, 38 años, portador de un gran quiste gaseoso de su pulmón derecho, que le ocasionaba una disnea permanente, exacerbada por esfuerzos mínimos e imposibilitado por consiguiente, para toda vida activa. El lipiodol inyectado por vía intratraqueal penetraba en el *lóbulo* inferior, algo colapsado, pero no penetraba en el quiste, como es habitual.

Intervención. — (Servicio Profesor García Lagos. 18 de abril 1936) Operador Dr. Armand Ugón, Anestesia al ciclopropano con el aparato de Mc. Kesson (Dr. Palma). Amplia toracotomía en el

sexto espacio. *Inventario del hemitórax*: Existe un enorme quiste gaseoso que llena casi totalmente el hemitórax, que se implanta sobre el lóbulo superior derecho, prácticamente desaparecido. No existe lóbulo medio y el inferior está comprimido por el quiste-gaseoso que se apoya sobre él, determinando 'una depresión **cupuliforme** en su' cara **cisural**. Mediastino muy lábil. Terminada la exploración pedimos hiper-presión al anestesista, exteriorizándose por la brecha operatorio parte del quiste y *así* comprobamos que *la extensibilidad de él es mayor y de más rápida reacción, que la del parénquima pulmonar*. Disminuyendo la baronarcosis se reduce con facilidad, por suave expresión, la porción herniada. Se *practica una lobectomía sub-total del lóbulo superior*, cierre completo de la toracotomía, drenaje cerrado. El post-operatorio al principio tranquilo, fué perturbado por la aparición tardía de un empiema enquistado en la parte superior del hemitórax, que fué necesario drenar. Posteriormente hubo que practicar una toracoplastia parcial superior para obliterar la cavidad pleural residual. Examinado meses más tarde, comprobamos que el enfermo ha reanudado sus tareas mostrándose satisfecho del resultado obtenido: la disnea que lo inhabilitaba para todo trabajo activo ya no lo **molesta**. La radiografía que practicamos en este momento nos muestra que el hemitórax, empequeñecido por la plastia, se halla totalmente habitado por un pulmón reexpandido.

d) En las *formas supuradas el tratamiento sintomático consistirá en un buen drenaje para aseptizar el quiste*. Si no hay contraindicación de orden local, multiplicidad de quistes, o de orden general, ulteriormente se. practicará el tratamiento radical que no es otro que la lobectomía. La lobectomía primitiva aún no ha sido practicada; empero, en determinadas condiciones: buen estado general, ulteriormente se practicará el tratamiento radical, que no **ción** puede solucionar "d'emblée" el problema de la complicación incidental y el de la **malfomación**. Hecha esta salvedad insistimos en que el drenaje debe ser correcto para evitar las consecuencias de la infección crónica: expectoración abundante y recurrente, adelgazamiento, hipocratismo, empujes reumatoides, amilosis visceral. (Figs. 44 y 45).



(Fig. 44α)

Radiografía simple (frontal) de un quiste **congénito** del lóbulo inferior izquierdo

El drenaje puede ser realizado *por drenaje postural o broncoscópico* o bien *por neumotomía*. Se preferirá el drenaje médico si el lipiodol inyectado por vía traqueal señala una comunicación quisto-brónquica amplia y bien ubicada, si el enfermo es dócil a las maniobras y si el quiste está alejado de la periferia pulmonar.

La neumotomía deberá realizarse en dos tiempos: 1º formación de adherencias pleurales que tabiquen la cavidad, y, 2º drenaje. Si esta neumotomía no es minuciosamente planeada y ejecutada pueden producirse complicaciones serias; es así que encontramos en la literatura: neumotórax, pleuresías pútridas, hemorragias, muertes por síncope; accidentes en su mayor parte evitables.

La neumotomía debe ser económica, limitada al punto **declive**, para que realice una buena evacuación. Este punto será **locali-**



(Fig. 44b)

Radiografía simple, en transversa, del enfermo anterior

zado por el cirujano mediante un buen estudio radiológico **pre-**operatorio.

La neumotomía amplia con resección de dos o más costillas como en el absceso pulmonar, está contraindicada. En efecto, no debe olvidarse que en el caso del quiste, esta intervención sólo tiene un fin de desagüe y que debe ser seguida de una intervención ulterior. Se comprende que una brecha amplia, que crea un desosamiento inútil, se cerrará **muy** lentamente sobre un **quis-**te inalterado en sus dimensiones.

La mala ubicación del drenaje, demasiado alto, me ha obligado a reintervenir una enferma que no mejoraba en el grado exigible.



(Fig. 45α)

El mismo enfermo brancografiado (frente)

El primero y el segundo tiempo de esta intervención estarán separados por un plazo de quince a veinte días, para evitar seguramente la creación de un neumotórax y sortear la infección operatoria masiva de la herida quirúrgica reciente, por el contenido séptico del quiste. Con la neumotomía o el drenaje **brancoscópico** yugularemos la infección, pero persistirá inalterada en sus dimensiones la bolsa quística, contra la cual es necesario obrar, para evitar su reinfección. Para suprimirla se han intentado: extirpación exclusiva del quiste, colapso por toracophstia, **neumolisis** o frenicectomía, su destrucción al cauterio y **lobectomía**.



(Fig. 45b)

El enfermo de la figura 44 broncografiado. (Placa en transversa)

La extirpación de la bolsa quística decolándola del pulmón es grave y ha fracasado en todos los casos en que se efectuó. Por no existir plano de clivaje entre ella y el pulmón, por las **displasias** vasculares, se producen en el acto operatorio, hemorragias mortales (caso de Iselin) o muy graves, obligando a detener la intervención (caso personal).

Buscar el colapso de la cavidad, tentado por varios cirujanos y con distintas técnicas: toracoplastia, neumolisis, sólo nos ha proporcionado fracasos, porque la cavidad quística se traslada hacia el mediastino sin alterar en nada su volumen.

La destrucción al cauterio, que hemos practicado, no proporciona curaciones definitivas; porque el polo hilar del quiste no puede destruirse sin exponerse a hemorragias fulminantes.

Por una parte la experiencia negativa de estas tentativas que hemos relatado y por otra parte las curaciones definitivas conseguidas mediante la lobectomía (Eloesser-Sauerbriich) nos hacen aconsejar esta intervención. En lo que respecta a su gravedad, disminuirá cuando se practique sobre lesiones no alteradas en su disposición anatómica, por la formación de adherencias resultantes de intervenciones anteriores y cuando se realice con buen criterio económico, limitándola a lo estrictamente necesario, vale decir: una *lobectomía sub* total.

