

## Lugar de la resección pulmonar en el tratamiento del quiste hidático de pulmón \* \*\*

Dres. ROBERTO RUBIO y PABLO MATTEUCCI

Nos referiremos al tratamiento del quiste hialino de pulmón, y del quiste vomicado en fecha más o menos reciente. No se considerarán otros aspectos de la enfermedad hidática pulmonar, como ser, el tratamiento de la secuela hidática y del quiste hidático abierto de larga evolución, tomando la clásica forma de la retención seca de membrana. Esta etapa de la equinocosis pulmonar constituye una entidad clinicopatológica bien definida (4, 5), como lo han señalado los maestros de la cirugía de nuestro país, Profs. Víctor Armand Ugón y Juan C. del Campo. En esta etapa, como estos autores han insistido, la única forma de obtener la curación radical es mediante la exéresis pulmonar, frecuentemente lobectomía.

Los procedimientos de Lamas y Mondino y Posadas, llenaron una época en el tratamiento del quiste hidático de pulmón. En ese momento para el cirujano lo único que importaba era la evacuación del quiste, sin provocar una siembra operatoria.

En el momento actual, con los adelantos de la cirugía de tórax a expensas del perfeccionamiento de la anestesia general, de la prevención y tratamiento del shock operatorio y postoperatorio, y del mejor conocimiento de la cirugía pulmonar, el cirujano que opera un paciente con un quiste hidático de pulmón debe cumplir la premisa antes mencionada, y además curar radicalmente a éste. Esto significa que no debe quedar en ese paciente una secuela del tipo cavidad intrapulmonar, ni tampoco un proceso pleural o pleuropulmonar residual. Se debe obtener pues, y esto es fundamental, una recuperación anatomofuncional completa.

### CASUÍSTICA

El total de pacientes operados ascendió a 45. De ellos, 26 eran varones y 19 pertenecían al sexo femenino.

Referente a la edad que presentaron los pacientes en esta serie, ésta fue la siguiente:

|                    |         |
|--------------------|---------|
| Hasta 9 años       | 1 caso  |
| Entre 10 y 19 años | 9 casos |
| 20 y 29 "          | 12      |
| 30 y 39 "          | 7       |
| 40 y 49 "          | 9       |
| 50 y 59 "          | 5       |
| Más de 60 años     | 2       |

Cuarenta y un pacientes presentaron un quiste hidático único. Dos tuvieron varios quistes en un pulmón y otros dos presentaron equinocosis pulmonar múltiple bilateral. Cinco casos tuvieron una hidatidosis hepática asociada.

El estado de los quistes era el siguiente: 40 de ellos eran hialinos, 11 abiertos y supurados, 3 retenciones secas de membrana y 2 se encontraron rotos en cavidad pleural.

En el siguiente cuadro se observan las operaciones realizadas.

|  |    |
|--|----|
| A) Enucleación de hidátide (parto):                                |    |
| Sutura de bronquios. Resección parcial de la adventicia (11) ..... | 30 |
| B) Evacuación de hidátide previa punción y aspiración:             |    |
| Idem .....   | 4  |
| C) Evacuación de membranas:  |    |
| Idem .....   | 9  |
| Resecciones:   |    |
| Lobares .....  | 7  |
| Segmentarias .....   | 2  |
| Adventicectomía total (método Pérez Fontana)                       | 4  |

Treinta y ocho casos tuvieron buena evolución. Un paciente falleció (obs. M.

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F". Prof. Héctor Ardao.

\*\* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 27 de abril de 1966.

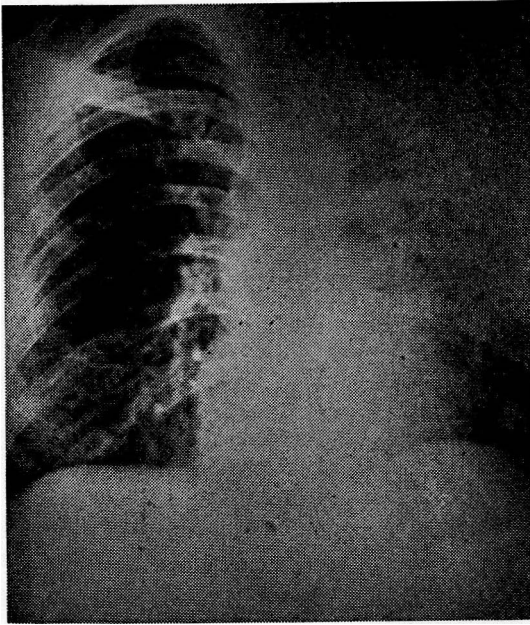


FIG. 1.—Corresponde a la observación V. S., un mes después de la lobectomía y toracoplastia.

P.). Se trataba de un hombre de 60 años, antiguo bronquítico con enfisema pulmonar pronunciado. Presentaba un quiste hidático en el lóbulo superior del pulmón izquierdo. Su máxima capacidad respiratoria era de 28%. Se operó efectuándose enucleación de hidátide, cierre de dos bronquios pequeños y resección parcial de adventicia. Se seccionaron y hemostasiaron bridas pulmonares apicales. Presentaba además varias vesículas de enfisema subpleural en el lóbulo superior, de tamaño mediano y un marcado enfisema difuso de todo el pulmón. La evolución postoperatoria en las primeras 48 horas fue sin incidentes. Al tercer día se observó una pérdida importante de aire a través del tubo pleural, presentando enfisema subcutáneo que aumentó progresivamente pese a colocarse aspiración continua. Al quinto día se le efectuó traqueotomía, con lo que mejoró progresivamente el cuadro de insuficiencia respiratoria, retrocediendo el enfisema subcutáneo. Al noveno día del postoperatorio: melena importante y cuadro de anemia grave, que es tratado con transfusión masiva de sangre, oxígeno, etc. Tres días después repite un cuadro similar y fallece. En la necropsia se comprobó: rotura de una de las vesículas de enfisema

del lóbulo superior izquierdo; no existía fistula brónquica a nivel de la zona de implantación del quiste. En abdomen se encontraron varias úlceras agudas en la primera y segunda porción del duodeno, dos de ellas perforadas en peritoneo libre.

Seis pacientes presentaron complicaciones postoperatorias. Estas fueron: dos fistulas brónquicas que se comentarán a continuación, un neumotórax parcial que se reexpandió con punción y aspiración, y dos supuraciones de pared.

La primera observación (V. S.) presentaba un quiste hidático abierto de lóbulo superior izquierdo con retención de membrana. Se le hizo evacuación de membrana, seguida de cierre cuidadoso de bronquios y resección parcial de adventicia. Días después de operado presentó un neumotórax, que fue aspirado, no obteniéndose ningún beneficio. Posteriormente hizo un empiema que fue drenado y recién se obtuvo la completa curación de este paciente cuando se le efectuó lobectomía superior seguida de toracoplastia completaria (ver fig. 1).

La segunda observación (M. R.), correspondiendo al número 23 de nuestra serie, ingresó con un quiste hidático abierto de

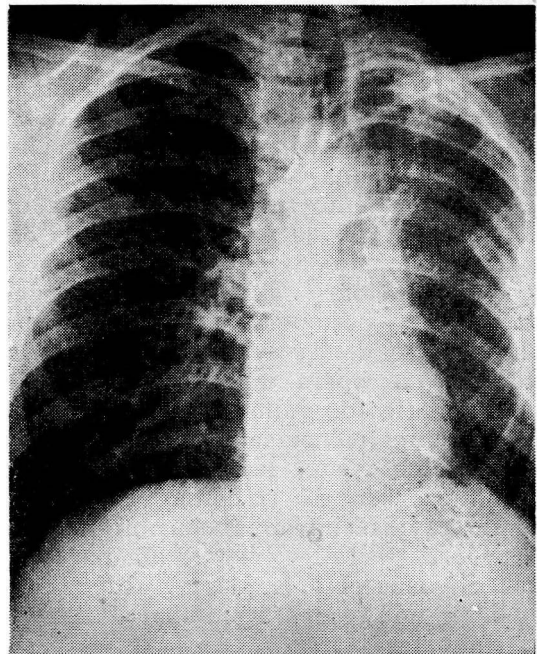


FIG. 2.—Corresponde a la observación M. R., a los veinte días de haberse efectuado lobectomía superior izquierda.

lóbulo superior de pulmón izquierdo. Luego del tratamiento preoperatorio habitual fue intervenido. Se efectuó extirpación de una membrana hidática, seguida de cierre de bronquios y resección parcial de adventicia. Las primeras 48 horas de postoperatorio fueron normales, con una buena reexpansión pulmonar. Al cuarto día hace un neumotórax prácticamente total. Con la experiencia del caso anterior se reintervino al quinto día, efectuándosele lobectomía superior izquierda, que fue seguida de curación y alta a los diez días. El estudio anatomopatológico de la pieza mostró el bronquio ampliamente abierto, no encontrándose el menor vestigio de la sutura realizada días atrás (ver fig. 2).

## COMENTARIO

A partir de esta segunda observación (M. R.) y teniendo en cuenta los hechos mencionados, aplicamos un criterio diferente al que hasta ese momento teníamos con respecto a la conducta a seguir frente al quiste hidático abierto de pulmón. En esta circunstancia, desde entonces, hemos efectuado con mucha frecuencia resección pulmonar, especialmente lobectomía, y los resultados que hemos obtenido han sido ampliamente favorables.

En la estadística presentada de 45 observaciones, en los primeros 23 casos que incluyen las dos fístulas brónquicas que hemos detallado, solamente se efectuaron dos resecciones pulmonares: una segmentectomía y otra lobectomía. En los últimos 22 casos que son a partir de febrero de 1962 hasta el momento actual, se realizaron siete resecciones pulmonares: seis lobectomías y una segmentectomía. Estas resecciones pulmonares correspondieron a pacientes portadores de quistes hidáticos abiertos de pulmón. Estos últimos 22 pacientes de la serie tuvieron todos una excelente evolución y no hubo ninguna fístula brónquica.

En nuestra opinión, en las siguientes situaciones deben efectuarse resecciones pulmonares, especialmente lobectomías, en el tratamiento del quiste hidático pulmonar:

- a) Quistes hidáticos hialinos de tamaño mediano a grande, en comu-

nicación con bronquios de calibre mediano a grueso, especialmente cuando los quistes se encuentran localizados en el lóbulo superior.

- b) Quistes hidáticos hialinos, que ocupan la mayor parte del lóbulo en el que están situados. Esta eventualidad se presenta con frecuencia en los quistes del lóbulo medio (2).
- c) Quistes hidáticos abiertos, ya sea en la forma de retención seca de membrana, o la de quistes supurados. Aquí se presentan dos factores cuya importancia queremos recalcar: por un lado, la infección de la cavidad hidática, que en grado variable siempre existe. Por otro, la existencia de uno o más bronquios gruesos. Se comprende así, el porqué de la frecuencia de los fracasos del tratamiento conservador de estos quistes hidáticos abiertos.

Sin embargo, en ciertas circunstancias muy especiales, como por ejemplo en el tratamiento de la equinocosis pulmonar múltiple, es fundamental que el cirujano mantenga un criterio netamente conservador de la mayor cantidad de parénquima pulmonar posible.

## RESUMEN

Se hacen consideraciones a propósito del tratamiento quirúrgico del quiste hidático hialino de pulmón o abierto o vomitado en fecha más o menos reciente.

El cirujano que opera actualmente estos pacientes, debe obtener la cura radical de éstos, con recuperación pulmonar anatómofuncional completa.

Se presenta una serie de 45 pacientes operados. Se exponen los resultados.

Se insiste en las ventajas de la exéresis pulmonar, especialmente lobectomía, en el tratamiento de los quistes hidáticos abiertos de pulmón.

## RÉSUMÉ

On fait des considérations à propos du traitement chirurgical du kyste hidatique

hyalin du poumon ou ouvert ou vomiqué dans une date plus ou moins récente.

Le chirurgien qu'intervient actuellement ces malades doit obtenir leur guérison radicale avec une récupération pulmonaire anatomo-fonctionnelle complète.

On présente une série de 45 malades opérés. On expose les résultats.

On insiste sur les avantages de l'exérés pulmonaire, la lobectomie surtout, dans le traitement des kystes hidatíques ouverts du poumon.

## SUMMARY

Recent developments in the surgical treatment of pulmonary hyalin hydatids, either open or vomited, are discussed.

Present-day surgery aims at radical cure, with complete anatomo-functional pulmonary recovery.

A survey is carried out of 45 cases undergoing surgery, as well as an assessment of results.

Emphasis is laid on the advantages of pulmonary excision, particularly lobectomy, in the treatment of open hydatid cysts of the lung.

## BIBLIOGRAFIA

1. ALLENDE, J. M. y LANGER, L. Tratamiento de los quistes hidatícos de pulmón. *Boletín de la Academia Argentina de Cirugía*, 31: 536-540, 1947.
2. ARDAO, H. A. y CASSINELLI, I. F. Lobectomía por quiste hidatíco hialino de pulmón. *An. Fac. Med. Montevideo*, 33: 1083-1103, 1947.
3. ARMAND UGÓN, C. V. El tórax quirúrgico. Editorial Científica del Sindicato Médico del Uruguay. Montevideo, 1938.
4. ARMAND UGÓN, C. V. Tratamiento del quiste hidatíco del pulmón y de sus complicaciones. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 2º, pág. 209. Montevideo, 1951.
5. DEL CAMPO, J. C. y LASNIER, E.—Equinococosis pulmonar. Retención seca de membrana. Lobectomía parcial. *Bol. Soc. Cirug. Urug.*, 18: 330-358, 1947.
6. DÉVÉ, F. L'équinococose primitive. Masson. Paris, 1949.
7. DÉVÉ, F. L'équinococose secondaire. Masson. Paris, 1946.
8. PÉREZ FONTANA, V. Métodos y procedimientos operatorios en el quiste hidatíco de pulmón. *Arch. Int. Hidatid.*, 11: 471-482, 1950.
9. PRAT, D. Complicaciones y secuelas del quiste hidatíco. *An. Fac. Med. Montevideo*, 32: 581-593, 1947.
10. PURRIEL, P. Complicaciones y secuelas del quiste hidatíco de pulmón. *Arch. Int. Hidatid.*, 2: 201-307, 1936-7.
11. RUBIO, R. Aspectos quirúrgicos del tratamiento del quiste hidatíco de pulmón. *Bol. Soc. Cirug. Urug.*, 32: 213-225, 1961.

## DISCUSION

Dr. Rubio: Agradezco a los colegas presentes y a los Dres. Crosa y Urioste que comentaron nuestro trabajo. El Dr. Crosa trae la experiencia del Instituto de Enfermedades de Tórax, que es el Centro de mayor importancia en el tratamiento de la equinococosis pulmonar en nuestro país. Yo creo que en el fondo estamos de acuerdo. Si ustedes observan, de 45 pacientes, algunos de los cuales presentaron varios quistes, solamente realizamos en 7 casos lobectomías y en 2 resecciones segmentarias. Prácticamente en la totalidad de los casos en que realizamos resecciones pulmonares se trataba de quistes abiertos, ya sea supurados o con retención seca de membrana. En todos los demás casos efectuamos tratamiento conservador. El Dr. Crosa acaba de afirmar que casi siempre ellos realizan resecciones pulmonares en los quistes abiertos.

Vuelvo a insistir, que en los quistes hialinos casi siempre realizamos tratamiento conservador. Hacen excepción a esta conducta los quistes muy grandes, que ocupan la mayor parte del lóbulo, como pasa a menudo en el lóbulo medio, o cuando presentan uno o varios bronquios muy gruesos.

En estas circunstancias realizamos con frecuencia resecciones pulmonares, en especial lobectomías.

No se puede negar, desde luego, que el quiste hidatíco de pulmón, aun el hialino, tiene su patología propia e importante. Muchos de nosotros hemos operado pacientes que han presentado hemoptisis severas, debidas a cavidades residuales posthidatícas consecutivas a un tratamiento quirúrgico incorrecto o a vómitos espontáneos.

Con respecto al caso presentado por el Dr. Crosa, yo puedo relatar un caso semejante que traté en el año 1954 en el Servicio de Puerta del Hospital Pasteur.

Referente a lo dicho por el Dr. Urioste, desde hace tiempo conozco el concepto, un poco diferente al que nosotros sostenemos referente al tratamiento del quiste hidatíco de pulmón. El tiempo dirá de que parte está la razón.