

Tratamiento de la equinococosis hidática pulmonar en el niño

Dr. Juan Luis Benedicetti,
Dr. Benito Amoza,
Dr. Bernabé Bentancur.

De los diferentes procedimientos quirúrgicos para el tratamiento de la E.H.P., el propugnado por la Clínica Quirúrgica Infantil es "la punción y extracción de la membrana hidática".

El procedimiento ha tenido bajo porcentaje de complicaciones y/o reintervenciones y nula mortalidad.

Se hacen consideraciones en cuanto a conducta terapéutica en los casos de E.H.P. bilateral o simultánea a E.H.H.

Clinica Quirúrgica Infantil (Director Prof. Dr. W. Taibo), Hospital Pereira Rossell. Fac. de Medicina, Montevideo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Echinococcosis, Pulmonary / Surgery.

SUMMARY: Treatment of lung pulmonary hydatid echinococcosis in children.

Among the different surgical procedures for the treatment of the P.H.E., "puncture and extraction of hydatid cyst is the one propounded by the Children Surgical Clinic.

This procedure has had a low percentage of complications and/or a second intervention and nil mortality.

Considerations are made about therapeutic policy in cases of bilateral P.H.E. or simultaneous to hepatic hydatid echinococcosis.

RESUMÉ: Traitement de l'échinococose hydatique pulmonaire chez l'enfant.

Des différents procédés chirurgicaux pour le traitement de l'hydatidose pulmonaire, celui qui est défendu

par la Clinique Chirurgicale Infantile est la "ponction et extraction de la membrane hydatique".

Le procédé a eu un pourcentage très bas de complications et/ou réinterventions avec une mortalité nulle.

On fait des considérations quant à la conduite thérapeutique dans les cas d'hydatidose pulmonaire bilatérale ou simultanée avec hydatidose hépatique.

INTRODUCCION

El tratamiento de la E.H.P. en el niño, presenta algunas diferencias en las directivas quirúrgicas, con respecto al adulto^(2, 3, 4, 5, 8, 9, 12, 11, 13, 16).

Esas diferencias están vinculadas fundamentalmente a la biopatología del quiste. Varios son los procedimientos quirúrgicos que se pueden realizar para el tratamiento de la E.H.P. en el niño:

- 1) Quistectomía parcial con enucleación de la hidátide.
- 2) Punción y extracción de la membrana hidática.
- 3) Resecciones pulmonares⁽¹⁰⁾ o sea la exéresis cuneiforme-resección atípica o enucleación en block (para quistes de pequeño tamaño y periféricos), la segmentectomía o la lobectomía, que está indicada en caso de quiste único que ocupa la totalidad del lóbulo; caso de varios quistes que asientan en un mismo lóbulo; o cuando el quiste asienta en el lóbulo medio y por último la neumonectomía.

Presentado como Tema Libre al 34° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 27 de noviembre al 1° de diciembre de 1983.

Prof. Adjunto y Asistente de Clínica Quirúrgica Infantil, Practicante Interno.

Dirección: Santiago Nieves 2139, Montevideo.
(Dr. J.L. Benedicetti).

Las resecciones pulmonares son poco frecuentes en el niño^(6, 7, 14, 15, 17, 18). Así como la E.H.P. del niño, al igual que la del adulto, es una enfermedad en sí benigna, siempre que sea tratada precozmente y en forma correcta, difiere con el adulto porque habitualmente se intervienen quistes: que se diagnostican precozmente, hialinos o con vómita reciente, con adventicia fina y elástica, y sin lesiones intensas parenquimatosas periquísticas.

Eso lleva a que sea poco frecuente la intervención por enfermedad por restos parasitarios o complicaciones pleurales y no se efectúen nunca intervenciones por lesiones seculares.

La directiva propugnada por la Clínica Quirúrgica Infantil para la E.H.P. es la "punción y extracción de la membrana hidática"^(14, 15), pues lo consideramos un procedimiento rápido y de fácil realización, y además, como luego veremos, presenta un bajo porcentaje de complicaciones y nula mortalidad.

CASUÍSTICA

Se intervinieron 44 casos de E.H.P., de los cuales:

— quistes hialinos: 31 casos: 70.45%

— quistes complicados: 13 casos: 29.5%

El tratamiento conservador, "punción y extracción de la membrana hidática" se realizó en 36 casos (81.8%).

La resección pulmonar en 4 casos (9%); segmentectomía en 2 casos (4.5%); lobectomía en 2 casos (4.5%).

La apertura de la adventicia y extracción de restos parasitarios de la cavidad se realizó en 4 casos (9%).

METODO

Recordamos algunas características anatómicas propias del niño que influyen en la intervención; la amplia elasticidad que presenta la caja torácica, la gran elasticidad y expansibilidad pulmonar que le permite reducir rápidamente la cavidad que fue ocupada por el quiste y la gran labilidad que presenta el mediastino.

TECNICA

Toracotomía amplia en 5to. o 6to. espacio intercostal (posterolateral o anterolateral de acuerdo a la ubicación del quiste). Esta vía de abordaje, más la amplia elasticidad costal del niño, permite movilizarnos ampliamente en la cavidad torácica, ofreciéndonos un buen acceso al pedículo, como así también al vértice o región diafragmática⁽⁴⁾.

En 1 caso (2.2%), se realizó toracofrenotomía por la existencia simultánea de E.H.H.

Sección de adherencias pleuropumonares. Tiempo de gran importancia pues permite la liberación del pulmón, facilita el manejo del quiste, favoreciendo en el postoperatorio, la rápida expansibilidad pulmonar y el cierre de la cavidad.

Cuando intervenimos una retención de membrana, evitamos en lo posible toda manipulación innecesaria del pulmón, a fin de evitar que no haya pasaje de restos hidáticos a los bronquios. En esos casos, se secciona lo antes posible la adventicia, se extraen los restos parasitarios y luego se ocluye la cavidad con gasa. Recién después, se realizarán las maniobras de liberación del pulmón.

Protección de la cavidad pleural, y delimitación del campo rodeando la zona emergente del quiste, con compresas embebidas en suero clorurado hipertónico.

Punción y evacuación del quiste con trocar conectado a tubuladura que se aspira mediante jeringa. No utilizamos el aspirador de Finochietto pues puede ser responsable en los grandes quistes, de provocar por un mecanismo "ex-vacuo" congestión pulmonar o desplazamiento brusco del mediastino (teniendo en cuenta la labilidad de éste, en el niño).

Extracción de la membrana hidática. Por sección de la adventicia.

Lavado de la cavidad adventicial con gasas embebidas en suero clorurado hipertónico para disminuir la posibilidad de siembra.

Hemostasis y broncorrafia cuidadosa de la cavidad. Se debe comprobar el cierre hermético de los bronquios, mediante la prueba del agua.

Resección de la adventicia emergente todo lo que sea posible, a fin de facilitar el colapso de la cavidad ocupada por el quiste.

Surjet aéro-hemostático o mediante puntos en X del borde de la adventicia. Puede realizarse capitonaje parcial o total de la cavidad. Hay autores que no realizan el capitonaje pues su realización puede englobar bronquios vecinos. Para realizar el procedimiento de Mabit es necesario una perfecta broncorrafia.

Control de hemostasis, lavado abundante de la cavidad pleural a fin de evitar la siembra pleural. Exploración del resto del pulmón, del mediastino y del diafragma (ante la posibilidad de E.H.H.).

Drenaje pleural, con tubo de latex multifenestrado, del mayor calibre que permita el espacio intercostal, que se lleva hasta el vértice y se saca por contraabertura a nivel de línea axilar media. El mismo se conecta a bocal bajo agua.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS

Se observó hidroneumotórax 1 caso (2.2%), persistencia de la cavidad con derrame 1 caso (2.2%), supuración en la herida operatoria 1 caso (2.2%), hemotórax 1 caso (2.2%), falla en el cierre de la toracotomía 1 caso (2.2%), fiebre 3 casos (6.8%), que cedió con medicación antibacteriana.

Reintervenciones se realizó en 1 caso (2.2%), por persistencia de la cavidad con derrame, que necesitó realización de lobectomía superior derecha.

El tiempo de hospitalización postoperatoria fue de un promedio de 11,5 días de internación postoperatoria con un mínimo de 4 días y un máximo de 76 días. La mortalidad fue del 0%.

E.H.P. Bilateral. La hallamos en 3 casos (6.8%). En el niño, los casos observados fueron tratados en diferentes actos operatorios, interviniéndose primero el más grande o el que está complicado.

E.H.P. simultánea a E.H.H. La hallamos en 7 casos (15.9%). En estos casos, se interviene primero el complicado o el más grande, y en igualdad de condiciones (igual tamaño y no complicado) se interviene primero el pulmonar por el riesgo de su rotura durante la anestesia.

CONCLUSIONES

El tratamiento de la E.H.P. en el niño, presenta algunas diferencias con respecto al adulto, debidas fundamentalmente a la biopatología del quiste. La E.H.P. en el niño se diagnostica habitualmente precozmente, lo que lleva a que sea poco frecuente la intervención por complicación del quiste, no efectuándose nunca intervenciones por lesiones secuelas. El procedimiento propugnado por la Clínica Quirúrgica Infantil es la "punción y extracción de la membrana hidática".

El niño presenta características anatómicas que influyen en algunos tiempos del procedimiento.

El procedimiento por nosotros preferido presenta un bajo porcentaje de complicaciones.

Las reintervenciones se efectuaron en un solo caso, teniendo 0% de mortalidad.

En caso de E.H.P. Bilateral se realizó el tratamiento quirúrgico en diferentes actos operatorios⁽⁵⁾.

En caso de E.H.P. simultánea a E.H.H., se interviene primero el quiste que pueda dar complicaciones —el que está complicado o el más grande.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND-UGON V.: Técnica de la extirpación del quiste hidático del pulmón. Bol. Soc. Cir. Urug., 23: 167, 1947.
2. ARMAND-UGON V.: Tratamiento del quiste hidático del pulmón y de sus complicaciones. Congreso Uruguayo de Cirugía, 2º, 1951, p. 209.
3. ARMAND-UGON V.: El Tórax Quirúrgico. Montevideo. Científica del Sindicato Médico del Uruguay, 1938.
4. CROSA V.: Toracotomía en anuelo. Bol. Soc. Cir. Urug., 34: 466, 1963.
5. DELGADO B., MACEDO J., DIAZ B.: Toracotomía bilateral sucesiva en el tratamiento del quiste hidático pulmonar bilateral. Cir. Urug., 42: 399, 1972.
6. DE PENA P.: Tratamiento del quiste hidático de pulmón en un niño. Congreso Médico del Centenario. Montevideo, Uruguay, 1930.
7. LAGOS P.: Equinococosis pulmonar en la infancia. Buenos Aires, 1929.
8. MENDEZ H., PORRAS Y.: Consideraciones estadísticas sobre 100 casos de equinococosis pulmonar. Cir. Urug., 43: 184, 1973.
9. RUBIO R.: Aspectos quirúrgicos del tratamiento del quiste hidático de pulmón. Bol. Soc. Cir. Urug., 32: 213, 1961.
10. RUBIO R., MATTEUCCI P.: Lugar de la resección pulmonar en el tratamiento del quiste hidático del pulmón. Rev. Cir. Urug., 37: 20, 1967.
11. SANJINES A.: Tratamiento de las complicaciones de la equinococosis hidática pulmonar. Congreso Uruguayo de Cirugía, 26º. Cir. Urug., 45: 534, 1975.
12. SANJINES A.: Hidatidosis pulmonar y sus complicaciones (1.465 casos operados). El Tórax, 26: 4, 1977.
13. SANJINES A., TOMALINO D.: Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar. El Tórax, 21: 60, 1972.
14. TAIBO W.: Equinococosis hidática pulmonar y hepática en el niño. Experiencia personal en 121 casos intervenidos. Arch. Pediat. Urug., 47: 25, 1976.
15. TAIBO W.: Hidatidosis pulmonar en el niño. Arch. Pediat. Uruguay, 38: 64, 1967.
16. VENTURINO W., BOSCH DEL MARCO L.: Algunos aspectos del tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pleuropulmonar. Datos estadísticos sobre 91 observaciones clínicas. Bol. Soc. Cir. Urug., 25: 3, 1954.
17. YANICELLI R.: Quiste hidático de pulmón en el niño. A propósito de 15 casos intervenidos. Bol. Soc. Cir. Urug., 19: 54, 1948.
18. YANICELLI R.: Quiste hidático de pulmón en el niño. Resultados generales en 114 toracotomías. Arch. Pediat. Urug., 32: 705, 1962.