

QUISTE HIDATICO DEL PULMON (*)

Resultados operatorios

Prof. C. Víctor Armand Ugón

(Departamento de Cirugía Torácica del Ministerio de Salud Pública)
Hospital Saint Bois

Desde el 1º de Junio de 1944 al 1º de Junio de 1949, es decir durante cinco años, han sido tratados en el Departamento de Cirugía Torácica del Hospital Saint Bois; en el Servicio de Cirugía del Hospital-Sanatorio Español y, en mi clientela privada, 189 casos de hidatosis localizada en el tórax.

La ubicación anatómica primitiva de los quistes hidáticos intratorácicos ha sido la siguiente: (ver cuadro I):

149 en el pulmón: 13 veces con localización pleural del proceso hidático, 5 pnoneumotórax hidáticos y 8 siembras pleurales secundarias.

16 casos de migración transdiafragmática de quistes originariamente hepáticos.

3 casos de quistes a localización cardíaca.

5 casos de hidatosis ósea en el perímetro del tórax, y 3 casos ubicados en el vértice del tórax con el clásico síndrome apical.

En este trabajo se informa sobre el resultado operatorio obtenido en 149 casos de quistes hidáticos a localización pulmonar; pues la única terapéutica eficiente en el tratamiento del quiste hidático del pulmón es el tratamiento quirúrgico. Parecería inútil insistir sobre esta premisa, y si lo hacemos es porque han llegado al Saint Bois enfermos tratados durante meses o años con "vacunas" de dudosa y discutible eficacia, o se ha esperado inútilmente y con graves riesgos, el crecimiento del quiste, o la vómica espontánea, esperando así una curación providencial.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 19 de octubre de 1949.

CUADRO I

QUISTES HIDATICOS INTRATORACICOS

Pulmón	149
Pleura	
Pioneumotórax	5
Siembra pleural secundaria	8
Hepáticos en migración torácica	
Heterotopía	1
Colehidato pleural	1
Migración hepato-pulmonar	14
Cardios-pericardios	3
Oseos con abscesos	
Costal	3
Vertebral	2
Vértice del tórax	3
	189

CUADRO II

QUISTES HIDATICOS DEL HIGADO EN MIGRACION TORACICA

Migración pleuro-pulmonar		
Heterotopía pleural	1	
Colehidato pleural	1	
Hepato pulmonar	14	
Tratamiento		<i>Curados Muertos</i>
Drenaje quiste pleural	1	0
Drenaje pleural	1	0
Drenaje abdominal del quiste hepático ...	3	2
Lobectomía y drenaje subcostal del quiste	9	0
	14	2

CUADRO III

COMPLICACIONES PLEURALES DE LA HIDATIDOSIS

Heterotopía pleural		1
Colehidato pleura		1
Pioneumotórax		
Unilateral	4	
Bilateral	1	5
Siembra pleural		
Espontánea	4	
Post-operatoria	4	8
	TOTAL	15

Hemos insistido sobre los peligros de dejar crecer los quistes hidáticos y son tres los principales:

- a) Rotura del quiste con siembra broncogenética e infección.
- b) Cuanto mayor es el quiste mayores son los riesgos operatorios y aumentadas las posibilidades de secuelas ulteriores.
- c) Hemos visto más de una vez dejar evolucionar un neoplasma de pulmón u otras tumoraciones intratorácicas creyendo el colega estar frente a un quiste hidático, crecimiento que en estas condiciones es de consecuencias incalculables.

Se ha utilizado dos tipos de toracotomía, para el tratamiento del quiste hidático de pulmón: la **toracotomía mínima** a través de pleura sinfizada (método de Lamas y Mondino) y la **toracotomía amplia** a través de pleura libre, para tratar los quistes pulmonares, como se describió anteriormente.

La toracotomía mínima, abordaje a través de pleura sinfizada, sólo se ha utilizado en cinco casos sobre un total de 149 casos de quistes pulmonares. Su indicación fué grandes pioneumoquistes, casi siempre ya espontáneamente adherentes a la pleura parietal. En caso contrario se realiza el métodos de Lamas y Mondino, para crear esas adherencias y luego evacuar el quiste. Con este procedimiento hubo un caso de muerte, por hemorragia recidivante que a los 20 días produjo la muerte del enfermo.

QUISTES HIDATICOS DE PULMON

Quistes a contenido hialino	65
Quistes vomitados	55
Secuelas hidáticas	
Bronquiectasias	15
Cavidad residual	12
Granulomas hidáticos	2
	149

TRATAMIENTO QUIRURGICO EN 149 CASOS DE
HIDATIDOSIS PULMONAR

Toracotomía amplia (Pleura libre)	
Enucleación de la vesícula intacta. Cierre de bronquios y adventicia	55
Extracción de restos parasitarios y cierre de adventicia	44
Lobectomías	35
Neumonectomías	2
Resección segmentaria y en cuña	8
Toracotomías mínimas	5
(Pleuras adherentes en grandes pionoquistes)	
	TOTAL 149

COMPLICACION EN 149 OPERADOS DE QUISTE HIDATICO
PULMONAR

Complicaciones	Curados	Muertos
<i>Pionemotórax</i>	2	0
<i>Empiemas</i>	5	0
<i>Atelectasias Post Operatorias</i>	4	0
<i>Rotura de vesícula</i>	5	0
<i>Hemorragias</i>		1
	17	1
Porcentaje:	12 %	0.5 %

La toracotomía amplia, a través de pleura libre, utilizando anestesia general con intubación traqueal se utilizó en 144 casos sin tener que lamentar mortalidad operatoria ni post-operatoria. — (Dr. V. Armand Ugón, Boletín de la "Sociedad de Cirugía de Montevideo", 23 de Abril de 1947.

Del conjunto de los datos suministrados por la historia clínica del enfermo, del estudio de las radiografías, del resultado del examen del pulmón que permite la toracotomía amplia, se resuelve la conducta a seguir frente al quiste pulmonar que fué: 55 veces enucleación de la vesícula, 44 simple extracción de restos parasitarios en quistes vomitados, 25 lobectomías y 8 resecciones segmentarias y cuneiformes y 2 neumonectomías.

En los quistes hialinos, actualmente practicamos la enucleación de la vesícula intacta, suturamos el o los bronquios aferentes a la adventicia y obliteramos ésta por tres o cuatro planos de sutura en bolsa, y luego se cierra herméticamente, en dos o tres planos la brecha adventicial por donde se practicó la enucleación de la hidátide.

Cuando el quiste está vomitado y el pulmón ambiente en la vecindad del quiste está macroscópicamente sano, cuando el quiste no es de gran tamaño, cuando la evolución es reciente, y siempre que no exista síndrome húmedo importante; se practica la simple extracción de los restos parasitarios, cerrando la adventicia como anteriormente se indicó para quistes hialinos. Esta operación se practicó en 44 enfermos.

La resección pulmonar (resección cuneiforme, segmentaria, lobectomía o neumonectomía), las practicamos en los quistes vomitados de antigua data, con síndrome húmedo importante, con hemoptisis a repetición, con pulmón indurado, fibrosado y con gran extensión destructiva en donde se sospecha que en caso contrario persistirán trastornos por secuelas hidáticas. Se practicaron 25 lobectomías, 2 neumonectomías, 8 resecciones segmentarias y cuneiformes.

TRATAMIENTO DE LOS QUISTES HIDATICOS DEL HIGADO EN MIGRACION TORACICA

En los quistes hidáticos en migración torácica, estén o no abiertos en las vías biliares, han sido tratados por vía abdominal

simple tres casos, con dos muertes post-operatorias, y en diez casos graves fueron tratados por toracotomía amplia, para permitir una inspección e inventario completo de las lesiones supra e infradiafragmática con lobectomía y drenaje eventual del quiste hepático.

QUISTES HIDATICOS DEL HIGADO EN MIGRACION · TORACICA

Migración pleuro-pulmonar

Heterotopía pleural	1
Colehidato pleural	1
Hepato pulmonar	14

Tratamiento

	<i>Curados</i>	<i>Muertos</i>
Drenaje quiste pleural	1	0
Drenaje pleural	1	0
Drenaje abdominal del quiste hepático	3	2

Lobectomía y drenaje subcostal del quiste	9	0
	14	2

LOCALIZACION DE LOS QUISTES HIDATICOS DE PULMON

Pulmón

Derecho	80
Izquierdo	48

128

Unicos dos

16

Múltiples

Unilateral	4
Bilateral	1

En ocho de estos casos se practicó una lobectomía con resección parcial de diafragma incluyendo la comunicación hepato pulmonar, para permitir un aislamiento completo en tejido sano de la comunicación patológica.

El quiste hepático en algunos casos fué drenado por vía subdiafragmática, por contricción mínima subcostal.

Con esta técnica se suprime el foco pulmonar, tan grave como el foco primitivo hepático, tratando correctamente al mismo tiempo el quiste hidático del quiste.

BIBLIOGRAFIA

- ARMAND UGON, (V.). — Neumotórax hidático. "Archivos Internacionales de la Hidatidosis", Vol. I, año 1935.
- ARMAND UGON, (V.), VICTORICA, (A.) y SUAREZ (H.). — La lobectomía en el trat. de las secuelas del quiste hidático del pulmón. — "Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo", Tomo XVII, N° 9-12, 1946.
- ARMAND UGON, (V.). — Técnica de la Extirpación del Quiste Hidático de Pulmón". — "Boletín de la Sociedad de Cirugía de Montevideo", Pág. 167, año 1947.
- ALLENDE, (J. P.) y LANGER (L.). — Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar. — "Annals of Surgery", Pág. 589, Vol. 8, N° 4, año 1949.
- BREA, (M.). — Tratamiento quirúrgico de los quistes hidáticos de pulmón". — "Academia Argentina de Cirugía", Pág. 594, año 1947.
- FINOCHETTO, (R.) y AYAS, (E.). — Quiste hidático de pulmón. — Vol. 8, N° 5, Pág. 807, año 1949.

Dr. Palma. — Simplemente es para expresar la admiración que nos ha producido la comunicación del Dr. Ugón por los resultados extraordinarios, fruto de una larga experiencia en cirugía de tórax y dominio perfecto de la técnica y que tantas enseñanzas nos ha brindado en palabras muy sintéticas, a lo cual corresponde nuestro agradecimiento.

Dr. García Capurro. — No quiero dejar pasar el trabajo del Dr. Ugón sin felicitar a éste y al Uruguay.

Hace dos años, tres años, empezamos a vislumbrar lo que el Dr. Ugón iba a hacer en la Cirugía de quiste hidático de pulmón, y estaba tan distante de lo que se hacía en ese momento, que realmente parecía una cosa de futuro. Hoy vemos con enorme satisfacción que eso está realizado.

Dr. Prat. — Deseo adherirme a los votos de aplauso que recibe el Dr. Ugón por su técnica y por los resultados que ha obtenido. Creo que son 144 operados por vía torácica.

Sin ninguna muerte; de manera que representa un resultado brillantísimo.

A pesar del perfeccionamiento de esta técnica, nosotros los cirujanos debemos tener siempre presente que la enfermedad hidática es mucho

más seria, más grave que lo que creíamos, porque en estos casos, muchos de los operados por el Dr. Ugón, ya habían presentado su vómita; hay de 35 a 40 casos con vómita y estos son enfermos que posiblemente, muy posiblemente, hayan hecho una siembra hidatídica, complicación futura, pero eso está fuera de los recursos del cirujano.

Lo que me interesa destacar en esta interesante estadística, interesante y brillante por los resultados, es que se mencionan ocho casos de comunicación transdiafragmática, lo que quiere decir que esta complicación es más frecuente de lo que creíamos y evidentemente es lo que confirmaba nuestra experiencia porque hemos asistido una serie de casos, sin tener oportunidad de ver muchos quistes hidáticos en tan poco tiempo; pero hemos tenido ocasión de tratar de cinco a seis enfermos de hidatidosis hidatídica, atravesando el diafragma y complicándose la mayoría, con la hidatidosis pleuro-bronco-pulmonar. Se ha cumplido lo establecido por Dévé, de que muy a menudo estos quistes hepáticos cuando perforan el diafragma se han abierto ya en las vías biliares.

Un hecho interesante a destacar y del que tomo nota, es éste: el Dr. Ugón ha tenido, operando por vía abdominal, dos casos de muerte en estos quistes hidáticos abiertos a través del diafragma; en cambio, por vía torácica, abordaje que parecería una vía más grave y más riesgosa, no ha tenido mortalidad ninguna y eso que él ha acompañado su intervención de resecciones, realizando lobectomías y resecciones parciales. Considero que por esta vía se puede hacer una cirugía más completa y perfecta; por estas cosas estimo que el Dr. Ugón merece nuestras sinceras felicitaciones.

Dr. Víctor Armand Ugón. — Quiero agradecer a los Dres Palma, García Capurro y Yannicelli, y al profesor Prat, las palabras de elogio que han dicho sobre nuestro trabajo para tratar quiste hidático de pulmón y yo las hago extensivas, personalmente a mis ayudantes y colaboradores porque gracias a ellos se hizo esta tarea bastante grande; a los Dres. Victorica, Suárez y Sierra principalmente.

En cuanto a la parte que planteaban en la técnica Prat y Yannicelli, sobre secuelas hidáticas en realidad es un problema de futuro; nosotros hemos resuelto el problema de la mortalidad operatoria y morbilidad post operatoria; el problema de la secuela es de futuro en los casos bien tratados actualmente.

En ese sentido, el Dr. Suárez está controlando todos los enfermos operados y hasta ahora no hemos visto mayores secuelas. No quiere decir que no las presenten, porque el número de enfermos observados es reducido. Ya el Dr. Yannicelli anticipa que en los enfermos operados por él, han habido algunas secuelas. Es un problema de futuro para ver si es suficiente o habrá que ir a la resección pulmonar en todos los casos de quiste hidático del pulmón.