

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Pedro Larghero Ybarz

ALGUNOS ASPECTOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIDATIDOSIS PLEURO-PULMONAR (*)

Datos estadísticos sobre 91 observaciones clínicas

Dres. Walter Venturino y Luis M. Bosch del Marco

En los nueve años que lleva de actuación la Clínica Quirúrgica del Prof. P. Larghero Ybarz, se han logrado reunir 91 observaciones clínicas de hidatidosis pleuro-pulmonar. El tratamiento quirúrgico de esos pacientes ha estado a cargo de 10 cirujanos del Servicio.

Sólo relataremos esa experiencia sin pretender agotar el tema, lo cual ha sido ya realizado por V. Armand Ugón en la revista "*El Tórax*" (mayo de 1952) y que esperamos seguir comentando en futuros trabajos.

En el estudio estadístico realizado, se ha tomado como guía el hecho de que cada proceso hidático tiene su terapéutica adecuada; de modo que la estadística se refiere al proceso y no al enfermo hidático. De ahí que las distintas sumas de los números presentados no corresponda al total de pacientes, dado que en un mismo enfermo puede haber habido más de un proceso hidático.

A continuación se exponen las cifras de los distintos procesos hidáticos hallados indicando en cada caso la terapéutica quirúrgica realizada.

CUADRO ESTADISTICO

1º) Lesiones halladas y su terapéutica.

A) QUISTES HIALINOS: 64 casos (incluyendo un caso de hidatidosis múltiple presumiblemente hematógena): 36 evacuaciones simples

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 28 de abril de 1954.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

(56,2 %); 25 partos de membrana (39 %); 2 segmentectomías (3,1 %); 1 lobectomía (1,5 %); 16 adventicectomías (tot. y parc.) (25 %); 7 aspiraciones post-operat. de la cavidad residual (10,9 %); 1 marsupialización (1,5 %).

B) RETENCIONES DE MEMBRANA: 21 casos: 16 evacuaciones simples (76 %); 5 segmentectomías (23,8 %); 0 lobectomías (0 %); 2 adventicectomías (9,5 %); 3 aspiraciones post-operatorias de la cav. (14,3 %).

C) QUISTES HIDATICOS SUPURADOS O SECUELAS SUPURADAS: 7 casos: 4 drenajes simples (57,2 %); 2 segmentectomías (28,5 %); 1 curación espontánea (cavidad resid. supurada fistulizada) (14,3 %).

D) CAVIDADES RESIDUALES: 3 casos: 2 lobectomías (66,6 %); 1 curación espontánea (33,3 %).

E) PIONUMOTORAX HIDATICO: 2 casos: En ambos casos se hizo: 1º) drenaje por pleurotomía, y 2º) decorticación por paquipleuritis consecutiva.

F) EQUINOCOCOSIS SECUNDARIA IN SITU: 1 caso: 1 segmentectomía (100 %).

G) EQUINOCOCOSIS PLEURAL PRIMITIVA HETEROTOPICA: 1 caso: 1 enucleación de la membrana (100 %).

H) EQUINOCOCOSIS PULMONAR MULTIPLE: 4 casos. Tratamiento individual de los quistes.

2º) Complicaciones operatorias.

A) PAROS CARDIACOS: 3 casos (3,3 %). Un caso debido a exceso de barbitúrico en una niña. Otro caso atribuible a la intubación traqueal en un adolescente. Estos dos casos fallecieron. Otro caso en una insuficiencia cardíaca con hidatidosis pulmonar múltiple presumiblemente hematógena. Masaje cardíaco, sobrevida.

B) COLAPSOS: 3 casos (3,3 %). Un caso en una lobectomía por cavidad residual. Otro caso en una evacuación de un Q. hialino con anestesia local. Otro caso en una evacuación de un Q. hialino con anestesia general.

C) HEMORRAGIAS: 4 casos (4,4 %). Con maniobra de parto: 3 casos. Con evacuación simple: 1 caso. Todas perfectamente controlables.

3º) Complicaciones post-operatorias.

A) DERRAMES PLEURALES: 28 casos (30,7 %).

B) NEUMOTORAX: 6 casos (6,6 %): 4 simples; 2 a tensión.

C) CAVIDADES INSUFLADAS: 1 caso (1,1 %).

D) EMPIEMAS: 2 casos (2,2 %).

E) REACCION ALERGICA: 1 caso (1,1 %).

F) FISTULAS: 4 casos (3,3 %).

G) TUBERCULIZACION: 1 caso (1,1 %).

4º) Mortalidad.

2 muertes operatorias por paro cardíaco. 1 muerte post-operatoria en un secuela supurada (post-oper. inm.).

5º) **Secuelas.**

- A) HEMOPTISIS (leves): 2 casos.
 - B) CAVIDADES RESIDUALES: 1 caso.
 - C) PAQUIPLEURITIS (discreta): 1 caso.
-

Es necesario aclarar los porcentajes de terapéutica realizada. En efecto: frente a un proceso hidático el cirujano debe tratarlo de acuerdo al estado de los componentes del mismo. Así en un quiste hialino tenemos para tratar: 1) la hidátide. 2) la cavidad en que está contenida la hidátide. 3) la adventicia. 4) los bronquios que englobados en la adventicia pueden estar o no abiertos en la cavidad. 5) el parénquima vecino en medio del cual se desarrolló el proceso hidático, y 6) la pieura como en toda toracotomía. Es de la valorización de todos esos elementos que dependerá la conducta a seguir. Esta será proteiforme y es frecuente no poder preverla hasta tanto no se tenga el tórax abierto con la lesión a la vista.

Sin embargo y a pesar de la multiplicidad de elementos que se hallan en los datos estadísticos antes descritos es posible agrupar algunas situaciones hidáticas para las cuales se puede preconizar un tratamiento determinado.

1) **Quistes hidáticos hialinos.**

El problema puede variar si el quiste es pequeño o grande.

a) *Tamaño pequeño o mediano.*

En este caso, la mayoría de las veces, el problema se reduce sólo a la hidátide. La adventicia no cuenta. Esto pasa en los quistes de poca evolución, de las personas jóvenes o de los niños. El tratamiento consiste en el parte de la membrana, en el cierre de los bronquios que se abren en la cavidad para impedir las consecuencias de dicha abertura y en la aproximación de las paredes de la cavidad restante con 2 ó 3 puntos. Creemos que el capitonaje total de la cavidad implica el peligro de involucrar los bronquios, que, pasando por la vecindad del quiste hidático vayan a otros segmentos vecinos y, comprometiendo así, zonas de parénquima sano. Demás está decir que ese peligro existe ya cuando se suturan los bronquios abiertos en la cavidad aunque como generalmente ellos son pequeños, en la práctica se puede despreciar. Si hay problema de adventicia se reseca lo más posible sobre

la adventicia emergente, menos corrientemente la intrapulmonar (V. Pérez Fontana). Si el compromiso de parénquima vecino es mayor será necesario efectuar segmentectomía, eventualidad relativamente rara (3,1 % en nuestra estadística). Hacemos notar que al hablar de segmentectomías, en este trabajo, nos referimos a las típicas y atípicas.

b) *Tamaño grande.*

Siempre que sea posible se hará parto de la membrana; de lo contrario se punciona la membrana, previa protección del campo, y se extrae vacía. Los bronquios abiertos se suturarán. En lo que a la cavidad respecta, dado que por su tamaño no ofrece seguridad en cuanto a su colapso a posteriori (no se puede pensar en aproximar sus paredes ni en capitonarla) la conducta es discutida. Puede dejarse librada a sí misma, confiando en la expansión del parénquima vecino colapsado para que la haga desaparecer. O bien, adoptar la táctica seguida por Larghero Ybarz de colocar en su interior una sonda de Pezzer para, en el postoperatorio, aspirarla con bomba mecánica de aspiración. Esa táctica ha sido seguida en 7 oportunidades en nuestra estadística con reducción satisfactoria de la cavidad en el término de 8 a 10 días en promedio. Además con la aspiración se previene la infección de la cavidad restante, su insuflación post-operatoria y aún el eventual neumotórax sofocante. Si la adventicia es de entidad se resecará lo máximo posible, principalmente la emergente.

Aún cuando el compromiso del parénquima sea grande, no conviene hacer de entrada más que lo indicado, pues decidirse a extirpar ese parénquima alterado equivale, cuando el quiste es grande, a efectuar una lobectomía. En efecto, partiendo de la base de que la patología del quiste hidatídico pulmonar es fundamentalmente segmentaria conviene, en esos casos, esperar que la cavidad residual se reduzca lo más posible, siendo generalmente factible ver, como un lóbulo que parecía anulado por el quiste que albergaba, se recupera totalmente excepto en el segmento que primitivamente alojó el quiste.

2. Retenciones de membrana

La membrana se evacúa y se cierra la cavidad, previa adventicectomía si es necesario. Esto si no hay problema de parén-

quima vecino; como éste frecuentemente existe (23,8 % en nuestra estadística) es necesario en esos casos efectuar segmentectomía típica o atípica. Compárese este valor con el 9,5 % de adventicectomías realizadas en retenciones de membrana mientras que en quistes hialinos se ha hecho 25 % de adventicectomías y sólo 3,1 % de segmentectomías.

Si la repercusión sobre el parénquima vecino es mayor (neumonitis, bronquiectasis, etc.) será necesario efectuar incluso lobectomía (ninguna en nuestra serie) especialmente en ciertas localizaciones (lígula, lóbulo medio) de las que hay poco que esperar de su recuperación.

Si no hay que llegar a una resección pulmonar y sólo se extirpa la hidátide, puede suceder que la infección de la cavidad restante obligue a drenar la cavidad con drenaje aspirativo (14,3 por ciento en nuestra serie).

3. Quistes supurados o secuelas supuradas

Su tratamiento no difiere en nada del de las supuraciones de otra etiología: drenajes simples (57,1 % en nuestra serie) o bien segmentectomías (28,5 %).

4. Pionemotórax hidático

El tratamiento tampoco difiere del de otras etiologías: drenaje pleural, dejando la causa para tratarla con posterioridad.

5. Paquipleuritis de origen hidático

Consecutivas a las anteriores benefician lógicamente de la decorticación (2 casos).

6. Equinocosis secundaria in situ

Aunque su problema patogénico no está aclarado, su problema terapéutico cabe en cualquiera de los primeros títulos estudiados (resección de la membrana, segmentectomía, etc.) (1 solo caso).

7. Equinocosis pulmonar múltiple

Tratar cada quiste en forma individual, según su estado anatómico, aunque a veces exige amplias resecciones pulmonares. La equinocosis pulmonar múltiple hematógena ofrece de especial

los caracteres patogénicos y son ellos los que explican su gravedad. Como se deduce, su tratamiento sólo será paliativo pero sin abandonar el enfermo tratando de encontrar el foco originario (sobre todo el corazón derecho). De nuestros 4 casos de equinocosis múltiple pulmonar, sólo dos merecen ser destacados. En el primer caso se trataba de una joven de quince años con 3 enormes quistes hialinos en cada lóbulo póstero-inferior de cada pulmón cuyas cavidades comunicaban (se entiende en cada pulmón) sin síndrome funcional respiratorio y que fué operada en dos tiempos. En el post-operatorio de la segunda operación (lado derecho) sobrevino un neumotórax a tensión grave que casi mata a la enferma; pudo ser yugulado. Poco después fué operada por un quiste hidático de hígado hialino. Posteriormente la enferma contrajo una tuberculosis pulmonar (todos los exámenes previos a las toracotomías en ese sentido habían sido negativos) de la que mejoró. Actualmente se halla bien.

El segundo caso es la equinocosis múltiple bilateral, con quistes de todo tamaño, con una insuficiencia cardíaca, a quien se le hizo exéresis de los quistes más grandes del lado derecho como primera operación. En el curso de ella sobrevino un paro cardíaco que cedió con tratamiento adecuado. En vista de ello y de su insuficiencia cardíaca no se intentó la toracotomía izquierda. Actualmente está nuevamente en el servicio en estudio, pues una imagen radiológica alterada hace presumir una equinocosis cardio-pericárdica como foco de su hidatidosis pulmonar múltiple.

COMPLICACIONES OPERATORIAS

No difieren de las de la cirugía torácica para otras afecciones. Merecen especial mención las hemorragias que se producen en el momento de evacuar la membrana, sea por la maniobra del parto, sea por la maniobra de la punción previa y exéresis simple, o bien cuando se procede a suturar los bronquios por herida del pedículo vascular que los acompaña. El anestesta debe estar prevenido para evitar las consecuencias de una inundación bronquial por ella. Desde luego que nos referimos a las hemorragias de entidad. En nuestra serie sólo hemos tenido 4 hemorragias,

de las cuales 3 por maniobra y de parto y 1 por exéresis simple; ninguna por punción de pedículo vascular.

Para el resto de las complicaciones nos basta con lo que dice el cuadro estadístico.

COMPLICACIONES POST - OPERATORIAS

En el cuadro estadístico se mencionan las halladas por nosotros en los 91 operados. Excepto la complicación alérgica, las demás son comunes a otras toracotomías.

Los derrames serohemáticos de entidad han sido mejor dominados últimamente con el empleo del drenaje pleural con tubo de goma en Y con las dos ramas divergentes de la Y abiertas en media caña, colocando una de ellas en el fondo de saco costo-diafragmático y la otra en la gotera látero-vertebral. La rama vertical de la Y sale en la parte más declive del fondo de saco costo-diafragmático (entre línea axilar media y línea axilar posterior). Este dispositivo ha sido concebido por P. Larghero Ybarz y es de uso corriente en la cirugía torácica.

De *los neumotórax* sólo mencionaremos los a tensión (2 en nuestra serie) evitables con un correcto cierre de las vías bronquiales halladas abiertas durante el acto operatorio. De los nuestros, uno ocurrió en el caso de hidatidosis múltiple en una joven de quince años antes mencionado y el otro en una exéresis de quiste hialino con cierre de la cavidad.

De nuestros dos *empiemas*, uno curó con drenaje simple pleural; el otro a pesar de un drenaje correcto hizo una paquipleuritis que mereció una decorticación.

Nuestra *única cavidad insuflada* correspondió al caso de quiste hialino antes mencionado que también hizo un neumotórax a tensión.

La *complicación alérgica* que hemos visto (en el sentido que da Dévé a esta complicación) desarrolló una elevadísima hipertermia y un grave estado general. Creemos que la refrigeración con carpa en este enfermo fué salvadora. Este enfermo tenía un quiste hialino del que no se pudo hacer el parto y que se evacuó previa punción de la hidátide produciéndose un discreto derrame de líquido hidático en el campo operatorio que estaba bien protegido. ¿Fué ésta la causa? Difícil es decirlo dada la

frecuencia de ese discreto derrame y la rareza de esa complicación.

De las *fístulas* (4 casos) 2 fueron secundarias a exéresis de quistes hialinos sin evidencia de que fueran bronco-pleuro-cutáneas sino sólo pleuro-cutáneas y que curaron espontáneamente. Otra consecutiva a un pñeumotórax que también cerró espontáneamente. Una cuarta, bronco-pleuro-cutánea consecutiva a exéresis de un gran quiste hialino y en que persistió una cavidad residual. Curó con segmentectomía.

El caso de *tuberculización* ya fué citado al hablar de hidatidosis múltiple. La probable predisposición a la tuberculosis de estos enfermos se podría explicar por ser ellos enfermos de campaña no infectados y que contraen la enfermedad en los medios en que son tratados de su hidatidosis.

MORTALIDAD

Sólo se han registrado 3 muertes en las 91 observaciones (3,3 %). Las producidas por paro cardíaco se comentan brevemente en el cuadro estadístico. La muerte post-operatoria de la secuela supurada no llamó la atención desde que se trataba de un enfermo que ingresó con un pésimo estado general, de edad relativamente avanzada y que además presentaba, alrededor de la secuela supurada, una neumonitis necrotizante.

SECUELAS VISTAS HASTA LA FECHA EN NUESTROS OPERADOS

Son escasas como lo muestra el cuadro, aunque la posibilidad de que aparezcan otras en un futuro próximo o alejado es evidentemente grande. De modo que esos datos desde el punto de vista estadístico no tienen gran valor.

Las *hemoptisis* (2 casos) se produjeron a los pocos meses de la intervención, una por retención de membrana y la otra por quiste hialino. Fueron leves y no se pudo hallar la causa de las mismas.

Una sola *cavidad residual* hemos visto como secuela operatoria (la otra vista fué consecutiva a una vómica); se trataba de un enorme quiste, con gran adventicia, del lóbulo ántero-superior derecho del que se hizo exéresis previa punción. La ca-

vidad residual fué aspirada en el post-operatorio mediante sonda Pezzer a pesar de lo cual la cavidad no se redujo. Hizo una fístula bronco-pleuro-cutánea que persistió (la única que hemos visto). Fué curada definitivamente con una segmentectomía.

La discreta *paquipleuritis* observada no merece más que su mención.

PROBLEMA DE LA ASOCIACION DE HIDATIDOSIS PULMONAR Y HEPATICA

No vamos a hablar de la relativa frecuencia de esta asociación ni de que frente a una de ellas es necesario buscar la otra sistemáticamente. Sólo queremos referirnos a la oportunidad de tratamiento de una y otra. Considerando que la hidatidosis hepática representa un peligro potencial mayor que la pulmonar debido a las formas anatómicas que adopta, a las complicaciones de que es pasible y a que su terapéutica, sobre todo cuando se complica, no siempre puede ser quirúrgica, dado que en el hígado la cirugía de resección es limitada, es que tratamos siempre primero la hidatidosis hepática antes que la pulmonar. Esta última aún en sus formas graves es casi siempre pasible de cirugía, justamente por el incremento que ha tomado la cirugía de resección pulmonar.

CONCLUSIONES

1) El tratamiento de la hidatidosis pulmonar es siempre quirúrgico.

2) Debe ser precoz; la moderna cirugía torácica así lo permite. De ahí surge el valor del diagnóstico precoz (exámenes de colectividades, etc.).

3) Cuando es necesario resecar algo más que la hidátide, recordar que la patología del quiste hidático pulmonar es fundamentalmente segmentaria.

4) Los resultados del tratamiento quirúrgico bien encarado son excelentes.

5) La hidatidosis hepática es más grave que la pulmonar: tratarla en primer término cuando coexisten.