

HIDATIDOSIS PULMONAR BILATERAL (*)

Dr. C. Víctor Armand Ugón

La hidatidosis pulmonar bilateral no es una rareza, puesto que la hemos observado en el 6 % de los quistes hidatídicos de pulmón. Como esta afección sobreviene habitualmente en sujetos jóvenes, con pulmones sanos y buena capacidad respiratoria, las condiciones operatorias son óptimas para realizar su terapéutica quirúrgica en un solo acto operatorio.

Es preferible no abrir simultáneamente ambas cavidades pleurales, sino sucesivamente. Se operará, primeramente, la hidatidosis de un pulmón a pleura abierta, reexpansionándolo bien después de extraída la hidátide y realizada perfecta aerostasis; controlando con drenaje pleural aspirativo la vacuidad de la cavidad pleural. Terminado el tratamiento de un pulmón y cerrada la toracotomía se practicará la misma intervención del lado opuesto.

En el caso que relatamos por estar ambos quistes ubicados en la parte anterior de los pulmones se practicó una doble toracotomía anterior izquierda a través del 4º espacio intercostal a derecha, y luego, a izquierda, no simultáneamente sino sucesivamente. Es imamos que este procedimiento es preferible al de practicar una toracotomía única anterior con sección transversal del esternón, operación que es indudablemente más grave, más chocante y que expone a un riesgo mayor, cuando por dificultades operatorias, sólo es aconsejable tratar un pulmón por las dificultades técnicas que pueden sobrevenir.

La enucleación de la vesícula hidática intacta, como lo hemos descrito, o la extracción de la membrana si el quiste se ha roto, seguido de un cierre hermético de los bronquios aferentes a la

* Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 8 de agosto de 1956.

adventicia, impide el neumotórax residual y las complicaciones bronco-pleurales frecuentes con otras técnicas.

El doble drenaje pleural aspirativo bilateral mantiene en las primeras 24 horas la limpieza de ambas cavidades pleurales y

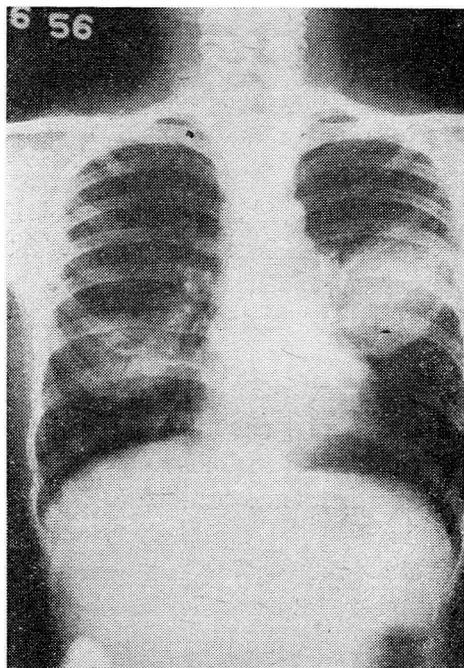


FIG. 1. — Quiste hidatídico del lóbulo superior izquierdo y quiste hidatídico roto en el lóbulo medio.

controla además la perfecta expansión pulmonar. En nuestro caso la disnea operatoria fue nula.

HISTORIA. — M. A. E., 9 años, brasileño, procedente de Don Pedrito, Río Grande del Sur.

Niño sano, radicado en el campo en una zona dedicada a la ganadería y cría de ovejas.

Hace dos meses tiene un episodio febril acompañado de tos y expectoración abundante, primero serosa y luego purulenta.

La radiografía muestra una doble lesión pulmonar de presumibles quistes hidatídicos.

No hay antecedentes patológicos ni familiares de hidatidosis.

Cuando ingresa al Instituto de Enfermedades del Tórax, en abril 21 de 1956, presenta un estado general bueno, apirético, con discreta tos y escasa expectoración. En la radiografía se puede ver en la parte anterior del lóbulo superior izquierdo la existencia de una tumoración redondeada

a límites netos del tamaño de un pomelo con el resto del parénquima pulmonar normal.

En el pulmón derecho existe a nivel del lóbulo medio una zona de condensación del tamaño de un huevo de gallina, vagamente poligonal, con una imagen clara en su centro. Hay focos neumónicos discretos en el resto del lóbulo. Las reacciones biológicas de hidatidosis son fuertemente positivas; no existen otras localizaciones de hidatidosis en otras vísceras.

Operación. 19/IV/1956. Anestesiista: Fernández Oria. Opera el

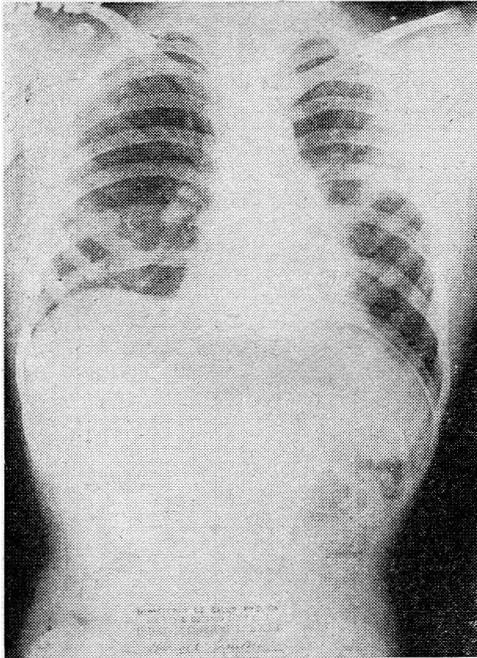


FIG. 2. — El mismo enfermo, después de la toracotomía bilateral en un solo acto operativo, a los 14 días de operado.

Dr. Armand Ugón. 1er. tiempo: Enfermo en decúbito dorsal. Toracotomía anterior izquierda por incisión submamelonar en el 4º espacio, extendida desde el axila al borde izquierdo esternal. No se secciona costillas ni cartílagos; la pleura está libre. Quiste exteriorizado del lóbulo superior que se enuclea con facilidad. Cierre de los bronquios aferentes a la adventicia. Buena aerostasis que se controla bajo agua, instaurando un drenaje cerrado pleural aspirativo. Cierre de la toracotomía.

2º tiempo: Toracotomía anterior submamelonar en el cuarto espacio derecho. Pleura libre. Zona de condensación del tamaño de un huevo de gallina, en el lóbulo medio de consistencia pastosa, interiorizada dentro de un lóbulo. Existen en el resto del pulmón discretos focos de neumonitis. Se incide sobre el nódulo extrayendo una membrana hidática ro-

deada de pus. Se cierran los bronquios vectores abiertos en la adventicia. No se resecan ni se obliteran las cavidades adventiciales. Reexpansión pulmonar y drenaje cerrado pleural. La palpación transdiafragmática del hígado no señaló la existencia de quistes. Cierre de la toracotomía.

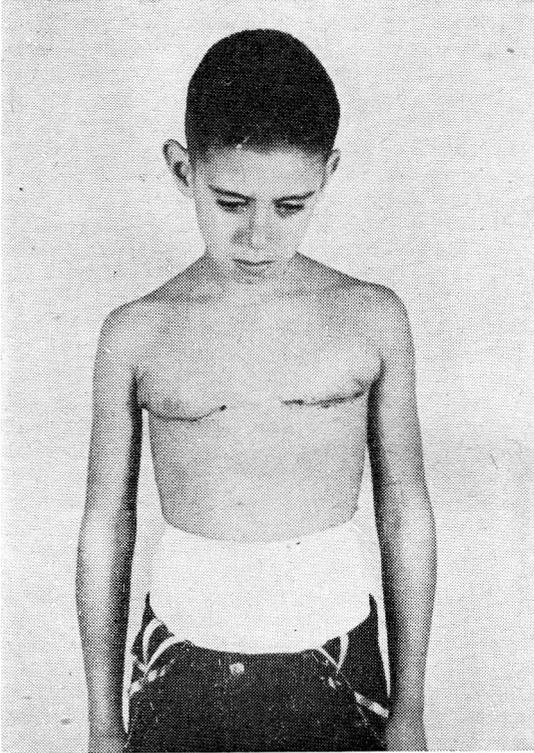


FIG. 3. — El mismo enfermo, después de la toracotomía bilateral en un solo acto operatorio, a los 14 días de operado.

Post-operatorio. — Penicilina 1.000.000 U. Se retiran los drenajes pleurales a las 24 horas. Alta a los 9 días. Curado.

Dr. Armand Ugón. — Quiero hacer notar que aquí la operación es, en realidad, la abertura sucesiva de las dos pleuras en un solo acto operatorio; primero se operó de un lado, se operó por una toracotomía del espacio del lado derecho, se extirpó el quiste y se cerró la pleura, en la misma posición, se hace toracotomía del tercer espacio por vía anterior y se trata el quiste del lado derecho. En realidad nosotros no abrimos, como aconsejan algunos, la pleura simultáneamente, toracotomía simultánea en un mismo acto, sino en una manera sucesiva, alternando un lado y después otro. Es lo que quería precisar.