

## **Toracotomía bilateral sucesiva en el tratamiento del quiste hidático pulmonar bilateral**

Dres. BOLIVAR DELGADO, JUAN C. MACEDO y BARRET DIAZ \*

El quiste hidático del pulmón bilateral es poco común, estimándose en un 17 % su frecuencia en relación al total de los Q.H. pulmonares (5).

En 1950, Curtillet (3), sostenía que las hidatidosis pulmonares bilaterales debían ser tratadas por el abordaje sucesivo de cada pulmón realizado en actos operatorios diferentes.

En 1956 Armand Ugón (1) presentó en nuestra Sociedad de Cirugía un caso de hidatidosis pulmonar bilateral tratado por toracotomía bilateral en el mismo acto operatorio con evolución favorable. Dicha presentación quería demostrar la aplicabilidad y buenos resultados de esta táctica operatoria, la cual tiene fundamentalmente como ventajas: 1) el exponer a una sola anestesia y a un solo acto operatorio; 2) el evitar las posibles reacciones alérgicas desencadenadas cuando uno solo de los quistes es operado, reacciones que pueden provocar por ese mecanismo la evacuación del otro quiste; 3) el acortar el período de hospitalización de los pacientes.

Siguiendo esas directivas es que presentamos ahora una casuística de 10 observaciones de Q.H. pulmonar bilateral tratados de esta manera en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Saint-Bois en los últimos 15 años. Durante ese período fueron estudiados 400 pacientes con Q.H. pulmonar, de los cuales 13 tenían una hidatidosis pulmonar bilateral.

Es de señalar que esta serie es importante si se tiene en cuenta la poca experiencia que hay en este tema (2,4).

La hidatidosis pulmonar bilateral primitiva se observa generalmente en pacientes jóvenes, con parénquima pulmonar sano y buena capacidad respiratoria (1). Las hidatidosis pulmonares secundarias, metastásicas o broncogénicas con gran número de quistes no son pasibles de esta táctica operatoria.

La toracotomía bilateral se efectúa en forma sucesiva para evitar la apertura simultánea de ambas pleuras.

Si los Q.H. son anteriores se abordarán por toracotomías anterolaterales con el paciente en decúbito dorsal; si son posteriores en general se prefiere el abordaje por toracotomías posterolaterales; ante la combinación de topografías se podrán combinar los abordajes.

La toracotomía bilateral es preferible a la toracotomía anterior única por sección del es-

ternón, que es más grave, más shockante y de mayores riesgos si ocurrieran dificultades técnicas que obligasen a tratar un solo pulmón (1).

Realizado el primer abordaje y tratadas las hidátides de ese lado, antes de resolver la toracotomía bilateral, es imprescindible asegurar que se ha logrado una perfecta hemo y aerostasis, una correcta reexpansión pulmonar y que no han ocurrido accidentes operatorios o anestésicos que pueden plantear diferir la continuación del acto operatorio.

La toracotomía bilateral en el tratamiento del Q.H. pulmonar aumenta los riesgos operatorios y posoperatorios, lo que obliga a que esta cirugía solamente se realice en medios donde se pueda disponer de anestesista experimentado, de adecuados controles radiográficos y de un Servicio de Recuperación con personal entrenado en este tipo de cirugía.

De lo contrario se deberá renunciar a ella y realizarla en actos sucesivos, siempre con el criterio de comenzar el tratamiento por el abordaje del pulmón en el que la hidatidosis plantea mayores riesgos para el paciente.

### **ANÁLISIS DE LA CASUÍSTICA**

El promedio de edad fue de 21 años, oscilando entre los amplios márgenes de 2 a 48, con neto predominio del sexo masculino (8).

La casi totalidad de los pacientes procedían de medios rurales.

Uno solo de ellos tenía antecedentes de hidatidosis, habiendo sido operado por un Q.H. de pulmón 1 año antes.

Entre los 10 pacientes tenían un total de 24 Q.H. llegando uno de ellos a tener 5.

Solo 2 pacientes presentaron sintomatología clínica de insuficiencia respiratoria de grado mediano; uno de ellos correspondía a la observación citada que presentaba 5 Q.H.

Como hecho interesante a señalar, en solo 1 caso se asoció esta patología a una hidatidosis hepática.

De los 24 Q.H. de la serie, 17 eran hialinos; 5 eran retenciones de membrana y en 1 paciente existían 2 cavidades quísticas multivesiculares que interpretamos como de siembra secundaria y que correspondían al único paciente de la serie con antecedentes de una operación por Q.H. del pulmón.

En cuanto a distribución topográfica encontramos: 1) lóbulo superior derecho: 1 quiste que ocupaba casi todo el lóbulo y otro del segmento ventral; 2) lóbulo medio: 5; 3) lóbulo inferior derecho: 2 quistes grandes, 1 del segmento apical y otro basal posterior; 4) lóbulo superior izquierdo: 1 grande ocupando

\* Asistente de Cirugía (Fac. Med. Montevideo). Ptes. internos de Cirugía Torácica.

Trabajo del Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Saint-Bois, Prof. Victor Armand Ugón, presentado el 27 de octubre de 1971.

gran parte del lóbulo y 4 en la llingula; 5) lóbulo inferior izquierdo: 2 quistes grandes; 1 apical, 1 basal anterior y 4 basales posteriores.

Fueron realizadas 20 toracotomías: 12 anterolaterales, 4 posterolaterales y en 2 casos (4) se combinaron éstas entre sí.

Las toracotomías anteriores (4-5° espacio) fueron utilizadas en general para el abordaje de los Q.H. anteriores, de la llingula y del lóbulo medio. Las posterolaterales (6-7° espacio) para las topografías dorsales; en el lado derecho se utilizó también este abordaje en 2 casos en los que había interés en la exploración de la cara superior del hígado ante una supuesta hidatidosis hepática asociada.

Los procedimientos quirúrgicos utilizados fueron: en 17 Q.H. hialinos, el parto de la hidátide; en 4 casos de retención de membrana se hizo extracción de la misma y en 1 una resección atípica; estos procedimientos se combinaron entre sí en 4 casos. En todos se aseguró una correcta hemo y aerostasis dejando las cavidades puestas a plano.

En 2 pacientes se asoció un abordaje por frenotomía de la cara superior del hígado, tratándose en uno de ellos por esa vía una hidatidosis hepática asociada.

La evolución fue excelente en todos los casos.

El alta fue dada promedialmente a los 13 días.

## RESUMEN

Se presenta una serie de 10 observaciones de hidatidosis pulmonar bilateral tratadas con toracotomía bilateral sucesiva en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Saint-Bois.

Se analiza la casuística señalando especialmente las condiciones generales de los pacientes, topografía y número de los quistes, vías de abordaje y técnicas operatorias utilizadas. Con este proceder se obtuvieron excelentes resultados en el total de los pacientes operados.

Se destaca la importancia de realizar esta cirugía solo en medios donde se disponga de anestesista, controles Rx. y Servicio de Recuperación con personal entrenado en esta cirugía.

## RÉSUMÉ

Présentation d'une série de 10 observations d'hydatidose pulmonaire bilatérale traitées par des thoracotomies bilatérales successives au Service de Chirurgie Thoracique de l'Hôpital Saint-Bois.

Analyse de la documentation pertinente en soulignant les conditions générales des malades, la topographie et le nombre des kystes, les voies d'abordage et les techniques opératoires employées. D'excellents résultats ont été obtenus par cette méthode sur l'ensemble des patients opérés.

On souligne qu'il est important de ne pratiquer cette opération que lorsqu'on peut compter sur un anesthésiste, des contrôles de Rayons X et un service de récupération doté d'un personnel techniquement compétent.

## SUMMARY

Ten cases of bilateral pulmonary hydatidosis were treated through successive bilateral thoracotomy in the Thoracic Surgery Service of the Saint-Bois Hospital.

Case material is analyzed with special reference to the general conditions of patients, topography and number of cysts, approach and operatory techniques employed. This procedure was highly successful in all operated patients.

It is important that such surgery only be performed where anesthesists, X-Ray controls and Recuperation Services with personnel trained in this type of surgery, be available.

## BIBLIOGRAFIA

1. ARMAND UGON, V. Hidatidosis pulmonar bilateral. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 27: 309, 1956.
2. CASTELLANOS, J., BLANCO RUIZ, C. V., CATALA, R., LOPEZ, L. y LAFARGA, J. L. Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis torácica. *Arch. Int. Hidatidosis*, 24: 139, 1970.
3. CURTILLET, E. Les kystes hydatiques multiples du poumon. *Arch. Int. Hidatidosis*, 11: 49, 1950.
4. PEREZ, J., DE ROSIS, J. F., CURTROPIA, J., MARROTTA, A. A. y DE BORBON, C. Hidatidosis pulmonar. *Arch. Int. Hidatidosis*, 24: 145, 1970.
5. TOMALINO, D. Equinococosis pulmonar múltiple. *Tórax*, 10: 75, 1961.