¿Existe urgencia en quiste hidático de pulmón?

Dres. Roberto Delbene¹, Oscar Maglione², Andrés Salom³,
Brs. Mauricio Volpi⁴, Gustavo Muñiz⁴.

Resumen

La ruptura del quiste hidático (QH) pulmonar puede provocar una hidatidosis secundaria (local, siembra bronquial, pleural secundaria). Es por ello que clásicamente se consideraba que un QH pulmonar en sufrimiento era una urgencia quirúrgica.

La experiencia ha demostrado que más peligroso que la ruptura, es operar un paciente con una neumonitis periquística. En el acto operatorio no se podrá realizar la broncorrafia, desgarrando el parenquima pulmonar friable. Ello llevará a una aerostasis defectuosa, sangrado, reexpansión pulmonar incompleta, con el consiguiente peligro de complicaciones postoperatorias. Un enérgico tratamiento preoperatorio de la neumonitis es obligatorio no importando el estado de sufrimiento del quiste. La TAC nos documentará el estado del pulmón. El objetivo de este trabajo es mostrar dos pacientes operados con una preparación correcta, donde se logró evitar complicaciones y un postoperatorio de pocos días.

Por lo que concluimos que no se justifica una cirugía de urgencia, sin una preparación adecuada

1 Prof. Adjunto.

2 Residente

3 Asistente

4 Practicantes de Clínica Quirúrgica "1".

Clínica Quirúrgica "1" Prof. Dr. G. Estapé

Fac. De Medicina.

Montevideo, Uruguay.

Presentado en la sesión de Video en el 49° Congreso Uruguayo de Cirugía. Salto 29 de noviembre al 3 de diciembre de 1998.

Correspondencia: Dr. R. Delbene, 21 de setiembre 2805/803.

e-mail: delbene@chasque.apc.org

del parenquima pulmonar, con el fin de evitar la ruptura de un QH de pulmón.

Palabras clave: Equinococis pulmonar

Abstract

The rupture of a pulmonary hydatid cyst [HC] may cause a secondary hydatidosis [local, bronchial seeding, secondary pleural]. Consequently the classical view was that an afflicted pulmonary HC constituted a surgical urgency.

Experience has shown than far more dangerous than its rupture, is to operate a patient with pericystic pneumonitis. During the operative act bronchorrhaphy is impossible, as it may tear the friable pulmonary parenchyma. This would lead to defective aerostasis, bleeding, incomplete pulmonary re-expansion and consequent danger of postoperative complications. An energetic preoperative treatment of pneumonitis is a must, regardless of the afflicted state of cyst. TAC shall be used in documenting the condition of lung.

In this instance we have two patients operated after correct preparation, having avoided complications and with only a few days' postoperative care.

We therefore conclude that urgency surgery is not justified, moreover a correct preparation of pulmonary parenchyma is required in order to prevent rupture of pulmonary HC.

Introducción

El quiste hidático (QH) de pulmón exceptuando el hialino, se presenta con distintos grados de neumonitis periquística. Creemos que no se ha valorado la real importancia de este hecho, fuente de complicaciones serias en este tipo de cirugía. Para evitar este tipo de situaciones se debe realizar una preparación correcta. Esta consiste, si el paciente presenta elementos infecciosos broncopulmonares, en “un enérgico tratamiento preoperatorio” según Armand Ugon ⁽¹⁾ con antibióticos, corticoides y fisioterapia.

Se ha jerarquizado la enorme trascendencia del accidente de rotura del quiste hidático de pulmón, comparando al quiste enfermo como una situación de urgencia⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾, similar a un cuadro perforativo. Mal interpretando esta situación como de cirugía inmediata, soslayando la neumonitis perihidática verdadera fuente de complicaciones intra y postoperatorias.

Citando textualmente a Crosa ⁽⁵⁾ que en una mesa inédita del XLIII Congreso Uruguayo de Cirugía en 1992 decía en la introducción “Las escuelas del Río de la Plata establecieron bases de conducta y técnicas quirúrgicas que tuvieron rápida difusión y que con algunas modificaciones tienen aún vigencia. Sin embargo, hay un hecho que llama la atención. Esta cirugía no ha tenido con el tiempo la disminución de complicaciones y secuelas que era dable de esperar.

Una de las explicaciones posibles es que hasta el momento actual se ha prestado más atención al sufrimiento de la hidátide, la que en definitiva será extirpada, que al estado del pulmón, que quedará, será donde el cirujano deberá actuar y donde tendrán lugar las complicaciones.”

En el Servicio de Cirugía torácica del Hospital Saint Bois ⁽⁶⁾ se encontraron 15 casos en 400 que presentaban la forma patogénica de vesiculización múltiple por ruptura espontánea

u operatoria. Aunque es un estudio de patogenia, en la historia de los pacientes no menciona muerte de ninguno.

El único caso de muerte en 415 operados en este mismo servicio en un período de 10 años fue un paciente con un QH en sufrimiento, con una neumonitis periadventicial supurada que fue insuficientemente preparado, quizá tratando de evitar la ruptura de la hidátide, “produciéndose un shock séptico en un quiste complicado con grave supuración parenquimatosas” ⁽⁴⁾⁽⁷⁾.

Hemos seleccionado 2 historias clínicas correspondientes a pacientes portadores de QH de pulmón que se adecuan por sus características a los objetivos de nuestro trabajo, siendo filmadas sus operaciones. En ellos se realizó una evaluación del parénquima pulmonar, realizándose un tratamiento preoperatorio que permitió una cirugía sin complicaciones con un postoperatorio de pocos días.

Material y métodos

B.O. sexo femenino 32 años. N Reg. 4145167 Oriunda de Canelones, antecedentes de 3 neumopatías de lóbulo inferior derecho (LID). Ingresa por dolor tipo puntada de hemitórax derecho, tos y expectoración purulenta. Al examen físico, febril, síndrome de condensación base hemitórax derecho. Rx de tórax imagen de QH roto de LID (Signo del camalote) Neumonitis periadventicial. Fibrobroncoscopia se visualiza membrana hidática, se aspiran secreciones purulentas. Se realiza tratamiento preoperatorio sobre la base de antibióticos, corticoides y fisioterapia durante 15 días. Paciente asintomática. Se realiza TAC de control imagen cavitada con membrana retenida de LID, escasa neumonitis, se visualiza bronquio de drenaje. Se interviene el 07/05/98, intubación selectiva, toracotomía lateral por 5° espacio, adherencias del pulmón a la pleura parietal que se liberan.

QH de pulmón de LID, se realiza la neumotomía, extracción de membranas, previa protección con compresas embebidas en agua oxigenada. El parénquima pulmonar presenta una buena consistencia que permite una broncorrafia sin dificultad con sutura reabsorbible. Adventicectomía parcial cierre de la cavidad. Aerostasis satisfactoria. Dos drenajes. Analgesia con catéter peridural. Postoperatorio, un día en CTI y alta al 5° día de sala a domicilio. Se controla en policlínica. Asintomática.

M.C. 21 años sexo femenino, oriunda de Tacuarembó, operada de QH hepático hace años, hace 6 meses consultó por QH de pulmón roto de LID, operada en Tacuarembó. Presentaba en la Rx de tórax un QH hialino de pulmón en lóbulo superior izquierdo (LSI), que la paciente rehusó operarse. A los 4 meses vómita hidática, luego queda con tos seca hasta el momento que consulta. Nueva Rx de Tórax, QH roto en lóbulo superior izquierdo, secuela en LID. TAC secuela de LID y cavidad con retención de membrana en LSI, en contacto con pleura parietal, sin neumonitis.

Se opera 14/05/98, intubación selectiva, toracotomía axilar izquierda por 4° espacio, extracción de membranas, adventicectomía parcial, no se realiza broncorrafia, cierre de la cavidad. Drenajes, analgesia peridural. Postoperatorio CTI un día, luego pasa a sala un día alta a domicilio. Se controla en policlínicas, alta definitiva a la semana.

Comentario

En estas dos pacientes portadoras de QH de pulmón, nos preocupamos más por la preparación bronco pulmonar que por el estado del quiste o la propagación de éste.

Durante el acto operatorio practicamos el éodo de adventicectomía parcial con enucleación de la hidátide íntegra por el método de

Armand Ugón o extracción simple si el quiste está roto ⁽¹⁾⁽⁴⁾, como sucedió en estos dos enfermos. Protegemos con compresas embebidas en agua oxigenada por su acción parasiticida, para evitar la contaminación operatoria.

Pero creemos que el tiempo fundamental de la operación está en el tratamiento de la cavidad adventicial y no solo en la técnica sino también en la táctica, ya que de ello depende la evolución inmediata y alejada ⁽⁸⁾ del enfermo.

Dice Crosa ⁽⁵⁾ "la experiencia ha puesto en evidencia que la clásicamente aceptada gravedad de algunos accidentes (ruptura), cuya inminencia llevó a realizar operaciones de urgencia en pacientes mal preparados, no era tal. Máxime si se compara con la elevada morbimortalidad de las intervenciones realizadas en esas condiciones".

La razón de la clásicamente aceptada gravedad de la ruptura ⁽²⁾⁽³⁾⁽⁴⁾ fue el exacto conocimiento de la evolución clínica en relación con la biología del parásito por Porriell y Tomalino ⁽⁹⁾ y en segundo lugar los estudios radiológicos descritos por Gonzalez Maseda ⁽⁷⁾ que revelaban con sus característicos signos (hialino, neutroquiste, camalote, pañuelo etc.) el estado evolutivo del parásito.

El advenimiento de la tomografía axial computarizada nos permitió visualizar la neumonitis periquística, avizorar las dificultades operatorias (pulmón de manteca). Además luego de realizar un tratamiento enérgico evaluar el resultado de nuestro tratamiento con una TAC preoperatoria que nos indicará junto con la clínica la oportunidad operatoria.

Armand Ugón ⁽¹⁾ decía cuando se encontraba con un pulmón no preparado: "Cuando la adventicia parenquimatosa está espesada, indurada, es porque el quiste está complicado y hay neumonitis periadventicial, formando así un

conglomerado patológico de carnificación pulmonar.

Se estará actuando en la profundidad de un parénquima sangrante, soplante e infectado...”.

Si existió una buena preparación al paciente, en el acto operatorio, el tratamiento de la adventicia parenquimatosa será firme y se podrá realizar una broncorrafia sin desgarrar pulmonar. Esto nos permitirá una aerostasis segura y una puesta a plano o cierre de la cavidad adventicial. Con ello lograremos una reexpansión completa del pulmón, ausencia de fugas aéreas en el postoperatorio, evitaremos complicaciones graves y la estadía intrahospitalaria postoperatoria del paciente será corta como sucedió con nuestros pacientes.

En conclusión: creemos que en los pacientes portadores de QH de pulmón, deben ser operados lo más pronto posible ya que el riesgo de ruptura del quiste cambia el pronóstico de la enfermedad, pero esto no justifica en ningún caso que para evitar esto, se opere un enfermo con neumonitis periquística verdadera fuente de complicaciones postoperatorias con riesgo vital inmediato.

Bibliografía

1. Armand Ugon V. Tratamiento del quiste hidático del pulmón y sus complicaciones. Congreso Uruguayo de Cirugía 2°, Montevideo 1951, p. 209 – 52.
2. Sanjines A. Actitud del médico frente al quiste hidático del pulmón Arch. Med Int 1981; 3: 175-7.
3. Sanjines A. El médico frente al quiste hidático del pulmón (Reflexiones de una experiencia de 30 años) Tórax 1982; 28: 3-5.
4. Sanjines A. Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis torácica (excluido el corazón). Congreso Internacional de Hidatología 13°, Madrid, 1985. v1 p. 241-51.
5. Crosa Dorado V. Comunicación personal.
6. Delgado B, Barret Diaz A., Macedo J. Hallazgo de más de una hidátide dentro de una cavidad adventicial pulmonar. Discusión patogénica sobre 15 observaciones. Cir Uruguay 1972, 42:395-8
7. Lischinsky A., Amorin R, Méndez H, González Maseda M, Sanjines A., Diagnostico y tratamiento de la equinocosis hidatídica pulmonar Cir. Uruguay 1975: 45:515-51
8. Chifflet J, Martínez J.L., Zubiaurre J. Evolución alejada de los quistes hidáticos de pulmón. Evaluación de las lesiones anatómicas mediante tomografía computada. Congreso Internacional de Hidatología, 13°, Madrid, 1985.
9. Purriel P, Tomalino D. Un nuevo enfoque de la patología general de la hidatidosis. La clínica en relación con la biología del parásito, Torax 1960; 9:87-104.