

TRATAMIENTO DEL NEUMOTORAX HIDÁTICO (*)

Dr. Victor Armand Ugón

(Servicio de Cirugía Torácica del Saint Bois)

El neumotórax hidático es una complicación grave y relativamente frecuente de la hidatidosis pulmonar. Hemos observado 10 casos de esta complicación, con dos muertes. Una de estas muertes fué debida a la evolución simultánea de una tuberculosis pulmonar y la otra ocasionada por amiloidosis hepática consecutiva a una fístula pleural crónica y quietas del hígado abiertos en vías biliares.

Por excepción el neumotórax hidático se mantiene aséptico, pudiendo reabsorberse el derrame gaseoso y cerrar espontáneamente la fístula bronco-pleural. Es la evolución ulterior de una equinocosis pleural secundaria que certificará la naturaleza hidática del proceso.

Como caso demostrativo es el del enfermo A. A., de 63 años, procede del Depto. de Rocha, enviado por el Dr. Lucían Canzani. Hace 2 años tuvo un cuadro agudo pulmonar con mucha disnea con hidro-neumotórax que mejoró al cabo de unos meses. Posteriormente se comprueba en las radiografías tomadas por el Dr. Oyhenart y el Dr. A. Rodríguez la aparición en el hemitórax afectado de una serie de nódulos periféricos, con relación al pulmón, y sin trastornos funcionales. En el 4º espacio intercostal sobre la línea mamelonar se exterioriza uno de esos nódulos, que extirpado quirúrgicamente muestra ser un quiste hidático del tamaño de una naranja, mitad endo, mitad exotorácico.

Como en una comunicación anterior fué tratado este tema, no insistiremos sobre él.

En la faz aguda del neumotórax, creemos que la toracotomía

(*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 30 de julio de 1947.

amplia, con evacuación del parásito, membranas, el cierre en planos de la fístula adventicio-pleural, seguido de reexpansión pulmonar con drenaje pleural cerrado y penicilino-terapia es la conducta aconsejable.

Mostraremos la serie radiográfica correspondiente al niño J. C., de 11 años, portador de un pnoneumotórax hidático izquierdo con un quiste intacto y otro roto en la pleura, que curó en 20 días con la terapéutica anotada.

Por último, si el pnoneumotórax hidático fué tratado por simple pleurotomía y en la evolución post-operatoria el control radiológico mostrara la ausencia de reexpansión pulmonar, por persistencia de la fístula, la intervención quirúrgica es imperativa. En la operación hay que realizar una doble finalidad para reexpandir el pulmón: cerrar la fístula y decorticar el pulmón encarcelado por una gruesa paquipleuritis. Esta decorticación fué fácil en el caso del enfermo Q., 12 años, que operamos con los Dres. Iraola y Berhuet, y que llevaba una evolución de un año de empiema crónica fistulizado.

La toracoplastia amplia o el Scheede a veces será el recurso heroico para obliterar un hemitórax supurante y con pulmón irre-expansible por fibrosis de larga evolución.