

## QUISTES HIDATICOS VOMICADOS

Cuando se produce la rotura de un quiste hidático pulmonar, se asiste a la formación de un *pioneumoquiste hidático* y/o en una etapa evolucionada, al *encarcelamiento de la membrana hidática*.

Con las activas y eficaces medidas terapéuticas de que se

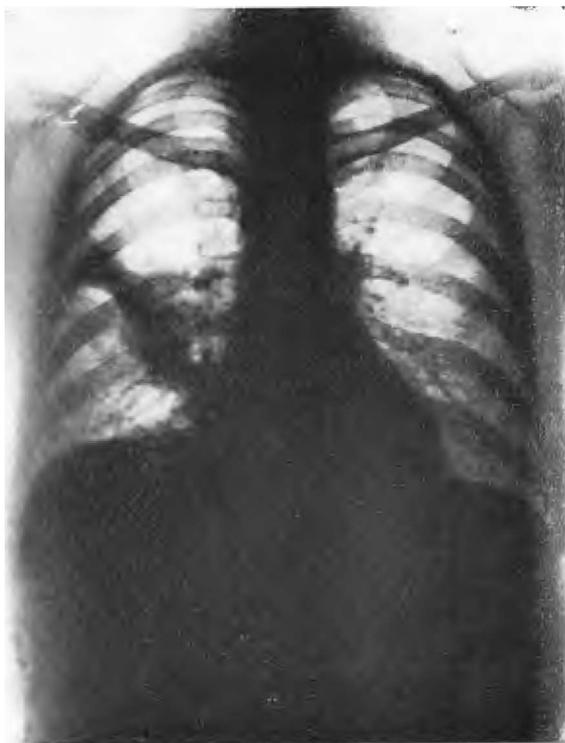


FIG. 4. — Quiste vomicado hace dos años ubicado en el segmento anterior del lóbulo superior derecho.

dispone para combatir la infección, se puede yugular el empuje inflamatorio, corolario de la rotura del quiste, para operar en frío. Los antibióticos, las sulfamidas, el drenaje postural, broncoaspiraciones, gimnasia respiratoria, etc., mejoran considerablemente el cortejo húmedo supurativo postvómica.

La terapéutica transforma el pioneumoquiste con abun-

dante expectoración, en una lesión similar al de la membrana encarcelada, con escasa o nula expectoración.

Es por excepción que el cirujano enfrentado a grandes pionoquistes, se verá obligado a drenarlo rápidamente al exterior, utilizando para esta eventualidad el método de Lamas-Mondino: anestesia local, formación de adherencias y marsupialización.

Esta operación en dos tiempos se ha vuelto excepcional y



FIG. 5. — Lobectomía superior derecha, por quiste vomicado, foco de neumonía crónica.

en estos últimos años sólo se ha practicado seis veces, en más de un centenar de quistes vomicados operados.

En los quistes vomicados se siguieron las directivas señaladas para tratar los quistes hialinos: anestesia general, equipo de reanimación, toracotomía amplia para realizar un cómodo abordaje transpleural, liberación de las adherencias y protección de la serosa pleural.

La conducta final frente al quiste vomicado *no* fué la marsupialización. La experiencia nos demostró que es innecesaria y peligrosa, pues en tres casos que se realizó sobrevinó postopera-

torio accidentado y empiema que tuvo que ser drenado por pleurotomía, retardando la curación.

Frente al quiste vomicado se siguieron dos conductas operatorias, aproximadamente en idénticas proporciones y por excepción la marsupialización y el método de Lamas-Mondino.

- a) Resección pulmonar.
  - b) Tratamiento conservador.
  - c) Marsupialización y método de Lamas - Mondino.
- a) *Resección pulmonar. — La elección de la conducta a*

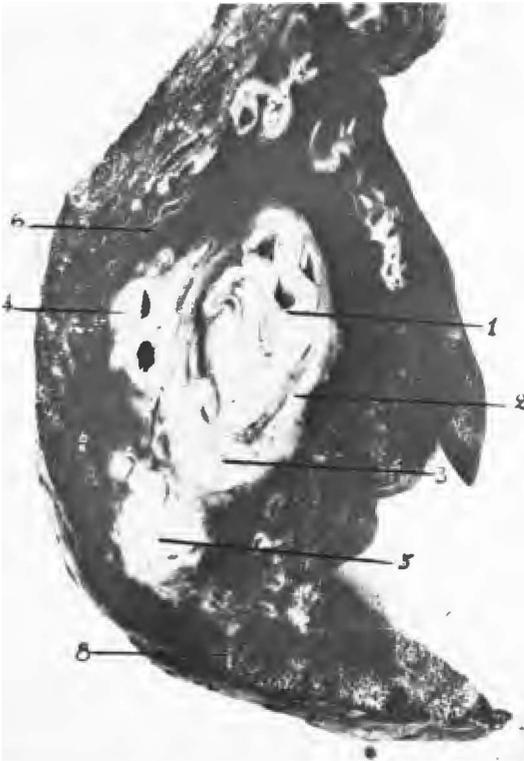


FIG. 6. — Pieza de lobectomía inferior izquierda. Quiste vomicado en membrana encarcelada en 1; 5, focos de neumonía crónica.

seguir, se fundamenta en los datos clinicorradiológicos preoperatorios y en las comprobaciones hechas durante el acto quirúrgico.

1º) El estudio preoperatorio, señalando la existencia de rebelde y abundante expectoración, de hemoptisis importantes y recidivantes, el largo tiempo transcurrido desde la rotura de la

hidátide, la expectoración de vesículas hijas, los elementos que muestran las radiografías, tomogramas y broncogramas indicando condensación pulmonar, focos neumónicos, bronquiectasias, esclerosis, etc., son elementos que orientan *hacia la resección pulmonar*. (Figs. 4 y 5).

2º) *El examen del lóbulo realizado operatoriamente*, mostrando su induración esclerosa, la localización profunda, centrolobar del polo hiliar del quiste. La neumoquistostomía exploradora, indicando una adventicia indurada, firme, resistente al colapso; la comprobación de numerosos e importantes bronquios



FIG. 7. — Quiste vomicado de la llingula.

abriéndose en la adventicia, etc., *son elementos que decidirán a practicar una resección*. (Fig. 6).

La resección será cuneiforme, si la lesión es pequeña, cortical; segmentectomía, si la deformación del pedículo no está muy alterada por adenopatías o esclerosis hiliar; o lobectomía típica.

La resección es la operación de elección por su benignidad,

cuando la lesión asienta en el lóbulo inferior derecho, llingula o lóbulo medio. (Figs. 7 y 8).

*b) Tratamiento conservador.* — Por el contrario, cuando la vómica es reciente, escasa la sintomatología funcional, cuando el quiste es de pequeño volumen y superficial, cuando el lóbulo que lo alberga está sano, cuando la adventicia no está indurada y se retrae colapsándose fácilmente, optamos por realizar una operación conservadora.

Consiste en una neumquistostomía. Se extraen todos los res-

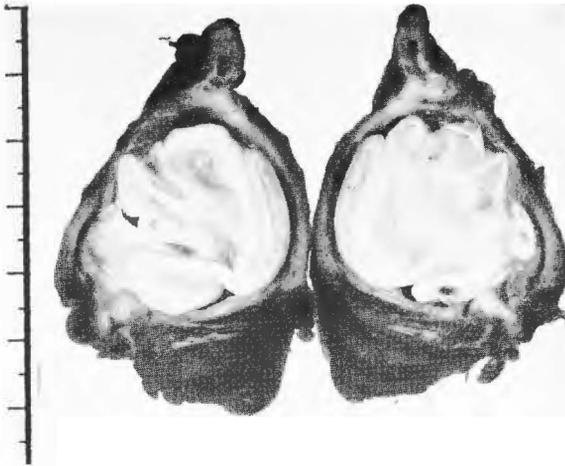


FIG. 8. Lingulectomía por membrana hidática encarcelada. Pieza fotográfica de la enferma de la fig. 4

tos de membrana, se aspira el pus y se realiza una limpieza minuciosa dentro de la adventicia y su obliteración, abandonando el pulmón sin drenarlo.

Para tratar la adventicia se utiliza la misma conducta que se siguió en los quistes hialinos: obliteración de los bronquios con puntos en bolsa con agujas atraumáticas y seda 00, o lo que es más fácil, adosando por una serie de puntos en bolsa, desde la profundidad a la superficie cortical de la adventicia.

Se cierra la incisión de la neumquistostomía, previo recorte de la adventicia exuberante, subpleural, por dos planos. Se controla que la aerostasia sea perfecta y se termina reinsuflando totalmente el pulmón. Se instala un drenaje pleural cerrado por contraabertura, para evacuar los exudados y se cierra la toracotomía herméticamente, como es de práctica.

Esta conducta conservadora del parénquima es de fácil ejecución y muy benigna, pues no se perdió ningún enfermo sobre cincuenta operados. No se produjeron complicaciones de importancia y no hubo que lamentar ningún empiema, a pesar de que con frecuencia se encontraron restos hidáticos sobrenadando en una atmósfera purulenta. Extraída la causa de la supuración

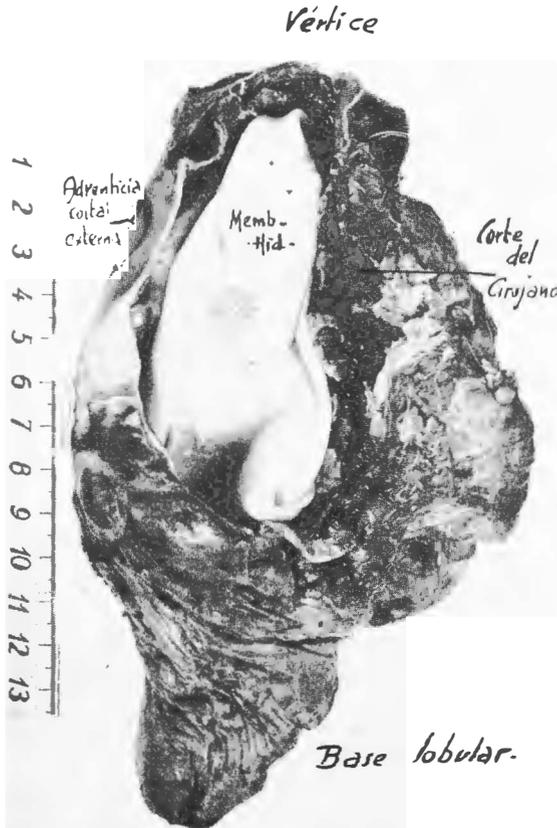


FIG. 9. — Lobectomía inferior derecha por quiste hidático vomitado. Nótese la diferencia entre la adventicia subpleural y la adventicia parenquimatosa.

pulmonar, no hay motivo para drenar el quiste por marsupialización, cuando se aborda por vía transpleural.

Los quistes vomitados tratados por el procedimiento conservador descrito, curaron con simplicidad y no se comprobaron secuelas alejadas, ni cavidades residuales, ni bronquiectasias. Hubo que reoperar un solo enfermo por persistencia de hemoptisis, a los seis meses de la primera intervención practicada con

este método conservador. Se trataba de un quiste del lóbulo superior izquierdo que invadía, a través de la cisura, el lóbulo inferior y que por las dificultades en la disección del pedículo lobar, hubo que practicar una neumonectomía, operación que se juzgó excesiva y muy grave en la primera intervención.

Este tratamiento conservador nos ha enseñado que es inútil y exceso de terapéutica, practicar sistemáticamente una resección en los quistes vomitados, resección que es más grave y mutilante. (Fig. 9).

c) *Marsupialización*. — La marsupialización por vía transpleural es innecesaria y peligrosa, a pesar del pus que se encuentra dentro de la adventicia en estos quistes vomitados. El avestamiento por marsupialización es un reflejo quirúrgico que en cirugía pulmonar ha ocasionado desastres. Es difícil, en efecto, marsupializar el pulmón, tejido retráctil, poco firme, infectado, que no mantiene el hermetismo de las suturas y lo más probable es que en el postoperatorio se establezca una comunicación broncoadventiciopleural con neumotórax abierto o pnoneumotórax.

Todas las estadísticas señalan la alta gravedad de la marsupialización hecha a través de pleura libre por sutura quirúrgica.

Cuando es necesario el drenaje pulmonar transpleural, debe ser hecho por una resección y no por marsupialización.

**Operación de Lamas-Mondino.** — En los grandes quistes vomitados que en la radiografía dan una imagen hidroaérea de gran volumen, que se superficializan en una región de la pared torácica de fácil abordaje y que se acompañan de estado general malo, con gran expectoración purulenta y fétida, puede plantearse la indicación de operarlos en dos tiempos, por el *procedimiento de Lamas-Mondino*.

Una prudente expectación, con tratamiento general, transfusiones, antibióticos, drenaje postural, etc., debe ser realizado energicamente. Si el estado general y funcional no mejora con prontitud, debe realizarse aquella operación.

La expectoración abundante hace correr el riesgo de inundación pulmonar, cuando se utiliza anestesia general. Por el contrario, la operación a través de pleura sinfizada, se puede realizar con facilidad, bajo anestesia local, sin riesgos.

Las adherencias sólidas después del primer tiempo se obtie-

nen sin dificultad, por ya existir una sínfisis parcial pleural que la intervención no hace sino robustecer.

No es raro que se pueda drenar en un solo tiempo operatorio estos grandes quistes. Estos enfermos deben ser controlados, porque ellos son los que suministran un porcentaje elevado de cavidades residuales, lesión que requiere para su curación definitiva una resección pulmonar, practicada en buenas condiciones, gracias al drenaje previo por el método Lamas-Mondino.