

SECUELAS DEL QUISTE HIDATICO DE PULMON

La vómica que sigue a una rotura espontánea del quiste y expulsión retardada de la membrana parasitaria o después de intervenciones quirúrgicas habitualmente incorrectas o incom-



FIG. 12. La misma enferma cuatro años después, con un quiste del lóbulo superior izquierdo.

pletas, puede dejar lesiones que requieran terapéuticas quirúrgicas.

Las secuelas más frecuentes son las que siguen a una vómica espontánea, más raras son las postoperatorias. Las lesiones más comunes son la persistencia de una cavidad residual, la existencia de bronquiectasias, las fístulas broncoquistocutáneas o broncoquistopleurales, con formación de empiemas crónicos. Estas lesiones han sido muy bien estudiadas por Piaggio Blanco, García Capurro, Purriel.

Nos ocuparemos de la persistencia de cavidad residual y de las bronquiectasias, dejando para el capítulo siguiente las fístulas broncopleurocutáneas, retracción y empiemas crónicos.

No nos parece necesario volver a insistir sobre el papel que desempeñan las adherencias parietales, la infección y las aberturas bronquiales dentro de la adventicia, como causantes del mantenimiento de la cavidad adventicial y su posible epitelize-

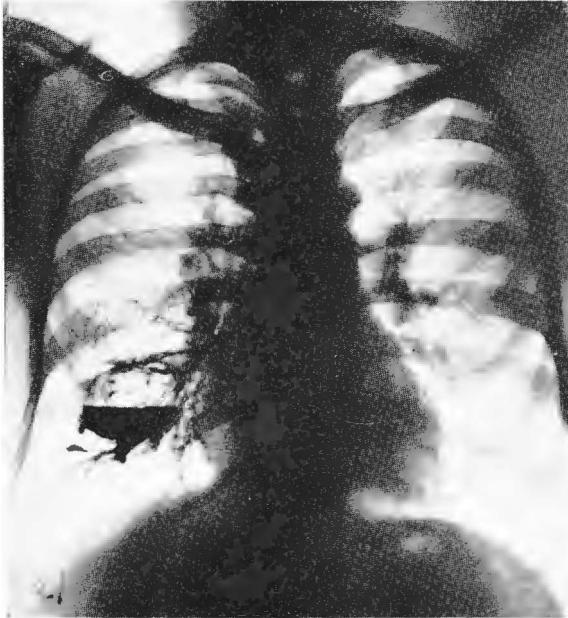


FIG. 13. Broncografía para evidenciar mejor la cavidad residual y bronquiectasias posthidáticas.

ción. Con las técnicas modernas esta persistencia se ha vuelto muy rara como nos lo ha enseñado el control lipiodorado y tomográfico. (Figs. 13 y 14).

El tratamiento de la cavidad residual y bronquiectásica es la *resección pulmonar*, que deberá ser lo más económica posible: segmentectomía, lobectomía o neumonectomía.

En dos casos, al querer practicar segmentectomía, se produjo rotura de la arteria pulmonar derecha, y en el otro caso de la izquierda.

La rotura derecha pudo ser controlada por sutura del tronco de la pulmonar, pero fué necesario practicar lobectomía.

En el segundo caso hubo que ligar la arteria pulmonar y

practicar una neumonectomía, por llegar la adventicia hasta el mismo hilio pulmonar, alterándolo. En otro caso de cavidad residual de un quiste vomicado, ápicipulmonar, la liberación de la adventicia produjo un desgarro de la vena subclavia, que fué causa de una hemorragia seria durante el acto operatorio. Si re-

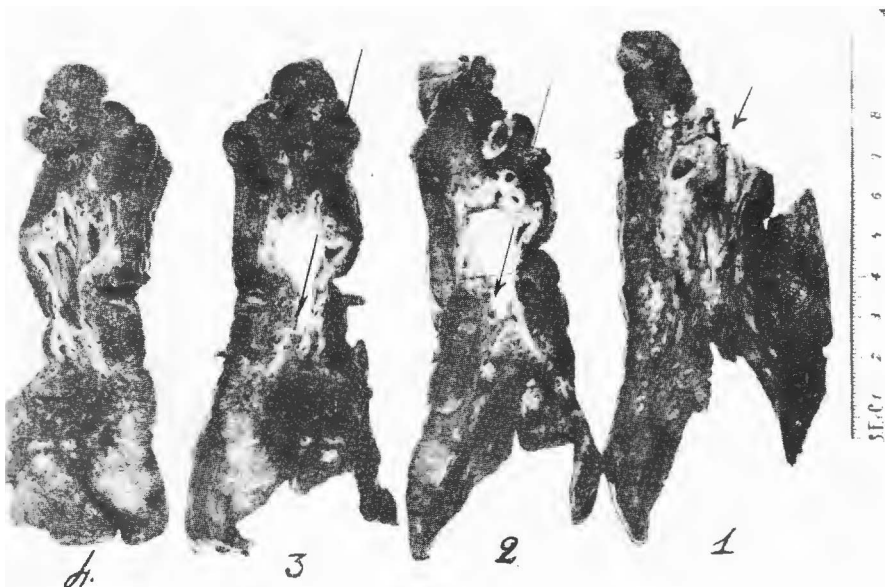


FIG. 14. Lobectomía inferior derecha del enfermo de la radiografía de la figura anterior. En 4 se aprecia la epitelización de la vaciedad residual. Fotografía de cuatro cortes comprendiendo la mitad anterior del lóbulo, en la zona donde se desarrolla la cavidad residual. 1. Es el corte posterior, en la zona hiliar, y la flecha indica el bronquio que comunica con la cavidad (siguiendo el trayecto de las flechas con los otros cortes). En el corte 4 se observa un polo anteroinferior de la cavidad y en esta zona se percibe el trabeculado columnar que irregulariza las paredes cavitarias. La cavidad aparece aplastada por la fijación de la pieza. Su pared fibrosa es relativamente delgada y el proceso de fibrosis circundante se desarrolla principalmente alrededor de los bronquios y vasos sanguíneos. Las líneas de los puntos en el corte 2, indican los fragmentos tomados para examen histológico. Además se tomó un fragmento sobre el corte 1, comprendiendo la pared bronquial y su continuidad en la pared cavitaria.

cordamos estos casos es para puntualizar que la cirugía de las secuelas hidáticas puede ser difícil o grave y que requiere, para su realización, un equipo convenientemente entrenado para la cirugía endotorácica.