Rev. Chilena de Cirugía. Vol 54 - Nº 6, Diciembre 2002; págs. 661-664

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Hidatidosis pulmonar en el Hospital de Coquimbo

Drs. MARCO ROJAS G, LAÍN GONZÁLEZ A, ROBERTO SAGREDO A

Servicio de Cirugía, Hospital Coquimbo

RESUMEN

Se presenta la experiencia de 5 años en el tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar, analizando la técnica quirúrgica y complicaciones. Se operaron 28 quistes hidatídicos en un total de 24 pacientes. Hubo 3 casos con quistes bilaterales. Se distribuían en 14 hombres y 10 mujeres, con una edad promedio de 39 años (rango de 16 a 76 años). Diecinueve pacientes eran sintomáticos, presentando tos y dolor torácico todos ellos. La técnica quirúrgica fue quistectomía y resección de la periquística en 19 casos, se le agregó capitonaje en 7 y en 2 se efectuó lobectomía. No hubo mortalidad en la serie.

PALABRAS CLAVES: ***Hidatidosis pulmonar, diagnóstico, tratamiento***

SUMMARY

We present a five year experience in the surgical treatment of pulmonary hydatidic disease. The surgical technique and complications are described. There were 24 patients, 14 males and 10 females with an average age of 39 years (range: 16-76). Symptoms were present in 19 patients; all of them had cough and chest pain. Surgery was performed on 28 cysts: cystectomy and pericystic resection in 19 cases, capitonnage was added in 7 cases and 2 patients underwent lobectomy. There was no mortality in this series

KEY WORDS: ***Pulmonary hidatidic disease, diagnosis, treatment***

INTRODUCCIÓN

La hidatidosis es una enfermedad endémica en la Cuarta Región y a ello contribuye una gran ruralidad, gran cantidad de ganado caprino y ovino, altos índices de pobreza, y mal manejo zoosanitario, lo que condiciona un difícil manejo desde el punto de vista de la salud pública.

Según datos del Servicio de Salud Coquimbo el año 1999 se notificó un total de 23 casos de hidatidosis con una tasa de 4,03 para una tasa nacional de 2,38 por 100.000/hab.

El tratamiento de la hidatidosis pulmonar es quirúrgico y se acepta una mortalidad no mayor de 3% con rangos de morbilidad hasta de un 50% en la literatura nacional.[1-3]

En el Servicio de Cirugía del Hospital de Coquimbo hemos tratados 24 enfermos de hidatidosis pulmonar durante un período de 5 años, lo que presentamos como un aporte de nuestra experiencia en un tema aún no resuelto del espectro epidemiológico chileno.

MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyen todos los pacientes operados con diagnóstico de quiste hidatídico pulmonar durante un período de 5 años desde el 1 de enero de 1996 al 31 de diciembre de 2000.

Se revisó la presentación clínica y el método de estudio realizado. Son 24 enfermos con 28 quistes operados. Se usó la radiografía como elemento de imagenología de elección, la TAC sólo se usó en 2 casos por cuadros inespecíficos. La broncoscopia se realizó como estudio de una lesión parenquimatosa inespecífica o hemoptisis de etiología no pre-

cisada. El arco quinto de inmuno difusión no se solicitó rutinariamente. En todos los enfermos se indicó kinesioterapia respiratoria preoperatoria y se tomó espirometría y gases en sangre arterial como índice de la función respiratoria. Se operó con anestesia general y tubo de doble lumen orotraqueal. No se usó tratamiento médico antiparasitario. Se abordó el tórax a través de una toracotomía pósterolateral; en los últimos tres casos se usó una toracotomía de separación muscular. En la mayoría se realizó una quistectomía con resección del tejido pulmonar irrecuperable; en algunos casos se agregó capitonaje y en dos casos se realizaron lobectomías. En todos se usó antibióticos profilácticos, penicilina (20 millones/24 h más gentamicina 5 mg/kg peso por 24 h) dejándolos como tratamiento en los casos complicados. En la hidatidosis bilateral hemos abordado primero el complicado o el más grande.

RESULTADOS

Nuestra casuística la comprenden 14 hombres (58,3%) y 10 mujeres (41,7%), con una edad promedio de 39 años y un rango entre 16 y 76 años.

Se observó un 75% de ruralidad en cuanto al origen de los enfermos (Tabla 1). Se operaron 28 quistes en estos 24 enfermos, 13 quistes en hemitórax derecho (46,4%) y 15 en hemitórax izquierdo (53,6%); en tres casos eran bilaterales y uno de ellos presentó recidiva a los 5 años de operado de un quiste pulmonar izquierdo complicado (Tabla 2).

Hubo 5 enfermos que presentaron quistes simples (20,8%) en los cuales el diagnóstico fue un hallazgo en una radiografía de tórax tomada por otra causa; los 19 enfermos restantes (79,2%) se presentan con quistes complicados (Tabla 3).

El diagnóstico fue clínico y/o radiológico en todos los casos. Todos los enfermos complicados presentaron tos seca, irritativa de más de un mes de evolución y dolor torácico moderado permanente, sin tope inspiratorio (Tabla 4).

En 7 casos se acompaña de cuadro respiratorio, de tos persistente con expectoración mucopurulenta o neumonía que posterior al tratamiento persistió con una imagen pulmonar de condensación. En un enfermo con hemoptisis se constató un nódulo pulmonar solitario cuyo estudio confirmó ser un pequeño quiste hidatídico parcialmente roto y con retención de membranas. En 2 casos el empiema pleural fue el primer síntoma de consulta. En 5 enfermos se obtuvo el dato de vómica que fue de regular cuantía sin llegar a comprometer al paciente. Un paciente relataba hemoptisis que fue de carácter leve de más de 2 meses de evolución, y en 3 casos se asoció vómica más hemoptisis.

La broncoscopia se realizó en 9 enfermos y en 6 de ellos se obtuvo informe anatomopatológico de membranas de quiste hidatídico. No hubo complicación en el procedimiento. El estudio de arco quinto de inmunodifusión se solicitó en 5 casos siendo positivo en 2. La única localización simultánea hallada fue la hepática, que se resolvió posteriormente. Se realizó quistectomía más resección de la periquística, agregando capitonaje en los últimos 7 casos, no observando diferencias en relación a complicaciones al agregar esta técnica (Tabla 5).

En 2 enfermos se realizó lobectomía como primer procedimiento por lesiones que comprometían todo el lóbulo pulmonar inferior. En los casos de empiema pleural adicionamos una decorticación pleural. No usamos VATS en nuestros casos.

Hubo 5 complicaciones postoperatorias (17%) (Tabla 6): un hematoma de herida operatoria que se

Tabla 1

CASUÍSTICA

Hombres	14 (58,3%)
Mujeres	10 (41,7%)
Edad: 16 a 76 años $\bar{x}$= 39 años	
Ruralidad: 75%	

Tabla 2

UBICACIÓN

Derechos	13 (46,4%)
Izquierdos	15 (53,6%)
Bilateral	3 (12,5%)
Hepática contemporánea	5 (18,0%)

Tabla 3

Quistes simples	20,8%
Quistes complicados	79,2%

Tabla 4

SÍNTOMAS

Tos	19 (100%)
Cuadro respiratorio	8 (42%)
Vómica	5 (26%)
Hemoptisis	1 (5,2%)
Vómica y hemoptisis	3 (15%)
Empiema pleural	2 (10,5%)

Tabla 5

CIRUGÍA

Quistectomía más resección periquística	67%
Se agrega capitonaje	23%
Lobectomías	10%

trató con punciones y AINE en forma satisfactoria. Un caso de derrame pleural, sin fiebre que se manejó con pleurocentesis y antibióticos sin necesidad de otros procedimientos. En relación a complicaciones mayores hubo 2 fístulas broncopleurales; en un caso se trató con taponamiento endoscópico con gelita y antibiótico controlando la fuga aérea. En el otro caso la fuga aérea era de mayor cuantía con escasa expansión pulmonar y debió reoperarse. En este caso podría haberse planteado, luego de revisar el caso, la lobectomía en la primera intervención por el tamaño del quiste que ocupaba gran parte del lóbulo inferior; se realizó la lobectomía sin incidentes. La otra complicación mayor fue un hemotórax que se resolvió con VATS satisfactoriamente. No tuvimos mortalidad en esta serie.

DISCUSIÓN

En nuestra casuística se observa una fuerte ruralidad observada ya en todas las publicaciones nacionales.[1-6] También tenemos un alto porcentaje de quistes complicados al momento del diagnóstico. Una tardanza en la consulta, un retardo en la derivación a centros de mayor complejidad, y una reticencia del enfermo a salir de su medio ambiente dado por un factor socio cultural complicado, hacen que los enfermos estén llegando tardíamente a los hospitales. Además, es claro que sólo estamos viendo parte del problema, ya que un porcentaje de enfermos se derivan a otros centros o aun no son diagnosticados.

La presencia de vómica y hemoptisis está en rangos observados en otras casuísticas nacionales.[2-4] Debe destacarse que la vómica constituye una “emergencia hidatídica” y requiere cirugía lo antes posible para evitar mayores complicaciones, ya sea una nueva vómica con el riesgo de asfixia y diseminación, como de infección del quiste residual con sus membranas retenidas. En nuestra experiencia hay un 42% de patología respiratoria dado por cuadros arrastrados sin antecedentes de vómica, con lesiones parenquimatosas de condensación, a veces sumados a episodios de hemoptisis o nódulo pulmonar solitario lo que hacía sospechar otras etiologías. Hemos utilizado la broncoscopia en casos de etiología no precisada, la que ha sido orientadora en 6 de 9 enfermos al obtener membranas hidatídicas en el informe de anatomía patológica. No la efectuamos si hay sospecha de hidatidosis pulmonar previamente.

Tabla 6

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS 5 (17%)

1 Hematoma herida operatoria
1 Colección pleural
2 Fístula broncopleural
1 Hemotórax

Nuestra técnica quirúrgica y nuestros resultados no difieren de los observados en la literatura nacional.[2-8] y la internacional.[9-10] Pensamos que el uso de toracotomías con separación muscular permite un buen campo quirúrgico logrando conservar intacto los músculos de la pared torácica, dejando una reserva importante de material para colgajos musculares tributarios de ser utilizados para rellenar una cavidad pleural residual.[11] La broncoscopia ha sido una eficaz herramienta diagnóstica y terapéutica en el manejo de la fístula broncopleural.[12] El hecho de que en los 3 casos de bilateralidad, en 2 de ellos el segundo quiste se operara complicado, nos obliga a evaluar esta situación y a extremar el control de nuestros enfermos.

En conclusión, el tratamiento utilizado para el manejo del quiste hidatídico pulmonar, ha sido satisfactorio en nuestro hospital, sin embargo, está pendiente una solución integral de esta patología, ya que la ruralidad, las condiciones socioeconómicas precarias y la falta de educación en esta zoonosis condicionan una atención parcial y muchas veces tardías de la hidatidosis. Sólo un manejo adecuado del huésped definitivo (perro), un tratamiento sanitario de la disposición final de vísceras contaminadas y una educación de la población permitirá solucionar esta patología.[13]

BIBLIOGRAFÍA

1. Allamand J: Tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar. Rev Méd Chile 1977; 105: 439.
2. Baquerizo M: Hidatidosis pulmonar: experiencia en 1094 quistes. Rev Chil Cir 1998; 50: 502-8.
3. Schultz H: Hidatidosis pulmonar: experiencia quirúrgica en Hospital de Valdivia. Rev Chil Cir 1996; 48: 332-6.
4. Puelma C: Quiste hidatídico pulmonar: tratamiento quirúrgico. Rev Chil Cir 1997; 49: 49-53.
5. Vallejos O: Postbeca en región de hidatidosis endémica. Rev Chil Cir 1994; 46: 414-7.
6. Allamand M: Apuntes de cirugía torácica. Series quirúrgicas. Soc Chil Cir 1992.

7. Pinto G: Recurrencia postoperatoria de la enfermedad hidatídica. Rev Chil Cir 1989; 41: 74-7.
8. Burgos R: Pulmonary hydatidosis: surgical treatment and follow-up of 240 cases. Eur J Cardiothoracic Surg 1999; 16: 628-34.
9. Safioleas M: Surgical treatment for lung hydatid disease. World J Surg 1999; 23: 1181-5.
10. Aarons: Thoracic surgery for hydatid disease. World J Surg 1999; 23: 1105-9.
11. Stephen R: The effect of muscle-sparing versus standard posterolateral thoracotomy on pulmonary function, muscle sterngth, and postoperative pain. J Thorac Cardiovasc Surg 1991; 101: 394-401.
12. Soto L: Tratamiento broncoscópico de la fístula broncopleural postquirúrgico. Presentado en el congreso de la Asociación Latino Americana de Tórax (ALAT) 2000.
13. Pinto P: Hidatidosis pulmonar. Carta quirúrgica. Soc Chil Cir 1191(29).