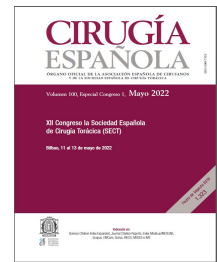




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-18 - HIDATIDOSIS PLEURO-PULMONAR MASIVA: UN RETO QUIRÚRGICO INUSUAL EN NUESTRO MEDIO

Ruiz Molina, O.; Rumbero, J.C.; Uribe-Etxebarria, N.; Lorenzo, M.; Jiménez, U.; Hernández, L.; Fernando, M.; Loidi, C.; Ojanguren, O.; Rojo, R.

Hospital Universitario Cruces, Baracaldo.

Resumen

Introducción: La hidatidosis pleuro-pulmonar es infrecuente en nuestro medio y puede suponer un verdadero reto quirúrgico en casos de diseminación masiva y variante multilocular, en los que la extirpación completa de todos los quistes es de extrema dificultad. Presentamos el caso de una hidatidosis masiva en la que consigue una resección de todas las lesiones mediante un abordaje múltiple.

Caso clínico: Varón de 30 años, natural de Marruecos sin otros antecedentes. Clínica de tos con expectoración amarillenta, pérdida de peso no cuantificada y tumoración en región pectoral izquierda con crecimiento progresivo en un año. La analítica practicada fue normal y las serologías negativas. En el TAC se objetivaron múltiples lesiones quísticas pleuro-pulmonares compatibles con quistes hidatídicos, extensión transdiafragmática izquierda hacia hipocondrio izquierdo y herniación de un gran quiste a través de 2º espacio intercostal hacia la región pectoral del mismo lado. Valorado junto al Servicio de Enfermedades Infecciosas se considera la intervención quirúrgica como la mejor opción terapéutica. Se indica así mismo tratamiento antiparasitario con albendazol 4 horas previo a la intervención y praziquantel tras la cirugía. La intervención se inicia en decúbito supino y toracotomía anterior en 2º espacio intercostal para la disección del quiste a dicho nivel. Se aspira el contenido, se instila suero hipertónico y se reduce e introduce en la cavidad torácica para rescatarlo y resecarlo posteriormente desde la toracotomía posterolateral. Acto seguido, en decúbito lateral derecho, toracotomía posterolateral con resección de 6ª costilla. Se objetivan múltiples quistes pleuropulmonares, principalmente en mediastino anterosuperior y paravertebrales. Se aprecian adherencias universales que requieren adhesiolisis laboriosa. Progresivamente y uno a uno se vacían los quistes con punción y aspirado, se instila suero hipertónico y se resecan. Otros se tratan con aspiración y capitonage y otros con quiste periquistectomía. En algunos quistes multiloculares se realiza apertura con aspiración con caída ocasional de quistes hijos al campo que se protege con irrigación de suero hipertónico. En lóbulo inferior izquierdo se objetiva gran quiste intrapulmonar totalmente supradiafragmático (descrito en TAC como transdiafragmático), que precisa de incisión de apoyo en 10º EIC para correcta visualización y disección. La intervención concluye tras la resección intrapericárdica de un quiste mediastínico y la aerostasia de varios puntos de fuga intrapulmonares mediante capitonage de las cavidades. En el posoperatorio presenta fuga aérea persistente como única complicación. Se realiza TC posoperatorio a los 7 meses de la intervención donde se observa una lesión paramediastínica izquierda de 35 mm y otra de las mismas

características en ligamento pulmonar que corresponde a quistes hidatídicos. Tras 2 años de seguimiento dichas lesiones se encuentran estables.

Discusión: A pesar de que la hidatidosis pulmonar es inusual es nuestro medio, todo cirujano torácico debe conocer las técnicas quirúrgicas disponibles para su tratamiento quirúrgico pues se enfrentará a esta enfermedad ocasionalmente.