



V-17 - EXÉRESIS DE QUISTE HIDATÍDICO PULMONAR ABORDAJE ROBÓTICO

Gabriela Rosado Rodríguez, Diana Baquero Velandia y Pablo Rodríguez Taboada

Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona.

Resumen

Introducción: La equinococosis quística o hidatidosis es una zoonosis parasitaria de distribución mundial, causada por el *Echinococcus granulosus*. En España, es una enfermedad endémica en el noreste, centro y oeste del país, con tasas de prevalencia en aumento en los últimos años. Pese a que su declaración es obligatoria, existen discrepancias entre los casos publicados de equinococosis quística en España y los informados por las autoridades oficiales. En general, el diagnóstico se realiza en pacientes adultos asintomáticos como hallazgo durante la realización de pruebas de imagen por otras razones. La clínica suele ser debido a sobreinfección, por el efecto masa o por reacciones de anafilaxia derivadas de su rotura. El hígado y los pulmones son los órganos más frecuentemente afectados. La enfermedad pulmonar parece ser más común en personas más jóvenes. En la actualidad existen tres tipos de tratamientos: 1) El drenaje percutáneo. 2) El tratamiento médico. Cada vez más utilizado en pacientes con hidatidosis asintomática y no complicada, con estadios inactivos. Aunque también, en casos de localizaciones atípicas, de alto riesgo quirúrgico o por decisión del paciente. 3) El tratamiento quirúrgico que consiste en evacuar el quiste sin diseminación, el debridamiento de la cavidad y cierre de cualquier fístula broncopleurales que puede incluir o no el cierre de la obliteración de la cavidad remanente (capitonaje). El procedimiento más común es la quistectomía y el capitonaje. La sobreinfección respiratoria y fuga aérea son las principales complicaciones. La resección en cuña se reserva para lesiones pequeñas y periféricas. Las lobectomía o neumonectomía son de elección en pacientes con parénquima circundante no viable. En la mayoría de los estudios describen procedimientos por toracotomía, y minoritariamente por abordaje toracoscópico. No existe reporte de tratamiento a través de la vía abordaje robótica.

Caso clínico: Paciente de 15 años, procedente de Rumania. Los síntomas fueron astenia, fiebre, tos seca y broncorrea fétida. Asociado a dolor pleurítico izquierdo. Clínicamente estable y febril 39,3 °C. Peso 45 Kg. Hipofonesis izquierda con soplo tubárico basal. La analítica: leucocitos con 91% neutrofilia, PCR elevada y antigenuria negativa. Radiografía de tórax: neumonía bilobar basal en pulmón izquierdo con cavidad que ocupa prácticamente un tercio del pulmón. TAC de tórax: consolidación neumónica en LII y más discreta en llingula. Así como cavidad aérea en LII de 6,2 × 7,2 × 9,3 cm, con nivel líquido e imágenes tubulares en su interior. Serología de *Echinococcus granulosus*: IgG positivo. Esputo: presencia de escolax de *Echinococcus sp.* Posterior a 21 días de tratamiento antibiótico, se inicia albendazol dos semanas previas a la intervención. Se administra premedicación para mastocitosis y es intervenido de quistectomía vía robótica. Presenta fuga aérea de aparición brusca (1.500 mL/min) y palpitations, al cuarto día posoperatorio, decidiendo

reintervenir al paciente para realizar segmentectomía atípica del lóbulo inferior. Retirada de drenaje pleural y alta a las 72 h.

Discusión: Es posible realizar los distintos tipos de tratamiento quirúrgico a través de la vía abordaje robótica. El cierre selectivo de los ostium bronquialveolares puede ser insuficiente para evitar fuga aérea prolongada o de alto débito.