Hidatidosis Pulmonar

Dr. Guillermo Parr S.¹; Dr. Mario Anselmi M.²

Pulmonary Hydatid Disease

The clinical picture and surgical treatment of 32 children with hydatid cyst of the lung is shown. A total of 36 surgical interventions were performed. Their mean age at admission was 7,4 years (range: 2-12 years). Males had a slight predominance (62,5%) over females. The diagnosis was suspected on clinical grounds in 81,2% of the cases; in the other patients it resulted from an unexpected radiological finding. The commonest symptoms were cough (59,3%), haemoptysis (31,2%), fever (21,8%) and anorexia (21,85%). Physical examination showed pulmonary dullness in 34,2% bronchial signs in 12,5% and pleural manifestations 12,5% but it was negative in 40,6% of the cases. In most cases the cyst was solitary (71,9%), uncomplicated (58,5%) and located mainly in the right lung and the lower right lobe (32,1%). Twenty five percent of the patients had also cysts in other organs in addition to pulmonary locations, specially in the liver (9,4%). The most currently used surgical procedures were cyst resections (44,5%) and pulmonary lobe resections (33,3%). Morbidity rates were 8,3% and the over all mortality rate was 2,7% (*Key words*: Lung's hydatid cysts. Surgery. Symptoms).

Aunque la incidencia de la hidatidosis en la población general ha disminuido en los últimos 50 años¹ su mejor pesquisa ha significado un aumento de los casos y operaciones.

La población infantil, por sus hábitos es muy susceptible de contraer esta enfermedad. Es así como cada año aumentan en nuestro medio las consultas sobre esta enfermedad, probablemente debido al mejor control y acceso de la población rural hacia nuestro Centro Asistencial. En Chile, la Provincia de Ñuble ocupa el séptimo lugar en frecuencia de hidatidosis con una tasa de 11,9 por 100.000 habitantes². Tiene además la primera incidencia en animales en la cuenca del Bío-Bío³.

El propósito de este trabajo es analizar nuestra experiencia clínica y el tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico pulmonar en el niño menor de 12 años.

PACIENTES Y METODO.

Nuestra serie se compone de 32 niños con quiste hidatídico pulmonar, en los que se efectuaron 36 intervenciones en total.

Se revisaron las fichas clínicas de los pacientes, analizando la edad, sexo, síntomas y signos, motivo de consulta, estudio radiológico, número, distribución topográfica, localizaciones concomitantes y estado del quiste, tratamiento quirúrgico y morbilidad.

RESULTADOS

La edad fluctuó entre los 2 y los 12 años (promedio 7,4 años), existiendo un claro predominio en niños mayores de 5 años. Al sexo masculino correspondió el 62,5% de los casos.

Los síntomas se resumen en Tabla 1, la tos fue el más frecuente. Seis pacientes eran asintomáticos y su única manifestación fue la alteración detectada en una radiografía de tórax rutinaria.

Tabla 1.
Síntomas en 32 casos operados

Síntomas	Casos	%
Tos	19	59,4
Expectoración hemoptoica	10	31,3
Fiebre	7	21,9
Anorexia	7	21,9
Dorsalgia	6	18,8
Vómito	5	15,6
Enflaquecimiento	4	12,5
Otros	5	15,6
Hallazgo radiológico	6	18,7

El examen físico fue negativo en 13 casos (40,6%). Los signos clínicos más frecuentes correspondieron a los de condensación pulmonar con 11 casos (34,4%) (Tabla 2).

El estudio radiológico sugería en 27 pacientes un total de 47 imágenes sospechosas de hidatidosis pulmonar, en 3 pacientes las radiologías fueron informadas como derrame pleural y en 2 como hidroneumotórax.

¹ Jefe Servicio de Cirugía. Hospital Herminda Matin de Chillán.

² Profesor Asistente de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Concepción.

Tabla 2.
Signos Físicos.

Signos	Casos	%	
Ausentes	13	40,6	
Condensación	11	34,4	
Bronquiales	4	12,5	
Pleurales	Derrame	2	6,3
	Hidroneumotórax	1	3,1
	Frotes	1	3,1
Total	32	100%	

En 23 pacientes (71,9%) los quistes hidatídicos pulmonares eran únicos, en 9 pacientes (28,7%) múltiples, de los cuales 5 eran unilaterales.

Los 32 pacientes tuvieron un total de 53 quistes, 33 (62,3%) en el pulmón derecho y 20 (37,7%) en el izquierdo. Su localización topográfica se muestra en la Tabla 3.

En 8 casos (25%) había otra localización además de la pulmonar, siendo la más frecuente el hígado en 3 pacientes, páncreas en 2 y en un caso cada uno, el bazo, el peritoneo y la base del cráneo.

Del total de quistes, 31 (58,5%) eran simples y 23 (41,5%) complicados en alguna de sus formas anátomo-patológicas.

En el tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos pulmonares se utilizaron preferentemente dos procedimientos: la quistectomía simple, con o sin "capitonaje" en 16 pacientes. En 20 pacientes se realizaron resecciones pulmonares. En 6 pacientes debió utilizarse procedimientos múltiples y en 4 pacientes con quistes bilaterales, la intervención se hizo en dos tiempos.

En 3 de las 36 intervenciones quirúrgicas hubo infección postoperatoria.

Sólo un paciente falleció en esta serie: Sufrió un paro respiratorio y su necropsia demostró un gran quiste hidatídico en la base del cráneo.

DISCUSION

La hidatidosis afecta con mayor frecuencia a individuos adultos⁴⁻⁵⁻⁶⁻⁷, sin embargo, nuestras cifras y la de otros autores⁸⁻⁹ revelan su importancia en los niños. La mayor frecuencia de la hidatidosis pulmonar se encuentra en mayores de 5 años, probablemente por el hábito frecuente de jugar y dormir con perros.

El quiste hidatídico alcanza 1 a 2 cm. de diámetro en 6 meses y crece hasta 6 cm. en un año¹⁰, esto hace posible que alcance a dar síntomas en la infancia. En nuestro estudio el tamaño de los quistes varió entre 5 y 30 cm. obligando en un caso a la neumonectomía por reemplazo del parénquima pulmonar con un gran quiste hidatídico.

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas. La vómitica hidatídica es poco frecuente. Los síntomas están ausentes en las primeras etapas de la evolución y aparecen sólo cuando el quiste alcanza un tamaño considerable o se complica⁴⁻⁹⁻¹¹. Esto explica que un número importante de nuestros pacientes se diagnosticara a partir de un hallazgo radiológico como en otras series¹²⁻¹².

El diagnóstico se confirmó exclusivamente con radiología pues nuestro hospital no contaba con recursos de mayor rendimiento y especificidad. Sin embargo, creemos que la radiología, aunque no siendo específica, es la ayuda más valiosa que se puede disponer para el trabajo diario¹¹⁻⁸.

La localización más frecuente de los quistes correspondió al pulmón derecho y de éste el lóbulo inferior. El 28,1% de nuestros pacientes presentó quistes múltiples. Cifras similares obtienen otros autores¹²⁻¹⁴.

En el pulmón, la supervivencia del quiste es muy precaria¹⁵ y si a ésta se le agregan factores mecánicos o infecciosos se facilita más la complicación en los pulmonares que en los hepáticos¹³. El 41,5% de los quistes pulmonares en nuestra serie estaba complicado.

De gran importancia clínica en los niños es la

Tabla 3.
Distribución topográfica de los quistes.

Localizaciones	Pulmón derecho		Pulmón izquierdo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lóbulo superior	9	17,0	8	15,1	17	32,1
Lóbulo medio	7	13,2	-	-	7	13,2
Lóbulo inferior	17	32,1	12	22,6	29	54,7
Total	33	62,1%	20	37,7%	53	100,0%

alta proporción de casos en que existían localizaciones extrapulmonares adicionales del quiste (25%). Esta incluso puede ser superior a la obtenida si se consideran las dificultades diagnósticas que presentan, por ejemplo, los quistes centrales del hígado y la carencia de otros métodos diagnósticos complementarios como ultrasonido y cintigrafía.

La cirugía es actualmente el único medio eficaz de tratamiento del quiste hidatídico pulmonar. La terapéutica médica sólo tendría valor si se diagnosticara la hidatidosis en su estado microscópico, pues de otro modo aunque se mate la larva subsistiría el problema de eliminar sus restos. La curación espontánea por medio de la vómica es rara y en ocasiones mortal¹²⁻¹⁵⁻¹⁶.

A medida que ha pasado el tiempo hemos adoptado técnicas cada vez más conservadoras, sin embargo, hemos debido de efectuar un 33,3% de lobectomías e incluso una neumonectomía debido a que el tamaño del quiste o al estado del parénquima restante no dejaba otra alternativa.

Ante el hallazgo de quiste bilaterales, operamos primero el lado más complicado o más grande, aunque otros sugieren comenzar por el lado más simple⁴⁻⁵.

En esta serie, como en otras¹⁴, los resultados del tratamiento quirúrgico de la hidatidosis pulmonar son satisfactorios. La morbilidad es baja, las reintervenciones no son frecuentes y la única muerte se debió a un caso de paro respiratorio a las 12 horas del post operatorio, en que la necropsia demostró otro quiste hidatídico de la base del cráneo y por lo tanto, sin relación con el acto quirúrgico.

La hidatidosis, sin embargo, puede plantear situaciones en extremo complejas para el paciente y el médico y siendo un problema endémico en nuestra zona, subraya una vez más la necesidad de una educación sanitaria efectiva y un mejor tratamiento que el quirúrgico: la profilaxis.

RESUMEN

Se analizan las manifestaciones clínicas y el tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico pulmonar en 32 niños. La edad promedio fue de 7,4 años (rango: 2-12 años). El sexo masculino predominó sobre el femenino con el 62,5% de los casos. En el 81,2% de los pacientes el quiste fue sospechado clínicamente, y en el resto (18,7%) el diagnóstico se hizo por hallazgo radiológico. Los síntomas más frecuentes fueron tos (59,3%), hemoptisis (31,2%), fiebre (21,8%) y anorexia (21,8%). En el examen físico se encontraron signos de consolidación pulmonar en 34,2% de los casos y menos frecuentemente signos bron-

quiales (12,5%) y pleurales (12,5%). El examen físico fue negativo en el 40% de los casos. La mayoría de los pacientes presentó un quiste único (71,9%), no complicado (58,5%) y localizado principalmente en el lóbulo inferior del pulmón derecho (32,1%). En 25% existía otra localización concomitante con la pulmonar, siendo la más frecuente la hepática (9,4%). Los procedimientos quirúrgicos más utilizados fueron la quistectomía (44,5%) y la lobectomía (33,3%). La morbilidad fue de un 8,3% y la mortalidad fue de un 2,7%.

REFERENCIAS

1. Wilhem, H.; Israel, J.; Migueles, R.; Luppichini, M.; Muñoz, A.; Córdova, S.: Cincuenta años de Hidatidosis en la Región del Bío-Bío. Bol. Esc. Med. Concepción 2:131, 1975.
2. Ramírez, R.: Algunos Aspectos Bioestadísticos de la Hidatidosis Humana en Chile durante los Años 1969 y 1970. Bol. Chil. Parasit. 26:84, 1971.
3. Hidalgo, O.: Hidatidosis Animal en la Cuenca del Bío-Bío. Bol. Esc. Med. Concepción 2:142, 1975.
4. Allamand, J.; Larraín, A.; Tocornal, J.; Lemus, J.; Santa Cruz, V.; Allamand, F.: Experiencia en el Tratamiento Quirúrgico del Quiste hidatídico Pulmonar. Pren. Med. Argent. 57:1273, 1970.
5. Donoso, C.; Jaque, A.; Orellana, M.; Loguercio, M.: Quiste Hidatídico Pulmonar del Pulmón. Rev. Med. Valpo. 22:201, 1969.
6. Guachalla, J.; Promis, G.; Caviccioli, H.: Experiencia de 117 Casos de Hidatidosis Operadas de 1968 a 1972 en el Hospital del Tórax, Santiago de Chile. Bol. Esc. Med. Concepción. 2:183, 1975.
7. Schenone, H.; Rojas, A.; y Ramírez, R.: Frecuencia de Hidatidosis en Autopsias efectuadas en el Instituto de Medicina Legal y 8 Hospitales de Santiago, Chile (1947-1970). Bol. Chil. Parasitol. 26:98, 1971.
8. Banse, C.; Carvajal, R. y Heitmann, G.: Hidatidosis en el Hospital Regional de Punta Arenas. Bol. Esc. Med. Concepción. 2:166, 1975.
9. Martínez, P.: Hidatidosis Pulmonar. Estudio Clínico y Tratamiento Quirúrgico. Arch. Soc. Cir. Chile. 18:630, 1966.
10. Borrie, J.: Fifty Theracic Hydatid Cysts. Brit. J. Surg. 50:268, 1962.
11. Balilian, J.; Mudarris, F.: Hydatid Disease of the Lung. A Roentgenologic Study of 50 cases. Am. J. Roentgenol. Radium Ther. Nucl. Med. 122:692, 1974.
12. Noé, M.; Ziegler, G.; Del Río, J.; Fuentes, L.; Vial, L.: Tratamiento Quirúrgico del Quiste Hidatídico en el Niño. Rev. Chil. Pediatr. 31:346, 1960.
13. Palomino, H.; Pérez, C.; Gaber, M.; Ramírez, R.: Hidatidosis en el Niño. Aspectos Clínicos y de Laboratorio. Rev. Chil. Pediatr. 26:88, 1971.
14. Tsakayannis, E.; Pappis, C.; Moussatos, G.: Late Results of Conservative Surgical Procedures in Hydatid Disease of the lung in Children Surgery. 68:379, 1970.
15. Carpio, A.; Martín, F.; Rosi, P.: Defunción por Vómica Hidatídica. Rev. Clin. Esp. 128:263, 1973.
16. Orueta, A.; Fau, L.F.; Montero, A.; Prieto, J. y Duarte, P.: Surgical Treatment of Hydatid Cyst of the Lung Brit. J. Dis. Chest 68:183, 1974.