

CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Cartas científicas

Quiste hidatídico de pared torácica

Hydatid cyst of the thoracic wall

La hidatidosis es una zoonosis que afecta a los humanos como huéspedes intermediarios y, aunque ya no es de declaración obligatoria, en nuestra provincia se producen entre 10 y 12 casos por 100.000 habitantes al año. La localización más frecuente es el hígado (60-76%), seguida del pulmón (20-30%) y, en menor proporción, el resto del organismo¹. Presentamos un caso de localización atípica.

Paciente varón de 54 años de edad, sin antecedentes personales de interés y sin alergias medicamentosas conocidas.

Refiere desde hace 22 años una tumoración en la cara anterolateral derecha del tórax que ha aumentado de tamaño progresivamente y que no le ocasiona ninguna molestia.

En la exploración física se aprecia en la mencionada región una tumoración redondeada, de un diámetro aproximado de 3 cm, de consistencia dura, móvil y no adherida a planos superficiales ni profundos (fig. 1).

Diagnosticada clínicamente de fibroma por su localización, movilidad y consistencia, se solicita una PAAF, que es informada de frotis de fondo proteináceo, con abundantes membranas anhistas, basófilos y formaciones que corresponden a escólex, con diagnóstico anatomopatológico de quiste hidatídico.

Se reinterroga y se reexplora al paciente en busca de tumoraciones similares con resultado negativo, y se solicitan

radiografía posteroanterior y lateral de tórax y de cráneo, tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal, serología hidatídica y analítica convencional.

El recuento de eosinófilos es normal, la serología para anticuerpos de *Echinococcus granulosus* es negativa, y en la TAC se aprecia la tumoración redondeada, supracostal y subdérmica, de la localización reseñada y bien delimitada (fig. 1).

Se propone intervención quirúrgica que se acepta, y se realiza exéresis de la tumoración sin incidencias y con anestesia local. En la pieza abierta se visualizan vesículas hijas con líquido como agua de roca, signo de fertilidad del quiste (fig. 2).

Anatomopatológicamente se diagnostica de membranas anhistas y cápsula periquística (quiste hidatídico).

Clínicamente, habría que hacer el diagnóstico diferencial de nuestro caso con tumoraciones subcutáneas benignas, tales como fibromas (nuestro diagnóstico clínico inicial), quistes sebáceos y lipomas.

Localizaciones como la que relatamos nosotros están descritas como complicación por infección de quistes hidatídicos del lóbulo derecho hepático^{1,2}. En otras ocasiones, la hidatidosis de pared torácica afecta a la parrilla costal, aunque esta localización es poco frecuente^{3,4}. Son escasas las referencias bibliográficas que citan quistes hidatídicos subcutáneos⁵⁻⁷, y no hemos encontrado ninguna en las

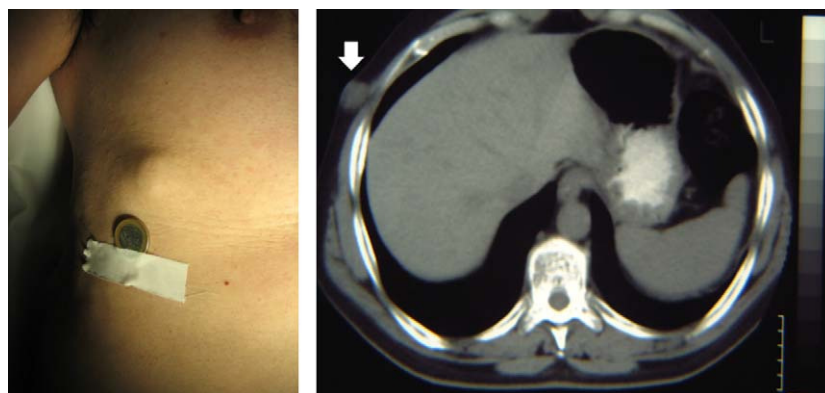


Figura 1 – Fotografía de la tumoración y corte de la TAC (tumoración señalada con una flecha).



Figura 2 – Pieza cerrada y abierta.

publicaciones de Cirugía Española (solamente un trabajo sobre hidatidosis muscular)⁸. Nuestro caso aporta particularidades relevantes: única manifestación de equinocosis en el organismo, larga evolución (más de 22 años) y fertilidad al cabo de este tiempo sin calcificación de la periquística.

BIBLIOGRAFÍA

- Herreros de Tejada A, Yebra M, Cuesta M, Tutor P. Varón de 85 años con masa subcutánea en región costal derecha. *Rev Clin Esp.* 2002;202:407-8.
- Amores Arriaga B, Torralba Cabeza P, Martín Fortea J, Pérez Calvo I, Cía Gómez P. Tumoración cutánea de 20 días de evolución. *Rev Clin Esp.* 2007;207:303-4.
- Álvarez Sala R, Boned P, Lloil L, Del Pozo G, Gómez de Terreros FJ. Masa en pared torácica posterior en enfermo con bronquitis crónica. *Rev Clin Esp.* 1988;182:220-1.
- Stamatis G, Greschuchna D. *Echinococcus cysticus costalis*: Bericht über Zwei Fälle und Literaturübersicht. *Prax Klin Pneumolo.* 1989;43:213-6.
- Lazăr C, Chifan M, Srtat V, Dolinescu C, Tircoveanu E, Niculescu D, et al. Unusual localizations of hydatid cyst. *Rev Chir Oncol ORL Oftalmol Stomtol Chir.* 1978;27:333-7.
- Orhan Z, Kara H, Tuzuner T, Sencan I, Alper M. Primary subcutaneous cyst hydatid disease in proximal thigh: An unusual localization: A case report. *BMC Musculoskelet Disord.* 2003;4:25.
- Bal N, Kocer NE, Arpacı R, Ezer A, Kayaselcuk F. Uncommon locations of hydatid cyst. *Saudi Med J.* 2008;29:1004-8.
- Javier Torcal Aznar J, García-Álvarez García F, Salinas Payer JC, Sainz Martínez JM, Navarro Gonzalo A, Güemes Sánchez A, et al. Hidatidosis muscular primaria. *Cir Esp.* 2002;72:147-51.

José Sánchez Fernández

Cirugía General, Hospital Clínico Universitario, Salamanca, España

Correo electrónico: jsfernandez@ya.com

doi:10.1016/j.ciresp.2009.05.020

Reparación totalmente laparoscópica del aneurisma de aorta abdominal

Total laparoscopic repair of the aortic abdominal aneurysm

La cirugía laparoscópica de la aorta abdominal referida a la enfermedad aneurismática se presenta como la alternativa ideal, mínimamente invasiva, a la cirugía abierta, por aunar los excelentes resultados de ésta, ya probados, con una mínima agresión quirúrgica.

Presentamos el primer caso que se realiza en España de cirugía de aneurisma de aorta abdominal (AAA) infrarrenal de forma totalmente laparoscópica.

Varón de 76 años con hallazgo casual de AAA infrarrenal de 5,5 cm (ecografía abdominal). Se realizó angiografía por

tomografía computarizada abdominopélvica, y TC sin contraste, que excluyó calcificación parietal aórtica; tras esto, indicamos cirugía del AAA por vía laparoscópica.

La intervención quirúrgica consistió en la resección del AAA con interposición de injerto aorto-aórtico (dacron 18 mm), con la colocación del paciente en decúbito supino sobre almohadilla hinchable (Pelvic Tilt OR, Comfort LLC, Glen Ridge NJ). Se rotó al paciente hasta alcanzar 80° de decúbito lateral derecho y luego se introdujeron los ports de acceso de 5 a 11 mm (fig. 1).