

“Explorando Nuevas Fronteras: Toracoscopía en la Resolución de Quistes Hidatídicos en Niños”.

ZARATE Walter¹, PAFUNDI Emiliano¹, Díaz Benjamín², Benegas Danesa², Jensen Oscar³ .

1-Servicio de Cirugía pediátrica, Hospital Regional, Comodoro Rivadavia-Chubut- Argentina.

2-Servicio de Cirugía General, Hospital Regional, Comodoro Rivadavia-Chubut-Argentina.

3-Médico Veterinario Programa Provincial de lucha contra la hidatidosis

drwoza@hotmail.com

Palabras claves: Quistes hidatídicos pulmonares – Pediatría - Videotoracoscopía.

Introducción: la hidatidosis es una patología producida por *Echinococcus granulosus* sl., zoonosis endémica en la Patagonia Argentina, en la que hombre es hospedadero intermediario, alojando éste la larva o quiste hidatídico (QH). Presentan diferentes localizaciones anatómicas siendo la pulmonar la que representa 21 % de los casos quirúrgicos registrados en el Departamento de Estadística del Hospital Regional de Comodoro Rivadavia, Chubut.

En niños, las manifestaciones clínicas de la hidatidosis pulmonar son más tempranas debido a la menor capacidad pulmonar y/o la menor reserva fisiológica que tienen los pulmones en comparación al adulto.

El tratamiento es clásicamente quirúrgico y consiste en la enucleación y escisión quística mediante la marsupialización indirecta, técnica utilizada por nuestro equipo de trabajo.

Objetivo: analizar la aplicación de la técnica videotoroscópica para reproducir los fundamentos de la cirugía convencional en el tratamiento de los quistes hidatídicos pulmonares con el fin de determinar su seguridad, eficacia y beneficios potenciales para los pacientes.

Material y métodos: se trataron 9 pacientes en un período de 8 años, edad promedio 5,3 años, con QH de ubicación anatómica en ambos lóbulos inferiores, 7 derechos y 2 izquierdo.

Intubación selectiva bronquial provocando atelectasia del pulmón afectado sin producir neumotórax.

Dada La ubicación basal, el primer trocar de 10 mm ubicado subaxilar línea media del tercer espacio intercostal (EI) línea media presión de CO₂ 3 a 4 mm Hg, el segundo trocar de 5 mm a nivel del 4 EI línea axilar anterior y tercer trocar de 5 mm colocado a nivel del 5 EI línea axilar posterior.

Liberación pulmonar y exposición quística, colocación de gasas embebidas con solución fisiológica al 0,9% rodeando al quiste como profilaxis por eventual pérdida accidental de líquido hidatídico. A continuación con aguja de punción laparoscópica se penetra al quiste aspirando su contenido, teniendo un segundo sistema en el eventual caso de que surja algún imprevisto, posterior aspirado de membrana hidatídica, aislamiento y colocación de la misma en bolsa de polietileno extrayéndola por puerto uno. Tanto para las adherencias pleuroparietales como para remanente del quiste se utilizó sellador vascular con energía bipolar. Prueba hidrostática con broncorrafia si existe eventual fuga aérea.

El tiempo quirúrgico toracoscópico fue 54 minutos (± 10 min) Vs. 82 minutos (± 13 min) utilizados en la cirugía con técnica convencional y el tiempo de internación fue un promedio de 5 días (± 1 día) en la técnica videolaparoscópica Vs. 8 días (± 1 día) para la convencional.

Resultados: nuestro estudio demuestra que el tratamiento toracoscópico en niños es factible y ofrece beneficios significativos, tales como la reducción en el tiempo quirúrgico, en el manejo del dolor, en la internación y desde luego en los resultados estéticos para los pacientes, comparándolos con la técnica convencional. Estos hallazgos sugieren que la videotoracoscopía es una opción segura y efectiva para el manejo de los quistes hidatídicos pulmonares en la población pediátrica

Conclusión: a pesar de las limitaciones en el tamaño de la muestra, nuestros resultados respaldan la factibilidad y los beneficios del tratamiento toracoscópico en la población pediátrica, incluida una notable reducción en el tiempo quirúrgico y la duración de la hospitalización.

Estos hallazgos sugieren que la videotoracoscopía podría considerarse como una opción preferida en el manejo de esta patología, aunque necesitamos estudios adicionales con cohortes más grandes para confirmar y expandir estos resultados.