



Fig. 1. Rx tórax en decúbito lateral izquierdo al ingreso. Observese la calcificación subfrénica y la afectación parenquimatosa en LII sin derrame libre.

Cuando un primario hepático estéril se abre a cavidad pleural, el paciente aparece habitualmente con dolor torácico de presentación brusca y shock anafiláctico⁸. La frecuencia con que se describe este cuadro es muy baja, quizá porque lo normal sea la rotura tras infección como parece intuirse por la habitual presencia de fiebre, expectoración purulenta y adherencias pleurales previas^{2,3}.

El tratamiento ha de enfocarse con una doble finalidad, la erradicación del parásito y la obliteración de las cavidades residuales. Tradicionalmente se ha recomendado el abordaje torácico^{3,4,6,8} porque permite un amplio acceso al espacio pleural para realizar la resección parenquimatosa que se precise, además de pleurectomía con obliteración de la cavidad pleural en previsión de implantes hidatídicos secundarios, brindando simultáneamente un correcto acceso al lecho quístico tras la ampliación del orificio fistuloso

diafragmático, o mediante una incisión abdominal independiente.

Sin embargo, aunque la afectación parenquimatosa es la regla, en la mayoría de los casos las lesiones son reversibles² por lo que la resección pulmonar ha de reservarse para aquellos casos con lesiones supurativas importantes. En el mismo sentido, cuando, como en nuestro caso, el quiste no presenta comunicación con el espacio pleural libre y la infección presente permite presumir la muerte del parásito⁹, la pleurectomía no resulta obligatoria por lo que puede evitarse la toracotomía practicando únicamente incisión abdominal con abordaje directo del quiste.

J.L. Lobo Beristain y C. Martínez Blázquez

Sección de Respiratorio y Servicio de Cirugía General
Hospital Txagorritxu. Vitoria.



Fig. 2. Corte en la encrucijada toracoabdominal donde se aprecia una estructura quística "pendiente" de lóbulo izquierdo hepático, adherida a bazo y contigua a estómago con aparente plano de clivaje.

1. Light RW. Pleural diseases. Lea & Febiger. Philadelphia 1983.
2. Xanthakis DS, Katsaras E, Efthimiadis M, Papadakis G, Varouchakis G, Aligizakis C. Hydatid cyst of the liver with intrathoracic rupture. *Thorax* 1981; 36:497-501.
3. Yacoubian HD. Thoracic problems associated with hydatid cyst of the dome of the liver. *Surgery* 1976; 79:544-548.
4. Mcphail JL, Arora TS. Intrathoracic hydatid disease. *Dis Chest* 1967; 52:772-781.
5. Barzilai A, Pollack S, Kaftori JK, Soudry M, Barzilai D. Splenic echinococcal burrowing into left pleural space. *Chest* 1977; 72:543-545.
6. Taiana JA. Thoracic hydatid echinococcosis. Diagnosis and treatment. *Dis Chest* 1966; 49:8-14.
7. Sadrieh M, Dutz W, Nvabpoor MS. Review of 150 cases of hydatid cyst of the lung. *Dis Chest* 1967; 52:662-666.
8. González Carpio R, Zapata Blanco J, Márquez Velázquez L, Vivas Mera JM, Jiménez García A, Villa Minguez E. Hidatidosis pleural. *Radiología* 1981; 23:447-454.
9. Thurer RJ, Palatianos GM. Hydatid disease of the pleura. In surgical aspects of the pleural space. *Semin Respir Med* 1987; 9:110-111.

FE DE ERRATAS

En el artículo "Carcinoides bronquiales: estudio clínico, histopatológico e inmunohistoquímico", de M. Fraga Rodríguez et al (*Arch Bronconeumol* 1990; 26:12-16) se han deslizado algunos errores:

En la página 12, Abstract en inglés, línea 9, donde dice "neuore specific enolase", debe decir "neuron-specific enolase". En el mismo Abstract, línea 10, donde dice "chromogramine", debe decir "chromogranin".

En la página 13, las imágenes de las figuras 1 y 2 están intercambiadas, de manera que la de la figura 1 debe ser la de la 2 y viceversa.