

Trabajo de la Clínica Quirúrgica F. Hospital Pasteur

ABSCESO DE PULMON (*)

Resultados del tratamiento. Neumotomía en la fase aguda y lobectomía en la etapa crónica

Dr. Alberto M. Fernández Chapela

Presentamos la evolución de un caso de supuración pulmonar, operado en agudo con neumotomía de drenaje y extracción del secuestro que después de un período de acalmia de 15 meses recae, practicándose entonces una lobectomía.

P. P. 41 años. Ingresa al Servicio por supuración pulmonar con 40 días de evolución. Comienza con estado febril y participación bronquial; hemoptisis poco intensa y broncorrea purulenta que aumenta en posición postural. La persistencia de una abundante supuración, que alcanza un valor promedial de 150 c.c. diarios, constituida por pus verdoso bien ligado y fétido los últimos días, decide su ingreso a este Servicio, proveniente de un Servicio de Medicina.

En la evolución de su enfermedad fué tratado con antibióticos por vía paraentérica y en forma de nebulizaciones además de utilizarse el drenaje postural.

Antecedentes personales y familiares s/p.

Examen: Mal estado general, facies de intoxicado, fiebre oscilante, con ganchos que llegan a 38° desde hace varios días. Pulso: 100, regular, bien golpeado.

Pleuro-pulmonar: foco de condensación con bronquio permeable en $\frac{1}{3}$ medio de hemitórax derecho. Resto del examen s/p.

13-XII-47. — G. R. 3.680.000; Hb. 73 %; G. B. 11.700. Wassermann: negativo. Orina: normal. Expectoración: Baciloscopia negativa, repetida.

([]) Trabajo leído en la Sociedad de Cirugía del Uruguay en la sesión del 16 de setiembre de 1949.

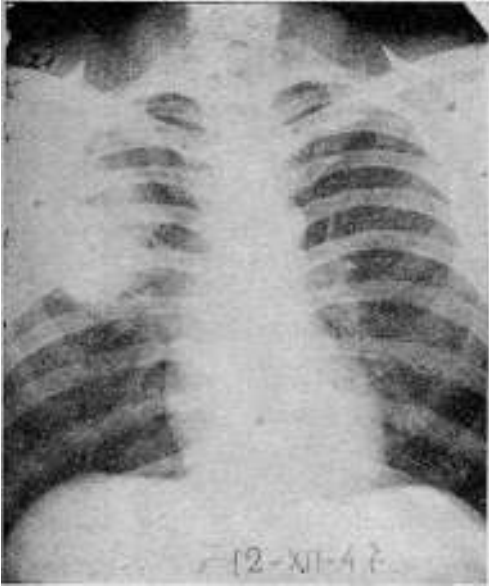


FOTO 1. 12-XI-47

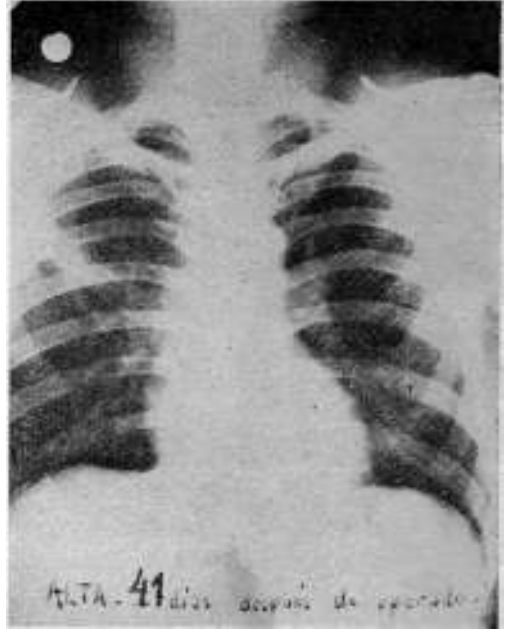


FOTO 2. — Alta, 41 días después de operado



FOTO 3. — Reingreso:

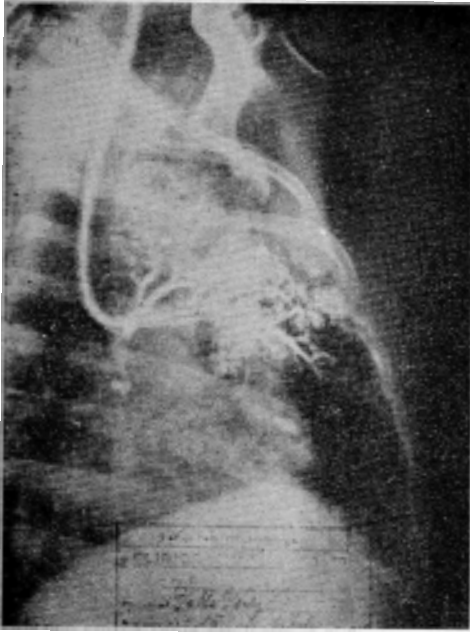


FOTO 4
Broncografía



FOTO 5
Broncografía

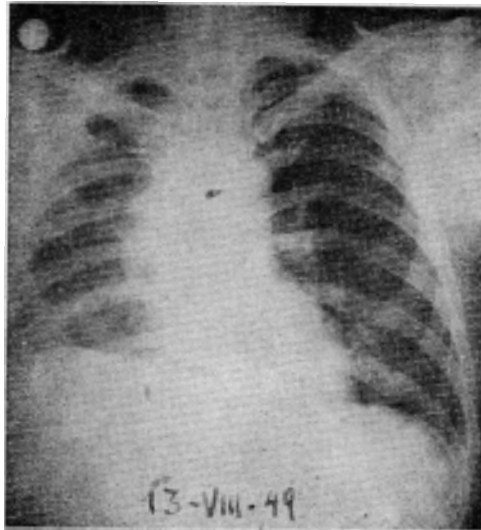


FOTO 6. — 13-VIII-49
Broncografía

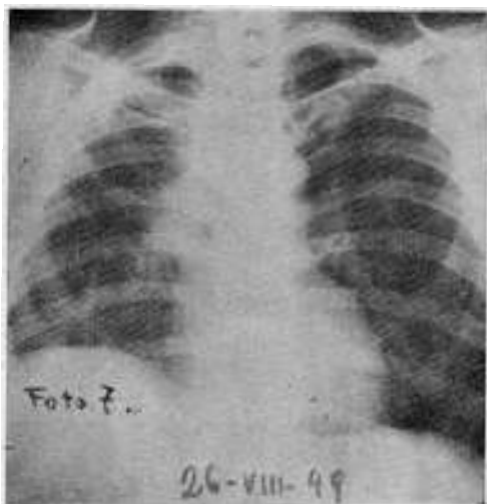


FOTO 7. — 26-VIII-49

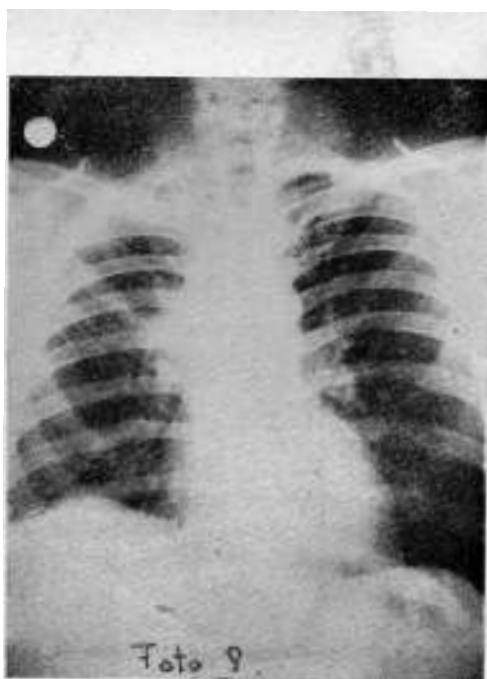


FOTO 8

12-XII-47. — Rayos X. Sombra densa subclavicular derecha a contornos difusos con un nivel hidroaéreo. Ver foto N° 1.

Por la evolución con expectoración fétida en los últimos días y por la imagen radiológica de cavidad con nivel hidroaéreo, que hace presumir que el drenaje por la vía bronquial es insuficiente, con existencia de un posible secuestro pulmonar, se diagnostica absceso cortical a topografía posterior del lóbulo ántero-superior con adherencias pleurales.

Operación: 18-XII-47. Prof. Larghero. Anestesia local novocaína. Resección parcial de 4ª costilla por vía axilar. Se cae en pleura sinfisiada; abierta ésta viene pus bien ligado, fétido, amarillo-verdoso. Secuestro de



FOTO 9. — Secuestro pulmonar de 4 cms. x 3 cms. que flotaba en el pus del absceso agudo. La permanencia de estos secuestrados en las cavidades de los abscesos, eterniza la supuración. Contra ellos, los antibióticos son inoperantes.

parénquima pulmonar verde oscuro de 3 por 4 cms. Se dejan tubos de drenaje, uno superficial y otro profundo.

Evolución: buena. 24 días después de operado es dado de alta apirético, sin expectoración. Rayos X: a los 41 días de operado (Foto 4). Campos pulmonares claros; espesamiento pleural por debajo de la clavícula derecha a la altura de la incisión quirúrgica. Durante 16 meses ningún incidente. Recae entonces con fiebre, tos con expectoración purulenta, dolor en parte alta del hemitórax derecho. Al examen contrasta su estado general con el de su ingreso anterior: buen aspecto, apirético, discreta expectoración purulenta no fétida, de 30 c.c. diarios. Pulmonar: foco de condensación en $\frac{1}{3}$ superior de pulmón derecho. Placa. 27-IV-49. (Foto 3). Sombra a límites difusos en región subclavicular derecha, imagen similar a la 1er. radiografía. Broncografía (Fotos 4 y 5) 6-VII-49.

Estudiados los segmentos del lóbulo ántero-lateral se encontró: 1) Falta de relleno del segmento ántero-lateral; 2) Bronquios de este segmento y del ápico-dorsal, irregulares con dilataciones monoliformes que suponen alteraciones groseras en la morfología y funcionalidad de bronquios del lóbulo ántero-superior.

2ª Operación. 21-VII-49. Prof. Larghero. Anestesia general con intubación. Ciclo-éter. Toracotomía anterior a través del 4º espacio; grandes adherencias de lóbulo superior y medio a pleura parietal que se convierten en fibroesclerosas a nivel de la cicatriz operatoria anterior; la palpación muestra un verdadero tumor inflamatorio en el segmento ántero-lateral invadiendo el ápico dorsal por lo cual se decide practicar lobectomía. Broncoaspiración post-operatoria extrayéndose abundantes secreciones de tráquea y bronquio derecho.

Post-operatorio muy accidentado. Fiebre alta, expectoración puru-



FOTO 10. — Cortes seriados de pulmón

lenta abundante. Fístula bronco-cutánea al 10º día de evolución dando salida a abundante pus por la herida.

Placa 13-VIII-49 (Foto 6). Neumotórax localizado en $\frac{1}{3}$ superior de pulmón derecho; velo en todo el campo pulmonar de ese lado; hilio correspondiente engrosado. Poco a poco todo se fué normalizando con transfusiones, antibióticos, vitaminas. La fístula no preocupó por asentar en bronquio superior. Cierre al 15º día.

Placa en el alta. 26-VIII-49. (Foto 7). Campo pulmonar derecho limpiándose, ha disminuído el neumotórax.

Placa 4 meses después de operado (ver foto Nº 8 mostró campos pulmonares claros, neumotórax desaparecido. Engrosamiento pleural a ese nivel. Curación integral mantenida.

• Cortes del lóbulo pulmonar extirpado, radiando del hilio a la periferia, que muestran (foto 10): 1) un doble absceso (a y b); 2) la disposición anatómicamente segmentaria del proceso con un bloque de esclerosis alrededor de la cavidad (c); esclerosis peribronquial, que va hasta la

periferia siguiendo los ejes brónquicos; 3) la periferia del parénquima pulmonar aparece conservada anatómicamente, pero funcionalmente está excluida por las lesiones relatadas; 4) intensa paquipleuritis que adhería el proceso a la pleura parietal, por lo que ésta hubo de ser extirpada junto con el lóbulo.

Conclusiones: 1º) Las neumotomías de drenaje en casos similares, deben realizarse lo más precozmente posible. 2º) Insistimos en la diferencia del cuadro general del enfermo en la etapa aguda y en el reingreso. 3º) El empuje inflamatorio luego de la 2ª intervención habla de la fragilidad de estos pacientes por la cual debe rodeárseles de todas las precauciones. 4º La falsa acalmia entre la 1ª y la 2ª intervención. Estos enfermos se creen curados y abandonan la vigilancia médica.

S U M A R I O ●

Se presenta la observación durante toda su evolución de un absceso pútrido del segmento ánterolateral del pulmón derecho. El tratamiento quirúrgico se realizó en 2 tiempos: 1º neumotomía y extracción del secuestro de tejido pulmonar, con drenaje de la cavidad abscesual; 2º lobectomía para reseca la secuela cavitaria y fibroesclerosa dejada por la supuración.