

ABSCESO CRONICO DE PULMON (RESECCION) (*)

Dr. José L. Badano Repetto

Anatomía Patológica:

Dr. Boris Scolnik

No tenemos la intención de poner en el tapete de la discusión el lugar que ocupa la cirugía en el arsenal terapéutico del absceso de pulmón ya en su fase aguda o crónica.

Solamente deseamos mostrar que en alguna circunstancia particular del absceso crónico se pudo tentar una táctica quirúrgica eficaz y económica que no hemos visto descripta en la bibliografía consultada.

La conducta seguida en el caso clínico que motiva esta comunicación, no es fruto de la improvisación del momento, ni del deseo de ser originales sino que está basada en una amplia experiencia adquirida en la resección de la adventicia hidática en el Quiste Hidático del pulmón (Método de V. Pérez Fontana) y a la circunstancia anatómica del caso, ya que no existía a la simple inspección, ni palpación, alteraciones groseras en la periferia del absceso como para plantear otro tipo de operaciones menos económicas (Resecciones segmentarias, lobectomías, Neumonectomías, etcétera).

A título informativo citaremos algunas estadísticas extranjeras relacionadas con el tratamiento quirúrgico del absceso crónico del pulmón:

Glover y Clagett (Mayo Clinic) 1937 - 1948, en un total de

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 29 de julio de 1953.

37 casos discriminados en 2 resecciones segmentarias, 16 lobectomías, 3 bilobectomía (1 muerte), 16 neumonectomías (6 muertes).

Bosher Lewis H. (Barnes Hospital) 1946 - 1948, han bajado la mortalidad operatoria al 16 % con el uso de antibióticos y las nuevas técnicas quirúrgicas.

Shaw y Paulsen refieren 52 resecciones segmentarias por absceso crónicos con 2 muertes (3.8 %).

Kent y Ashburn, relatan 30 casos tratados similarmente también con 2 muertes (6,6 %).

La exéresis pulmonar constituye sin lugar a dudas un excelente medio de tratamiento en el absceso crónico del pulmón, particularmente cuando el absceso está asociado a lesiones vecinas de fibrosis, bronquiectasias, etc.

Pero en ocasiones, tiene el inconveniente de ser una operación mutilante y fuera de proporciones en relación con la lesión misma.

HISTORIA CLINICA. Sala 11 del H. Pereira Rossell (Montevideo). E. T. de S., 35 años, uruguayo, Dpto. de Rivera. Noviembre de 1952.

Motivo de consulta: Enviada de campaña porque a raíz de un examen radiológico de colectividades se comprueba una sombra densa en hemitórax derecho.

Antecedentes: a) Familiares, sin importancia; b) Ambientales, buenos; c) Personales, menarquía a los 14 años, menstruación tipo 5-30. Dispepsia electiva para fritos y grasas; sufrimientos de hipocondrio derecho acompañado de diarreas frecuentes.

Enfermedad o estado actual: Al interrogatorio dirigido, la paciente manifiesta que desde hace unos meses nota pérdida de apetito, astenia y en alguna ocasión sudores nocturnos. Niega enfermedades de importancia, lo mismo que contacto con bacilares.

Examen clínico: Enferma desnutrida, mucosas coloreadas, lengua húmeda, dentadura en buen estado; afebril; pulso 75.

Tórax: sin deformaciones, móvil, elástico; la auscultación, palpación y percusión no muestran anormalidades, en su aparato respiratorio ni cardiovascular.

Cuello: No se palpan adenopatías ni otras anormalidades.

Resto del examen clínico, sin particularidades.

Examen funcional del aparato respiratorio: frecuencia al minuto: 19. Tipo respiratorio (costal superior). Capacidad vital: 2.900.

Exámenes complementarios. — Radiografía de tórax: sombra densa bilobada que topográficamente corresponde al segmento superior del lóbulo inferior derecho. Otra sombra de igual opacidad pero más pequeña hacia la base del pulmón. (Placas 1, 2, 3 y 4 con neumotórax).

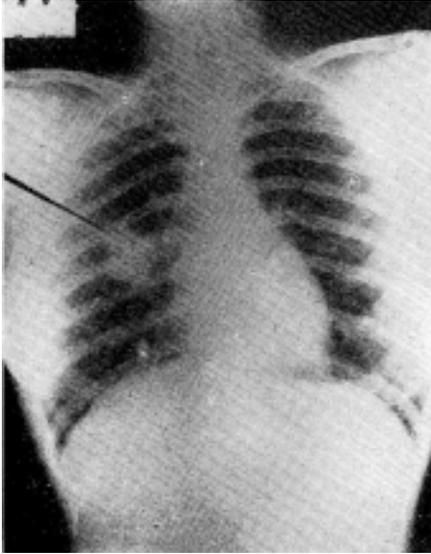


Fig. 1. Radiografía simple.



Fig. 2. Radiografía simple perfil.

Exámenes de laboratorio: Hematíes, 4.500.000; hemoglobina, 98 % é V.G., 1.08; hematocrito, 44; leucocitos, 9.100 (N. 76 %; E. 2 %; B. 0 %; M. 6 %; L. 16 %). Tiempo de coagulación: 3'. Tiempo de sangría: 2'. Urea en el suero: 0g.40; proteinemia, 7g.5 %. Wassermann: negativo. Orina: normal.

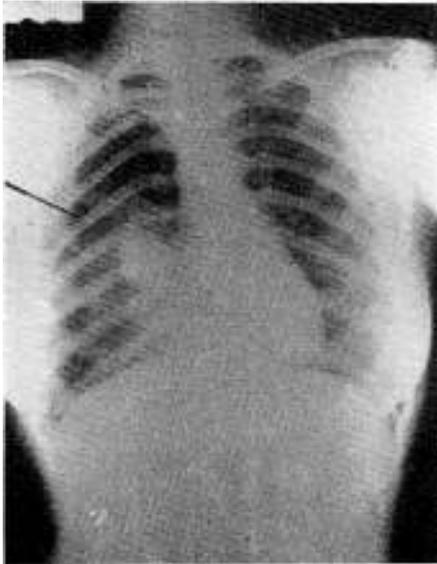


Fig. 3. — Radiografía con neumotórax.



Fig. 4. — Radiografía con neumotórax perfil.

Cuti-reacción a la tuberculina: positiva. Investigación de B. K.: negativa. (Lavado gástrico). Velocidad de sedimentación Índice de Katz: 7.

Diagnóstico: ¿Quiste hidático? ¿Hamartoma? ¿Tuberculoma?

Operación. 28-XI-952. Dr. J. L. Badano Repetto y Dres. J. López Estévez



Fig. 5. — Aspecto macroscópico de la pieza extirpada forma groseramente esferoidal, color azul pizarroso con restos de parénquima aparentemente sano rodeando una masa fibrosa central.



Fig. 6. — Superficie de sección. Se ve una pequeña cavidad excéntrica rodeada por parénquima pulmonar condensado.

y E. Abreu. Anestesia general. Ciclopropano, intubación traqueal, Dr. Isidro Porta. Transfusión intraoperatoria: 350 grs. Toracotomía lateral derecha, 6º espacio sin resección costal. Se respeta el dorsal ancho utilizando un retractor que le hemos agregado al separador de Finochietto.

Abierto el tórax se comprueba que el segmento superior del lóbulo inferior se halla fijado a la pleura parietal por adherencias laxas que se



Fig. 7. — A la derecha la luz del absceso, revestida por un exudado purulento. (Pequeño aumento).



Fig. 8. — Membrana piógena mostrando detalle de la reacción conectiva. (Mayor aumento).

seccionan fácilmente. Expuesto el lóbulo inferior en la brecha operatoria se aprecia que la lesión está constituida por una tumoración redondeada de unos 8 a 9 cms. de diámetro que en parte aflora a la superficie parietal del pulmón, la consistencia es quística. Se aísla el campo operatorio con

compresas y se punciona extrayendo un pus verdoso bien ligado, inodoro alrededor de 35 a 40 cc.

Se abre a bisturí la pared del absceso. Se toman los bordes con pinza de aro y se extirpa la membrana piógena totalmente como si se tratara de

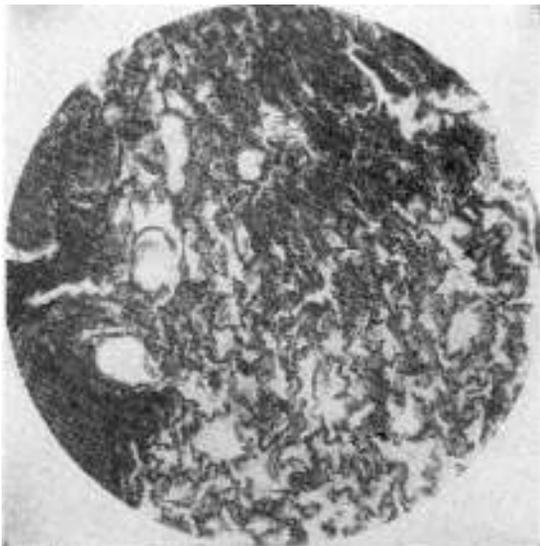
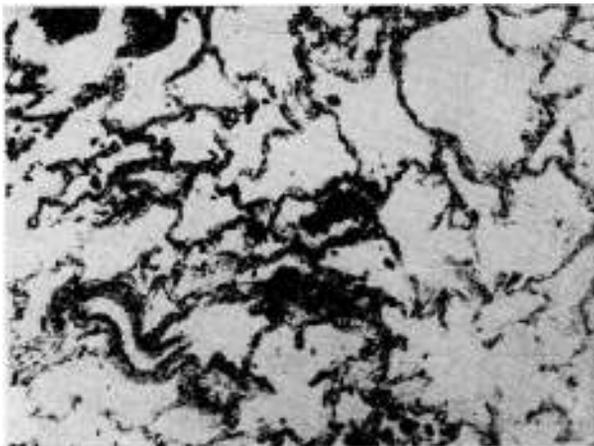


Fig. 9. — Pared del absceso y condensación del parénquima pulmonar adyacente. (Pequeño aumento).

Fig. 10. — Parénquima pulmonar sano de la periferia de la pieza. (Mayor aumento).



una adventicia hidática, ligando los pequeños vasos y bronquiolos de la superficie cruenta pulmonar. Se extraen las compresas y se lava con suero fisiológico con penicilina-estreptomicina.

Adosamiento de las superficies cruentas con tres o cuatro puntos de

catgut O. Reexpansión del pulmón, no comprobándose pérdida de aire. Se enuclea fácilmente un pequeño nódulo calcificado de la superficie del lóbulo inferior. Se coloca nuestro drenaje de doble corriente y cierre de la toracotomía. Duración de la operación: 45'.

Anatomía patológica. — Se trata de un fragmento de pulmón, de forma redondeada que mide 7 cms. de diámetro con una cavidad casi central cuyo contenido no conocemos.

Abierta la pieza comprobamos una densa carnificación del parénquima

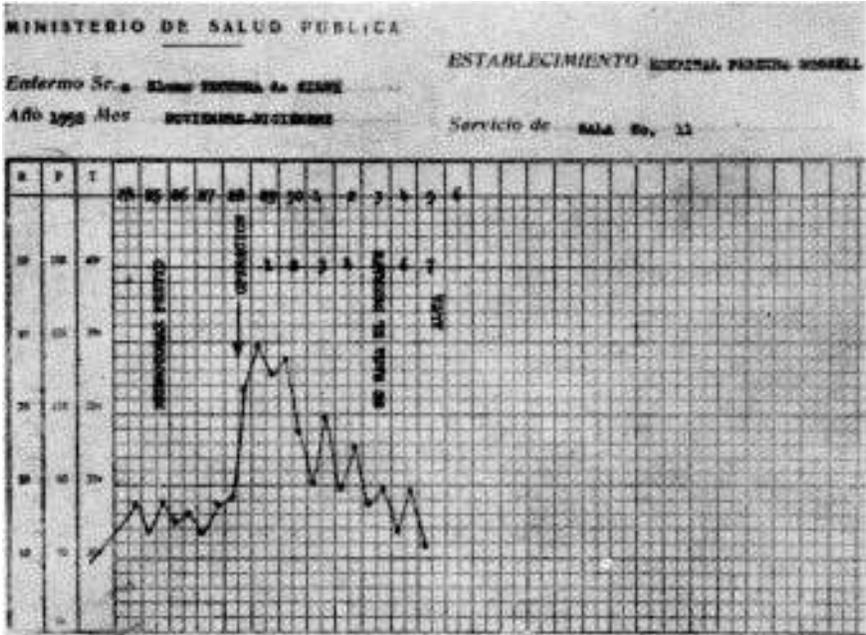


Fig. 11

que rodea la cavidad, el que poco a poco adquiere el aspecto de parénquima pulmonar.

Histológicamente, se trata de un absceso crónico cuyo contenido se ha evacuado pero presentando una capa purulenta en sus paredes. La pared del absceso está formada por una gruesa lámina conectiva de neo-formación esclerosada y degenerativa hialina. Por fuera de esta zona se encuentra un parénquima pulmonar condensado por un intenso proceso de carnificación (edema congestión y proliferación conectiva), conservándose en la periferia restos de parénquima pulmonar bastante bien conservado.

En los pequeños bronquios que aparecen al corte sólo se encuentra un moderado grado de bronquitis catarral.

En suma se trata de un viejo absceso crónico de pulmón.

Informe del Dr. Scolnik.

Examen del pus: Al examen directo se observa abundante cantidad de piocitos y algunos diplococos Graham positivo.

Post-operatorio: 1er. día: Temp. 39°, pulso tenso bien golpeado, 100 al minuto. Buen estado general. 28 respiraciones por minuto. Se le hace oxígeno a permanencia, antibióticos y estimulantes cardio-respiratorios. Se extraen unos 100 cc. de líquido sero-hemático por el drenaje.

2º día: Temp. 38° 4/5, pulso 95 al minuto. Buen estado general. Drena líquido sero-hemático en pequeña cantidad. Se saca placa: Opacidad pleural de la base, derrame aéreo en el vértice del tórax. Radiografía N° 5.

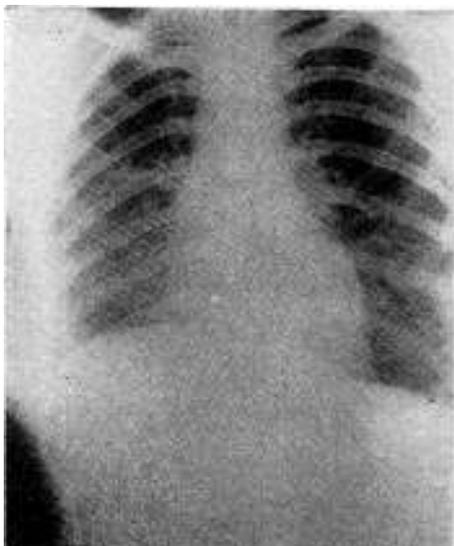


Fig. 12. — Radiografía post-operatorio tardío (2 meses).

3er. día: Temp. 37° 1/10 y 38° en la tarde. Drena muy poco. Se aspira por el tubo fino el derrame aéreo. Se continúan los antibióticos.

4º día: Temp. 37° y 37° 3/5 en la tarde. Buen estado general. No drena nada.

5º día: Apirética. Se extrae el drenaje. Se levanta.

6º día: Temp. 36° 2/5 y 37° en la tarde. Buen estado general.

7º día: Alta. Se suspenden los antibióticos.

Placa a los 15 días. Buena reexpansión pulmonar. Estado general bueno. Placa a los dos meses N° 12. Estado general excelente. Aumentó de peso.

Conclusiones

En el caso que acabamos de presentar una resección segmentaria hubiera sido útil, pero también mucho más laboriosa que

la simple extirpación de toda la pared del absceso, como la hemos efectuado.

Creemos que el resultado favorable de esta observación se debe:

- 1º A la experiencia adquirida en la extirpación de la adventicia en el Quiste hidático del pulmón.
- 2º Al uso intensivo de antibióticos en el post-operatorio.
- 3º A un drenaje pleural correcto y vigilado.
- 4º Al hecho de tratarse de una lesión bien circunscripta en pleno parénquima sano.

BIBLIOGRAFIA

- CHAPTAL, M. M. J. et CAMPO A. — Resection economique pluriesegmentaire pour abcès chronique. Le Poumon. Tome VIII, N° 3. Mars 1952. (Págs. 245 a 249).
- GLOVER ROBERT, P. and CLAGETT THERON, O. — Pulmonary resection for abscess of the lung. Surgery Gynecology and Obstetric. Vol. 26. April 1948. (Págs. 285 a 394).
- STRUGG LAWENCE, H. — Surgery of suppurative pulmonary disease. Medical and Surgical Journal. New Orleans. Vol. 104 N° 3. September 1951. (Págs. 99-103).
- BOSHER LEWIS, H. — A review of surgically treated lung abscess. The Journal of Toracic Surgery. Vol. 22 N° 4. April 1951. (Pág. 370-376).
- FERNANDEZ CHAPELA, A. M. — Absceso de pulmón. Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades. Tomo XXXVII, N° 4. Octubre 1950. (Pág. 372-378).
- SWEET RICHARD, H. — Toracic Surgery. 1950.

Dr. Victorica. — Creo que en Medicina o en Cirugía nunca se pueden negar los hechos; es evidente que se ha extirpado un segmento o una parte de un segmento del pulmón por la técnica llamada de Velarde Pérez Fontana, algo similar a lo que se hace en el quiste hidático.

Ahora en lo que no estoy muy de acuerdo es en la interpretación que puede hacerse de que se trata de un absceso crónico del pulmón.

Cuando vi las placas, pensé que había que mirar muy bien la anatomía patológica para ver si no es un tuberculoma del pulmón; no sería un absceso crónico sino un tuberculoma y hay algunas cosas para pensar que pueda ser un tuberculoma, es que hay una calcificación en otro lado. Además el aspecto verdoso del pus, que a menudo en los tuberculomas que hemos operado revestía ese aspecto.

Ahora, en la microfotografía que mostraron los comunicantes, no se ve un elemento típico que haga pensar en el tuberculoma, pero puede

ser que revisando la preparación se pueda ver en la pared de ese dicho absceso crónico que en realidad no es tal absceso crónico, que es un tuberculoma y eso explicaría que se pudo hacer la extirpación tan relativamente fácil, pues en los tuberculomas es muy fácil la resección segmentaria o hecha en cuña. Nosotros hemos hecho varias resecciones del tipo cuña colocando pinzas y los enfermos han marchado bien.

Nada más.

Dr. Badano. — Agradezco al Dr. Victorica que se haya interesado por esta comunicación. Ahora, en realidad, no le encuentro base a lo que dice, porque él afirma que no es un absceso y no tiene elementos histológicos para probarlo, por consiguiente pongo las preparaciones a disposición del Dr. Victorica por si quiere revisarlas. Nada más.