

Trabajo de la Clínica del Prof. Pedro Larghero Ybarz

ETIOLOGIA DEL HEMONEUMOTORAX ESPONTANEO NO TUBERCULOSO (*)

(6 observaciones clínicas)

Dres. Luis M. Bosch del Marco y Walter Venturino

En abril de 1956, el doctor Oscar Bermúdez (1), presentó en esta Sociedad un trabajo titulado: "Hemoneumotórax espontáneo. Consideraciones sobre oportunidad del tratamiento quirúrgico". Intervinimos entonces, en la discusión del mismo con la contribución de unos casos tratados y hacíamos énfasis, en la causa etiológica del proceso. Hoy, con un aporte mayor de observaciones, volvemos sobre el tema, para insistir, sobre las causas determinantes y los beneficios del tratamiento quirúrgico practicado sin dilación alguna; no solamente, para los casos en donde el derrame sanguíneo ponga en peligro la vida del enfermo, sino también para aquéllos de mediana intensidad, en los que sobre todo peligrará la función respiratoria.

Rydell, J. R. (2), en una muy reciente publicación, hace referencia sobre unos ciento cincuenta casos de hemoneumotórax espontáneos publicados en la literatura, y establece que la hemorragia pleural de significación, acompaña a los neumotórax desde un 5 % a un 10 % de veces.

El reducido número de observaciones dadas a conocer, como lo señala el autor, nos ha determinado a presentar, por juzgarlo de interés, esta serie de 6 pacientes operados (cuadro 1).

CASISTICA

OBSERVACION 1. — N° 13516 de la Clín. Quir. del Prof. Larghero. J. C. B., 47 años, hombre. Hace un año y hace 30 días síndrome doloroso agudo de hemitórax izquierdo; esta última vez se acompañó de expectoración macropurulenta. Al ingreso (26-IX-55), se constata un nivel hidro-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 8 de julio de 1959.

aéreo de hemitórax izquierdo. El aspecto general es de intoxicación y existe fiebre. A los dos días de ingresado se hace toracotomía mínima y drenaje, evacuándose 500 centímetros cúbicos de pus bien ligado con restos de sangre coagulada y gran cantidad de fibrina. Mejoría del estado general.

Operación. — (13-X-55). Toracotomía izquierda. La causa del proceso reside en una vesícula de enfisema rota, del tamaño de una palma de mano, con trama vascular muy desarrollada en su fondo, que asienta en el segmento basal medio del lóbulo pósteroinferior del pulmón izquierdo. Las pleuras viscerales y parietal se hallan cubiertas de exudado fibrinoso y restos de coágulos sanguíneos viejos, se evacúan. Se realiza decorticación pleural total y bisegmentectomía (basal media y anterior).

Evolución. — Buena desde el punto de vista vital. A los seis meses persistía un velo pleural en la base izquierda con elevación del hemidiafragma.

OBSERVACION 2. — Nº 14032 de la Clínica Quirúrgica del Prof. Larghero. H, D., 17 años, hombre. (Enfermo enviado del Servicio del Prof. Plá). Hace dieciséis días, síndrome doloroso agudo de hemitórax izquierdo, que repite hace doce días; físicamente presenta en ese momento un neumotórax y un derrame pleural, que confirma el estudio radiológico, mostrando éste un colapso pulmonar total. En nuestro servicio se hace un intento de aspiración del hemotórax con sonda de Bilau y se fracasa.

Operación. — (19-V-56). Toracotomía izquierda. Colapso pulmonar total rodeado de gruesas masas de fibrina en medio de abundante líquido sanguinolento, que se evacúan. No se pudo hallar la causa del proceso. Se realizó decorticación mínima de las capas de fibrina adheridas al pulmón y a la pleura.

Evolución. — Buena. Alta a los catorce días. Su evolución posterior ha sido muy buena, llevando una vida totalmente normal.

OBSERVACION 3. — Nº 13564 de la Clín. Quir. del Prof. Larghero. R. M., 19 años, hombre. (Enviado de la Clínica Médica del Prof. Herrera Ramos). Hace quince días síndrome doloroso agudo de hemitórax izquierdo. Síndrome físico y radiológico de neumotórax y derrame pleural. La punción en sala de Medicina revela que el derrame líquido es sangre. Lo envían al Servicio, donde se practica intervención inmediata.

Operación. — (11-X-55). Toracotomía izquierda, colapso pulmonar total en medio de más de 2000 centímetros cúbicos de sangre y abundantes copos de fibrina, que se evacúan. En el ápice del lóbulo superior se comprueba un nódulo del tamaño de una arveja que el microscopio mostró ser un nódulo fibro-productivo telangiectásico. No se halló, en la parte correspondiente de la pleura parietal, nada que pudiera haber correspondido a una brida. Se practicó resección cuneiforme de ese nódulo.

Evolución. — Buena. Alta al noveno día. Recuperación radiológica total.

OBSERVACION 4. — Nº 16982, de la Clínica del Prof. Larghero. V. L. G., 24 años, hombre. Hace veinticuatro horas síndrome doloroso agudo de hemitórax derecho. A su ingreso, el Servicio de Guardia comprueba clínica y radiológicamente un neumotórax y un derrame pleural. Se practica punción y aspiración continua del neumotórax por el segundo espacio intercostal derecho, parte anterior. Una toracentesis evacúa 1200 centímetros cúbicos de sangre lacada. Se intenta diferir la toracotomía para comenzar a buscar en estos pacientes, por medio de la neumoangiografía, la existencia de aneurismas arteriovenosos pulmonares que expliquen algún caso de hemotórax o hemoneumotórax espontáneo. Pero dado que su realización iba a demorar días, agregado al hecho de que radioscopia mostró que tanto el neumotórax como el hemotórax persistían (a pesar de las aspiraciones), se decide intervenir a los seis días de iniciado el proceso.

Operación. (23-VI-59). Toracotomía derecha. Pulmón colapsado, 2000 centímetros de sangre lacada, no hay depósito de fibrina en las pleuras; en el ápice del lóbulo superior existe una vesícula de enfisema indemne que se reseca y en el mismo lóbulo, segmento lateral, existe una erosión rojiza de la superficie pulmonar, que se interpreta como la vesícula de enfisema cuya rotura dio origen al hemoneumotórax; se sutura.

Evolución. — Buena. Alta al décimo tercer día. En el momento de la comunicación lleva quince días de operado.

OBSERVACION 5. — Nº 16100, de la Clínica del Prof. Larghero. 57 años, hombre. Hace un mes, en aparente buen estado de salud, síndrome doloroso agudo de hemitórax derecho. En el ingreso, tanto clínica como radiológicamente, se comprueba un neumotórax con derrame. Además, los radiogramas muestran por encima del nivel líquido, una masa redondeada, situada en la parte más externa del campo pulmonar derecho.

Operación. — (8-VIII-58). Toracotomía derecha. Colapso pulmonar total; el lóbulo ántero-superior está completamente invadido por tejido neoplásico que lo hace polilobulado. Existen gruesas adenopatías medias-tinales altas. Los dos lóbulos restantes están solamente colapsados. Existen en la pleura unos 3000 centímetros cúbicos de sangre lacada que se evacúa. La sombra redondeada que mostraba la radiología en la parte más externa del campo pulmonar y por encima del nivel líquido, correspondía a un gran coágulo de sangre fijado a esa zona de la pleura parietal. Siendo el neoplasma inoperable sólo se efectúa un drenaje pleural.

Evolución. — Muerte al mes de operado en forma brusca. No se hizo autopsia.

OBSERVACION 6. — Nº 12154, de la Clín. del Prof. Larghero. A. A., 22 años, hombre. (Enviado de la Clínica Médica del Prof. F. Herrera Ramos). Asmático que hace cinco meses tienen un neumotórax agudo, tratado médicamente; mejoría. Hace 20 días repite el accidente. Clínicamente presenta un neumotórax puro, lo que confirma la radiología. La aspiración continua del neumotórax sólo logra una reexpansión parcial

por lo que a los cincuenta y seis días del último accidente se decide intervenir.

Operación. — (8-IX-54). Toracotomía derecha. Colapso pulmonar; la víscera se halla relativamente encarcelada dentro de una pleura de 2 milímetros de espesor. En el lóbulo ántero-superior, segmento lateral, se comprueba gruesa vesícula de enfisema. Se procede a la decorticación y al drenaje con aspiración continua, más segmentectomía lateral del lóbulo superior.

Evolución. — No se logra la reexpansión pulmonar y se produce un empiema pleural. Esto obliga al mes de la operación anterior, a realizar nueva decorticación y drenaje del empiema. Sólo se logró una reexpansión parcial del pulmón; aunque con buen estado general, fue dado de alta con el neumotórax parcial y con un discreto derrame pleural, para ser vigilado en policlínica. Hemos perdido contacto con este paciente.

Se ha incluido esta observación de un neumotórax puro dentro del grupo de hemo-neumotórax, para mostrar el papel que puede desempeñar el aire por sí mismo, en la génesis de las secuelas de esos procesos. Como se ve puede llevar a paquipleuritis de difícil solución, después de una evolución como en la observación 6, de 56 días. De ahí que la urgencia en operar un hemo-neumotórax espontáneo, no sólo estaría condicionada por la presencia de sangre en la cavidad pleural, sino también por la del aire. Este concepto se aplicó en la observación 4, en el que tanto el aire como la sangre, persistieron en la pleura después de intentos de aspiración de ambos.

CONSIDERACIONES:

El origen y mecanismo del hemo-neumotórax espontáneo, ha sido motivo de controversias; en general, se señalan como causas frecuentes las siguientes:

- 1) Ruptura de las paredes de vesículas de enfisema.
- 2) Desgarros del parénquima pulmonar vecino a ellas.
- 3) Desgarro de bridas concomitantes muy vascularizadas.

Menos frecuentemente se indican otros factores etiológicos. Entre los casos que ofrecemos a la consideración, destacamos: el cáncer pulmonar y el nódulo de telangiectásico de la superficie pulmonar. El hemotórax puro y masivo, ha sido comprobado, en el curso de otras afecciones: meningocele intratorácico (³), aneurismas aórticos, así como se admite también la posibilidad de ser provocado por la ruptura de un aneurisma arterio-venoso pulmonar.

CUADRO I

Caso	Obs.	Edad	Sexo	Tiempo de operación después del comienzo	Cantidad de sangre en pleura	Etiología	Resultado
1	13516	47	M	45 días	600 c.c. toracentesis previa.	Vesícula de enfisema.	BUENO
2	14032	17	M	16 días	700 c.c. toracentesis previa, grandes masas de fibrina.	No se halló.	BUENO
3	13564	19	M	15 días	2.500 c.c.	Nódulo fibro productivo telangiectásico.	BUENO BUENO
4	16982	24	M	6 días	200 c.c. toracentesis previa.	Vesícula de enfisema.	BUENO
5	16100	57	M	30 días	3.000 toracentesis previa.	Neoplasma de pulmón.	BUENO
6	12154	22	M	56 días	Algunos centímetros cúbicos.	Vesícula de enfisema.	BUENO

Rydell, en 150 casos recogidos en la literatura, refiere que aproximadamente 90 % de las veces, acontecen en el sexo masculino; señalándose alrededor de una docena de oportunidades en el sexo opuesto. Destaca también el autor que la afección puede presentarse indiferentemente en cualquiera de los hemitórax y que las muertes ocurren, para los casos agudos con relativa frecuencia, dentro de las primeras 48 horas.

Hyde e Hyde (⁴), juzgan a su vez, de la seriedad de la asociación de neumotórax y hemorragia, verdadera complicación grave.

El diagnóstico de la causa podrá sospecharse a veces clínica y radiológicamente; salvo situaciones, en donde el accidente sea la culminación de un proceso ya evolucionado y bien evidenciable, observación N° 5. En general, la enfermedad se inicia sin prodromes y en forma súbita; son los casos, en donde la radiología podrá sorprender en el contorno del pulmón colapsado, imágenes sospechosas de vesículas de enfisema.

Si bien hay interés en determinar la causa del hemoneumotórax, creemos que no debe exponerse al enfermo anémico agudo a búsquedas riesgosas ni tampoco a dilaciones que nos impidan realizar un tratamiento quirúrgico pronto, oportuno y eficaz. Respecto a éste, somos cada vez más concluyentes; uno de nosotros (⁵), ya lo era hace unos años para el hemotórax traumático, en el que aprendimos los inconvenientes ocasionados por la conducta quirúrgica diferida. En esta Sociedad, los autores de los trabajos, presentados sucesivamente sobre el tema (⁶), (⁷), (⁸), han ido preconizando, del mismo modo, y en forma cada vez más insistente el tratamiento cruento por toracotomía, conducta ésta que por otra parte logra día a día mayor número de adeptos (⁹).

Los beneficios alcanzados con ella, se verán siempre confirmados al prevenir:

a) Estados de anemia intensos que puedan hacer peligrar la vida.

b) Al preservar la función pulmonar amenazada por la falta de reexpansión y la organización del hemotórax (¹⁰).

c) Al disminuir los riesgos de infección pleural y finalmente, como surge de lo que motiva esta publicación.

d) Permitir el tratamiento de la *causa de la hemorragia y de la enfermedad que la originen.*

En la mayor parte de los casos presentados, no hemos podido proceder de acuerdo a nuestro criterio, por habernos llegado los enfermos en etapas ya evolucionadas del proceso, razón por la cual creemos que los resultados funcionales que esperamos ofrecer en esta oportunidad, han de ser superados por la de los casos sometidos a toracotomías inmediatas.

Conclusiones: Se presenta una serie de 6 observaciones clínicas de hemoneumotórax espontáneo, señalándose en 5 veces la causa etiológica determinante. Se insiste, en la conveniencia de insistir el tratamiento quirúrgico precoz, que permitirá recuperar la función respiratoria y tratar la enfermedad causal.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BERMUDEZ, O. — Hemoneumotórax espontáneo. Consideraciones sobre oportunidad del tratamiento quirúrgico. Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay. XXVII. 3:179-195, 1956.
- 2) RYDELL, J. R. — Emergency Thoracotomy for massive spontaneous hemopneumothorax. The journal of thoracic surgery. XXXVII. 3: 382-387, 1959.
- 3) WILSON HUGH, E., ERNST, R. W. — Massive hemothorax caused by an intrathoracic meningocele. The journal surgery. XXXVII. 3: 387-393, 1959.
- 4) HYDE, LAND HYDE, B. — Citado por Rydell (2).
- 5) BOSCH DEL MARCO, L. M. — Hemotórax traumático. IX Congreso Interamericano y XXVII Congreso Chileno de Cirugía. Fascículo II, 1959.
- 6) NARIO, C. V., BERMUDEZ, O., ESPASANDIN, J. — Hemoneumotórax espontáneo. Tratamiento quirúrgico. Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay. XIX. 6:612-613, 1948.
- 7) MEZZERA, R. J., AGUIAR, A. — Decorticación pulmonar en un enfermo con hemoneumotórax espontáneo y piotórax. Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay. XXV. 1:118-135, 1954.
- 8) CLYNE & HUTTER, citado por Rydell (2).
- 9) VENTURINO, W. — Sobre el tratamiento quirúrgico precoz del hemotórax traumático. Bol. de la Soc. de Cirugía del Uruguay, XXVI. 6, 1956.
- 10) BOSCH DEL MARCO, L. M. — Heridas penetrantes de tórax. Relato al VII Congreso Uruguayo de Cirugía. I:64-129, 1956.