

PERFORACION DIAFRAGMATICA POR TUBO DE DRENAJE DE Q. H. DE HIGADO (*)

Dr. Guaymirán Ríos Bruno

Traemos hoy al seno de la Sociedad de Cirugía un caso vivido por nosotros y que tiene varios puntos que consideramos de interés destacar. Se trata del Sr. (A. T.: Arnoldo Techera) de 54 años H. C.: 18993 Anamnesis: desde hace 3 meses discretas molestias de H. D. que en algunos momentos aumentó de intensidad y tomó carácter cólico, los fami-

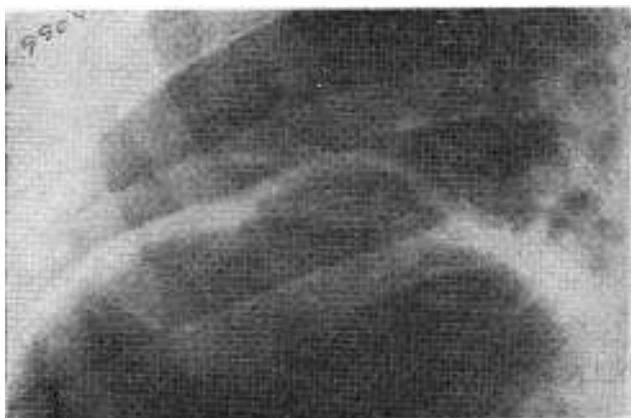


Fig. 1.

liares notan que se ha puesto icterico y febril. Acusa prurito y decae su estado general. Proviene de una zona hidatígena. Examen: Ictericia febril obstructiva, mal estado general. Tumoración de lóbulo derecho de hígado. DIAGNOSTICO: Quiste hidático supurado y abierto en vías biliares. Ingresa el 31 - 5 - 61 se le efectúa una Rx simple de H. D. (Nº I) que confirma el diagnóstico mostrando un pnoneumoquiste.

Por razones múltiples no se efectuó el drenaje inmediato como es

(*) Trabajo presentado en la $\frac{1}{2}$ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 5 de julio de 1961.

de rigor en nuestro servicio y el Q se rompió en la tarde, siendo entonces intervenido efectuándosele drenaje del Q con doble tubo de goma, de flancos y del Douglas.

Luego, mejoría que no se mantiene pues el enfermo entra en un grave cuadro de deshidratación, con un balance electrokítico negativo, hipopotasemia al E C G y O eosinófilos, el 14 - 6 - 61 se agrava el enfermo la auscultación muestra un soplo anfórico de base derecha y la

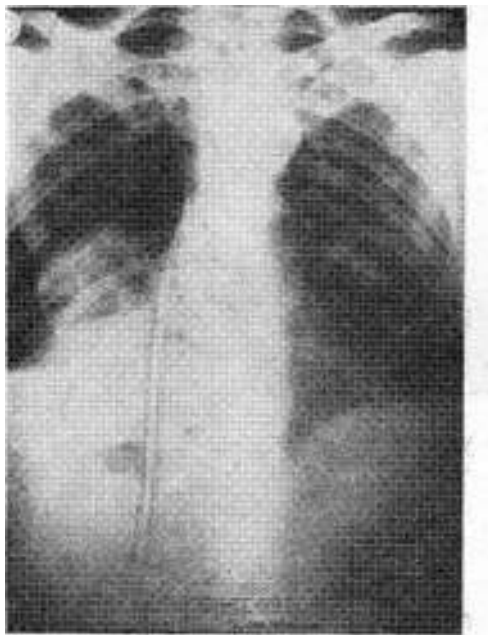


Fig. 2.

RX (2) muestra un neumotórax derecho y la punta del tubo de drenaje en la cavidad pleural luego de perforar el diafragma (3).

Se han marcado los tubos para mayor claridad.

El 14 - 6 - 61 se efectúa toracotomía mínima y la evolución es poco satisfactoria por lo cual el 20 se efectúa toracotomía amplia posterolateral derecha con resección de 8ª costilla comprobándose un neumotórax total, el lóbulo postero inferior colapsado y recubierto de fibrina. A nivel del diafragma se observa un orificio de 1 cm. de diámetro que es el que corresponde a la perforación por el tubo, se cierra dicho orificio, se drena la cavidad pleural con un tubo en Y y se reexpande el pulmón.

En fecha 27 - 6 - 61 se retira el tubo siendo la Rx (4) satisfactoria y el estado general del enfermo comienza a mejorar lentamente.



Fig. 3.



Fig. 4.

Creemos que este caso tiene interés: 1º) por ser una ruptura espontánea de un quiste hidático del hígado supurado lo que confirma una vez más que el drenaje del Q. H. supurado del hígado es una intervención de extrema urgencia; segundo por la complicación post-operatoria no frecuente (perforación diafragmática por tubo de drenaje) y tercero porque la mejoría solo se logró luego de la toracotomía amplia con cierre del orificio.

La experiencia de este caso nos llevó a sustituir el tubo en canaleta por una gruesa sonda de Petzer colocada en el sitio más declive de la cavidad a drenar.

Dr. Chifflet. — El Dr. Ríos nos ha presentado una observación muy interesante y ha comentado varios aspectos de gran valor práctico. Nos vamos a referir solamente al accidente perforativo del diafragma, del cual tenemos una observación similar en la Clínica, tratada por el Dr. L. Praderi.

La posibilidad del accidente nos obliga, como dice el Dr. Ríos, a evitar la acción agresiva del tubo. Debemos recordar en primer lugar, al colocar un tubo, las modificaciones de posición de su extremo al despertar el enfermo, al cambiar de posición, al toser, al variar las relaciones de la región en el proceso involutivo de curación. Nosotros drenamos los quistes hepáticos con dos tubos apareados de diferente largo, de calibre y dureza media. Este proceder nos permite: 1º) obviar en parte el inconveniente de la obstrucción, 2º) obtener los beneficios de evacuación por doble vía por el mecanismo del espiche, 3º) drenar dos territorios diferentes de la cavidad, 4º) retirar un tubo cuando está obstruido o el proceso va curando, sin suprimir el drenaje. En los quistes de la cara superior del hígado éstos beneficios son particularmente importantes como para hacer imperativo el doble tubo. El doble tubo previene por una parte el riesgo de perder el drenaje por salida de un tubo corto que no acompañe al quiste en su ascenso post-operatorio, pero fundamentalmente permite drenar las cavidades subfrénicas, de presión negativa, que tienen líquido y gas, solo bien drenadas si un tubo está en la zona de contenido líquido.

Tanto en la observación del Dr. Ríos, como en la nuestra la perforación del diafragma fue producida por el tubo, como lo demuestran en ambos casos los documentos radiográficos, pero no debemos olvidar la posibilidad de una fistulización hepatopleural o hepato brómquica por proceso de adventicitis evolutiva en casos de quistes drenados. Publicamos hace varios años una observación indiscutible de este proceso.

Producido el neumotórax creemos que la toracotomía debe ser de

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

urgencia, salvo, como en nuestra observación, un estado general precario en persona de edad avanzada. La ruptura diafragmática permite el pasaje a la cavidad pleural de posibles gérmenes hidatídicos, bilis, líquido purulento etc., pudiendo hacerse persistente una fistulización con repercusión pleuro pulmonar importante. El tratamiento quirúrgico inmediato es el único recurso que nos permite evitar tales complicaciones.