

Trabajo de la Clínica del Prof. Piquinela y del Centro de Recuperación  
Respiratoria del M. de S. P.

## PIO HIDATO - TORAX DE ORIGEN HEPATICO (\*)

### Fístula broncopleural; paro cardíaco intra-operatorio; insuficiencia respiratoria aguda

Dres. W. Suiffet, J. Mañana y R. Irastorza

Siempre un pio hidato - tórax de origen hepático resulta interesante, pero a este paciente se suma la secuencia cronopatológica de las complicaciones a que dio motivo su tratamiento; para que justifique su consideración en la Sociedad de Cirugía de Cirugía.

La historia clínica la dividiremos en 5 etapas.

Historia 2874. — Del Servicio de Cirugía del Prof. Piquinela.

1ª ETAPA: Esquema Nos. 1 y 2.

Paciente de 23 años. Ingresa al Hospital Pasteur con un quiste hidático de cara superior del lóbulo derecho del hígado abierto en vías biliares. A los 3 días de su ingreso accidente brusco con a) síndrome perforativo agudo tipo pleural; b) instalación de un síndrome en menos total derecho; c) insuficiencia respiratoria aguda; d) síndrome febril. Diagnóstico Pio-hidatotórax de origen hepático.

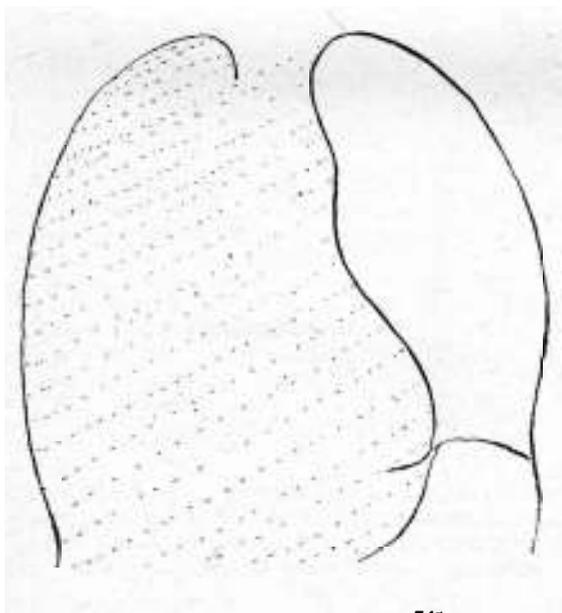
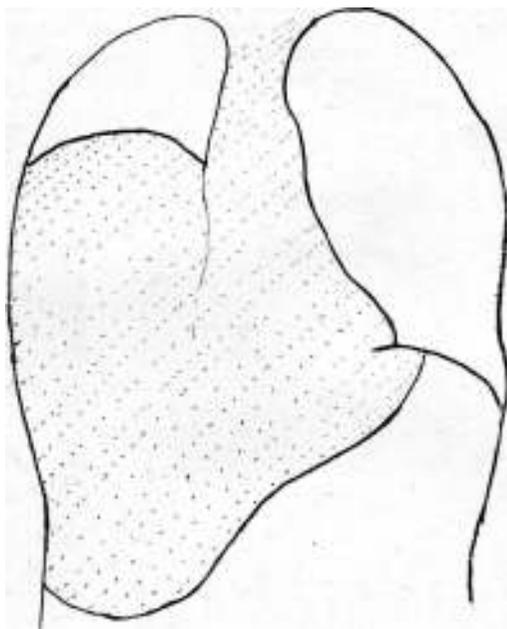
**Tratamiento.** — Toracotomía mínima de drenaje, se retiran cuatro lts. de líquido purulento pútrido, con vesículas hijas abundante de tamaño variable cuyo diámetro oscilaba en 4 cmts. Drenaje bajo agua.

2ª ETAPA: Radiografía Nº 3.

El paciente mejora su insuficiencia respiratoria. Pero mantiene un drenaje pleural pio-bilioso promedial de 800 c.c. diarios. Tapándose frecuentemente la sonda con restos hidáticos. Enfermo impaciente, se retira la sonda transcurriendo 48 horas sin ésta. Al proceder a colocarla se retiran pus bilioso y vesículas hijas en cantidad importante. Se instala una fístula broncopleural. A los 20 días de la instalación de su pio-torax, se procede a realizar la segunda intervención.

(\*) Trabajo presentado en la media hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 1 de noviembre de 1961.

ESQUEMA N.º 1. — Pa-  
ciente al ingreso. Dia-  
fragma elevado, enorme  
hepatomegalia.

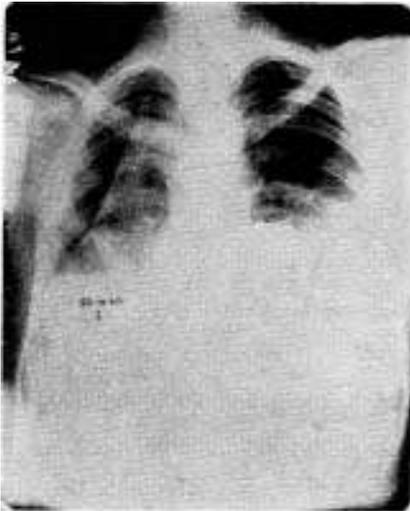


ESQUEMA N.º 2. — A las  
30 horas de su ingreso,  
derrame pleural total de-  
recho; desviación de me-  
diastino.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

Quistostomía, Colecistostomía, Toracotomía Izquierda por Paro Cardíaco. El quiste hidático era de lóbulo derecho del hígado en posición antero externo adherido al diafragma, su abertura permite retirar pus espeso y restos de membrana hidática. La exploración de la cavidad

RADIOGRAFIA N° 3. — 18 días después de su ingreso se mantiene un avenamiento de 800 c.c. pio bilioso, de su pio-hidato-tórax derecho.



RADIOGRAFIA N° 4. — Presenta a los 7 días luego de su segunda intervención, pio neumotórax derecho en franca retrocesión; traqueobronquitis difusa con bronco alveolitis, foco de condensación en lóbulo inferior izquierdo, insuficiencia respiratoria.

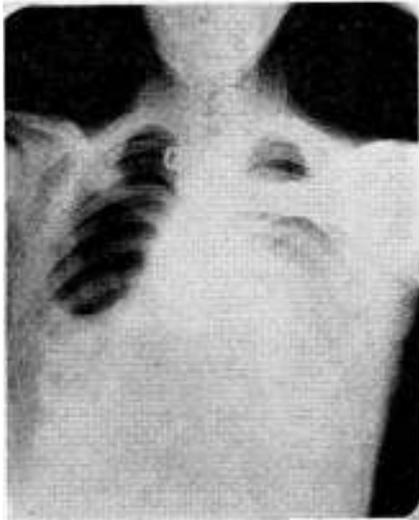
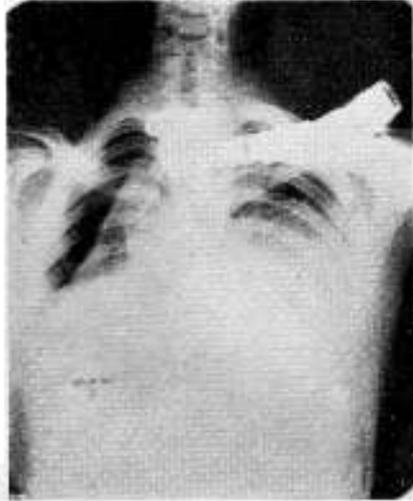
muestra una progresión infundibuliforme que se supone en comunicación con el tórax. Se procede a realizar una quistostomía sobre sonda Malecot. La vía biliar principal es de caracteres macroscópicos normales; se realiza colecistostomía a la Mayo. Al finalizar el acto quirúrgico Paro Car-

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

diaco. Toracotomía izquierda en 3er. espacio. Corazón en diástole, se inicia el masaje sin abrir pericardio y el corazón comienza a contraerse lentamente. Cierre de la toracotomía por planos. Drenaje bajo agua de cavidad pleural izquierda.

3ª ETAPA: Estamos frente a un paciente con una importante insuficiencia respiratoria motivada por un pnoneumotórax derecho; una tora-

RADIOGRAFIA N° 5. — El enfermo en el respirador de Engstrom.



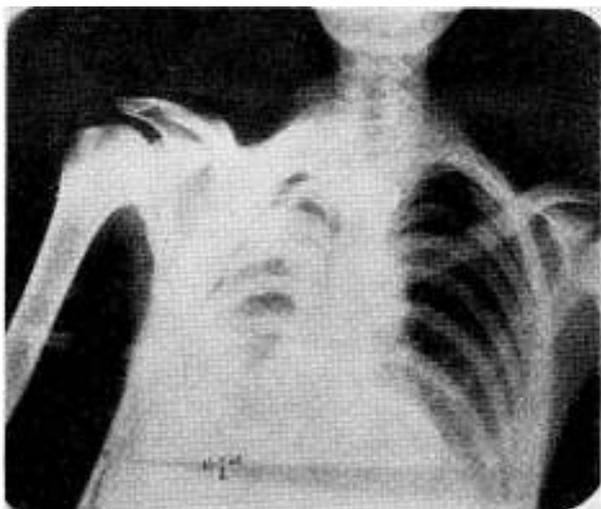
RADIOGRAFIA N° 6. — El paciente en el respirador de Engstrom hace un neumotórax total derecho.

cotomía izquierda de necesidad; e invalidada la función respiratoria de la región supraumbilical del abdomen por una intervención de avenamiento biliar quístico (quistostomía y colecistostomía). En un enfermo con una traqueobronquitis purulenta como consecuencia de su fistula

broncopleural. A pesar de esto, evoluciona relativamente bien durante 6 días; en el curso de los cuales se retiró el drenaje pleural izquierdo, y se levantó.

A los 7 días la traqueobronquitis se transforma en una bronqueoalveolitis difusa con un foco de condensación pulmonar en el lóbulo inferior izquierdo. Precipitando al enfermo en una insuficiencia respiratoria aguda. Considerando que al paciente hay que colocarlo en un respirador se realiza una traqueotomía y se traslada al Centro de Recuperación Respiratoria del M.S.P. Radiografía N° 4.

4ª ETAPA: El enfermo es colocado en el respirador de Engstrom, teniendo que sedarlo para que se adapte a éste. Las condiciones en este momento son las siguientes: Hemitórax derecho: Pionemotórax hidático en buena evolución. Hemitórax izquierdo: supuración parietal de la inci-



RADIOGRAFIA N°  
— El enfermo  
muy mejorado, cura  
su neumotórax  
y cura todo el pul-  
món izquierdo.

sion de toracotomía; foco de neumonitis del lóbulo inferior izquierdo. Traqueobronquitis.

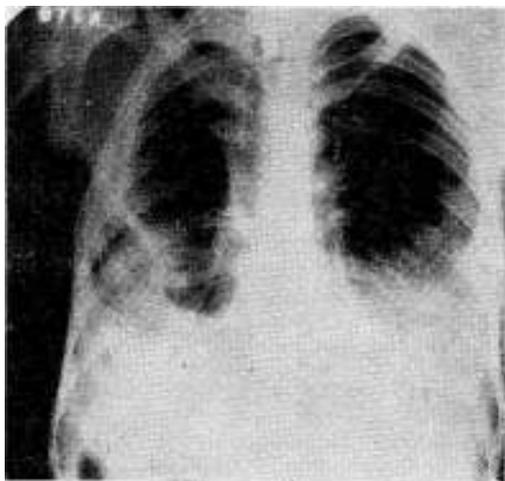
El foco de neumonitis permanece incambiado; la traqueobronquitis disminuye gracias a las aspiraciones y las nebulizaciones; el estado general mejora gracias a las transfusiones de sangre. A los seis días de colocarlo en el respirador se produce un neumotórax total derecho cuya interpretación debe atribuirse a que la presión positiva abrió la comunicación broncopleural, motivando esto la colocación de una aspiración cerrada en el segundo espacio intercostal derecho (Ver radiografía N° 6). Concomitantemente se aísla en la expectoración estafilococo dorado sensible a la cloromicetina. A partir de este instante el enfermo comienza a mejorar. El foco de neumonitis del lóbulo inferior izquierdo cede al tratamiento médico. El empiema pleural derecho que iba en franca retrocesión se agota y el neumotórax derecho gracias a la respiración positiva del respirador cede por expansión del pulmón a la pared. (Radiografía N° 7).

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

El enfermo permaneció en el Engstrom 14 días. Mejorado de su insuficiencia respiratoria es dado de alta y reingresa al hospital Pasteur.

5ª ETAPA: Hemitórax derecho; paquipleuritis. Hemitórax izquierdo; incisión de toracotomía anterior cicatrizada, pleuro pulmonar sin particularidades. Mediastino en su sitio. Abdomen tubo de quistostomía que no da secreción. Tubo de colecistostomía con un drenaje de 50 a 100 c.c. de bilis clara, que tolera bien el pinzamiento. Traqueostomía bien tolerada.

El paciente dando una prueba más de su inadaptabilidad a su enfermedad y al medio hospitalario que lo rodea, se retira los tubos de quistostomía y colecistostomía y pide el alta contra la voluntad médica.



RADIOGRAFIA Nº 8. — Última radiografía del paciente, donde se observa paquipleuritis residual derecha.

Vuelve a los 7 días a devolver la sonda de traqueostomía. Encontrándose en perfectas condiciones de salud.

### CONSIDERACIONES:

La gravedad que implica en todo paciente un pio-hidato-tórax con bilis de origen hepático. Es agravada en este paciente por el paro cardíaco sufrido, creando de ese instante una secuencia de complicaciones que pusieron en grave trance la vida del paciente. El tratamiento separado de las dos cavidades esplénicas está justificado en nuestro paciente porque una, la torácica, estaba altamente contaminada. Creemos que gracias al Centro de Recuperación Respiratoria del M.S.P. y a la dedicación de su personal, este enfermo pudo paliar el grave trance a que fue sometido, e indirectamente tratar, si no de una manera total, en gran parte las secuelas de su enfermedad torácica.

### SUMARIO

Se presenta un pio-hidatotórax bilioso de origen hepático y las complicaciones a que dio motivo su tratamiento. Fístula bronco pleural. Paro cardíaco operatorio. Insuficiencia respiratoria

aguda. Neumotórax total derecho. Y como pilar importante en su tratamiento destacamos el respirador de presión intermitente positiva - negativa.

**Dr. Rafael García Capurro:** Quiero felicitar a los autores que han presentado este caso, puesto que han hecho gala de una tenacidad que está fuera de lo común. En un enfermo cuyo pulmón derecho no funciona y que además tiene en el pulmón izquierdo una broncoalveolitis, que ha disminuído enormemente su campo respiratorio, yo no hubiera recurrido a una respiración artificial, puesto que creía que no tenía campo respiratorio. Sin embargo, visto el resultado obtenido, tengo que reconocer que lo que se ha hecho está bien y que ha sido éste un caso en el cual la tenacidad de los cirujanos ha conseguido salvar esta vida. En cuanto a que el enfermo al final de todo esto estuviera cansado, parece muy natural.

**Dr. Venturino:** Aparte de las consideraciones que pueda merecer el caso ya establecido por el Dr. Mañana, este caso me hace recordar otro de la Clínica en que actuamos, que trajo el Dr. Ríos Bruno, en que se cometió un error inicial. Y es precisamente el haber cometido ese error inicial, el que permitió traer al Dr. Ríos y al Dr. Mañana estos casos a la Sociedad de Cirugía. Y es el no haber considerado estos casos como situaciones de extrema urgencia no bien ingresaron al hospital. Porque el esquema de la radiografía que presentó el Dr. Mañana en el primer momento, muestra un hígado enormemente grande con un campo pulmonar muy reducido. Bien, en la Clínica en que actuamos se considera esa situación de extrema urgencia y se opera no bien llega el enfermo, a veces sin dar lugar a hacer una radiografía; basta una radioscopía y observar un diafragma un poco elevado como mostró el Dr. Mañana en el esquema, para que eso haga indicación de una operación inmediata, sin más trámites; y recuerdo el caso que trajo el Dr. Ríos en el que se difirió la operación 24 horas: el quiste se rompió y provocó una serie de trastornos, entre ellos una peritonitis hidática y luego una perforación hacia la pleura que en definitiva terminó con la muerte del enfermo. De modo que el caso en sí, en fin, es muy interesante por todo lo que se ha dicho pero yo quería recalcar esta situación. Nada más.