

Evolución insólita de un traumatismo tóraco - abdominal

Sesión de homenaje al Prof. Juan E. Cendan

Dr. Guillermo F. Cottini

Un paciente de 53 años ingresa por disnea paroxística, fiebre y puntada de costado derecha. La radiografía simple muestra hemitórax derecho totalmente velado.

Por toracocentesis se evacúa 600 c.c. de líquido turbio y fétido y al día siguiente 200 c.c. de sangre roja. No mejora pese a los antibióticos.

La tomografía computada torácica y abdominal es informada señalando una bilobulación hepática o posible absceso subfrénico o probable pioquilotórax derecho.

Reinterrogado al paciente aparece el antecedente de un grave accidente con fracturas múltiples costales 8 años antes. Por esa razón sospechando una hernia diafragmática postraumática y en oposición con el informe de la tomografía computada se realiza un colon por enema que confirma la existencia de dicha hernia pues el colon llega casi al vértice del pulmón. La operación permitió reducir el colon y el hígado al abdomen cerrando el defecto con un parche de Marlex.

Los líquidos obtenidos por punción provenían del colon y el hígado respectivamente.

Se señala la importancia de una buena anamnesis de los antecedentes, la buena tolerancia de la evisceración transdiafragmática durante 8 años y la utilidad de la radiología convencional.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:
Diaphragmatic Hernia / Traumatic.

La evolución insólita de un traumatismo toracoabdominal, ocurrido 8 años antes del episodio que nos ocupa, me induce a presentarlo en esta ocasión asociándome así al Homenaje que se le rinde al Profesor Juan E. Cendan Alfonso.

Se trata de Héctor B. de 53 años de edad. Ingresó a un importante sanatorio de Buenos Aires, el 3/2/79 con un síndrome pulmonar agudo caracterizado por disnea, punzada de costado derecho y fiebre. Fue atendido por el Médico de Guardia que, luego de obtener

Facultad de Ciencias Médicas. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

una radiografía directa de tórax comprobando una opacidad de todo el hemitórax derecho (fig. 1), le efectúa una punción con el propósito de evacuar un derrame líquido. Obtuvo 600 centímetros cúbicos de líquido turbio, con aspecto de pus, pero con acentuado olor nauseabundo. Este gesto no se tradujo por mejoría alguna del paciente. Al día siguiente repite la punción y obtiene 200 c.c. de sangre roja, que no coagula. En los días sucesivos y luego del estudio clínico pertinente, se indican antibióticos y se obtienen nuevas placas radiográficas. El paciente no mejora, continuando febril. e le efectúa un estudio tomográfico que no contribuyó a aclarar el diagnóstico.

9/2 examino al paciente y ante la evidencia emiológica de una matidez en el hemitórax derecho, procedo a efectuar una punción que resultó negativa, llamándome la atención la extrema dureza de los planos que se ofrecían a la aguja. Efectué una anamnesis exhaustiva recogiendo el dato que 8 años antes había sufrido un grave accidente de carretera con fracturas múltiples en miembros inferiores, cadera y costales. No obstante que una punción de órax reveló un derrame hemático, se prestó mayor atención al resto de las lesiones de las que fue tratado con el mayor de los éxitos.

Con este antecedente relacionamos su estado actual como secuela de su traumatismo y pensando que se trataba de un pulmón emparejado propusimos la intervención quirúrgica. Paso por alto la lectura de los numerosos análisis y controles de laboratorio que no contribuyen a aclarar el diagnóstico del caso. Para completar su estudio se le obtuvo una serie de tomografías computarizadas de abdomen y de tórax, cuyos informes dicen textualmente:

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 7 de noviembre de 1979.

Profesor de Cirugía. Universidad de Buenos Aires. Argentina.

Domicilio: Canning 2394, Buenos Aires. Argentina.

Tomografía computada abdominal

Se exploró la región abdominal con 40 cortes perpendiculares al raquis; 20 de ellos después de la administración de sustancia iodada intra-

venosa y oral. Del estudio de las distintas imágenes, se concluyen los siguientes hechos significativos.

1. Existe una marcada deformación de la sombra hepática, donde el lóbulo derecho y el izquierdo del hígado se encuentran separados, representando una variación anatómica.

Se objetiviza asimismo, en el sector subdiafragmático derecho una manifiesta alteración del parénquima hepático a nivel del borde dorsal del lóbulo derecho, cuyo sector medial es convexo hacia la línea media, por lo que se interpreta como intraparenquimatoso.

Se encuentra asimismo otro sector ubicado en el área ventral del lóbulo derecho del hígado aparentemente multilocular, que puede representar una colección líquida.

2. En el borde externo del bazo se objetiviza un área hipodensa en semiluna que hace sospechar una mínima ascitis.

3. Páncreas y riñones de aspecto normal.

4. No se objetivizan adenopatías retroperitoneales.

Conclusión. — 1) Probable variación anatómica hepática.

2) Probable absceso subfrénico.

3) Ascitis mínima.

Tomografía computada torácica

Se exploró la región torácica con 15 cortes perpendiculares al raquis partiendo desde el apéndice xifoides hasta los vértices pulmonares. Del estudio de las distintas imágenes se concluyen los siguientes datos significativos:

1. La playa pulmonar derecha se objetiva totalmente ocupada por una lesión que presenta zonas hiperdensas (46 UH), rodeadas de áreas hipodensas (—13 UH).

2. A partir del hilio derecho hacia la zona caudal, se objetiva el desplazamiento mediastinal y cardíaco en sentido contralateral. A pesar de dicho desplazamiento se demuestra una atelectasia del hemipulmón derecho con manifiesta reducción del volumen del hemitórax correspondiente.

3. La imagen convexa que comienza a partir de la pared lateroposterior del hemipulmón derecho, aumenta de volumen hasta reemplazar íntegramente el parénquima pulmonar derecho a nivel de la base.

Conclusión. — Probable pioquilotórax que produce atelectasia del pulmón derecho, desviación del mediastino y compresión del pulmón izquierdo.

Evolución y operación

Como el diagnóstico obtenido no nos conformara, no obstante la jerarquía del colega que lo había realizado, efectuamos una nueva consulta, esta vez con el Dr. Aldo Bracco. Se enfatizó la importancia del traumatismo y se entrevió la posibilidad de una rotura del hemidiafragma derecho. Por tal motivo se efectuó una radiografía de colon por enema, la

que puso en evidencia la situación endotoración del colon derecho, que llegaba hasta la proximidad del vértice.

El paciente fue preparado con todos los recaudos posibles pues además de ser diabético (1,80 de glucemia) presentaba un bloqueo de rama derecha.

Fue intervenido el 26/2/79. El tórax se abrió por el VIII espacio intercostal con la intención de efectuar una toracofrenolaparotomía con resección costal, que no fue necesario realizar. Se halló una gruesa paquipleuritis visceral cuya decorticación fue muy laboriosa, pero que pudo realizarse en forma completa, obteniéndose la reexpansión pulmonar excelente. No se halló derrame intratorácico alguno. El colon derecho ocupaba el hemitórax con una adherencia firme en el vértice cuya liberación fue riesgosa por la proximidad de los vasos subclavios. Existía una amplia brecha diafragmática que daba paso al colon y al mismo tiempo a una gran parte de lóbulo derecho del hígado, cuya adherencia al borde de la brecha era muy firme. Este segundo hallazgo constituyó una sorpresa, pues no se había pensado en su posibilidad. Una vez liberadas las vísceras se reintrodujeron al abdomen y la brecha se ocluyó con una malla de Marlex de 16 por 8 cm. cuyo empleo había previsto. Se dejaron dos drenajes: uno en base y otro al vértice, y se cerró por planos. La operación fue muy bien tolerada y la evolución inmediata fue buena, hasta que al 5º día, en un movimiento brusco, se produjo la salida del drenaje aspirático con el consiguiente neumotórax que hubo que drenar por segundo espacio anterior, no lográndose la reexpansión total del pulmón. El paciente quedó con un neumotórax residual de un 30 % aproximadamente. Ello no le ha provocado disminución alguna en su capacidad vital ni respiratoria, desempeñándose en su actividad sin déficit alguno.

COMENTARIO:

Me ha parecido interesante someter a vuestra consideración este caso que me ha permitido llegar a las siguientes deducciones:

En primer lugar: nunca se debe subestimar el estudio y menos el tratamiento global de un politraumatizado. Las lesiones que más impresionan en el primer examen, pueden tener menores consecuencias que las que han sido dejadas de lado.

En segundo lugar: una vez más se observa la perfecta tolerancia a una grave lesión, como la del paciente, pues el traumatismo databa de 8 años antes.

En tercer término: las cantidades y los líquidos obtenidos por las primeras punciones tienen su explicación; eran líquido o contenido de colon y sangre del hígado la segunda.

Se pone de manifiesto una vez más la insuficiencia de la tomografía computada en algunos cuadros de patología pulmonar.

Por último, y esto va dirigido a los cirujanos con menor experiencia: no olvidarse de la anamnesis exhaustiva, sobre todo en los cuadros de lesiones traumatológicas, y no olvidar la radiografía de rutina, aquella que a veces

se subestima y por lo tanto no se realiza. En este caso en particular, de haberla obtenido en el comienzo de su estudio, se hubiera abreviado tiempo, internación y molestias.

RESUME

Evolution insolite d'un traumatisme thoraco - abdominal

Un patient, âgé de 53 ans, est admis à l'hôpital, à cause d'une dyspnée paroxystique, fièvre et d'un point de côté droit. La radiographie montre un hémithorax droit complètement opaque.

Avec la thoracocentèse, on évacue 600 c.c. d'un liquide trouble et fétide, et le lendemain, 200 c.c. de sang rouge. Il ne se rétablit pas malgré les antibiotiques.

La tomographie comptée thoracique et abdominale nous renseignent, tout en signalant la possibilité de l'existence d'un foie bilobé ou un abcès sousphrénique ou un probable pyochylothorax droit.

En interrogeant de nouveau le patient, apparaît l'antécédent d'un accident grave avec des fractures costales multiples, qui a eu lieu il y a 8 ans.

C'est pourquoi, en soupçonnant une hernie diaphragmatique post traumatique, et en opposition avec les renseignements de la tomographie comptée on réalise une radiographie opaque du côlon qui confirme l'existence de cette hernie puisque le colon atteint presque le sommet du poumon.

L'opération a permis de ramener le colon et le foie à l'abdomen en fermant le défaut avec une pièce de Marlex.

Les liquides obtenus avec la ponction procédaient du côlon et du foie respectivement. On signale l'importance d'une bonne anamnèse des antécédents, la bonne tolérance de l'éviscération transdiaphragmatique pendant 8 ans, et l'utilité de la radiologie conventionnelle.

SUMMARY

Unusual Evolution of Thoracoabdominal Traumatism

A 53-year-old patient entered hospital suffering from paroxysmal dyspnea, temperature and pain on the right side. A simple X-ray indicated right hemithorax as totally blurred.

By thoracocentesis 600 cm.³ of red blood were obtained by the same procedure. Antibiotics did not improve the patient's condition.

Thoracic and abdominal computed tomography indicated either hepatic bilobulation or possible subphrenic abscess or probable right pyochylothorax.

On questioning the patient revealed a former grave accident with multiple costal fractures which had occurred 8 years previously. This lead to suspicion of

posttraumatic diaphragmatic herniation and regardless of computed tomography report, a colonic roentgenography by enema was performed which confirmed existence of suspected herniation and revealed that the colon reached up almost to the vertex of lung.

By means of surgery the colon and liver were reintegrated the abdomen and the defect was patched with Marley Mesh.

The liquids which had been obtained from puncture came from colon and liver respectively.

It is worth highlighting the importance of good anamnesis, the patient's good tolerance to a transdiaphragmatic evisceration of 8 years evolution and the usefulness of conventional radiology.

DISCUSION

DR. R. PRADERI.—El Dr. Cottini colocó una serie de tomografías computadas en el negatoscopio, pero hizo el diagnóstico de este enfermo con una placa simple de tórax. Su comunicación es un llamado de atención; el diagnóstico debe hacerse en etapas tempranas pero hay que ser cuidadoso en la afirmación de algunos diagnósticos radiológicos, en este caso hecho por la tomografía computada.

Por ejemplo, el hígado bilobulado que se diagnosticaba con tanta ligereza por una tomografía computada, es una situación anatómica excepcional. En la literatura mundial se han podido juntar 4 casos de hígado bilobulado, según creo. El tercero lo describe Ton That Tung en su libro de cirugía hepática y el cuarto lo presenté hace años a esta Sociedad. Por eso, afirmar el diagnóstico de hígado polilobulado con una tomografía computada sola es un hecho un poco aventurado, más, con buen sentido clínico, un enfermo con antecedentes de un traumatismo de base de tórax puede ser un candidato a una eventración diafragmática posttraumática.

También es aventurado afirmar por un estudio radiológico que un enfermo tiene un quilotórax. Esta afección se puede diagnosticar cuando se punciona un tórax y se obtiene un líquido quiloso; e incluso hay líquidos que parecen quilosos y no lo son; hay que hacer un estudio químico posterior para saber si realmente tiene el contenido en grasas necesario.

Felicito al Dr. Cottini por esta presentación de un caso excepcional de una eventración diafragmática, diagnosticada por su agudeza clínica y buen sentido, pese al informe desorientador de la tomografía computada.

DR. COTTINI.—Agradezco el comentario del Dr. R. Praderi que está totalmente de acuerdo con lo que señalábamos.