

Clínica Quirúrgica del Prof. Navarro

COLE - PIONEUMOTÓRAX HIDÁTICO Y FISTULIZACIÓN HEPATO - BRÓNQUICA

Prof. P. LARGHERO - IBARZ

En la monografía que con los Drs. Purriel y Ardao, publicamos en setiembre de 1935 sobre el pnoneumotórax hidático y en el capítulo consagrado al estudio del cole - pnoneumotórax decíamos: "La extraordinaria frecuencia en nuestro medio de la hidatidosis hepática virgen o complicada, deja suponer que el complejo cole - pnoneumotorácico entre nosotros no debe ser tan excepcional como parece indicarlo la ausencia de referencias en nuestra literatura médica".

En dicha monografía y sobre la base de dos observaciones inéditas (una de los Dres. Prof. V. Pérez - Fontana y A. Roca - Esteves y otra personal) que pudo ser agotada en su estudio anatómico - patológico, señalamos las características clínicas, anatomopatológicas y las indicaciones terapéuticas de esta grave complicación de los quistes hidáticos del hígado.

A las observaciones clínicas de la literatura, venimos hoy a agregar un nuevo caso cuyas características generales concuerdan con los datos clásicos, con las puntualizaciones que Dévé hace en su documentado informe al Congreso de Argel (1935) sobre la apertura de los quistes hidáticos del hígado en el pulmón y en los bronquios y en el cual un amplio espacio está dedicado a la evacuación pleural de los mismos y con las comprobaciones clínicas y anatomopatológicas, así como la eficacia de las directivas terapéuticas señaladas en nuestra monografía.

Por su valor documentario y por el afianzamiento que ella

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del día 5 de agosto de 1936. ~

presta a nuestras conclusiones creemos que su relato, sin comentarios, puede merecer vuestra atención.

OBSERVACION CLINICA. — Rita P. de N. 40 años. Procede de Santa Clara de Oímar. Ingresa por primera vez a la Sala Cirugía A. (Servicio del Prof. Navarro), el 1º de febrero de 1935 por un quiste hidático supurado del lóbulo izquierdo del hígado. Su primera manifestación clínica consistió en un violento cólico hepático a irradiaciones torácicas derechas e izquierdas no acompañado de ictericia ni fiebre. El Dr. Guasque, llamado a asistirle, comprueba los elementos del síndrome doloroso y una voluminosa tumoración epigástrica, haciendo diagnóstico de quiste hidático del lóbulo izquierdo del hígado. Esto ocurría en diciembre de 1934, es decir algo más de un mes antes de su ingreso al Servicio. En la convalecencia de este episodio no hubo tampoco ictericia ni hidatidentería, pero sí un estado febril ligero.

Examen a su ingreso. — Estado de nutrición bueno. Temp. 37º 3/5, vespéral. Se comprueba en el epigastrio, e invadiendo ambos hipocondrios sobre todo el izquierdo una saliente globulosa, perfectamente demarcada hacia abajo a 1 dedo por encima del ombligo y perdiéndose hacia arriba bajo el reborde costal sobre todo a izquierda donde está levantado. A la palpación, la tumoración del tamaño de una cabeza de adulto, redondeada, regular, lisa, indolora de consistencia quística, se delimita bien hacia abajo casi a la altura del ombligo mientras hacia arriba se pierde bajo el reborde costal formando cuerpo con el hígado. Mate a la percusión. La sonoridad del Traube, ha desaparecido.

El borde inferior del lóbulo derecho rebasa dos dedos el reborde costal y su borde superior se muestra elevado a la exploración percutoria anterior, lateral y posterior, denunciando un aumento evidente de este lóbulo.

El examen somático general no revela otras particularidades.

Anemia: 3.100.000 por mm.³; leucocitosis 7.500 por mm.³; eosinofilia 4 ½ %.

T. Coag. 5 minutos. Cassoni negativo. Wassermann negativo.

Orina normal. Azoemia 0 gr. 32.

Examen radioscópico y esquema correspondiente.

Opacidad completa bajo el diafragma izq. Cámara gástrica apenas visible. Diafragma derecho convexo y algo elevado.

La ingestión de barita muestra un estómago alargado, estrechado, desplazado completamente a izquierda contra el plano lateral de la pared toraco-abdominal por una enorme masa opaca correspondiente al lóbulo izquierdo del hígado asiento de la tumoración.

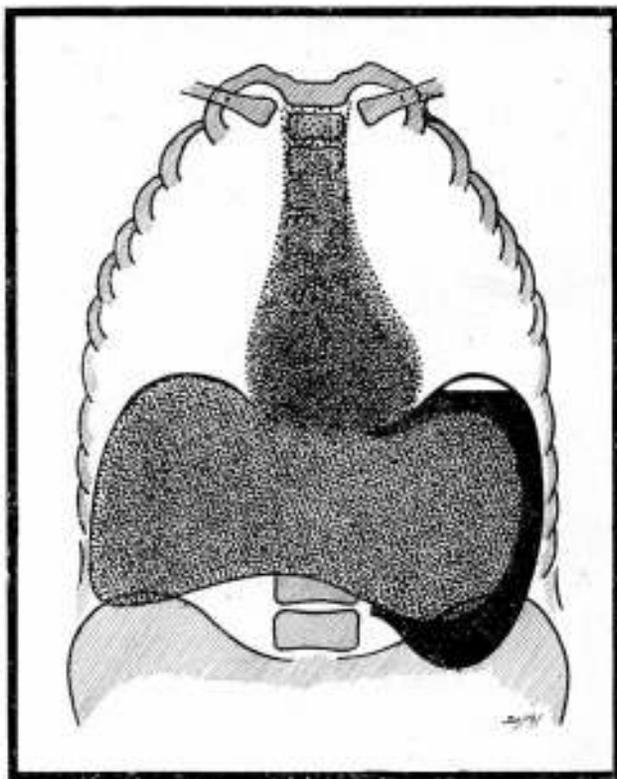
La gruesa tuberosidad gástrica se adapta exactamente a la curvatura del diafragma izquierdo, el cuerpo del estómago abraza por su pequeña curvatura considerablemente estirada el borde izquierdo convexo de la masa mientras que el antro pilórico y el píloro se encuentran por debajo de la tumoración aflorando la pelvis, por debajo de la horizontal de las crestas ilíacas.

En la radioscopia de perfil la masa es pregástrica confirmando su asiento hepático.

Tórax sin particularidades.

Con diagnóstico de quiste hidático del lob. izq. se interviene.

Opera el Dr. Cianciulli. Le ayuda. Anestesia local. Laparotomía paramediana izquierda transrectal. Peritoneo engrosado, adherente a la cara anterior del quiste. Incisión y evacuación del quiste a través de la zona de adherencias peritoneo-periquísticas. Sale abundante pus amarillo y numerosas vesículas variablemente alteradas. Formolado. Quistoscopia con espéculo e iluminación directa muestra la cavidad absolutamente vacía. Tubo de drenaje.



Evolución sin incidentes. Alta a los 30 días con la consigna de volver para ser examinada porque es más que probable la existencia de un quiste del lóbulo derecho.

Reingresa al Servicio el 30 de diciembre del mismo año 1935, enviada esta vez por el Dr. Luis F. Gamio con el diagnóstico de quiste hidático abierto en las vías biliares y colepioneumotórax hidático.

He aquí el relato preciso que del proceso patológico nos hacía entonces el distinguido colega:

“Vi a la enferma por primera vez el 8 de diciembre por un cólico hepático de regular intensidad, no febril y acompañado de ictericia intensa por retención, con materias completamente decoloradas y orinas color vino seco.

Gran tumefacción del lóbulo derecho del hígado lo que unido a sus antecedentes imponía el diagnóstico de quiste hidático con apertura en las vías biliares. No me fué posible determinar si hubo o no evacuación de elementos hidáticos con la fecas. Con el tratamiento provisorio instituido la ictericia fué cediendo, las materias se recoloraron después de una abundante descarga de barro biliar. Me disponía entonces a enviársela cuando el 16 (es decir 8 días después del episodio inicial), la veo a las 3 de la mañana por una fuerte puntada en el hemitórax derecho acompañada de gran agitación, pero con poca disnea y sin fiebre. Terapéutica calmante y una vez obtenido el alivio la examiné comprobando un síndrome completo de derrame del hemitórax derecho que me sorprendió por ser muy alto desde el principio, con macidez hídrica y abolición completa de vibraciones, sin soplo. Coincidiendo con esto, otros dos signos capitales: disminución evidente del tamaño de la tumoración hepática y expectoración biliosa poco abundante.

Era evidente que el quiste quizá previamente abierto en las vías biliares se había abierto ahora en la pleura y en los bronquios.

El estado de la enferma mejoró por lo cual postergué la punción que hice dos días antes del envío, obteniendo 40 c.c. de pus fétido de la pleura derecha.

La ictericia continuó retrocediendo como venía haciéndolo antes de la apertura torácica pero hizo en varias ocasiones intensificaciones pasajeras de su coloria. Continuó con fiebre y a veces chuchos de frío.

Examen a su ingreso al Servicio. — Enferma muy adelgazada. Ictericia color verde aceituna. Sudores biliosos. Disnea 45 resp. por minuto. Pulso 125, regular. Temp. 38° axilar.

Abdomen: marcado ensanchamiento de la base torácica derecha y del hipocondrio. Hígado enorme; su borde inferior rotado hacia atrás como corresponde a los grandes quistes centrales, rebasa 5 traveses de dedo el borde costal y alcanza el ombligo. Su consistencia aumentada y doloroso. Borde superior en el 4° espacio intercostal sobre la línea mamilar. Por encima de este espacio la sonoridad anterior del tórax está un poco aumentada (skodismo). Percutiendo hacia afuera se comprueba que la macidez hepática sube hasta el hueco de la axila y de allí continúa hacia atrás a todo el hemitórax derecho hasta la fosa supra-espinal. Las vibraciones están abolidas en la misma zona y a la auscultación se percibe un soplo anfórico atrás, en la axila y en la fosa supra-espinal. No pudimos apreciar succión hipocrática quizá porque aplicamos el oído a nivel demasiado bajo.

Desplazamiento del corazón a la izquierda. Nada de particular en pulmón izquierdo.

Existe pues un pnoneumotórax derecho con derrame abundante.

La salivadera contiene un poco de expectoración serosa en la cual la investigación de ganchos y de bilis fué negativa.

Radioscopia (placas de frente, perfil y en decúbito lateral izquierdo).

Imponente derrame pleural derecho con nivel a la altura de la clavícula y pequeño neumotórax por encima. Gran desplazamiento del mediastino a la izquierda con estrechamiento del campo pulmonar izquierdo.

Como la enferma ha llegado recién de un largo y fatigoso viaje decidimos previamente tonificarla con los medios habituales. En la tarde su estado ha mejorado sensiblemente y decidimos intervenir.

Operación: Me ayuda el Pte. Scoseria.

Anestesia local y troncular de 9º, 10º y 11º, intercostales. Resección de

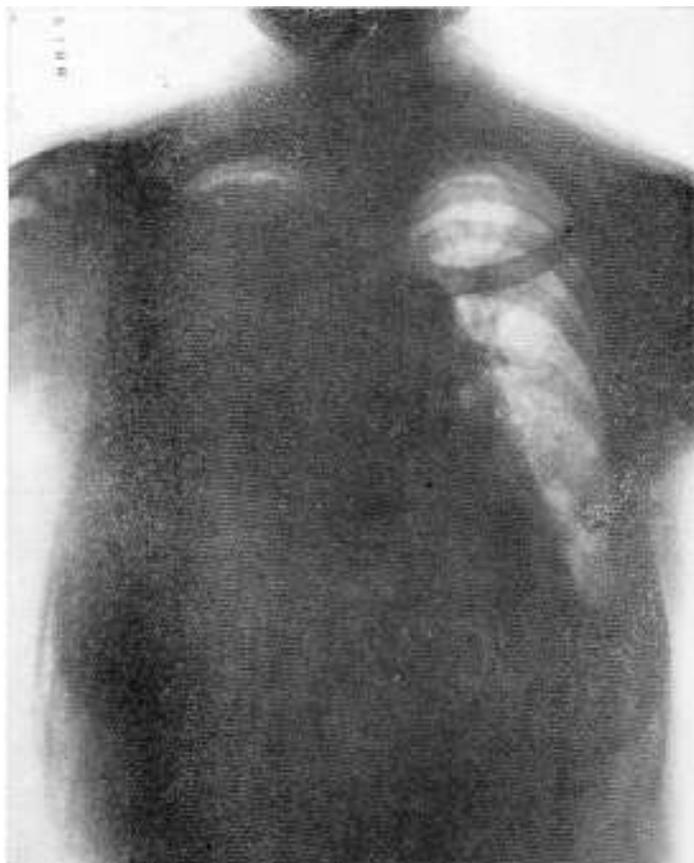


Fig. I. — Pioneu-motórax total derecho.

la 10ª costilla en la zona postero-externa. Hay edema de la pleura parietal. Se evacúan 2 litros y medio de pus amarillo, cremoso, muy fetido, verdoso, con abundantes vesículas hidáticas flácidas; no se ve ninguna vesícula tensa. La exploración sumaria endo-pleural muestra que la parte posterior de la convexidad diafragmática está libre pero hacia la parte media el pulmón adhiere íntimamente al diafragma y tentativas suaves de despegamiento no permiten clivar la adherencia.

No pudo demostrarse la comunicación transdiafragmática que debe seguramente hallarse en la zona de adherencias; por otra parte no insistimos en su búsqueda porque el drenaje del quiste será practicado por otra vía en su oportunidad.

Se coloca una gruesa sonda Petzer en el punto declive de la pleurotomía. Evolución: Mejoría progresiva. Drenaje profuso de pus y vesículas hi-

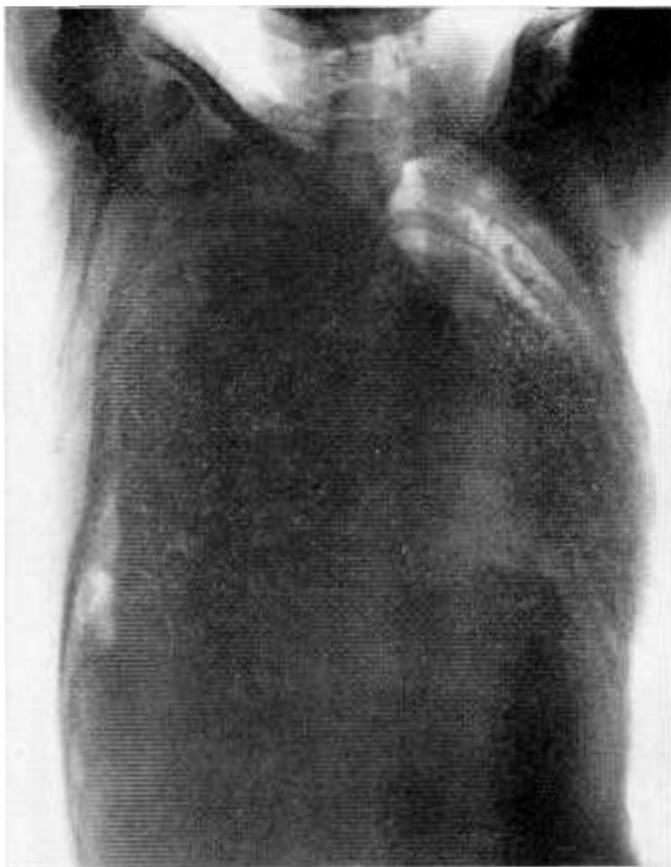


Fig. II. — Radiografía en decúbito lateral izquierdo. Derrame libre. Desplazamiento mediastinal considerable.

dáticas por el tubo de pleurotomía. Repunte del estado general. La ictericia se atenúa día a día, las materias se mantienen coloreadas y el tamizado sistemático en vista del hallazgo de elementos hidáticos dió resultado negativo.

El 9 de enero consideramos que la oportunidad es propicia para proceder al drenaje del quiste hepático original, dada la mejoría del estado general y que este drenaje se impone para suprimir las descargas purulentas y vesiculares por la pleura.

Con anestesia local y ayudados por el Dr. Cosco Montaldo y el Interno señor Cerfoglio practicamos una incisión paramediana derecha transrectal.

Peritoneo libre. Hígado aún muy grande; su borde inferior rebasa 10 centímetros el borde costal. Llama la atención su aspecto arrugado, con



Fig. III. — Utilidad de la radiografía para el control de eficacia de un drenaje. Orificio del tubo por encima del nivel del derrame. Retención.

grandes pliegues de la cápsula (el hígado se ha desinflado al evacuar su quiste en la cavidad pleural).

El diafragma adhiere a toda la parte alta de la cara superior del hígado.

No hay colección inter-hepato-diafragmática. Se punciona en pleno lóbulo derecho hacia arriba y se obtiene pus amarillento; evacuación con trocar y apertura, previa protección de rigor, de una enorme cavidad que ocupa casi todo el lóbulo derecho. Sus dimensiones son de tal magnitud que

un clamp largo se pierde enteramente en ella. Contenido cremoso purulento vesicular.

La exploración de la cara interna de la cavidad no permite poner en evidencia la perforación diafragmática.

Drenaje con grueso tubo y protección alrededor de él con mechas.

Cierre de la pared en un plano con crines.

Marcado "choc" operatorio del que se repone rápidamente.

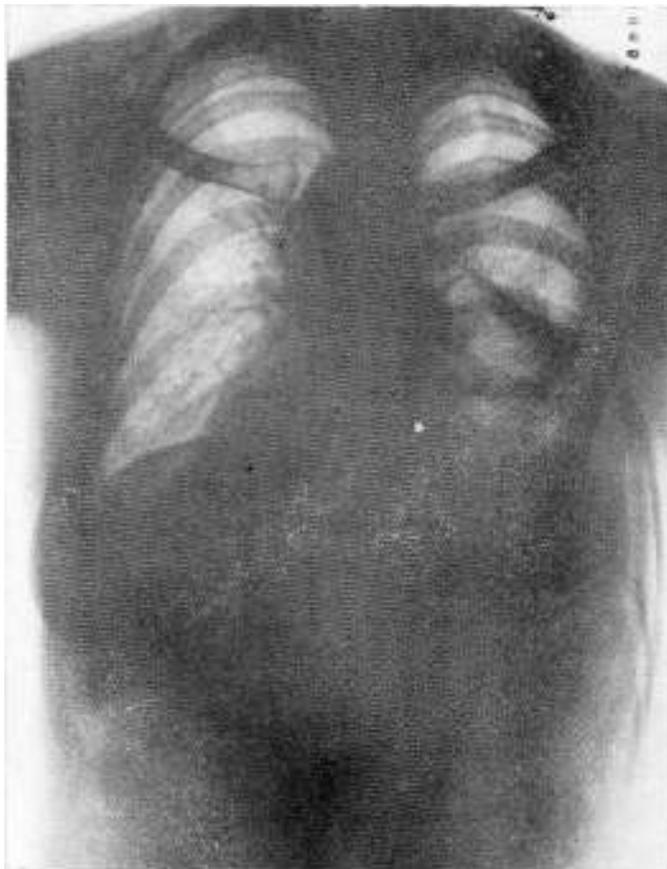


Fig. IV. — Curación clínica. Neumotórax residual derecho (placa invertida)

Drenaje abundante directo del quiste; el drenaje pleural disminuye rápidamente y 4 días después él está reducido a serosidad purulenta.

Al octavo día se suprime el tubo pleural y una exploración radiológica (enero 19) muestra el pulmón en vías de reexpansión persistiendo un neumotórax parcial anterior. El corrimiento del quiste ha virado del carácter purulento al purulento bilioso y finalmente al bilioso puro en forma de

bilirragia profusa de casi un litro diario. Pese a la mejoría del estado general, la fiebre se mantiene y la misma exploración radiológica del 19 de enero muestran que el tubo funciona mal, pues su extremidad intra-cavitaria emerge sobre el nivel del derrame como el periscopio de un submarino sobre el nivel de las aguas. Se retira prudentemente el tubo y mejoran las condiciones de su acción.

La cavidad residual hepática se ha ido reduciendo lentamente como lo demuestran las exploraciones radiológicas espaciadas. Su secreción se mantuvo de carácter bilioso purulento y lo mismo el potencial patológico de su flora bacteriana, pues varias tentativas de suprimir definitivamente el tubo fueron seguidas de alzas térmicas alarmantes.

En el momento actual su estado general es muy bueno y su herida está cicatrizada.

Clínicamente su tórax no acusa trastornos; no tose ni expectora absolutamente y la radiografía muestra aún en la parte pósterio-superior del hemitórax derecho una cavidad residual neumotorácica, sin nivel líquido.