

Pleuresía recidivante determinada por úlcera perforada y tapada

Dres. Fabio Croci, Carmelo Gastambide, Joaquín Rabellino, Nisso Gateño y Rogelio Belloso.

PALABRAS CLAVES: (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS: PLEURAL EFFUSION | STOMACH ULCER

— Clínica Quirúrgica "1" (Director Prof. B. Delgado) H. Pasteur Fac. de Medicina, Montevideo.

RESUMEN

... Los autores presentan un caso de úlcera péptica gastroduodenal perforada y tapada, que se presentó clínicamente como una pleuresía derecha recidivante y que impresionó en su evolución como una carcinomatosis peritoneal. El diagnóstico correcto sólo pudo ser efectuado mediante laparotomía exploradora y corroborado posteriormente por fibrogastroscoopia. El drenaje de los abscesos subfrénicos solucionó el cuadro clínico. Esta forma de presentación clínica es muy poco frecuente.

SUMMARY

RECURRENT PLEURESIS DUE TO A PERFORATED AND OCCLUDED PEPTIC ULCER.

... A case of gastroduodenal peptic ulcer perforated and occluded is presented. The clinical presentation was a recurrent right pleuresis and in the evolution was interpreted as a carcinomatous peritoneal seeding. The correct diagnosis was done at laparotomy and confirmed posteriorly by fibrogastroscoopy. Drainage of subdiaphragmatic abscess solved the case. This is a rare clinical presentation.

RESUME

PLEURESIE RECIDIVE DETERMINEE PAR UNE ULCERE PERFOREE ET COUVERTE.

... Les auteurs présentent un cas d'ulcère gastroduodénale perforée, couverte qui s'est présenté cliniquement comme une pleurésie droite récidivante et qu'impressionné dans sa évolution comme une péritonite néoplasique. Le correct diagnostic seulement a été réalisé à travers de la chirurgie et confirmé postérieurement par la fibroscopie. Le drainage des absces sous-phréniques a résout le cadre clinique. Cette forme de présentation clinique est très rare.

INTRODUCCION:

Las lesiones ulceradas gastroduodenales, perforadas y tapadas, determinan la aparición de una peritonitis difusa o localizada en el cuadrante superior derecho del abdomen. Estas últimas, bajo la forma de abscesos subhepáticos y aún interhepatofrénicos, evolucionan en forma variable a menudo solapada.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 26 de Mayo de 1983.

Asistente: Clínica Quirúrgica. Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica. Médico Auxiliar Clínica Quirúrgica "A". Practicante Interno.

Dirección: Yaguarón 1581 Apto. 302 (Dr. F. Croci).

La participación torácica en esta entidad está a menudo presente (2,5,7) bajo la forma de derrame pleural, atelectasias, neumopatías, etc. En el presente caso predominaban las manifestaciones pleurales, que enmascararon todo el resto de la sintomatología.

CASO CLINICO:

W.C. — HdeC — N°. Reg. 476.422 — Hombre — 46 años.

Procedente de Montevideo. Ingresó el 8/4/81 al Dpto. de Emergencia. Dos meses antes del ingreso presentó dolor brusco e intenso de epigastrio e hipocondrio derecho, irradiado a hipocondrio izquierdo, fosa lumbar derecha y hombro derecho, de 24 horas de duración, permaneciendo luego con dolor epigástrico leve, acompañado de moderada distensión abdominal y pirosis. Desde entonces relata chuchos de frío y sudores nocturnos.

Esta situación se mantiene hasta 7 días antes del ingreso, cuando repite un nuevo episodio de dolor abdominal de iguales características y duración al episodio inicial, permaneciendo luego el paciente en la misma situación clínica anterior.

Tres días más tarde instala dolor en hemitorax derecho y una disnea de evolución progresiva que le lleva a la consulta.

Durante toda la evolución relata astenia, anorexia y adelgazamiento marcados.

El examen mostraba un paciente apirético, moderadamente disneico, con marcada repercusión general. A nivel pleuropulmonar destacaba un síndrome en menos de 2/3 inferiores del hemitorax derecho con curva de Damoiseau. A nivel abdominal mostraba dolor y moderada defensa en epigastrio e hipocondrio derecho, con un borde hepático a 3 cm. del reborde costal, sensible.

En Emergencia se le realiza una RX de tórax y con el diagnóstico de derrame pleural es internado en Sala de Medicina.

En los 10 primeros días de internación se realizaron 3 toracocentesis extrayéndose sucesivamente 2500, 4800 y 1500 cc. de líquido serohemático. Dada la recidiva del derrame se coloca 3 días más tarde un tubo de drenaje pleural extrayéndose una biopsia pleural. El estudio citoquímico del líquido reveló un líquido de características inflamatorias y bacteriológicamente estéril. El estudio de la biopsia pleural mostró un proceso inflamatorio agudo de carácter inespecífico. Las RX de tórax post-evacuación mostraron una discreta elevación del hemidiafragma derecho sin lesiones parenquimatosas evidentes.

Planteada la posibilidad de un neoplasma de pulmón se realizó una fibrobroncoscopia que resultó normal. Se realizaron también 2 baciloscopias y una intradermoreacción que resultaron negativas.

Durante su internación el curso evolutivo fue de deterioro progresivo del estado general, llegando el paciente a la caquexia. En todo ese período el paciente refirió repetidos cuadros dolorosos del hemiabdomen superior acompañados de distensión abdominal y constipación que

fueron tratados en forma sintomática.

A la luz de estos hechos se planteó la posibilidad de un proceso abdominal como causa de origen del cuadro, por lo cual se realizó una ecografía abdominal. El estudio fue informado mostrando 3 imágenes de características quísticas en el hígado: una de 17 cm. a nivel del domo del lóbulo derecho; otra de 16 cm. en el borde inferior del lóbulo izquierdo y una tercera de 7.5 cm. en el borde inferior del lóbulo derecho. El resto del abdomen no mostró imágenes patológicas. El informe fue de hidatidosis hepática múltiple, por lo que se realizó un centellograma hepático (6/5/81) que mostró una imagen hepática uniformemente agrandada de tamaño sin imágenes lesionales focales y que fue informado como una lesión hepática difusa.

Con el diagnóstico de hidatidosis hepática múltiple con tránsito hepato-pleural es transferido a la Clínica Quirúrgica "A" donde ingresa el 11.5.81.

Frente al diagnóstico planteado llamaba la atención la discrepancia entre los hallazgos centellográficos y ecográficos. Por otra parte la clínica mostraba un enfermo caquético, con ascitis y lo que parecía ser una gran hepatomegalia, lo que llevo a pensar en una carcinomatosis peritoneal con un hígado secundario. Ello resolvió a efectuar una laparotomía exploradora con fines diagnósticos.

OPERACION

La intervención se efectuó el 12/5/81. Se abordó el abdomen por una incisión transversa del hipocondrio derecho. Al abrir el peritoneo se comprueba un espacio subhepático totalmente bloqueado donde existe una colección de líquido seropurulento abundante. En el espacio interhepatofrénico derecho existe otra colección de iguales características, multitabizada, que se evacúa totalmente. El hígado estaba agrandado y congestivo sin evidencia de lesiones focales. La vesícula y el pedículo hepático no mostraban patología. El píloro y el bulbo duodenal mostraban un proceso fluxivo intenso con edema e induración local, donde se apreciaban múltiples focos amarillentos con aspecto de microabscesos. Se abordó la gran cavidad de donde se evacuaron 4000 cc. de líquido citrino con algunos flóculos fibrinosos. Fueron tomadas muestras del líquido y se realizaron biopsias del peritoneo y de la pared de las cavidades. Se colocaron tubos de drenaje interhepatofrénico, subhepático y del Douglas. El diagnóstico intraoperatorio fue el de úlcera gastroduodenal perforada y tapada, con abscesos subfrénicos.

El examen citoquímico del líquido reveló un exudado bacteriológicamente estéril y la biopsia mostró un proceso inflamatorio agudo inespecífico.

La fibrogastroscofia efectuada en el postoperatorio mostró la existencia de una úlcera crónica de cara anterior de bulbo duodenal, con un componente inflamatorio en su periferia.

Reinterrogado el enfermo negó todo elemento de dispepsia hiper-esténica previa. La evolución postoperatoria fue de franca mejoría con recuperación del estado general lenta pero sostenida y desaparición de la sintomatología. El control endoscópico periódico ulterior mostró una cicatrización de la lesión ulcerosa.

COMENTARIO:

Las lesiones ulceradas gastroduodenales se complican con alta frecuencia. La perforación de las mismas es una complicación frecuente (1,3,4,11). El

cierre espontáneo precoz de la perforación puede determinar la aparición de un absceso subfrénico derecho (2,6,7,9). Este puede evolucionar en forma larvada durante largos períodos. Los síntomas y signos torácicos son frecuentes, aunque excepcionalmente adquieren las características que revisité este caso, donde se trató de una pleuresia recidivante con importante repercusión respiratoria.

Esta máscara pleural hizo pasar a segundo plano los elementos abdominales presentes desde el inicio del cuadro, creando importantes problemas diagnósticos, a los cuales contribuyó el error de interpretación ecográfica.

La evolución a muy bajo ruido de la abscedación (más de 3 meses) fue un factor muy importante en la confusión clínica y determinó un cuadro general y abdominal compatible con el planteo de una carcinomatosis peritoneal.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CAMAÑO MC, CASTIGLIONI, JC, CAZABAN LA. Perforación gastroduodenal. Tratamiento y resultados. Cir. Uruguay. 40: 133, 1970.
2. CARTER R, BREWER LA, Subphrenic abscess: A thoracoabdominal clinical complex. Am. J. Surg. 108: 165, 1964.
3. CENDAN ALFONSO JE, Conducta en el tratamiento de las úlceras perforadas gastroduodenales. Bol. Soc. Cir. Urug. 26: 315, 1955.
4. DEL CAMPO JC. Úlcera perforada gastroduodenal. An. Fac. Med. Montevideo, 24: 829, 1939.
5. DINLEN P, Mc SHERRY CK. Subdiaphragmatic abscess. Ann. Surg. 155: 506, 1962.
6. FAVRE JP, CHEVILLOTTE P, SOW M, GODARD J, VIARD H. Les abces sous-phréniques. Lyon Chir. 77: 284, 1981.
7. HARLEY HRS. Subphrenic abscess. En: MAINGOT R. Abdominal Operations, Appeton-Century-Crofts, New York, 1980.
8. LARGHERO P, BOSCH DEL MARCO LM, MEROLA L, GIURIA F. Úlceras gástricas y duodenales perforadas. Estadística sobre 95 observaciones. Bol. Soc. Cir. Urug. 8: 14, 1947.
9. LE BRIGAND H. Les abces sous-phréniques. Rev. Prat. 29: 453, 1979.
10. OTERO JP. Perforaciones gastroduodenales. Bol. Soc. Cir. Urug. 34: 186, 1963.
11. PIQUINELA JA. Las úlceras gástricas y duodenales perforadas. Estudio clínico de 27 observaciones. An. Fac. Med. Montevideo, 22: 387, 1937.

COMENTARIOS

El Dr. Suiffet:

Es extraordinariamente interesante la observación presentada. La perforación de la úlcera gástrica o duodenal produce el cuadro clínico clásico y conocido de la peritonitis aguda, pero hay también situaciones donde el proceso se limita al sector perihepático y se produce el absceso subfrénico. Esta modalidad evolutiva era más frecuente en décadas anteriores, pero es necesario estar prevenido de esta posibilidad para su diagnóstico. Recordamos de las posibilidades que puede brindar en estos casos, la punción exploradora. El maestro Piaggio Blanco fue quien en nuestro medio, abogó por la realización de este procedimiento diagnóstico. La punción realizada en la línea axilar anterior, media y/o posterior, hubiera tenido posibilidades de obtener un líquido distinto al que se retiraba de la cavidad pleural. Esta maniobra ha sido suplantada por medios modernos de estudio, menos agresivos pero que, como en este caso, tienen un margen de error, pues se consideró que el proceso patológico era hepático, siendo que era perihepático.

La observación es útil, pues sirve para despertar la inquietud diagnóstica de un proceso, complicación de perforación ulcerosa, que si bien es poco frecuente, no deja de ser posible.