

**PLEURESÍA PURULENTO METANEUMÓNICA:
Recidiva a los 5 años con neumotórax por fístula
pleuro-brónquica**

Prof. agregado P. LARGHERO - IBARZ

Francisco P., 27 años, procedente del Tala, ingresa por primera vez a la Clínica del Prof. Navarro por pleuresia purulenta metaneumónica el 26 de mayo de 1930. He aquí la historia sintética de este primer episodio patológico: el 23 de abril neumonía típica del lado derecho que hizo crisis el 30 del mismo mes. Apirexia y cura aparente hasta el 5 de mayo en que vuelve la fiebre a 39° sin chuchos, acompañada de tos, disnea y sudores profusos. El 15 de mayo vómica de 150 gramos de pus verdoso. Se espera una nueva vómica y como ella no se produce es enviado el 26 de mayo al Dr. S. Petrocelli quien nos lo confía de inmediato.

Examen: T. 38° y ½. Facies de profunda intoxicación. Sudores profusos. Síndrome de derrame pleural derecho, con soplo de tipo mixto, tubo-pleurético. Punción pleural: pus verdoso, bien ligado. Bacteriología: neumococo puro. Radioscopia: derrame pleural libre, tomando casi todo el hemitórax derecho. En su zona media presenta una mayor opacidad.

Operación: Anestesia troncular y local. Resección de la 9ª costilla. Pleurotomía. Evacuación de 2 litros y ½ de pus cremoso, verde, con grandes conglomerados de fibrina. Pleuroscopia que demuestra la totalización del proceso en la pleura derecha, sin tabicamientos. Colapso pulmonar completo. Drenaje con 2 tubos y sifonaje.

Post operatorio: 2 días de apirexia, con buen drenaje por los tubos. Pese a que el drenaje se hacía bien y a no existir tabicamientos reconocibles a la exploración digital e instrumental endopleural, la fiebre repunta el 29 de mayo determinada por un nuevo foco parenquimatoso, a sintomatología física axilar derecha, acompañado de expectoración fibrino-purulenta escasa, en la cual el examen bacteriológico pone en evidencia flora microbiana variada. Manteniéndose el estado febril y parenquimatoso, y habiéndose reducido el drenaje a unos 100 gramos diarios, hace bruscamente el 16 de junio una hemorragia de unos 150 gramos por el tubo, que fué cohibida por el personal de guardia con un taponamiento.

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la Sesión del día 17 de setiembre de 1936.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DE MONTEVIDEO

Las hemorragias se repiten en los días subsiguientes, en pequeña cantidad: sin embargo, el 24 de junio tiene una hemorragia profusa que nos obliga a intervenir.

Se procede a la ligadura de la intercostal a distancia de la herida de pleurotomía (para evitar la zona infectada) pese a lo cual la hemorragia

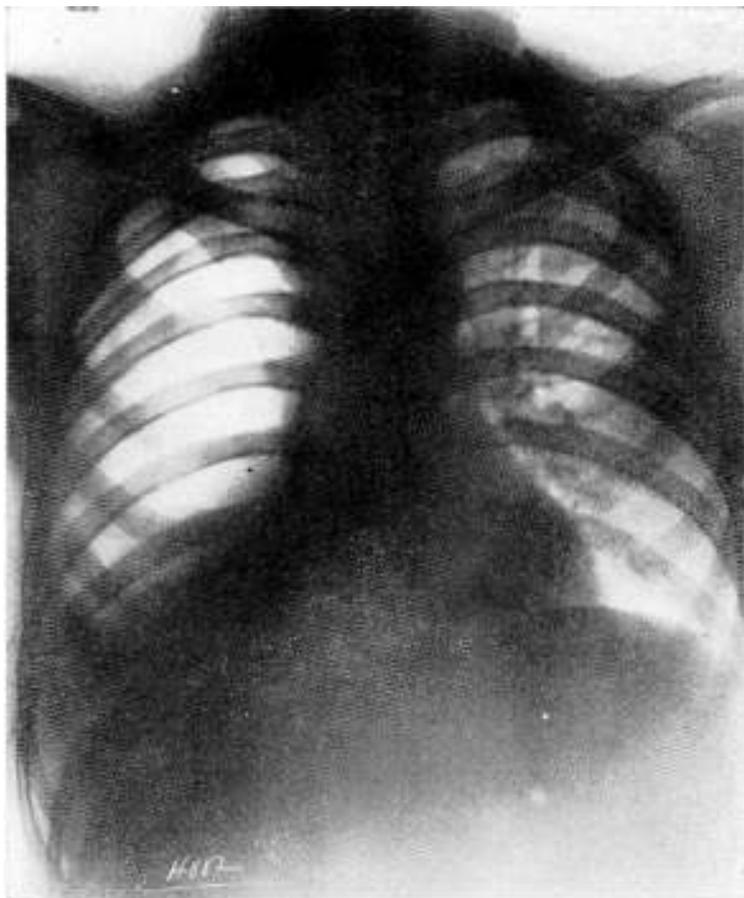


Fig. I. — Radiografía practicada en julio de 1930, al ser dado de alta después de la primera pleurotomía. Neumotórax total.

continúa, deteniéndose solamente cuando se liga in situ el vaso sangrante.

Tonificación adecuada y transfusiones repetidas mejoran rápidamente el estado del enfermo. La supuración disminuye, baja la fiebre.

La herida cura rápidamente después de la abiación del drenaje y es dado de alta el 18 de agosto del mismo año, con buen estado general, sin

tos ni expectoración con un neumotórax parcial postero-externo y de los 2/3 superiores de la cavidad pleural.

Cuatro meses más tarde reingresa a la Sala Medicina D, por un sin-



Fig. II. — Antes de la operación.
Rad. de frente.



Fig. III. — Antes de la operación.
Rad. de perfil.



Fig. IV. — Antes de la operación.
Rad. en decúbito lateral izquierdo.



Fig. V. — Antes de la operación.
Radiografía en decúbito dorsal (se ven los tabicamientos).

droma pleuro-pulmonar derecho, acompañado de fuertes dolores parietales. Curación en pocos días y contralateral radiográfica que muestra el pulmón completamente reexpandido y espesamiento pleural.



Fig. VI. — Antes de la operación. Broncografía. Radiografía en decúbito dorsal. Se ven gruesas gotas de lipiodol flotando en el líquido de la cavidad pnoneumotorácica.

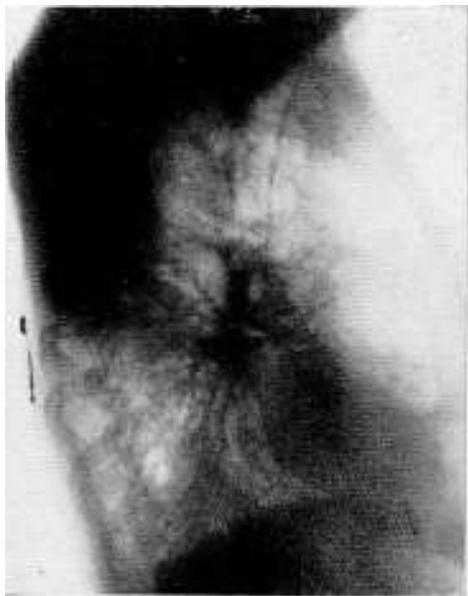


Fig. VII. — Setiembre 1935. Un año después de la segunda pleurotomía. Broncografía. Se ve el nivel opaco en la cavidad neumotorácica.



Fig. VIII. — Setiembre 1935. Broncografía frontal. Se ve el lipiodol en la parte declive de la cavidad neumotorácica.

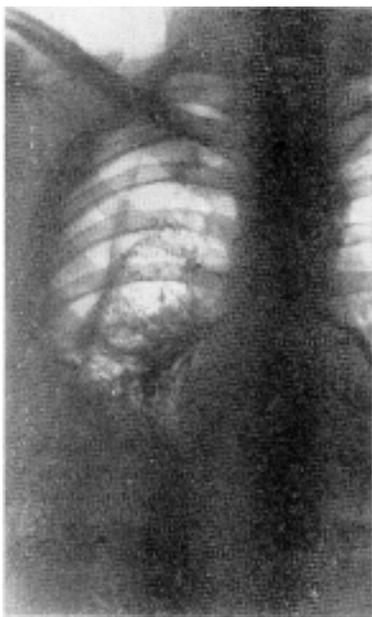


Fig. IX. — Setiembre 1936. Broncografía. Neumotórax y fístula pleuro bronquial persistentes.

Desde entonces ha quedado clínicamente curado, sin ninguna molestia y dedicado a las rudas tareas de labrador hasta los primeros días de julio de 1925 en que comenzó a toser y expectorar pus fétido, sin experimentar dolores ni síntomas de reacción general que recién se hicieron presentes el 7 del mismo mes con chuchos, temperatura elevada; la expectoración purulenta era fétida y en cantidad de 200 a 250 gramos diarios y a ritmo, sobre todo nocturno. Recién el 9 de julio guardó cama y continúa sin variaciones ingresando a la Sala Medicina D del Hospital Maciel el 16.

Examen: fiebre a grandes oscilaciones. Expectoración purulenta fétida, en cantidad de 80 a 100 grs. No se encuentran B. K. Síndrome físico de hidroneumotórax derecho a predominancia sintomática postero-externa. Nada de particular en el pulmón y pleura izquierdos.

Radiografías: Hidroneumotórax derecho. Gruesa cáscara de paquipleuritis. Las radiografías en decúbito ventral muestran aspecto multilocular. Radiografías en decúbito lateral izquierdo: derrame libre a gran nivel. Espesamiento pleural y sinequía con obliteración del fondo de saco.

Broncografías: Pulmón aplastado contra el mediastino. En las placas de perfil se aprecia la apertura de las ramas bronquiales, en abanico y ausencia de follaje bronquial en la zona correspondiente a la paquipleuritis del fondo de saco. Gruesas gotas de lipiodol pasan a la cavidad pnoneumotorácica.

El estudio radiográfico muestra que la pieuresía es tabicada, segmentaria, y que para abordar la cavidad es necesario resecar la 7 y 8 costillas para esquivar el block fibroso del fondo de saco pleural.

Operación: Me ayuda el Dr. Victorica. Julio 26. Anestesia troncular y local. Resección de la 8 y 7 costilla en una extensión de 8 centímetros, centrada por la línea escapular.

Pleura esclerosada, de gran espesor. Punción ascendente obteniéndose pus cremoso verde, cuyo examen extemporáneo del punto de vista bacteriológico, practicado por el Br. Porsekansky, revela el neumococo puro, resultado ratificado por los cultivo e investigaciones biológicas posteriores. Se incide la cáscara de paquipleuritis, cuyo espesor es de dos traveses de dedo y se penetra en la cavidad del pnoneumotórax, constituida por varias logias separadas por espoines fibrosos. Pulmón colapsado, pleura visceral gruesa en la base, pero en los dos tercios superiores es relativamente delgada, pese a lo cual no es posible objetivar el orificio fistuloso pleuro-bronquial. Sangran algunos gruesos vasos en la pleura espesada. Se evacúan unos 250 gramos de pus. Debridamiento de la pleura parietal hasta alcanzar el punto declive que es drenado con tubo suturándose herméticamente los planos alrededor. Sifonage.

Post-operatorio: La expectoración aumenta en los primeros días hasta 400 gramos para reducirse rápidamente siendo el 3 de agosto de apenas 20 gramos diarios. Apirexia mantenida desde el 31 de julio. Tratamiento post-operatorio corriente.

El 16 de agosto el tubo cae espontáneamente, habiéndose parado la supuración. Desaparición completa de la expectoración. Las radiografías

muestran que el pulmón se ha reexpandido bastante. El 22 de Agosto es dado de alta. Vuelve el 23 de setiembre para contralor clínico y radiográfico:

Curación clínica mantenida. Radiografía frontal: persiste cavidad neuromotorácica ovalada, súpero - externa, sin nivel líquido. Ha progresado la reexpansión del pulmón.

Broncografía: Persiste la fistula pleuro bronquial; la sustancia opaca va a depositarse en la parte declive de la cavidad neuromotorácica.

Hasta el momento actual la curación clínica persiste.

Consideraciones. — A nuestro modesto entender, esta observación presenta un doble interés. Primero, por el largo lapso de tiempo transcurrido entre la pleuresía inicial y la recidiva. Segundo, por el valor que ella puede adquirir, una vez completada, como documento a volcar en el debate sobre la eficacia de los procedimientos terapéuticos en el empiema crónico y recidivante.

La recidiva. — Entendida en la verdadera acepción del término, ella se produce en general, en los empiemas a etiología neuromocócica, a plazo más breve, de meses y a veces de años, pero en nuestra búsqueda bibliográfica no hemos hallado casos de 5 años. A este propósito bástenos citar que Chander Foster, en un documentado trabajo basado sobre 175 casos (L. Chander Foster. "Annals of Surgery", vol. XCII, N° 2, ag. 1930, pp. 212 - 221), cita especialmente un caso seguido cuidadosamente durante 2 ½ años sin ningún otro síntoma que espesamiento pleural y que vuelve al 3er. año con un empiema crónico y de necesidad. En nuestro caso, el episodio pleuropulmonar agudo efímero ocurrido 4 meses después de la 1ª operación, certifica de la persistencia de la infección latente pleural, pero permitió, por el examen clínico - radiográfico afirmar el estado de curación clínica y radiológica, sin que pudiera demostrarse la existencia de cavidad o cavidades residuales.

En cuanto a la forma anatómica de la recidiva, ella fué, como lo prueba la documentación radiográfica, subtotal y parcialmente tabicada multilocular pero a compartimentos ampliamente comunicantes, permitiendo, por la posición de decúbito izquierdo, obtener una imagen radiográfica a nivel único.

Los espolones fibrosos pleuroparietales pudieron ser bien apreciados en la operación, que permitió además comprobar la relativa translucidez de la pleura visceral en la zona neuromotorá-

cica, elemento de valor para esperar una reexpansión pulmonar suficiente.

Esta reexpansión tuvo un comienzo de realización, comprobada en el examen radiográfico practicado un mes después del alta y dos meses después de la operación. Y entramos en las consideraciones sobre la eficacia de la terapéutica aplicada al caso. Faltos del documento radiográfico, esta parte de la observación debe quedar trunca. Todo lo que podemos decir es que el enfermo está en este momento curado sin ningún signo subjetivo patológico. A nuestro pedido, él deberá bajar a Montevideo en la semana entrante y someteremos al contralor radiográfico su estado de curación clínica.

A modo de conjetura, pensamos que dada la delgadez de la pleura visceral en la zona neumotorácica, la ausencia de lesiones esclerosas importantes del parénquima en sus dos lóbulos superiores y la situación baja del orificio pleuro - bronquial, la reexpansión debe haber avanzado o quizá completado.

Y adelantamos que aunque esto no hubiera ocurrido, primará en nuestra decisión terapéutica el estado clínico sobre las imágenes radiológicas, porque nuestra aún corta experiencia nos ha enseñado que a los múltiples procedimientos de tratamiento de un neumotórax residual fistulizado o no, sin alteración del estado general del enfermo debe agregarse o mejor dicho anteponerse los medios restauradores naturales que se cumplen amenudo en función de un factor individual imprevisible y la paciencia del cirujano.

Setiembre 15. Hemos vuelto a ver el enfermo. Su estado general es excelente. No experimenta ninguna molestia. Las radiografías muestran, contrariamente a lo que suponíamos, las lesiones estabilizadas en el aspecto registrado hace 1 año. Persiste el neumotórax, sin retención líquida y la broncografía denuncia la comunicación fistulosa pleuro - bronquial.