

LOBECTOMIA POR ABSCESO PULMONAR

J. PEDRO RODRÍGUEZ DE LEDESMA.

Cirujano del Hospital Provincial y Seguro de Enfermedad de Cáceres.

A. LUENGO RODRÍGUEZ DE LEDESMA.

Médico Ayudante.

Consideramos de interés casuístico la publicación del presente caso.

Nos fué remitido de la Sección de Medicina del Seguro de Enfermedad con el diagnóstico de "Quiste hidatídico infectado", que había estado sometido a intenso tratamiento con antibióticos. La imagen radiológica aparece en la figura 1.

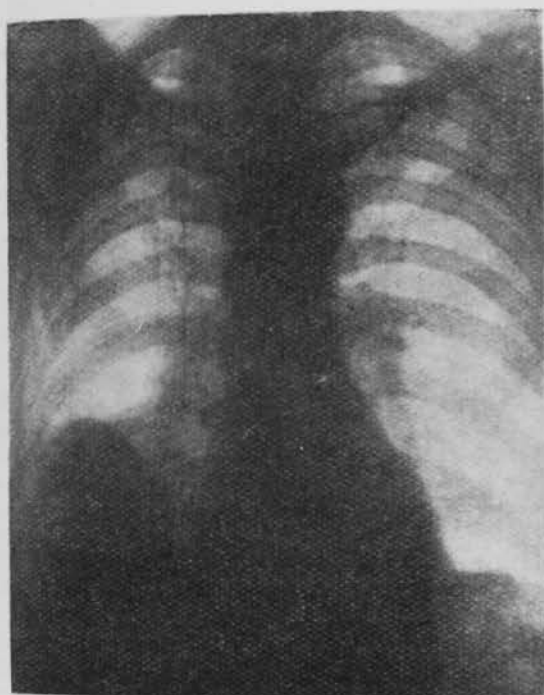


Fig. 1.—Radiografía de la lesión antes de ser operado.

La toracotomía con resección de la sexta costilla permitió descubrir una lesión de aspecto inflamatorio limitada al lóbulo inferior del pulmón derecho.

Los otros dos lóbulos no estaban afectados.

La citada lesión se hallaba fijada por sólidas adherencias al diafragma y zona mediastínica. La pleura interlobar, aun cuando sinfisada, permitió la liberación respecto a los lóbulos superior y medio. Estos dos lóbulos sanos se hallaban unidos a la pleura parietal por un extenso sistema adherencial que se procuró respetar casi totalmente.

Ligados los vasos correspondientes se obtuvo una eficaz liberación de las ramas bronquiales, basal y apical, del lóbulo inferior, que se suturaron con perlon previa sección.

A continuación se completó la liberación del lóbulo enfermo, que fué extirpado. Reinsuflado el pulmón se comprobó la perfecta permeabilidad bronquial de los lóbulos superior y medio. La gran cavidad que quedó después de la lobectomía inferior se drenó con dos gruesos tubos que partían, respectivamente, uno, de la parte alta de la misma, y otro, del seno costodiafragmático.

Ambos tubos se unieron conjuntamente con una misma fuente de aspiración mediante un tubo en Y (figura 2).

La reexpansión pulmonar parecía perfecta al tercer día, y al quinto se extrajeron los tubos en vista de que

no se obtenía exudado con la aspiración. Tan prolongada aspiración se mantuvo, pensando que por la naturaleza séptica del proceso existía un peligro mayor del habitual de que se desarrollase una pleuritis purulenta.

Se quitaron los puntos a los doce días y para esta fecha se inició una evolución supurada del seroma residual, que provocó la dehiscencia en gran extensión de la sutura de toracotomía.

El uso de terramicina en abundante cantidad y un tratamiento muy constante y prolongado consiguieron



Fig. 2.—Dispositivo de aspiración.

la curación de la pleuresía y el cierre de la cavidad, siendo dado de alta en un periodo de treinta y cinco días.

Pero a los dos meses de haber sido dado de alta por curación, el paciente sufrió un nuevo brote de pleuritis supurada, que fué tratada con eficacia en otro Servicio mediante punciones, lavados y antibióticos hasta alcanzarse la curación definitiva, según puede observarse por las radiografías y fotografías adjuntas (figs. 3 a 7).

Para nosotros el caso ofrece mucho interés por el hecho de no haberse producido accidentes de neumotórax abierto a pesar de la dehiscencia de la sutura de pared.

Tal fenómeno ha podido ocurrir porque al practicar la lobectomía se conservaron intencionalmente las sinequias pleuropulmonares de



Fig. 3.—El derrame al octavo día.

los lóbulos sanos y también por la rigidez mediastínica debida a la antigüedad y cronicidad del proceso.

El examen de la pieza de resección y el histológico han mostrado que la lesión era de naturaleza necrótica inflamatoria y formada en derredor de una zona de bronquiectasias.

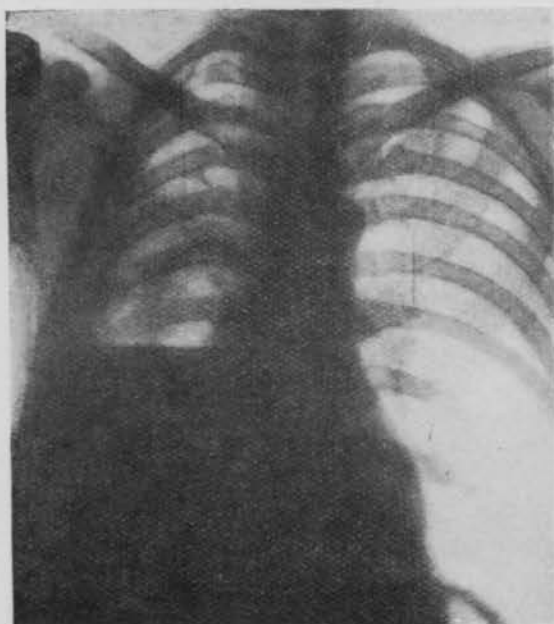


Fig. 4.—El derrame que persiste disminuido después de la dehiscencia de la sutura.

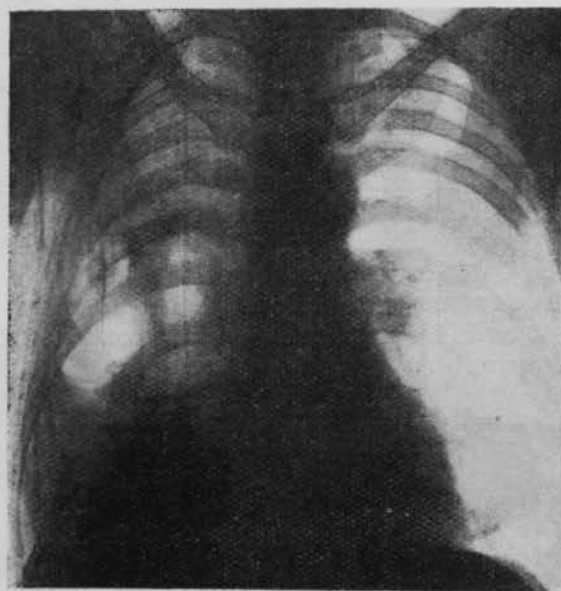


Fig. 5.—Cavidad de neumotórax después de curado el derrame pleural.

RESUMEN.

Se expone un caso de lobectomía inferior derecha por absceso pulmonar antiguo, en el que la evolución séptica de la pleuresía residual causó la dehiscencia extensa de la sutura de toracotomía, sin que a pesar de ello hubiese accidente de oscilación mediastínica por haberse conservado en la operación las sinequias pleuropulmonares de los lóbulos sanos.

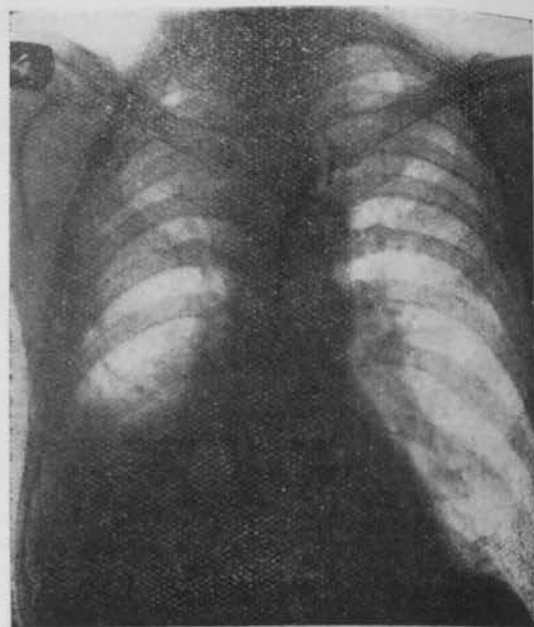


Fig. 6.—Radiografía del estado actual del enfermo a los cuatro meses de la operación.



Fig. 7.—Estado actual de la cicatriz de toracotomía.



Fig. 8.—Lóbulo extirpado con la cavidad del absceso pulmonar.