

ta. Lo mismo sucedió entre la segunda y tercera punción. A esta última siguió la inyección subcutánea del líquido pleural y a partir de este momento el derrame no se reprodujo y sin duda hubiera llegado a desaparecer; es que nuestra inyección actuó facilitando los mecanismos de reabsorción de dicho derrame, o la efracción se cerró espontáneamente, coincidiendo con la mejoría general relacionada con la inyección?

Finalmente, insistimos en la necesidad de prestar atención al estado general de todo enfermo y a su dieta, supliendo precozmente sus posibles defectos y carencias. Y con más interés en estos síndromes que abocan forzosamente a la inanición.

RESUMEN

Después de un breve resumen acerca del estado actual de la cuestión del quilotórax, se refiere el caso de un derrame quiloso verdadero masivo izquierdo, consecutivo a un traumatismo cerrado, en una niña de once años afecta de un proceso tuberculoso ganglionilar izquierdo activo, y de cuya pleura izquierda hubo de extraerse la cantidad de 9.000 c. c. de líquido con indudables caracteres de quilo.

Se hacen algunas consideraciones sobre los factores dinámicos y estáticos que intervienen en la patogenia de los quilotórax, y después de exponer algunos antecedentes, se aporta por vez primera en la literatura la inyección, por vía subcutánea, de parte del líquido extraído de la pleura, con franco éxito terapéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 BAUERSFELD. — Journ. Amer. Med. Ass., 109, 16, 1937.
- 2 BLALOCK, CUNNINGHAM y ROBINSON. — Ann. of Surg., 104, 359, 1936.
- 3 BRAVO y HUERTAS. — La Med. Ibera, 29, 379, 1935.
- 4 CELLAN-JONES y MURPHY. — Brit. Med. Journ., 2, 590, 1940.
- 5 CERCAS. — Rev. Clin. Esp., 1, 437, 1940.
- 6 DOUDAY, DUPUY y BOUVRAIN. — Arch. méd. chir. de l'app. resp., 13, 284, 1938.
- 7 GIRONCOLI. — Pediatría, 45, 720, 1937.
- 8 HEPPNER. — Journ. Amer. Med. Ass., 102, 1.294, 1934.
- 9 McNAB y SCARLETT. — Canad. Med. Ass. Journ., 27, 29, 1933.
- 10 MATSON y STACY. — Diseases of the Chest, 6, 332, 1940.
- 11 MOUCHET. — Journ. de Chir., 42, 386, 1933.
- 12 NOYAN. — Deutsch. Med. Wschr., 62, 45, 1936.
- 13 OERKEN. — Münch. Med. Wschr., 55, 1.182, 1908 (cit. de BAUERSFELD).
- 14 SMITH y WOLIVER. — Arch. of Surg., 43, 627, 1941.
- 15 YATER. — Ann. Int. Med., 9, 600, 1935.
- 16 ZESAS. — Deutsch. Ztschr. f. Chir., 115, 49, 1912.

GRAN ENFISEMA SUBCUTÁNEO Y MEDIASÍSTICO. POR PERFORACIÓN PLEUROPULMONAR, CONSECUITIVO A UNA FIEBRE TÍFICA

E. HERVADA IGLESIAS

Médico radiólogo

Hospital Municipal de La Coruña
Director: DR. MANUEL FRAGA

En nuestra ya dilatada práctica colapsante por el método de FORLANINI, y en especial después de la sección de bridas interpleurales, hemos visto en al-

guna ocasión diversos casos de enfisema subcutáneo, por fortuna poco alarmantes, y que han cedido casi siempre a los pocos días de haberse presentado. Casi todos se localizaban debajo de la piel del hemitórax puncionado, extendiéndose hacia arriba y alcanzando alguna vez la región cervical. Coincidimos con la mayoría de los autores, al observar esta discreta complicación, como más frecuente después de la primera punción, y en aquellos individuos con pulmones bridados, que al presentar cámaras parciales, inexistentes, elevaban rápidamente su presión intrapleural, obligándonos a suspender — y en alguna ocasión a extraer — la cantidad de gas a inyectar. Repetimos que nuestros casos no han sido alarmantes y casi siempre nos ha bastado un calmante de la tos, y alguna frase cariñosa y optimista, para vencer la natural inquietud del enfermo.

Por otra parte, sabemos que la gran mayoría de casos de "enfisemas subcutáneos" originados a partir de la cavidad pleural han sido consecutivos — aparte de los traumas y maniobras intempestivas de la cirugía torácica — a la colapso-terapia del pulmón tuberculoso, y muy especialmente a neumotórax valvulares, hipertensivos y sofocantes, debidos a perforaciones pleuropulmonares, casi siempre de etiología bacilar.

Expuesto este pequeño preámbulo, creemos que puede tener algún interés la publicación de nuestro caso, que aparte de su escandalosa sintomatología, y de la serie de complicaciones sufridas por nuestra enferma, ha tenido la fortuna de curar totalmente. En el número 4, del tomo V. de esta revista, correspondiente al 30 de mayo de 1942, aparece una interesante nota clínica del doctor J. M. CANADELL VIDAL, sobre "Enfisema media-tílico y subcutáneo", en el curso de una bronconeumonía, que parece tener cierta relación con el nuestro, aun cuando aquél se refiere a un niño, y fué seguido de *exitus*.

La historia de nuestra enferma, es la siguiente:

El 15 de diciembre de 1941, ingresa en el Hospital Municipal de La Coruña la joven R. C. L., soltera, de 23 años de edad, de profesión sirvienta y natural de Boimorto (La Coruña). Sin antecedentes familiares de interés, pues sus padres y cuatro hermanos viven sanos, al igual que una hija de cuatro años. En su historia personal, tampoco se precisa anomalía alguna, ya que siempre se encontró sana y fuerte, trabajando activamente, y dice que nunca ha tenido catarros. Se trata de una mujer de talla reducida — 1.56 — pesando antes de caer enferma, 55 kilogramos.

Su enfermedad actual se remonta al 5 de octubre de 1941, que empezó a notar cansancio, con cefaleas, dolor de piernas y décaimiento general. Se encontró mejor los días siguientes, volviendo a caer poco más tarde, con escalofríos y gran malestar. Luego, cefaleas, fiebre alta y sostenida, con rebeldes vómitos biliosos, que no le permitían ingestión alguna. Fué asistida en la casa donde prestaba sus servicios por el doctor HERVADA GARCÍA, quien la diagnosticó de "fiebre tífica", con hemograma típico y hemocultivo positivo (Dr. BEATO), instituyéndole el tratamiento sintomático de esta dolencia. Con el curso clásico de una fiebre eberthiana, y sin presentar complicaciones, ingresa el 12 de noviembre en el Hospital de San José (Centro Sanitario Municipal para enfermedades infecciosas), donde continúa su tratamiento.

El 15 de diciembre, la envían al Hospital Municipal Central, donde la vemos por vez primera, presentando un cuadro agudo de "neumotórax sofocante", con gran angustia, taquipnea y dolor en el costado izquierdo. La exploración evidencia una ausencia del murmullo respiratorio y un timpanismo de ese hemitórax, con acentuado desplazamiento cardíaco hacia el lado derecho. Valiéndonos del aparato de Potain, le hacemos una punción y aspiración de gas, con lo que se alivia grande-

mente la enferma. La presión pleural, que era fuertemente positiva, la dejamos alrededor del 0. Tiene una fiebre de 38,7, con 134 pulsaciones por minuto. La presión arterial es de 13/9 con el Pachón, y el análisis del espuma resulta negativo para el bacilo de Koch. El hemograma acusa ligera leucocitosis —9.500— y el análisis de la orina no detecta anomalías.

Como resulta que el trocar del aparato de Potain, adaptado y fijado a la pared costal se obtura con facilidad, provocando nuevas crisis angustiosas a la enferma —por su perforación



Fig. 1

valvular —lo substituimos el día 22, por una sonda semirrigida de Petzer, de mediano calibre, la cual se comunica con una goma que termina en un frasco de solución antiséptica, con un perfecto funcionamiento y gran alivio para la paciente. Como era de esperar, comprobamos un derrame purulento, de poco volumen, causante de la obstrucción del trocar.



Fig. 2

El 24 de diciembre nos avisan telefónicamente y con gran urgencia para comunicarnos que nuestra paciente "se infló como un globo", según la expresiva frase de la hermana de turno. Efectivamente, al ver a la enferma comprobamos que presenta un enorme enfisema subcutáneo generalizado, que únicamente respeta las extremidades inferiores. La cara, cuello, brazos, tórax y abdomen aparecen intensamente abombados, siendo tan grande la cantidad de aire acumulado en la cara, que los párpados insuflados no le permiten abrir los ojos, cegándola completamente; tiene aspecto de "luna llena". El enfisema del cuello ocasiona intensa afonía, y las manos —normalmente flácidas y caídas— aparecen turgentes, voluminosas y elevadas. El abombamiento del abdomen es tan exagerado, que recuerda el de una gestante a término, y al comprimir con las manos una zona, se insuflan las periféricas, crepitando todos los puntos a la más leve palpación. El enfisema parece quedar detenido a nivel de los pliegues inguinales, respetando tan sólo las extremidades inferiores. Los brazos también están llenos de aire, siendo curiosa la crepitación de las muñecas al comprimirlos. El pulso late rápido y blando a 160, la temperatura es de 39° y el cuadro general presenta la típica alarma del "tórax agudo".

Comprobamos la obstrucción de la sonda de Petzer, por la secreción purulenta. Retiramos la sonda y limpiamos el trayecto fistuloso, vaciando parte del derrame, realizado lo cual, introducimos y fijamos en un punto algo más elevado de la

pared torácica un trocar rígido de Potain, de mediano calibre, por el que hacemos varias aspiraciones, hasta equilibrar la presión intrapleural, con lo que se alivia bastante la enferma. Los días 25 y 26 se repite su cuadro angustioso, por lo que tenemos que practicar nuevas aspiraciones, y en vista de que persiste su gran enfisema subcutáneo, extraemos el aire, valiéndonos de un grueso trócar que introducimos bajo la piel de las zonas subclaviculares, mamarias y abdominales, por donde sale el aire silbando y a gran presión. Comprimimos luego suavemente y con ambas manos las zonas puncionadas, siendo interesante el observar como se desinflan las mamas y el abdomen, saliendo de este último —sin exageración alguna— varios litros de aire.

El día 27, ya bastante aliviada, consigue abrir algo los párpados, aun cuando persisten su afonía, la fiebre alta y la taqu-

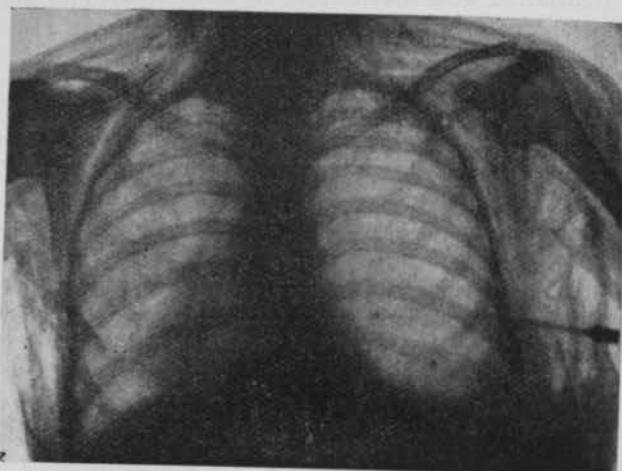


Fig. 3

cardia, habiendo cedido bastante el enfisema subcutáneo, que aun se observa claramente (fotografías núms. 1 y 2). La imagen radiográfica (radiografía núm. 3) evidencia una gran desviación cardiomediestínica, hacia el hemitórax derecho, con imagen de pionemotórax en el lado izquierdo, en el que se precisa un trócar, en región posteroaxilar del séptimo espacio intercostal. Se observa también el gran enfisema que aun

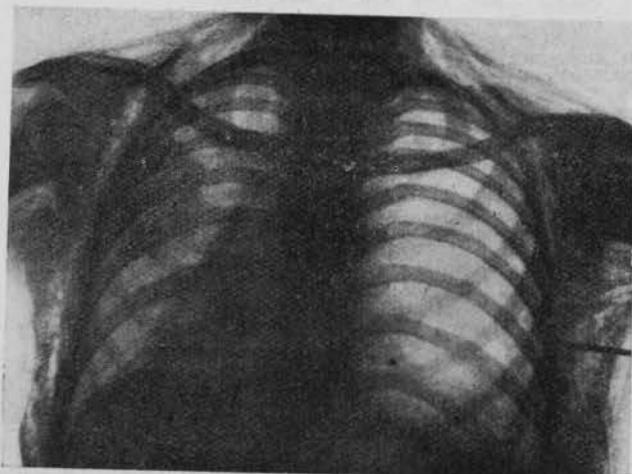


Fig. 4

persiste en las partes blandas, y que diseca músculos, viéndose el húmero limpio, como "mondado" y muy destacable.

A pesar del drenaje, de las aspiraciones diarias y del tratamiento sintomático, el día 29 presenta nueva elevación térmica, con escalofríos y gran malestar, comprobándose por la exploración un foco neumónico en zona subclavicular derecha, el cual es confirmado radiográficamente al siguiente día (radiografía núm. 4). Por esta placa observamos que persiste la desviación cardiomediestínica, viéndose en la zona marginal de la subclavicular derecha, una neta opacidad del tamaño de una naranja, que corresponde al foco neumónico. Se instituye

tratamiento apropiado — Dagenán, cardiotónicos, cataplasmas, oxígeno, etc — cesando a los tres días la sintomatología neumónica. Al mismo tiempo va cediendo el enfisema subcutáneo y mejora el estado general. La presión intrapleural, al hacerse ligera y persistentemente negativa, nos revela el cierre de la fistula pleuropulmonar, fluviendo la supuración a través del trocar fijado en la pared. En diversos reconocimientos radioscópicos periódicos observamos que el mediastino tiende a situarse en su plano normal, y que el pulmón izquierdo quiere

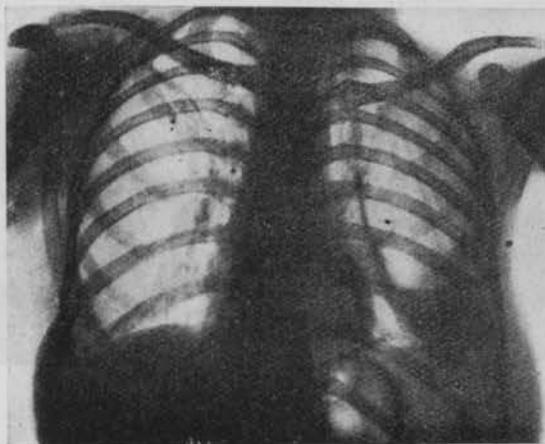


Fig. 5

expansionarse, iniciándose una síntesis de la base y teniendo que retirar el trocar por haber cesado la supuración. Con una recuperación lenta, pero evidente, obtenemos el día 2 de febrero la radiografía número 5, por la que vemos una sombra de *tractus* que corresponde al foco neumónico que hubo en subclavícula derecha, persistiendo el pionemotórax izquierdo,

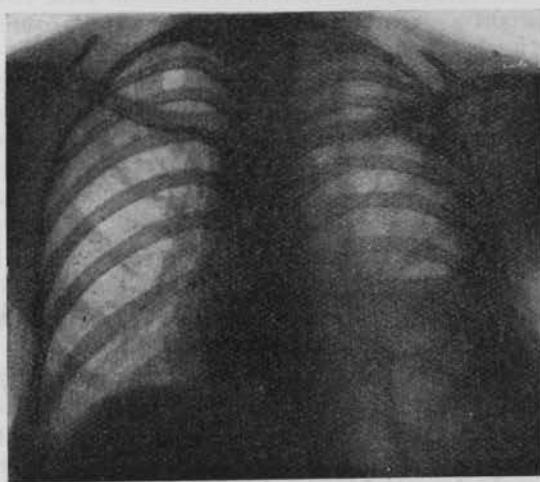


Fig. 6

con un derrame tabicado en forma de "nido". El mediastino está casi en su plano normal, viéndose elevado el hemidiafragma izquierdo. Ya en franca mejoría, practicamos el 25 de febrero la radiografía número 6, por la que observamos que desapareció la imagen del neumotórax por síntesis ascendente de ambas hojas pleurales. El derrame, menos voluminoso, aparece poco denso, conservando un límite horizontal, que oscila con los movimientos torácicos, en plano posterior. El diafragma izquierdo acentúa su elevación.

El 20 de marzo de 1942, vemos por radioscopy que tan sólo persiste un ligero velo de pleuritis. La radiografía núm. 7, obtenida el día 6 de abril, demuestra su curación, delatando tan sólo su pleuritis residual, de la base izquierda, carente de actividad alguna. Las pruebas clínicas y analíticas son absolutamente normales, lo que unido a su excelente estado general, motivan el alta de esta enferma en esa misma fecha, recomendándole una cura de consolidación en el campo — donde reside su familia — con paulatina gimnasia respiratoria.

Cuando ya no lo esperábamos, vuelve a nosotros el 8 de septiembre de 1942, quejándose de molestias en el costado izquierdo, con febrícula y quebrantamiento general. Nos dice que estuvo muy bien, hasta hace una semana, que empezó a notar dolor. Comprobamos la reactivación de su pleuritis purulenta, instituyéndole una valiente terapéutica sulfamidada, y poco después, una aspiración continua con fuertes presiones negativas, según la técnica de Monaldi. Al no ceder a este procedimiento, se le propone una pequeña plastia localizada, para eliminar el foco. Se realiza ésta el 20 de octubre, con la resección de pequeños fragmentos de los arcos posteroaxilares correspondientes a la octava, novena y décima costillas (doctor PONTE FERREIRO). Se logra un favorable y rápido curso postoperatorio, con la total curación de su pleuritis. Desde entonces le venimos practicando mensuales reconocimientos

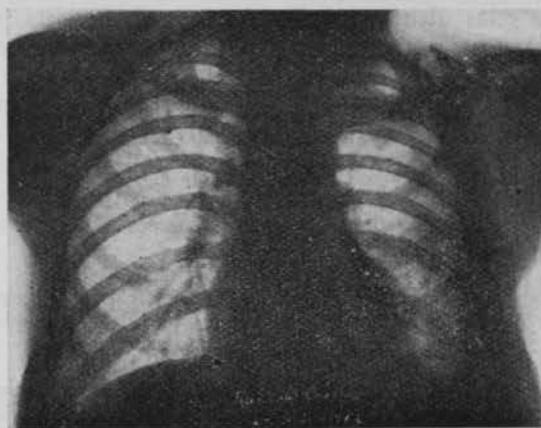


Fig. 7

periódicos, siendo el último de fecha de 3 de abril del actual, observándole tan sólo su engrosamiento pleural, que no le depara molestia alguna, ni le impide trabajar activamente en su anterior ocupación, con lo que confirmamos la total recuperación de esta paciente.

RESUMEN

Se describe un caso de fiebre tífica, en una joven sirvienta, que se complica al final de su evolución con una probable bronconeumonía del pulmón izquierdo, la cual motiva una perforación valvular, con un cuadro de neumotórax sofocante. Aun cuando se le da salida al aire hipertensivo con una sonda permanente adaptada a la pared torácica, al obstruirse ésta el aire busca salida por los planos de menor resistencia, constituyéndose un acentuado enfisema subcutáneo de aparatoso sintomatología. El tratamiento oportuno logra atenuar la agudeza del cuadro, que se complica con un derrame purulento, y nuevo foco neumónico del otro pulmón, con inminente peligro para la vida de la enferma. La terapéutica que se señala logra, aunque con lentitud, la recuperación de esta paciente, que vuelve a su vida normal. Más tarde, se reactiva su pleuritis, que al no ceder al tratamiento médico, ni a la aspiración continua, obliga a una pequeña plastia parcial localizada, con la que se obtiene una completa curación, confirmada en sucesivos reconocimientos periódicos.