

Presentación de enfermo

**UN CASO DE PIONEUMOTÓRAX CURADO POR MEDIO
DE ASPIRACIÓN PLEURAL Y TORACOPLASTIA**

Rafael GARCÍA CAPURRO

HISTORIA CLÍNICA. — C. A., 19 años soltero.

Antecedentes personales y familiares sin importancia.

Enfermedad actual. Comienza a fines de 1938 por pequeñas hemoptisis que no se acompañan de otros síntomas. Esto lo lleva a consultar un especialista de pulmón y se le constata, en una primer radiografía, una pequeña cavidad en el tercio superior del pulmón izquierdo, en la proximidad de la pleura, sin que en su torno se puedan apreciar alteraciones evidentes del parenquima pulmonar. El examen de esputos es repetidamente negativo.

En enero 25 de 1939, violenta puntada de costado que aparece durante la noche acompañada de intensa dispnea. Lo ve médico que le diagnostica neumotórax izquierdo.

El 15 de febrero es visto por mí por primera vez en el Sanatorio Español.

Presenta un estado muy grave, cianosis, intensa dispnea, pulso rápido y temperatura elevada. Hay también un intenso dolor en el hemiventre superior derecho que hace temer una complicación sub-frénica. Se hace un examen radioscópico que muestra un enorme pio-neumo-tórax izquierdo con gran desplazamiento del mediastino.

Operación. — Dr. R. García Capurro. Resección de octava costilla en la línea axilar posterior y colocación de un drenaje cerrado, sin permitir que se produzca traumatopnea. El pus es estéril y los cobayos inoculados se pierden.

Pasados los primeros días la temperatura cae por completo y el enfermo comienza sus ejercicios respiratorios. Se toman varias radiografías en un período de un mes y medio en las cuales se ve que la cavidad no tiene tendencia espontánea a cerrarse.

El 11 de abril, en vista de que la cavidad no se reduce, se le pone un sistema de aspiración continua de su cavidad pleural, por medio de una trompa de agua. Se mantiene así de manera constante una presión negativa de 30 a 40 cent. de agua. Si la presión negativa se aumenta el aire pasa al través de una fístula bronco pleural.

Esta aspiración reduce gradualmente la cavidad a un tercio de su ta-

maño primitivo como puede verse en una serie de radiografías tomadas en un período de casi tres meses. Se llega a un período estacionario en que la cavidad no se reduce más.

Dado que la cavidad no se reduce, se considera necesario realizar una toracoplastia.

Primer tiempo: julio 11. Drs. V. Armand-Ugón, R. García-Capurro. Toracoplastia anterior vía axilar. Anestesia general. Resección de la mitad anterior de las 2ª, 3ª, 4ª y 5ª costillas.

Segundo tiempo, julio 28. Toracoplastia posterior. Anestesia general. Resección de la 1ª a la 6ª costillas. Después de este segundo tiempo hay una infección de la herida con estado grave durante tres o cuatro días.

La aspiración se continúa en el intervalo entre y después de las intervenciones. En nuevas radiografías se puede apreciar la enorme reducción de la cavidad.

El 1º de octubre se retira definitivamente el tubo de drenaje pleural. Un pequeño residuo de cavidad y el trayecto del tubo cierran rápidamente y sin contratiempo. Desde entonces el enfermo ha mejorado rápidamente en su estado general sin que se haya presentado ninguna manifestación patológica.

En el momento actual este joven pesa ochenta y cinco kilos, presenta un estado general perfecto, habiéndose reintegrado hace dos meses a su trabajo de mecánico. Su tórax del lado operado se ha reexpandido notablemente, a la auscultación se percibe murmullo vesicular normal en todo el lado izquierdo. La deformación torácica resulta insignificante. La funcionalidad de sus miembros superiores es perfecta.

Las radiografías actuales muestran la ausencia total de cavidad.