

*PIONEUMOQUISTE Y PIONEUMOTORAX HIDÁTICO  
SOFOCANTE (\*)*

*Prof. P. Larghero y Dr. P. Ferreira Berruti (\*\*)*

Poco tiempo después de la aparición de la monografía que con los Dres. Purriel y Ardao dedicamos al pnoneumotórax hidático (1), tuvimos ocasión de ver un caso de pnoneumotórax hidático sofocante que nos sorprendió por su evolución acelerada a la muerte, breves horas después de haber ingresado a la Sala Navarro. Presentamos las placas y la pieza que se encuentra en el Museo del Instituto de Anatomía Patológica.

He aquí la síntesis de la observación:

N. S., 39 años. Hombre. Ingres a la sala Navarro en las últimas horas de la tarde del 3 de noviembre de 1937, enviado de un Servicio de Medicina, al que había ingresado 72 horas antes.

9 días antes, comienzo súbito en plena salud y encontrándose en su trabajo de labrador. Sin ninguna clase de prodromo inmediato ni molestias anteriores, acceso súbito de tos, con expectoración abundante, cuyo carácter no pudo apreciar porque se acompañó de gran disnea, cianosis y opresión. Pasa la noche con tos en accesos, expectoración y fatiga; al día siguiente chuchos de frío y temp. a 39 grados. Es categórico en que no sintió dolor torácico. La expectoración aparece con estrias sanguinolentas y fétida, de color variable de amarillo a verdoso. Se agrega disnea nocturna de decúbito. Es enviado al hospital e ingresa a la Sala Soca (Servicio del Profesor Scremini).

*Examen físico.* — Disnea moderada. Facies congestivo. Pulso 120 p.m. Presión arterial: 13 ½ - 7 ½. *Abombamiento del hemitórax izquierdo.* Síndrome físico de colección hidroaérica de la base izquierda, con submacidez de los dos tercios superiores. Sonoridad, soplo anfórico y resonancia anfórica de la voz cuchicheada. Al final de la inspiración, ruido húmedo, como esta.

(\*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 2 de julio de 1947.

(\*\*) P. Larghero, P. Purriel, H. Ardao. Pnoneumotórax hidático. 1 Vol de 168 páginas. Imp. Mercant, 1935, Montevideo.

hido resonante en la cavidad, que parecería corresponder a la apertura de una válvula bronquial.

Desviación del corazón a derecha, la punta late en 5° espacio intercostal próximo al reborde izquierdo del esternón; la macidez cardíaca desborda el borde derecho del esternón.

*Radioscopia.* — Sombra redondeada del tamaño de una cabeza de adulto;

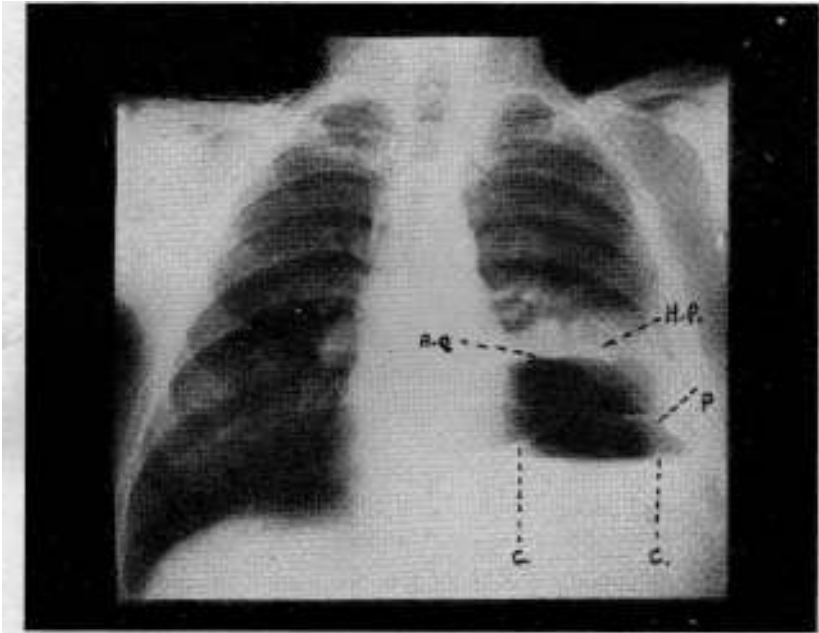


FIG. 1. — Radiografía frontal. Mediastino moderadamente desplazado a la derecha. El diafragma izquierdo no se ve, confundido con la sombra del derrame pleural e intraquístico.

A.Q. Contorno superior de la cavidad neumotorácica.

P. Contorno de la periquística.

H.P. Hepatización pulmonar.

C.C. Salientes correspondientes a elementos hidáticos flotando en el derrame del quiste; signo del "Camalote".

En la placa original se observan 2 niveles, uno correspondiente al quiste y el otro al pneumotórax.

cavidad hidroaérica con sombras flotantes dando la imagen típica de "camalote".

Con esta observación es pasado al Servicio de Cirugía de Guardia, ingresando a la Sala Navarro; lo vemos a las 10 de la noche. La disnea es moderada, estando en posición sentada; el examen físico corrobora los signos des-

critos. Se le practica una toracotomía en el Servicio de Medicina indica

alarma inmediata, no hacemos punción descompresiva y se fija la operación para la mañana siguiente. A las 2 de la mañana y después de un acceso de tos comienza con gran disnea y fallece en pocos minutos.

*Autopsia.* (Dr. P. Ferreira Berrutti). (Síntesis del protocolo). Protocolo N° 843 del Instituto de Anatomía Patológica.

*Tórax.* — Hemitórax izquierdo con acentuado abombamiento.

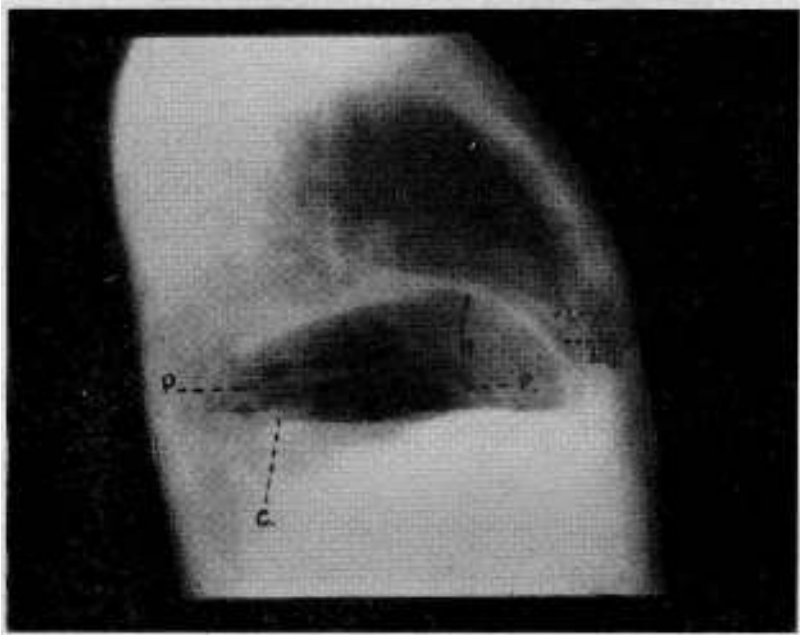


FIG. 2. — Radiografía lateral.

A. Contorno superior de la cavidad neumotorácica.

P. Contorno de la periquística.

C. "Camalote".

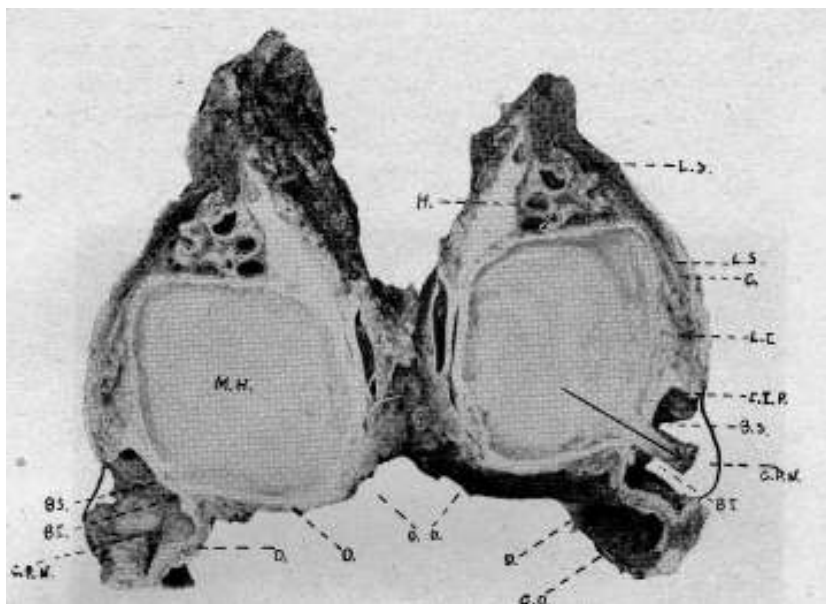
O. Cisura interlobar.

L. Sector residual de parénquima del lóbulo superior.

Compárese las imágenes de esta radiografía con los elementos que muestra el corte sagital del pulmón. La diferencia del volumen del lóbulo superior, entre lo que muestra la placa y la pieza, se debe a que esta última fué cortada después de fijación. La retracción del pulmón y la pleura, hace que domina en la pieza el quiste, en tanto que en el sujeto vivo, la imagen en media luna de mayor diámetro, corresponde a la cavidad neumotorácica.

**Diaphragma:** Empujado hacia abajo del lado izquierdo comprimiendo y descendiendo el estómago, bazo y ángulo izquierdo del colon.

**Pleura y pulmón izquierdo:** Al desarticular la clavícula izquierda, la pleura fué puncionada, produciéndose un soplo violento por salida de aire a tensión de la pleura (Nneumotórax a tensión).



**Corte ánteroposterior de pulmón y diafragma**

(Sección después de fijación en formol)

El corte pasa por el orificio de ruptura del quiste hidático del lóbulo inferior, en la pleura. (La membrana hidática en vías de ser eliminada hacia la pleura, está señalada por una flecha. El tapón hidático elástico funcionó a modo de válvula perfecta y determinó el neumotórax a tensión.

- H. Hilio.
- L.S. Lóbulo superior atelectasiado.
- L.I. Lóbulo inferior.
- C.I.P. Cara inferior del pulmón.
- C. Cisura interlobar.
- M.H. Membrana hidática.
- D.D.D. Diafragma adherente a gran parte de la cara inferior del pulmón.
- C.D. Cúpula diafragmática.
- C.P.N. Cavidad picleumotorácica. la línea negra señala la parte de la cavidad que estaba limitada por pleura parietal y quedó con el tórax al extraer la pieza.
- B.S. y B.I. Bordes superior e inferior del orificio de ruptura del quiste en la pleura. El tapón hidático membranoso quedó con el segmento derecho del corte.

Cavidad picleumotorácica en la parte superior del hemitórax, conteniendo 250 c.c. de pus fluido, amarillo verdoso.

Otra cavidad picleumotorácica entre cara inferior del pulmón y diafragma, conteniendo pus fluido y falsas membranas. En la cara superior de esta cavidad constituida por la base del pulmón, existe un orificio por el

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

que sale una gruesa membrana hidática hialina, que cuelga en la logia neumotorácica. Ella proviene de un enorme quiste hidático supurado del lóbulo inferior del pulmón, al que ocupa totalmente. La adventicia de este quiste es gruesa, fibrosa y los bronquios del lóbulo han sido desplazados hacia arriba.

El lóbulo superior de este pulmón está atelectasiado.

Pulmón derecho: Bronconeumonía.

Corazón y pericardio: Normales.

*Abdomen.* — Quiste hidático del bazo. Quiste hidático del gran epiplón. Hígado y vías biliares, normales.