

CAPITULO VI

Abscesos del pulmón

DEFINICION Y LIMITACION DEL TEMA

Con la denominación de abscesos pulmonares englobaremos todas aquellas colecciones limitadas que contienen pus, inodoro o fétido, desarrolladas en pleno parénquima pulmonar por un proceso agudo, primitivo, de alveolitis a evolución supurativa o necrótica. Descartamos aquellas de origen específico.

La precisión nosográfica facilita la comprensión del problema terapéutico, a la vez que hace posible mayor exactitud en el **pronóstico**, aclarando las **eventualidades** evolutivas de la enfermedad.

No entrarán en este capítulo aquellas supuraciones parenquimatosas que no determinan una colección **purulenta**: por ejemplo: la hepatización gris de la neumonía, que respeta los tabiques alveolares; tampoco cabe dentro de nuestra denominación de absceso de pulmón la neumonía disecante tipo Hutinel, en la que el pus hace difusiones variadas: ya envuiniendo los bronquios, ya evolucionando hacia la pleura visceral, como acontece en la entidad bien caracterizada, **conocida** con el nombre de flemón difuso, analogía tan perfecta, que justificaría habláramos de flemón difuso del pulmón.

Pese a la unidad de origen de los procesos gangrenosos tampoco incorporaremos a este capítulo las gangrenas pulmonares difusas, que invaden todo un lóbulo y aún un pulmón en totalidad. pero que, por la brutalidad de la infección no se llega a circunscribirlas, ni ellas dan **tiempo** a que la escara se delimite y elimine por

supuración. En caso contrario, cuando se logra la **circunscrición**, esta gangrena evolucionará como un absceso pulmonar pútrido, variedad siempre grave y de escaso potencial curativo espontáneo o mediante tratamiento médico. En el absceso pútrido se constituye precozmente una esclerosis limitante, siendo precisamente una de sus características anatómicas, el temprano desarrollo de una notable fibrosis invasora que altera y desorganiza la arquitectura normal bronco-pulmonar; en estos casos hay además, por otra parte, abundante supuración, que traduce el esfuerzo del organismo pura eliminar la escara séptica de la gangrena.

A pesar de ser bien circunscritos, no tendrán lugar en este estudio los quistes hidáticos supurados, los cánceres cavitarios abscedados, la supuración de los quistes congénitos, las **bronquiectasias** supuradas, etc. En todos estos casos la supuración es un accidente, siendo secundaria a una lesión o cavidad preexistente. Como cada una de esas afecciones tiene su individualidad propia, este accidente supurativo no logra destruir su fisonomía, aún cuando puede enmascararla.

El origen primitivamente extrapulmonar de las migraciones hacia este órgano de focos de vecindad, las excluye del grupo de los abscesos pulmonares.

Las pleuresías purulentas o los abscesos sub-frénicos (de origen digestivo, hepático, renal, esplénico, etc.) pueden evacuarse a través del pulmón, perforando pleura o diafragma, creando el cuadro de un absceso pulmonar, pero existe una filiación que el clínico debe desentrañar, para respetar la buena clasificación **nosográfica** y para claridad en la orientación terapéutica.

La falta de **especificidad** es una de las características que definen el absceso pulmonar, de tal modo que lesiones netamente específicas, como la tuberculosis, la sífilis, la ambiasis, las enfermedades micósicas, etc., están naturalmente eliminadas de este capítulo; sólo por abuso de lenguaje puede hablarse de absceso tuberculoso, micósico, etc., y es una de las primeras obligaciones del **clínico**, frente a un cuadro de expectoración purulenta, descartar por la clínica, la radiología y el examen de los esputos, estas afecciones .

DIVISION DE LOS ABSCESOS PULMONARES

Separamos los abscesos del pulmón en tres grupos:

- a) Abscesos a piógenos.
- b) Abscesos pútridos.
- c) Abscesos esclerosos (**pio-esclerosis** de Coquelet)

Esta clasificación esquemática persigue no sólo fines didácticos sino, principalmente, facilitar la comprensión de la terapéutica.

No ignoramos las múltiples variedades de las formas clínicas de los abscesos del pulmón y las formas de pasaje que establecen un nexo que lleva insensiblemente de una a la otra, pero en cada una de las formas que establecemos, existen caracteres dominantes suficientemente vigorosos como para permitir diferenciar estos sub-grupos especiales.

ABSCESOS A PIOGENOS.— Se caracterizan por la ausencia inicial de fetidez en la expectoración, por ser mono-microbianos, o mejor aún a predominio de un microbio (**neumo**, estrepto, entero-cocos, etc.) por su evolución espontánea hacia la curación o con el auxilio del tratamiento médico.

Habitualmente se subdividen los abscesos a piógenos en tres categorías:

- 1^o) Séptico-piohémicos.
- 2^o) Neumónicos.
- 3^o) Bronconeumónicos.

1^o) **Séptico-piohémicos.**— El proceso que los origina es doble; por una parte, infarto creado por una obliteración vascular, mediante un émbolo séptico y, por otra parte, proceso inflamatorio desencadenado por el germen que aquél vehiculaba.

La precisión bacteriológica, tan **difícil** en los abscesos de pulmón, salvo cuando una punción exploradora trae pus antes de la vómica y, por consiguiente, de la inoculación secundaria por la **septicidad** del arbol brónquico, está, en esta variedad, establecida por los hemocultivos que suministran datos exactos sobre la individualidad bacteriológica.

Desde el punto de vista clínico son habitualmente bilaterales, de pequeño volumen, múltiples, carecen de síntomas **cavitarios** y simulan pequeños focos de **bronconeumonía**; predominan signos de infección **generalizada** e importante, con curva térmica oscilante.

Los síntomas funcionales y estetacústicos pulmonares son discretos: Tos escasa, ligera cianosis, disnea, expectoración purulenta fraccionada. El pronóstico de estos abscesos está condicionado, en gran parte, por el pronóstico de la septicemia originaria: se comprende, sin dificultad, que no es posible comparar el porvenir de un absceso que sobreviene en el curso de una endocarditis maligna, con el de una **foruncúlosis**, por ejemplo.

2º) *Absceso neumónico*.- Contrariamente a lo que acontece en la hepatización gris de la neumonía, en los abscesos existe una destrucción de los tabiques alveolares **e interlobulillares**, constituyéndose una colección purulenta enquistada. Pese a la frecuencia con que se establece el diagnóstico de neumonía, esta afección es ciertamente más rara de lo que podría suponerse y los abscesos post-neumónicos son una eventualidad excepcional en la evolución de la enfermedad.

Habitualmente únicos, estos abscesos tienen 'el volumen de una nuez, llegando hasta el de una naranja; contienen el pus cremoso, de tintes verdes, e inodoro, que se encuentra en las supuraciones neumocócicas. Debe ser diferenciado de las pleuresías enquistadas que determina el neumococo, por ser en éstas el mayor diámetro de la sombra radiológica de asiento claramente extra-pulmonar. Otro síntoma evolutivo que permite la diferenciación, es que la vómica es precoz en el absceso, del sexto al doceavo día, mientras que en la pleuresía es mucho más tardía.

La curación espontánea, tras la vómica, es la terminación normal; esta cura es radical, sin recidivas. Pueden ser, sin embargo, alguna vez mortales, pero en estos casos es a deficiencias de orden general que debe incriminarse esta gravedad (alcoholismo, diabetes, afecciones cardíacas, etc.), factores todos contra los cuales nada puede la cirugía.

La terapéutica debe orientarse hacia la realización de un tratamiento general: estimulantes, **tonicardíacos**, oxigenoterapia, alimentación dinámogena y cuando sobrevenga la vómica, facilitar el desagüe, utilizando el drenaje postural.

3º) *Abscesos bronconeumónicos.* — Sus agentes son los piógenos banales (estreptococo, estafilococo, enterococo, etc.). Consecutivos a una bronro-alveolitis aguda, están centrados por un bronquio, son de pequeño volumen y pueden ser múltiples.

Cuando son de origen estreptocóccico, se **acompañan, con** gran frecuencia, de pleuresía purulenta, que se hace dominante en el complejo mórbido; es la curva de la expectoración, que debe trazarse en toda afección pulmonar de manera sistemática, lo que **permite** su diagnóstico.

Es interesante resaltar que, aún dada la gravedad de las afecciones estreptocóccicas, es notable la frecuencia con que **se** curan cuando asientan en el pulmón.

Evolución. Los abscesos a piógenos raramente evolucionan hacia la **cronicidad**. Curan después de la vómica en un 80 % de los casos, aproximadamente.

Esta forma, que nunca es fétida en sus etapas iniciales, raramente requiere un tratamiento quirúrgico, cuando no se complica.

La **evolución** sub-aguda, la tendencia extensiva, la falta de progresividad en la desaparición de las sombras radialógicas, se deben a una infección sobreagregada secundariamente; en estas condiciones puede aparecer tardíamente la fetidez, que es insidiosa moderada, intermitente y caprichosa; esta evolución se hace de preferencia en pulmones que tienen antiguas lesiones esclerosas. Cuando tal evolución aparezca, debe ser **encarada**, sin dilación, la necesidad de un tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO EN LOS ABSCESOS A PIOGENOS. — Las tres modalidades que acabamos de describir (piohémicos, neumónicos y bronconeumónicos) raramente exigen tratamiento quirúrgico: en tal circunstancia se realizará lo que expondremos en otro lugar.

Tratamiento médico. — Estos medios son suficientes para conducir a la curación, con regular progresividad, a los abscesos a piógenos, sólo por excepción pueden ser insuficientes,

pero mismo así son útiles siempre, puesto que preparan al enfermo para ser operado exitosamente. Con frecuencia y en determinadas condiciones, es la única solución lógica y aconsejable, porqué ninguna intervención quirúrgica sería oportuna, por ejemplo: cuando se trate de focos múltiples unilaterales, supuraciones bilaterales, cuando sobrevienen en sujetos adinámicos, etc.

En la terapéutica médica de los abscesos pulmonares pueden emplearse: sueros y vacunas, medicamentos y procedimientos mecánicos.

A) Sueros y vacunas. — Pueden ser usados con la intención de ejercer una acción específica o bien para realizar terapéutica por el shock, a la manera de la proteínoterapia. No nos ha sido posible constatar, sin lugar a dudas, una eficiencia real de estos agentes tan en boga. Las auto-vacunas **constituyen** el método de elección, cuando se usan estos medicamentos.

B) Tratamiento medicamentoso. Perseguirá desarrollar una acción **anti-infecciosa**. Es dudoso que tengan eficacia auténtica los balsámicos suministrados en poción y es de escasa magnitud la acción desodorizante de la tintura de ajo, hiposulfitos, etc.

En las infecciones estreptocócicas se obtienen buenos resultados con los diversos preparados comerciales de sulfanilamida.

Tres medicamentos se utilizan habitualmente en la terapéutica de los abscesos **de** pulmón: la emetina, **las** inyecciones **endovenosas** de alcohol y las de benzoato de sodio.

La emetina debe ser empleada obligatoriamente cuando **existan** antecedentes disintéricos o la sintomatología clínica induzca a sospechar la etiología amibiana (expectoración **muco-sanguinolenta** sin **remisiones**, hepatomegalia, lesiones predominando en la base derecha). Como se han conseguido mejorías con este medicamento en abscesos no amibianos, se comprende que su eficacia no servirá como test para afirmar el diagnóstico **etiológico**. Se inyectará en seis a diez días Ogr.60, intercalando dos inyecciones de novarsenobenzol de Ogr.30.

Benzoterapia. — Este viejo medicamento, tan usado en las pociões expectorantes, ha adquirido después de los trabajos de **Goldkorn** un remozamiento, en lo que respecta a su vía de **admi-**

nistración, que permite el uso de cantidades elevadas de medicamento. Según el médico polaco esta droga tiene una acción fármaco-dinámica sobre el tejido pulmonar y **brónquico** al ser eliminada por estos parénquimas. Su acción se manifiesta en las **neuropatías** a predominancia exudativa.

La vía endovenosa refuerza notablemente su eficiencia, evitando las alteraciones del producto en el largo trayecto digestivo de **las** pociones. Goldkorn establece tres hechos importantes: a) Benignidad del método, siempre que se usen soluciones purísimas y se inyecte lentamente, no ocurriendo así los fenómenos de deslumbramiento y vértigo, tan desagradables; b) Disminución notable en la cantidad de expectoración mediante su empleo y, c) Las dosis eficaces son superiores a dos gramos diarios y deben determinar sensaciones gustativas y olfativas **sui-géneris** intensas, así como también sensaciones de calor en el pecho y en la cara.

Se inicia el tratamiento inyectando 20 cc. de la solución al 10 %, aumentando la dosis diaria hasta que sobrevengan las sensaciones que acabamos de describir; es preferible usar la solución al 10 %, porque la solución al 20 %, determina rápidamente lesiones de venitis medicamentosa. Este tratamiento se proseguirá durante 10 a 15 días, llegando hasta dosis de 40 a 50 cc. diarias.

La gran tendencia a la curación espontánea de los abscesos a piógenos hace difícil justipreciar con exactitud su eficacia **terapéutica**; al lado de los resultados excelentes, hay casos dudosos y otros nulos

Alcoholoterapia endovenosa. — Se utilizará preferentemente en los procesos agudos, hipertérmicos, extensivos; se tendrá en cuenta, además, el terreno en que evoluciona el absceso. Si no es bien tolerada es preferible abandonarla y sustituirla por otra terapéutica. Se usa la solución de 20 cc. de alcohol absoluto en 80 cm. de suero fisiológico y se inyectarán de esta solución, 20 a 30 cm. diarios durante 15 días.

Tratamiento mecánico. — Se orienta en el sentido de **facilitar** el drenaje por las vías naturales de las colecciones purulentas. Se **realiza** por el drenaje broncoscópico y el postural.

El **primero**, será usado cuando la broncoscopia es útil para el diagnóstico; por ejemplo: es frecuente, alrededor de la **cincuen-**

tena, duda entre cáncer abscesado o absceso simple; en otras circunstancias puede sospecharse la existencia de un cuerpo extraño intra-bronquico y, en estos casos, es necesario para el diagnóstico realizar una broncoscopia, durante la cual se aprovechará para realizar una buena aspiración de las secreciones. Fuera de estas eventualidades no es de aconsejar, por tratarse de una maniobra penosa.

El drenaje postural alivia enormemente estos enfermos, sacudidos constantemente por una tos incesante que los agota. Por otra parte, facilitando el desagüe, suprimiendo la estancación de secreciones, se encamina el absceso hacia su curación. Consiste en buscar la posición que, en cada enfermo, crea las condiciones para que el pus afluya fácilmente a la boca y sea expectorado; cada absceso tiene su posición óptima de drenaje que buscará el propio enfermo, variando los decúbitos y la posición de la cama; requiere para llegar a su máxima eficacia la colaboración inteligente del paciente. Se harán sesiones de media hora, que se repetirán de dos a tres veces en el día.

Cualquiera sea el procedimiento utilizado, el médico debe seguir atentamente su enfermo. La mejoría no debe limitarse a los síntomas funcionales, sino también efectuarse sobre los generales, estetacústicos y radiológicos.

Si la mejoría no es integral, si la curación tarda en llegar, entonces será el cirujano quien discriminará las posibilidades de éxito que tenga una intervención quirúrgica, balanceándola con sus riesgos. La intervención consistirá en una neumotomía.

No fijamos un término en el tiempo, que indique inexorablemente la intervención; ella será oportuna en un momento variable para cada enfermo.

ABSCEOS PUTRIDOS O GANGRENOSOS. — Estos abscesos tienen una característica anatómica determinada por la evolución paralela, casi simultánea, de un triple proceso: la necrosis parenquimatosa, la supuración y la fibrosis invasora.

Etiología. — La infección pútrida del pulmón es extraordinariamente frecuente y quizá la mayoría de los abscesos pulmonares son debidos a la flora anaerobia; la pululación de estos gérmenes determina siempre lesiones necróticas graves. Existen nor-

malmente en las cavidades nasal, **buco-faríngea** y en el determinismo de la lesión pulmonar intervienen, además, espirilos y **espiroquetas** varios. Los espiroquetas los hemos encontrado, después de otros autores, en la zona de fibrosis y **alveolitis**, mientras que los **anaerobios** predominan en la parte escarificada.

A) En algunos casos de absceso pútrido, al buscarse su filiación **etiológica**, esta surge con nitidez indiscutible por encontrarse otro foco pútrido en el organismo, por ejemplo: una apendicitis gangrenosa, **pio-nefrosis**, etc. La embolia vascular, teoría admirablemente definida por Cutler, explica algunos casos. Sin embargo, la aspiración es el mecanismo más frecuente.

Los gérmenes, en esos casos, proceden del foco enfermo, siendo más raros los infartos asépticos o a piógenos banales que, secundariamente, son presa de la infección anaerobia.

B) En otros casos, que constituyen la mayoría, la infección gangrenosa parece ser primitiva y la afección pulmonar sobreviene en plena salud aparente o sin antecedentes operatorios. Frente a estos abscesos, aparentemente primitivos, cuando se **trata** de niños, es necesario pensar en la posibilidad de introducción en las vías aéreas de cuerpos orgánicos extraños. En los adultos casi siempre se encontrará un foco séptico bucal o faríngeo responsable de la embolización brónquica. En efecto, la infección por anaerobios del cavum, senos, cavidades nasales, encías, amígdalas, dientes, es punto de partida microbiana, que, por vía descendente, ocasiona focos sépticos pulmonares, verdaderos focos **bronconeumónicos** gangrenosos, por deglución. Inicialmente se constituye una zona de atelectasia en todo el territorio tributario del bronquiolo embolizado; estos bronquiolos, se comprende, con casi siempre de pequeño calibre, razón que nos explica porqué el territorio pulmonar afectado es casi siempre cortical; el foco atelectásico está infectado desde el principio, de donde su necrosis rápida, determinando la pronta aparición de una cavidad; a partir de este foco pulmonar inicial, podrán hacerse nuevas diseminaciones **embólicas**, siendo particularmente graves las que se producen alrededor de la 6.a semana, determinantes de **bronconeumonias** gangrenosas, regularmente mortales. La diseminación del proceso por este mecanismo, constituye una de las características evolutivas

y **por** eso debe plantearse el problema de si una terapéutica **espectante** no facilita tan grave eventualidad, como es la evolución de múltiples islotes gangrenosos.

C) Menos importante que este mecanismo de embolización brónquica es la vía linfática, que explica la producción de focos pulmonares consecutivos a **úlceras** duodenales o gástricas, **infecciones** de las vías biliares; casos en que los gérmenes, **vehiculados** por el canal **torácico**, llegan **al** corazón derecho, de donde son embolizados al pulmón.

SINTESIS ANATOMICA. — La anatomía patológica muestra la unidad del proceso gangrenoso fundamental, a pesar de las diferencias clínicas existentes e identifica la gangrena pulmonar, tipo Laennec, con el absceso pútrido a evolución subaguda. Los islotes de necrobiosis atestigüan la unidad de la filiación gangrenosa.

El absceso pútrido se traduce con aspectos diferentes según su término evolutivo: a un primer período inicial, temprano, de putrefacción gangrenosa localizada, sigue el de disgregación en fragmentos sépticos de este foco, fragmentación de la escara en medio de una abundante supuración terriblemente maloliente. Nótese que no es un foco de neumonía banal que supura secundariamente, sino que aquello que creíamos neumonía, y se diagnosticó tal, es ya un foco grangrenoso. Desde los primeros días se forma una excavación anfructuosa, irregular, única o múltiple, sus paredes son desgarradas y de ellas penden trozos esfacélicos; esta excavación, fruto de la escarificación, está surcada por puentes formados por los ejes bronco-vasculares más resistentes al proceso destructivo y que aun no han caído; esta armazón es la que origina la existencia de prolongamientos **diverticulares** de la cavidad central, hecho este que debe ser bien conocido por el cirujano, para que evite drenar un divertículo, creyendo haber drenado la cavidad central. El tamaño de la **cavidad** varía desde el de un garbanzo al de una naranja grande; generalmente adquiere su tamaño máximo alrededor de la tercera semana. En su evolución periférica llega hasta muy cerca de la pleura visceral, que se encuentra espesada y adherente; esta zona de sínfisis pleural nos explica los dolores **torácicos** tan violentos en la **inicia-**

ción de los abscesos pútridos y es al amparo de esta barrera protectora de sinequias pleurales, que el cirujano buscará el drenaje en un tiempo. Si no se encuentran en la operación, es porque el abordaje fué mal realizado. Si estas adherencias no se constituyen, el absceso en su extensión progresiva hacia la periferia, puede irrumpir en cavidad pleural libre, constituyéndose un pio-neumotorax pútrido complicación frecuente.

La pared cavitaria está constituida: por la zona del block moriificado que no se ha derrumbado: a su alrededor no existe cáscara que lo circunscribe, como en los abscesos a piógenos, sino que se constatan focos neumónico s o congestivos de aspecto, edad y evolución diferentes; algunos de ellos irán al absceso, otros a la esclerosis, otros a la resolución. Al fin de la segunda semana se inicia una fibrosis pulmonar precoz y muy exuberante que se insinúa en la zona enferma, llegando a indurar todo el lóbulo, suprimiendo el parénquima sano. Esta fibrosis precoz es, en el pulmón, virulenta, invade los bronquios, que destruye y dilata; bronquios dilatados que originan un nuevo foco y un nuevo obstáculo para la curación; entre las mallas del tejido fibroso de neo-formación existen focos de alveolitis gangrenosa, lo que diferencia sustancialmente esta fibrosis de una cicatriz. Marchan apareadas su evolución y extensión a las del proceso gangrenoso; después de varias semanas conduce al absceso bronquiectásico o a la pio-esclerosis, que veremor en el capítulo siguiente. Nos apresuramos a establecer que esta evolución hacia la pio-esclerosis no es fatal, sino que puede sobrevenir, lenta y penosamente, una curación casi integral, en un número limitado de casos.

Resumiendo las características del absceso pútrido diremos: se forma precozmente, siendo aparente ya desde el tercer día de la enfermedad; este absceso es al principio solitario, adquiere el tamaño de una naranja, asienta siempre en la corticalidad del pulmón, siendo snb-pleural; precozmente se forman adherencias pleurales y se puede operar, con ventajas, en un tiempo. Cuando aparenta ser central w yuxta-hiliar, es sub-pleuro-mediastinal, cuando no anterior o posterior, como lo evidencia la radiografía en transversa. La esclerosis pericavitaria, sólo hace su aparición después de la 2.a semana. Se ha insistido en esta síntesis en los caracteres

cardinales del absceso pútrido, porque con demasiada frecuencia se han descrito como abscesos pútridos esta **entidad** anatómica llegada a un término adelantado de su evolución, como si se tratase de una **pilo-esclerosis** inicial, que es el aspecto que tiene el absceso pútrido al 3º o 4º mes. Esta forma es, y seguirá siendo, **una** entidad patológica gravísima, de terapéutica **desesperante**, pero el clínico debe evitar que se llegue a ella, enviando precozmente el enfermo al cirujano. Si se opera en esta fecha tardía, es comprensible el pesimismo del Prof. **Bezançon**, habitualmente tan ponderado, quien piensa que el tratamiento quirúrgico es inútil, yo que todos los operados fallecen. Adelantamos que para nosotros el momento óptimo para someter a la cirugía un absceso pútrido se hallará entre la 2.a y la 5.a semana.

TRATAMIENTO. Una noción clásica establece que todos los abscesos pútridos deben ser tratados médicamente y si al cabo de 2 meses la enfermedad no ha mejorado o curado, debe intervenir quirúrgicamente. Este principio terapéutico fué **defendido** en el Congreso Internacional de Cirugía de Madrid (año 1932) principalmente por los representantes de la escuela francesa. Sin embargo, aquella premisa que enseñaba: primero dos meses de **tratamiento** médico y en caso de fracaso, cirugía; interpretada rígidamente, y aplicada a esta variedad de supuración pulmonar que constituye el absceso gangrenoso, *no es la mejor orientación de la terapéutica.* En efecto, **¿cuáles** son los resultados de esperar dos meses y luego operar en dos tiempos?: 50 % de curaciones **espon-táneas** o **médicas** y 50 % de enfermos que fallecen o se agravan, debiendo ser operados, y, entre los intervenidos en estas condiciones la mortalidad es **alta** y los resultados alejados poco halagadores.

Para nosotros la conducta terapéutica no debe fundarse en un tratamiento médico de prueba, de dudosa eficacia, sino *en la forma clínica y en la facilidad, eficiencia y benignidad del tratamiento quirúrgico, apreciado en cada caso particular;* el momento **óptimo** para la intervención, puede hallarse desde el final de la segunda semana, como lo veremos. La intervención es imperiosa en los casos complicados con perforación en la pleura y en los de evolución hiper-aguda con grandes síntomas de toxemia.

Para que pueda apreciarse en que casos el tratamiento **quirúrgico** reúne las condiciones que exigimos, daremos **las** precisiones necesarias:

a) *Formación de la cavidad.* — Con excesiva frecuencia pasa desapercibida la ulceración pulmonar del absceso pútrido, porque no se **utilizan** los exámenes radiológicos: las radiografías, **radioscopías** y tomografías deben serarse cada cuatro o cinco días y con frecuencia se tendrá la sorpresa de hallar, en estas condiciones, cavidades que no se sospechaban clínicamente; los métodos **estetacústicos** son deplorablemente insuficientes para hacer el diagnóstico de cavidad, ya que en la inmensa mayoría de los casos, el



(Fig. 70a)

Absceso pútrido de pulmón, aspecto inicial. Radiografía frontal



(Fig. 70b)

Absceso pútrido de pulmón. Aspecto inicial. **Radiografía** transversa

síndrome cavitario no existe o es de difícil percepción: la zona pulmonar afectada muestra silencio respiratorio con islotes de estertores sub-crepitantes. Es una falta grave desechar los rayos X en el estudio de estos cuadros agudos del tórax.

La formación **cavitaria** se traduce por una imagen hidro-aérea que debe ser buscada reiteradamente en el espacio y en el tiempo, (Figs. 70 a, b y c y 71) y este aspecto radiológico permite establecer con precisión el **asiento** topográfico de la cavidad y hace fácil su **reperado** sobre las paredes torácicas. Para realizar el correcto abordaje quirúrgico; nos da una buena información sobre el tamaño de la cavidad, aunque siempre la intervención muestra que es algo mayor que lo que la radiología enseñaba.



(Fig. 70c)

El mismo enfermo de las figuras anteriores. La radiografía tomada 15 días más tarde muestra la formación de una cavidad hidro-aérea.

Esta **imágen** hidro-aérea es variable de un día a otro, a veces fugaz, se eclipsa en definitiva aún cuando la cavidad persista anatómicamente; esta desaparición o la invisibilidad inicial de una imágen ccvitaria en una zona de condensación pulmonar pútrida, indica la utilización de la tomografía que, a veces, puede evidenciarla. La desaparición radiológica de este aspecto cavitario, puede ser determinada por distintos procesos: **a)** evolución hacia la cura; **b)** relleno de la cavidad por pus y detritus estancados por imposibilidad de drenaje, esto se acompaña de elevación térmica y extensión de la zona opaca; **c)** atelectasia con todo su cortejo

clínico: disminución de la expectoración, aumento de la temperatura, aumento de los fenómenos de alveolitis. La broncoscopía localiza con gran precisión el segmento bronco-pulmonar afectado, ayudando a localizar el sitio de abordaje quirúrgico.

¿Hay que usar la broncografía en la búsqueda de estas cavidades? No lo aconsejamos en los casos agudos, porque el lipiodol habitualmente no penetra en las cavidades de los abscesos pútridos y su **introducción** por punción trans-torácica exploradora no es una maniobra inofensiva. El lipiodol guarda todas sus indicaciones cuando existe dilatación brónquica anterior y en todos los casos sub-agudos o crónicos.

Cuando la ulceración se constituye significa que se inicia el período de disgregación y eliminación de la **éscara pulmonar**, que se realiza en abundantes esputos purulentos; esto puede conducir a la curación espontánea, pero no hay ningún elemento que permita preverlo y afirmarlo. Esta faz también puede señalar la diseminación de un foco que se hallaba circunscrito, por la vía de la embolización brónquica. La **existencia** de la cavidad aconseja el drenaje quirúrgico; en efecto, ya no se trata de un **block** pulmonar compacto que poco beneficiará de unos cuantos "forages" por neumotomía, sino que se está frente a un absceso **maduro**, de fácil evacuación por drenaje quirúrgico. Vemos pues, que la aparición de la cavidad constituye una etapa solemne en la evolución del absceso pútrido; es periférica, cortical, sub-pleural; *la presencia de una excavación y su asiento periférico permite discriminar la benignidad, eficacia y facilidad del acto operatorio.*

Varias veces nos ha sido dado observar enfermos supurante; **pulmonares** de cuatro, seis o doce meses de evolución, que cuando, nos consultaron presentaban a los rayos X una opacidad difusa, extendida, sin cavidades visibles, con bronquiectasia, en los que el estudio de las placas radiográficas anteriores, permitían constatar que habían pasado por la etapa de la excavación, de fácil tratamiento quirúrgico, desaprovechando el médico tratante esa oportunidad, para someterlo a la cirugía.

En esta faz avanzada, de lamentable **cronicidad**, hay que repetirlo, la terapéutica quirúrgica es de alta gravedad y precarios resultados.

Un gran progreso en la terapéutica de **la** apendicitis, es la operación precoz, para evitar la peritonitis: se harán así muchas intervenciones innecesarias, "quad vitam", en enfermos que hubieran **curado** medicamente; en las supuraciones pulmonares es menester evitar el pasaje a la **cronicidad**, mediante la intervención oportuna y eficaz, durante la faz cavitaria. **Tal** vez algún enfermo curaría sin intervención, pero este resultado se obtendrá con mayor regularidad, con menos riesgos, cuando la intervención se sistematice en esta etapa, sin necesidad de esperar el tan mentado fracaso del tratamiento médico, para decidirse a ella.

ASIENTO TOPOGRAFICO. -- **Recordamos** que los viejos cirujanos que creían operar pleuresías enquistadas **vomicadas**, como las interlobares, encontraban las pleuras sinequiadas en un zona, en ella realizaban el drenaje y los resultados eran regularmente buenos; hoy sabemos que esas pleuresías enquistadas son en **realidad**, casi siempre, abscesos pulmonares y como se rotulan erróneamente, en la mayoría de los casos no se intervienen y los resultados son malos: la mejor precisión en el diagnóstico **evita una** equivocación en la terapéutica. La existencia de **una zona de sinequias** pleurales, fué lo que determinó que se creyera en la frecuencia de las pleuresías. Neuhoff, reemplazante de Lillienthall en el Mount Sinai Hospital de New York, precisa recientemente que los abscesos pútridos son superficiales y determinan frente **a ellos una zona de** sinequias pleurales, que permiten, entre la **segunda y la sexta** semana, operarlos en un tiempo; en 62 abscesos pútridos así tratados sólo ha tenido tres muertes.

Hemos analizado **los** dos elementos que fundamentalmente **aconsejan** el tratamiento quirúrgico precoz, porque demuestran que este es fácil, benigno y eficaz. Será tanto más útil cuanto más grave es el tipo clínico.

¿Qué otras condiciones indican el tratamiento quirúrgico?

1º) Las agravaciones durante la evolución del tratamiento **médico**; pueden deberse a la persistencia del foco **supurativo**, con aumento o disminución de la cavidad, traduciéndose por: mayor abundancia en la fetidez de la expectoración, persistencia de la fiebre, disociación de **la** curva de expectoración con la de la fiebre. Si estas **agravaciones** se deben a nuevas localizaciones neumónicas, habrá



(Fig. 71)

Abceso pútrido de pulmón

que esperar que este empuje decline, para poder operar **exitosamente**. Habitualmente la agravación marca la entrada en el ciclo de la incurabilidad por el tratamiento médico.

2º) Las recaídas después de curaciones aparentes, requieren la intervención precoz, porque existe en esa zona pulmonar una espina determinante de la reaparición del mal: foco **pio-escleroso**, bronquiectasia, etc.

3º) La persistencia radiológica de la lesión, pese a la **normalización** de la temperatura y α la disminución de la **expectoración**, mantenida ininterrumpidamente durante semanas, objetiva que la

atenuación de los síntomas funcionales no está acompañada de paralelo e idéntico fenómeno en la evolución de las lesiones pulmonares.

4º) En los abscesos por cuerpo extraño de origen orgánico, por su notable tendencia bronquiectasiante, debe intervenirse **precozmente**, antes que surja esta temible complicación.

5º) La aparición de complicaciones **tales** como un empiema localizado o un **pio-neumotórax** grave por perforación pulmonar de un absceso cortical, crean la imperiosa necesidad de instaurar un tratamiento quirúrgico, que será impostergable en la segunda eventualidad.

CONTRAINDICACIONES DE LA INTERVENCION

a) **Formas clínicas.** — Los abscesos de comienzo insidioso, de evolución subaguda, a pequeños focos, pueden curar espontánea o médicamente, **aún** después de 6 o más meses de marcha. Cuando el estado general es bueno, los síntomas atenuados, no hay por qué precipitarse a una intervención que es grave en estos casos.

b) La intervención está temporariamente contraindicada cuando exista evidente mejoría en los síntomas generales, funcionales, estetacústicos y radiológicos.

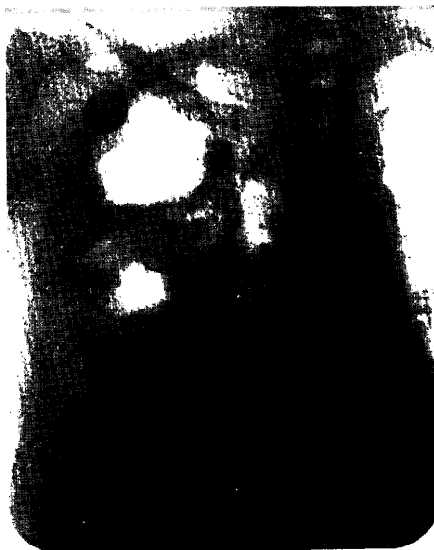
c) Cuando la intervención quirúrgica se nos presente grave por circunstancias diversas, se insistirá en el tratamiento médico.

Los motivos que determinan esta gravedad son:

La edad: después de los cincuenta años la operación es siempre **grave**; en esa edad, además, es frecuente la posibilidad del cáncer abscedado de pulmón, que puede etiquetarse como absceso gangrenoso.

Multiplicidad de focos. — Si son distantes, y con mayor razón aún si son bilaterales, (Figs. 72 y 73) se comprende que no constituyen un campo favorable para la cirugía.

Los abscesos profundos: centrales, yuxta-hiliares, crean problemas graves para la intervención (hemorragias, embolias, etc.); ya hemos insistido en que antes de afirmar el absceso central es **necesario** tomar una placa en transversa para no llamar central a lo



(Fig. 72)

Abcesos múltiples del pulmón derecho. Placa frontal.

que esta proyección muestra ser superficial, anterior o posterior,

Coexistencia con tuberculosis pulmonar: ello crea una contraindicación formal de la intervención quirúrgica.

Coexistencia con bronquiectasia: también contraindica la intervención precoz por neumotomía ; apagado el empuje agudo, en estos casos, habrá que estudiar la posibilidad de practicar una intervención radical: neumotomía o lobectomía, según el estado del corazón, riñón, etc.

La obesidad, diabetes, disnea acentuada, alcoholismo, crean contraindicaciones relativas y en estas circunstancias habrá que

balancear con precisa exactitud los riesgos graves de la **intervención**, con la probabilidad de una natural evolución hacia la curación.

SINTOMAS. — Los abscesos pulmonares pasan por las dos **fases** siguientes: formación y supuración ; la última, consecutiva al establecimiento de la comunicación del foco con los bronquios, es obligatoria y constante; es ella la que permite el diagnóstico de absceso.

Durante el período de formación, el absceso es indistinguible; sin embargo, podrá sospecharse la evolución hacia el absceso de una neumopatía aguda cuando se constate: una desusada persistencia o intensidad de la puntada de costado; caracteres de irregularidad y oscilancia en la curva térmica; violencia de los signos de infección: facies, diarrea, sudores copiosos, etc.; una **leucocitosis** por encima de 30.000 con polinucleosis de más de 80 %, fortalece más aún las presunciones clínicas.

Período de supuración. Se traduce por la expectoración purulenta o por la vómica, que nos orientan de inmediato al diagnóstico de una supuración pulmonar.

Cualquiera sea la variedad del absceso se debe trazar la *curva de expectoración*, midiéndola diariamente; muchas veces el médico quedará sorprendido por su cantidad en las **veinticuatro** horas, abundancia que ni se hubiera sospechado de no haberse adoptado esta medida.

Los caracteres de la expectoración permiten hacer la **clasificación** de abscesos a piógenos o gangrenosos teniendo en cuenta su olor, su bacteriología, la manera de instalarse y los caracteres macroscópicos.

Olor. — Inodora en los abscesos banales, la expectoración es fétida en los gangrenosos y esta fetidez es inicial, precoz, de putrefacción, existiendo, además, fetidez del aliento, que a veces precede a la de la expectoración.

Instalación. En los piógenos la expectoración se inicia bruscamente después de la primera semana, por una vómica; es decir el enfermo expulsa brusca y dolorosamente, con tos, una cantidad de 200 cm. de pus.



(Fig. 73)

Abcesos múltiples de pulmón. Radiografía transversa

En los pútridos raramente hay vómica **inicial**: el enfermo **comienza** a expectorar en forma moderada, intermitente y fraccionada.

Caracteres. — El pus de los piógenos es homogéneo, bien ligado, mientras que la expectoración de los abscesos yangrenosos es marrón, achocolatada, nauseabunda.

Examen Histo-bacteriológico. — Se anotaran dos hechos negativos: ausencia del Bacilo de Koch y ausencia de elementos hidáticos.

Siempre se encontrará, además del pus, fibras elásticas, como en toda destrucción parenquimatosa. La flora será **mono-microbiana** en los piógenos; por el contrario es poli-microbiana, a **predominancia** de anaerobios y espirilos, en los pútridos.

Junto a estos elementos, el **clínico** considerará la importancia de los signos de infección que miden la gravedad del ataque.

La elevación de la temperatura, luego de una remisión, traduce: una atelectasia con retención de expectoración, un nuevo empuje infeccioso por metástasis broncogena, más **raramente** se tratará de una supuración pleural o una metástasis cerebral.

El pulso muy taquicárdico es de severo pronóstico, tanto más, cuanto menor sea la temperatura.

Síndrome pulmonar. — Puede afectar el tipo de **espleno-neumonía** con signos pseudo-pleuréticos, como acontece en la **atelectasia**. El síndrome de hepatización pulmonar, con su zona de **racidez**, exageración de vibraciones, soplo **tubario**, repercusión de la tos y la voz, etc., puede encontrarse, en otras ocasiones.

Es más **característico** el síndrome cavitario, aunque es de difícil constatación estetacústica, motivo que hizo prosperar la errónea creencia de la frecuencia inicial de las formas areolares en las supuraciones pulmonares.

Síndrome radiológico. — Sin ser patognomónico, es bastante característico. Su elemento fundamental es la existencia de una zona opaca a los **rayos X**, conteniendo una imagen **hidro-aérea** que tiene algunas características: 1^o) es variable en exámenes sucesivos, así por ejemplo lo que ayer era una imagen opaca, imprecisa, vagamente triangular, a vértice hilar, hoy se habrá excavado **y** dentro de aquella zona surgirá la imagen aérea, con nivel líquido, que luego podrá variar. En los días subsiguientes puede desaparecer, volviendo al borroso y esfumado aspecto inicial. En ciertos casos, pueden verse dos o más niveles líquidos, lo que se explica, como veremos más adelante, porque la ulceración central tiene prolongamientos diverticulares.

La radiografía señala, además, la importancia de la reacción parenquimatosa de bronco-alveolitis peri-cavitaria.

Si se practicaran broncografías, se vería que raramente el **lipiodol** penetra en la cavidad del absceso, pero se hará una **constatación** negativa importante: no existe rechazamiento brónquico ni diastasis, como se vé en las pleuresias y quistes hidáticos.

DIAGNOSTICO. — Toda expectoración purulenta, **coexistien-**-do o no con imagen hidro-aérea radiológica, plantea el diagnóstico de **supuración** pulmonar.

El examen histo-bacteriológico sistemático de la expectoración descartara:

1º) Las neumopatías agudas a neumo-bacilo de **Friedlan-**-der, que se encontrará, en **tales** casos, en estado de pureza **y** en grandes cantidades; recordemos el aforismo de Kindberg: "Toda neumopatía aguda no gangrenosa, que en pocos días conduzca al reblandecimiento del pulmón, creando grandes cavidades, es una neumopatía a Friedlander.

2º) La tuberculosis pulmonar, la amibiasis **y** la micosis.

3º) El neoplasma pulmonar, por la presencia de células **neo-**-plásicas en los esputos incluidos y la broncoscopía.

Fuera de estos casos, el examen de la expectoración en los abscesos pulmonares, no suministra ningún otro elemento de importancia para el diagnóstico ni para el pronóstico y, menos aún, para la indicación terapéutica.

El diagnóstico diferencial entre absceso pulmonar **y** los cánceres supurados del pulmón puede ser sumamente difícil.

Después de los 40 años toda supuración debe hacer pensar en el cáncer, puesto que **la** complicación supurativa es una de las maneras de hacerse manifiesta la tumuración maligna, hasta ese momento más o menos latente.

Existen dos tipos clínicos: la supuración del neoplasma **y** la supuración pulmonar para-neoplásica. La primera puede sobrevenir en un cáncer circunscrito o en una variedad infiltrante; hay un primer período de expectoración escasa, muco-purulenta, sanguinolento, casi **continua**, luego sobrevienen los síntomas de **supu-**-ración intensa de marcha progresiva, aunque de evolución más lenta que las supuraciones banales; la anemia, el facies, el enflaquecimiento, la edad, los dolores persistentes, la aparición de adenopatías axilares o supra-claviculares, la aparición de síntomas mediastinales (parálisis del **frénico**, simpático, compresión de **la** vena cava) son síntomas elocuentes, cuando existen. (Ver en cáncer de pulmón la sintomatología radiológica).

Las **supuraciones para-neoplásicas** son consecutivas a cánceres bronquiales que estenosan estos órganos o a una adenopatía que los comprime. En estos casos, la supuración del territorio pulmonar atelectasiado sobreviene casi infaliblemente; esta **atelectasia** se traduce a los rayos X por opacidades vagamente triangulares, a **vértice** hilar, 'otras veces afectando el tipo de lobitis y aún de opacidad hemitorácica total. Hay retracción costal, elevación diafragmática, desviación mediastinal, hacia el lado afectado.

La **broncoscopia** permitirá ver un bronquio **ocluido** o **semi-ocluido**, rígido, deformado, con brotes carnosos sanguinolentos, **frías**, vegetantes y cuya biopsia mostrará el tipo anatómico.

Existen síndromes que simulan la supuración pulmonar primitiva y que el clínico deberá descartar: **pleuresías** tabicadas y **vomicadas**; antes se les consideró muy frecuentes, después excepcionales; hoy se admite que, aunque raras, pueden encontrarse. En este caso se deben a un absceso pulmonar cortical y **primitivo** que se complicó de pleuresía (absceso en botón de camisa **pleuro-pulmonar**). El cuadro clásico de la pleuresía **inter-lobar**, bien descrito por Dieulafoy, es debido a un absceso pulmonar, siendo muy raras las auténticas pleuresías inter-lobares. Paiseu y Salomón admiten que las pleuresías tienen su mayor eje colocado horizontalmente en la imagen radiológica, mientras que en los abscesos se orienta éste en sentido vertical. El límite inferior de las pleuresías es arciforme, tiene forma de huso en O. A. D., oblicuo abajo y adelante (**Lanes**). Todos estos detalles radiológicos tienen escaso valor, así como la vómica copiosa y tardía, que también milita en favor de la pleuresía.

Las dificultades del diagnóstico diferencial entre pleuresías **mediastínicas**, axilares y diafragmáticas y el absceso del pulmón son **tales**, que a veces ni la intervención podrá aclarar si el asiento de la supuración es pulmonar o pleural. Queremos insistir en que el absceso es lo frecuente, la pleuresía lo excepcional; el uno es primitivo, la otra secundaria a él.

Las bronquiecfasias se confunden con el absceso pulmonar: lo interesante para el clínico es despistar en un absceso del pulmón la existencia de una bronquiectasia anterior, porque el tratamiento quirúrgico será distinto. La historia clínica apuntalará la dilatación

bsonquica: por los antecedentes de hemoptisis, largo pasado **bronco-**pulmonar, catarro crónico evolucionando por empujes sucesivos, etc. En la duda, la broncografía dilucida el problema diagnóstico.

Las broncorreas supuradas agudas por bronquitis purulenta cuando coexisten con focos pulmonares congestivos, pueden simular el absceso del pulmón, pero, en estos casos, las radiografías muestran la rápida desaparición de la imagen de condensación, que se borra de los **films** sin excavarse.

Los quistes hidáticos vomitados, los quistes congénitos **supurados** se han confundido lamentablemente, y muchas veces, con los abscesos del pulmón. En otro sitio estudiamos su diagnóstico diferencial.

El neoplasma pulmonar supurado, ya sea por supuración del foco de neoformación por un mecanismo en el que se intrincan la isquemia y la infección o por supuración **meta-neoplásica** por compresión pedicular, debe sospecharse siempre que el cuadro se **instale** en un adulto de más de cincuenta años. Recuérdese la frecuencia del cáncer en los hombres y la extraordinaria rareza del cáncer supurado en **la** mujer. La decadencia del estado general, la persistencia e intensidad de los dolores, la constatación de síntomas mediastinales (compresión venosa, irritación o parálisis nerviosas), sombras de adenopatías, la existencia de ganglios axilares y supra-claviculares, la existencia de focos primitivos neoplásicoa, metástasis **secundarias**, la invasión costo-vertebral visible a **los** rayos X, permitirán la orientación clínica correcta. En la duda, serán **síntomas acertivos** de neoplasma los datos que suministra la **bron-**coscopia, la inclusión de los esputos, revelando células **neoplásicas** o la biopsia de un ganglio.

ABSCESO BRONQUIECTASICO

El absceso **bronquiectásico** (**Aschner**) o la **pio-esclerosis** (**Coque-**let) se caracteriza por la asociación de tres procesos anatómicos: esclerosis, cavidades **y** bronquiectasis. Se traduce en clínica por expectoración purulenta fétida **y** por su marcha sub-aguda o crónica.

Etiología. — Este absceso pulmonar crónico puede tener *esta triple etiología:* **a)** absceso agudo que pasa a la **cronicidad;** **b)**

bronquiectasia primitiva que se complica de abscedación pulmonar; c) formas evolutivas inicialmente subagudas de la gangrena pulmonar primitiva.

Frente a un absceso bronquiectásico ya constituido, es frecuentemente imposible hacer una discriminación **etiológica** precisa y como, por otra parte, los síntomas, las lesiones **anatomopatológicas** y la terapéutica son idénticas, no existe interés extraordinario en ahondar sobre este punto.

Anatomía patológica. — La esclerosis, cavidades y **bronquiectasias**, varían en sus proporciones recíprocas según cada caso clínico.

La esclerosis. — No es una lesión cicatricial que señale la etapa final de un proceso de reparación, sino que es una lesión invasora, activa. Puede ser extensa, retrayendo todo un lóbulo pulmonar, que, a su vez, está rodeado de sinequias pleurales en placas; la consistencia del parénquima enfermo es firme y elástica; al corte presenta bandas de esclerosis entrecruzadas, algunas de ellas muy vasculares, de aspecto angiomatoso; esas bandas esclerosas al surcar el pulmón en todo sentido dibujan una red de mallas irregulares, entre ellas hay focos de alveolitis gangrenosa, pequeñas cavidades y bronquiectasias que determinan el aspecto areolar, tan característico de esta lesión.

Las cavidades. Contenidas en el **block** escleroso, se hallan en número, tamaño y aspecto variables. En general son pequeñas y múltiples, conteniendo detritus fétidos; raramente se verán cavidades grandes.

El tercer elemento lo constituye *las bronquiectasias* que revisten aspectos variados: sacciformes, tubulares, ampulares, etc. Son secundarias al proceso inflamatorio de las paredes brónquicas; alteración que hace factible su dilatación por obra de la esclerosis retráctil ambiente.

La **pio-esclerosis** es una forma frecuente y **grave** de supuración pulmonar; se trata casi siempre de enfermos que supuran desde meses o años; que han sido mejorados por distintos medicamentos en distintos empujes, pero que han salido de ellos siempre agravados, en relación al estado inicial.

En estas formas crónicas las hemoptisis pueden ser el síntoma predominante y por su repetición llegar a constituir verdaderas formas hemorrágicas de la supuración pulmonar.

En otros casos son cardinales las **lesiones** osteoarticulares: dedos hipocráticos, dedos en varilla de tambor, deformación de las uñas en vidrio de reloj, empujes reumatoides, que pueden llegar hasta la artritis.

Las complicaciones pleurales son propias de las formas agudas y, por consiguiente, no cabe describirlas aquí.

En cuanto a los abscesos metastásicos se encuentran predominantemente en el cerebro; hemos visto varios abscesos crónicos coexistiendo con epilepsia, no siendo ilógico pensar que embolias diversas, a punto de partida pulmonar, fueran la espina irritativa cerebral, ya que esta embolia no está necesariamente seguida de supuración cerebral mortal.

La tuberculinización es un proceso que se desarrolla con frecuencia en los afectados por este tipo de supuración pulmonar.

En cuanto a la **cancerización**, señalada con extraordinaria rareza, es de existencia dudosa.

TRATAMIENTO. — La evolución de estos abscesos bronquiectásicos es progresiva, conduciendo a la muerte en plazo de años con toda razón su pronóstico se ha asimilado al del cáncer.

No existe un tratamiento médico curativo del absceso de pulmón, este debe resignarse a **ejercer** una acción sintomática y **paliativa**. Muchas veces, sin embargo, es el único indicado, por **existen** complicaciones que impiden realizar una terapéutica quirúrgica **con** probabilidades de éxito, como cuando existen: disnea permanente **por** **esclerosis**, nefrosis, taras cardíacas avanzadas, etc.

La elección de tratamiento quirúrgico **eficaz** oscilará entre neumolisis extrapleural, neurectomía al cauterio a **neumectomías** **o** lobectomías quirúrgicas.

Se comprende que frente a estas lesiones areolares, las **operaciones** de drenaje por simple neumotomía, no beneficiarán al enfermo, pues al realizarlas, sólo se obtendría el mismo resultado **que** **lograría** quien pensara evacuar una esponja por una sim incisión.

Desaconsejamos, *asi* mismo, todas las operaciones menores: frenicectomía, tomectomía, que raramente curan y con frecuencia agravan el lamentable estado de estos pacientes.

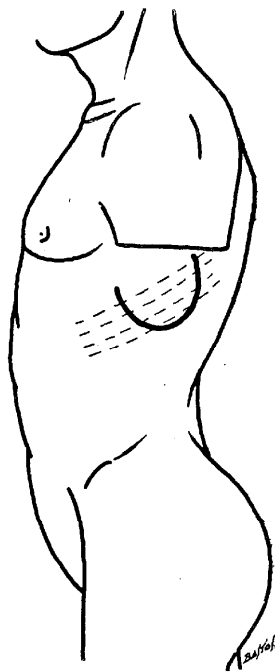
Repetimos: sólo curará una **pio-esclerosis** la destrucción del foco o su exéresis quirúrgica.

TRATAMIENTO QUIRURGICO. — Hemos dado ya las directrices particulares, el momento oportuno y el tipo de intervención que conviene para cada variedad de absceso de **pulmón**. En este capítulo nos referiremos a la neumotomía, la neumectomía parcial y a la lobectomía; dejaremos de lado el neumotórax artificial, la frenicectomía, las toracoplastias, que son **intervenciones** ineficaces y peligrosas en el tratamiento de los abscesos pulmonares, que si bien han dado algunos resultados favorables son **inmensamente** mayores los casos de resultado nulo o mismo **noscivo**.

1º Neumotomía. Es una excelente operación para el tratamiento de los abscesos agudos a piógenos y gangrenosos, siempre que sea indicado realizar el drenaje de una cavidad fácilmente reparable y cercana a la pared torácica. *Para realizar exitosamente este drenaje* es, además, *necesaria* la existencia de *sinfisis* de ambas hojas *pleurales*, porqué cuando se realiza a través de pleura libre, es casi inevitable sobrevenga un **pio-neumotórax**, complicación de alta mortalidad.

Las hojas pleurales se encuentran sinequiadas en buen número de abscesos pútridos, hecho que hizo creer erróneamente en la frecuencia de las pleuresías enquistadas. Cuando la sinfisis no exista es necesario crearla en un primer tiempo operatorio. Somos absolutamente contrarios al drenaje de un absceso seguido de fijación a la pared, por la sutura del pulmón, cuando existe pleura libre; estas suturas son difíciles de realizar y mantener sólidas en focos sépticos, la infección destruye en pocas horas su aparente solidez inicial y la consecuencia es la infección pleural, agravada por los **disturbios** cardio-pulmonares ocasionados por la toracotomía abierta.

Para generar la adherencia pleural, desechamos en absoluto la sutura de la pleura visceral y el pulmón al plano parietal y **subpleural**; en efecto, cada puntada determina una pequeña filtración de aire con producción de neumotórax, los tejidos se **degarran**

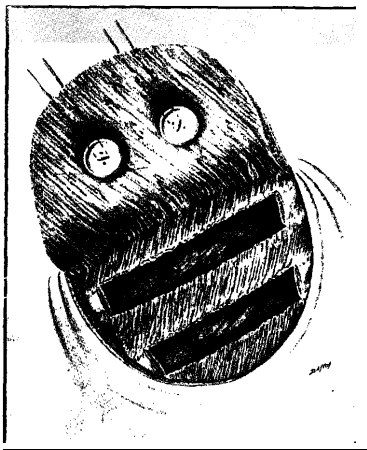


(Fig. 74)

Incisión para el abordaje de un absceso pulmonar

fácilmente, la sutura carece de solidez y al menor golpe de tocede, sobreviniendo la complicación que se quería evitar.

El procedimiento eficaz para crear las adherencias es el taponamiento con gasa o el plomage extra-pelural. Frente al absceso correctamente ubicado por los rayos X, previa resección de una o dos costillas se realizará una neumolisis extra-pelural, después



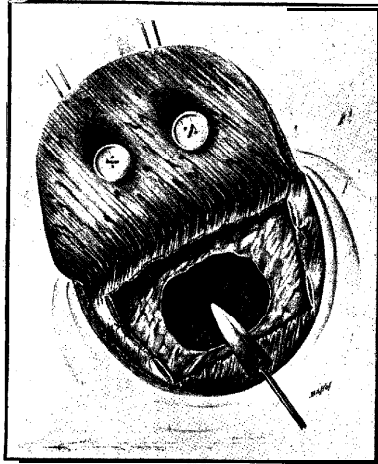
(Fig. 75)

Levantamiento del colgajo y resección costal

de extirpación del músculo y paquete intercostal intermediario; se procurará no realizar un decolamiento pleural demasiado extendido para impedir la necrosis de la hoja parietal de la pleura; en el espacio **decolado** extra-pleural se colocarán mechas de gasa, esponjas de goma o plomage parafinado.

Si el enfermo está disneico y el proceso pulmonar muy caliente, hay que resecar una costilla en una extensión no mayor de ocho a diez cm. en una zona sinfisiada y drenar en un tiempo, para evitar

la producción de nuevos empujes gangrenosos, siempre temibles cuando se practican resecciones costales extensas en número y amplitud; siempre habrá tiempo de aumentar la brecha torácica ulteriormente, cuando el proceso pulmonar, ya parcialmente **yugulado**, exija extenderla para facilitar la toilette y visibilidad del foco.



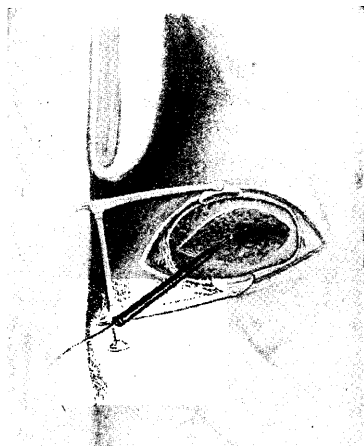
(Fig. 76)

Abertura al cauterio del **parenquima pulmonar**

Las ventajas de este primer tiempo, además de la imprescindible creación de adherencias son:

a) Producción de atelectasia en la zona pulmonar que se extiende desde el absceso a la brecha operatoria, lo que disminuye el espesor de parénquima a atravesar (mejor visibilidad, menor hemorragia, disminución de probabilidades de embolias gaseosas).

b) A veces basta este colapso para determinar la curación del absceso, haciendo innecesaria la realización del 2º tiempo operatorio.



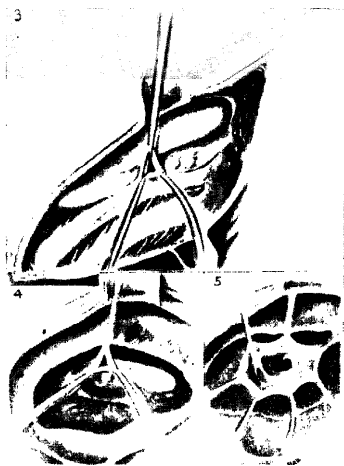
(Fig. 77)

Cauterización con **bisturí** eléctrico según **Coquelet**

c) El absceso puede abrirse espontáneamente en el lecho del plomage, **facilitando** la realización del 2º tiempo.

d) El tejido de granulación que crea el plomage en las partes blandas, evita la inoculación **masiva** y la gangrena parietal, que puede sobrevenir cuando se abren en un tiempo estos abscesos; este flemón es una complicación muy grave, que puede obligar a realizar múltiples incisiones en el tórax; en uno de nuestros enfermos, la gangrena gaseosa parietal no pudo ser dominada. Cuando realizamos el drenaje en un' solo **tiempo**, por existencia de pleura sinequiada, vaselinamos la herida y protegemos cuidadosamente la pared con mechas, antes de abrir el foco pútrido.

El drenaje. — Hemos insistido en la necesidad de reparer cuidadosamente el absceso en la **posición** operatoria, antes de **efectuar**



(Fig. 78)

Cura quirúrgica de una fistula bronquial. según Graham.

el abordaje quirúrgico; al realizar éste, colocamos además, un repere metálico sobre la pleura parietal para descartar las groseras causas de error de localización que determinan las partes blandas.

Previamente a efectuar el segundo tiempo el enfermo será radioscopiado y radiografiado de frente y en transversa para tener certeza de la exactitud de ubicación. Antes de atacar el pulmón es prudente puncionar y aspirar con jeringa de Pravaz; la aspiración puede traer pus o gases fétidos que evidencian la precisión de la localización; otras veces la punción nos da la neta sensación táctil de caer en cavidad. Para realizar la neumotomía utilizamos el termocauterio (Fig. 76) o el bisturí eléctrico (Fig. 77) progresando lentamente y en seco; esta manera de proceder aventaja al uso del bisturí por tres razones: disminuye las posibilidades de embolia gaseosa, de hemorragia y de infección. Llegados a la cavidad del abs-



(Fig. 79)

Fístulas bronquiales consecutivas α cauterizaciones pulmonares

ceso se colocarán mechas flojas imbebidas en aceite gomenolado, se proibirá en absoluto el uso de tubos para drenar el pulmón, porque pueden realizar mortificaciones peligrosas y ser causa de hemorragias secundarias temibles. En los días subsiguientes se ampliará la neumotomía, a la vez que se perfecciona el drenaje durante cada curación, hasta llegar a suprimir *total* la cáscara periférica del absceso. (Figs. 74, 75, 76 y 77).

Estos cuidados post-operatorios permitirán la buena evacuación de las logias diverticulares, extracción de secuestros pulmonares y así se evitará el pasaje a la **cronicidad** y se obtendrá una rápida obliteración de la cavidad por granulación.

Durante el post-operatorio puede hacerse necesario aumentar el número y extensión de las resecciones costales para suprimir el espacio muerto creado por el absceso.



(Fig. 80)

Fistulas pleurales

La pequeña neumotomía deja a menudo cavidades residuales, punto de partida de ulteriores recidivas; la buena apertura de los planos parietales, **practicada** a su debido tiempo, carece de peligro y **evita** esta secuela y también disminuye la posibilidad de fistulas brónquicas post-operatorias. (Figs 79 y 80).

El Gitterlun de Sauerbruch y Nissen consiste en la aparición de numerosos orificios bronquiales separados por trozos de **pulmón sano**, en el fondo de una brecha de toracomía ya **epidermizada**; esta grave complicación traduce una bronquiectasia subyacente; para **curarla** debe decidirse entre el procedimiento de la



(Fig. 81)

Abceso pio , escleroso con **bronquiectasia** visualizada broncográficamente

obturación mediante plastias musculares que conservan su irrigación o bien una lobectomía, que es más grave pero más eficaz.

Neumectomías parciales al cauterio. — Cuando el absceso no presenta una cavidad neta o cuando en el post-operatorio de una neumotomía se constaten dilataciones brónquicas limitadas a la zona enferma o cuando se trate de una **pio-esclerosis** (Fig. 81) se recurrirá a la neumectomía parcial al cauterio.

El drenaje de esos focos es insuficiente puesto que existen numerosas y **pequeñas** cavidades y focos múltiples de **neumonía** gangrenosa; el cauterio, por el doble mecanismo de la **abertura** de los focos y su destrucción, proporciona excelentes **resulta-**

dos siempre que el foco sea fácilmente accesible, esté convenientemente expuesto por una brecha torácica suficiente y se halle alejado de las zonas peligrosas que constituyen el hilio pulmonar y el mediastino.



(Fig. 82)

Resultado de una neumectomía al cauterio

La intervención se efectuará en dos tiempo::

1º) Brecha torácica seguida de neumolisis extra-pleural.

2º) Se realizará 10 a 12 días después, destruyendo, progresivamente, la zona enferma.

La cauterización destruye parénquima enfermo, drena pequeñas cavidades, abre bronquios dilatados e infectados. Siempre se realizará el drenaje con mechas (Figs. 82 y 83).

Podrán necesitarse varias sesiones de cauterización según lo aconsejen los síntomas: persistencia de la fiebre, continuidad de la supuración por la herida durante los golpes de tos, permanencia de la expectoración. etc.

El examen realizado a través de la brecha operatoria, después de una primera sesión de cauterización o mediante una broncografía practicada por una de las fistulas abiertas, nos proporcionará una buena información respecto al estado del pulmón subyacente; de acuerdo con estos datos el cauterio suprimirá nuevas zonas infectadas.



(Fig. 83)

Resultada de una **neumectomía** parcial al cauterio

Después de Graham, utilizamos un soldador **para** estas intervenciones.

Las cauterizaciones deben ser prudentes y progresivas tratando de **realizarse** en campo pulmonar atelectasiado y con amplia visibilidad de la zona operatoria para poder colocar, si fuera necesario, una pinza hemostática sobre un vaso **importante**.

Dos escollos presenta esta intervención: **la** hemorragia y la embolia gaseosa, siendo esta última una de las complicaciones más serias y trágicas de esta difícil cirugía.

Sorteados estos inconvenientes se obtendrán con este método excelentes curaciones en esta variedad tan grave de absceso pulmonar. Su mortalidad es, en nuestras manos, inferior a la de la **neumectomía quirúrgica**, pero insistimos que el tratamiento de elección será siempre una neumectomía parcial, o mejor aún, una lobectomía parcial.

Los fracasos del método se avalúan, según los autores, entre el 10 y el 20 %.

LAS LOBECTOMIAS.- Sólo están indicadas en las supuraciones crónicas acompañadas de bronquiectasia, extendidas a todo un lóbulo pulmonar; en supuraciones secundarias: quistes congénitos, neoplasmas pulmonares.

Estas lobectomías por supuraciones crónicas, son las más laboriosas de todas las lobectomías por la existencia de adherencias múltiples y por el terreno desfavorable sobre el que debe intervenir. Por ello su mortalidad es elevada.

Sin embargo, frente al pronóstico desesperado de estas lesiones, el cirujano no podrá rehusar al enfermo esta **intervención** que es su única tabla de salvación, aunque la letalidad sea **desalentadoramente** alta. (El estudio de esta intervención se realizó en el capítulo de bronquiectasia).

No queremos finalizar este capítulo sobre tratamiento de las supuraciones pulmonares con esta nota de matiz tan pesimista, sin recordar que muchos de estos enfermos fueron tratados meses y años con terapéuticas anodinas, pero no por eso menos **perjudiciales**, porque han permitido la instalación de una enfermedad inveterada y grave. Los médicos son responsables de haber dejado expirar los plazos en que una terapéutica quirúrgica hubiera sido fácil y benigna. El verdadero progreso a realizar en este **campo**, es **mucho** más de orden médico, de oportuna indicación de la terapia quirúrgica, que del dominio de la técnica quirúrgica.