

EL ESPACIO RESIDUAL POST EXERESIS PULMONAR

Dres. Tovar, Sánchez Cuesta, Corredoira, Gómez Aguirre y Cruz

(La Coruña y Lugo)

La exéresis ocupa sin lugar a dudas, el principal papel, en el tratamiento quirúrgico de los procesos patológicos pulmonares, tributarios de la cirugía. Es la única terapéutica aceptable, en los procesos neoplásicos, sépticos, bronquiectásicos, etc. En el caso de la tuberculosis, si bien otros procedimientos quirúrgicos, tienen en determinados casos, una indicación concreta, cavernostomía, toracoplastias, etc., no cabe duda, de que es la resección pulmonar la técnica que resuelve mejor el problema, en la inmensa mayor parte de los casos. La eliminación del foco patológico, el resultado funcional, la brevedad en la reincorporación al trabajo y el resultado cosmético, han contribuido, entre otras cosas, a que sea, hoy día, la terapéutica quirúrgica por excelencia. Si bien esta terapéutica, en un tiempo tenía una alta incidencia de mortalidad y de morbilidad de complicaciones, la medicación específica, la experiencia quirúrgica adquirida, tanto desde el punto de vista técnico, como del conocimiento del post-operatorio, las técnicas auxiliares, anestesia, transfusiones, etc. así como la asociación de procedimientos complementarios, noción ésta de capital importancia, han colocado esta técnica en una indudable situación de privilegio.

Sin embargo, no todas las metas se hallan cubiertas. Existen, indudablemente, problemas como éste que nos proponemos analizar y que, a nuestro juicio, constituye uno de los conceptos básicos de la cirugía de exéresis, especialmente por tuberculosis pulmonar, el llamado ESPACIO RESIDUAL POST-EXERESIS PULMONAR. Esta importancia básica, radica en el hecho de que su profilaxis constituye la profilaxis de la mayor parte de las complicaciones a que puede conducir la exéresis y su consideración abarca, por tanto, la indicación, la técnica quirúrgica a utilizar y la conducta a seguir, en cada período del post-operatorio.

Este trabajo está basado, en lo fundamental, en la experiencia adquirida, en más de 400 casos de resecciones pulmonares, efectuadas en el Hospital Municipal de La Coruña, Sanatorio Antituberculoso de Calde y clientela privada. El espacio residual post-exéresis, es la cavidad pleural no rellena, de una mayor o más reducida extensión, que puede o no dar manifestaciones clínicas siendo su expresión, fundamentalmente radiológica.

Dos apartados se imponen en la consideración de este problema, a saber:

- a) La profilaxis.
- b) El tratamiento.

Profilaxis del espacio residual.

Pueden considerarse tres apartados.

- a) Preparación operatoria.
- b) Indicación propuesta.
- c) Técnica quirúrgica utilizada.

Preparación operatoria.

Su influencia es desde luego notoria, ya que una estabilización adecuada del proceso patológico, el restablecimiento de un equilibrio orgánico, una fisioterapia bien conducida y una exacta administración, de la medicación específica, son factores todos, que van a tener importancia en el éxito o fracaso de la intervención a realizar.

Indicación operatoria propuesta.

Este aspecto es decisivo, tanto por la elección del momento adecuado, como por la consideración de la patología existente y de la correcta propuesta operatoria de relación con esta patología.

Técnica quirúrgica utilizada.

La consideración de los dos anteriores puntos, así como la patología que el cirujano encuentra, forman el conjunto de factores que decidirán el procedimiento más adecuado a emplear. A este respecto y dejando a un lado los detalles de orden técnico, que no son del momento, creemos útil considerar los siguientes factores:

- a) Extensión de la exéresis.
 - b) Existencia de focos bacilares residuales, homo o contralaterales.
 - c) Estado funcional homo y contralateral (Enfisema, Fibrosis, etc.).
 - d) Existencia de lesiones bilaterales, susceptibles de actuación quirúrgica futura.
 - e) La existencia de un problema infeccioso asociado, fístula, empiema, etc.
- El análisis de estos cinco puntos, nos darán una resultante que deberá ser nuestra actuación quirúrgica, procurando que esta actuación respete estos cuadros postulados que consideramos esenciales en toda exéresis pulmonar y que son:

- 1.º Conservar una adecuada función pulmonar.
- 2.º Eliminar completamente, todo espacio muerto sin complicaciones.
- 3.º Contribuir a prevenir la reactivación de focos residuales bacilares.
- 4.º No prolongar en demasía la estancia hospitalaria.

Cuando en una exéresis se cumplen estos postulados, estaremos en el mejor camino de obtener un resultado operatorio a corto y largo plazo, satisfactorio.

Tratamiento del espacio residual.

Podemos considerar dos aspectos fundamentales.

- a) El que se realiza en la misma intervención.
- b) El utilizado en el post-operatorio.

Bien entendido que en muchos casos, unos procedimientos son complemento de otros. Durante la intervención, en realidad lo que se hace es profilaxis, pero no cabe duda de que ésta es siempre la mejor terapéutica. En este sentido creemos de utilidad tener en cuenta los siguientes factores.

a) Procurar unas adecuadas proporciones, entre la resección efectuada y el espacio a ocupar. Este aspecto es una resultante de factores, que el cirujano debe valorar, tales como elasticidad pulmonar, fibrosis, enfisema, decorticación, etc.

b) Realizar una cuidadosa sutura bronquial, que cierre herméticamente el muñón bronquial, sin que le prive por otra parte, de una adecuada circulación. Por nuestra parte, creemos que es importante la pleuralización cuidadosa, la no contaminación con la secreción bronquial, la aplicación local de antibióticos, liberación pulmonar completa, etc.

c) Prestar una gran atención a todas las cisuras, procurando un adecuado plano de despegamiento. Estas cisuras, que nosotros siempre dejamos libres, deben atenderse cuidadosamente, en dos aspectos fundamentales.

1.º) Suturar todo bronquiolo que haya podido rasgarse con puntos sueltos de material adecuado.

2.º) Prestar una cuidadosa atención a las venas intersegmentarias, en evitación de rasgaduras o ligaduras que puedan dar lugar, a la formación de infartos rojos, por dificultad en el drenaje venoso.

Estos dos factores, son en nuestra experiencia, el origen de la inmensa mayor parte de espacios residuales post-exéresis.

d) Asociar un proceder, que contribuya a la disminución de la cavidad pleural, toraco modelante, plastia frénica, neumoperitoneo, frenicotripsia, pleuroplastia, etc.

En el período post-operatorio tendremos que intervenir con tanta menos frecuencia cuanto más hayamos respetado las anteriores consideraciones. Cuando el hecho se produce, es decir, cuando se nos manifiesta esta desproporción entre continente y contenido, nuestra conducta será variable y en relación fundamental, con los datos clínicos y radiológicos obtenidos. Cuando el espacio residual es mudo clínicamente, pequeño neumotórax, ligero nivel, nuestra conducta será expectante, ya que es muy probable que el espacio desaparezca en el curso de pocos días a unas tres semanas. No obstante, la curva febril, la tos y expectoración, especialmente si ésta es hemoptoica, así como la observación radiológica, nos dictarán la conducta a seguir, es decir, actuación complementaria, u observación clínico-radiológica.

Entre nosotros, no dudamos en instaurar ante tales circunstancias un neumoperitoneo, ya que por tratarse de un proceder sencillo, inocuo, bien tolerado y reversible, nos proporciona unas ventajas, que consideramos de gran interés, como ya hemos comentado en otras comunicaciones a esta sociedad.

Los mayores problemas los plantean los espacios residuales sintomáticos, es decir, los asociados a fiebre o febrícula, tos y expectoración abundante, leucocitosis, signos radiológicos que evidencian un espacio vacío y por lo general, con un nivel líquido, más o menos importante. En estos casos, cuatro cuestiones, deben estar en la mente del cirujano.

a) La presencia de una fistula bronquial verdadera.

b) El infarto rojo, asociado de una pérdida aérea.

c) La existencia de un bronquiolo cisural no cerrado.

d) La posibilidad de una sepsis de la cavidad, específica o no, contingencia ésta, muy poco frecuente a nuestra experiencia.

¿Cuál debe ser en tales circunstancias nuestra conducta?

Es, desde luego, difícil generalizar y siempre será necesario un análisis completo de cada caso, de cuyo análisis, se derivará, en definitiva, la conducta a seguir. De todos modos y siempre de acuerdo con nuestra experiencia, vamos a tratar de llegar a unas conclusiones terapéuticas.

Desde luego cuando el problema se plantea de un modo precoz, debemos considerar en primer lugar, la necesidad de explorar quirúrgicamente, el lecho operatorio.

En nuestra serie, hemos reintervenido ocho enfermos, por la existencia de un espacio residual sintomático y los hallazgos fueron los siguientes:

Dos casos de bronquiolo cisurales permeables. Tres casos de infarto rojo y pérdida aérea. Dos casos por fístula bronquial precoz. Un caso, por bloqueo precoz del drenaje. Hemos de consignar en favor de esta actitud, que no hemos perdido un solo enfermo en estas ocho reintervenciones. La patología hallada determinará la actitud quirúrgica a seguir. Cuando la intervención no puede llevarse a cabo o no se considera indicada, debemos recurrir al drenaje-aspiración adecuado, al neumoperitoneo y a la toracoplastia de uno u otro tipo, según las circunstancias. Con cada uno de estos métodos, o con su asociación adecuada, instaurados de un modo precoz y sin vacilación, podremos conseguir la eliminación de este espacio pleural sintomático grave contingencia, en el post-operatorio, de la exéresis pulmonar, ya que su permanencia puede, cuando no lo es originariamente, conducir al empiema y fístula bronquial de graves consecuencias.

Finalmente presentamos, algunos ejemplos, de espacio residual, de nuestra serie, en los que se aplicaron, los diversos métodos expuestos, de prevención y tratamiento.

En el período post-operatorio tendemos que intervenir con tanta menor frecuencia cuanto más hayamos respetado las unidades considerables. Cuando de el hecho se produce, se debe cuando se nos manifiesta esta desproporción entre contenido y contenido, nuestra conducta será variable y en relación fundamental con los datos clínicos y radiológicos obtenidos. Cuando el espacio residual es grande clínicamente, pequeño anatómicamente, ligero nivel, nuestra conducta será específica, ya que es muy probable que el espacio desaparezca en el curso de pocos días a unas tres semanas. No obstante, la conducta a seguir y el procedimiento, especialmente si esta es hemotórax, así como la observación radiológica, nos dictarán la conducta a seguir, es decir, la conducta completa.

Estos hechos, no habrán de influir en nuestra conducta en las circunstancias un procedimiento, ya que por tratarse de un proceder sencillo, inocuo, bien tolerado y reversible, nos proponemos una conducta que consideramos de gran interés, como ya hemos comentado en otras comunicaciones a esta sociedad.

Los mayores problemas los plantean los espacios residuales sintomáticos, es decir, los asociados a fístula o fístulas, los y expectoración abundante, los cuales, si bien radiológicamente que evidencian un espacio vacío y por lo general con un nivel líquido, nos a menudo importante. En estos casos, nuestra conducta, deben estar en la mano del cirujano.

- a) La presencia de una fístula bronquial verdadera.
 - b) El infarto rojo, asociado de una pérdida aérea.
 - c) La existencia de un bronquiolo cisural no cerrado.
 - d) La posibilidad de un espacio de la cavidad, específica o no contingencia.
- Esta muy poco frecuente a nuestra experiencia.