

DETALLES TECNICOS EN SUTURA BRONQUIAL

HENRI LONGEFAIT (*Marsella*). CARLOS LEÓN (*Barcelona*)

Uno de los principales problemas de la cirugía pulmonar de exéresis es el tratamiento correcto del muñón bronquial. Igualmente, en la cirugía bronquial reparadora, la sutura es un factor importante para el éxito final del procedimiento de reparación efectuado.

Por ello queremos resumir aquí los pequeños detalles tenidos en cuenta en esta escuela en la práctica de la sutura bronquial. Nos referiremos específicamente a la sutura del muñón restante en las exéresis, pero todo lo dicho para estos casos puede aplicarse, con las oportunas modificaciones, en la cirugía reparadora de bronquios.

No creemos sea interesante relatar las diversas vicisitudes por las que ha pasado esta materia en sus pocos años de existencia ni describir los diversos procedimientos de sutura actualmente en uso. Nos ceñiremos exclusivamente a los puntos que nosotros consideramos importantes, señalando en cada caso nuestro proceder.

Se nos perdonará la esquematización empleada en el desarrollo del tema; preferimos sacrificar la calidad literaria en aras de una más clara exposición:

1) La disección del bronquio debe llevarse hasta su nacimiento, sea un bronquio segmentario, lobar o principal. Durante ella se resecarán los ganglios que encontremos; en dicha disección seremos más o menos exhaustivos, según se trate de una exéresis por afección neoplásica maligna o no. Debemos hacer resaltar que consideramos importante la exéresis de las adenopatías tuberculosas, las cuales suelen estar afectadas. Cuanto menos tejido patológico e infectivo dejemos, menos posibilidades de complicaciones.

2) La hemostasia ha de ser cuidadosa, especialmente en las intervenciones por bronquiectasias, pues, en estos casos, las arterias bronquiales suelen estar más dilatadas que de ordinario. La ligadura de dichas arterias debe hacerse a nivel de la futura sección, para no desvitalizar los bordes bronquiales que vamos a suturar.

3) El bronquio no debe ser maltratado con ninguna clase de pinzas ni de clamps, pues las zonas aprisionadas entre las pinzas quedarán mortificadas y esto puede ser causa de una dehiscencia del muñón.

Si la resección se efectúa por una afección secretante y tememos la inundación del pulmón contralateral, debe emplearse la intubación del bronquio contralateral con exclusión del pulmón afecto, el cual, además, debe ser aspirado con la frecuencia que sea necesaria.

4) La sección del bronquio solemos efectuarla en dos tiempos primeramente lo seccionamos distalmente a lo que será la sección definitiva y extrae-

mos la pieza. A continuación reamputamos el bronquio a ras de su nacimiento. En los ángulos anterior y posterior de la incisión practicamos unas pequeñas secciones en cuña que facilitarán enormemente la práctica de la sutura.

De esta manera evitamos totalmente que pueda quedar un fondo de saco, con las desagradables consecuencias que conlleva el mismo. Pero es que, además de esto, la maniobra señalada permitirá, una vez practicada la sutura, tener una vía aérea prácticamente normal, sin estrecheces ni recovecos, que dificulten el paso o aumenten la turbulencia dentro del árbol respiratorio.

5) El material de sutura a emplear debe tener ciertas características; consideramos importante que dicho material no sea ni putrescible ni capilar y lo más neutro posible, o sea que provoque la mínima reacción orgánica.

Desde el punto de vista teórico, el acero es el hilo ideal, pero es de difícil manejo y con facilidad secciona el bronquio si se aprieta algo más de lo necesario.

A nosotros nos ha dado buen resultado la seda 0000 y el nylon 000, siempre con aguja atraumática.

6) La cuestión que consideramos fundamental es el tipo de sutura empleado.

La sutura que describiremos, ideada por MÉTRAS, ha hecho desaparecer prácticamente de nuestros servicios la temida fístula bronquial.

Consiste dicha sutura en una sola hilera marginal de puntos interrumpidos, no transfixiantes, colocados longitudinalmente al eje del bronquio y anudados en el exterior. Cada punto penetra en la pared bronquial a unos milímetros del borde de sección y emerge por dicho borde sin penetrar en la mucosa; vuelve a entrar por el borde opuesto, en pleno espesor de la pared para salir a unos milímetros más allá del borde. Los puntos no deben nunca atravesar la mucosa.

Las ventajas de este tipo de sutura son:

a) Se produce el afrontamiento de tejidos iguales, los cuales, de esta manera, cicatrizarán bien y no tendremos que dejar depender exclusivamente el éxito de la sutura de la cicatrización de los tejidos peribronquiales con que recubrimos el muñón.

b) El cierre estanco se consigue con pocos puntos, o sea dejando la mínima cantidad de sustancia extraña al organismo.

c) Se evita la infección de la cavidad pleural al no ser atravesada la mucosa. Si el punto es transfixiante, arrastra consigo gérmenes de la mucosa en el momento de ser colocado, y posteriormente hace persistir una vía de infección alrededor del hilo de sutura. Y, por último,

d) No existe posibilidad de que los puntos entretengan la infección por formación de una úlcera en la zona de mucosa atravesada por el punto.

La meticulosidad en la colocación correcta de cada punto debe ser extrema, pues si no perderíamos las ventajas que con ellos deberíamos obtener.

Además del gran cuidado que debemos tener en que el punto salga correctamente por fuera de la mucosa, debemos, luego, apretar lo suficiente, pero no excesivamente, pues produciríamos una necrosis por isquemia o bien desgarraríamos la pared bronquial.

7) Después de terminada la sutura del bronquio debemos intentar su cobertura, bien con pleura parietal, saturándola sobre el bronquio directamente, o por medio de un colgajo pediculado, o bien con tejidos mediastínicos, grasa o ganglios. Como apuntábamos más arriba, es importante esta cobertura, pues la cicatrización de los tejidos peribronquiales reforzará grandemente la cicatriz bronquial.

8) A continuación dejamos antibióticos localmente como un esfuerzo más para evitar la infección.

9) Una vez cerrado el tórax, antes de comenzar la sutura de los planos musculoponeuróticos, conectamos la aspiración por medio de los tubos de aspiración previamente colocados. Sistemáticamente colocamos dos tubos: uno anterior y superior, que drenará el vértice, y otro posterior e inferior, que drenará el seno costodiafragmático.

La aspiración debe ser continuada y violenta. Continuada, desde el momento del cierre de la cavidad pleural hasta la extracción de los tubos de aspiración. Violenta, del orden de 1-2 metros de agua de presión de vacío.

Con ello conseguiremos la reexpansión completa del pulmón prontamente, lo cual ayudará a la cobertura del muñón bronquial, evitando la presencia de cavidades que pueden albergar colecciones serosanguíneas, fácilmente infectables. Estas pueden conducir a un fallo de muñón, con la consiguiente formación de una fístula broncopleural.

La experiencia nos enseña que si no se consigue la reexpansión precoz del pulmón restante, aumenta enormemente la posibilidad y número de las complicaciones postoperatorias, tanto precoces como tardías.

10) Por último, nos referiremos a la intubación bronquial. Creemos que debe ser usada sistemáticamente en las lesiones secretantes, para evitar la inundación del pulmón contralateral; fuera de estos casos y en enfermos con riesgo quirúrgico malo por problemas ventilatorios, puede usarse la intubación traqueal simple.

En estos casos, como la sutura no transfixiante requiere un bronquio abierto, para su ejecución podemos recurrir a dos artificios técnicos para obviar los inconvenientes de un bronquio abierto soplante:

1) Sección del bronquio sucesivamente a la vez que se van colocando los puntos; éstos, por simple tracción, sin necesidad de anudarlos, van cerrando el bronquio, dejando escapar una cantidad mínima de aire.

2) En caso de bronquio pequeño, puede seccionarse totalmente y taparlo con una torunda de gasa monda en pinza, la cual retiraremos cada vez que se ha de pasar un punto. El anestesista puede adaptar el ritmo de ventilación del paciente con el ritmo de sutura. Así las pérdidas de aire también serán mínimas.

En ambos casos, el paciente puede ser ventilado correctamente sin producir trastornos ventilatorios importantes, pero nosotros hemos de ser más cuidadosos, para evitar la contaminación de la cavidad pleural por salida del contenido bronquial hacia ella.

Con nuestros anestesiistas (Dr. L. HARTUNG, MARSILLA y Dra. T. MANCIO, Barcelona) hemos conseguido el entendimiento preciso, y nunca hemos tenido que lamentar complicaciones de importancia, bien con la intubación bronquial, bien con intubación traqueal y sutura a bronquio abierto y soplante.