

## CONTRIBUCION A LA CIRUGIA DE LOS BRONQUIOS

*Dr. Rui de Lima*

(Director de Serviço de Cirurgia do I. A. N. T.)

LISBOA

A cirurgia brônquica surgiu como uma consequência normal da vulgarização e aperfeiçoamento das ressecções pulmonares (2.500 no nosso Serviço) e tendo em vista o legítimo principio de economia do parenquima respiratório.

Constitui uma aquisição relativamente recente da cirurgia torácica pois os resultados primeiramente publicados por Griffith e Gebauer foram-no ha aproximadamente 15 anos.

As indicações de ressecção brônquica com anastomose e de broncoplastia devem ser feitas em casos bem determinados de estenose, de neoplasias e de lesões traumáticas.

A cirurgia brônquica assenta em bases que ha vantagem em respeitar tanto quanto possivel:

A) Está somente indicada nos casos em que ha integridade total ou parcial do pulmão correspondente, pois que somente a existência de parenquima pulmonar indemne a pode justificar. Nos casos em que essa integridade é total a cirurgia brônquica não se deve acompanhar de exérese pulmonar; nos casos porem em que isso não se verifica ela deverá ser acompanhada de ressecção segmentar ou lobar de acordo com a extensão das lesões.

B) Nos brônquios lobares, duma forma geral, apesar de alguns casos citados por Gebauer, a cirurgia brônquica é bastante impotente, pois que a sua secção e a subsequente anastomose ou a broncoplastia são em regra seguidas de estenose edematosa, a qual dá depois lugar á estenose fibrosa com as suas inevitaveis consequências: Atelectasia, supuração, bronquiectasias, enfisema, etc.

C) Tem-se até hoje admitido que nos casos de estenose tuberculosa é necessário tratar primeiramente esta doença e somente após a negatificação da expectoração e da estabilização das lesões se deve encarar a possibilidade de ressecção do brônquio estenosado ou de broncoplastia.

Quanto a nós este principio não deve ser tomado com absoluta rigidez pelo que diz respeito pelo menos á ressecção brônquica. Se nos casos de broncoplastia e muito especialmente naqueles em que se emprega un enxerto endu-recido de pele para preencher um defeito brônquico, este principio de negatificação e de estabilização é de respeitar ao máximo, nos casos de ressecção brônquica com anastomose topo a topo deve-se ser menos exigente.

Na verdade ha doentes que apesar dum prolongado tratamento médico com tuberculostáticos de primeira ou de segunda linha não ha possibilidade de negativar e as lesões parenquimatosas persistem acompanhadas de estenose brônquica. A persistência dessa estenose ocasiona a distancia infalivelmente, atelectasia e supuração pulmonar. Parece-me pois absolutamente justificado que mesmo nalguns casos de estenose do brônquio principal em que a expectoração persiste positiva, apesar do tratamento tuberculostático, se deve intervir acompanhando a ressecção pulmonar indicada pelas lesões parenquimatosas de ressecção brônquica e anastomose topo a topo. Actuando desta forma resseca-se não só a lesão parenquimatosa como tambem a lesão brônquica especifica e evitam-se as consequências da estenose e da persistência de lesões cavitárias abertas.

Tenho apenas dois casos em que pratiquei a ressecção do brônquio principal direito acompanhada de lobectomia superior (fig. 1) em doentes que apresentavam bacilos de Koch na expectoração. Em qualquer dos casos não houve complicações pós-operatórias e os doentes deixaram de ter os surtos

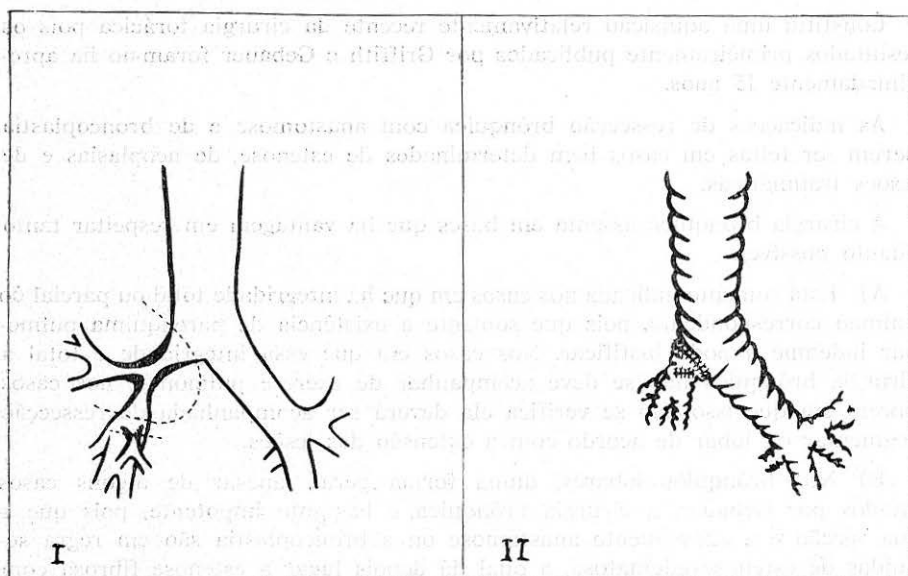


Fig. 1

de retenção que a estenose lhes provocava; simultaneamente tratou-se cirurgicamente por exérese as lesões específicas para as quais os tuberculostáticos de primeira e de segunda linha se tinham mostrado inoperantes. Devo acen-  
tuar que ao indicar a ressecção do brônquio principal com anastomose e a exérese parcial do pulmão em doentes positivos, defendo contudo a necessidade dum demorado tratamento prévio com aerosóis afim de estabilizar o mais possível as lesões brônquicas.

\* \* \*

Nos casos por nós operados de ressecção e anastomose brônquica, a operação foi á direita em seis doentes e somente em dois foi feita á esquerda.

Parece-me importante detalhar a técnica da anastomose á direita, entre a carina e o inicio do brônquio lobar inferior, já que nela reside uma modificação pessoal do processo original, que julgamos vantajosa:

O ajustamento dos dois topos após a ressecção brônquica é dificultado não só pela presença da artéria pulmonar, difícil de afastar neste ponto, como também por se tratar duma anastomose entre dois topos de calibre bastante diferente. Resolvemos a primeira dificuldade aplicando a esta cirurgia uma técnica um pouco semelhante á da êntero-anastomose, isto é, executando a metade inferior da sutura, a pontos separados, pela superficie interior dos dois topos e a outra metade já pela superficie exterior, após ter rebatido para baixo as extremidades afrontadas (fig. 2).

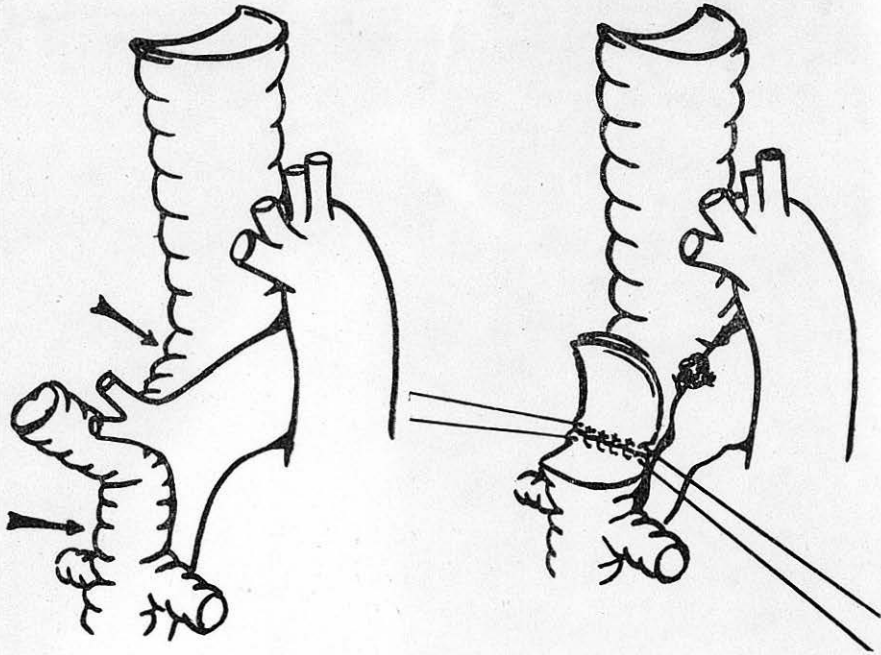


Fig. 2

A dificuldade imposta pelo diferente calibre entre os dois topos a suturar, resolve-se pela secção em bisel do inferior o que lhe confere um perimetro bastante aproximado ao superior.

A sutura é feita com pontos muito aproximados (menos de um milimetro) de Nylon bastante fino (00 ou 000). Nos casos operados nunca verificamos fuga de ar pela sutura nem dificuldade de insuflação o que para nós justifica a técnica que adoptamos.

Operámos até ao presente seis casos de ressecção do brônquio principal direito com anastomose topo a topo. Em nenhum houve complicações imediatas

Nos casos por nós operados de ressecção e amputação de membros, a que-  
resão foi a direção em que se deu a amputação em lugar de fazer a amputação.  
Foi sempre importante destacar a técnica de amputação a nível da articulação  
e a relação da pele com o membro inferior, já que não se trata de uma amputação  
em nível da pele, mas sim da articulação.

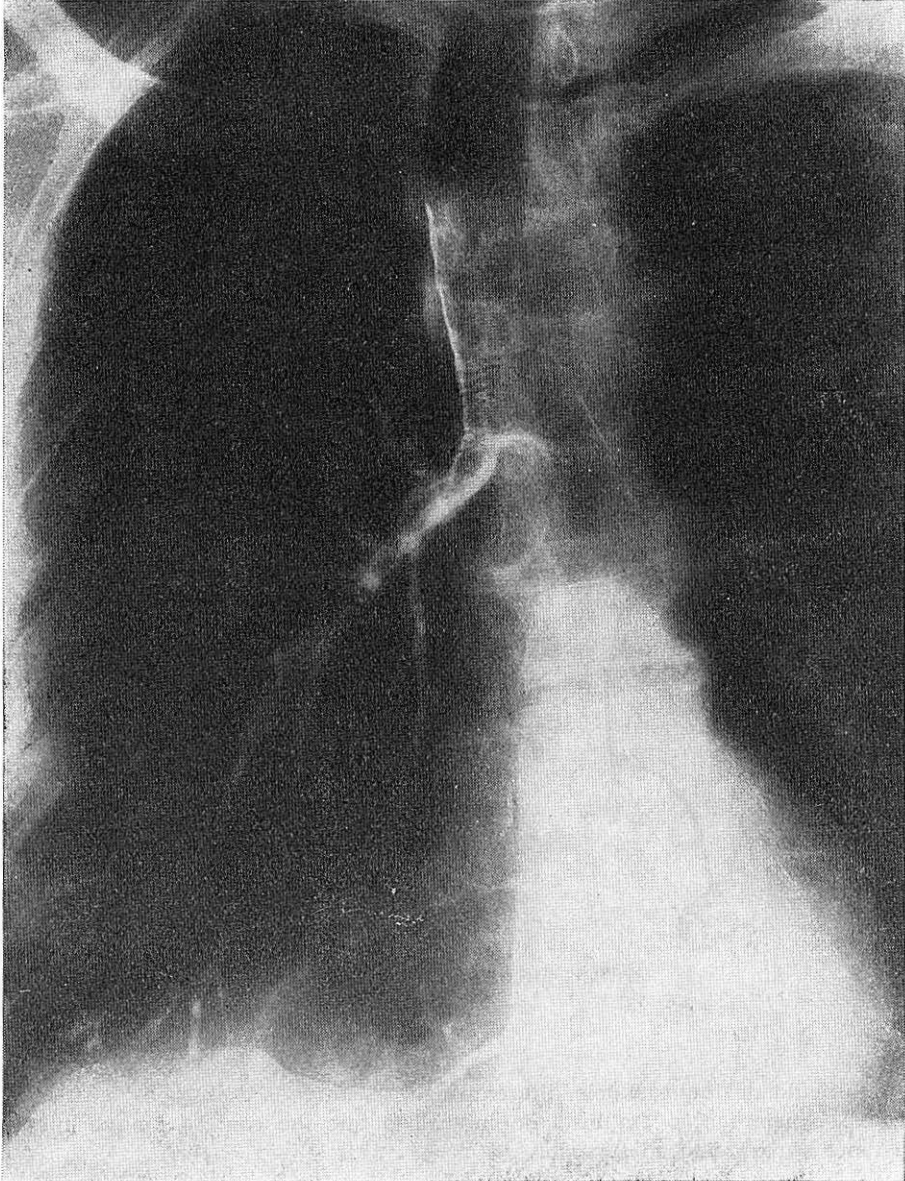


Fig. 3

Em todos os casos em que se realizou a amputação, a técnica foi a mesma, a  
de se fazer a amputação a nível da articulação, e não a nível da pele.  
Foi sempre importante destacar a técnica de amputação a nível da articulação  
e a relação da pele com o membro inferior, já que não se trata de uma amputação  
em nível da pele, mas sim da articulação.

ou a distancia e encontram-se todos em boas condições incluindo um que apresentava um carcinoma do brônquio lobar superior direito com invasão do brônquio principal. Neste doente, já operado ha dois anos, foi feita igualmente a lobectomia superior direita e anastomose topo a topo da carina á parte inicial do brônquio lobar inferior. Na broncografia (fig. 3) podemos ver um detalhe da anastomose.

A broncoplastia, sob qualquer das suas modalidades, deve ser considerada tal como a ressecção um método conservador que tem como finalidade conferir um calibre normal a brônquios alterados que ventilam um parenquima pulmonar ainda em boas condições funcionais. Por isso mesmo esta cirurgia deve ser instituída o mais precocemente possível afim de se evitar o aparecimento de lesões pulmonares irreversíveis em que frequentemente só a pneumectomia tem indicação.

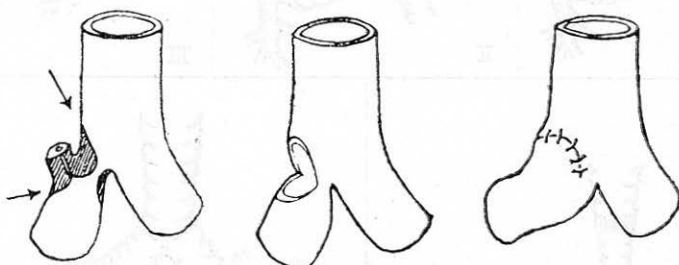


Fig. 4

Existindo bastantes modalidades de técnica de broncoplastia, vamos somente referir-nos áquelas de que possuímos prática:

A) Broncoplastia com retalho: Aplicámo-la a dois casos de adenoma brônquico com bom resultado utilizando um retalho externo. A propósito do tratamento cirúrgico dos adenomas brônquicos abordamos esta técnica com mais detalhe.

B) Broncoplastia com ressecção em cunha do brônquio principal: Certas estenoses lobares com intensa reacção conjuntiva podem-se prolongar ao brônquio principal e impor cuidados especiais na exérese. Nestas condições deve-se acrescentar á lobectomia uma ressecção em cunha do brônquio principal seguida de sutura brônquica transversal, como se vê na (fig. 4) original de Gebauer.

C) Broncoplastia com enxerto dermo-epidérmico: Só está indicada nos casos em que não ha alteração parenquimatosa irreversível. O caso em que o aplicámos foi numa doente portadora dum adenoma carcinoide e por isso detalhamos um pouco a técnica no tratamento dos adenomas.

D) Variante técnica da sutura brônquica no lobectomia superior esquerda: Por não termos encontrado ainda no literatura qualquer referência ao assunto,



não queremos deixar de nos referir embora resumidamente a uma variante técnica de sutura brônquica nalguns casos de lobectomia superior esquerda.

Nas lesões retracteis do lobo superior, o brônquio principal esquerdo é frequentemente desviado por forma a apresentar uma direcção sensivelmente horizontal com a curvatura dirigida para cima, retenção de contraste e angulação mais ou menos acentuada com o brônquio lobar inferior. No decurso da toracotomia dos doentes com esse aspecto bronco-gráfico tivemos ocasião de verificar que a imagem radiológica de esporão, que aparece na origem do brônquio lobar inferior, não corresponde a uma formação rígida e que a sua disposição é meramente devida ao repuxamento exercido pelo brônquio lobar

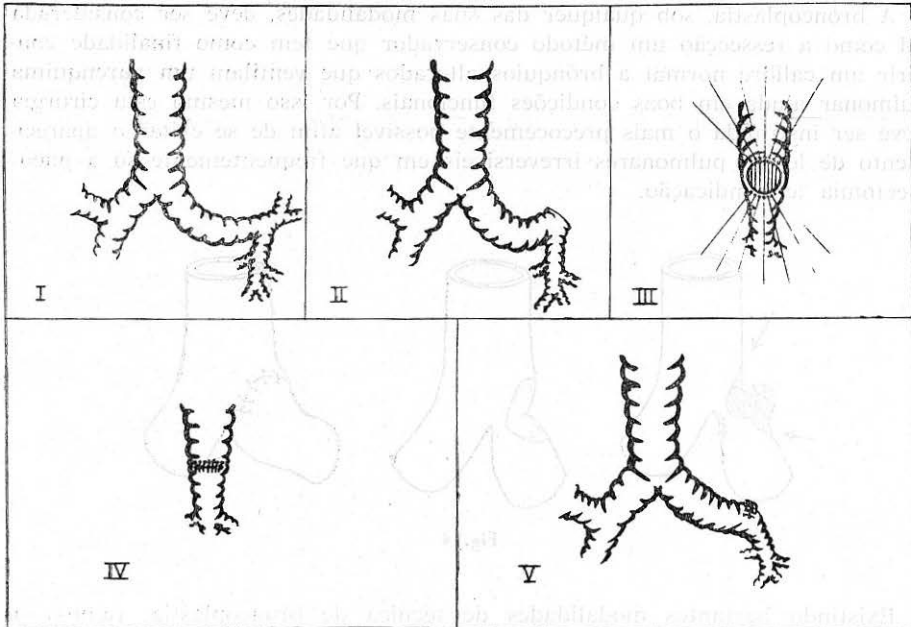


Fig. 5

superior. Nestas condições a solução cirurgica do problema não reside na supressão operatória da angulação; mas sim na sua possível rectificação feita á custa dum encurtamento exercido na parte superior da terminação do brônquio principal esquerdo.

A forma que se nos afigura mais simples de realizar esse encurtamento é a aplicação do principio da sutura transversal para encerramento da brecha obtida pela ressecção do brônquio lobar superior na sua origem. O objectivo desta técnica consiste no desvio do brônquio lobar inferior para cima, de forma a rodar sobre a sua origem e a ficar mais ou menos no prolongamento do brônquio principal. Com a utilização deste método pretende-se evitar a estenose do brônquio restante que nestes casos tem aparecido, por vezes, como complicação. A manobra é extremamente facil desde que a ressecção do brônquio lobar seja feita na sua inserção, e, com ela obtem-se uma linha de sutura perpendicular ao eixo brônquico e formando portanto uma commissura anterior e outra posterior (fig. 5).