

LA INTUBACION BRONQUIAL EN CIRUGIA PULMONAR

Dr. Horacio Fernández

Uno de los variados problemas que desde el punto de vista anesthesiólogo, presenta la cirugía pulmonar, se refiere a la eliminación o aislamiento de la secreción purulenta procedente del foco o focos patológicos a eliminar quirúrgicamente. Este problema adquiere sus máximas proporciones en el pulmón destruido, policavitario e hipersecretante, otros casos engloban las bronquiectasias sépticas, las supuraciones, fístulas broncopulmonares, etc.

Se ha tratado de obviar estos inconvenientes, buscando posiciones distintas a la corriente del decúbito lateral, así BECCHER en 1940, recomendó poner la cabeza baja (inclinación de la mesa de operaciones de unos 20°) con objeto de facilitar el paso a la tráquea de las secreciones bronquiales no sólo del lado enfermo, sino también del sano, OVERHOLT y LANGER ensayaron en 1945 el decúbito prono con ligero descenso del lado enfermo.

Asimismo se han empleado diversos bloqueadores bronquiales, el de THOMPSON y MAGILL, que en un catéter de doble luz con balón de goma insuflable, pero no es fácil de colocar y siempre hay que comprobar radiológicamente.

La sonda de CARLENS tiene el inconveniente de que no sirve para NEUMONECTOMIA IZQUIERDA, y es siempre indispensable practicar una limpieza traqueo-bronquial BRONCOSCOPIA al final de la intervención y que la aspiración de secreciones solamente es posible con catéteres especiales de material plástico.

En nuestra modesta aportación nos vamos a referir a la experiencia adquirida de la intubación bronquial con las sondas de GORDON y GREN en la práctica de la NEUMONECTOMIA generalmente en pulmones destruidos, adquirida en el Sanatorio de Calde de Lugo. Hemos realizado la intubación bronquial en 32 enfermos sometidos a resección pulmonar en un período de tiempo comprendido entre febrero y junio del presente año.

En todos los casos se practicó una NEUMONECTOMIA. Un enfermo ya había sido sometido a una LOBECTOMIA SUPERIOR DERECHA y SEGMENTECTOMIA del NELSON y por falta de reexpansión hubo que realizar una NEUMONECTOMIA.

En todos los casos se consiguió una intubación satisfactoria (alguna vez nos sucedió que la sonda no penetrara en el bronquio principal en que se quiere hacerlo entrar, sino que topa con el espolón traqueal, este hecho se descubre por auscultación y el pulmón enfermo sigue respirando en cuyo caso se retira ligeramente la sonda y se imprime un movimiento de rotación para volver a buscar el bronquio) pero vemos que con un poco de hábito ésta es fácil de realizar y sus ventajas pueden resumirse de la siguiente forma:

- a) El aislamiento del pulmón sano es satisfactorio así como su correcta ventilación.

- b) La sonda no dificulta la total disección bronquial e incluso las manipulaciones a veces necesarias de la pared traqueal.
- c) El cirujano puede realizar una sutura bronquial a cielo abierto sin ser molestado por la ventilación.
- d) El aislamiento de secreciones del pulmón sano fue siempre satisfactorio.
- e) El número de traqueotomías PRACTICADAS fue bajo (dos enfermos).
- f) No hubo mortalidad operatoria inmediata y la recuperación fue siempre satisfactoria (dos enfermos fallecieron al tercero y cuarto día del post-operatorio).

DISCUSION

El problema que al anestesiólogo plantea el pulmón secretante es a veces agobiante y la intubación bronquial está por ello plenamente justificada.

Si bien todos los métodos tienen sus ventajas, nosotros consideramos que la intubación con las sondas de GORDON y GREN reúnen unas condiciones previamente analizadas que las hacen fáciles y satisfactorias.

PUNTOS A ANALIZAR

- 1.º Necesidad imperiosa de aislamiento de secreciones, que el cirujano además moviliza en las maniobras quirúrgicas exprimiendo casi totalmente el pulmón.
- 2.º Necesidad de un método fácil y seguro.