

TIMO	<ul style="list-style-type: none"> Tumoración maligna. ¿Timoma? Tumoración linfoide. ¿Timoma? Tumoración maligna indiferenciada. ¿Timoma? Timoma + Miastenia gravis. Ca. epidermoide de timo. 	Anteriores
NEUROGENOS	<ul style="list-style-type: none"> Neurinoma Ganglioneuroma T. neural baja malignidad 	Posteriores
	Carcinosarcoma	Posterior
	<ul style="list-style-type: none"> T. células plasmáticas Rabdomiosarcoma Reticulosarcoma 	Anteriores
QUISTES	<ul style="list-style-type: none"> Mesotelial Pericardio 	Anteriores

es muy variable, sin que esto implique ningún pronóstico. pues de los cuatro tumores mediastínicos que fueron hallados casualmente a rayos X, dos de ellos resultaron tumoraciones malignas. El dolor es el síntoma más constante en todos ellos. Otros síntomas están relacionados con las estructuras que atraviesan el mediastino, tales como V. C. S., disfagia, etcétera.

Vías de acceso: Han sido exclusivamente dos: La esternotomía media par todos los tumores de localización anterior.

La toracotomía derecha o izquierda a través del quinto espacio.

Se han realizado cinco esternotomías medias y diez toracotomías derechas e izquierdas.

Se han realizado ocho extirpaciones com-

pletas, dos parciales, las dos con intento de descompresión de la V. C. S. en enfermos que presentaban su síndrome a causa de la obstrucción y cinco biopsias.

Los diagnósticos anatomopatológicos fueron: tres tumoraciones indiferenciadas malignas que con interrogante se podían etiquetar de timomas. Otros dos de origen tímico, un timoma con miastenia gravis y un carcinoma epidermoide de timo, tres de origen neurogénico, un quiste mesotelial, un quiste de pericardio, un carcinosarcoma extrapleural, un tumor células plasmáticas. Rabdomiosarcoma. Reticulosarcoma.

De los 15 hay tres fallecimientos: uno a los cuatro meses y los otros dos en la segunda semana. Estos dos debidos a insuficiencia respiratoria y los dos correspondían a tumoraciones malignas indiferenciadas.

Equilibración del mediastino en el posoperatorio de tórax

Doctores V. Tarazona, E. Blasco y F. París Roméu

RESUMEN

En el curso posoperatorio de la Cirugía pulmonar, las neumonecтомías son las intervenciones que más repercuten sobre el

mediastino. La estabilidad de éste depende de la presión diferencial entre ambas cavidades pleurales. Un aumento de la presión

en el lado de la neumonectomía va a provocar un rechazamiento contralateral del mediastino con compresión en el pulmón restante; por el contrario, una depresión exagerada lo atraerá produciendo acodamientos vasculares, que junto con los mecanismos reflejos pueden abocar a un shock cardiogénico. Al mismo tiempo el vacío favorecerá la exudación del espacio pleural.

Los métodos de drenaje empleados en el posoperatorio de las neumonectomías son los siguientes:

a) **Tórax cerrado:** Supone la práctica de punciones pleurales para extraer el exudado y equilibrar las presiones. Su repetición resulta incómoda para el cirujano y no consigue siempre una evacuación del tórax correcta, reteniéndose coágulos que constituyen una fuente de irritación y exudación.

b) **Drenaje bajo clamp y vaciado intermitente del seroma acumulado:** Empleado por nosotros en una primera época, no nos permite un control constante de las presiones ni de la cantidad ni naturaleza del líquido intratorácico. A la vez, las maniobras repetidas sobre los tubos aumentan las posibilidades de infección.

c) **Drenaje bajo Bulau:** Lo creemos peligroso por el grave desplazamiento mediastínico que puede llegar a producir.

d) **Sistema de Laforet y Boyd:** Es el que hemos empleado en las 23 últimas neumonectomías. Su sencillez de manejo y ausencia de complicaciones nos hace considerarlo como el método óptimo para la equilibración del mediastino. Se compone de tres frascos: el primero de ellos sirve de recipiente y los otros dos mantienen las presiones intrapleurales dentro de ciertos límites, funcionando como válvula de escape cuando sus cifras rebasan el valor de + 1 ó 2 cm. de H₂O y - 13 cm. de H₂O.

En ciertos casos hemos efectuado el estudio manométrico intrapleural mediante una cámara de Elema-Scholander adaptada a un canal del Mongograph 81, con registro en la respiración normal, forzada o en los golpes de tos. Al mismo tiempo se han

medido en un espirómetro los volúmenes de aire que salen del tórax en la espiración a través del frasco de descarga positiva, y los que toma de la atmósfera en la inspiración.

Las gráficas siguientes corresponden al caso núm. 21, demostrando que las presiones intratorácicas del lado operado, mantenidas con el sistema de Laforet y Boyd, oscilan con la respiración normal entre + 5 y - 3 cm. de H₂O, mientras que en la respiración forzada llegan a + 8 y - 16 cm. de H₂O. Tan sólo con los golpes de tos se alcanzan cifras de + 29 y - 34.

En la diapositiva que a continuación se proyecta se comparan los registros manométricos del mismo enfermo, utilizando el drenaje a lo Bulau, el sistema de Laforet y Boyd y el tórax cerrado. Con esta experiencia hemos observado que en la respiración normal y forzada el sistema de Laforet y Boyd mantiene las presiones intrapleurales del lado operado cercanas a las del hemitórax opuesto, aventajando, por tanto, al tórax cerrado. Por el contrario, con los golpes de tos, el cierre hermético de la caja torácica se opone mejor al desplazamiento mediastínico que si tiene un tubo de descarga. Esto puede soslayarse en el citado sistema de Laforet clamplando las conexiones en el momento de la tos.

En el enfermo núm. 20 se ha estudiado el trasiego de aire entre el sistema de equilibrio y el exterior, que con respiración forzada a un ritmo de 38 resp/min. alcanzó la cifra de 845 cc/min. Estas cifras pueden estar sometidas a variación según el desplazamiento estático previo, las características de elasticidad del tejido mediastínico y el tamaño y amplitud de la motilidad toracodiafragmática.

En los 23 casos en los que se ha empleado este sistema, se ha encontrado el mediastino centrado en la radiografía posoperatoria y después de retirar el drenaje a los dos o tres días pocos pacientes necesitaron punciones evacuadoras del tórax.

Para terminar, queremos resaltar que el empleo de este sistema no ha aumentado el porcentaje de empiemas posoperatorios. En nuestra estadística sólo ha habido un caso de contaminación no imputable al método, y que se solucionó favorablemente sin necesitar Cirugía de colapso.