

## LA ATELECTASIA PULMONAR REFLEJA CONTROLATERAL EN EL POST OPERATORIO DE UN DOBLE QUISTE HIDATICO DEL PULMON (\*)

Dres. Carlos Stajano y Juan José Scandroglío

Se trata de un doble quiste hidático del pulmón operado en un tiempo con baronarcosis. Un pequeño quiste del tamaño de un damasco en el lóbulo inferior y otro del tamaño de una naranja en el lóbulo medio del mismo lado. Ambos extirpados enteros: el primero por el clivaje aconsejado por Ugón; el segundo por el método de Pérez Fontana. He aquí una primera parte, técnicamente objetable, pues hubimos de proceder a una lobectomía en el quiste hidático del lóbulo medio por razones obvias que la experiencia ya nos ha enseñado. Pero consignar este error no es el único objeto de esta presentación. Lo instructivo para todos, es que esta enferma murió, y el motivo de su muerte es lo que interesa como enseñanza. El post-operatorio inmediato no dió nada que pudiera alarmarnos. En las 24, 48 horas, se define una atelectasia bilateral clínica y radioscópicamente. El bloque atelectásico del pulmón izquierdo, es decir, del lado opuesto a la toracotomía operatoria, es muy grande y ocupa prácticamente, gran parte del pulmón.

Fallece esta enferma al quinto día con un gran cuadro de choc, a pesar de toda la terapéutica intensiva que se le instituye: Cortigen, sangre, plasma, oxigenoterapia, etc., cloruración hipertónica, etc., a parte de los antibióticos de rutina.

*Estudio autopsico.* (Resumen). En el hemitórax derecho, la pleura está libre, sin líquido ni sangre. Ambas cicatrices pleurales de ambos quistes operados, perfectas, lustrosas, organizadas.

---

(\*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 13 de junio de 1951.

El lóbulo medio, asiento del quiste mayor, está infartado y negro macroscópicamente. Se procede a fijarlo y estudiarlo histológicamente con precisión.

En el hemitórax izquierdo, grueso block atelectásico, *con ligero derrame hemático pleural*. Nos atrevimos a denominar esta atelectasia izquierda como refleja y controlateral. Y ¿cuál es la razón? Es la comprobación histológica precisa y detallada, que nos muestra un hematoma enquistado como la lesión causal, como fuente reflexógena en el lóbulo medio operado, y la acción refleja intersticial en el pulmón izquierdo, a forma de reflejo contralateral pulmo-pulmonar, similar a los reflejos simétricos que hemos estudiado en otras regiones de la economía y que hemos provocado experimentalmente.

1º) La lesión causal como espina reflexógena. El estudio histológico del lóbulo medio operado, nos pone de manifiesto que el lecho del quiste hidático extirpado en block, por clivado de la adventicia, era la sede de un hematoma a tensión que no tenía más de 5 cms. de sangre y que no podía evacuarse por vía brónquica, pues no había bronquio permeable; ni hacia la cavidad pleural, dado que la sutura pleural era hermética. A pesar de nuestro cuidado en el acto operatorio de suprimir la superficie sangrante del lecho inicial, nuestra aguja seguramente hirió algún vaso, origen de la hemorragia, que no mató por su ínfima cantidad, sino que actuó, distendiendo en una pequeña cavidad de neo-formación los tejidos circundantes. Se produjo una lesión específicamente chocante, vale decir, *una distensión intersticial*, cuya acción nociva hemos estudiado clínica y experimentalmente en otros parénquimas viscerales (páncreas, hígado, riñón, ovario, testículo, etc.) y presentado en numerosas oportunidades.

2) La acción refleja tuvo su manifestación: a) en el resto del lóbulo medio del lado derecho, rodeando al foco de hemorragia enquistado, mostrando las lesiones fluxionarias del intersticio, típicas de la mal llamada atelectasia pulmonar; y b) en la gran superficie de la base del pulmón izquierdo (lado opuesto) con las exactas características anatómicas que hemos detallado en trabajos anteriores y relacionados con la atelectasia experimental refleja en los perros, e idénticas a su vez en todos sus detalles a la atelectasia humana que hemos denominado instantánea, en

los casos de muertes súbitas, o a breve plazo, después de los grandes traumatismos viscerales distantes.

La documentación anatómico-histológica detallada de esta observación, presentada a la Sociedad, consta en los anales de la Facultad de Medicina. Año 1951, edición en prensa.

**Dr. Armand Ugón.** — El Dr. Stajano tuvo la gentileza de relatarnos el proceso evolutivo seguido en un enfermo operado de dos quistes hidáticos hialinos del pulmón derecho, uno del lóbulo inferior, que fué enucleado —según la técnica que preconizamos— y el otro, del lóbulo medio —que se extirpó en block vesícula y periquística—. Esta última maniobra determinó una hemorragia que yuguló con varios puntos de sutura hemostática. El enfermo hizo en el post-operatorio lesiones congestivas con hemorragias difusas y focos de enfisema en el pulmón controlateral, que determinaron su fallecimiento, al 3er. día de operado.

El Dr. Stajano interpreta estos hechos como causados por un reflejo controlateral, algo así como se ve en los reflejos reno-renales.

Este reflejo pulmonar lo interpreta el Dr. Stajano como ser determinado por la distensión, por la hemorragia periadventicial de los filetes nerviosos del pulmón. Creemos muy interesante esta concepción y los meritorios esfuerzos realizados en la experimentación por el Dr. Stajano, que merecen toda nuestra atención y abren una nueva ruta a la investigación de la atelectasia postoperatoria.

El Dr. Stajano ha puesto el acento sobre los fenómenos funcionales.

Creemos, sin embargo de utilidad, puntualizar que en nuestro procedimiento de tratar los quistes hidáticos hialinos —es fundamental evitar el pasaje de sangre a la tubería bronquial— pinzando minuciosamente los bordes de la brecha adventicial que sangran, aspirando la sangre que eventualmente puede caer dentro de la adventicia— y deslizando de inmediato, después de producido el “parto hidático”, una gasa para absorber la sangre y evitar cualquier inundación pulmonar. Estimamos que estas maniobras proporcionan tranquilidad postoperatoria y evitan pequeños focos atelectásicos causantes de fenómenos fluxionarios perifocales o hemorragias intraalveolares secundarias.

Creemos que los procedimientos que extirpan la periquística no dan esa seguridad de mantener limpio el pulmón en la operación, en el post-operatorio, y que es muy fácil el pasaje de sangre a la tubería bronquial, con los perjuicios consiguientes.

Es axiomático el evitar de todas maneras la inundación del parénquima pulmonar, no sólo por sus secreciones, pus, mucosas, etc., sino también por la sangre, cuyos perjuicios se pueden controlar tomando radiografías inmediatas después del acto operatorio, cuando existió pasaje de sangre al pulmón.

Creemos que extirpar la periquística en el pulmón es una maniobra inútil y peligrosa. Sin embargo, si se considera necesaria, habrá que dise-

car previamente el bronquio fuente y realizar su obliteración temporaria y atraumática para evitar el pasaje de sangre al pulmón con los perjuicios consiguientes.

**Dr. Etchegorry.** — Yo pediría que quedara abierta la discusión, porque tengo la noción, por lo que dijo el Prof. Stajano, que aquí hay una ligera o, por lo menos, aparente discrepancia, pero importante discrepancia, porque Stajano, si no lo comprendí mal, insistió en la pequeña cantidad de hemorragia enquistada en una pequeña cavidad en distensión.

Stajano hace partir su reflejo, y es fundamental, no de una división del tejido tumoral, sino de la tensión producida en una determinada cavidad como reflejo; ese es el principio básico en que se basa Stajano para un síndrome, es un reflejo de reflejo. El pequeño reflejo por una cavidad en distensión; dice Stajano que si no hubiera suturado la cavidad, lo más probable era que el enfermo no se hubiera muerto.

Hago moción para que quede abierta la discusión hasta que Stajano diga por qué. Armand Ugón ha tenido el trabajo en la mano y no pudo apreciar las cosas bien; me interesaría que Stajano opinara en el asunto de nuevo, porque hizo hincapié en la pequeña hemorragia, en tensión.

**Dr. Hughes.** — Yo tengo la impresión de lo mismo que dijo el doctor Etchegorry; Stajano hace hincapié en que la cantidad de sangre era mínima; no sé si algún consocio se acuerda. Esa es la impresión que sacamos aquí. Es un problema de orden funcional, a punto de partida de una pequeña cantidad de sangre a tensión.

**Dr. Stajano.** — Leyendo con detención el texto de la comunicación, puede omitirse toda aclaración a lo planteado por el Dr. Ugón, agradeciendo el interesante comentario.

**Dr. Vigil.** — El Dr. Stajano nos ha traído ya en varias oportunidades algunas experiencias y algunas experiencias clínicas en el mismo sentido que él traduce para explicar estos procesos. Yo le querría preguntar dos cosas, nomás. Si en ninguno de estos momentos ha ensayado terapéutica simpaticolítica o la anestesia estelar en los procesos que acompañan a este síndrome de llamada atelectasia y que en otras oportunidades nos ha mostrado y aun experimentalmente que pueden estar en relación con procesos de agresión abdominal de variada naturaleza, de variada etiología y que por lo demás experimentalmente ha probado. Yo quería saber si no ha utilizado nunca la terapéutica simpaticolítica y si no ha utilizado en ninguno de estos casos de atelectasia la anestesia estelar.

Y la segunda cosa que quería saber es si las necropsias efectuadas no le han demostrado en estos procesos, tales como los ha descrito, si se encuentra en otros parénquimas tales especialmente como el riñón, el cerebro y el corazón. Son las dos cosas que quería preguntarle.

**Dr. Stajano.** — Voy a contestar con mucho gusto al Dr. Vigil las dos preguntas.

Dr. Stajano. — Voy a decir lo siguiente: que no he realizado una vez producida la atelectasia ninguna medicación para rehacer el entuerto, porque no he creído que pudiera traer nada útil para ello, de acuerdo con lo que había visto producir experimentalmente. Eso sí, después de haber visto que se producía una reacción intersticial, capilar, a consecuencia de esos traumatismos distensivos viscerales, en los canales, páncremas sólidos, estiramiento peritoneo-parietal, se me ocurrió pensar que si yo interrumpía la vía aferente del reflejo, es decir, cortar el camino reflejo hacia las partes altas, yo podría hacer una obra útil y en ese sentido he hecho y lo hago hacer sistemáticamente en la cirugía biliar, en la cirugía gástrica, a pesar de hacer anestesia general, hago sistemáticamente la anestesia con novocaína al  $\frac{1}{2}$  % infiltrando con jeringas de 20 c.c.; inyecto el plexo solar, inyecto grandemente el plexo solar y he obtenido resultados que no son siempre totales, he tenido por ejemplo un porcentaje de disminución de complicaciones pulmonares en la gran cirugía de vientre, alto, tendiendo a abolir la complicación pulmonar. En cambio en algunos casos que no he podido hacer infiltración anestésica, ya sea por el campo bloqueado por muchas adherencias, y no poder alcanzar directamente al plexo, esas maniobras anteriores han dado lugar a las complicaciones que siempre se producen; es decir que cuando el plexo solar no se bloquea la complicación pulmonar es la regla, y por eso pido a muchos cirujanos que examinen sistemáticamente a sus operados, y me digan si no tienen síntomas de base derecha o si no tienen ninguna complicación de esa entidad; sistemáticamente en el 100 % de los casos tienen complicaciones pulmonares, mismo en enfermos en las mejores condiciones, y si se busca se encuentra. Quiere decir que si se bloquea el plexo solar la complicación disminuye o no aparece y cuando yo empecé estas cosas, mis asistentes no creían. Están aquí el Dr. Suárez, Meléndez, Suiffet, y otros asistentes míos que se olvidaban y operaban vías biliares o estómagos y yo les preguntaba si habían hecho y me decían: "Me olvidé", y ese enfermo hacía la complicación pulmonar, de manera que estoy convencido de que se puede evitar. Esa pregunta la he contestado, no sé si satisfactoriamente o no.

Se puede suprimir siempre, que se pueda bloquear totalmente. Otro detalle: yo bloqueaba antes el pedículo hepático, infiltraba nada más que la zona del pedículo hepático y no es suficiente, pues se produce la complicación pulmonar. Tiene que irse al plexo solar para evitarla. Antes me engañaba, creía que hacía bloqueo y no lo hacía; hay que ir al centro solar para que el bloqueo sea eficiente.

En la cirugía de bocio, creo que hay que hacer bloqueo a pesar de la anestesia general, para evitar los reflejos aferentes que dan complicaciones pulmonares a su vez, pues ciertas estadísticas dan porcentajes altos en la cirugía de bocio; en la cirugía de recto hago lo mismo: infiltro el pedículo mesentérico inferior y hago el decolamiento y hago resección, pero bloqueo toda la parte correspondiente a la agresión, o la que puede ser agresiva en la zona operada.

En cuanto a lo que me dice de los otros parénquimas, diré que sistemáticamente lo hemos buscado, y no he querido extenderme porque no se puede al hablar de un plato grueso como es éste, simultáneamente a otro plato grueso como es toda la patología refleja. Me he referido a la reacción intersticial del pulmón, pero en todos los casos hemos estudiado el parénquima renal, hemos estudiado la glándula suprarrenal, siendo esta glándula y el intersticio del pulmón, como los dos perros de alarma frente a la agresión; ladran en seguida y las reacciones son extraordinarias; hay una fluxión intersticial capilar, refleja, vasos dilatados, hemorragias intersticiales, evidentes, en los casos humanos y en casos de patología experimental y no lo he traído hoy porque he querido hacerlo a su tiempo, deseando limitarme para hacer las cosas bien; me he concretado al intersticio del pulmón; pero les adelanto que en el intersticio del riñón y suprarrenal especialmente, hay cosas extraordinarias. En el corazón, se ha estudiado, no hemos encontrado nada; otras vísceras como el cerebro, sistema nervioso para nada hemos tocado porque es complejo su estudio. El capítulo de riñón tiene tanto interés que los urólogos aquí presentes podrían dar valor a toda esa patología de nefrón inferior que es una patología funcional y que es refleja, que dura 3, 4, 5 días, y que mata si no se consigue compensar ese período —que es reversible— si el enfermo dura 3, 4 días. El momento peligroso es el momento del acmé de trastorno funcional y es posiblemente porque las lesiones anatómicas que hemos encontrado determinadas por una espina traumática agresiva que es la que determina ese shock renal. La suprarrenal, ni qué hablar que es capítulo enormemente grande, que tiene una gran repercusión e interés para los cirujanos, porque nos saca el velo de muchas cosas que imaginamos que existían, pero ahí está la prueba de que apenas se produce un traumatismo agresivo de cualquier parte de cierta intensidad, se produce un cataclismo vascular extraordinario. Es lo que quería contestar, y que adelanto, en exceso, porque después mostraré las piezas y los hechos que completan el gran capítulo de la agresión quirúrgica, sus manifestaciones clínicas y las lesiones anatómicas reflejas consecutivas.

---