Trabajo del Instituto de Enfermedades del Tórax

TORACOTOMIA EN ANZUELO (*)

Dr. Valentín L. Crosa Dorado

El motivo de esta comunicación es poner a consideración de los presentes una incisión de toracotomía que se viene utilizando desde hace dos años en el Servicio de Cirugía del Instituto de Enfermedades del Tórax.

Tiene el interés de no ser fruto de una disquisición puramente teórica, sino el de haber sido planeada tratando de resolver algunos pequeños, a veces no tan pequeños, inconvenientes que presentan las toracotomías corrientes.

La generalidad de estas incisiones fueron creadas para abordar una costilla o un espacio intercostal determinado.

No siempre es fácil topografiar por palpación externa un espacio o una costilla dados. Es por eso que con alguna frecuencia, el cirujano después de haber completado la incisión musculocutánea se encuentra con que la costilla que se le ofrece no es la que había elegido para entrar en la cavidad pleural, con la molestia consiguiente a un abordaje inadecuado.

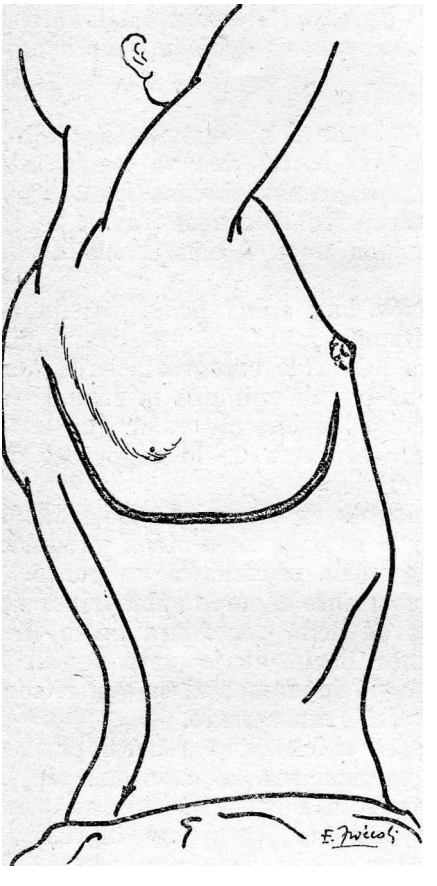
Por otra parte hay casos en los que por existir adherencias parietales extendidas a todo el hemitórax o varias lesiones de topografía múltiple, el abordaje único constituye un problema.

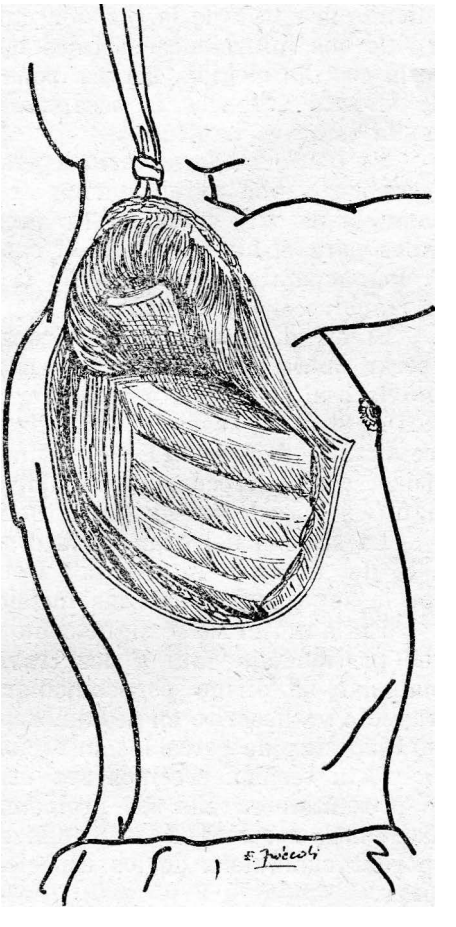
Entrando por el 4º o 5º espacio nos queda a mano el pedículo y la cúpula pleural pero el diafragma, especialmente el fondo de saco costodiafragmático posterior queda lejos de la vista y de la mano. Para abordar un espacio bajo en el transcurso de una toracotomía corriente hay que hacer una nueva incisión de piel y músculos o un decolamiento cutáneo extenso. Es por eso que el valioso recurso del reabordaje comúnmente no se utiliza.

En las incisiones corrientes el extremo anterior de las mismas tienen un trayecto de varios centímetros en que la brecha cutánea corre superpuesta a la del espacio o la del lecho perióstico. En pacien-

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 20 de noviembre de 1963.

tes muy adelgazados como se ve en ciertas neumonectomías por neoplasma, la sutura de la pleura queda separada de la de la piel en una extensión de varios centímetros por un delgado plano de gran serrato y el escaso tejido celular subcutáneo característico de la región. Se constituye una verdadera zona débil. Ocasionalmente aparecen operados en los que a pesar de la meticulosidad puesta en el cierre vemos





cómo en los golpes de tos violentos sale líquido por la extremidad anterior de la herida.

La toracotomía que presentamos evita, a nuestro criterio estos inconvenientes.

Comienza en el hombre por una incisión que parte dos traveses de dedo por debajo y detrás del mamelón; se dirige verticalmente hacia

abajo por dos o tres espacios, se incurva hacia atrás y pasando a dos traveses de dedo por debajo de la punta de la escápula se dirige hacia arriba por el espacio interescapulovertebral. Corre por dicho espacio cerca de la línea interespinosa y termina aproximadamente en el cuello de la costilla por donde se inició adelante la incisión.

Se seccionan los músculos gran dorsal, trapecio y romboides. Se localiza la 4ª o 5ª costilla según se desee. Se procede a seccionar siguiendo la curva de la incisión cutánea al gran serrato, a un centímetro de sus inserciones costales hasta llegar a la extremidad anterior de la costilla elegida. En esa zona el músculo es delgado y no sangra. Se levanta entonces la escápula con un lazo de cinta hilera y una venda como es habitual.

Se ha formado un gran colgajo, el que al ser movilizado deja al descubierto una extensa zona de parrilla costal que va desde la 4ª hasta la 8ª o 9ª costillas. Es decir, prácticamente todas las costillas útiles para el abordaje. En el caso excepcional de necesitar la 3ª con prolongar ambos extremos de la incisión unos 3 cms. hacia arriba, se resuelve el problema.

Si en el desarrollo de la operación hay adherencias difíciles de liberar sobre el diafragma o necesitamos practicar una frenotomía amplia o si se presenta cualquier otra lesión de topografía baja, abrimos el 8º o 9º espacio y tenemos en un par de minutos la región perfectamente expuesta. Es éste un recurso de enorme valor que no se utiliza con la frecuencia debida, a consecuencia de lo engorroso que significa hacerlo en las toracotomías clásicas.

La sección del gran serrato se efectúa en dirección perpendicular a la del músculo intercostal. Debido a esto la zona débil producida por la superposición de las incisiones queda reducida a un punto.

En la mujer no se sigue como es corriente el surco submarino, sino que partiendo de allí a dos traveses de dedo por fuera de la línea mamelar se dirige perpendicularmente hacia abajo para seguir el trayecto ya descrito en el hombre, pues lo fundamental es que el corte cutáneo siga de cerca las inserciones del gran serrato.

Esta técnica creemos sea útil para el cirujano general pues no se presentan en ella los problemas particulares de cada una de las incisiones electivas. Practicando siempre la misma incisión se puede abordar cualquiera de los espacios o costillas útiles para ingresar al tórax.

Es nuestro deseo que si alguno la llega a practicar les proporcione la misma utilidad que nos ha brindado a los que la practicamos a diario.