

Glomectomía cervical *

Tratamiento del asma bronquial

Dr. RAUL UGARTE ARTOLA

En 1961, Nakayama informa que una operación simple, la glomectomía carotídea, es verdaderamente efectiva para aliviar los pacientes asmáticos; publica su trabajo sobre 3.914 operaciones con un 72% de pacientes mejorados durante dos años y un 55% a los cinco años. Posteriormente, Overhold, Cottini, Siano Quirós y otros, relatan resultados similares. En el momento actual más de 7.000 operaciones han sido comunicadas.

Los resultados satisfactorios nos impulsaron a realizar la intervención y evaluar los resultados.

Alentados por el Prof. Bermúdez, operamos el primer paciente en nuestra Clínica del Hospital Pasteur en abril de 1965. Hasta el 31 de agosto pasado hemos intervenido 22 pacientes de la clientela hospitalaria y mutual.

Se ha realizado la remoción del corpúsculo carotídeo sin la neuroadventicectomía periarterial de la bifurcación carotídea, preconizada por algunos autores.

De los 22 pacientes, 12 eran hombres y 10 mujeres. La edad varió entre 9 y 68 años, la mitad de ellos estaban entre 30 y 40 años de edad.

El tiempo de padecimiento fue muy variable, entre uno y treinta años, con un promedio de quince años.

Catorce pacientes tenían accesos repetidos de disnea paroxística, cuatro tenían disnea de esfuerzo y tres disnea permanente.

Los pacientes nos llegaron a través del conocimiento de intervenciones realizadas en el extranjero y difundidas por revistas pseudocientíficas; posteriormente, nos llegan enviados por nuestros propios operados. Se seleccionaron para la intervención los

asmáticos de larga data, aquellos que tenían ataques muy frecuentes o los que eran resistentes a toda indicación. Se realizó glomectomía unilateral en 13 pacientes, bilateral en 9, de éstos, en dos casos en una sola sesión operatoria.

Actualmente realizamos la intervención bilateral en un solo acto operatorio, en los pacientes en estado de mal asmático irreductible, con muy buen resultado.

COMPLICACIONES

Tuvieron broncorrea persistente cinco pacientes; en una paciente, en que por error se realizó la incisión muy por delante del borde anterior del esternocleidomastoideo, se seccionó un filete del facial inferior, lo cual fue causa de una parálisis que cedió luego de varios meses del tratamiento. En otro paciente se produjo un desgarró de la carótida interna que obligó a realizar sutura sin consecuencias ulteriores.

RESULTADOS

Es muy difícil la evaluación objetiva de los resultados; como la mayoría de los autores, tendremos en cuenta la evaluación subjetiva referida a la frecuencia, intensidad y duración de los ataques, a la necesidad de la utilización de drogas para yugularlos y a la atenuación o desaparición de la disnea de reposo o de esfuerzo.

De nuestros pacientes no hay ninguno definitivamente curado. El tiempo de observación varía entre dos y dieciséis meses, con un promedio de siete meses.

Consideramos excelente resultado aquel en que el paciente ha quedado sin disnea

* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de setiembre de 1966.

de esfuerzo o permanente y que ha tenido esporádicamente algún pequeño acceso que cedió sin medicación.

Buen resultado en aquellos casos sin disnea de esfuerzo o permanente con ataques de poca intensidad o muy espaciados y que cedieron fácilmente con la administración de drogas en menor cantidad que en el preoperatorio.

El resultado lo consideramos regular cuando el paciente ha debido continuar tomando drogas permanentemente, aunque siempre en dosis menores.

Y es malo cuando queda igual que antes de la intervención.

Ningún paciente empeoró su padecimiento luego de la operación. Considerados así, tenemos 8 pacientes con excelente resultado, o sea un 47% sobre 17 pacientes controlados, en 6 el resultado fue bueno, 35% que sumado a lo anterior nos da un 82% de resultados excelentes y buenos.

Fue regular en 1 y malo en 2; son los de menor edad (9 y 10 años), donde se realizó la operación unilateral sin éxito. La ignorancia sobre la fisiología del corpúsculo carotídeo y su posible influencia en el crecimiento, nos detienen en la realización de la intervención bilateral en los niños.

RESUMEN

La glomectomía carotídea (intervención quirúrgica de nula o baja mortalidad, de escasa morbilidad y sin efectos colaterales) ofrece una esperanza para el alivio de los pacientes afectados de asma severa y/o resistente a toda medicación.

La prueba del tiempo y una investigación más amplia sobre las bases fisiopatológicas de la intervención, dirán o no si se incorpora a la práctica diaria.

RÉSUMÉ

La glomectomie carotidienne (intervention chirurgicale ayant une mortalité basse ou nulle et une moindre morbidité

et sans effets collatéraux) offre un espoir pour le soulagement des malades affectés d'asthme sévère et/ou résistante à toute médication.

L'épreuve du temps et une investigation plus ample sur les bases physiopathologiques de l'intervention diront si cette technique sera ou non incorporée à la pratique quotidienne.

SUMMARY

Carotid glomectomy, a surgical procedure with a very low mortality rate —if any—, of scarce morbidity and with no side-effects, has opened up hopeful prospects for the relief of patients with severe asthma and/or resistant to whatever medication.

Time and more extensive testing along the physiopathologic angles of the procedure will determine whether it will become a part of routine practice.

DISCUSION

Dr. Badano: Bueno, a la comunicacion del Dr. Ugarte, yo quiero señalar que desde el año 1963 he practicado la glomectomía bilateral con la resección de la adventicia de la arteria. Tuve mucha suerte porque la primer paciente que operé era una enferma de 50 años que hacía veinticinco o treinta años que sufría de asma y fue tan espectacular que pensé que eso curaba todos los síndromes asmáticos. La realidad, en la práctica de diez intervenciones, me ha demostrado que el optimismo que yo tenía no podía ser 100%.

De los 10 pacientes que operé, recuerdo que 6 de ellos podría decir que curaron; de los 4 restantes, 2 puede ser que curaron y 2 siguen tomando drogas igual que antes. Eso motivó que tratara de poner a punto el problema y asociara más con las indicaciones reales de la intervención. Creo que ahí está el asunto. Con el Dr. Moretti, que estudia bien desde el punto de vista alérgico y respiratorio, somos muy cautos; antes de indicar la glomectomía hacemos el test de la novocaína cuando está el enfermo en estado asmático. Si el test es positivo, si mejora con la infiltración de novocaína aunque sea unilateral, y después de catalogar el asma como un asma idiopática, es recién que indicamos la glomectomía bilateral con la adventicectomía. Nada más.