

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. H. García - Lagos)

TORACO - FRENO - LAPAROTOMIA PARA - PLEURAL

Eduardo - C. PALMA

El abordaje de la logia sub - frénica por la técnica de tóraco - freno - laparotomía de Mérola, suministra indudablemente una amplísima luz sobre el espacio sub - diafragmático, pero produce un pneumotórax quirúrgico de consecuencias a menudo perjudiciales para el paciente.

Este inconveniente fué evitado en gran parte con la maniobra de Constantini, consistente en efectuar la sutura de las dos hojas pleurales previamente a su sección, mediante un "surjet" apretado, que corre a lo largo del espacio intercostal, en forma de una herradura a ramas muy próximas, y que engloba al mismo tiempo los músculos intercostales correspondientes y el diafragma. La tóraco - freno - laparotomía de Mérola, completada con esta variante, constituye sin duda alguna una técnica de suma utilidad para el abordaje quirúrgico de los procesos patológicos situados en la parte alta de la logia sub - frénica.

Sin embargo, a pesar de la amplísima luz que proporciona al cirujano, esta técnica es algo traumatizante y tiene algunos otros inconvenientes de importancia. Así, la sutura de la pleura no siempre consigue efectuar un adosamiento hermético de las dos hojas serosas, en toda la extensión de la línea de sección produciéndose frecuentemente pequeños pneumotórax, máxime cuando el pasaje de las agujas y de los hilos de sutura puede producir pequeños desgarros pleurales. Este inconveniente es más acentuado, cuando la tóraco - freno - laparotomía es efectuada en una zona costal o intercostal elevada, pues entonces el fondo de saco pleural no habitado por pulmón, que es la zona en que la sutura a la manera de Constantini es más eficaz, es de menor extensión.

La comunicación pleural y el pneumotórax quirúrgico, aun parcial, representan además un peligro de infección pleural, cuando la intervención es efectuada para drenar una cavidad supurada. Finalmente la sección transversal de las fibras musculares del diafragma produciría, aún después de cicatrizada la herida operatoria, una invalidez funcional parcial, de cierta importancia, en el hemidiafragma correspondiente.

Una gran parte de estos inconvenientes podrían indudablemente ser subsanados, si se evitase de efectuar la sección de la hojas pleurales, así como el corte transversal de los haces musculares del diafragma. Ahora bien, hemos descrito recientemente una variante de técnica de la tóraco-frenolaparotomía ⁽¹⁾, que pretende realizar en gran parte esta doble finalidad.

Para ello hemos conseguido dos directivas principales:

1º) Efectuar el decolamiento y levantamiento del fondo de saco pleural, sin seccionarlo, y

2º) Efectuar la disociación del diafragma en la zona operatoria en el sentido de sus fibras musculares.

Numerosas observaciones anatómicas efectuadas en cadáveres nos permitieron establecer que ello era técnicamente posible, especialmente al nivel de las 5ª y 6ª costillas, basados en una serie de hechos y comprobaciones anatómicas: 1º) La menor profundidad del fondo de saco pleural a este nivel. 2º) Existe un espacio fácilmente decolable extra-fascial, contra la cara interna de cada costilla. 3º) Existen una serie de tractos fibro-conjuntivos que partiendo del borde de las costillas, vinculan la pleura a la pared costal, y podrían ser considerados como verdaderos ligamentos costopleurales. 4º) En esta zona la pleura diafragmática puede decolarse con relativa facilidad del diafragma, sin mayor peligro de ruptura diafragmática ni pleural; este hecho fué señalado ya en 1894 por el Prof. Navarro (A.). 5º) Los haces musculares del diafragma son fácilmente disociables entre ellos. A su vez, el peritoneo diafragmático es fácilmente clivable de la zona muscular de la cara profunda del diafragma.

(1) Consideraciones sobre el abordaje de la logia subfrénica (Palm-E.-C.), X Congreso Argentino de Cirugía. Buenos Aires, octubre 1938.

La técnica de tóraco-freno-laparotomía para -pleural ⁽¹⁾, luego de haber sido ensayada en numerosos casos en el anfiteatro de Anatomía, fué también empleada con resultados satisfactorios por nosotros, en los dos casos clínicos siguientes:

R. A., uruguaya, 45 años, soltera, domiciliada en el pueblo Tarariras (Depto. Colonia), ingresa a la Sala Padre Ramón (Servicio del Prof. H. García Lagos) el 3 de diciembre de 1936. Colectectomizada hace 4 años. Padece desde hace 1½ año, nuevamente de trastornos dispépticos de tipo hepático, con intolerancia para la digestión de huevos, grasas, carne hervida, etc. Desde hace 4 meses su dispepsia se ha aumentado, teniendo frecuentes crisis dolorosas post-prandiales, de mediana intensidad, en el hipocondrio derecho, acompañadas de mareos y vómitos biliosos. No ha tenido ictericia. Desde hace unos 2 años ha notado una tumoración reductible, en la parte inferior de su cicatriz operatoria.

Examen. — Persona obesa, con buen estado general, mucosas bien coloreadas, sin ictericia; pulso lleno, regular, de 84 por minuto. En el abdomen se comprueba una eventración moderada de unos 4 centímetros, en la parte inferior de su cicatriz operatoria para -mediana derecha, a contenido intestinal.

El reborde hepático es palpable, pero no doloroso; la percusión del límite superior muestra que el hígado está aumentado de volumen llegando casi hasta el 4º espacio intercostal. Resto del abdomen sin particularidades. Estudio radiológico efectuado el 9 de Diciembre de 1936 (informe B. 17.980): Diafragma derecho elevado y muy combado. ¿Quiste hidático de cara superior de hígado? Reacción de Cassoni negativa. Reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, negativa. Orina normal. Urea en el suero 0 y 20 %.

Se interviene el día 24 de Diciembre de 1936, por su eventración y con el diagnóstico probable de quiste hidático de cara superior de hígado. (Dres. Palma y Roca-Estévez). Anestesia general al éter (anhídrido carbónico).

Incisión abdominal para reseca la cicatriz de la antigua intervención. Incisión de unos 10 cms. a lo largo de la 6ª costilla derecha, a partir del reborde torácico. Se secciona piel, tejido celular subcutáneo y plano muscular del gran oblicuo y digitación del gran serrato. Se desperiosta la 6ª costilla y se extirpa en toda la extensión de la incisión, así como su cartílago; sección del reborde cartilaginoso del tórax. Se decola con sumo cuidado la pleura parietal del periostio profundo de la 6ª costilla, así como de los músculos intercostales y de las costillas 7ª y 5ª, teniendo especial cuidado con las adherencias a nivel de sus bordes. Se repera el fondo de saco pleural y se levanta, efectuándose con relativa facilidad el decolamiento inter-pleuro-frénico en una extensión de unos 8 o 10 centímetros. Se carga el fondo de saco pleural con un separador y se procede a atravesar el diafragma disociando sus haces musculares en la dirección de sus fibras, cosa que se efectúa con toda faci-

(1) Descrita en detalle en la comunicación al X Congreso Argentino de Cirugía.

lidad, cargándose entonces los bordes disociados del diafragma con los separadores. Se procede a abrir el vientre al nivel de la porción abdominal de la incisión, en la zona de la antigua herida; luego se prolonga la sección del peritoneo a la zona diafragmática.

Se obtiene una amplísima luz operatoria, percibiéndose con facilidad la cara superior del hígado en una gran extensión, especialmente en su parte central y anterior; se observa una deformación de la cara superior del hígado, con una saliente central globulosa con aspecto de parénquima hepático normal. Se efectúan 4 punciones sucesivas en esa zona, con aguja gruesa y larga, siendo su resultado negativo, no encontrándose signos de quiste hidático, y extrayéndose sólo sangre. Se interpreta como un posible tumor benigno del hígado (¿adenoma?). No se hizo biopsia, por temor a la hemorragia, dada la gran vascularización de la zona. Cierre del peritoneo con un surjet. Sutura del diafragma con puntos sueltos. Sutura del reborde cartilaginoso del tórax, con catgut cromado N° 3. Sutura del plano muscular gran oblicuo — gran serrato, de la porción torácica de la herida operatoria, con puntos sueltos. Cierre de la pared abdominal en 2 planos, con seda. Crin en la piel.

Excelente evolución post-operatoria; se levantó a los 13 días. Alta 8 de enero de 1937, al 15 día de su intervención, sin ninguna molestia en su zona operatoria y sin trastornos a la respiración profunda. No se tienen datos posteriores de su evolución.

E. F., 20 años, uruguaya, soltera. Ingresa a la Sala Padre Ramón al Servicio del Profesor H. García Lagos, el día 24 de Mayo de 1938, por un fuerte cólico hepático. Padece de dispepsia de tipo hepático desde la edad de 12 años, habiendo recrudecido sus trastornos en los últimos 3 años. Ha nido varios cólicos hepáticos e ictericia, con decoloración parcial de las materias fecales y orina colúricas.

Antecedentes personales: operada en 1931, extrayéndosele un fibroma. Reintervenida en marzo de 1932 (Dr. J. P. Otero), con incisión de Pfannenstiel, extrayéndose de la pelvis una serie de masas gelatinosas, con pocas adherencias a las vísceras pelvianas, efectuándosele al mismo tiempo la apendicectomía. Osteomielitis del maxilar inferior, operada en 1929. Al examen se comprueba: buen estado general, tinte sub-ictérico de las conjuntivas y mucosas, pulso 92, temperatura axilar 37° 4/5. Abdomen: dolor neto a presión en la zona vesicular, con signo de Murphy positivo; el límite superior del hígado se extiende hasta el 4° espacio intercostal; hay sub-matid acentuada en la parte inferior de la pared externa del hemitórax derecho. Orinas algo colúricas, materias fecales coloreadas. Urea en el suero guineo 0.18 %. Reacción de Wassermann en el suero sanguíneo, negativa. Reacción de desviación del complemento para la hidatidosis, negativa. Cistografía por inyección (28 Mayo A. 9057): Vesícula con débil concentración, sin sombras de cálculos. La radioscopia muestra, un hemidiafragma derecho algo elevado, llegando hasta el 4° espacio intercostal.

Hallándose mejorada la paciente, se la interviene el 6 de junio de 1938 (Dr. Palma y Practs. Alonso y Calegari) por medio de una incisión de

raco - freno - laparotomía, con el fin de explorar a la vez la cara superior del hígado y las vías biliares. Anestesia general al éter — CO². Incisión en el 7º espacio intercostal derecho de unos 7 cms., prolongada en el abdomen en unos 3 ó 4 cms. y completada con un trazo abdominal horizontal de 3 cms., sección de piel, tejido celular subcutáneo y del músculo gran oblicuo en la dirección de sus fibras. Se secciona el 8º cartílago costal y luego con mucho cuidado todos los músculos intercostales del 7º espacio.

En la porción abdominal de la incisión, se secciona al músculo pequeño oblicuo, clivándose y seccionándose parcialmente también el músculo transverso. El músculo gran recto es reclinado. Se decola con dificultad la pleura parietal de las costillas 7ª y 8ª; luego se libera el fondo de saco pleural, y se efectúa su decolamiento de la cara superior del diafragma, cargándolo entonces con un separador. Se cliva el músculo diafragmático entre las inserciones en los 7º y 8º cartílagos. Apertura del peritoneo en toda la extensión de la incisión operatoria. Se explora la cara superior del hígado que es ampliamente accesible, comprobándose una gran cantidad de adherencias al diafragma, que se liberan con alguna dificultad, en toda su extensión. La vesícula biliar está algo deformada, presentando una serie de adherencias en los órganos vecinos, especialmente al duodeno, los que son liberados en su totalidad. La exploración de la vesícula y de las vías biliares no revela la existencia de ningún cálculo biliar, pero sí, signos de colecistitis crónica. Se procede a efectuar la colecistostomía, saliendo bilis muy oscura, casi negra, de éstasis. Cierre de la pared abdominal por planos, dejando un pequeño drenaje con mecha en la zona del fondo de la vesícula, en que se halla abocado el tubo de drenaje.

Sutura del diafragma. Sutura con catgut cromado del reborde condro-costal. Cierre de la parte torácica de la brecha operatoria, suturada los del gran oblicuo. Crin en la piel.

La evolución operatoria fué buena, siendo dada de alta la paciente, el . . de julio de 1938, con una pared abdominal sólida, al nivel de la cicatriz operatoria, con buena motilidad diafragmática y excelente estado general. (Meses después sus crisis de cólicos hepáticos se repitieron).

Si bien nuestra experiencia clínica de esta variante para-pleural de la tóraco - freno - laparotomía es muy reducida, y sólo una experiencia mucho mayor y con casos más difíciles permitiría sacar conclusiones de importancia, por lo menos en estos dos casos clínicos se confirmaron los resultados obtenidos en el anfiteatro de anatomía, comprobándose que esta técnica suministra una luz bastante amplia a la parte más alta, profunda y anterior de la logia subfrénica. Ella evita la sección de la pleura y por tanto el peligro de pneumo - tórax y la posibilidad de una infección pleural, cuando se drena colecciones supuradas. Además en la Obs. N° 2 pudo comprobarse, que la recuperación funcional

del diafragma fué normal, debido posiblemente a la falta de sección transversal de sus fibras musculares.

No puede negarse tampoco que esta técnica tienen inconvenientes de importancia. En efecto, es de realización bastante difícil y el peligro de ruptura de la pleura está siempre presente durante las maniobras de decolamiento del fondo de saco pleural, especialmente de la pared costal. Además es muy posible que, en muchos casos patológicos, se creen adherencias que hagan imposible toda maniobra de decolamiento para - pleural.

Finalmente ella no puede ser empleada a cualquier nivel, sino especialmente en la zona que corresponde a la 5ª ó 6ª costilla, no pudiendo ser utilizada para el abordaje de procesos que se encuentran situados en la parte externa y posterior de la logia sub - frénica.
