

PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Víctor Armand Ugón.

ABORDAJE TRANSTORACICO DE LAS VISCERAS SUBFRENICAS

Dr. C. Víctor Armand Ugón

(Departamento de Cirugía Torácica del Ministerio de Salud Pública)

La rigidez del reborde condro-costal asociada a la tensión de los músculos abdominales y del diafragma hace difícil la exposición de las vísceras situadas por debajo de la cúpula frénica - principalmente en sujetos obesos, de vientre tenso, con tórax estrecho en su base y diafragma alto intratorácico.

Los diversos tipos de laparotomías subcostales, aún aquellas más mutilantes formando colgajo, dan un acceso pobre al espacio subfrénico.

Cuando estas incisiones se acompañan de invasión sobre el reborde condral, la luz del campo operatorio mejora, pero aún así, el manipuleo de las vísceras no es fácil y es difícil sustraerse a tironeamientos viscerales peligrosos necesarios para exponer las lesiones.

Estas invasiones mínimas sobre el reborde condral de las incisiones laparotómicas - sin proporcionar todos los beneficios de las amplias tóraco-frenotomías adolecen de todos sus inconvenientes derivados de la abertura de la cavidad pleural.

Por las razones anotadas y fundamentándonos en la experiencia de benignidad —que tenemos de la vía torácica— no titubeamos en aconsejar la tóraco-frenotomía amplia complementada o no por sección del reborde costal con extensión laparotómica en el tratamiento quirúrgico de afecciones subfrénicas.

Insistimos que la incisión de toracotomía debe ser **amplia**, —practicada en decúbito lateral incompleto— con **buena fijación** del enfermo sobre la mesa operatoria para evitar **su desplazamiento**.

Preferimos practicar una resección costal muy extendida - desde la apófisis transversa hasta el reborde - se estima que suministra un campo operatorio más **exangüe** y **amplio** que el de la simple incisión intercostal.

Se ha resecado desde la 6ª hasta la 11ª costilla según la localización topográfica de la lesión.

Habitualmente la costilla resecada es la 8ª.

Abierto el tórax, se coloca el separador de Finochietto - se inspecciona la cavidad pleural y el pulmón - que siendo sanos se mantienen alejados del campo operatorio con amplias compresas.

Se anestesia el nervio frénico con novocaína - en la zona de su penetración diafragmática - y luego a través de este músculo que se ha vuelto flácido - se palpa, inspeccionando el espacio subfrénico.

Se colocan puntos de seda gruesa que sirven de tractores sobre el diafragma y se practica una frenotomía extendida - si es posible - en la dirección de las fibras musculares. El control de hemostasis del diafragma debe ser minucioso. Si el nuevo inventario de las lesiones y las dificultades operatorias lo reclaman - se ampliará la incisión sobre el abdomen - maniobra casi siempre innecesaria.

Los inconvenientes de la **vía transtorácica** sobre los cuales tanto se ha escrito - es la evolución del **neumotórax operatorio** - problema resuelto gracias a la intubación traqueal y anestesia con baronarcosis - condiciones ineludibles para evitar la anoxia y posibilidad de muerte por asfixia ocasionada por el colapso pulmonar y desplazamientos mediastinales.

Terminada la intervención visceral es necesario reconstituir minuciosamente la incisión de frenotomía, instaurar un drenaje aspiratorio hemático de la pleura que durará de 24 a 48 horas, y cerrar el tórax por planos.

Si es necesario drenar el abdomen, como lo es en los quistes hidáticos del hígado abiertos en las vías biliares, en los abscesos ambianos, etc., el drenaje se practicará siempre por vía subfrénica y transabdominal y nunca a través de la serosa pleural. El drenaje abdominal también debe ser cerrado y aspirativo, porque el cierre del diafragma difícilmente es hermético y el aire puede pasar del abdomen al tórax, manteniendo un grave neumotórax post-operatorio.

Es fundamental reexpandir completamente el pulmón, antes de cerar el tórax, y controlar en las horas subsiguientes por radiografías la completa reexpansión pulmonar.

Los operados de abdomen por vía transtorácica tienen habitualmente un post-operatorio menos doloroso que aquellos operados por laparotomía, su evolución es más simple siendo menor el balonamiento.

Creemos que la visión genial de la tóraco-freno-laparotomía del eminente maestro de la cirugía uruguaya —Prof. Lorenzo Mérola— si no tuvo la inmediata universalidad por los insustituibles beneficios que brinda a los cirujanos, fué por la ausencia en la época que se preconizó —año 1917— de las actuales técnicas de anestesia que suprimen el peligro de la travesía pleural.

Se debe insistir siempre que la freno-tóraco-laparotomía es una operación fundamentalmente torácica, y que aún la mínima abertura pleural tiene todos los inconvenientes y peligros inherentes a la toracotomía, y que para ser benigna, exenta de complicaciones, requiere las estrictos cuidados post-operatorios de los tóracotomizados.

En el Departamento de Cirugía Torácica ha sido utilizada en más de doscientos enfermos; se exploraron 93 esófagos y se practicaron 37 anastomosis esófago-gástricas.

En los meses corridos del año 1952 se ha utilizado el abordaje transtorácico en 42 enfermos, la incisión torácica se juzgó suficiente y sólo por excepción se complementó por el apéndice de la incisión abdominal.

Las intervenciones practicadas en 1952 fueron las siguientes:

- 14 quistes hidáticos del hígado
 - 2 esplenectomías
 - 3 resecciones gástricas
 - 9 resecciones de esófago
 - 4 hernias diafragmáticas
 - 10 tóraco - freno - laparotomías exploradoras (neoplasias, etc.).
- 42 operados

Sobre estos 42 operados hubieron 3 muertes: una por bronconeumonía derecha al 9º día en un tóracotomizado izquierdo esófago gastrectomizado; la segunda muerte por embolia masiva en un gastrectomizado al 8º día y la 3ª muerte se produjo en un ope-

rado de esófago, de una manera inesperada, a los pocos minutos de terminarle la intervención quirúrgica, muerte que se interpretó como una muerte de causa anestésica.

Sobre estos 42 operados no hubieron complicaciones pleurales de importancia, ni empiemas post-operatorios, a pesar de que en el acto operatorio se practicó varias veces evacuaciones transtorácicas de colecciones supuradas subfrénicas y hepáticas. En algunos casos a la operación abdominal se aparejó operaciones sobre el pulmón: extirpación de quistes hidáticos del pulmón, lobectomía y/o neumonectomías, sin complicaciones ocasionadas por la concomitancia de la intervención abdominal.

Por último en un caso reciente se practicó una tóraco-frenolaparotomía para tener mayor luz posible sobre un enorme neurima intratorácico, que ocupaba los 2/3 inferiores del hemitórax. En este caso el complemento abdominal de la toracotomía fué requerido por una lesión estrictamente torácica, inextirpable por la simple toracotomía.

RESUMEN

De acuerdo con la experiencia adquirida se preconiza la vía transtorácica en los siguientes casos de cirugía frénica:

1º) En enfermos obesos, de vientre tenso, de tórax estrecho y diafragma intratorácico muy elevado.

2º) En todos los casos de hidatidosis del lóbulo derecho del hígado —pues es la única incisión que permite inventarios y tratar en un solo acto— todos los quistes del hígado tan amenudo múltiples y ocultos, se exploran simultáneamente las vías biliares en los casos sospechosos de litiasis parahidática o de quiste abiertos en vías biliares.

3º) En los tumores del hígado y en las reintervenciones sobre el hígado o las vías biliares —en enfermos operados por vía abdominal— y en donde se sospecha la existencia de un fuerte bloqueo adherencial y reconstitución de colédoco, anastomosis portocava, etc.).

4º) Coexistencia de lesiones pleuro-pulmonares con lesiones de vísceras subfrénicas, o de diagnóstico impreciso sobre la ubicación supra o infrafrénica.

5º) En las operaciones sobre el esófago-cardias, estómago al-suprarrenales, esplenomegalias difíciles y tumorales, tumores de riñón, etc.

6º) En las heridas tóraco-abdominales por arma blanca o de fuego.

7º) En los casos de cirugía del diafragma (hernia del hiatus esofágico, rotura del diafragma, eventraciones diafragmáticas).

Hemos tratado de sintetizar la experiencia adquirida en la cirugía tóraco-freno-abdominal y con esta modesta contribución deseo exteriorizar la admiración por la genial operación de Mérola, maestro que nos enseñó con emoción, con altruismo y con verdad.

DISCUSION

Sr. PRESIDENTE. — Habiéndose concluido con la lectura de las contribuciones vamos a pasar a la discusión. Tiene la palabra el Dr. José L. Roglia.

Dr. ROGLIA. Yo no hubiese tomado la palabra si no hubiese entendido que el tema elegido para el relato era en homenaje a nuestro maestro el profesor Lorenzo Mérola. Tanto el relator como el que habla, fuimos discípulos del doctor Mérola. Nadie mejor que el Dr. Caprio para exponer este tema de homenaje al maestro, porque además de su vínculo de sangre, fué uno de sus discípulos predilectos.

Felicito al Dr. Caprio por su brillante, concisa y clara exposición y sobre todo por su valentía al tomar una posición concreta en cuanto a que el abordaje de las vísceras subfrénicas debe ser hecho por tóracofrenolaparotomía.

Me hubiese agrado que se hubiese insistido un poco más en las diferencias que existen en la tóracofrenolaparotomía que se realiza a nivel de la 7ª, 8ª y 9ª costilla en la que debe cortarse o researse el reborde condral, y en aquella que se realiza por debajo de la 9ª como es la técnica original de Mérola, en donde no existiendo el reborde condral no presenta los inconvenientes que se han adjudicado a las primeras.

En efecto, existen aún hoy día muchos cirujanos que temen la sección del reborde condral y entre ellos se encuentra el profesor Crafoord,

al que vimos trabajar en Estocolmo, y a quien en un caso de esplenectomía por esplenomegalia, donde no podía exteriorizar el bazo a través de la brecha diafragmática, lo vimos titubear para cortar el reborde condral; no obstante tomó al final la decisión de cortar el reborde, no sin antes decir que a él no le agradaba hacer esto por el peligro de la condritis y de las molestias que provocaba en el post-operatorio.

Sabemos también que el Dr. Phillips Allinson, al que vimos operar en Leeds, no teme la sección del reborde condral y sus operaciones de gastrectomía total y de esofagectomía las realiza siempre por toracofrenolaparotomía. Pero en vez de hacer la sección simple del reborde condral, él extirpa todo el cartilago correspondiente a la costilla que reseca, y a ésto le asigna mucha importancia pues considera que el cierre del tórax es más fácil y es más perfecto que con ello se obtiene un tórax bien estable, que no hay dolores en el post-operatorio, ni hay peligros de condritis.

Sin asignarle mayor importancia a la tóracofrenolaparotomía acompañada de sección o resección del reborde condral creemos, sin embargo, que siempre que se pueda debe evitarse la sección del reborde y en el caso de tener que hacerlo preferimos, a la manera de Allison, la resección del cartilago costal correspondiente a la costilla reseca.

Nosotros hemos empleado en muchas oportunidades la tóracofrenolaparotomía para abordar las vísceras subfrénicas izquierdas, pero queremos destacar ahora únicamente que consideramos que la tóracofrenolaparotomía derecha es la incisión de abordaje obligada en las rupturas traumáticas del hígado, pues sólo con este abordaje es posible exponer ampliamente la herida hepática y proceder a la sutura.

Finalizamos volviendo a felicitar al Dr. Caprio por su magnífico relato.

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Carlos V. Stajano.

Dr. STAJANO. — Con pesar llego con retardo para poder valorar el contenido del Relato Oficial confiado al Dr. Caprio. Sin aportar nada especial a este tema —a pesar de haber sido un cultor de esa vía de abordaje— en múltiples circunstancias y con indicaciones diversas, desde el momento de mis primeras armas quirúrgicas, en que no conocíamos ni baronarcosis, ni antibióticos, y esa decisión quirúrgica era considerada por los inconvenientes propios a la época, una verdadera temeridad; sin embargo la utilizamos y en los Boletines de los primeros años de la Sociedad de Cirugía figura una comunicación al respecto. Actualmente la practicamos en las gastrectomías altas, con la simplicidad y facilidad de las vías abdominales altas, y con la exposición amplísima del campo operatorio. No hablamos de ciertas localizaciones de la hidatidosos subfrénica o de abordajes de formaciones de la convexidad del hígado con necesidad simultánea del drenaje biliar. Simplemente los correlatores han agotado el tema.

Que sirvan mis palabras tan solo como homenaje al Cirujano Genial, que gravó tan hondas sus huellas en mis decisiones quirúrgicas. Tuve la fortuna de asistir a la concepción de la freno-laparotomía, de verla realizar en el cadáver en sus apasionantes demostraciones, de asistir y ayudar a las primeras realizaciones quirúrgicas, y de asistir también a las horas de desencanto de este hombre de valor conceptual —poco común— que sintió la no comprensión de los hombres, y de la época, y tuvo que sufrir la usurpación de su vía de abordaje, por autores extraños, para que consagrada en el extranjero se le hiciera recién justicia a posteriori.

Rindo mi más modesto homenaje a este pilar de nuestra tradición quirúrgica.

Sr. PRESIDENTE. — Tiene la palabra el Dr. Caprio para cerrar la discusión.

Dr. CAPRIO. — Debo en primer término agradecer la generosa acogida a este relato y en modo especial las referencias justicieras hacia quien fué mi maestro el Profesor Lorenzo Mércia.

Agradezco las contribuciones de los correlatores y los comentarios de los colegas que intervinieron en la discusión, de todo lo cual surge un hecho indudable, y es el alto nivel a que ha llegado la cirugía en el Uruguay.

En particular, debo expresar al Dr. Fernández Chapela, que he oído con placer sus exactas y precisas referencias anatómicas, a las cuales debo agregar una más ya que se ha referido a las venas suprahepáticas izquierdas que son viejas conocidas mías: cuando se hace el decolamiento del ligamento triangular y coronario izquierdo del hígado, no hay peligro de romperlas con el dedo que hace la maniobra. Ellas detienen el dedo que la practica al emerger del hígado envueltas en la cápsula de Glisson. Allí pueden ser fácilmente tomadas con un pasa hilos si se va a practicar una hepatectomía.

A mi antiguo camarada de la Sala de Disección y compañero de Hospital el Dr. Roglia, agradezco sus precisiones sobre la ubicación de la toracolarparotomía.

Al Dr. Armand Ugón, cuyas condiciones para la ejecución de la cirugía torácica son tan indiscutidas, debo manifestar que estoy de acuerdo en todas las ventajas que señala para la vía torácica pura, pero que para el lado derecho siendo preferentemente por hidatidosis hepática que se interviene, no hay duda que la incisión deberá ser torácico-abdominal, pues aunque el abordaje se pueda hacer mejor por el lado torácico, el drenaje deberá siempre salir por debajo del diafragma.

Para el lado izquierdo en cambio la situación posible es resuelta por vía solamente torácica para los órganos de pasaje tales como el esófago y

cardias, pero para los órganos netamente abdominales como el bazo por ejemplo, a poco que existan dificultades.

Así como es mejor pasar del abdomen al tórax, a la inversa habrá que salir de éste y entrar al abdomen, como en el caso de Crafoord que citaba el Dr. Roglia, y de todos modos siempre la discreción y la experiencia del cirujano, así como sus preferencias, resolverán más cómodamente la situación con las dos vías a su disposición que con una sola.
