

10º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

SESION PLENARIA

Miércoles 9 de diciembre

RELATO: *

DECORTICACION PULMONAR

RELATOR:

Dr. OSCAR BERMUDEZ

CORRELATOS: *

“Anatomía quirúrgica de la decorticación pulmonar”: *Dr. A. Ruiz Liard.*

“Decorticaciones pulmonares”: *Dra. Sélka Piovano.*

“Decorticación pulmonar en tuberculosis”: *Dr. Hamlet Suárez.*

“Estudio funcional respiratorio en la decorticación pulmonar”: *Dr. Raúl Burgos.*

DISCUSION:

*Dres. Victorica, Pereyra, Soto Blanco, Ruiz Liard
y Bermúdez*

* El relato y los correlatos fueron publicado sen el Tomo I, pág. 13 a 191.

DECORTICACION PULMONAR

Discusión

Dr. VICTORICA.—Yo creo que hay muy poco que agregar al brillante relato de los Dres. Bermúdez y colaboradores. Voy a decir algunas palabras, a tocar algunos puntos, poniendo énfasis en ciertos detalles sobre los cuales me parece importante volver.

El Dr. Bermúdez ha hecho una exposición brillante, concisa y muy clara. Yo he leído el relato un poco rápidamente, porque salió a última hora. Sobre la cuestión antigüedad y cronicidad, creo que él tiene mucha razón al haber tocado ese punto y haberle dedicado unos cuantos párrafos para poner de manifiesto que, a veces, un hemotórax se hace antiguo rápidamente, en pocos días o en pocas semanas. Creo que hay que insistir mucho en esto, porque a veces, a los ocho o diez días un neumotórax es inexpandible. A otra cosa que quería referirme es a la profilaxis, hay que intervenir precozmente estos enfermos. A menudo estos enfermos son mal tratados, habitualmente se pierde el tiempo. Tengo dos casos de complicaciones pleurales de Q. H. de pulmón que fueron tratados por mí, en los que demoré muchos días.

En lo que se refiere a la exposición del Dr. Ruiz, debo señalar que en anatomía es muy difícil crear o decir cosas nuevas, pero el Dr. Ruiz ha hecho una exposición muy ordenada. En terminología ha estado muy preciso en describir el ligamento de Sébilleau; que los ligamentos suspensores no se insertan en la pleura, sino en la fascia endotorácica, que se puede hacer el decolamiento muy bien, que se toca el vértice del pulmón. Es una exposición anatómica que está muy bien hecha; es una síntesis muy completa.

La Dra. Piovano, ha hecho bien en tomar este trabajo de Croxatto y Sampietro, en el que están los conceptos de que la cáscara pleural es diferente en la pleura visceral y en la pleura parietal; en la pleura parietal, el plano de decolamiento está en el plano extrafascial.

El Dr. Suárez, ha tocado dos puntos que me parece oportuno recordar. Uno es la antigüedad: por muy viejo que sea un derrame, una cámara de hemotórax, todo no está perdido, porque en el relato cita dos enfermos, uno de 20 años y otro de 22. La antigüedad tiene importancia, pero relativa, y sobre todo si hay una supuración muy intensa, si hay una infección muy profunda; pero si no, se puede decortiar y los resultados son muy buenos.

En lo que se refiere al Dr. Burgos, me parece importante esa capacidad de recuperación que tiene el pulmón, que poniéndolo en condiciones determinadas de exigirlo, en un momento de necesidad vuelve a trabajar. Ese proce-

dimiento de suprimir la ventilación de un pulmón, exigir el otro y ver lo que da, es muy útil. Esto no debe ser original, pero no ha sido usado con la frecuencia que debería para estudiar la funcionalidad del pulmón. Esa última enferma que mostró, que yo operé, es un caso con enseñanza muy importante, sobre todo que ha sido estudiada durante tres años y durante las etapas intermedias, que no las relató. El hecho evidente es que, cuando fue exigido el pulmón decorticalizado, demostró que tenía una función respiratoria muy importante.

Voy a mostrar las placas de dos enfermos que fueron tratados. Eran dos complicaciones pleurales de la hidatidosis pulmonar. Son muy frecuentes los encarcelamientos pleurales de esos quistes crónicos, provocados por la hidatidosis pulmonar; mas de lo que se piensa. Es una niña de 5 años, que fue tratada cinco meses, por neumotorax supurado. El estudio radiológico en el Fermín Ferreira mostro una hidatidosis pulmonar; ésta es tomada a los dos años y medio de la decorticación, el pulmón izquierdo se expandió totalmente, lleno por lo menos la función anatómica. Este es otro caso, de una niña que fue al Fermín Ferreira con un neumotorax incipiente, que no se pensó que era un Q. H., le hicieron un drenaje, es decir, se conseguía la expansión del pulmón; y pasaron los días y las semanas, pasaron ocho semanas. Ven la cascara que tenía. La tuve que decorticar, era una Q. H. muy pequeño, al lado del vertice; tuve que tratar la periquística hidática, cerrarla y hacer la decorticación; ven el resultado que tuve, donde la expansión fue total, la recuperación anatómica, por lo menos, fue total. En ninguno de estos dos enfermos se hizo el estudio de la capacidad funcional antes. No puedo decir más nada, porque el tiempo apremia.

Dr. PEREYRA (Argentina).—No quiero perder la oportunidad de felicitar al relator y colaboradores por la brillante exposición. No soy cirujano de tórax, pero la circunstancia de haber tenido a mi cargo el Servicio de Guardia de Urgencia del Instituto Haedo, y luego a cargo de la Sala de Cirugía de hombres, me ha hecho ver muchos enfermos, sobre todo heridos de arma blanca y de fuego, que han tenido un pulmón encarcelado o emparedado, como le llamamos en nuestro país. Ha habido una evolución en el tratamiento. Al principio los enfermos eran operados, se practicaba la decorticación pulmonar, sobre todo el Dr. Goñi Moreno y el Dr. Funes; no en todos los casos se obtenía el objeto deseado, y creemos que además de la parte parietal, en los casos que ha habido empiema, sobre todo, lo que se reseca es la parte extrapleural, y observamos que el parénquima pulmonar reaccionaba en forma de una verdadera esplenización del parénquima pulmonar que no permitía la reexpansión en la forma que era deseada; hubo algunos éxitos, pero prácticamente, los resultados no fueron todo lo brillantes que se quiso en la cirugía; y se pensó en la decorticación química, sobre todo con la estreptodornasa y la estreptokinasa, que es la Varidasa, se obtuvieron algunos resultados satisfactorios, y nos pareció que este procedimiento no ponía a los enfermos en riesgo grande, ya que como bien dijeron los relatores, ésta es una cirugía mayor. Hace unos años, esta droga no nos llegó más, de manera que volvimos otra vez a la etapa quirúrgica, y hubieron algunas complicaciones, entre ellas, re-

uerdo dos de hemorragia tardía, y una de ellas en un muchacho joven que nos hizo perder al enfermo. La morbimortalidad de la cirugía era bastante grande, y tratamos de probar unos productos nacionales fibrinolíticos, que al principio, los quisimos usar en la forma de la combinación de la estreptokinasa y la estreptodornasa, y no dieron resultado, porque no tenían ese poder fibrinolítico; pero a raíz de estas complicaciones, en los primeros meses de este año, hemos usado a dosis mayores, y en forma más completa. Se trata al enfermo con un drenaje superior y un drenaje inferior de tórax, y desde el principio, al tener al enfermo con drenaje, antes de organizarse, se le inyecta hialuronidasa, y si se hace la organización, se hace el lavado del pulmón con suero, y al mismo tiempo de inyectarle estas sustancias fibrinolíticas, se inyectan antibióticos localmente, en la pleura, y además por vía general; también se le da medicación antianafiláctica; se repite esta operación cada veinticuatro horas. Al principio, la estreptokinasa y la estreptodornasa las utilizábamos cada cinco o seis días; ahora damos, previo lavado, cada veinticuatro horas la inyección de estas sustancias, y los resultados que hemos tenido, han sido bastante satisfactorios.

Dr. SOTO BLANCO.— La Mesa no quiere dejar pasar la oportunidad de manifestar la alegría con que ha visto el desarrollo de un tema tan magníficamente expuesto por el Dr. Bermúdez y colaboradores. Es un tema, en verdad, de especialistas, de especialistas en tórax, pero el cirujano general, muy a menudo se ve en la necesidad de tratar esta enfermedad. Esta enfermedad es simple de tratar, siguiendo las líneas expuestas por los que desarrollaron ese tema.

Lo que hay que dejar bien sentado, es que esa enfermedad sea nueva, y tener presente, que es una enfermedad seria y complicada cuando se hace la decorticación en enfermos que ya llevan años, porque es consecuencia de complicaciones. Cuando el Dr. Ruiz nos hizo su exposición y nos habló de anatomía, a mí, dentro de todo, me hubiera gustado que mostrara los peligros de los grandes vasos que están por fuera de la pleura; porque hay un sitio que es difícil y el peligro vascular es inminente, que son los ángulos posteriores mediastinocostales, donde sangra abundantemente, y esa parte espesa, que es más espesa que cualquier otra, no se decora así nomás cuando el enfermo tiene tres, cuatro o cinco años de un espesamiento pleural. El gran tratamiento de esta enfermedad es hacer la profilaxis de las grandes esclerosis y no perder tiempo tratando con procedimientos médicos, hasta el punto de poder dominar una afección pleural, pero no demorar la operación para no encontrarse con esas grandes paquipleuritis. De cualquier manera, es una operación seria que tiene muchos detalles, que debe ser hecha por gente especializada y en sitios, sobre todo, de cirugía torácica.

Felicitó nuevamente a los autores por el éxito que han tenido en el desarrollo del tema, lo mismo al Dr. Bermúdez que a sus colaboradores.

Dr. RUIZ LIARD.— Yo lo único que quería justificar es la brevedad del tiempo que tenía, y que el propio Dr. Soto Blanco no me dejó hablar mucho.

Dr. BERMUDEZ.— Me resta agradecer muy hondamente todos los conceptos que se han vertido por el relato que hemos desarrollado, para el cual encontramos amplia colaboración en todos los cirujanos del país y, en forma particular, en los cirujanos del tórax. Yo he dicho en la exposición, que solamente nos pertenecen seis de los casos, en una casuística que alcanza a cincuenta y siete decorticaciones pulmonares. Pero no solamente he contado con la casuística, sino también con los consejos y la enseñanza de todos.

Con respecto a lo que ha expresado el Dr. Victoria, además de agradecerle, tengo que decirle que estamos perfectamente de acuerdo en relación con la antigüedad y la profilaxia; esos casos que ha mostrado han sido utilizados por mí y me ha facilitado muchos otros. De manera que le reitero mi agradecimiento.

El Dr. Pereyra nos ha hablado de un problema interesante, que en determinado momento ha revolucionado un poco el ambiente: del tratamiento de los derrames crónicos, es decir, del debridamiento enzimático o debridamiento químico de los depósitos fibrinosos pleurales en los pulmones encarcelados o emparedados.

La acción de la fibrinolisisina estreptocócica, la estreptokinasa que disuelve electivamente los coágulos y la acción de la estreptodornasa, que es una nucleasa desoxiribosa, que actúa como enzima específica, especialmente disolviendo los componentes sólidos de los exudados purulentos. Se usaron durante mucho tiempo conjuntamente. Los resultados que se obtuvieron, de acuerdo a lo que me he informado por la lectura de los trabajos, han mostrado que actúan sobre todo en la etapa fibrinoplástica joven, pero no tienen ninguna acción sobre las organizaciones fibrinosas, sobre el estado de formación conjunta avanzada. Nosotros los hemos usado en dos hemotórax. Los resultados no han sido buenos pues esos casos debieron ser decorticados, pero consignamos que fueron utilizados en malas condiciones. El uso de estos elementos exige unas condiciones muy especiales, un control muy perfecto. De cualquier modo, la experiencia que nosotros tenemos es que retardan extraordinariamente la evolución del proceso, y un enfermo con un hemotórax en las primeras etapas, que podría ser reintegrado en ocho o diez días por una toracotomía, que a esta altura del proceso es una toracotomía de limpieza y no una decorticación, podrá prolongar su morbilidad durante meses, aunque después reexpandiera su pulmón; pero hay más, esas reexpansiones tardías que se habían obtenido por acción de las enzimas fibrinolíticas, dejaban una cierta rigidez parietal, y esos pacientes, que estaban recuperados anatómicamente, del punto de vista funcional no lo estaban. Pero, repito, no tengo mayor experiencia, porque nosotros no hemos usado en gran escala las enzimas fibrinolíticas. Por otra parte, en nuestro medio, se ha formado ya un concepto: que todos los hemotórax, cuando no hay ninguna contraindicación especial, se operan lo más precozmente posible. Yo, como cirujano de guardia del Hospital Mael, cuando me llega un hemotórax traumático de mediana entidad —ni hablar si es de gran entidad— después de una preparación breve que balancea un poco el enfermo, prefiero hacer una toracotomía, que es de limpieza, que permite tratar la causa de la hemorragia, reexpandir inmediatamente el pulmón y evitar el encareamiento futuro. Se reintegra el enfermo, en pocos días, a sus actividades.

De manera que por esa razón, por tener los cirujanos del Uruguay ese concepto del tratamiento del hemotórax agudo, posiblemente tenemos poca experiencia en el uso de las enzimas fibrinolíticas; pero la impresión general es que las enzimas fibrinolíticas son un coadyuvante útil en la prevención del encarcelamiento pulmonar por organización de los depósitos fibrinosos. El papel fundamental que desempeñan es el de impedir la formación de membranas y disolver aquéllas en etapas previas a la organización conjuntiva, para hacer posible la evacuación completa del derrame por aspiración. En la etapa de organización fibrosa cumplen un papel de limpieza, actuando sobre los apósitos fibrinosos recientes y siendo, en tal sentido, útiles en la preparación preoperatoria de la cavidad empiemática. La disolución de coágulos por la estreptoquinasa y la fluidificación de exudados por la estreptodornasa realizan un verdadero decapado de la cámara empiemática, favorecen la aspiración del derrame y la acción medicamentosa local. Los derrames pleurales benefician del empleo de ambas enzimas asociadas, puesto que la sedimentación fibrinosa es rápida, engloba los gérmenes haciéndolos inaccesibles a los antibióticos e impide, mecánicamente, el acolamiento de las paredes. Las hemos empleado con buen resultado en la limpieza preoperatoria de empiemas crónicos.

Agradezco al Dr. Pereyra los conceptos sobre el relato y a todos los que han tenido la gentileza de soportar una exposición tan prolongada.