

## URGENCIAS QUIRURGICAS DEL TORAX EN EL NIÑO

### Discusión

Dr. SACCONI.—La Mesa ha recibido una serie de preguntas de los señores congresales. Las primeras preguntas se relacionan con el trabajo presentado por el Dr. Arruti.

La Dra. Murguía interroga sobre lo siguiente: ¿en qué se basa el doctor Arruti para el diagnóstico radiológico de sobredilatación?

Dr. ARRUTI.—En realidad los diapositivos que fueron exhibidos, muestran un ejemplo de pulmón húmedo por sobrehidratación. Desde luego el diagnóstico no fue exclusivamente radiológico, sino que se contaba con hechos clínicos, del edema generalizado, y el antecedente de haber tenido la noche anterior un pasaje de excesiva cantidad de líquidos intravenoso.

Podría agregar, que no presentó fiebre en la evolución, como correspondiendo a una neumopatía, y que advertido de la excesiva cantidad de líquidos, al retirarse esa sobrehidratación la mejoría fue en pocos días.

Dr. SACCONI.—Una pregunta, planteada por el Dr. Victorica, dice: "Interesa saber si están estudiados los pulmones a que se refirió el Dr. Chisola en las hernias diafragmáticas, desde el punto de vista anatomopatológico".

Me permito agregar que el interés fundamental del Dr. Victorica, es con vistas a las aseveraciones hechas por el Dr. Chisola en la conducta operatoria en el pulmón y con la conducta postoperatoria, porque evidentemente, de acuerdo a lo expuesto, se aparta un poco de la doctrina o de la conducta ortodoxa de la cirugía pulmonar para el vacío pleural en el postoperatorio; es decir, el horror al vacío pleural.

Dr. VICTORICA.—Quiero aclarar que simplemente quiero apoyar lo que él dijo.

Dr. CHISOLA.—El pulmón que yo mostré fue estudiado histológicamente por el Dr. Delger. Yo traté de conseguir las preparaciones histológicas, pero no me fue posible.

Hay observaciones histológicas de autores americanos, Campanale y Rowland, publicadas en el "Annals of Surgery", de hernias diafragmáticas en enfermos fallecidos, con estudio histológico de los cinco casos que presentan, con hipoplasia pulmonar evidenciada histológicamente.

A las autopsias que mostré no les hice estudio histológico, porque con el Dr. Ruiz planeamos primeramente hacer una inyección del árbol bronquio-pulmonar, y no quisimos usar las piezas para estudio histológico. Por eso aún no hicimos ese estudio.

Dr. SACCONI.—Hay otra pregunta, hecha por el Dr. Martínez, que pediríamos también al Dr. Chisola que la conteste. Dice la pregunta: "En las hernias del hiato pleuroperitoneal, llamadas de Bogdaleck, ¿todos los casos fueron de tipo embrionario sin saco?".

Dr. CHISOLA.—Yo no quise entrar en la consideración de la parte embriológica del diafragma, si se trata de hernias de Bogdaleck, o de las llamadas de Bogdaleck, y si es presuntamente por los defectos de función del septum transversum y por la parte pósterolateral del diafragma, derivadas del mesenterio dorsal y las membranas pleuroperitoneales, o en las agenesias pósterolaterales que se consideran como defectos de desarrollo más anterior, donde había una agenesia de las membranas pleuroperitoneales.

La comunicación quiso referirse a otros aspectos; a los aspectos clínicos y a la conducta terapéutica. Por eso esa parte no la consideré, y me referí a lo que es denominación corriente: hernias pósterolaterales del diafragma del período embrionario, con masiva protrusión de vísceras al tórax, sin saco que las contenga, y por lo tanto con repercusiones cardiovasculares.

Es claro que la embriología del diafragma es una cosa que está todavía en discusión; algunos consideran que muchos de esos defectos no son defectos de fusión, sino que son más anteriores al domo pleural; pero repito que no fue nuestro interés entrar en esa discusión.

Dr. MARTINEZ.—Yo no he querido referirme al problema embriológico, sino al nombre de la hernia. Porque nosotros cometimos exactamente el mismo error, hace unos años; describimos las hernias del hiato de Bogdaleck, y estudiando últimamente el diafragma, pedimos el trabajo primitivo de Bogdaleck, y la descripción no corresponde al hiato pleuroperitoneal, sino que la que describió Bogdaleck primitivamente está ubicada en el triángulo lumbocostal posterior; es decir, cometimos el mismo error que cometemos asignándole al Morgagni las hernias subcostoesternales. Por eso tuve que modificar un error de concepto que yo también cometí. Es decir, siguiendo la corriente de volver a describir lo que otros han dicho. Pero yendo al trabajo original de Bogdaleck encontramos que su descripción no corresponde a la hernia del hiato pleuroperitoneal.

Dr. SACCONI.—El Dr. Martínez ha formulado otra pregunta a la Mesa, y es la siguiente: "Se han ocupado fundamentalmente en esta Mesa Redonda

de afecciones congénitas de esófago, diafragma y bronquio, que plantean urgencias quirúrgicas; ¿no existe experiencia con cardiopatías congénitas que exigen internación de emergencia?"

Esta pregunta la vamos a remitir al Dr. Farall.

Dr. FARALL.—Nosotros no nos ocupamos de este problema, porque escapaba un poco a lo que nos habían pedido. Los cuadros de cardiopatías congénitas se centralizan en servicios especializados, de los que en Montevideo existen más de dos. Con respecto a nuestra experiencia, hemos enviado urgentemente a intervención quirúrgica algunos casos de Fallot, de atresia de la pulmonar, para no hacer el Blalock, sino un Smith, porque la urgencia así lo requería.

También tenemos casos de canal arterial en las primeras semanas de vida, con gran sobrecarga ventricular izquierda e insuficiencia cardíaca, en la que hubo que intervenir rápidamente. Pero como emergencia, es limitada. En general el equipo estudia la cardiopatía congénita, toma una decisión después del estudio clínico, electrocardiográfico, radiológico, fonocardiográfico y dinámico, y luego se interviene en una edad apropiada.

Dr. MARTINEZ.—En los últimos años hemos tenido esos problemas en cardiopatías congénitas enviadas por el cardiólogo, para resolver con urgencia, y el objeto era que quedara planteado en el ambiente, que también las cardiopatías, así como las afecciones al esófago, pueden plantear esos problemas. Y eso se refiere fundamentalmente al Fallot grave, con una gran poliglobulia, con trastornos de tipo cerebral, en las que muchas veces el cardiólogo envía el enfermo para hacer una sangría de urgencia y pocas horas después hacerle una operación de derivación. Si el chico ya tiene algunos meses, preferimos siempre hacer la subelavio pulmonar, por el problema del porvenir.

Realmente, de esa manera se han salvado muchos enfermos. Lo mismo, como dice el colega, en algún problema grave de ductos arteriosos, o el problema de comunicación intraventricular con grave hipertensión pulmonar, con una enorme mortalidad dentro del primer año, y que actualmente se consigue salvar algunos chicos efectuando el Banding de la pulmonar, que es una intervención también de emergencia, y que consigue en muchos casos lograr que el chico sobrepase la edad adecuada para después hacer la extracorpórea; de manera que está planteado en algunos casos de cardiopatía, operaciones de tipo urgente en cirugía torácica, como la establece el título de esta Mesa Redonda.

Dr. SACCONI.—El Dr. Martínez pregunta, con respecto al trabajo presentado por la Dra. Cabrera, si en los dos enfermos que fueron sometidos a toracotomía amplia, se efectuó alguna terapéutica sobre el parénquima o la pleura.

Como estos casos, tenemos entendido, fueron tratados por el Dr. Poleo Rosa, vamos a pedirle qué conteste la pregunta del Dr. Martínez.

Dr. FOLCO ROSA.— En los dos casos lo que se hizo fue puramente la “toilet” del tórax; un lavado amplio del tórax, y colocar un tubo más grueso que los corrientes, y nada más. En cuanto al resultado, evidentemente se ha acertado el tiempo de hospitalización. Uno, pudo egresar del hospital a la semana; el otro alrededor de quince o diecisiete días. Un tercero, estuvo un mes en el hospital. La evolución es más favorable que en los casos en que se hace solamente el drenaje a tórax cerrado. Pero implica una anestesia general y un acto quirúrgico más agresivo.

En verdad, éste es un problema a balancear.

Dr. MARTINEZ.— Realmente estoy satisfecho de la conducta de los cirujanos uruguayos sobre este problema de las complicaciones pleurales en la estafilococcia. Hubo un período en que muchos chicos marcharon mal, y yo creo que por agresividad de los cirujanos más que por la enfermedad. Y pienso, como ustedes, que cuanto menos agresivo se sea en las estafilococcias, éstas mejor evolucionan. Por eso hacía la pregunta, ya que en nuestro último Congreso uno de los participantes planteó el problema de las decorticaciones en agudo, y los que teníamos alguna experiencia en esos tratamientos, incluso cirujanos de niños, estuvimos en desacuerdo en forma absoluta con ese planteamiento. Y preguntamos específicamente si la toracotomía se limitaba a un simple “toilette” de la pleura, como realizó el Dr. Folco Rosa, o a una decorticación. Es decir, ya no se puede hablar de decorticación en agudo, porque no hay tiempo de hacerla; pero de todas maneras nos parece una conducta excesivamente agresiva.

Creemos, con el Dr. Folco Rosa y a través de todo lo que se presentó en esta Mesa Redonda, que el drenaje es suficiente.

Yo creo que el Dr. Folco Rosa saca una conclusión en relación con el tiempo de hospitalización, y probablemente creo que tiene que asignárselo al drenaje un poco más amplio que realizó en esos casos, más que a la “toilette” misma.

Dr. SACCONI.— La Dra. Murguía hizo llegar la siguiente pregunta, refiriéndose al primer caso presentado por el Dr. Chisola, sobre hernia diafragmática, que dice: “¿Por qué se demoró la intervención y por qué se empleó tanta barita en el colon por enema?”.

Otra pregunta ha presentado la Dra. Murguía, también para que la conteste el Dr. Chisola, y es la siguiente: “Vías de abordaje”. Supongo que la Dra. Murguía querrá referirse a elección de la vía de abordaje.

Dr. CHISOLA.— Yo dije que estos casos eran de extrema urgencia, y que la radiografía debía ser simple, y que la radiografía contrastada estaba contraindicada.

La exposición de estas historias tenía por cometido demostrar los errores cometidos en la conducta seguida con estos dos enfermos. Pese a tener ya diagnóstico con la radiografía simple de posibilidad de hernia diafragmática, el pediatra realiza un enema baritado y demora en un caso nueve

días y en otro tres o cuatro días en llevar el chico a manos del cirujano. Se trataba de hacer resaltar cuál debe ser la conducta, distinta a la seguida en estos casos.

Con respecto a las vías de abordaje, mucho se ha discutido. Muchos autores prefieren la vía abdominal, porque aseguran que hay una serie de ventajas: reducción más fácil de las vísceras herniadas, menos complicaciones torácicas, y ponen en contra de la vía torácica que muchas veces la reducción practicada por toracotomía, en los grandes defectos, es extremadamente difícil.

Los defensores de la toracotomía aducen que se aborda más directamente la masa eviscerada, que el cierre del defecto, cuando es posible reducir las vísceras, es más fácil de realizar por vía torácica. El Dr. Victorica, que hace dos o tres años presentó una comunicación sobre hernia diafragmática en el adulto, se expresó en forma bien clara sobre la facilidad del cierre diafragmático cuando se aborda por vía torácica.

Dr. SACCONI.— Ha sido recibida una última pregunta, formulada por el Dr. Juan. Dice: “¿Es fácil reconocer el lóbulo pulmonar enfermo durante el acto quirúrgico?”.

Es necesario que aclaremos que en el espíritu de esta pregunta está el referirse concretamente a los casos expuestos por el Dr. Curbelo, en los problemas del sistema lobar, si es que no interpreto mal la pregunta del doctor Juan.

Dr. CURBELO.— En general el problema está resuelto de antemano con un buen estudio clínico y radiográfico. De modo que no hemos tenido ninguna dificultad, en las cinco observaciones que pudimos recopilar, para de antemano saber cuál era la enfermedad; e decir, ya fuimos con un objetivo determinado.

Sin embargo, el error de desconocer cuál es el segmento enfermo, se ha cometido, y se ha cometido por cirujanos experimentados que han desconocido en el acto operatorio cuál era la parte lesionada, y entonces al no actuar, la evolución posterior del enfermo ha sido desfavorable. Pero creo que hay una serie de elementos radiológicos y clínicos que permiten el diagnóstico. En el acto operatorio, la mayor facilidad está dada, porque una vez que el anestesista baja la presión dentro del árbol bronquial, todo el resto del pulmón se aplana y es imposible hacer evacuar el aire contenido en el lóbulo enfisematoso. Con esa maniobra se puede descubrir, y en una de nuestras observaciones, en que había un pulmón que no tenía una lobulación completa, tuvimos que recurrir a ella para saber cuáles partes de ese pulmón, prácticamente único, estaban con su vía canalicular bloqueada, y cuáles estaban con las vías libres, que permitirían la reexpansión.

Dra. MURGUIA.— Aquí se ha hecho referencia a procesos infecciosos, teniendo en cuenta sobre todo el estafilococo; pero, sin embargo, todavía

existen los empiemas primitivos a neumococo, que no tienen una marcha tan aguda y tan ruidosa como cuando existe el neumotórax, ya que en estos casos el accidente agudo es mucho más pronunciado.

Este niño tenía un estado febril, indeterminado, datando de diez o quince días, en el que no se había podido determinar la causa, a pesar de que había sido visto por varios pediatras. Llegó en estado muy grave al Hospital Pereira Rossell, y entonces se comprobó una opacidad de todo el hemitórax izquierdo, con gran desplazamiento del corazón hacia la derecha.

Se hizo una toracotomía mínima que dio salida a 800 c.c. de pus a neumococo.

La placa obtenida una hora después mostró el estado del pulmón, que es bastante bueno; evolucionó como evolucionan todos estos casos.

Además, en nuestro medio existen varias observaciones de urgencias quirúrgicas del tórax en el niño por accidente traumático. A este propósito, traje una observación que tuve oportunidad de ver en 1957, de un niño que sufrió un accidente en Colonia Suiza; fue traído a Montevideo, donde sufrió un segundo accidente al chocar la ambulancia en que venía. Llegó en estado muy grave al Pereira Rossell. En ese momento presentaba un estado de anemia aguda; se le había hecho el diagnóstico de rotura de bazo, y se le estaba pasando una transfusión con el niño en posición de Trendelenburg. Sin embargo, el examen clínico permitió comprobar que tenía un síndrome de insuficiencia respiratoria muy evidente, y una placa de tórax permitió comprobar la fractura de costillas y un neumotórax que fue puncionado.

Una hora después se ve que tiene un pequeño nivel; se colocó la transfusión que se había suspendido momentáneamente; dos horas después se ve que todavía existe un pequeño neumotórax, que no aumentó.

Además se ve que el niño tenía una fractura de escápula, fractura de pelvis, con arrancamiento del ala ilíaca y con fractura del pubis. El niño no tenía rotura de bazo y mejoró con el tratamiento del neumotórax. Posteriormente tuvo un derrame; se sacó la aguja, se puso un tubo, y después de varios meses el niño se recuperó totalmente.

Hace pocos días llegó al hospital un niño politraumatizado que tenía una rotura de hígado, con gran hemorragia. El niño posteriormente falleció, y se comprobó que el hígado estaba bien después de la sutura, y que además tenía una lesión de pulmón con un neumotórax que no había sido tratado.

Dr. VICTORICA.—Antes de terminar, quería felicitar a los integrantes de la Mesa Redonda, porque han hecho una exposición sobre varios temas interesantes, y además que había visto con satisfacción que los tubos de drenaje que colocaban eran de un calibre, mayor que los que habitualmente se utilizan. Yo creo que esa es una cosa muy útil, a pesar de que los tubos gruesos a veces hacen sufrir un poco al paciente. Pero aseguran una evacuación de los líquidos, de la sangre, de la serosidad y del aire, más rápidamente.

Dr. YANNICELLI.— Yo también quiero felicitar a los participantes de esta Mesa Redonda, porque tratándose de un tema tan complicado, con tanta etiología, resumieron muy bien lo fundamental del tema. No se trataba de cada capítulo en especial, sino de lo general de la cirugía torácica en el niño.

Estamos de acuerdo con el problema de la decorticación, y me alegra mucho que el distinguido colega Dr. Martínez coincida con nosotros. En las últimas Jornadas Pediátricas Rioplatenses, un colega hizo mención a una decorticación, señalándola como exitosa. Se trataba de un chico de pocos años, el que habría hecho una decorticación al cabo de veinticinco o treinta días. Yo especialmente objeté que quizá a esa fecha no hubiera una corteza digna de ser extirpada, y que a lo más podría haber una organización de un exudado.

En esto venimos insistiendo desde hace mucho tiempo, y nos llama la atención el exceso de decorticaciones de niños que se operan en otros medios. Quiero decir que la palabra del Dr. Martínez nos ratifica en lo que nosotros estamos habituados a hacer en nuestro medio.

Como cirujanos hablamos de cómo drenamos, cómo resolvemos el problema de las grandes colecciones, de las colecciones aéreas que comprimen. Pero todo está supeditado, a veces en primera instancia, a veces en última, al factor infeccioso, a encontrar o no encontrar un antibiótico que sea operante. El drenaje salva a veces un enfermo. Pero más de uno de los casos que se presentan como fracaso quirúrgico, lo son por la falta de operancia a tiempo del antibiótico.

Otra cosa que quiero hacer notar, es la importancia del cuidado postoperatorio. El drenaje no resuelve más que el problema del momento. Pero después hay que seguir asistiéndolo, cuidando que no se tape la aguja, que se rompa un neumatocele, etc. Y la Dra. Cabrera presentó un caso típico de lo que se puede hacer en materia de cuidados. Una estafilococcia generalizada, con bronconeumonía bilateral hematógena, que produce dos pioncomotórax, que son drenados a su tiempo, sin precipitaciones, con buena vigilancia, y el chico se recupera, quedando con una secuela de su osteoartritis. Repito que aquí se requiere un cuidado extremo. A veces el cirujano opera y se va, y encuentra el fracaso de su abandono en la muerte del niño. Por eso estamos muy agradecidos a quienes han actuado dentro de las pragmáticas lógicas de la cirugía, que consisten en hacer vigilar el postoperatorio, y no desprenderse del enfermo, sino en el momento en que puede irse de alta.

Vuelvo a felicitar a los integrantes de la Mesa Redonda. Hemos visto capítulos muy interesantes de una cirugía que muy bien manejan los especializados, pero que por distintas circunstancias tiene que llegar a estar al alcance del cirujano general y del médico práctico.

Dr. SACCONTE.— Si nadie hace uso de la palabra, para terminar debemos decir que hemos visto con gran satisfacción cómo los congresales han seguido las comunicaciones y la discusión del tema tratado. Al mismo tiempo, y vistos los resultados, felicitamos a quienes tuvieron la idea de proponer este tema, y personalmente agradezco el honor que significa haber participado como coordinador.