

LA ANESTESIA EN EL CANCER DE PULMON

Discusión

Dr. VICTORICA. La pregunta se refiere a neumonectomías. En neumonectomías la mayoría de los cirujanos torácicos, cuando se trata de neumonectomías por neoplasma, no drenan. Nosotros personalmente, y algunos compañeros en el Saint Bois, drenan el tórax con una sondita fina que se mantiene 24, 48 ó 72 horas, que se deja como drenaje cerrado, para poder regular las presiones intratorácicas, extraer el aire si hay mucho, o extraer el líquido serohemático que se acumula en una cavidad torácica después de una neumonectomía.

Repito que la mayoría de los cirujanos de tórax cuando hacen neumonectomías, si no hay alguna indicación muy especial, no drenan, particularmente en las neumonectomías por neoplasma.

La segunda pregunta dice: ¿qué drogas se asocian para usar con la morfina?

Dr. CHERTKOFF.—Se usan los llamados antidotos específicos de los opiáceos, que tienen fórmulas parecidas, con alguna modificación, y que tienen efectos específicos antidotos, permitiendo mantener la zona analgésica, como dije, y suprimir la acción depresora sobre los centros respiratorios y más altos. La nalorfina es una de ellas, y el levelorfan, nombre comercial del lorfan, que se encuentra en nuestro ambiente. Se usa en relación aproximada, la nalorfina, en dosis aproximadas a la mitad de la morfina que se usa, cuando se asocia. Y el levelorfan o el lorfan, puede usarse alrededor de un miligramo por cada 10 miligramos de morfina. El producto al que me referí, que se llama petilorfan, usado mucho en Inglaterra para las embarazadas, justamente en el trabajo de parto, permitiendo la analgesia de la embarazada e impidiendo la depresión del feto, tiene una concentración de un miligramo de levelorfan, por cada 100 miligramos de la petidina que tiene ese compuesto. Permite el uso de esas drogas sin depresión respiratoria.

Dr. SUFFET.—Pregunta sobre indicaciones y procedimientos de la anestesia local con procaína durante la intervención quirúrgica.

Dr. SANJINES. Confieso que me desarma un poco esta pregunta porque no entiendo bien el alcance que el Dr. Suiffet pone en ella. Trataré de contestar.

Puede plantearse el bloque novocaínico local pero como coadyuvante de la cirugía torácica en general, con bloques previos intercostales, con el fin de evitar profundizar anestias superficiales, que nosotros practicábamos inicialmente en la cirugía torácica, pero que hemos dejado porque consideramos que no ha sido de gran beneficio para el paciente.

En segundo lugar, el bloqueo novocaínico de las estructuras, infiltración se refiere concretamente a eso, a infiltración de órganos posiblemente reflejados, el Dr. Suiffet. Confieso que desde ese punto de vista no la hemos visto realizar nunca ni se realiza en el servicio donde actuamos, y creemos que no hemos tenido ningún problema imputable a no haberla realizado. Todos los que actuamos en el servicio somos muy cuidadosos en evitar tironeamientos excesivos de las estructuras movilizadas, y el anestesista nunca nos avisa sobre ningún problema que haya tenido, fundamentalmente por reflejos, por ese actuar sobre estructuras.

Hemos realizado muchas neumoneotomías ampliadas, por nuestra especialidad trabajamos fundamentalmente mucho en el pericardio, y realmente creemos que no está indicada la infiltración del pericardio, que algunos cirujanos hacen. Nosotros no la hemos practicado nunca y creemos que no tenemos que lamentarnos de no haberla realizado.

Por último, una cosa que realizamos en cuanto a bloqueo novocaínico, no digo sistemáticamente pero sí con cierta frecuencia, especialmente en enfermos de edad, es el bloqueo novocaínico de los intercostales al terminar la toracotomía, para disminuir el dolor postoperatorio, y creemos realmente que los analgésicos de acción lenta —nosotros también usamos la mezcla de alcohol y novocaína— es de cierto beneficio para el paciente.

No sé si he contestado la pregunta, pero como no tenemos mayor experiencia en el problema, es todo lo que puedo decir.

Dr. FERNANDEZ ORIA.— Si el Congreso me permite yo voy a completar la respuesta del Dr. Sanjinés. Me interesaba mucho que opinara un cirujano.

La pregunta del Dr. Suiffet es muy concreta porque se refiere a la infiltración de elementos nerviosos que rodean a las estructuras más fundamentales del tórax, hilios pulmonares, pericardio, etc.

Sistemáticamente no aconsejamos su realización. Está descrito en todos los libros la posibilidad de accidentes por reflejos a punto de partida de esas estructuras nerviosas. Estamos convencidos por nuestra experiencia y por la de otras personas de nuestro país y de otros países, que las posibilidades de desencadenamientos de reflejos importantes a punto de partida de esas estructuras nerviosas se produce únicamente en casos de bipoventilación, es decir, cuando hay hipoxia e hipercardia. Cuando el paciente está bien ventilado, no está en hipoxia ni está en hipercardia, y el cirujano es delicado en el manejo de su paciente, en la práctica no se observa el desencadenamiento de reflejos que pueden causar accidentes o incidentes de importancia.

Esa es nuestra opinión respecto de la pregunta del Dr. Suiffet.

Dr. STAJANO.—El Dr. Suiffet ha hecho una pregunta, a mi juicio, sumamente interesante. Y me parece que está fuera de actualidad esa pregunta que ha hecho, a pesar de lo interesante que es, porque veo con pesar, en el ambiente quirúrgico en general, que hay una resistencia extraordinaria a aceptar una etiología que es fundamental pero que no está incorporada al espíritu del médico, del cirujano, y niega la patología refleja.

En el abdomen, en lo que tengo más experiencia que en tórax, nadie puede negar que el abdomen es reflexógeno en sus distintas estructuras. He discutido muchos años respecto a una serie de accidentes generales, circulatorios, respiratorios, renales, que siempre fueron encarados con un criterio simplista de acuerdo con la fisonomía clínica y de acuerdo con el objetivo inmediato, pero sin referirlos en su origen a los reflejos que parten de la esfera abdominal y que producen una serie de fenómenos que dan alarmas, que dan **gravidades** postoperatorias y muertes. Nadie puede negar el poder reflexógeno del peritoneo parietal; nadie puede negar la acción reflexógena de las tracciones más o menos discretas de los mesos, que las revela y las acusa el anestesista avezado, y que acusa el cirujano. Esa maniobra es nociva. La fisiología vascular, a su vez, es reflexógena por excelencia. En ese sentido, en el tórax, donde hay cambios de hipertensión, hay tratamientos sobre vasos gruesos, hay telas serosas que recubren los muñones —los muñones, por ejemplo, pulmonares—. Recuerdo un caso: el Dr. Ugón estaba operando y una pequeña hemorragia insignificante, no valorada por el aspecto volumétrico de la hemorragia, sino por el cuadro agudo que hizo, fue acusada por el anestesista, por el médico encargado de vigilar el estado general, y no encontró causa alguna. Se dio cuenta que se estaba constituyendo un hematoma subpleural pequeño sobre la peritoneización que había hecho. Deshizo la peritoneización e inmediatamente cesaron los fenómenos. Digo esto para dar cuenta que en el tórax no puede ser diferente que en el abdomen. La riqueza en plexos vegetativos y simpáticos es profusa, y todos esos accidentes que se observan en el postoperatorio o en el intraoperatorio de la cirugía grande torácica, muchos tienen que ser de etiología refleja. De manera que si no está incorporado a la práctica el bloqueo como yo lo impuse en la cirugía abdominal para mis casos, es porque falta un mordiente para que fije la idea. Insisto en que la etiología refleja constituirá dentro de poco tiempo uno de los capítulos más importantes de la cirugía corriente. Y los que dicen que no tienen accidentes y que no necesitan el bloqueo están en un error.

Cuando las complicaciones pulmonares decían los cirujanos: no tengo complicaciones pulmonares en la vesícula biliar. Yo también era de los que creía que no tenía. Y desafío yo a todos los cirujanos avezados —no hablo del mal cirujano, que tironea y hace estropicios en el campo operatorio— y me atrevo a decir que no hay un solo caso de cirugía biliar que no tenga la breve, brevísima, complicación pulmonar, que no se traduce a veces clínicamente. Hay que buscarla, porque el enfermo aparentemente no tiene nada, pero la tiene, y en grado mayor aparece.

En el Congreso de 1956 ó 1957, cuando se trató las úlceras gastroduodenales, un cirujano me decía que no tenía complicaciones pulmonares en la cirugía gastroduodenal; luego analizó el historial clínico de una serie de casos, y aparecían atelectasias, corticopleuritis, derrames pleurales, e infinidad de complicaciones que él negaba. Y él no hacía el bloqueo regional. De modo que ante los que dicen que no necesitan porque no han encontrado inconvenientes, yo podría citar muchos casos que he visto a los que no se da su verdadero significado.

Creo que en la cirugía torácica el bloqueo de los plexos vegetativos peribrónquicos, perianginales, y demás, mejorará enormemente esa serie de complicaciones, muchas misteriosas, que pasan desapercibidas hoy sin conocerse su verdadero significado.

Me felicito de la pregunta planteada por el Dr. Suiffet. No hay que pasar por alto, sino darle su importancia a ese capítulo que creo fundamental.

Dr. URIOSTE.— En relación con la pregunta del Prof. Suiffet, contestada por el Dr. Sanjinés, por el Dr. Fernández Oria y por el Dr. Stajano, en mi opinión, y basándome en experiencias en perros, debo decir que el perro es muy sensible, especialmente en el tórax, a los reflejos. Por ejemplo, en lo que se refiere al pericardio, el simple toque despierta reflejos registrables de inmediato con gran facilidad.

En lo que tiene que ver con los pedículos pulmonares, las tracciones sobre el pedículo pulmonar, repetidas en forma variable, llevan a una hipotensión y al shock, y es interesante comprobar cómo a medida que se hacen estas tracciones se vuelve más irreversible el estado de shock del animal.

MESA REDONDA
CIRUGIA PLASTICA

TEMA

TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS
DE LA CARA

COORDINADOR:

Dr. GERMAN MOLLER