

NUESTRA TACTICA OPERATORIA EN LA OPERACION SUPRACLAVICULAR

*Dres. NESTOR B. TURCO, MANUEL CALVIÑO
y FELIPE C. GALMARINI*

Ante la presencia de un probable tumor de "Panceast" derecho, a pesar de estar constituido el síndrome costovertebral de Tobías, decidimos mientras preparábamos al enfermo para la toracotomía exploradora, investigar la fosa supraclavicular para: a) buscar la metástasis ganglionar que indicara la inoperabilidad del tumor; b) diagnosticar su tipo histológico.

Es común en el espíritu de los cirujanos de tórax, la insatisfacción que, como aporte, deja la biopsia preescalénica que Albanese primero y luego Danielss, preconizaran como diagnóstica.

El límite de la oportunidad quirúrgica, desde el punto de vista oncológico, lo da indudablemente la adenopatía supraclavicular que, palpable o no, es, como dijéramos más arriba, explorada doblemente útil.

No sólo en la patología maligna pulmonar creemos útil proyectar esta exploración, sino también ante cualquier problemática diagnóstica, donde la nosología maligna está presente.

Cabe agregar que es vía útil como abordaje terapéutico de otra patología que siendo cervical propiamente dicha, constituye su mejor campo.

Efectuamos la operación bajo anestesia local porque la colaboración activa del paciente amplía los beneficios.

Previa colocación del doble arco facial de Finochietto con el paciente en decúbito dorsal, colocamos una almohadilla en la confluencia costovertebral homolateral (a la altura del omóplato) a efectos de llevar hacia atrás el muñón del hombro. Al mismo tiempo hiperflexionamos la cabeza en sentido contralateral a la zona a explorar.

Incisión oblicua desde dos traveses de dedo por encima del manubrio esternal, siguiendo la bisectriz del ángulo formado por el borde posterior del esternocleidomastoideo y la clavícula, con límite en el borde anterior del trapecio. Recordamos la individualización del nervio del trapecio, para evitar su innecesaria sección.

El límite en profundidad como primer paso, es la aponeurosis cervical media; el omohioideo en el borde inferior, es su primer jalón anatómico. Tomamos biopsia del ganglio o grupo ganglionar de la yugular externa.

La sección del omohioideo posibilita entrar a la grasa supraclavicular propiamente dicha. Su biopsia nos ha sido útil.

La individualización en el borde interno anterior del escaleno, es nuestro segundo paso. La subclavia, con su cayado que se nos ha mostrado variable, es el límite inferior. Precisamos la topografía de la misma. Su anormalidad nos puede explicar el comúnmente síndrome de la vertebral. Exploramos a continuación el conducto torácico que puede también canalizarse con fines linfográficos y/o terapéuticos.

Separado el nervio frénico, continuamos la disección, previa sección del borde externo del escaleno, anterior límite hasta ahora en este tipo de abordaje. Siguiendo la primera costilla, en su parte externa (distal) se nos muestra el plexo braquial; en su parte interna (medial) veremos la expansión del vértice pulmonar. El ligamento triangular de la pleura no constituye impedimento para, ante la inspiración profunda observar el aspecto del vértice pulmonar. Esta maniobra, previa separación del esternocleidomastoideo, nos ofrece la protusión de la grasa mediastinal, más generosa ante patología pulmonar apical y, sobre todo, apicoposterior.

El límite costovertebral es el final de nuestra exploración. La sintomatología neurológica presente, sea a nivel somático o vegetativo, nos orienta a la exploración de la primera costilla y el simpático cervical en su ganglio estrellado.

Reconstruimos la aponeurosis cervical media, dejando en la gran mayoría de los casos, drenaje.

Limitamos nuestra exploración ante la sospecha de patología tuberculosa.