

LAS FISTULAS BRONQUICAS Y EMPIEMAS

Dr. V. CROSSA DORADO

La fístula brónquica es sin duda la complicación más grave de la resección pulmonar. Desde el momento de establecerse, la vida del operado corre serio riesgo por:

- a) la inundación bronquial;
- b) las alteraciones ventilatorias por derivación del aire a través del orificio fistuloso;
- c) las siembras broncógicas que se pueden producir; y
- d) la toxiinfección debida al empiema que precede o sucede inexorablemente a la fístula.

Por otra parte, el tratamiento de dicha complicación presenta a menudo al cirujano problemas de difícil solución, requiere con frecuencia conductas que son penosas para el enfermo y los resultados que se obtienen no son siempre satisfactorios. Por estas circunstancias es fácil comprender que se trata de un accidente que es mucho más importante evitarlo que tratarlo.

Para evitarlo debemos conocer las causas más frecuentes del mismo para no incurrir en ellas. Estas son:

- a) sutura del bronquio en zona enferma, principalmente tratándose de neoplasmas o tuberculosis;
- b) muñón excesivamente largo que permita el estancamiento de secreciones sépticas;
- c) disección excesiva del bronquio con eliminación del tejido peribronquial;
- d) falta de expansión pulmonar;
- e) derrame pleural residual en lobectomías o segmentectomías;
- f) hemotórax coagulados.

Estos tres últimos fenómenos concluyen casi siempre en un empiema que se drena a través de la sutura bronquial.

De lo expresado se saca en consecuencia que antes de realizar una resección pulmonar es de primordial importancia contar con el informe de un broncoscopista de experiencia.

El éxito de muchas operaciones está basado en la interpretación que le da el endoscopista a lo que puede ver a través de la estrecha luz de un broncoscopio.

La disección mesurada del bronquio, la sección al ras de la carina o del espolón más próximo, la sutura cuidadosa del muñón y su recubrimiento con tejido vascularizado, son detalles fundamentales de técnica no siempre tenidos en cuenta. La importancia de los derrames residuales, la expansión insuficiente y los hemotórax coagulados es tal, que serán tratados especialmente por otros compañeros de equipo.

Todos estos detalles deben ser cuidadosamente considerados, principalmente en la resección de lesiones bacilares donde se sigue cumpliendo sin excepciones el aforismo de que "la tuberculosis no perdona errores".

Salvo raras excepciones, detrás de cada fístula hay una falta cometida en el acto quirúrgico o en el manejo postoperatorio.

TRATAMIENTO

Una vez producida la fístula, se impone de urgencia una conducta: el drenaje. En nuestro Servicio seguimos considerando que éste debe cumplir los requisitos clásicos de un drenaje eficiente: estar colocado en un punto declive y ser del mayor diámetro posible. Es por eso que preferimos la pleurostomía transperióstica con resección costal. Dejamos para los casos de extrema urgencia la colocación del drenaje a través de un trocar intercostal. Este procedimiento es de elección en aquellos casos en que el drenaje se debe efectuar en la misma cama del enfermo, por el riesgo de inundación que trae aparejado el traslado a la sala de operaciones.

El drenaje evita las complicaciones, pero por lo general no cura la fístula. En la mayoría de los casos se debe actuar activamente para curarlas.

Esquemáticamente los métodos de tratamiento se pueden dividir en:

- a) tratamiento endoscópico;
- b) tratamiento por colapso de la cavidad pleural;
- c) la sutura del bronquio en un punto más proximal (resección iterativa);
- d) procedimiento de puesta a plano de la cavidad pleural fistulizada.

Tratamiento endoscópico

Consiste en practicar a través del broncoscopio una limpieza cuidadosa de la fístula, fundamentalmente la extracción de los puntos del material de sutura, que incluidos en granulomas, mantienen la infección. Hecho esto, se practican periódicamente toques con nitrato de plata. Los resultados varían en los distintos trabajos publicados. En el Instituto se realiza en algunos casos particulares como coadyuvante a otras técnicas. Lo consideramos un recurso estimable. Sin embargo, no se trata de una técnica sencilla y el broncoscopista debe estar entrenado para llevarla a cabo.

Tratamiento por colapso

El procedimiento más importante de este capítulo es sin duda la toracoplastia. Realizada precozmente y resecaando las costillas en número y extensión adecuados, es seguramente la técnica que más éxitos brinda. Puede fracasar por la paquipleuritis en caso de dilatarse excesivamente su ejecución. Cuando el engrosamiento pleural es considerable, se recurre a la mediastinoplicatura u operación de Andrews. Consiste en una toracoplastia común en la que se abre ampliamente un espacio intercostal, a través del cual se curetea la pleura subyacente a las costillas resecaadas hasta dejarla delgada y flexible. Hecho esto se practican varias carreras de puntos de colchonero que, fijos a la pleura mediastinal, atraviesan los lechos periósticos de las costillas resecaadas, de tal modo que al ser anudados pliegan la pared sobre el mediastino, reduciendo la cavidad pleural al mínimo y cubriendo la fístula con tejido vitalizado.

En casos de paquipleuritis viejas muy fibrosas, como se ve en las plastias fracasadas, se recurre a la toracoplastia intrapleural de Schede. Consiste esta operación en la resección en block de todos los elementos de la parrilla costal, que recubren el empiema, costillas, músculos y paquetes vasculonerviosos. De ese modo los músculos peritorácicos se adosan a la pleura mediastinal. Tiene este procedimiento un inconveniente: la escápula no puede acompañar el desplazamiento de los músculos peritorácicos y queda en puente, determinando una cavidad subescapular que muy frecuentemente se infecta. Este empiema subescapular es de muy difícil solución y fueron planteadas las más diversas técnicas para resolverlo, llegándose en algunos casos hasta la resección parcial de la escápula. Ultimamente hemos tenido buenos resultados con la siguiente táctica: después de terminado el Schede desinsertamos el músculo gran serrato de cinco o seis costillas.

Obtenemos de este modo un grueso colgajo de músculo excelentemente irrigado, que rebatimos hacia atrás y que rellena generosamente la cavidad subescapular. Hasta el momento hemos tratado cuatro casos, todos con éxito a pesar de tratarse tres de ellos de empiemas de más de dos años de evolución.

Tratamiento por resección iterativa

En los casos de fistulas postsegmentectomías o postlobectomía, es decir, que por encima de la lesión queda una zona de bronquio lobar o fuente sanos, se puede completar la resección practicando la lobectomía o neumonectomía según los casos. Conviene completar la resección con una toracoplastia para prevenir la fístula del nuevo muñón.

En los casos en que previamente se había realizado una toracoplastia, con persistencia de la fístula, practicamos la combinación de operación de Schede con resección pulmonar, es decir, la toracolobectomía o toraconeumonectomía.

Tratamiento por puesta a plano

Cuando se comprueba el fracaso de los procedimientos antedichos, nos queda como último recurso la puesta a plano de la cavidad empiemática residual, que generalmente es de volumen reducido y tratarla con mechado con gasa impregnada en antibióticos o gasa yodoformada según los casos. Permite además el tratamiento tópico sobre la fístula. Este procedimiento lo comenzamos a usar hace un tiempo, basados en la experiencia del Servicio en cavernostomías y nos ha permitido curar varios enfermos que considerábamos perdidos.

Mencionaremos solamente los procedimientos de lavado permanente con detergentes y antibióticos, de difícil realización en nuestro medio por el elevado costo del mismo.

Como se ve, muchas veces el enfermo que se fistuliza debe ser sometido a varios de estos procedimientos para obtener su curación. Cuando ésta se consigue, es frecuentemente a costa de deformaciones que a veces llegan a ser verdaderas mutilaciones. Es por eso que estamos firmemente convencidos que todo tiempo perdido en realizar cualquier maniobra o táctica que nos ponga un poco más a cubierto de esta complicación a la larga será bien retribuido.