

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS SUPURACIONES BRONCO-PULMONARES

Prof. R. LOZANO

ENTIENDO por supuraciones bronco-pulmonares susceptibles de tratamiento quirúrgico, el absceso de pulmón y las bronquiectasias.

Desde el punto de vista quirúrgico reúno en un conjunto los abscesos pulmonares primitivos y los secundarios a obstrucción brónquica por cuerpo extraño o inundaciones brónquicas. Excluyo, por tanto, de este trabajo los abscesos secundarios.

Planteamiento del problema. —

Para ser claro y poder conseguir conclusiones valederas en el momento actual, que constituyan guía eficaz para tratar quirúrgicamente el absceso de pulmón, es necesario plantear este problema de nuevo, teniendo en cuenta de modo fundamental las modificaciones que la moderna terapéutica antibiótica ha impreso a la evolución anatómico-clínica de los abscesos pulmonares.

Tipos de abscesos en los que está indicada la intervención quirúrgica

En aquellos casos dóciles al tratamiento médico-antibiótico, puede favorecer su curación el drenaje bronquial, con aspiración broncos-

cópica, sonda tipo Metras o la supresión por vía bronquial de zonas de estenosis. Estos métodos coadyuvantes caen dentro del capítulo del tratamiento médico.

1.º Formas hiperagudas: Estas formas son cada día menos frecuentes. No obstante, en casos resistentes a la medicación, con graves fenómenos infecciosos, intensa alteración del estado general, puede estar indicada la intervención quirúrgica, para drenar el foco mediante una neumotomía.

2.º Cuando ha desaparecido la sintomatología general grave, pero continúa el proceso supurado sostenido por una o varias cavidades pulmonares, no obstante la ausencia comprobada de obstáculos al drenaje bronquial y se muestran en lo sucesivo resistentes al tratamiento médico, está indicado el tratamiento quirúrgico.

3.º También son quirúrgicos los casos de evolución lenta en los que la curación tarda en manifestarse, o bien, suprimida la infección, queda una cavidad de paredes más o menos rígidas, punto de partida de repetidas recidivas. Estas cavidades residuales pueden estar acom-

pañadas de bronquiectasias que entretienen espectoración persistente.

4.º En las formas con gran destrucción de parénquima pulmonar. La extensión de las lesiones y la piosclerosis que envuelve las cavidades, no curarán más que con la extirpación quirúrgica.

5.º Abscesos crónicos: Si los trastornos funcionales han desaparecido, pero el enfermo continúa con ligera espectoración y alguna anomalía residual debemos llevar a cabo una correcta exploración broncoscópica, broncográfica y tomográfica, para determinar con exactitud el estado del pulmón y los bronquios y comprobar la posible existencia de una cavidad residual o de bronquiectasias.

Estas, por sí solas, rara vez constituyen indicación operatoria. Estos casos de cavidades residuales asintomáticas son las que ofrecen más dificultades para sentar una indicación terapéutica, porque pueden permanecer muchos años en observación como si estuviesen curados y posteriormente ser el punto de partida de una reinfección.

Cuando veamos un absceso en estado de cronicidad con una o varias cavidades secretantes e imagen radiográfica de curso clínico estabilizado, comprobaremos si ha sido tratado correctamente y con intensidad con los antibióticos indicados. Si ha sido tratado correc-

tamente y no existe factor mecánico de dificultad de drenaje, que explique su persistencia, lo trataremos quirúrgicamente. Si no ha sido así, antes de decidir la intervención deberá establecerse un tratamiento médico general y local ayudado por maniobras de drenaje. Como afirman SANTY y algunos otros, existen casos de este tipo que se curan y permiten prescindir de la intervención.

En fin, es quirúrgico el absceso que evoluciona con cavidades radiológicas persistentes y extensión de la cavidad a pesar de un tratamiento médico bien conducido.

De cuanto llevo expuesto se deduce que para tratar correctamente un absceso de pulmón es necesaria una estrecha colaboración entre cirujano e internista.

¿Existe una intervención quirúrgica ideal para tratar el absceso de pulmón?

Teóricamente será aquella que permita extirpar las lesiones o los tejidos enfermos con un mínimo de sacrificio de parénquima sano, que favorezca la reexpansión pulmonar, el más completo restablecimiento de la función del órgano y evite, al mismo tiempo, las complicaciones inherentes de carácter séptico. Las exéresis pulmonares son las intervenciones más cercanas a este «desideratum».

Pero todavía debemos reservar un lugar para la neumotomía con drenaje externo.

Puede ésta considerarse como intervención salvadora en los casos siguientes:

1.º En las formas fulminantes hiperagudas resistentes a los anti-bióticos cuando es necesario dominar la toxemia.

2.º En los abscesos de tipo agudo cuando la resección pulmonar no es factible porque la infección no ha sido dominada por los anti-bióticos y existe abundante expectoración.

3.º En los enfermos frágiles cuyo estado general contraindique generalmente la exéresis.

Opino con Fox que la pneumotomía no debe ser olvidada. Hay que considerarla como operación previa que permite desintoxicar al enfermo grave sin renunciar por ello a una exéresis ulterior, si las lesiones residuales lo exigen.

Exéresis pulmonar. — Está indicada en las demás formas de abscesos y en las lesiones residuales no curadas por pneumotomía. Los resultados actuales son satisfactorios, susceptibles de mejora, sometiendo a los enfermos a cuidadosa preparación y midiendo bien las indicaciones. Es necesario un estudio previo del foco y tejidos perifocales para lograr un diagnóstico preoperatorio tan preciso como sea posible.

La extensión de la resección dependerá de la amplitud y tipo de

las lesiones bronco-pulmonares. En última instancia la exploración peroperatoria apoyada por los datos clínicos será decisiva en la elección del tipo de exéresis.

La neumonectomía. — Es inevitable en las formas extensas y en las muy antiguas con múltiples abscesos y extensa piosclerosis. Se practica cada día con menos frecuencia como consecuencia de la eficacia del tratamiento médico y porque establecemos las indicaciones quirúrgicas en épocas más tempranas. El absceso debe intervenir antes de hacerse crónico.

Lobectomías y resecciones segmentarias. — El absceso consecutivo a infección bronquial y más especialmente el primitivo originado por vía hemática, es en general de neta topografía segmentaria. Las resecciones segmentarias, sin embargo, no son posibles por lo general porque el absceso sobrepasa en el curso de su evolución los límites intersegmentarios e incluso las cisuras interlobares, invadiendo territorios contiguos. Los fenómenos inflamatorios en regresión ocasionan una fibrosis que engloba los pedículos broncovasculares, tanto más intensa cuanto más larga haya sido la evolución del absceso. Las resecciones segmentarias en estos casos tropiezan con dificultades en la disección del pedículo y obligan a atravesar zonas de parénquima afectado por la pio-

esclerosis. Esto ensombrece el diagnóstico operatorio y es causa de complicaciones postoperatorias. La resección segmentaria sólo es factible en lesiones claramente limitadas. Cuando el proceso es más extenso y rebasa los límites de un segmento resolveremos la cuestión efectuando una resección polisegmentaria, o una lobectomía. La lobectomía, ampliada mediante la resección de un segmento vecino o la resección polisegmentaria transcursal, puede resolver la cuestión en abscesos vecinos a las cisuras interlobares.

Resecciones atípicas. — Algunos cirujanos (MYERS Y BRADSHAW) opinan que la resección atípica o cuneiforme están indicadas en los abscesos más complicados que alcanzan dos o tres lóbulos porque en estos casos debe sacrificarse mucho tejido, funcionalmente útil y los intentos de limitar la extirpación del tejido enfermo mediante múltiples resecciones segmentarias son a menudo procedimientos largos y debilitantes. Estas operaciones tendrían la ventaja de preservar parénquima sano y originar un menor traumatismo.

Creo que las resecciones atípicas están indicadas exclusivamente en los abscesos muy localizados poco voluminosos, situados supleuralmente o en el borde de los lóbulos y en consecuencia no obligan a profundizar en el hilio segmentario.

Resultados del tratamiento quirúrgico. — La mortalidad operatoria oscila, según las estadísticas, entre el 6 y el 12 %. WALCOTT y MURPHY tienen un 6,3 %, MYERS y BRANSHOW un 5 %, y MONOD sólo 2,4 % de mortalidad en las resecciones segmentarias.

Las complicaciones postoperatorias son más frecuentes que las resecciones por otros procesos no supurados, cosa natural dada la etiología e índole del proceso. En términos generales podemos decir que afectan del 12 al 15 % de los operados. No tienen un carácter particular y son las que sobrevienen con mayor o menor frecuencia en todo resecado de pulmón.

Los resultados lejanos están tardados por el desarrollo de adherencias pleurales, retracción torácica, enfisema y progresión de lesiones residuales parenquimatosas, que ocasionan una disminución funcional respiratoria o repercuten sobre la función cardiopulmonar más o menos intensamente sobre los bronquios. Podemos evaluar en un 25 % de los casos operados el número de enfermos no curados definitivamente.

BRONQUIECTASIAS

Indicaciones del tratamiento quirúrgico. — Sobre esta cuestión existen las opiniones más dispares. PRICE THOMAS opina que sólo la cirugía ofrece esperanza de curación mediante la resección de la zona

enferma. J. PASS y PREAULT consideran que la proporción de casos en que se debe intervenir por bronquiectasias localizadas es del 10 %.

Nuestra opinión sobre el tratamiento de las bronquiectasias primitivas, o «aparentemente primitivas» con denominación de Gally, es la siguiente:

Son quirúrgicas: 1.º, las bronquiectasias primitivas crónicas del niño. 2.º, las formas hemoptoicas cuando por la intensidad o persistencia de la hemorragia ponen en peligro la vida. 3.º, las bronquiectasias infectadas del adulto cuando el tratamiento conservador se mostró ineficaz, no obstante haberse efectuado durante un período de tiempo suficientemente largo. 4.º, las formas con lesiones peribronquiales y parenquimatosas asociadas y de carácter irreversible, punto de partida de nuevos brotes infecciosos.

De esta enumeración hay que excluir los casos avanzados o de bronquiectasias bilaterales con infección broncopulmonar grave y gran repercusión sobre el estado general, fiebre, adelgazamiento. La repercusión del proceso sobre la función cardiorespiratoria, renal, etcétera, hace a estos enfermos incapaces de soportar una intervención quirúrgica grave.

El tratamiento quirúrgico de las bronquiectasias debe lograr ciertos fines y cumplir determinados postulados.

Para lograr una curación defini-

tiva se han de extirpar todas las zonas lesionadas. Esto se consigue con la resección pulmonar polisegmentaria uni o bilateral. El cirujano necesita conocer de antemano con exactitud la extensión y límites precisos de las zonas enfermas. Es necesario, por tanto, una correcta delimitación broncoscópica y broncográfica previa a la intervención. Sus resultados los completará el cirujano mediante la exploración peroperatoria visual y manual aunque en las bronquiectasias esta exploración proporciona menos datos útiles que en el absceso de pulmón.

La amplitud de las resecciones está limitada por la necesidad de conservar suficiente parénquima pulmonar funcionalmente sano.

Exploración funcional. — Siempre que sea posible se llevará a cabo una exploración funcional previa cardio-respiratoria para calcular las posibilidades quirúrgicas y el pronóstico alejado.

Elección del momento operatorio y preparación del enfermo. — El éxito de la operación depende de efectuarla en una fase de mejoría o desaparición de la infección broncopulmonar y de la espectoración. La preparación preoperatoria tratará de lograr esta mejora y la del estado general del enfermo mediante tratamiento local y general.

Táctica y técnica quirúrgicas. — *Bronquiectasias unilaterales.* —

No debemos temer las resecciones amplias en las bronquiectasias limitadas uni o bilaterales. Siempre es mejor extirpar un segmento de más que dejar un segmento enfermo. La resección segmentaria exige una técnica prolija, efectuar el minimum de traumatismo posible, tratar individualmente las estructuras hiliares y respetar la posición normal de los lóbulos evitando torsiones o angulaciones de los bronquios.

Bronquiectasias bilaterales. — Ofrecen las mayores dificultades al establecer las indicaciones y la táctica quirúrgica. La exploración funcional separada de cada pulmón nos ayudará a establecer las indicaciones y tácticas operatoria mediante el conocimiento de la hematosis y ventilación de cada pulmón. Operamos, primeramente, el lado más intensamente afectado, para disminuir complicaciones postoperatorias. BERARD, BRUNNER y OVERHOLT afirman que en muchos casos, después de resecar el lado más intensamente afectado, las lesiones del opuesto siguieron un curso tan favorable que no fué preciso la intervención. En todo caso, conviene esperar un minimum de 6 ó 7 meses antes de efectuar la resección del lado opuesto, para favorecer la adaptación funcional de los segmentos restantes a la nueva situación.

Amplitud máxima de las resecciones

bilaterales. — Puesto que la neumonectomía es bien tolerada es indudable que se pueden resecar diez segmentos en total sin consecuencias graves. Pero las condiciones no son las mismas cuando se interviene en ambos lados. La experiencia demuestra que la extirpación de 9 segmentos es bien tolerada; en cambio, la extirpación de ambos lóbulos inferiores, el medio derecho y la llingula está en los límites compatibles con la vida. Hemos de tratar, por esta razón, de conservar los segmentos apicales de los lóbulos inferiores, para mantener función suficiente. Otro factor a considerar es la edad del enfermo. En los jóvenes son posibles resecciones más amplias.

Resultados. — En las bronquiectasias unilaterales y en las limitadas, los resultados son muy satisfactorios. El pronóstico en las bilaterales se agrava con la extensión de las lesiones.

La mortalidad varía con las diversas estadísticas. En los niños existen series con cero de mortalidad. En los adultos las cifras oscilan entre 2 y 5 %. Estas cifras son más elevadas en las formas bilaterales, en las que alcanzan al menos el doble.

Resultados lejanos. — Cuando se valoran clínicamente los resultados lejanos de las resecciones por bronquiectasias, se aprecia que el 85 al 90 % de los enfermos

intervenidos están curados con desaparición total o casi total de la expectoración. Un 10 a un 15 % de los casos pueden considerarse, por tanto, como fracasos; bien por quedar residuos de complicaciones postoperatorias o por curaciones incompletas. En las bronquiectasias bilaterales los resultados son, en general, menos satisfactorios.

Recientemente se han valorado

los resultados lejanos mediante el estudio de la función pulmonar y se llega a las mismas cifras aproximadas que cuando se valoran por la simple exploración clínica; la función pulmonar es tanto mejor cuantos más segmentos se conservan y en las resecciones bilaterales la función es proporcionalmente peor que en los operados de un solo lado.