

Resultados lejanos del Neumotorax Extrapleural en el tratamiento de las Cavernas

Por los doctores **Prof. Osear P.**

AGUILAK y Rodolfo FIZABBO

INTRODUCCIÓN

Entre los medios colapstoterápicos quirúrgicos de las cavernas pulmonares, el neumotorax extrapleural ha sido de los que menos difusión ha tenido desde que fuera propuesto por Tuffier en 1891 para el tratamiento de la tuberculosis. El recelo que despertaron los medios quirúrgicos para la cura de la tuberculosis pulmonar en los primeros tiempos en que prevalecía el neumotorax de Forlanini y posteriormente el auge que adquirió la toracoplastia en los ambientes fisiológicos, hicieron que quedara un tanto relegado este procedimiento operatorio para el cual tampoco se habían establecido con precisión sus indicaciones.

Fuimos de los primeros (Junio de 1937) en nuestro país, en aceptar y **realizar** con cierto entusiasmo la aplicación de este nuevo procedimiento, después de conocer las publicaciones bien documentadas de Graf y Schmidt y a raíz de haber obtenido algunos resultados convincentes de curación real de cavernas: Fue así que en uno de nuestros primeros casos tratados (Observación N^o 1) comprobarnos en la mesa de autopsia la curación anatómica de una caverna de un año y medio de evolución, en un enfermo que posteriormente falleció por agravación de las **lesiones** contralaterales.

Desde entonces, seguimos realizando esta operación sin interrupción, siempre que halláramos las condiciones que satisficieran las indicaciones de este procedimiento. En cuanto a éstas nos mantuvimos fieles a las que habíamos establecido desde el comienzo y que se especificarán más adelante. No hemos practicado nunca este procedimiento en las cavernas de los campos inferiores del pulmón, ni tampoco recurrimos al oleotórax o plom-baje que preconizan muchos autores.

Habiéndonos limitado únicamente al tratamiento de las cavernas medianas y elásticas, no muy próximas a la pared costal y practicando siempre extensos despegamientos, podemos juzgar **en** la actualidad de sus resultados alejados y presentar nuestra experiencia, aprovechando la elección de este tema como relato a la sesión de Fisiología de este Congreso.

DEFINICIÓN DEL NEUMOTORAX EXTRAPLEURAL

La intervención consiste en practicar un amplio despegamiento a través del plano útil extrapleural existente entre la fas-

cía endotorácica y la pleura parietal; despegamiento que siendo posible sobrepasará con exceso la zona enferma, estableciéndose así lo que los autores alemanes llaman "reservas de colapso". El pulmón colapsado da lugar a un espacio libre ocupado por aire que posteriormente se mantendrá con insuflaciones sucesivas lo mismo que un neumotorax artificial,

HISTORIA DE PROCEDIMIENTO

* Este procedimiento quirúrgico fue presentado y practicado por primera vez por Tuffier en 1891, con fines de exploración quirúrgica del vértice pulmonar. Dos años después lo realiza en una enferma hemoptoica con resultado favorable. En 1895, comunica a la Sociedad de Cirugía de París, un excelente relato, refiriendo la técnica con todo detalle y sus principales inconvenientes.

Contemporáneamente con este procedimiento se aplica por primera vez, el neumotorax intrapleural de Forlanini, que alcanza tanto éxito que hace olvidar al neumotorax extrapleural.

Tuffier y Martin en el año 1910, vuelven a ocuparse de él en una amplia monografía, refiriéndose a la terapéutica quirúrgica de la tuberculosis pulmonar y lo llaman "Método de Tuffier."

Tres años después, Mayer lo practica en tuberculosos pulmonares con lesiones apicales cavernizadas y mantiene la cámara extrapleural con nitrógeno.

La guerra mundial, Los plombajes parafinados y luego la toracoplastia motivaron que entrara nuevamente en desuso.

En el año 1932, Nissen, es el primero que presenta pacientes con amplios neumotorax extrapleurales, en los cuales mantiene la cámara inyectando aire durante algunas semanas. Hace conocer el autor que lo emplea como último recurso en casos graves donde otro procedimiento quirúrgico no puede ser aplicado.

De 5 enfermos operados obtiene 2 éxitos y 3 fracasos. Los alemanes con Grafy Schmidt y Adelberger a la cabeza, le dan vida nuevamente a este procedimiento, perfeccionando la técnica operatoria y refieren las primeras estadísticas.

Gracias a ellos el neumotorax extrapleural es practicado en los años 1936, 37 y 38, en todo el mundo y aparecen numerosos trabajos bien documentados pudiéndose citar los de Le Foyer, Olivier Monod, García Bengoechea, Mario Lebel, etc.

En Méjico, Donato G. Alarcón, trabaja intensamente sobre el tema, habiendo practicado el método en numerosos casos; se ocupa últimamente de hacer lo efectivo en las lesiones de la base pulmonar, en las que encuentran una buena indicación.

Entre los brasileños debemos señalar a Aloysio de Paula como partidario del neumotorax extrapleural, habiendo publicado un libro que trata el tema en forma bien documentada.

Entre los uruguayos, destacan Sarno A., Piaggio Blanco R., Roca Estévez A., en la aplicación de este procedimiento quirúrgico.

En nuestro país ha practicado con entusiasmo esta operación R. Finochietto. Sobre técnicas y resultados se ocupan O. Vaccarezza y H. Aguilar. Recordamos además las estadísticas de Calcagno, Rey, Brea y Taiana, O. Aguilar y Guaglianone, etc.

En la actualidad, Manuel Tapia ha publicado un excelente libro, donde detalla este método quirúrgico en todos sus aspectos; dando a conocer las estadísticas más recientes de diversos autores.

INDICACIONES DEL NEUMOTORAX EXTRAPLEURAL

El neumotorax extrapleural es el reemplazante más perfecto del neumotorax intrapleural, siendo sus indicaciones formales las del neumotorax artificial, inoperante e ineficaz. Tendremos en cuenta que también abarca otras que el neumotorax intrapleural no es capaz de realizar.

En casos excepcionales, aún hallándose indicado el neumotorax extrapleural, éste no se practica por las dificultades que originaria la conducción posterior de la cura, en ambientes donde no hayan médicos especializados que puedan continuar el neumotorax extrapleural. En estos casos nos decidimos establecer un colapso definitivo (plástica parcial o subtotal).

Las indicaciones pueden ser absolutas y relativas.

1°) Indicaciones absolutas: En lesiones cavitarias de campo superior, nunca inferiores al límite fijado por el arco posterior de la sexta costilla; deben ser de reciente data o por lo menos elásticas aunque fueran de mayor tiempo; de pequeño o mediano volumen (2 a 4 era.), rodeadas de parénquima sano o poco alterado no muy próximas a la pared costal y con evidente sínfisis pleural. Las lesiones deben ser estabilizadas o subagudas pero débilmente evolutivas, con poca tendencia caseosa. Es menester haber realizado antes varias tentativas de neumotorax artificial por vía anterior, posterior y a distintas alturas, con el objeto de evitar que en el acto operatorio se origine un neumotorax intrapleural durante la neumólisis.

2°) Indicaciones relativas: Comprenden a los procesos localizados, con tendencia retráctil, de poco poder evolutivo, donde la toracoplastia no es aceptada por el enfermo o resulta demasiada operación para la extensión reducida del foco que se desea curar. En algunos casos se puede practicar este procedimiento, cuando la plástica resulta excesiva, demasiado traumática para la resistencia general del enfermo o la edad límite no lo permite. Entonces se indica el neumotorax extrapleural como método de espera para realizar posteriormente una toracoplastia, cuando se haya dominado el carácter evolutivo del proceso.

Este procedimiento quirúrgico se practica aun existiendo lesiones en el pulmón contralateral, siendo sus indicaciones las mismas que para el neumotorax de Forlanini, con mayor tolerancia aún que en éste por tratarse de un colapso localizado. Nosotros lo hemos indicado en enfermos con lesiones contralaterales peque-

ñas o inactivas. En el caso de existir lesiones activas y evolutivas, excavadas o no, intentamos neumotorax artificial, pero si éste resulta inoperante o ineficaz, pensamos en la posibilidad del neumotorax extrapleural o toracoplastia en su momento oportuno, siempre que las condiciones generales, las pruebas funcionales y la edad del enfermo lo autoricen.

Indicaciones del neumotorax extrapleural bilateral. — Se practica en enfermos con lesiones bien estabilizadas y localizadas estrictamente en el tercio superior de los campos superiores.

Se comenzará por el lado más lesionada o sea el más peligroso, cuidando de no hacer un extenso despegamiento extrapleural en el lado derecho, porque el derrame que se dispone en el fondo del espacio extrapleural, al comprimir la aurícula derecha, puede determinar una disnea acentuada, que mejora y desaparece con la posición de Trendelenburg. Creemos conveniente, cuando comenzamos por el lado derecho, esperar que la cámara se estabilice y luego proceder sobre el lado izquierdo. Si lo iniciamos en el lado izquierdo, cuidaremos de no hacer un gran desprendimiento en el lado derecho.

Neumotorax extrapleural asociado con otros tratamientos:

1°) Con el neumotorax intrapleural: A veces el neumotorax extrapleural completa un colapso artificial incompleto por adhesión pleural en la parte alta del muñón. Tiene el inconveniente de que las complicaciones suelen tener peores consecuencias, sea cual fuere la técnica operatoria que se practique, además de la pérdida precoz de la cámara por la situación opuesta, creada por la reinsuflación de ambas cámaras.

2°) Con la frenicectomía: En caso de persistir la caverna a nivel del fondo de la cámara extrapleural o también por reactivación de las lesiones de la base.

3°) Con la toracoplastia: En el caso de haber sido el neumotorax ineficaz, complicado o no con supuración del espacio extrapleural o fístula broncoextrapleural. La toracoplastia debe practicarse una vez que la cámara extrapleural desaparezca por reexpansión del muñón. En estas condiciones se realiza como si fuera una toracoplastia "d'emblée", siendo menos peligrosa para el organismo que ya se encuentra acostumbrado a los trastornos cardio-respiratorios condicionados por la intervención anterior.

TÉCNICA OPERATORIA

En todos los casos se ha practicado el tipo de neumotorax extrapleural común. No tuvimos oportunidad de indicar el desprendimiento extrapleural de adherencias preconizado por Sebestyen o el neumotorax extrapleural comunicante de Joannides y Shapiro.

(Continuará)