

Consideraciones sobre los casos en que indicamos toracoplastía (*)

Por

José F. Mas y Hugo Brugnini

En este breve comentario es nuestra intención omitir en lo posible toda opinión ajena, así como la extensa bibliografía que existe. Sólo deseamos exponer nuestra propia experiencia, que bien no es muy numerosa — veinte casos — tiene el valor intrínseco que posee todo caso visto.

Con este objeto hemos dividido en capítulos, para ser más ordenados en la exposición, las enseñanzas que creemos poder indicar y que presentamos a consideración de esta Sociedad. *Intervención.*—No vamos a hablar de técnica operatoria, pues [tema no nos corresponda; sólo] diremos que nuestros enfermos 103 han sido todos intervenidos por el Dr. Víctor Armanü Ugón, sin distinción, han hecho un postoperatorio benigno. Como complicaciones, tenemos dos encarceramientos del omóplato; uno que cedió al completar la plastía, y el otro no se ha reinervenido, pues el enfermo ha hecho una infección de la pared, [que impide por el momento proceder (lleva tres meses de operado)].

Son bien conocidas; por ello no hartaremos; sólo vamos a hacer

un comentario crítico cronológico.

Hubo un momento (en el que nosotros también fuimos llevados), en el que la plastía era el último eslabón en la cadena de la colapsoterapia. Primero se intentaba el neumotorax; si éste no podía hacerse o era ineficaz, se recurría a la frenicectomía, y si ésta fracasaba, entonces se planteaba la plastía. Hoy, conocidas mejor las indicaciones de cada intervención, se evitan en parte estos errores, que si en el caso del neumotorax no tienen mayor importancia, lo contrario sucede cuando se trata de frenicectomía. Esta intervención, quizás por su aparente inocuidad, se ha prodigado en forma tal que es raro encontrar un enfermo con plastía a quien no se le haya practicado una frenicectomía. Al indicar una frenicectomía, no sólo debemos pensar en lo benigno de la intervención, sino en las modificaciones mecánicas que acarrea, que pueden ser perjudiciales, y a las que no puede ponerse remedio por ser operación definitiva. Debemos recordar la sinergia compensadora que existe entre la pared costal y el diafragma; si paralizamos éste, aquélla adquirirá en determinadas circunstancias un mayor desplazamiento, pudiendo influenciar de manera desfavorable sobre las lesiones. En estas condiciones son a

(*) Comunicación a la Sociedad de Fisiología, leída en la sesión realizada el 14-VIII de 1936.

las que generalmente se presentan los frenicectomizados para ser intervenidos por plastía: lesiones más extendidas que antes de la frenicectomía y déficit respiratorio de la base.

En cuanto al neumotorax, somos partidarios de intentarlo a veces antes de la plastía, pues alguna vez hemos evitado esta intervención. Si éste fracasa, nos decidiremos por freni o por plastía, sin que tengamos necesariamente que hacer seguir estas intervenciones, una a otra.

Un método que, a medida que más se conozca, dará grandes luces para la elección del procedimiento colapsoterápico a instituir, sobre todo en la frenicectomía, es la radioquimografía, pues con su estudio podemos saber si las partes enfermas son influenciadas por la parrilla costal, mediastino o diafragma.

En cuanto a los enfermos que deberán ser intervenidos, exigi-

mos un buen o relativamente buen estado general, no disneicos ni taquicárdicos, enfermos cuya bacilosis no sea antigua, pues en estos casos son intoxicados que toleran mal la intervención. Como prueba funcional practicamos la que consiste en hacer subir y bajar al enfermo diez escalones, si la respiración alcanza a 35 y el pulso a 125, contraindicamos la operación. Las demás pruebas de suficiencia las confiamos a la pericia de nuestro colaborador Dr. Armand Ugón.

Resultados Hemos efectuado veinte toracoplastías; once en mujeres y nueve en hombres; obteniendo trece sobrevividas y siete muertas.

Estas muertes acaecieron: tres por hemoptisis fulminante (enfermos éstos que no dejaron completar su plastía), dos por

fcilateralización, una por neumonía contrólateral, y una por anuria, al quinto día de operado.

Hicimos efectuar once plastias altas, una plastía baja, seis plastias locales y dos plastias "in situ", es decir, frente a la lesión; haciendo notar que estas dos últimas fracasaron completamente.

Dentro de las trece sobrevividas, hay dos, hechas hace pocos meses, que no tendremos en cuenta en cuanto al resultado, quedándonos once, dentro de las cuales hemos conseguido nuestro objeto de suprimir la pérdida de su substancia, en ocho, verificándolo con lípidol en cinco.

Las tres restantes, de las once, son plastias de indicación pleural.

De los once enfermos citados, cuatro no expectoran (tres de indicación pleural, y uno con caverna del vértice); los restantes lo hacen, pero en pequeña cantidad, constatándose en ellos gran disminución, con relación a la que tenían antes de operarse, y la desaparición de los bacilos de Koch, buscado en todas sus formas, mismo a la inoculación.

De estos once enfermos considerados, salvo dos, los restantes se han reintegrado a la vida que hacían antes de sentirse enfermos.

La plastia actualmente no debe pesar como intervención, entre los reparos que aún tienen algunos

médicos para repudiarla. La mejor indicación, los progresos de la técnica y la pericia del cirujano son los factores que han contribuido a que el porcentaje, en cuanto a mortalidad operatoria, se reduzca a 0. Los enfermos sometidos a esta intervención fueron los que con otros procedimientos habrían fracasado o, instituidos, hubieran resultado inocuos, cuando no perjudiciales.

En los casos en que indicamos plastía local, hemos fracasado. Este término debe ser aclarado. Lo empleamos en los casos en que la intervención se realiza sobre lesiones en la parte media del tórax, y se reduce a la extirpación de dos, tres o cuatro costillas sobre la parte enferma, respetando las costillas superiores e inferiores. Creemos que esta técnica debe ser desechada, pues el aplastamiento es imposible por las costillas circundantes.

Cuando la indicación de plastía es formal, poco valor debe darse a las lesiones radiográficas del lado opuesto, siempre que ellas después de un estudio clínico y radiográfico nos muestren la ausencia de potencial evolutivo.

Como conclusión final diremos: que somos decididos partidarios de la plastía, y que no hay derecho a privar de ella a enfermos cuyo mal nos prodiga ocasiones ni posibilidades de curación.

(De Revista de Tuberculosis del Uruguay)