

RESECCIONES SEGMENTARIAS TRAQUEO-BRONQUIALES. EXPERIENCIA PERSONAL EN 19 CASOS

E. Tovar Martín

Introducción

La oportunidad de efectuar una resección segmentaria de la tráquea o de los bronquios, no es muy frecuente, pero su interés es enorme ya que posibilita, en ocasiones, la exéresis, de otro modo irrealizable, como en el caso de la afectación de la carina traqueal, o permite economizar parenquima pulmonar, resección segmentaria de los bronquios, unida en general, a una resección parcial pulmonar, lo que es doblemente interesante, pues por una parte hace permisible la exéresis, en enfermos con una función pulmonar deficiente, y, en todo caso, por el interés que el economizar parenquima pulmonar tiene.

Teniendo en cuenta la mayor longevidad y, la frecuencia de insuficiencia respiratoria, el cirujano va a tener, cada vez con mayor frecuencia, la oportunidad de realizar un tipo cualquiera, de plastia traqueo-bronquial, con el objeto de hacer permisible la exéresis, en situaciones, que de otro modo, no podrían ser soportadas. De ahí el interés y la actualidad del tema.

Esta cirugía requiere un meticuloso estudio del enfermo y en general un diagnóstico precoz y correcto y en cuya consecución, ninguna exploración deberá ser omitida. Especial relieve adquieren el aspecto funcional y los límites lesionales, a los que debe concederse la mayor importancia, ya que son sus pilares fundamentales.

Experiencia personal

Nuestra actual experiencia está basada en 19 casos, de resección segmentaria, de la tráquea o de los bronquios

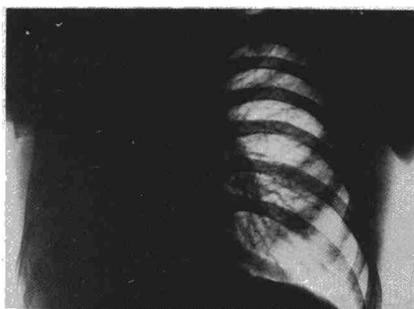


Fig. 1. Atelectasia de pulmón derecho, por carcinoma epidermoide de bronquio principal derecho, invadiendo la carina.

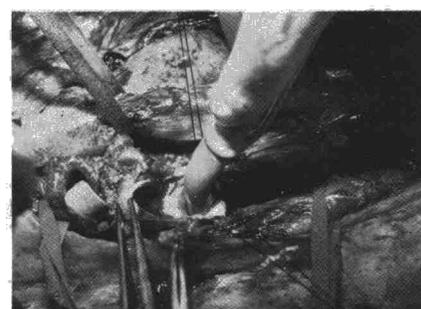


Fig. 2. Resección de la carina traqueal, después de efectuada la neumonectomía. Se observa la carina, con el tubo endotraqueal por arriba y el bronquio izquierdo intubado a través del campo operatorio.

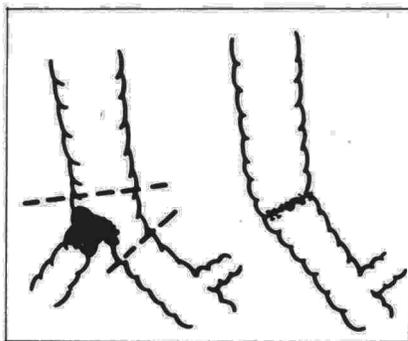


Fig. 3. Esquema de la intervención practicada.



Fig. 4. Carina resecada.

intervenidos y, al tratamiento protésico, de una estenosis traqueal de más de 6 cm.

Los factores etiológicos más importantes fueron los tumores, malignos y benignos y las estenosis inflamatorias y traumáticas. Nuestra serie se halla distribuida del siguiente modo:

Dos estenosis de tráquea cervical, donde se efectuó resección de 3 y 4 anillos traqueales, respectivamente y,

suturados de modo termino-terminal, tras la movilización adecuada de la tráquea.

Una extensa estenosis de tráquea torácica, está siendo tratada con prótesis temporal externa, pues la longitud de la estenosis no permite la exéresis. Esta prótesis ha resuelto el problema vital del enfermo durante dos años y medio y continúa en tratamiento actualmente. Todos estos casos fueron consecutivos

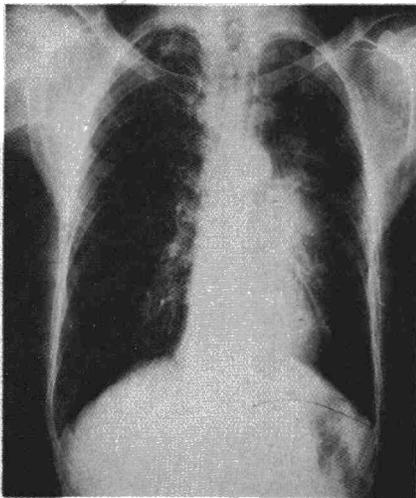


Fig. 5. Carcinoma de bronquiosuperior izquierdo e invasión del principal.

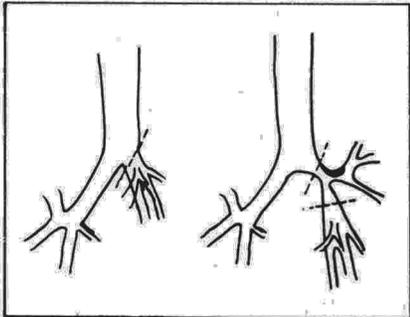


Fig. 6. Esquema de la intervención practicada.

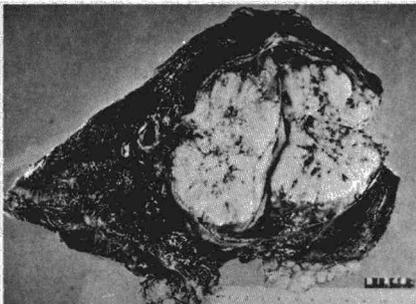


Fig. 7. Pieza de exéresis, correspondiente al bronquio y lóbulo superior.

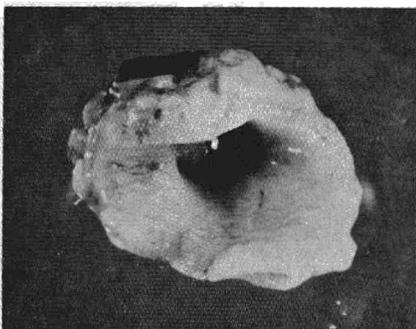


Fig. 8. Segmento resecado del bronquio principal izquierdo, invadido.

a intubación traqueal prolongada o traqueotomía.

Tres resecciones de la carina traqueal, por afectación tumoral de la misma, consecutivas a tumores epidermoides del bronquio principal derecho sin evidencia de metastasis mediastínicas. La continuidad se estableció anastomosando el bronquio principal izquierdo a la tráquea, de modo término-terminal (figs. 1, 2, 3 y 4).

Seis resecciones del bronquio principal derecho, asociadas a lobectomía superior derecha, en tres casos por tumores epidermoides y dos carcinoides. La continuidad se estableció, anastomosando el bronquio intermediario a la tráquea.

Cuatro resecciones del bronquio principal izquierdo, asociadas a lobectomía superior izquierda y anastomosis bronco-traqueal, en 3 por tumores epidermoides del bronquio principal izquierdo, próximo a la bifurcación superior y en uno por tumor carcinóide de la bifurcación lobar superior (figs. 5, 6, 7 y 8).

Dos resecciones segmentarias del bronquio principal derecho, por estenosis de este bronquio, consecutivas una a cuerpo extraño y otra de origen traumático. Fueron tratadas por resección segmentaria bronquial y anastomosis término-terminal, sin amputación pulmonar alguna (figs. 9 y 10).

Una resección del bronquio intermediario derecho y lobectomía media, por carcinóide bronquial.

Una resección parcial del bronquio intermediario, asociado a lobectomía inferior y media derechas, por carcinoma epidermoide bronquial, confeccionando una plastia con éste y, conservando el lóbulo superior.

Comentarios

Los criterios fundamentales de esta cirugía, estuvieron determinados por la idea de economizar parénquima pulmonar, bien por imperativo funcional, caso de la mayoría de los tumores malignos, no cabía otra cirugía, o bien por la índole lesional, carcinoides y estenosis inflamatorias o traumáticas, que permitían una cirugía más conservadora.

Las complicaciones de esta cirugía, no son mucho mayores que las de la exéresis simple, requiriendo un gran cuidado postoperatorio, en evitación de atelectasias distales a la anastomosis, complicación quizá la más frecuente. No hemos tenido que lamentar fístulas ni estenosis bronquiales.

Procuramos un cuidadoso tratamiento de los muñones bronquiales,

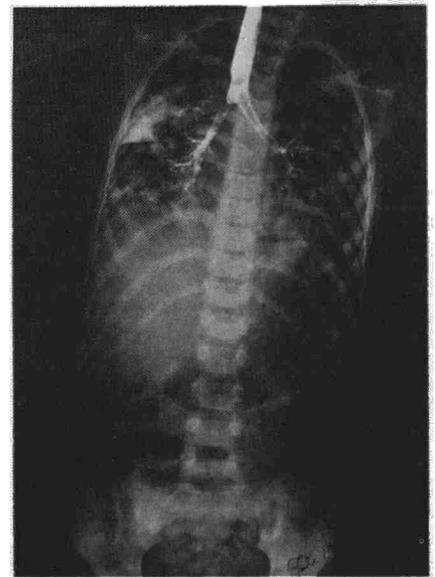


Fig. 9. Estenosis de bronquio principal derecho, por cuerpo extraño.

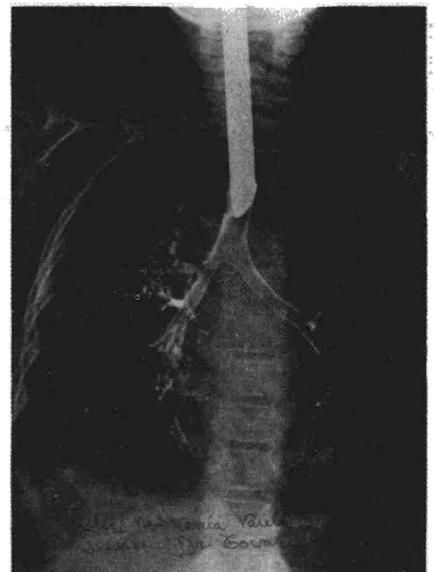


Fig. 10. Broncograma postoperatorio, efectuado a los tres meses de intervenido.

evitando lesionarlos o disecarlos en demasía, para obviar el deterioro bronquial y la devascularización, que una excesiva manipulación y disección conlleva.

La mayoría de las suturas bronquiales, se han efectuado con catgut crónico o dextron, con puntos simples totales. En 3 casos, se utilizó polipropileno en sutura extramucosa, la cual en determinadas situaciones, es más difícil de ejecutar y, no hemos visto ventaja en ella, por lo que actualmente utilizamos el catgut o el dextron, en puntos simples totales.

La evolución ha sido buena, en to-



dos los casos de estenosis inflamatorias y en las efectuadas por carcinoides. Observaciones entre 10 años y 3 meses con un promedio de 4 años. En los tumores epidermoides la supervivencia ha oscilado entre 6 meses y 5 años, con una media de 2 años. Hemos podido observar una recidiva local.

Creemos que esta cirugía, requiere el concurso intraoperatorio del anatomopatológico, con lo cual la seguridad en la sección bronquial, en tejido sano, es más fiable que el aspecto macroscópico simple y constituye la guía fundamental en la sección bronquial.

Conclusiones

Analizamos nuestra experiencia, en 19 casos de resecciones segmentarias traqueo-bronquiales, asociadas o no a exéresis pulmonares totales o parciales.

Cuando está indicada, reporta una economía de parénquima pulmonar, que hace a veces permisible una exéresis de otro modo irrealizable, por el déficit funcional existente y a veces evita la amputación de parénquima pulmonar.

En nuestra experiencia, no reporta

una mayor mortalidad o morbilidad que la exéresis simple.

La tráquea y ambos bronquios principales, son los lugares de elección de esta cirugía.

Un estudio anatomopatológico intraoperatorio, del muñón bronquial, es una práctica necesaria para tener la seguridad de que se están anastomosando tejidos sanos.

Para hacer posible esta cirugía, se requiere un diagnóstico precoz y una evaluación meticulosa de los límites lesionales y de la capacidad funcional de los pacientes.