

## MIOPLASTIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS FISTULAS BRONQUIALES

*Dres. Nistal, Masa y Alonso Herrero*

(Madrid)

Hubo un tiempo, en el que el acto operatorio referido a la Cirugía de Resección Pulmonar, fue la preocupación tanto de los clínicos, como de los cirujanos. Los primeros hacían pocas indicaciones y cuando proponían alguna, era en aquellos casos que habían sobrepasado toda posibilidad de tratamiento médico y creemos, que gran parte de esta retracción, estaba justificada por el temor a la gran mortalidad que estas intervenciones tenían; para los cirujanos, digámoslo también, representaban estas intervenciones una inquietud no sólo porque las técnicas no estaban muy depuradas, sino también por la falta de elementos, tanto materiales como humanos, necesarios para funcionar en equipo, sin el cual, ni antes ni ahora puede ser esta cirugía realizada.

Todos estos temores han desaparecido. El cirujano ha perfeccionado su técnica hasta los límites de lo posible; la intervención es una más, todos los elementos funcionan sincrónicamente.

Queremos destacar como colaborador imprescindible en esta cirugía, el *anestesiista* adaptado a la misma. El hace que el tórax lo operemos en completo silencio, que el tiempo no cuente, dos importantes factores que hacen que hoy sean muy pocas las intervenciones irrealizables, y que la mortalidad en el acto operatorio, se pueda calificar de nula, si el enfermo está bien indicado y estudiado preoperatoriamente.

Sin embargo, una sombra sigue oscureciendo el pronóstico de las resecciones realizadas por T. P.; es la siempre posible fístula bronquial, en la que terminaban muchos enfermos después de una laboriosa y bien realizada intervención. Empleo la palabra «Terminaban» en su verdadero sentido gramatical por lo que respecta a nuestro servicio.

Esto nos ha inducido a comunicar a ustedes nuestra experiencia.

Las características de los enfermos que presentamos son, en la mayoría de ellos, casos límites.

Todos ellos bacilíferos persistentes en la broncoscopia y en la biopsia bronquial preoperatoria, presentaban lesiones de estirpe tuberculosa, sin llegar al tipo de lesión bronquial vegetante o ulcerosa. Los cortes histológicos demostraban la existencia de infiltración de la submucosa.

Ante este panorama y siendo la intervención, la única posibilidad que tienen los enfermos de tuberculosis pulmonar en grado avanzado y con lesiones bronquiales, lógicamente teníamos que acudir a un método quirúrgico que nos diese el suficiente tanto por ciento de curaciones para evitar la producción de la fístula bronquial; la cual una vez producida, su tratamiento es más difícil y aleatorio.

A pesar de utilizar una técnica de sutura bronquial perfecta, respetando al máximo la vascularización del muñón bronquial y la mucosa, las fístulas bronquiales se seguían produciendo. Nos extrañaba que con ligerísimas alteraciones histológicas de la submucosa, siguiésemos teniendo esta complicación.

Es de todos sabido que los muñones bronquiales tienen un dinamismo exaltado, lo que provoca hipertensión de la sutura y puede llegar a la rotura de la misma, el muñón por tanto, contiene el centro dinámico bronquial de la zona extirpada que queda irritado por el acto quirúrgico y por los fenómenos cicatriciales (espina irritativa). Ello explica la tos y la secreción serosa tan frecuentes en el post-operatorio.

Son pues todos estos factores unidos: infiltración de la submucosa, dinamismo y alargamiento del muñón bronquial, vascularización deficiente, los que unidos hacen que se produzca la fístula bronquial.

Por lo tanto teníamos que llevar un tejido al muñón bronquial, que no solamente hiciese de cobertura como lo hace la clásica pleurolización.

Nuestro proceder es pues preventivo, no esperamos a que la fístula se produzca, sino que en el mismo acto quirúrgico de la exéresis y cuando los datos radiológicos broncoscópicos e histológicos son positivos, practicamos la mioplastia bronquial.

Para ello utilizamos un músculo intercostal que esté situado a la altura del muñón bronquial de la parte de pulmón reseca. En cuanto a la técnica de fijación del músculo al muñón bronquial, debe de ser lo menos constrictiva posible, para evitar la obstrucción de los vasos intercostales. También es conveniente el practicar la desinserción del cabo costal con la apófisis transversa, lo cual debe hacerse con sumo cuidado para evitar roturas de los vasos intercostales.

Como es lógico pensar, todo este proceder lleva aparejado la necesidad de resecar más de una costilla, a fin de obtener un músculo intercostal, lo cual no crea problemas cuando se trata de una neumonectomía, pero cuando la intervención es una lobectomía hay que practicar una toracoplastia, ya que de otra forma el cierre de tórax se efectuaría a una tensión, por falta de dos costillas, incompatible con una buena cicatrización.

De los 50 casos en los que hemos practicado la mioplastia bronquial preventiva, no ha habido ningún fracaso, siendo la curación clínica el resultado obtenido.

Si comparamos estos resultados con los obtenidos cuando utilizamos la mioplastia después de producirse la fístula, la diferencia es acusada, ya que las curaciones no pasaban del 10 por ciento.

Somos decididos partidarios de la práctica de la mioplastia bronquial preventiva, en los casos que reúnan las siguientes condiciones:

PRIMERO.—Enfermo bacilífero, a pesar del tratamiento.

SEGUNDO.—Enfermo resistente a más de un medicamento.

TERCERO.—Enfermo con más de cuatro años de padecimiento.

CUARTO.—Cuando existan alteraciones broncoscópicas.

QUINTO.—Siempre que la biopsia bronquial ofrezca alteraciones histológicas.

SEXTO.—En neumonectomías, por pulmón destruido tuberculoso.

SEPTIMO.—En sujetos con más de cincuenta años y que lleven más de tres años en tratamiento medicamentoso.

OCTAVO.—Cuando hayan existido lesiones contralaterales.

NOVENO.—Cuando la reexpansión del lóbulo no afectado no sea buena y tengamos que practicar una toracoplastia para disminuir el espacio residual.