

Decorticación pleuropulmonar

Moderador: Doctor Francisco Pérez Pérez (Las Palmas de Gran Canaria)

El problema del empiema crónico enquistado (E. E.) y su solución data de hace pocos años de una manera correcta, puesto que las antiguas soluciones basadas en la colapsoterapia, el drenaje externo o marsupialización dieron, en la época que se realizaron, muy malos resultados y con una alta mortalidad operatoria.

Gracias a los antibióticos y a los conocimientos de la anestesia y de la cirugía torácica podemos abordar el problema con una entera solución al paciente que presente un pulmón encarcelado por paquipleuritis de la etiología que sea: infecciosa, traumática o de cualquier otra índole.

En el coloquio que estamos iniciando vamos a exponer al diálogo los puntos que se consideran más interesantes para llevar a buen fin un paciente afecto de esta enfermedad crónica. Dejamos de lado, en primer lugar, aquellas complicaciones agudas, tales como perforaciones en la evolución de las neumopatías (como absceso pulmonar, perforación pleuro-pulmonar en la evolución general de T. P., etcétera), que, aun cuando requiere en la toracotomía una discreta decorticación, no consideramos un problema como el que estamos tratando.

Yo llevo al ánimo de ustedes los siguientes puntos interesantes a discusión:

a) Problemas diagnósticos correctos del empiema enquistado.

b) Cuándo contraindicamos una decorticación.

c) Qué medidas preoperatorias deben tomarse al decidir la operación.

d) Qué técnica debemos desechar en el tratamiento de esta enfermedad.

*e)*Cuál es la actitud y técnica más eficaz para resolver el problema.

f) Cuáles son los resultados clínico-radiológicos y funcionales logrados por la decorticación.

Con estos puntos creo que abordamos y completamos todos los problemas que presentan estos pacientes, y por ello, si a ustedes les parece bien, iniciamos el diálogo:

En primer lugar, el doctor Jiménez Leyva nos va a exponer algunos puntos de la experiencia que en el Servicio del doctor Pursell, de Barcelona, tienen acerca de la frecuencia y datos más interesantes en el correcto diagnóstico del empiema enquistado. Piensa que este síndrome no tiene una mayor incidencia que antaño; claro que se refiere a los años de la colapsoterapia gaseosa, por cuanto al ser ésta hoy casi totalmente abandonada ha reducido el número de empiemas posneumotorácicos. Hoy estamos operando aquellos casos que, a pesar del empiema sufrido en el curso del neumotórax, lograron curar su T. P. y dejaron sólo como secuela este problema del

empiema enquistado posneumotorácico. Por ello piensa que, aparte de las pleuritis serofibrinosas mal tratadas por no haber apurado la extracción de derrames en el curso de la enfermedad, estos derrames se enquistaron, se envejecieron y dieron lugar a ese pulmón acorazado pospleuritis, naturalmente espontánea. Piensa que las bronquiectasias, los abscesos, las micosis pulmonares, con poca frecuencia dejan esta secuela de un empiema enquistado; que los empiemas infantiles tampoco dejan esta huella cuando el curso de su tratamiento ha sido correcto: que si bien algunas exéresis pulmonares, por la causa que sea, dejan secuelas de derrames enquistados, no estima que deban ser sometidos a esta decorticación, puesto que muchas veces, sobre todo cuando la exéresis ha sido una lobectomía, salvo excepciones, se presenta la indicación operatoria.

Los puntos interesantes a considerar del diagnóstico del empiema enquistado son:

1. *La edad del E. M.*, puesto que se conocen a su través cuáles son las dificultades que se va a encontrar el cirujano al abrir el tórax: la paquipleuritis y la posible fibrosis pulmonar se hallan en razón directa de la antigüedad del proceso.

2. *Las migraciones del empiema enquistado*, tales como son la fístula broncopleuraleal y la fístula pleuro-cutánea; complicaciones ambas de mucho interés, puesto que en la primera habrá que considerar la posible exéresis parcial del pulmón que deba acompañar a la decorticación.

3. *Signos clínicos de actividad del empiema enquistado*, tales como fiebre, septicemia, caquexia o la más grave, cual es la amiloidosis que supone, frecuentemente, una formal contraindicación operatoria, dadas las complicaciones mortales a que da lugar una anestesia larga y una masiva transfusión.

4. De interés esencial es *la radiología de la bolsa* empiemática, puesto que, tras un correcto estudio radiotomográfico y de la broncografía del hemitórax afecto, así como de un relleno de la bolsa con cualquier medio de contraste, expondremos el volumen, la extensión y profundidad de ella con toda claridad, dato muy interesante para el cirujano, puesto que de este estudio elegirá no sólo el abordaje correcto, sino

además la extensión de la toracotomía; asimismo podrá comprobarse la existencia de lesiones parenquimatosas asociadas, tales como bronquiectasias o cavernas residuales.

5. Finalmente, los *datos complementarios del laboratorio*, tales como el hematocrito, que naturalmente requiere una corrección cuando se halle en cifras bajas, a base de frecuentes transfusiones preoperatorias; y lo que es más interesante, y que antes hemos citado, el descartar una amiloidosis a través de un estudio nefrológico.

Estos puntos interesantes acerca del empiema enquistado fueron corroborados por los doctores León y otros, que los consideran elementales en el preoperatorio de todo paciente afecto de empiema enquistado.

En cuanto al problema de la *contraindicación de decorticación*, sostiene el doctor León el punto de vista de que en primer lugar está el "grado de actividad del empiema". No es correcto someter a esta operación, salvo casos excepcionales, cuando un empiema enquistado se halla en fase de brote, con vómitos abundantes y septicemia. Lo correcto es inactivar el empiema a base de frecuentes toracentesis con inyección endopleural de antibióticos (no olvidar la prueba de sensibilidad a los gérmenes que lo ocasionan), y cuando exista rebeldía o cuando la cantidad de pus es abundante, someter a un drenaje de la cámara, de manera previa y siempre pensando como solución temporal, puesto que jamás se debe considerar que esta medida sea curativa en un empiema enquistado de varios años de evolución, puesto que las paredes de la cámara tienen tal grosor y rigidez, que pensar que un drenaje sea capaz de achicarle y curarle totalmente es una utopía que ni la más enérgica aspiración pleural es capaz de resolverle.

Intimamente relacionado con lo que antes se ha discutido, pasamos al tercer punto de interés: cuáles son las *medidas preoperatorias* que deben tomarse cuando vamos a operar a estos pacientes. El criterio es unánime en cuanto a los siguientes puntos:

1. Si no hay fístula broncopleuraleal, el empiema enquistado no debe ser nunca drenado.

2. Si la cantidad de líquido es grande, es decir, si la bolsa tiene un volumen importante, debe efectuarse toracentesis y achicar su contenido, puesto que gran cantidad de líquido endocameral puede, en un momento dado de la anestesia, ser expulsada por una fistula encubierta y crear un gravísimo problema anestésico por inundación bronquial.

3. Que si el empiema enquistado está activo (con fiebre, vómitos esporádicos y malestar), debe inactivarse a través de la vía general y local de antibióticos.

4. Que los datos analíticos del hematocrito estén normales, prodigando las transfusiones lo necesario para que estos pacientes, que tanto sangran en el acto operatorio, no vayan minusvalidos (expuestos a un shock operatorio), ya que la experiencia ha demostrado que, aun cuando esta operación tiene pocas dificultades técnicas, es productora de shock por el traumatismo que se provoca y, sobre todo, por lo hemorrágicas que son al desprendimiento de las corazas pleurales.

El cuarto punto a discutir es el de las técnicas no aconsejables en la solución del empiema enquistado. Porque, en efecto, como hemos indicado al comienzo del coloquio, han sido múltiples las soluciones usadas hasta llegar a la actualidad, en que la decorticación se ha impuesto sobre todas las demás por las siguientes razones:

a) La desaparición de la paquipleuritis tanto parietal como visceral, razón y causa de la enfermedad.

b) La eliminación, en consecuencia, de un proceso supurado crónico en el seno de la cama pleural, con todas sus consecuencias.

c) Recuperación funcional del parénquima colapsado o hipofuncionante por otro en las mejores condiciones posibles para una mejor hematosis.

Estas técnicas no aconsejables son: *El drenaje simple del empiema enquistado*, cuya finalidad es la inactividad parcial al reducir la cantidad de líquido creado, e incluso, si se aplica una aspiración conti-

na, una reducción de volumen de la bolsa. Pero esta solución, como es comprensible, falla ante unas paredes endurecidas por la edad del empiema enquistado y por la supuración, con lo que la coaptación y cierre definitivo del proceso es sumamente raro y casi siempre fracasa al retirar el drenaje. Resumiendo, que como solución preoperatoria es a veces indispensable, pero no deberá considerarse definitiva, salvo aquellos casos en que el empiema enquistado es reciente. Una solución más usada es la de la *toracoplastia de relleno*. Eliminadas las costillas que abrazan la cama empiemática, puede llegar a coaptar ambas caras internas del empiema enquistado, y, hasta hace algunos años, era la solución, que se consideraba ideal. Esto se lograba en un 30 por 100 de casos afortunados, y el mayor porcentaje de sus fracasos era debido a dos causas elementales: persistencia de la supuración endocameral y la fistulación precoz o tardía del empiema hacia bronquio o pared. En ocasiones, a esta toracoplastia o posoperatorio que aumentaba en casos afortunados el porcentaje de curaciones, aunque la mayoría de las veces había que ir a la tercera solución que estudiamos.

Esta solución es la *toracectomía* u operación de Schede o la variedad de Neison. En el Schede se procede a la extirpación de la cara externa o parietal la bolsa dejando la interna o visceral, cuyo fin es la desaparición de la supuración endocameral, pues, al adosar a la visceral el plano de los músculos y piel, achicamos la cavidad restante con un drenaje que cura por segunda intención. La otra solución de Robert-Nelson consiste en la sección anterior y posterior de la placa o cara parietal para que se adose a la visceral, previo el drenaje de la cámara. Ambas soluciones de toracectomía han sido asimismo abandonadas por la solución actual, que, a no dudarlo, reúne todas las cualidades de una solución curativa, y lo que es mejor, a corto plazo, frente a éstas de muchos meses de evolución con la secuela de heridas abiertas, supurantes, caquetizantes y cuyo fin, con frecuencia, era que el cirujano perdía las esperanzas de ver curado a su paciente.

Entramos en discusión con la decorticación pleuro-pulmonar como técnica indis-

tida para la solución de los empiemas crónicos supurantes. Como decíamos al comienzo de este coloquio, la operación que estudiamos es de tipo estándar para todos los procesos, sea cuales sea su etiología: tuberculosos, traumáticos, micósicos, por cuerpo extraño, posneumonios, etcétera.

La única variedad que puede emplearse en la decorticación es la posibilidad en la T. P. de que debamos resear parcialmente una zona pulmonar (lóbulo o segmento) en donde persista una caverna, tuberculoma o fistula broncopleuraleal; e insistimos en este punto puesto que, como de todos es sabido, la resección parcial del parénquima no invalida la solución de la decorticación, salvo en los casos en que por destrucción total pulmonar hayamos de practicar una pleuro-neumonectomía, en cuyo caso ya no hablamos de decorticación, sino de pleuro exéresis pulmonar.

Otro punto interesante a tratar es el de la variedad de decorticación de cámaras extrapleurales por persistencia de pulmón in expansivo en el curso del N. E. y los E. E. bajo toracoplastia. En ambas complicaciones en el curso del tratamiento de la T. P. por la colapsoterapia quirúrgica. Naturalmente que la técnica no sufre variación y sólo se ha de considerar el punto de abordaje de la cámara.

Y pasemos a los *puntos discutibles en la técnica de la D. P.* En primer lugar, la *toracotomía exploradora* en cuanto al número de costillas a extirpar. Como todos sabemos, las bolsas empiemáticas que llegan al diafragma son, en su inmensa mayoría, la regla. Es decir, que aun cuando hay algunas que sólo ocupan el medio hemitórax, normalmente la base de la bolsa descansa en el diafragma. El dato interesante de inyectar medio de contraste en la bolsa y ver su fondo de saco con asiento diafragmático tiene que ver con este punto que estamos tratando, por cuanto sabemos que, con una toracotomía un poco alta, las dificultades para una liberación extrapleuraleal del fondo de saco diafragmático se hacen muy complejas, toda vez que frecuentemente las paredes de este fondo de saco fibrosan de tal manera al diafragma que su liberación, cuando el campo operatorio no está bien a la vista, ocasiona perforaciones

o roturas del diafragma que no sólo debemos diagnosticar y corregir, sino que su olvido puede ocasionar complicaciones posoperatorias mortales por peritonitis cuando no hernias posoperatorias tardías. Con estas complicaciones en la mente, el cirujano piensa que la elección de la toracotomía es un punto muy importante en el acto operatorio. Se piensa, pues, que cuando la bolsa es muy extensa, y una toracotomía en el medio de la bolsa, que es el ideal, no llega con suficiente campo operatorio a una liberación del diafragma correcta y clara, debemos extirpar dos costillas; es decir, que esta doble toracotomía puede ser la solución de un buen campo operatorio en la liberación del diafragma. De todas maneras, creemos que una sola toracotomía correcta, amplia y bien elegida solventa el problema de la disección diafragmática.

Se entra en discusión en el segundo punto de la técnica operatoria: *La vía endotorácica a elegir*: unas veces la extrapleuraleal, otras, abriendo primero la bolsa y buscando su liberación desde dentro de la misma. Todos se hallan de acuerdo en que, una vez efectuada la toracotomía, la vía mejor para una correcta liberación de toda la bolsa es la extrapleuraleal, tanto hacia la región anterior como la posterior o medianística, puesto que con este procedimiento pueden suceder dos cosas: que podamos extirpar la bolsa en un bloque, o bien que ello no sea posible y haya que abrirse la bolsa por presencia de exudados, o porque las dificultades técnicas sean insuperables y con las paredes de ella hacer más fácilmente la disección al poder tirar de la misma. No hay duda que esta vía extrapleuraleal permite fácilmente localizar las zonas de reflexión de la bolsa al hallarnos en el curso de la disección, un momento en que ya aparece la pleura sana o sinfisada, pero fuera de la pleuritis, momento que aprovechamos para liberar todo el pulmón sano y realizar una buena reexpansión.

Otro punto técnico interesante es la disección o *decorticación pulmonar*. El doctor León sostiene que frecuentemente las fistulas hacen su aparición, así como desgarrros pulmonares, por lo que se aconseja en esos casos dejar parte de cáscara pleuro-pulmonar adherida al parénquima para su protección y prever fistulas cronicables.

Este punto es sujeto a discusión, puesto que algunos sostienen que tales dificultades no son tan frecuentes ni, por otro lado, la paquipleuritis pulmonar es tan gruesa ni tan adherente al parénquima. Lo que hay que insistir es en que la disección debe ser más metódica que las de la pared del tórax. La torunda pequeña debe ser el instrumento más eficaz para una correcta disección, y evita fistulización que, de otra parte, suele ser de pequeño calibre, y cierra perfectamente con la aspiración pleural correcta, por ser bronquial de tercer orden.

Un nuevo punto a discutir es el que creemos más interesante: el de *la liberación del diafragma*. Ya insistimos en que la toracotomía debe darnos un campo operatorio suficientemente amplio para que este órgano sea correctamente visualizado en todas las maniobras que en él se efectúen. La disección del diafragma es sumamente difícil en estas paquipleuritis crónicas, debido a que el proceso inflamatorio se propaga con frecuencia al músculo y termina por formar cuerpo con él. Por esta causa no es raro que muchas veces hayamos de dejar placas más o menos grandes para evitar mayores complicaciones, pero siempre sosteniendo el principio de que la liberación de esas placas son el fundamento posterior de un buen funcionamiento del músculo diafragmático. Por otra parte, este órgano queda parcialmente paralizado, y debemos evitar al máximo su parálisis definitiva lesionando al frénico, complicación que agrava la operación, como de todos es conocido. En lo que todos se hallan de acuerdo es que este órgano queda siempre pasesado, y una fisioterapia correcta debe acompañar a todo operado de decorticación para una recuperación precoz del mismo.

Las lesiones del órgano, y sobre todo las roturas, deberán siempre ser curiosamente corregidas, puesto que las hernias posoperatorias, y lo que es peor, una posible peritonitis, están acechando al posoperatorio de estos pacientes.

En cuanto a la técnica operatoria, nos queda un asunto importante: *el del pulmón subyacente*. Se ha discutido mucho este punto. Estos pulmones colapsados durante años presentan las siguientes dificultades:

- a) Aparición de fibrosis pulmonar.
- b) Frecuentes bronquiectasias.

c) Reactivación de lesiones curadas al expandirse el órgano.

d) Inutilidad funcional.

Como consecuencia de ello se ha sugerido que un pulmón con tantos problemas debería ser resecado, puesto que los problemas que va a causar en el posoperatorio van a ser más graves que el valor de su conservación; de ahí que muchos autores hayan considerado que la pleuro-exéresis debe sustituir a la decorticación.

Semejante idea no se halla de acuerdo con los resultados y los hechos. En primer lugar, porque la mayoría de las veces, cuando se ha liberado un pulmón acorazado, vemos inmediatamente la aceptación que el anestesista comprueba en el aspecto funcional: los enfermos mejoran notablemente cuando son pacientes límites. Por otra parte, un hemitórax liberado de esas corazas pleuro-pulmonares permite al pulmón y al hemitórax una mayor movilidad que redundará, a no dudarlo, en una mejoría en el funcionamiento respiratorio pulmonar. Y finalmente, ese pulmón, a poco que funcione hace mucho más que ninguno, sin olvidar el extraordinario efecto de "prótesis pulmonar". Este punto de la prótesis pulmonar es sumamente interesante, pues sabido es que un hemitórax deshabitado es fuente de problemas —presencia de seromas para rellenar el espacio vacío y sus complicaciones, tales como la supuración del mismo y la creación de fistulas bronquiales—, cuyo final, como es de todos sabido, sólo la toracoplastia de relleno puede resolver. Por ello se ha considerado que un pulmón, aunque sea fibroso, hipofuncionante, si se airea, debe ser sistemáticamente respetado para rellenar el espacio y, sobre todo, porque es, a no dudarlo, la mejor prótesis del hemitórax. Y de otra parte, la experiencia demuestra que, aunque disminuidos en su función, al cabo de los años van recuperando, lenta pero progresivamente, cierta función; la idea es que *sistemáticamente aprovechemos el pulmón subyacente*. Excepción de esta regla es el que este pulmón se halle atelectásico (properatoriamente) parcial o totalmente y que en el acto operatorio se compruebe que no se reexpande; cuando la atelectasia es parcial (segmentaria o lobal) debe aprovecharse el pulmón restante, pero debe resecarse la

atelectasia. Naturalmente que cuando la atelectasia es total, la pleuro-exéresis es la única solución inexcusable.

Finalmente, nos queda por discutir los *resultados clínicos-radiológicos y funcionales logrados por la decorticación*. Durante este coloquio se han ido presentando diapositivas de numerosos casos, cuyo común denominador son las bolsas de E. E. curados por la decorticación. Y como todos han podido comprobar, la radiología forma el capítulo más interesante de la clínica de estos pacientes. De las radiografías posoperatorias se ha podido deducir la eficacia de esta operación al reexpandir totalmente un pulmón que frecuentemente llevaba muchos años de colapso parcial. Naturalmente que a esta reexpansión pulmonar debería acompañar una correcta función pulmonar o, por lo menos, una notable mejoría de la misma, como así veíamos en el acto operatorio.

Los estudios funcionales basados en

la espirografía, y más recientemente en la oximetría, han demostrado que esta mejoría objetiva no iba acompañada a la clínica, e incluso había pacientes que no mejoraban, oximétricamente, con la decorticación. Este punto es sujeto a discusión por otros compañeros que estiman que, funcionalmente, la decorticación mejora en muy poco la capacidad funcional del pulmón decorticado.

La discusión de la decorticación pleuropulmonar se ha basado en 46 casos operados en un sanatorio antituberculoso y en otros hospitales. De ellos, cuatro casos se han realizado en pacientes toracoplastiados; otros cuatro casos, en enfermos con un neumotórax-extrapleural inexpandible; tres casos, en hemoneumotórax espontáneos o traumáticos. El resto de los 35 casos son de pacientes tuberculosos curados, bien por el neumotórax, bien por pleuritis espontáneas incorrectamente tratadas; en esos casos databan de más de treinta años de enfermedad.