

TRABAJOS DEL SERVICIO DE TISIOLOGIA DEL HOSPITAL DE LA SANTA CRUZ Y DE S. PABLO DE BARCELONA. - Prof. J. REVENTÓS

Sobre dos casos de operación de Jacobaeus con adherencias prácticamente inseccionables⁽¹⁾

por el doctor
A. Caralps Massó
de Barcelona

Señores: se trata de los siguientes casos.

El primero del de una muchacha de 21 años, sin hijos, del campo y con residencia en el mismo, enferma de tuberculosis pulmonar fibrocáseosa y con el historial que sigue:

Ningún antecedente familiar patológico, sarampión a los 4 años, y a los 6 un traumatismo en el hemitórax izquierdo a la altura de las últimas costillas, sin consecuencias inmediatas. Al año, y en el mismo sitio, aparece una tumefacción que crece progresivamente hasta alcanzar el tamaño de una naranja, poco desviable, dura y dolorosa a la presión, que se abre espontáneamente, dejando fluir abundante cantidad de pus, y que tarda un mes en cicatrizar por completo.

Después de un año de normalidad comienza a notar, en virtud de cualquier movimiento, dolor en la base del hemitórax izquierdo, acompañado de disnea de esfuerzo, anorexia y pérdida de peso, cediendo todo lentamente, sin más molestia que un exceso de catarros invernales.

A los 17 años, y en verano, tos, escalofríos, algunas décimas de temperatura y afonía concomitante, repitiéndose desde entonces, con las mismas características sintomatológicas, y aún con mayores molestias, los catarros antedichos.

Y finalmente en el mes de abril de 1930, tos seca, violentísima, acompañada de mal-estar general, por lo que se ve obligada a guardar cama, anorexia, pérdida de peso, sudores profusos y disnea ligera, que se acentúa en el decúbito lateral izquierdo y va acompañada de fuerte dolor en el mismo costado y en la misma espalda.

A mediados de mayo de 1930 se atenúa el cuadro, mejora el estado general, y desaparece el dolor casi por completo, no acusando más que disnea ligera, tos, alguna que otra punta de costado en el hemitórax izquierdo, y febrícula vespertina de 37'4 - 37'6.

Tiene buen apetito, el funcionalismo digestivo es perfecto y pesa 57 kg.

El día 22 de junio de 1930 se le instituye un tratamiento quimioterápico encaminado a resolver la pequeña siembra nodular difusa que se observa en el pul-

(1) Conferencia dada en la Sociedad Catalana de Tisiología.

món derecho con objeto de poder establecer más tarde una cura de colapso en el pulmón izquierdo, en cuya región infraclavicular aparece una caverna de regular tamaño.

Con reposo y 5 gramos de tiosulfato de oro, en tres meses gana 3 kilogramos de peso, tose menos, y se atenúan las molestias torácicas y la disnea, y a los 5 meses de comenzada la cura áurica, se le practica el neumotórax terapéutico en el lado izquierdo, con un resultado no del todo satisfactorio (Radio I) por existencia de adherencias láterodorsales altas, que a pesar de relajarse bastante, permiten sea bacilífera la mínima fracción de esputo que de vez en cuando puede recogerse.

Por ello se decide intervenirla, con objeto de seccionar la adherencia que dificulta el colapso completo, siendo practicada dicha intervención al finalizar un episodio pleurítico, del que resta aún ligero derrame que llena el seno costodiafragmático y alguna décima.

La punción para la entrada del toroscopio se practica en el octavo espacio intercostal a unos dos centímetros por dentro de la escápula, y llevando aquél hacia la región axilar alta, se nos muestra una adherencia de unos tres centímetros de anchura, y de un grosor de medio centímetro aproximadamente, poco vascularizada, tirante y dispuesta en sentido oblicuo de arriba abajo, de fuera adentro y de atrás adelante, por lo que hace referencia a su eje mayor, de forma laminar con una cara ántero-superior y la otra pósteroinferior y con una verdadera tienda de implantación de la pleura parietal.

La punción para el cauterio la hacemos a nivel de la línea axilar anterior en el tercer espacio intercostal y antes de comenzar la cauterización con la pinza de Maurer exploramos por transparencia el contenido de la brida que se nos muestra en la dis-

posición siguiente (Fig. 1). Aparecen dos conos perfectamente limitados: uno, el superior, de vértice pleural y de base pulmonar, opaco casi totalmente; y el otro, inferior, dispuesto a la inversa, vértice pulmonar y base pleural y por completo transparente, lo que nos prueba que sólo podrá seccionarse la mitad inferior de la adherencia, tocando la pleura parietal, ya que la mitad superior está ocupada o por el pulmón o por algún gran vaso, y sea de ello lo que fuere, rodeado de un tejido lo suficientemente denso para no dejar que por la sola inspección toracoscópica (no por transparencia) pueda observarse ninguna diferencia de coloración en sus dos mitades.

Comenzamos la sección por la única parte asequible, y cuando ya hemos progresado coagulando y cauterizando tal como se señala en la figura 2, llevamos el cauterio con objeto de hacer un círculo de coagulación, a la pleura parietal, alrededor de lo que queda de superficie de implantación, hecho lo cual, a los 45 minutos de empezar damos la intervención por acabada.

El enfisema post-operatorio fué mínimo; no así la reacción térmica, ya que llegó a 38'4 de máxima, sin que se iniciara la defervescencia hasta los 22 días, interpretando esta violencia en la reacción general y local, ya que el derrame aumentó bastante, como la respuesta que al traumatismo operatorio dió la pleura sensibilizada ya por una fase exudativa no del todo resuelta en el momento de la intervención. A los 2, días de la cual se le substituyen 500 c. c. de aire por 500 de oxígeno, saliendo de la clínica a los 40 días de operada, apirética y con su adherencia que por radioscopia parece intacta, no observándose más que una ligera muesca en su parte inferoexterna.

Durante los dos meses y medio que tardamos en ver a la enferma, se le hicieron

dos insuflaciones de gas pequeñas de 200 y de 150 c. c. respectivamente, y por último, en la radiografía más reciente (Radio II) hecha a los dos meses y veintiún días de operada, puede observarse la des-

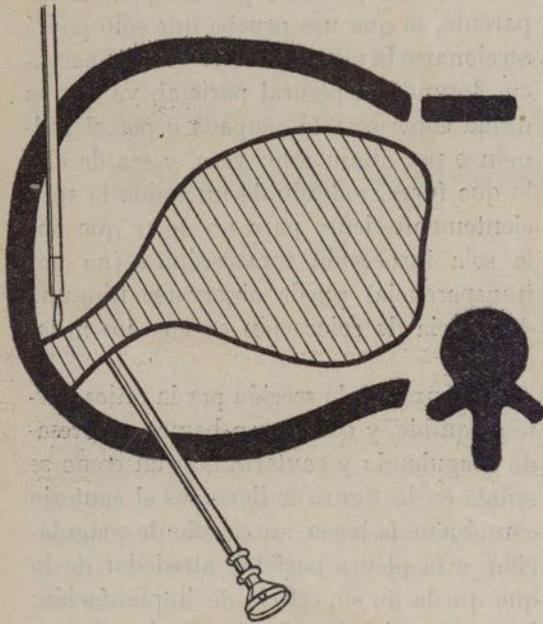


Figura A

aparición de la adherencia y de la pequeña lesión pulmonar que mantenía abierta, con aumento del colapso y clínicamente mejoría franca en el estado general, y ausencia del bacilo de Koch en el único esputo que puede recogerse (véase en la figura A, la posición del toracoscopio y del cauterio en un corte transversal del tórax).

Segundo caso: El de una joven de 18 años a la que se le practica un neumotórax en el lado derecho, por tuberculosis pulmonar cáseoulcerosa, que se acompaña de expectoración de 40 a 60 centímetros cúbicos al día, dolores intensos en la base posterior derecha, temperatura subfebril, anorexia, pérdida de peso progresiva y en alguna ocasión expectoración hemoptoica.

El neumotórax practicado no puede co-

lapsar del todo la lesión pulmonar existente, debido a la presencia de dos adherencias (Radio III), una lateral inserta en la pared a nivel de la cuarta costilla en el entrecruzamiento de ésta con la línea axilar posterior, y otra posterior, cuya inserción parietal tiene lugar asimismo a nivel de la cuarta costilla, por dentro del límite espinal de la escápula.

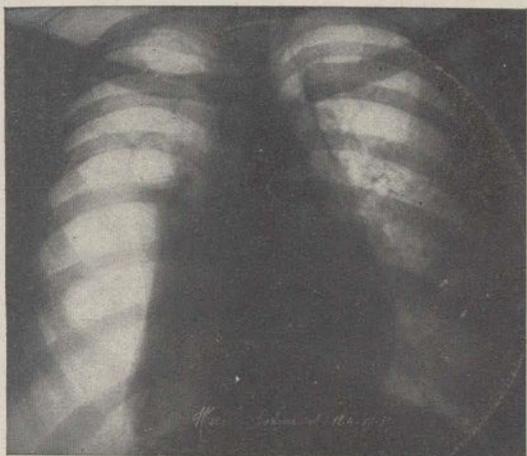
De momento dióse ya por descontado que el efecto del neumotórax sería poco menos que nulo si no le acompañaba una operación de Jacobaeus, que suprimiese cuando menos la adherencia que más se oponía al colapso de la caverna, o sea, la lateral inferior; pero dejósese pasar un cierto tiempo para obtener lo máximo de aquél y a la vez, para lograr un estiramiento de la sínfisis, que permitiera la intervención con las mejores esperanzas en su resultado.

La enferma sufrió una serie de accidentes pleuríticos con derrame, que cedieron iniciando entonces pequeñas hemoptisis, que más tarde se convirtieron en abundantes y repetidas hemorragias con lipotimias y estados sincopales alarmantes, que obligaron a practicar una transfusión sanguínea, mejorando el cuadro clínico después de ésta, y permitiendo la operación de Jacobaeus, casi de urgencia por el temor de que aquéllas pudieran repetirse.

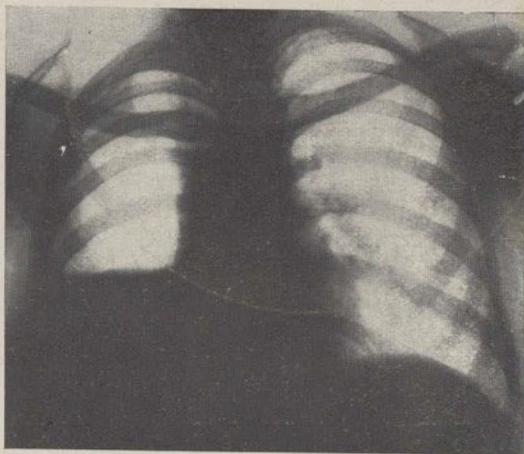
La intervención se desarrolló en la forma siguiente:

Previa anestesia local se introduce el toracoscopio a nivel de la línea mamilar entre las costillas tercera y cuarta, llevándolo arriba, atrás y hacia fuera, apareciéndonos la superficie pleural en sus dos hojas deslustrada, grisásea y con algún coágulo de fibrina adherido a ella, en el seno costodiafragmático, y una adherencia lateral, gruesa, cilíndrica, como de dos centímetros de diámetro, enrojecida, lo que demuestra la intensa vascularización de la misma, tirante y durísima a la palpación

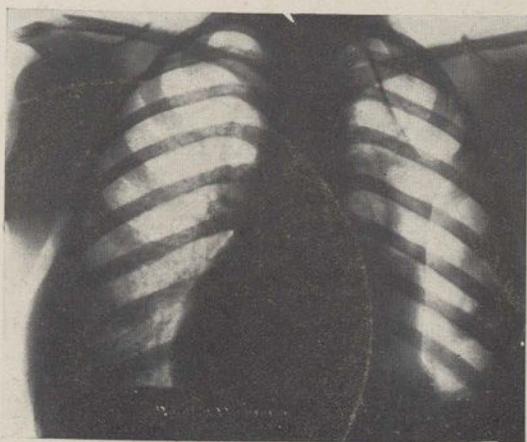
ARS MEDICA



Radio 1



Radio 2



Radio 5



Radio 4



Fig. 1



Fig. 2

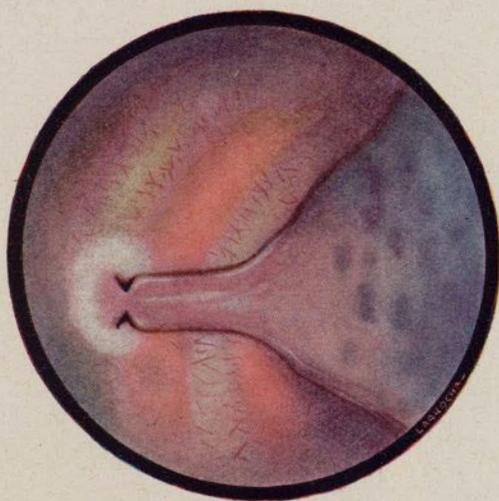


Fig. 3

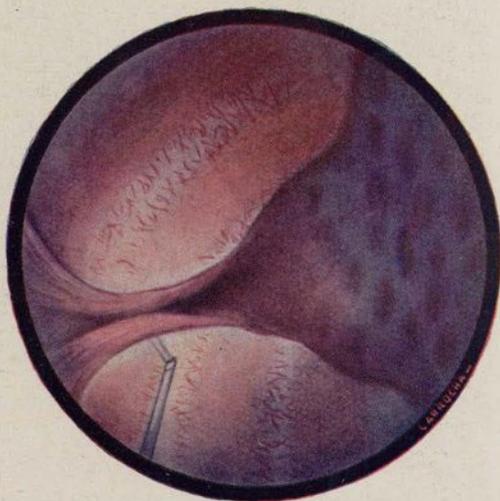


Fig. 4

con la sonda de Maurer, cual imagen al transiluminarla es la siguiente: Una implantación parietal ancha, corta, en forma de embudo (Fig. 3), transparente en su periferia y con un cilindro central opaco.

Hacemos penetrar el cauterio por el mismo orificio por el que introducimos la pinza de Maurer, o sea por la línea axilar anterior entre las costillas cuarta y quinta, trabajando con el cauterio curvo por la excesiva basculación que debía adoptar el recto, procediendo a practicar un círculo de coagulación en pleno embudo parietal profundizando sólo unos pocos milímetros alrededor de la adherencia (Fig. 4) y con el cauterio al rojo sombra, dándonos la sensación de que estamos pelando a la verdadera sínfisis de su cubierta fibrinosa. Hecho esto intensificamos el círculo de coagulación en el mismo embudo parietal, y sin explorar lo que por radiografía se mostraba como adherencia póstero-superior, damos la intervención por terminada. La enferma, en su curso post-operatorio hizo un ligero enfisema y un derrame, que la mantuvo durante quince días a una temperatura de 37'5, 38'2 por la tarde, siguiendo luego una cura sanatorial ya iniciada antes de la intervención.

A los dos meses es reintervenida por el doctor ESPINOSA, quien nos manifestó limitóse a acentuar lo ya hecho, sin seccionar del todo la adherencia por la misma razón que nosotros, o sea, por excesiva proximidad del pulmón a la periferia de la adherencia en toda la extensión de la misma.

Después de la segunda operación sigue un curso postoperatorio normal, aquejando a los doce días un dolor agudísimo en la axila y espalda derechas, que cede con aplicación de calor.

Al mes vemos a la enferma, comprobando la caída de la adherencia lateral, por radiografía núm. IV, y por una nueva tora-

coscopia al ir a seccionar la adherencia pósterosuperior que ésta no es tal, sino un repliegue de pleura visceral engrosado y con una lámina delgada de pulmón que la continúa por la parte interna.

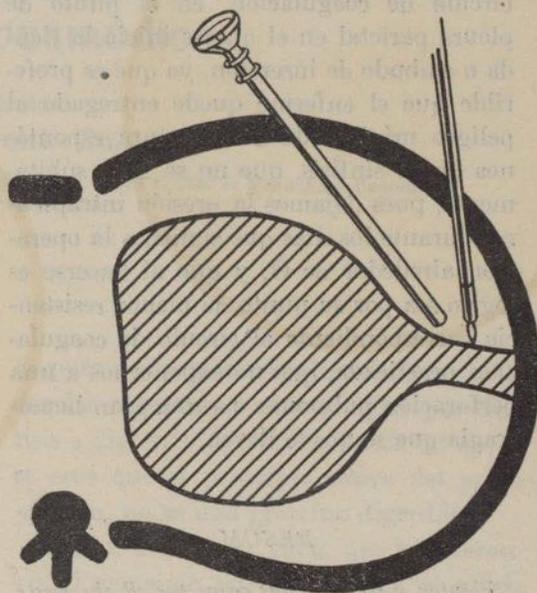


Figura B

(Véase fig. B, el esquema del curso operatorio en sección transversal del tórax.)

Actualmente las hemoptisis han cedido por completo y la imagen cavitaria desapareció casi totalmente.

Conclusiones

Sólo una: Siempre que en el transcurso de un Jacobaeus nos encontremos con adherencias que, ya al transiluminarlas, ya por la sola inspección toracoscópica, nos demuestren un contenido de pulmón o de grandes vasos, o que aunque libres en una pequeña porción parietal, nos señalen una proximidad excesiva del pulmón, no queramos ser rápidos; y si éste llega hasta la misma pared, cautericemos, después de coagular, sólo la porción de sínfisis desprovis-

ta de aquél, y si no llega, pero queda excesivamente cercano, o la sínfisis es muy vascularizada, y tememos la existencia en ella de grandes ó pequeños; pero múltiples vasos, es preciso limitarnos a practicar un círculo de coagulación en el punto de pleura parietal en el que se inicia la tienda o embudo de inserción, ya que es preferible que el enfermo quede entregado al peligro mínimo de una ruptura espontánea de su sínfisis, que no se hará súbitamente, pues dejamos la presión intrapleural durante los días que siguen a la operación alrededor de O, y que al hacerse es lógico sea por su punto de menor resistencia correspondiente al círculo de coagulación practicada, que no exponernos a una perforación pulmonar o a una gran hemorragia que se nos lo liven.

RESUM

L'autor, a través d'uns casos per ell observats, arriba a la següent conclusió: Sempre que al practicar un Jacobaeus, trobem adherències amb un contingut de pulmó o de grans vasos o bé que ens senyalin una excessiva proximitat del pulmó, no es deu anar ràpidament; si el pulmó arriba fins a la paret pleural cauteritzem després de coagular sols la porció de sínfisis en què aquell no es troba; i si no arriba, però, està excessivament prop, així com si està la sínfisis molt vas-

cularitzada, cal practicar un cercle de coagulació en el punt d'inserció en la pleura parietal. Així evitarem les hèmorrhàgies i la perforació pulmonar.

RESUME

L'auteur, après avoir étudié beaucoup de cas, nous donne les conclusions suivantes: Toujours, quand nous pratiquons l'opération de Jacobaeus, si nous trouvons des adhérences avec un contenu du poumon ou des grands vaisseaux, où qui nous indiquent l'excessive proximité du poumon, il faut aller doucement. Si le poumon atteint la paroi pleurale nous cauterisons après avoir coagulé seulement la partie de la symphyse où ceci ne se trouve pas; s'il n'atteint pas la paroi mais il est excessivement proche, où si la symphyse est très vascularisée, il faut pratiquer un cercle de coagulation dans le point d'insertion de la plèvre parietale. Ainsi nous éviterons les hémorrhagies et la perforation pulmonaire.

SUMMARY

The author after observing many cases, comes to the following conclusions. Whenever the Jacobaeus operation is undertaken, and we find adherences, the contents of which are pulmonary or from the big blood vessels, or which indicate the close proximity of the lung, great care must be taken. If the lung reaches the pleural wall we must cauterize after coagulating only that portion of the symphysis where the lung is not; if the lung does not reach the pleural wall but is very near, or if the symphysis is very vascularized, we must make a circle of coagulation in the point where the parietal pleura is inserted. Thus we can avoid hemorrhages and pulmonary perforation.