

RECONSTRUCCION DE LA TRAQUEA

COMENTARIO AL TRABAJO DE INGRESO DEL DR. ALFONSO SERRANO R.\*

DR. CARLOS R. PACHECO

ES PARA MÍ una gran satisfacción comentar el trabajo del Dr. Alfonso Serrano, pues desde hace varios años estamos interesados en el problema de la cirugía traqueal, la que hemos trabajado en el Departamento de Cirugía Experimental del Hospital General. En el año de 1953 al dirigir la Tesis del Dr. Octavio Rivero practicamos la sutura y reconstrucción experimental de la tráquea cervical y anotamos el comportamiento de la sutura, la importancia de la tracción de los extremos suturados en la producción de estenosis, la infección natural del órgano y la conducta del homoinjerto. La figura número 1, muestra la sutura de la tráquea con alambre y sin estenosis, la figura número 2 muestra estenosis en "reloj de arena", pues se hizo resección de tres anillos traqueales y se usó seda como material de sutura, la tracción de los extremos y la infección con dehiscencia fueron las causas de la estenosis. La figura número 3 enseña la lisis del homoinjerto homotópico, véase la desaparición completa de los ligamentos anulares y la desnudez de los cartílagos traqueales. Publicamos estas experiencias en *The Journal of Thoracic Surgery* 27:554-564, 1954, para concluir: 1° La sutura término-terminal de la tráquea debe realizarse con material inabsorbible para que los fragmentos seccionados estén en contacto el mayor tiempo posible. 2° El factor infeccioso juega un papel importante en la cirugía traqueal por tratarse de un conducto naturalmente séptico. 3° no es aconsejable, a la luz de los conocimientos actuales, el uso de homoinjertos homotópicos frescos o conservados, porque producen reacciones biológicas que conducen a la desintegración o a la absorción del injerto y a la estenosis, y 4° en pequeños defectos realizados en la tráquea es posible utilizar autoinjertos u homoinjertos heterotópicos para repararlos, pues hacen un buen papel de férula.

\* Leído en la sesión del 7 de septiembre de 1960.

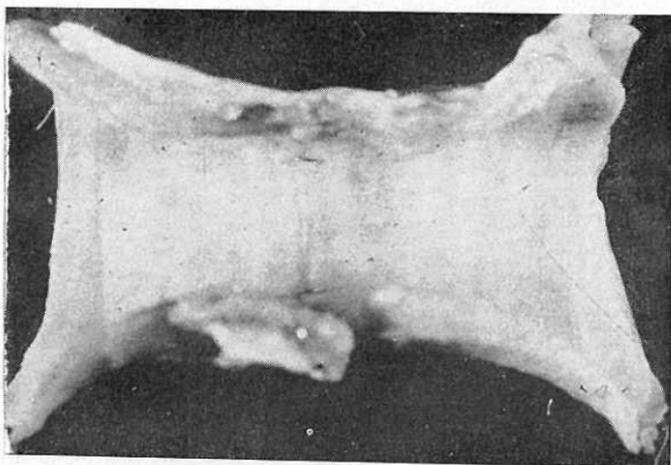


FIG. 1.

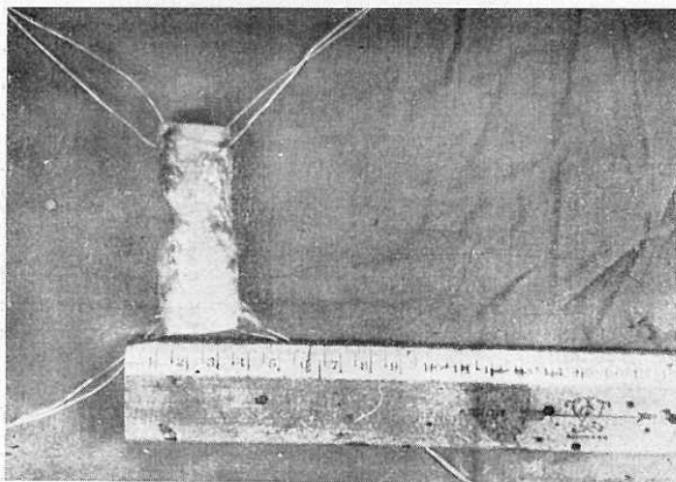


FIG. 2.

En 1957 volvemos a ocuparnos de la cirugía traqueal y el hecho de haber observado ocho enfermos con compresión de tráquea endotorácica por tumor mediastinal, por aneurisma de la aorta y por tumor primitivo de tráquea, hace que iniciemos la tesis del Dr. León Green sobre "Traqueostomía Transtorácica experimental". Seccionábamos la tráquea en el tórax lo más alto posible, suturando su extremo superior con puntos separados, tal como lo muestra la figura número 4; la anestesia se continúa, intubando el cabo inferior que se va a

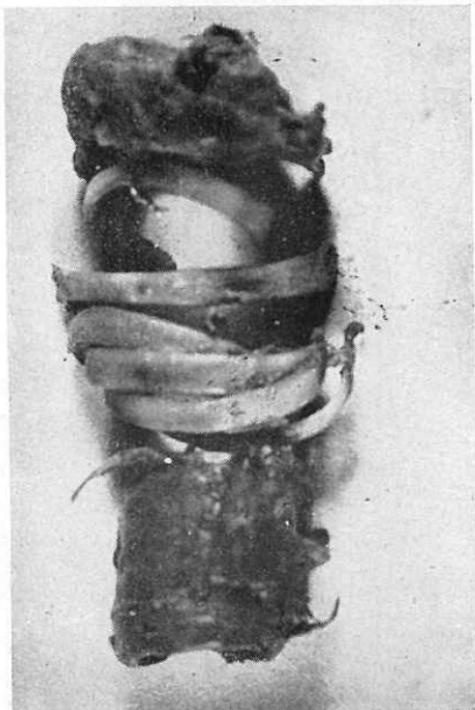


FIG. 3.

abocar hacia afuera, pasándolo a través del espacio intercostal inferior como se observa en la figura número 5, suturando la pared de la tráquea a cada uno de los planos torácicos que atraviesa y finalmente abocándola al exterior dejando un estoma sobre la línea de sutura como se aprecia en la figura número 6.

La gran liberación que se hace de la tráquea, indispensable para abocarla a la pared del tórax, que le quita su irrigación e inervación, así como el suprimir

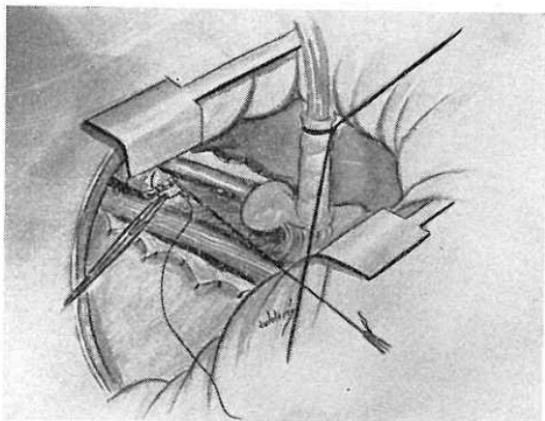


FIG. 4.

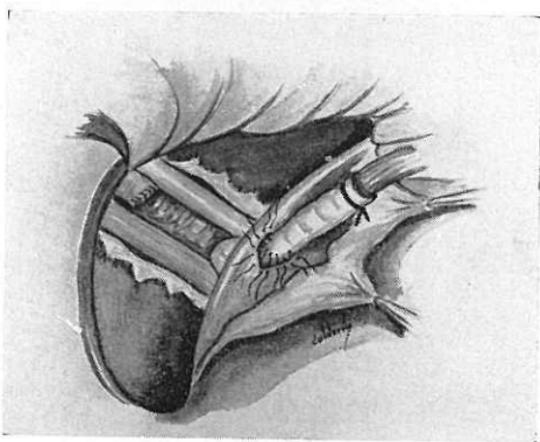


FIG. 5.

la barrera defensiva que implican las vías respiratorias superiores, hicieron que todos nuestros perros murieran en el post-operatorio con bronconeumonía e inundación del árbol respiratorio por secreción purulenta, así como en algunos

casos necrosis traqueal, como puede verse en la figura número 7. Con posterioridad publicamos estas experiencias en "The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery", 38; 253-261, 1959.

El Dr. Alfonso Serrano, como lo relata en su trabajo, ha tenido oportunidad en los últimos ocho años de tratar a 12 enfermos con problemas de pérdida de substancia en la tráquea cervical. Seguramente esto hizo que ingresara al terreno experimental para intervenir en la cirugía traqueal endotorácica, que presenta muchos más problemas que la cirugía cervical. Los puntos que me parecen fundamentales del trabajo y de gran interés para el cirujano de tórax, son:

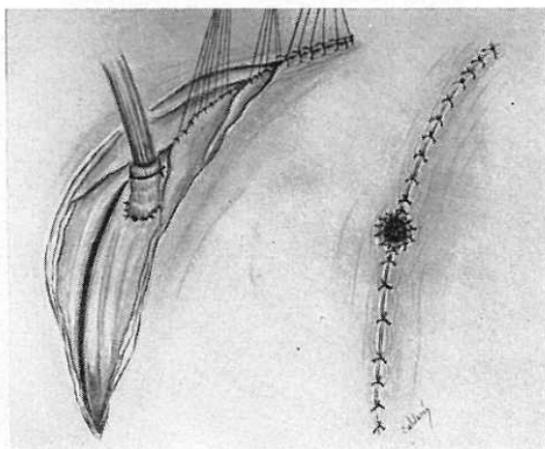


FIG. 6.

a) Fijación de la tráquea a la sonda, con alfileres de seguridad perforantes y colocación de una cinta umbilical amarrada abajo del alfiler inferior. Esta maniobra, original, permite tener asegurada una vía anestésica más allá del campo operatorio sin ninguna fuga; un campo quirúrgico perfectamente silencioso sin acortamientos ni elongaciones, pues ambos extremos de la tráquea se perforan juntamente con la cánula de Magill y finalmente realización de cirugía atraumática, pues los dos bordes de la tráquea que se van a suturar solamente reciben el traumatismo de la aguja y el hilo, ya que la aproximación de los fragmentos se hace con los alfileres o con ganchos de piel que traccionan de los anillos intermedios.

Nosotros hemos tenido oportunidad de operar una enferma abriéndole la tráquea endotorácica por toracotomía derecha para extirpar un cilindroma, y la anestesia dada por el Dr. Víctor Juárez fue necesario administrarla a través de una broncotomía en bronquio izquierdo; el caso se resolvió favorablemente.

b) Sutura en doble V. Es ésta también una técnica original y consiste en la aplicación de la plastía en "Z" a un conducto circular que al retraerse aumenta su luz. El Dr. Serrano ha desechado esta modalidad en su trabajo experimental, pues sacrifica mayor cantidad de tejido sano y se logran los mismos resultados con la sutura terminal. Sin embargo, creo que la doble "V" tiene su indicación precisa en las estenosis cicatriciales infundibulares o en forma de reloj de arena, tanto de la tráquea como de los bronquios, pues la sola incisión en "V" y su sutura hacen que la cicatrización aumente la luz del conducto aéreo.

c) La sutura con torsión traqueal; maniobra que no he encontrado descrita en la bibliografía a mi alcance y que es por demás ingeniosa pues al estirar las

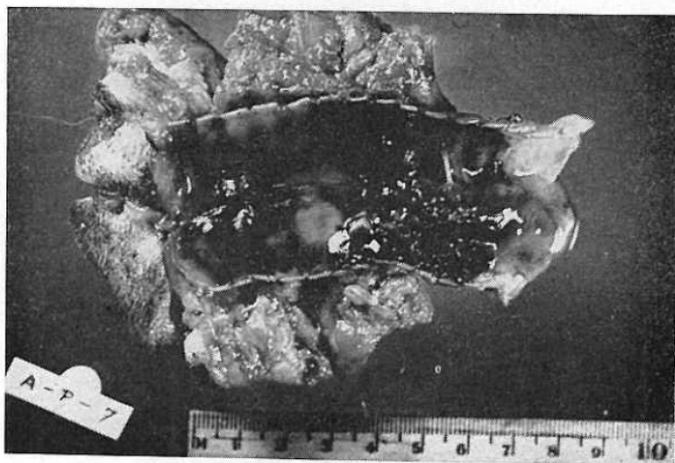


FIG. 7.

porciones membranosas de ambos extremos de la tráquea impidiendo con una pequeña rotación que coincidan y haciendo sutura circular, el cartílago suturado a la membrana impedirá la retracción y, por lo tanto, la estenosis.

Por último el ponente logra la resección de 16 anillos traqueales en un caso y de 14 en cuatro, sin presentar estenosis, lo que es superior a lo de Somm que logró solamente la resección de 13 cartílagos; seguramente, como lo acepta el autor, la fijación de la cabeza en flexión forzada es determinante para lograr el éxito.

Termino mi comentario con una felicitación muy efusiva, pues ha logrado una comunicación científica de gran calidad por el problema a resolver, la técnica quirúrgica tan depurada y en algunas etapas original, el magnífico cuidado a sus animales de experimentación y la presentación impecable. Doctor Alfonso Serrano: bienvenido a esta Academia Nacional de Medicina que espera de usted muchas comunicaciones como la de esta noche.