

COMENTARIO OFICIAL

DR. ALFONSO SERRANO¹

EL DR. CARLOS PACHECO presenta hoy una técnica aparente sencilla. ¿Qué mérito tiene quitar esa "Y" y coserla de nuevo? Parece ser que nada en especial, excepto de que la realización de esta operación se encuentra preñada de problemas de los más variados, grandes y pequeños. Simplemente completar la intervención requiere cirugía en verdad meticulosa y eficiente, requiere verdadera excelencia de técnica y terminada la operación se impone un cuidado postoperatorio de lo más esmerado.

Pero acaso no es eso lo habitual de toda la cirugía?

Al revisar la literatura sobre este problema, logramos encontrar informes de 3 enfermos que han sobrevivido 4 ó más días después de la resección y reconstrucción de la bifurcación traqueal. Tres pacientes en la historia de la cirugía. Algo ha de tener de especial.

Desde luego el problema fundamental consiste en conservar una ventilación aérea teniendo seccionados los dos bronquios y la tráquea simultáneamente.

A pesar de todas las maniobras y la manipulación, es necesario evitar el colapso pulmonar para permitir la circulación aérea dentro de la luz alveolar y la circulación sanguínea por fuera de alveolo. La interrupción de cualquiera de estas corrientes suspende de inmediato el intercambio gaseoso.

Puede, por supuesto, emplearse la circulación extracorpórea, que se acompaña como lo afirma Pacheco de serios riesgos.

En un trabajo de cirugía experimental realizado el año pasado, encaminamos nuestros esfuerzos a lograr una técnica de resección y reconstrucción mediante la cual se conservan los 2 pulmones funcionando durante todo el periodo transoperatorio en vez de aislar uno de ellos y reducir el área alveolar a la mitad.

La impresión del Dr. Pacheco es que con un sólo pulmón se logra oxigenación suficiente. Da preferencia a la anastomosis término-terminal de ambos bronquios a tráquea a pesar de que técnicamente sea un procedimiento de más difícil ejecución que la anastomosis término-terminal de la tráquea a un bronquio y término lateral del otro bronquio a la tráquea.

Considerando que, precisamente la dificultad de ejecución técnica es lo que incrementa la mortalidad transoperatoria y de los primeros días del postoperatorio, me inclino a favor de la técnica de realización más sencilla, aunque no quede tan bonitamente formada la "Y".

El valor de cualquier conocimiento, producto de la experimentación en animales, está condicionado a la posibilidad de su aplicación en el ser humano. ¡Cuántos procedimientos del laboratorio de experimentación mueren al intentar su ingreso al campo de la aplicación clínica!

Existe una diferencia muy marcada en la longitud de los bronquios principales entre el humano y el perro. En tanto que en el hombre los bronquios derecho e izquierdo tienen 2.5 y 4 cms. de longitud, en el perro sólo alcanzan 0.5 y 2 cms. respectivamente, es decir, en el hombre son 5 veces más largos en el lado derecho y el doble en el izquierdo. Ello hace que las maniobras

¹ Académico numerario, Hospital General, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

de intubación, resección y sutura sean mucho más complicadas en el animal que en el humano.

Este detalle de diferencias anatómicas nos sostiene en el convencimiento de que si en el perro se logra esta reconstrucción, en el hombre necesariamente es mucho más factible.

Felicito de la manera más cordial y calu-

rosa al Dr. Carlos Pacheco por esta impresionante serie de éxitos operatorios. La mejor publicada hasta la fecha.

Un trabajo de este tipo necesariamente tiene que ser el producto de razonamiento lógico y juicioso, apoyado en la experiencia, en la facultad de asociación de ideas y nadie lo hace sin una muy buena dotación de imaginación creadora.