

EXPERIENCIA Y RESULTADOS

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo"

ORGANIZACIÓN Y RESULTADOS DE LA CIRUGÍA TORÁCICA EN EL HOSPITAL CLÍNICOQUIRÚRGICO DOCENTE "COMANDANTE MANUEL FAJARDO"

Dr. Raúl Saa Vidal,¹ Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo,² Dr. Alexis Cantero Ronquillo,³ Dr. José Luis Menchaca Díaz,⁴ Dr. Juan Carlos Barrera Ortega⁴ y Dr. Jesús Valdés Jiménez⁴

RESUMEN

Se realiza un estudio de 191 pacientes a los que se les realizó algún proceder quirúrgico por afecciones torácicas, en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo" durante el período de enero de 1995 a diciembre de 1997, lo que representó el 3,2 % de las operaciones mayores. El 8,79 % de los enfermos correspondió al sexo masculino con una relación de 5:1 con el femenino. El neumotórax y los cáncer de pulmón, esófago y cardíacos y las supuraciones pleuropulmonares fueron las afecciones más frecuentes. Las enfermedades malignas estuvieron presentes en el 27,2 % de los operados con una mortalidad quirúrgica general de 3,6 %, y predominaron las complicaciones cardiovasculares como causa de muerte. Se comprobó un incremento del doble de las intervenciones quirúrgicas del tórax desde la organización del grupo multidisciplinario.

Descriptor DeCS: CIRUGIA TORACICA; CIRUGIA TORACICA/ mortalidad.

El Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo", antiguo Hospital Reina Mercedes, es un centro con una historia asistencial y universitaria de

más de 100 años, con tradición en cirugía torácica por haber tenido prestigiosos profesores como *Eugenio Torroella* y *Roberto Guerra*, este último fue de los primeros en

¹ Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado. Profesor Titular de Cirugía General.

² Especialista de II Grado. Profesor Auxiliar de Cirugía General.

³ Especialista de I Grado. Asistente de Cirugía General.

⁴ Especialista de I Grado en Cirugía General.

utilizar máquinas de suturas mecánicas en cirugía pulmonar y pionero de la cirugía cardiovascular en Cuba, y el autor principal ha trabajado durante años en la introducción de la vía axilar en las afecciones pulmonares y extrapulmonares; sus primeros resultados los presentó en mayo de 1973 en la Sociedad Cubana de Cirugía. A pesar de estos resultados, en la última década disminuyó en el hospital la atención a enfermos con afecciones torácicas no cardíacas y no es hasta hace unos años que comenzamos a desarrollar un protocolo de investigación sobre esta cirugía, lo que nos impulsó a presentar los resultados preliminares después de 3 años de trabajo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio progresivo y lineal a 191 enfermos operados en el Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Comandante Manuel Fajardo» durante el período de enero de 1995 a diciembre de 1997, por afecciones pleurales, pulmonares, y mediastinales. Toda la información se recolectó por estadística personal del grupo multidisciplinario, mediante tarjetas que reflejaban la información de los enfermos para su ordenamiento estadístico. El grupo multidisciplinario estaba integrado por cirujanos, intensivistas y personal de medios diagnósticos que a partir de la aprobación del protocolo de investigación en cirugía torácica no cardíaca, por el Consejo Científico del Hospital y la Facultad de Medicina brindaría y recabaría apoyo de otros médicos del servicio. La estadística del número de intervenciones generales y de cirugía torácica se obtuvo de los informes del comité de análisis de intervenciones quirúrgicas, y la mortalidad qui-

rúrgica del comité para el análisis de los fallecidos.

RESULTADOS

Las operaciones electivas fueron el 78,8 % de las intervenciones realizadas en Cirugía General, de ellas el 2,3 % por afecciones torácicas y el 6,2 % operaciones urgentes, lo que representaban el 3,2 % del total de operaciones realizadas en estos 3 años (tabla 1).

TABLA 1. *Intervenciones quirúrgicas mayores de cirugía general y torácica*

Tipo	No.	%
Operaciones mayores	5 936	100
Operaciones mayores electivas	4 677	78,8
Operaciones mayores urgentes	1 246	21,2
Operaciones de cirugía torácica	191	3,2
Operaciones electivas de cirugía torácica	111	2,3
Operaciones urgentes de cirugía torácica	80	6,2

El sexo masculino fue el más afectado, con una proporción de 5:1 en relación con el femenino (tabla 2).

TABLA 2. *Distribución por sexo*

	No.	%
Masculino	160	83,7
Femenino	31	16,3
Total	191	100

El 27,2 % de las indicaciones quirúrgicas fueron por enfermedades malignas de pulmón, esófago y cardíacas (tabla 1).

Es significativo que se operó un promedio anual de 63 enfermos, con afecciones variadas del tórax, que es muy superior al promedio de 32 enfermos alcanzados en los 3 años anteriores a la organización del protocolo de cirugía torácica no cardíaca con un grupo multidisciplinario.

La afección más frecuente fue el neumotórax, con un total de 62 enfermos; de ellos 46 neumotórax espontáneos, que se resolvieron con pleurotomías mínimas altas; 9 neumotórax persistentes y 7 recidivantes, que requirieron resecciones pulmonares y pleurectomía parietal o abrasión pleural. Por bulla enfisematosa se operaron a 9 enfermos, todos con lesiones de gran tamaño, que requirieron resecciones regladas de lobectomía en 8 casos. De los 25 enfermos con cáncer de pulmón, 15 tenían lesiones resecables (6 lobectomías y 9 neumonectomías). Las supuraciones pleuropulmonares fueron 15 empiemas pleurales, 2 abscesos del pulmón, 3 bronquiectasias, 3 hemotórax coagulados y 4 paquipleuritis, que necesitan resecciones quirúrgicas y 9 decorticaciones. En el cáncer de esófago y cardias se realizó algún tipo de resección en 9 y en los 19 restantes se efectuaron tratamientos paliativos con prótesis transtumoral. Los diagnósticos de afecciones benignas del esófago fueron variadas, como: 2 acalasia, 1 divertículo de Zenker, 1 fístula esofagopleurocutánea, 1 estenosis por cáustico y 7 vaguectomías incompletas.

En el perocardio las indicaciones se debieron a pericarditis constrictivas, quiste pericárdico celómico, mesotelioma del pericardio y metástasis del pericardio. Entre las afecciones benignas del pul-

món, 1 hamartoma condromatoso, 1 tumor amiloide en forma nodular y 2 biopsias pleuropulmonares en enfermedades de Hammel Rich (tabla 3).

El trauma torácico no es frecuente en nuestro centro, se destacan 2 heridas de corazón, ambas en ventrículo, una por arma blanca que sobrevivió al tratamiento quirúrgico y el otro, por arma de fuego que falleció durante la rafia de corazón en un cuadro de *shock* hipovolémico. Los otros procedimientos variaron entre pleurotomías mínimas, altas o bajas y resección atípicas de pulmón y fijación costal externa.

En el estudio se presentaron 7 fallecidos todos en edades superiores a los 55 años, excepto el joven que sufrió herida por arma de fuego con lesión del ventrículo izquierdo. Como causas fundamentales las cardiovasculares, con 2 infartos y 1 tromboembolismo pulmonar. La mortalidad quirúrgica fue de 3,6 % (tabla 4).

En general se realizaron 32 resecciones pulmonares típicas (neumonectomías y lobectomías), 20 resecciones atípicas, 9 decorticaciones, 3 pericardiectomías, 9 resecciones de esófago y cardias y 10 pleurectomías parietales.

TABLA 3. *Indicaciones de intervenciones quirúrgicas*

Causa	No.	%
Cáncer del pulmón	24	12,8
Afecciones benignas del esófago	12	6,4
Cáncer de esófago y cardias	28	14,9
Tumores o enfermedades benignas del pulmón	5	2,7
Neumotórax o bulla enfisematosa	71	38,0
Supuraciones pleuropulmonares	27	14,5
Trauma torácico	20	10,5
Afecciones del pericardio	4	2,1

TABLA 4. *Mortalidad quirúrgica*

Indicación de intervención	Edad	Causa de muerte	Días de operado
Cáncer de esófago	72	Caquexia cancerosa	12
Implante de prótesis			
Cáncer de pulmón	71	Atelectasia e insuficiencia respiratoria	3
Neumonectomía derecha			
Bulla enfisematosa rota	85	Infarto del miocardio	2
Bulectomía y abrasión pleural			
Herida por arma de fuego en el corazón. Sutura	26	<i>Shock</i> hipovolémico	0
Paquipleuritis	65	Tromboembolismo pulmonar	12
Decorticación y pleurectomía parietal			
Empiema pleural crónico	58	<i>Shock</i> séptico	1
Decorticación y pleurectomía parietal			
Cáncer de pulmón	70	Infarto del miocardio	2
Neumonectomía izquierda			

DISCUSIÓN

El número de intervenciones quirúrgicas del tórax realizado, aunque aún pequeño, justifica la creación de grupos multidisciplinarios para la atención de pacientes con enfermedades del tórax; se destaca que casi la tercera parte tenía afecciones malignas en localizaciones de tratamiento complejo, como son cardíacas que por la complejidad de las soluciones quirúrgicas^{1,2} y las severas complicaciones que se pueden presentar^{3,4} requieren experiencia en su manejo. Otro elemento que justifica el entrenamiento en esta dirección son las intervenciones quirúrgicas para realizar como son: resecciones pulmonares, cardioesofágicas y pericárdicas. Por último, el incremento de enfermos operados con afecciones torácicas, desde la organización de un equipo de control y atención de éstas. La mortalidad quirúrgica estaba acorde con la complejidad quirúrgica y se consideró que para el cáncer de esófago se

hallaba entre el 15 al 40 %⁵ y para el del pulmón alrededor del 10 %^{6,7}

De importancia en nuestra serie es la presencia de 9 enfermos con bullas voluminosas con una mejoría sustancial posterior a la recepción quirúrgica, lo que asevera el criterio de que la bulla gigante es la primera indicación quirúrgica en el enfermo con enfisema pulmonar, pues permite descomprimir el parénquima pulmonar adyacente y la solución de complicaciones como: neumotórax, infección o hemorragia.^{8,9}

Creemos que los magníficos resultados obtenidos en el neumotórax persistente con el tratamiento con toracotomía, responde a la política quirúrgica escalonada del manual de Normas y Procedimientos del Grupo Nacional de Cirugía.¹⁰

En conclusión:

1. La cirugía torácica constituyó el 3,2 % de todas las intervenciones mayores de nuestro servicio, en los años 95-96 y 97.

2. Predominó ampliamente el sexo masculino en una relación de 5:1
3. El neumotórax, el cáncer de pulmón, esófago y cardias y las supuraciones pleuropulmonares fueron las afecciones quirúrgicas más frecuentes.
4. El 27,2 % de las indicaciones quirúrgicas se debieron a enfermedades malignas.
5. La mortalidad en nuestro servicio fue de 3,6 %, la cual consideramos aceptable en este tipo de cirugía.
6. La organización de grupos multidisciplinarios de atención a enfermos con enfermedades torácicas no cardíacas optimiza la atención a estos pacientes.

SUMMARY

A study of 191 patients who underwent some surgical procedure due to thoracic affections at the "Comandante Manuel Fajardo" Clinical and Teaching Hospital from January, 1995. To December, 1997, was conducted. This accounted for 3.2 % of major operations. 8.79 % of the patients were males. There was a relation of 5:1 with females. The pneumothorax, lung and esophagus cancer, cardia and pleuropulmonary suppurations were the most frequent affections. Malignant diseases were present in 27.2 % of the patients that were operated on. There was a general surgical mortality of 3.6 %. The cardiovascular complications predominated as a cause of death. It was observed a twofold increase of surgical procedures of the thorax since the multidisciplinary group was organized.

Subject headings: THORACIC SURGERY; THORACIC SURGERY/mortality.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Migallegar DJ, Duvernoy C, Malik G. Surgical approach to lung cancer with solitary cerebral metastasis twenty-five year experience. *Ann Thorac Surg* 1986;42:360.
2. De Vita V, Hellman S, Rosenberg S. *Cáncer*. 4 ed. Philadelphia: JB Lippincott, 1993:673-714.
3. Virkkula L, Kostianen S. Postpneumonectomy empyema in pulmonary carcinoma patients. *Scand Thorac Cardiovasc Surg* 1970;4:267-70.
4. Warshaw AL, Mells LJ. Starch pleuritis. A post thoracotomy syndrome possibly caused by surgical glove powder. *Surgery* 1974;75:296.
5. Orringer MB. Tumores del esófago. En: Sabiston DC, Lyerly HK. *Manual de tratado de patología quirúrgica*. Interamericana, 1994: 360-4.
6. Yofre R. Resecciones pulmonares por carcinoma. *Rev Cubana Med* 1981;20:295-304.
7. Hofman TH. Comparison of lobectomy and Wedge resection for carcinoma of the lung. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980;79:211-7.
8. Palau M, Escarrabill J. Tratamiento actual de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Jano* 1995;49(1131):1427-9.
9. Weder W, Schmio R, Rijssi W. Thorascopic lung volume reduction surgery for emphysema. *Int Surg* 1996;81(3):229-34.
10. Grupo Nacional de Cirugía. *Pleura y pulmón*. Manual de normas y procedimientos. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica, 1982:301-4.

Recibido: 13 de marzo de 1998. Aprobado: 7 de abril de 1998.

Dr. *Raúl Saa Vidal*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente «Comandante Manuel Fajardo», Zapata y D, Vedado, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.