

Glomectomia en el asma bronquial

Por el Dr. EUGENIO SELMAN-HOUSEIN ABDO (*)

Los sufrimientos, la invalidez y su etiología han hecho que para el tratamiento del asma bronquial se hayan utilizado múltiples métodos terapéuticos, y la cirugía también ha contribuido, con algunos, en el intento de yugular esta afección.

Así desde el punto de vista quirúrgico se han realizado resecciones del simpático y parasimpático cervical, resecciones bilaterales del plexo nervioso pulmonar posterior, plectomía pulmonar total, entre otros métodos, y en los últimos años ha tomado auge la glomectomía."

¿En qué consiste la glomectomía? La glomectomía consiste en la resección del glomus o corpúsculo carotídeo que no es más que un órgano nervioso-vascular del tamaño de medio grano de arroz que se encuentra situado en la bifurcación de la carótida primitiva; recibe fibras nerviosas simpáticas, del vago, del glossofaríngeo y está unido a la carótida por un ligamento (ligamento de Maver) por el que transcurre una arteriola que lo irriga.³

Según Nakayama es un órgano sensorial. Es un quimiorreceptor que transmite sus estímulos posteriormente al sistema nervioso central. No se ha de-

mostrado que tenga ningún tipo de secreción interna. Parece que este quimiorreceptor juega un gran papel en la regulación de la respiración interna.

La extirpación de los corpúsculos carotídeos da lugar a que se pierda el reflejo de hambre de aire, y así el enfermo puede estar en anoxia sin sentir ningún disconfort ni aumentar la frecuencia y profundidad de las respiraciones, como ocurre normalmente. Si sólo se reseca un corpúsculo se mantiene el reflejo.¹³

De lo analizado por nosotros podemos señalar que no existe base fisiopatológica en que fundamentar la realización de la glomectomía en el asma bronquial y que este tratamiento es totalmente empírico.*

¿Por qué realizamos la glomectomía? Al conocer los trabajos de una reconocida autoridad en la cirugía mundial como lo es el Dr. Nakayama y saber que dicha operación se venía realizando en nuestro país, decidimos realizarla para estudiar de cerca el fenómeno y poder sacar conclusiones. Para sacar conclusiones en asma los hechos se presentan difíciles, ya que todos sabemos lo caprichoso de la evolución del asma, tan modificado por factores físicos, psíquicos y ambientales. Así nuestro primer problema es cómo dar por curado un caso de asma, ya que todos sabemos que en ocasiones espontáneamente un paciente

(*) Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de la Habana. Profesor de Cirugía de la Unidad Nro. 1, en el Hospital Docente "Gral. Calixto García". Profesor de Cirugía Torácica (Sala Bisbé), en el Hospital Gral. Calixto García", Ave. de la Universidad, Habana, Cuba.

R. C. M.

13 Hajos. M. K.: Influenza Virus Sensitized in Bronchial Asthma, Acta Allergologica Vol. XVI. fase. 4, 1961.

asmático pasa meses y aún años, sin tener crisis asmática sin haber recibido ningún tipo de medicación. Nosotros decidimos operar sólo casos de asmáticos que tuvieran crisis intensas y periódicas con un intervalo de tiempo no mayor de una semana entre una crisis y otra, y que al mismo tiempo que en ellos hubiera fracasado toda terapéutica médica.

Así, seleccionados los casos, clasificáramos los mismos como buenos resultados, lo que no tuvieron más crisis en por lo menos seis meses; mejorados, los que tuvieron crisis menos intensas y más espaciadas; y malos resultados, los que continuaron igual.

Una vez que el paciente viene a nosotros y reúne las cualidades señaladas de crisis frecuentes e intensas y rebeldía al tratamiento médico, descartamos a los menores de 15 años, ya que muchos de estos asmáticos se van a curar al completarse el desarrollo y por los riesgos que implica la utilización de la anestesia general en estos pacientes, ya que por su corta edad es difícil realizar la operación con anestesia local, como es habitual.

Se le dice claramente al paciente que no existe seguridad que la operación va a quitarle su padecimiento y que tiene que correr el riesgo de una intervención quirúrgica, que como toda operación, los tiene. Estas aclaraciones es necesario hacerlas, y así muchos pacientes que venían buscando la panacea, rechazan entonces la intervención. A los pacientes que aceptan la intervención, se les realiza:

1. Hemograma y hematocrito.
2. Coagulabilidad y sangramiento.
3. Placa simple de tórax.
4. Pruebas funcionales respiratorias.
5. Chequeo cardiovascular.

Preoperatorio: En el preoperatorio no utilizamos ninguna medicación.

Postoperatorio: Usamos analgésicos antihistamínicos y aerosoles con antibióticos si existe bronquitis crónica asociada.

Técnica: Se coloca al paciente en la mesa de operaciones con una almohadilla debajo de los hombros, para lograr hiperextensión del cuello, tornando la cabeza hacia el lado contrario al escogido para operar.

Aunque se puede operar indistintamente sobre cualquier lado, preferimos el derecho.

Se prepara el campo operatorio de manera usual y se administra novocaína al *h/c* en la región operatoria. Nunca hemos usado anestesia general.

Se hace una incisión de unos 5 cms. de longitud siguiendo el borde anterior del músculo esternocleidomastoideo, comenzando a unos 2 cms. por debajo de la base de la oreja.

Una vez hecha la incisión se secciona el platismo y seguidamente se disecciona el esternocleidomastoideo hasta llegar al paquete vasculonervioso del cuello.

Una vez identificada la arteria carótida primitiva, se disecciona la bifurcación, en general en posición alta. La arteria que encontramos en posición más superficial es la arteria carótida externa, cuya primera rama la arteria tiroidea superior, es seccionada entre ligaduras.

El cabo proximal ya ligado y atraído hacia el cirujano hace rotar a la carótida externa, haciendo fácilmente asequible la bifurcación por su cara profunda. Esta disección debe hacerse sin lesionar la adventicia periarterial para no dañar las fibras nerviosas que contiene.

Una vez expuesta la bifurcación, identificamos el corpúsculo, que se ofrece como una pequeña masa rojiza, de las dimensiones aproximadas de un grano

de arroz, situado habitualmente en la bifurcación, se liga la base de implantación antes de seccionarlo.

Se dan 2 ó 3 puntos al cutáneo del cuello.

Se sutura la piel.

No se deja drenaje.

RESULTADOS:

Total de casos: 110

Con más de 5 meses .49 Respondieron a la citación

Buenos 17 — 44.17%

Mejorados 13 — 34.35”

Igual 8 — 21.48”

COMPLICACIONES:

Muerte

Herida vascular

Infección

CONCLUSIONES

-El tratamiento del glomectomía es

o asma por
1 empírico.

-No se modifican pruebas funcionales respiratorias.

2 las
funcionales

—Hay un número de pacientes que aparentemente mejora.

Parece que lo que ocurre es que el paciente pierde la sensación de necesidad de aire.

BIBLIOGRAFIA

1.—*Oveholt, R. H.*: Gomectomy for Asthma. Dis Chest. 40: 605-610. Dec., 1961.

2.—*A'akayama, K.*: Surgiral Remo val of Ca- rotid Body for Bronrhial Asthma. Dis Chest 40: 595-604, Dec. 1961.

3 .—*Testut, L., Latarjet. A.*: Tratado de Anatomía Humana. Salvat Editores, S. A., Barcelona-Madrid, Novena Ed. Tomo III, 1960.

4 *Selman-Housein Abdo, Eugenio, Más Dau- rin, Julio A., y Mendoza Torres, Manuel*: La Giomectomía en el Tratamiento del Asma Bronquial. Revista Cubana de Cirugía. \ olumen 3, No. 5, Oet. 31, 1964.