

Departamento de Cirugía Torácica de la Colonia Saint Bois

LA RESECCION EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS

Dres. C. Víctor Armand Ugón y Hamlet Suárez

Esta comunicación pretende ser sólo el resumen de los resultados obtenidos en la exéresis pulmonar, como tratamiento de la tuberculosis, resultados alejados unos, inmediatos otros, pero sobre los cuales no sacamos conclusiones definitivas, pues el Prof. Ugón y sus colaboradores piensan que dejando transcurrir un tiempo mayor a los operados, el estudio de las estadísticas y los resultados obtenidos, adquieren mayor firmeza y permiten formarse un juicio más exacto en lo que respecta al tipo de exéresis a elegir, frente a casos tan dispares y variables de bacilosis quirúrgica. Por otra parte las estadísticas maduras nos permitirán confrontar mejor los resultados de la exéresis y de la colapsoterapia.

Nuestra experiencia así como la de la mayor parte de los Centros Quirúrgicos es resultancia del fracaso de la colapsoterapia médica o quirúrgica, al punto que la mayoría de los enfermos operados se enfrentan a la cirugía de exéresis después de haber recorrido las etapas del tratamiento médico o quirúrgico clásicos, o ambos sucesivamente.

En nuestra estadística consideramos solamente los enfermos operados en la Colonia Saint Bois desde 1946 en adelante, no incluyendo en ella los casos de clientela.

Hemos vivido dos épocas en esta cirugía: la 1ª de 1946 a 1948, desalentadora y pésima en sus resultados totales y la 2ª que es la actual y que se inicia a mediados de 1948 hasta el presente. En esta 2ª época el uso de los antibióticos estrepto-P.A.S. nos ha permitido alentar mejores esperanzas para el futuro y obtener un alto porcentaje de curabilidad de la enfermedad pulmonar tuberculosa.

Podríamos esquematizar los casos seleccionados para la exéresis en tres grandes grupos muy dispares.

- 1º Fracasos y complicaciones de la colapsoterapia.
- 2º Resecciones d'emblée.
- 3º Resecciones de urgencia.

El primer grupo comprende: a) las lesiones tuberculosas existentes después de toracoplastias; b) los casos de fracasos de la colapsoterapia gaseosa; c) las lesiones que se han complicado de piotórax tuberculoso.

El fracaso de las toracoplastias pasados 6 a 12 meses de efectuadas y dando bacilos positivos y tomografías que muestran una lesión cavitaria residual, aportan un número importante de enfermos a intervenir.

A la mayor parte de estos enfermos se les ha practicado neumonectomía pues además de las lesiones residuales del lóbulo enfermo colapsado, se comprueban en el acto quirúrgico lesiones latentes de los lóbulos restantes.

A otros se les practicó solamente resección lobar del lóbulo colapsado. Comprendemos también en este grupo, casos de enfermos que han soportado una toracoplastia y luego hacen una complicación pulmonar del pulmón restante, así como casos de enfermos curados por toracoplastia que hacen al tiempo recaídas del lado operado.

El fracaso de la colapsoterapia gaseosa es una indicación de extirpación quirúrgica del pulmón afectado, cuando el neumotórax mantenido es incompleto y no puede ser perfeccionado, o cuando las cavernas se insuflan o no se colapsan a pesar del

neumo o cuando aparecen lesiones brónquicas importantes en el curso del neumotórax.

El neumotórax ineficaz y antiguo puede crear una deficiencia funcional o determinar espesamientos pleurales que impedirán la reexpansión futura. En estos casos nos parece preferible una resección a una toracoplastia. Un lugar especial ocupan las cavernas insufladas, puesto que ante la inminencia de ruptura por estallido o perforación caseosa, la exéresis se puede considerar una indicación de urgencia.

Las opiniones en este sentido están divididas, puesto que casi siempre una caverna insuflada se ve en el curso evolutivo de la enfermedad y en esta etapa, la resección tiene un pronóstico muy serio.

Las lesiones pulmonares bacilíferas complicadas de piotórax bacilar son una indicación formal de la exéresis, pero esta indicación está condicionada por la lesión pulmonar casi exclusivamente.

La resección d'emblée comprende los casos en que la resección se plantea con anterioridad a todo otro tratamiento, o después de haber abandonado un tratamiento colapsoterápico reversible.

Comprende los casos de tuberculoma o de pulmón totalmente destruido o excavado, las cavernas basales incolapsables y las lesiones de *predominio brónquico*, no las lesiones comunes que retroceden, sino las lesiones irreversibles, estenosantes o bronquiectásicas que son siempre lesiones definitivas.

Frente a estas lesiones cabe sólo una conducta y ella es la resección pulmonar.

En ambos casos la estenosis y la bronquiectasia condicionan la indicación operatoria, pero el pronóstico está supeditado a la enfermedad tuberculosa.

La resección de urgencia, comprende dos casos: a) la ruptura de una lesión excavada tuberculosa; b) las hemoptisis profusas que amenazan la vida del enfermo.

La exéresis en estas circunstancias es siempre de pronóstico reservado; dado que los enfermos son operados en plena evolución lesional, casi en caliente, con malas defensas y las reservas disminuídas.

En lo que se refiere a la resección por hemoptisis profusa es una operación de indicación excepcional.

Las complicaciones que hemos observado en nuestros operados las agrupamos así: un primer grupo que comprende las complicaciones inmediatas o apareciendo en el acto operatorio; y un segundo grupo, que comprende las complicaciones tardías.

Entre los primeros contamos la muerte súbita, la embolia gaseosa y la insuficiencia respiratoria y bronco neumonia no tuberculosa y obstrucción bronquial masiva.

Entre los segundos contamos la fístula brónquica en primer lugar, seguida de empiema y la generalización tuberculosa contralateral u homolateral.

Nuestra estadística es la siguiente:

Resultados:

1ª época, de 1946 a 1948

8 operados, considerados incurables.

7 muertos antes del mes.

1 sobrevida con fístula brónquica y empiema bacilar (no curado).

No se usan antibióticos estrepto, P.A.S.

2ª época, de 1948 al presente

76 operados.

Lobectomías	37	Fallecidos	3	Porcentaje	3,1 %
-------------	----	------------	---	------------	-------

Neumonectomías:	39	Fallecidos	13	Porcentaje	33,3 %
-----------------	----	------------	----	------------	--------

Total	76	Fallecidos	16	Porcentaje	21 %
-------	----	------------	----	------------	------

Muchos de estos enfermos habían sido tratados con más de 100 gramos de estreptomina.

De los que son controlados hay dos complicaciones de fístula brónquica con empiema drenado y un caso con lesión bronquial por baciloscopia positiva después de Lobectomía.

Hacemos el control de los considerados curados cada 3 ó 4 meses, con placa cultivo y lavado gástrico.

Los resultados finales los consideramos recién después de 1 año de negatividad.