

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS VERTEBRAL

Discusión general

Dr. MERNIES.—Desde luego que no estuve en todo el desarrollo de esta seccional, pero tuve oportunidad de oír el final de la exposición del Dr. Suárez Meléndez. En el consenso de todos los que nos hemos reunido, estoy seguro que tienen la misma impresión de que su trabajo ha sido, no solamente un trabajo de desarrollo de tareas, sino completo en muchos aspectos de la tuberculosis focal. Lo felicito como relator y coordinador de esta seccional, no por amistad, sino por verdadero reconocimiento a lo que el Dr. Suárez Meléndez ha impreso a esta seccional. Pero he sacado en consecuencia que aún estas drogas maravillosas para combatir a esta infección, no han tenido seguramente el resultado que nosotros esperábamos que surgiera de su aplicación. Yo pensaba que así como en un pulmón llega a limpiarlo en tan pocos meses, que parecería que por allí no hubiera pasado ninguna afección capaz de provocar una lesión; sucedería lo mismo en el aspecto de la tuberculosis focal; no parece ser así. Con el Dr. Suárez Meléndez, que en algunas oportunidades y durante largo tiempo tuvimos alguna actividad en conjunto, tenemos operados en San José algunos mal de Pott con un resultado extraordinario con la simple aplicación del Albee. En la actualidad esos enfermos están absolutamente curados del punto de vista clínico y funcional; llevan lo menos ocho años uno, y el otro algo más. En lo que yo oí de su exposición, hablaba de esa parte residual en los focos; indudablemente hay que hacerlo en medios especializados, necesita radiografías, tomografías. Yo preguntaría si con la simple radiografía, que se puede hacer en distintos enfoques, se puede llegar conjuntamente con la sintomatología que presenta el enfermo, sin ser muy vasta ni muy intensa, se puede llegar a sospechar la persistencia de un foco activo después de haberle hecho un Albee a uno de estos enfermos que nosotros consideramos curados (han pasado más de cinco años por lo menos); si en algún momento esa persona llegara a tener sufrimiento, aunque no fueran similares, por supuesto que son personas que pueden entrar en artrosis, procesos de tipo degenerativo. Yo pregunto si hay algún medio que no sea la radiografía tomográfica para despistarlos. Y segundo, hasta dónde se confía en la quimioterapia, en su acción sobre estos focos de infección crónica, que pueden permanecer latentes; por lo visto, igual nos sucedía antes de la misma, que se llegaba a una curación que no confiábamos en absoluto, pensando que en cualquier momento iba a aparecer una reactivación. Seguramente que aquí hay muchos terapeutas experimentados; y en ese sentido, quisiera saber hasta cuánto confían en esa quimioterapia en la tuberculosis focal.

Dr. MALOSETTI.—Me podría referir, fundamentalmente, a lo que sucede en el pulmón, y creo que haciendo una generalización de la patología se puede expresar lo mismo en el foco óseo u otros focos bacilares. En el pulmón estamos acostumbrados a ver esos resultados que dice el Dr. Mernies; pero a veces, cuando llega un enfermo, y nos muestran las placas, decimos “ojalá este enfermo pueda ir a la intervención”, porque hay situaciones que nosotros ya de entrada sabemos que no van a ser beneficiadas mayormente por los antibióticos, porque existen factores mecánicos, por ejemplo, una gran destrucción de parénquima que hace sumamente difícil que el antibiótico actúe en forma adecuada. En realidad, existe una verdadera carrera entre el bacilo de Koch y el antibiótico; ¿en qué sentido?, el antibiótico tiene que ganarle, actuando antes de que el bacilo de Koch se haga resistente; y es lógico pensar que en una lesión ósea que frecuentemente tiene fenómenos de tipo linfático-ganglionar abscedado, al lado de elementos de tipo bacteriano que se hacen resistentes y en ese lugar, pueden dar nuevas recaídas.

Dr. BADO.—Yo podría, colaborando, aclararle un poco algunas de las dudas que están encerradas en las expresiones del Dr. Mernies, y digo que los antibióticos no limpian un foco ósteoarticular, como lo hacen en el pulmón, pero en realidad, en la generalidad de los casos, tiene razón; pero cuando el diagnóstico se hace precozísimo, una localización ósea, articular, puede curar con restitución anatómica y funcional; y en ese sentido, nosotros tenemos alguna experiencia, sobre todo, en las formas de localización, en la rodilla. Tenemos casos de tuberculosis sinovial y tuberculosis ósea, con pequeños focos tomados a la iniciación, es decir, con un diagnóstico hecho precoz, en donde, hasta ahora, después de una observación de ocho años, se mantiene la curación completa con todos los elementos de juicio que tenemos, clínicos, radiográficos y biológicos para afirmarla, con conservación también completa, de la función. Por eso yo creo que la esperanza que se ha cifrado en el antibiótico y en el tratamiento quimioterápico en general, en las localizaciones ósteoarticulares, se verá realmente colmada cuando se haga diagnóstico de mal de Pott antes que aparezcan lesiones groseras, gibas y abscesos, en donde no se puede esperar que el tratamiento médico pueda dar una restitución funcional completa sin anquilosis ni trastornos definitivos de la función. Yo creo que de esta reunión tan interesante y llena de enseñanzas, debería surgir un llamado de atención sobre la importancia que tiene el diagnóstico precoz si se quiere salvar el órgano sin sacrificar la función. La esperanza la tenemos; lo único que tenemos que agregar es el factor de precocidad en el diagnóstico; y seguramente que hay muchos autores que tienen experiencia en el mal de Pott con diagnóstico precoz, que aseguran la curación definitiva con restitución integral y, entonces, se homologaría en este caso, la cura de la localización ósteoarticular con lo que pasa en el pulmón.