

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS VERTEBRAL

Conclusiones

Dr. SUAREZ MELENDEZ.—De las consideraciones anotadas y del estudio que hemos efectuado sobre las observaciones de **tuberculosis vertebral** asistidos en los dos centros asistenciales que resumen la mayor parte de los enfermos con afecciones de columna vertebral —Instituto de Ortopedia y Traumatología y Colonia Saint Bois—, podemos deducir algunas conclusiones:

1º) **Frecuencia de la afección.** Las estadísticas muestran que no se trata de una afección de gran morbilidad. En doce años hemos tratado 140 casos personales. En el Instituto de Ortopedia y Traumatología, se han fichado 191 en diecisiete años; algunos de estos enfermos se identifican en la estadística de Saint Bois, pues fueron trasladados allí. La morbilidad por tuberculosis ha disminuido, en general, en los últimos años, en razón de la eficaz profilaxis y de los progresos de la quimioterapia.

Se trata de una afección que demanda una **asistencia prolongada**, costosa para el enfermo, para el Estado o para las organizaciones de asistencia médica, con invalidez de meses y años, sustrayendo a un trabajador de la producción social y a una madre de su hogar. Si realizáramos un cálculo porcentual de su frecuencia, en base a los días de duración de la enfermedad, veríamos que aquellos 140 pósticos, comparados con enfermos que requieren una internación de siete días (una apendicitis, una hernia, etc.) y dando por barato que un mal de Pott exige promedialmente un año de tratamiento, ocupando permanentemente una cama hospitalaria, se podría haber internado 7.000 apendicitis en doce años. Si trajéramos estas cifras estadísticas, impresionarían por su volumen. Ya saben bien los organismos asistenciales cuánto cuesta un póstico; ya sabe la Comisión Honoraria de la Lucha Antituberculosa, los gastos ingentes que demanda un tuberculoso y ha sido justamente con el apoyo y la obra de la Cruzada que se ha podido solventar económicamente a estos enfermos y a los medios hospitalarios.

Por otra parte, no olvidemos que estos enfermos, antes de ingresar con diagnóstico definitivo en Servicio especializado, han seguido un largo peregrinaje por policlínicas o consultorios privados, en uso de licencias, con diagnósticos inciertos, acentuando deformaciones y soportando dolores permanentes.

2º) **Los progresos de la terapéutica médica antituberculosa**, en base al incremento de la quimioterapia, al mejor conocimiento de sus propiedades curativas y tóxicas, que permiten regular sus dosis de aplicación y sus formas

de administración, hacen posible renovar conceptos. Permiten, en ciertos casos, lograr la curación medicamentosa de formas tratadas desde el comienzo, siempre que se cumplan las premisas ya señaladas, de ser **precoz, combinado, continuado y prolongado**. Y en todos los casos hace posible aventurar intervenciones quirúrgicas, que acorten los plazos de invalidez. Los progresos permanentes de la terapia antituberculosa, informados por las publicaciones de los fisiólogos, con amplio campo de observación en fisiología pulmonar, son fuente inagotable de ilustración para nuestra conducta en el tratamiento de la tuberculosis osteoarticular. Estamos seguros que estas directivas actuales, reseñadas en el tratamiento médico, serán mejoradas y superadas en breve tiempo.

3º) Los nuevos horizontes que se abren en el **tratamiento quirúrgico**, permiten vislumbrar técnicas y tácticas quirúrgicas que hagan posible acortar los plazos de invalidez, erradicando completamente un foco séptico, para evitar las difusiones y siembras con nuevos empujes tuberculígenos. El abordaje directo **del foco** es una nueva orientación, promisoría, pero que no invalida lo ya valiosamente adquirido con la **artrodesis posterior**, que ha hecho su prueba durante cincuenta años. No es con el criterio snobista de que todo lo nuevo es mejor, que propiciamos el abordaje directo del foco vertebral, haciendo extensión al raquis de los conceptos ya en práctica en toda la tuberculosis osteoarticular. La artrodesis posterior seguirá teniendo sus indicaciones, afirmadas por los resultados sólidos, indudables, confirmados por la evolución postoperatoria, por la simplicidad de su técnica y por la seguridad vital para el enfermo, cuando en su aplicación se siguen las normas quirúrgicas ajustadas a conceptos fisiogénicos. Pero es que el abordaje directo del foco permite extirpar lesiones que quedaban latentes y con secuelas con la artrodesis, augurando acortamiento de los períodos de pre y postoperatorio, dejando una columna vertebral con una funcionalidad lo más cercana a lo normal. La mayor documentación y evolución de los casos tratados nos permitirán, en el tiempo, sacar conclusiones más concretas y ciertas sobre sus resultados. En nuestra limitada experiencia de dos años de abordaje de foco, no estamos aún autorizados a dar conclusiones definitivas.

En cuanto a la técnica, nosotros hemos seguido un camino, el que nos aconseja la bibliografía mundial; pero hay otras vías de abordaje y otras tácticas. Cada cual adoptará la que mejor conozca y que más convenga. Al respecto transcribiremos las palabras que el Prof. Bado nos hiciera el honor de pronunciar en la Sociedad de Ortopedia y Traumatología, en ocasión de llevar nuestra casuística personal: "Lo importante es ponerse de acuerdo sobre la necesidad de abordar el foco en determinada circunstancia. El procedimiento que nos permita cumplir con esta necesidad, variará de acuerdo con las posibilidades del cirujano y hasta con sus gustos personales. No importa tampoco quién lo haga, si el cirujano de tórax, el cirujano general o el ortopedista. Lo importante a establecer es **qué debe hacerse**."

4º) Al planificar el tratamiento de una tuberculosis vertebral, no podemos perder de vista que asistimos, en primer término, a un tuberculoso y, en segundo término, a un espondilítico. No podemos quedarnos en la posición de las viejas escuelas que trataban la tuberculosis con los escasos terapéuticos de antaño y esperaban que la espondilitis se estabilizara y curara,

con el prolongado reposo de años. Pero tampoco debemos pasarnos al extremo opuesto y enfocar exclusivamente la lesión vertebral, olvidando que su etiología es tuberculosa y que en ese organismo pueden haber otras lesiones tuberculosas, a despistar y a tratar previamente, concomitantemente o a posteriori. Por eso no compartimos el criterio intervencionista inmediato, que parecería dirigirse muy de lleno a la espondilitis sin estabilizar previamente la tuberculosis.

En el tratamiento de una discoespondilitis tuberculosa debe aunarse la colaboración del internista, del cirujano y del ortopedista. Es el neumólogo que debe informarse del terreno tuberculígeno en que se actúa, requiriendo la colaboración de otras especialidades, actuando en equipos asistenciales, que sólo es posible encontrarlos en centros especializados y, preferentemente, en aquellos que reúnan la especialidad fisiológica para tratar el mal de Pott como lo que en realidad es: una espondilitis de etiología tuberculosa.

MESA REDONDA

Martes 6 de diciembre. Hora 15

COMPLICACIONES Y ACCIDENTES
DE LOS QUISTES HIDATICOS DEL ABDOMEN

COORDINADOR:

Dr. JOSE A. PIQUINELA

- 1) "Estudio clínico": *Dr. J. M. Ritorni.*
- 2) a) "Causa de muerte en la equinococosis peritoneal": *Dr. J. C. del Campo.*
b) "Táctica y técnica quirúrgica en la equinococosis peritoneal": *Dr. O. Barreneche* (Clínica Prof. J. C. del Campo).
- 3) "Procesos peritoneales de origen hidático" (Clínica Prof. A. Chifflet).
a) "Nomenclatura y definiciones": *Dr. A. Chifflet.*
b) "Tratamiento de la equinococosis peritoneal secundaria": *doctores A. Chifflet y G. Maquieira.*
c) "Tratamiento de la equinococosis hidática encapsulante": *doctores A. Chifflet y Bolívar Delgado.*
- 4) "Las complicaciones de los quistes hidáticos de abdomen. Tratamiento en nuestro servicio en los últimos 6 años": *Dr. L. Mérola* (Clínica Prof. J. Soto Blanco).
- 5) a) "Quistes hidáticos calcificados del abdomen": *Dres. E. Palma, E. Rodríguez Martínez, R. Esperón, W. Perillo y E. Fernández* (Clínica Pro. E. Palma).
- 6) a) "Hidatidosis peritoneal. Estadística. Tratamiento": *Dr. N. B. Varela* (Clínica Prof. J. A. Piquinela).
b) "Hidatidosis esplénica y renal": *Dr. J. Mañana* (Clínica Prof. J. A. Piquinela).
c) "Valoración crítica de los diferentes procedimientos quirúrgicos en el tratamiento del quiste hidático del hígado": *Dr. A. Santos Dubra* (Clínica Quirúrgica Prof. J. A. Piquinela).

CONTRIBUCIONES:

- 1) "La puncion y la visualización de la hidatidosis abdominal. Indicações y complicaciones": *Dr. Jorge Lockhart.*
- 2) "Hidatidosis peritoneal": *Dr. Ricardo Delgado* (Rep. Argentina).

PREGUNTAS

DISCUSION