

Indicación, evolución y resultados obtenidos con la técnica de la espelectomía en cavidades tuberculosas

Doctores G. Montes Velarde y S. Mallagray Casas

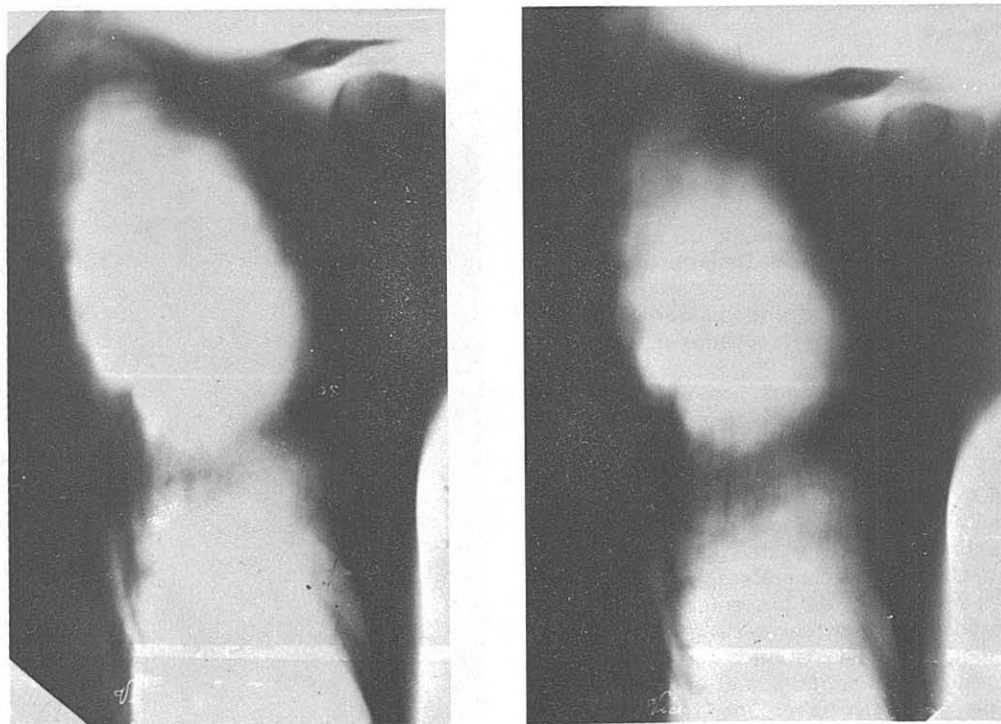
A finales de 1966 se emprendió en nuestro Sanatorio la técnica de la cavernostomía en enfermos portadores de procesos tuberculosos pulmonares, que por las características de los mismos se consideraron irrecuperables.

La mayoría de los enfermos que han sido objeto de esta técnica se encuentran aún

en plena evolución del tratamiento, con las cavidades espeleotomizadas en fase de detención o granulación.

Las indicaciones, en su totalidad, se han llevado a cabo en enfermos ya de edad avanzada, ya con lesiones bilaterales o bien con formas unilaterales, pero con cavernas de gran tamaño, no tributarias de exéresis

Figura 1.—Junio 1967. Tomografías lado izquierdo. Preoperatorias. V. E. G.



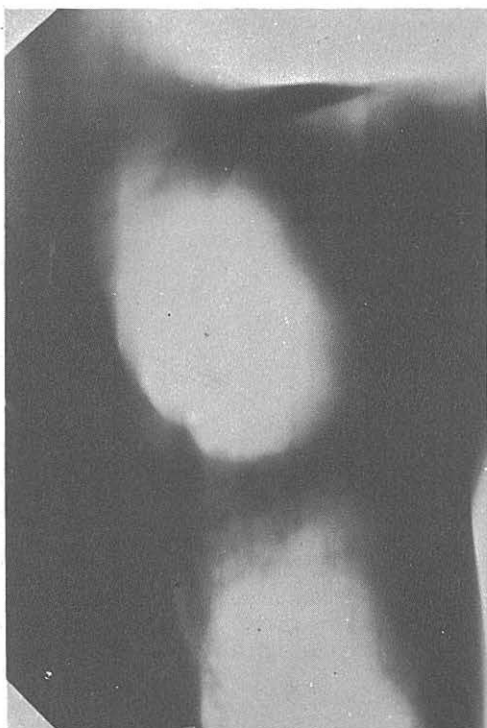


Figura 2.

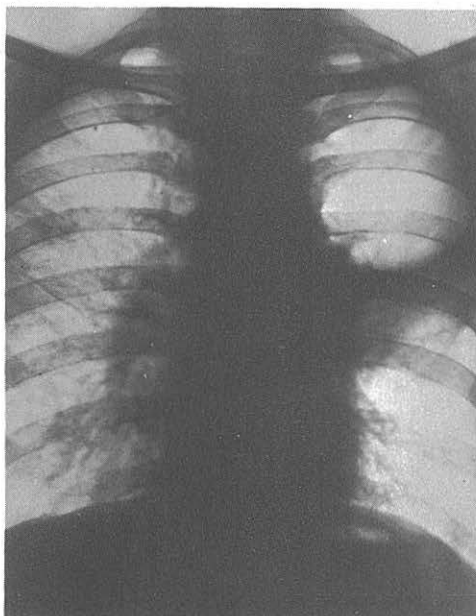


Figura 3.—Junio 1967.

o toracoplastia, pero con insuficiencia respiratoria grave, evidenciada en las pruebas funcionales respiratorias, y alguno de ellos incluso por el estado de caquexia, impregnación tóxica y extremada disnea, considerados en su fase final. Determinado número había sido objeto de tratamiento con aspiración continuada endocavitaria —Monaldi—, tratamiento fracasado en los casos realizados.

Todos los enfermos con un tiempo elevado de evolución en su enfermedad, sumamente tratados, con baciloscopia fuertemente positiva, resistentes en su mayoría a la totalidad o parte de los tuberculostáticos, quimioterápicos y antibióticos en uso actualmente. En resumen, casos considerados en absoluto irrecuperables.

La totalidad de los enfermos han sido intervenidos con anestesia general y respirador, pues consideramos que bajo la anestesia general controlada el enfermo de este tipo se encuentra en mejores condiciones



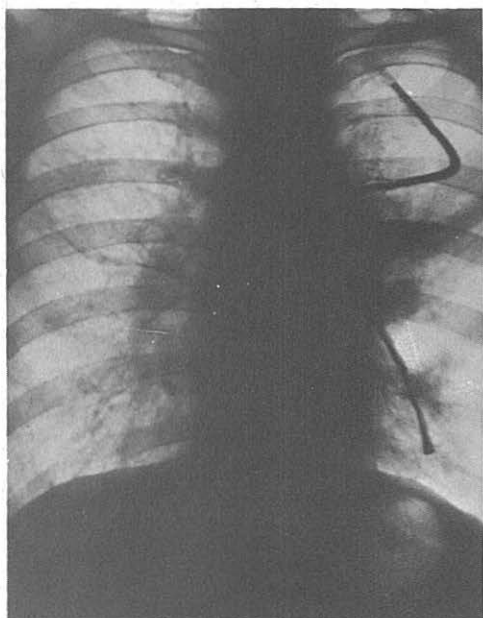


Figura 4.—Septiembre 1967. Instaurado Monaldi.

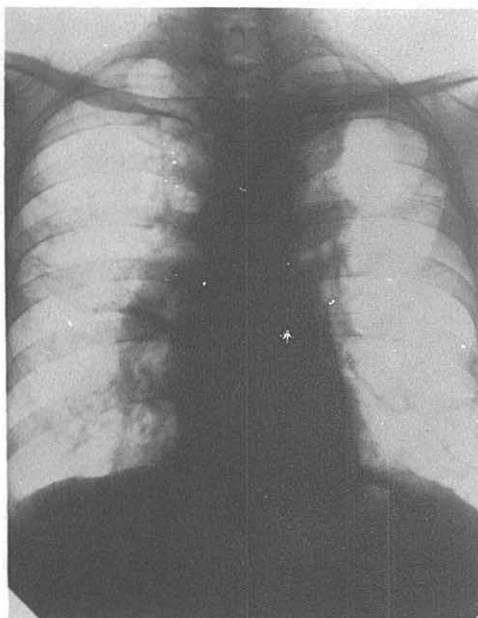
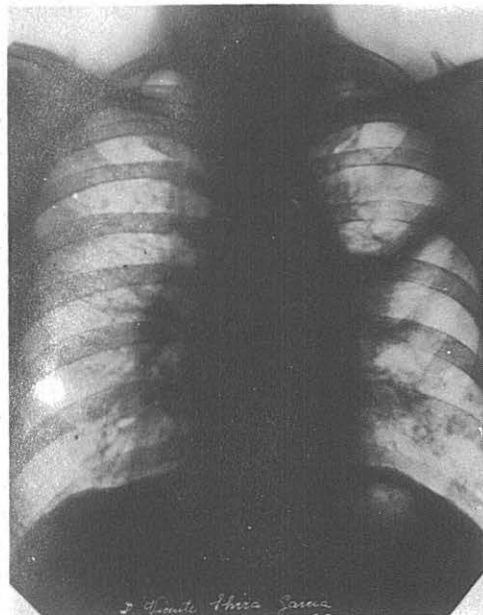


Figura 6.—Posoperatoria. Julio 1968.

de oxigenación que espontáneamente bajo anestesia local, y se ve favorecida la realización misma de la intervención.

Todas las cavernostomías, excepto una, han sido llevadas a cabo en un solo tiempo.

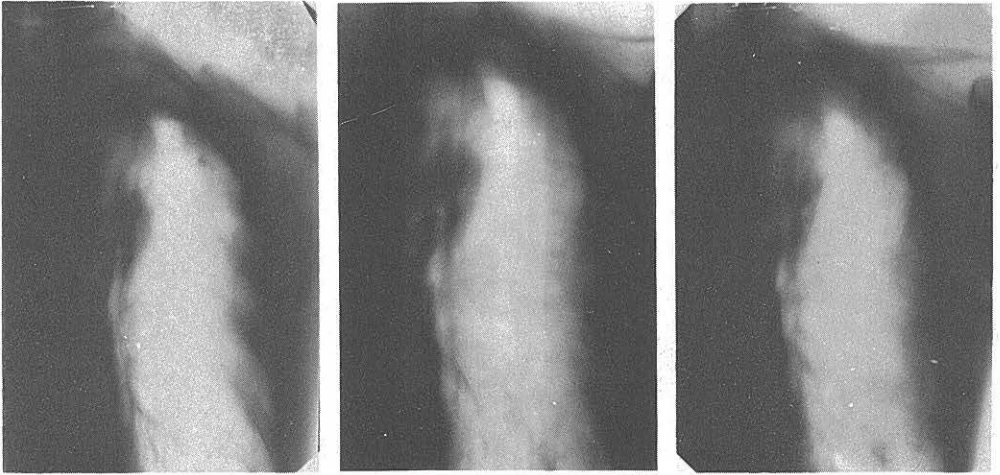
Figura 5.—Marzo 1968. Preoperatoria.



po, ya que a todos los enfermos se les comprobó previamente la permeabilidad pleural, y así en la precitada excepción se les procedió con el tiempo de provocación de adherencia de la pleura antes libre.

La evolución ha sido buena en todos los casos, traducida por la mejoría, en muchos notable, del estado general. En la totalidad se ha comprobado la inactividad bacteriológica específica en el exudado tóxico, incluso en siembra, y en la mayoría se ha asistido a la negatividad de las baciloscopias en esputos, por la mejoría paralela del proceso contralateral. No ha habido ni infecciones ni abscesos de pared, a pesar de realizarlas en un solo tiempo, ni aun en aquellas que la cavidad estaba rellena de un pus eminente séptico e incluso uno de los casos, objeto en lo que sigue de descripción, presentaba antes de la intervención una osteítis costocondroesternal múltiple e inveterada, que simultáneamente fue objeto de extirpación y curación simultánea con la caverna.

Sólo hemos tenido una complicación posoperatoria tardía: una hemorragia endocavitaria de gran entidad en un enfermo con



Figuras 7, 8 y 9.-V. E. G. Tomografías posoperatorias. 29 noviembre 1968.

alteración de la crisis sanguínea, incoercible por los métodos de hemostasia ordinaria, que obligó a un taponamiento quirúrgico, que resolvió la situación de un modo definitivo, y permitió a los pocos meses la realización de la fase final del método: la mioplastia.

Las zonas perilesionales atelectásicas o con disturbios menores ventilatorios tienden a reairearse y reexpandirse, lo que puede justificar en buena medida la mejoría subjetiva de la capacidad funcional, al igual que sucede con la extirpación de los quistes aéreos.

Figura 10.-V. E. G. Posoperatoria. 27 de enero 1969.

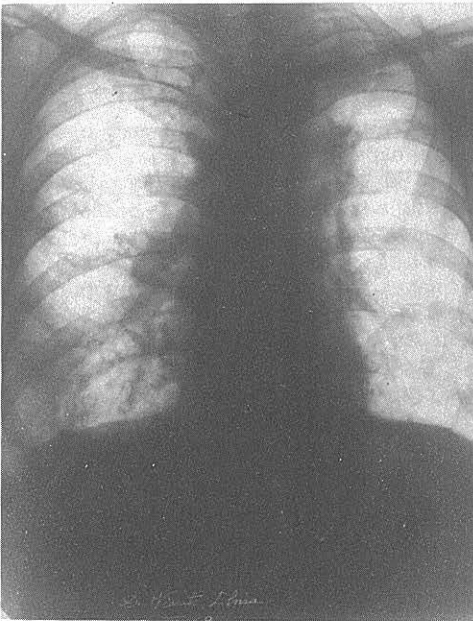
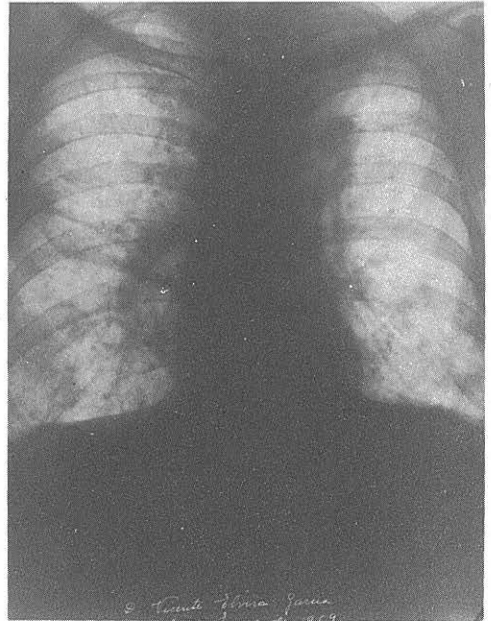


Figura 11.-V. E. G. Posoperatoria. 15 de marzo 1969.



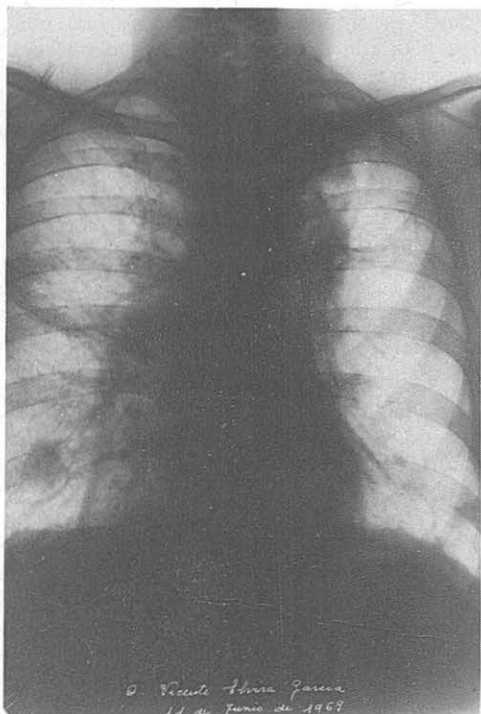


Figura 12.-V. É. G. Actual. 11 de junio 1969.

Aunque se han realizado y se presentan los resultados globales de las pruebas funcionales preoperatorias y en el curso posoperatorio del método, éstas no pueden ser valorables de momento y pueden algunas no marchar paralelas a la mejoría subjetiva

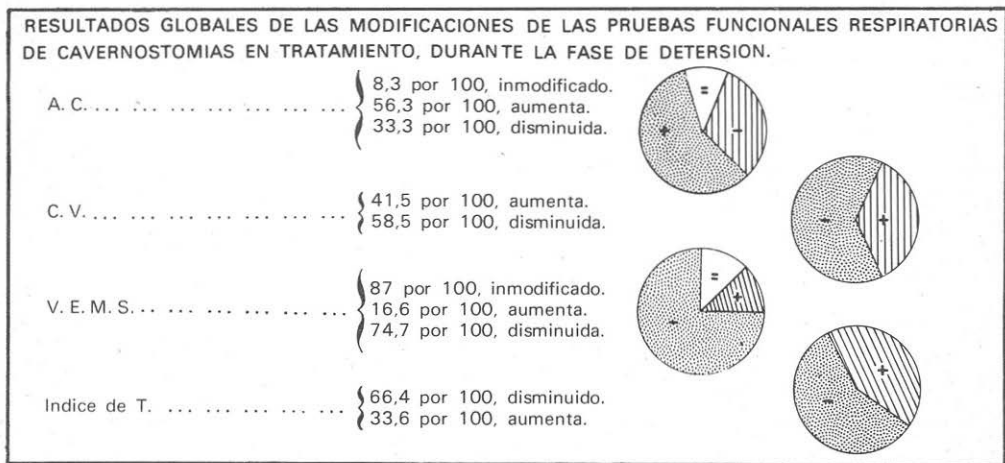
del enfermo, hasta dar por finalizado el mismo con la práctica de la mioplastia, una vez detergida la caverna y desaparecidos los escapes aéreos.

Frente a otras casuísticas, no hemos encontrado en la nuestra trastornos o retrasos en la involución de las fases hasta su curación, por cuanto han llevado un curso relativamente rápido y siempre definitivo hacia la curación.

Es nuestra intención realizar un estudio exhaustivo clínico-quirúrgico de este método de tratamiento, cuyos resultados comunicaremos en su día.

A continuación presentamos uno de los casos, resuelto favorablemente con la técnica de la cavernostomía.

V. E. G., de treinta y ocho años de edad y cantero de profesión durante varios años. Ingresó en el Sanatorio el 29 de marzo de 1965, procedente de su domicilio, habiendo estado ingresado anteriormente en el Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, de Madrid. Refiere el comienzo de su enfermedad seis meses antes de su ingreso en el sanatorio con intensa disnea nocturna, astenia, fiebre, tos y expectoración abundantísima y purulenta, cuadro que ha empeorado progresivamente hasta su ingreso en este Centro, en que continúa con el mismo cuadro de toxemia acentuada y el resto de la sintomatología. El enfermo ha sido tratado con 130 gramos de estreptomina en total desde el comienzo de su enfermedad e hidracida.



Diagnóstico a su ingreso: Tuberculosis pulmonar fibrocaverosa de lóbulo superior izquierdo, con caverna gigante y distendida. Reacción general de caquexia y toxemia notable. Edemas. Oliguria.

Destacamos en los exámenes biológicos: Baciloscopia positiva en los repetidos exámenes de esputos con abundantes bacilos de Koch. velocidad de sedimentación 49/80. Anemia de 3.000.000. Leucocitosis. Albuminuria de 9 gramos.

En el estudio de resistencia a los antibióticos y bacteriostáticos en uso: Resistencia a todos ellos, excepto al P.A.S..

Se instaura Monaldi en junio de 1967, retirándosele la sonda tres meses después por ineficacia e intolerancia.

Ante el empeoramiento progresivo, que llega a la consunción, con imposibilidad del menor traslado dentro del sanatorio, se decide en junio de 1968 la cavernostomía y simultánea limpieza y ablación de los focos osteíticos costocondroesternales.

La mejoría del enfermo es teatral: gana en poco tiempo 20 kilogramos de peso, desaparece la fiebre y los bacilos de Koch al tercer mes, llegando a realizar una vida de actividad normal sanatorial y persistiendo actualmente la negatividad bacteriológica. Notable disminución de la albuminuria (1,5 gramos).

La cavidad residual es mínima detergida y epitelizada, quedando pendiente de reconstrucción estética su pared torácica.