

Tuberculosis primaria paratraqueal (Su tratamiento)

Doctores F. Serrano Muñoz y L. González

Son pocos los trabajos que en la literatura se refieren al tratamiento quirúrgico de la tuberculosis primaria. Nuestra experiencia se refiere a seis casos de tuberculosis primaria tratados quirúrgicamente después de un tratamiento médico variable de unos casos a otros.

En toda tuberculosis primaria se debe empezar por un tratamiento médico, a no ser que la urgencia del caso exija tratamiento quirúrgico urgente, como sucedió con uno de nuestros casos. Este tratamiento no debe pasar de un tiempo prudencial de aproximadamente un año, que puede prolongarse a dos años cuando exista una mejoría progresiva, pero teniendo en cuenta que cuando la adenopatía es grande los efectos de la antibioterapia específica son poco eficaces, la cápsula ganglionar impide la llegada de los antibióticos al foco caseoso tuberculoso, siendo esta antibioterapia menos eficaz que en las lesiones pulmonares.

Complicaciones de las adenopatías tuberculosas dejadas a su evolución espontáneas o tratadas inadecuadamente. Estas complicaciones las podemos dividir en agudas y tardías.

Complicaciones agudas:

- a) Ruptura ganglionar en un vaso, originando una diseminación hematógena.
- b) Ruptura en un bronquio, con disemi-

nación broncogena y con formación de posibles focos de caseificación.

Ambas formas pueden originar un cuadro serio que puede responder con dificultad al tratamiento.

c) Otra complicación poco corriente, pero que se ha presentado en uno de nuestros casos, es la obstrucción aguda traqueobronquial.

Complicaciones crónicas:

a) Estenosis bronquial de evolución lenta progresiva que origina infecciones distales a las estenosis y bronquiectasias.

b) Bronquiectasias originadas, en parte, por la estenosis bronquial y en parte por las infecciones repetidas por perforaciones intermitentes.

c) Atelectasia aguda por la obstrucción bronquial originada por la perforación masiva del material caseoso o crónica por una estenosis intensa.

d) Fístula bronquial con comunicación pleural por el efecto erosivo ganglionar de la infección tuberculosa.

TRATAMIENTO

En estos casos se debe empezar por un tratamiento médico correcto y continuado durante un año. Si no existe mejoría durante este tiempo, se debe operar. Dentro del tipo de operación debe hacerse lo más

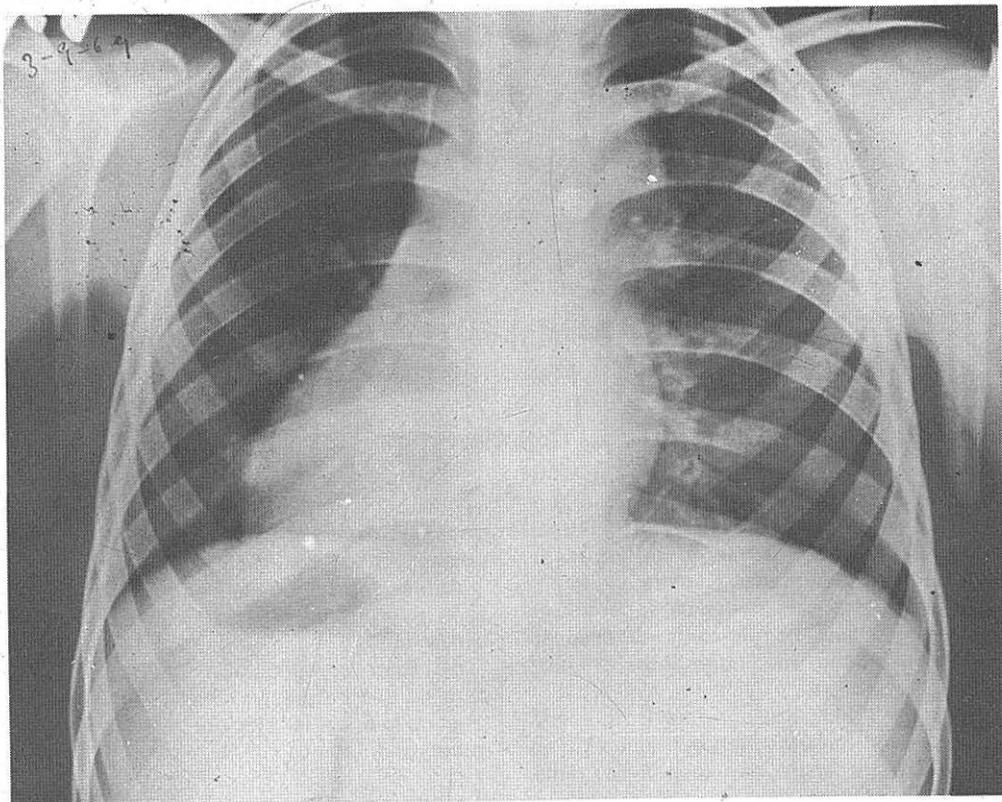


Figura 1

simple, un curetaje de las adenopatías. Esta operación es muy sencilla, no supone ningún peligro, y sin embargo abre un camino para la buena actuación de los medicamentos antituberculosos. La extirpación total de adenopatías, además de ser innecesaria, puede ser peligrosa, pudiendo originar hemorragias graves por la vecindad de los grandes vasos del mediastino. El simple curetaje de las adenopatías, al eliminar el material necrótico y extirpar parcialmente la cápsula ganglionar, no solamente extirpa un foco de infección, sino que hace que los antibióticos sean más eficaces.

Presentamos seis casos de tuberculosis primaria ganglionar paratraqueal, cuatro de los cuales fueron sometidos a un tratamiento médico por más de diez meses, no observándose mejoría favorable en las adenopatías en sucesivos estudios radiológicos. Los otros dos casos no fueron tratados con

antibioterapia previamente a la operación; uno de ellos presentaba una amplia imagen redonda radiopaca de localización derecha, con diagnóstico probable de proceso neoplásico, fue intervenido, evidenciándose en la anatomopatológica que se trataba de una gran adenopatía tuberculosa. Esta adenopatía había producido lesiones orgánicas en el lóbulo superior derecho, posiblemente por perforaciones repetidas, teniendo necesidad además de hacer un curetaje, resecar el lóbulo superior derecho. El posoperatorio fue muy bueno, no hubo afectación de las pruebas funcionales. En otro caso también existía una adenopatía tuberculosa en la región hiliar del pulmón, con lesiones en la llingula, que obligó a quitarla, mejorando también de su sintomatología.

Mencionaremos un caso excepcional, que por su rareza en la presentación merece un comentario especial. Un niño de doce años

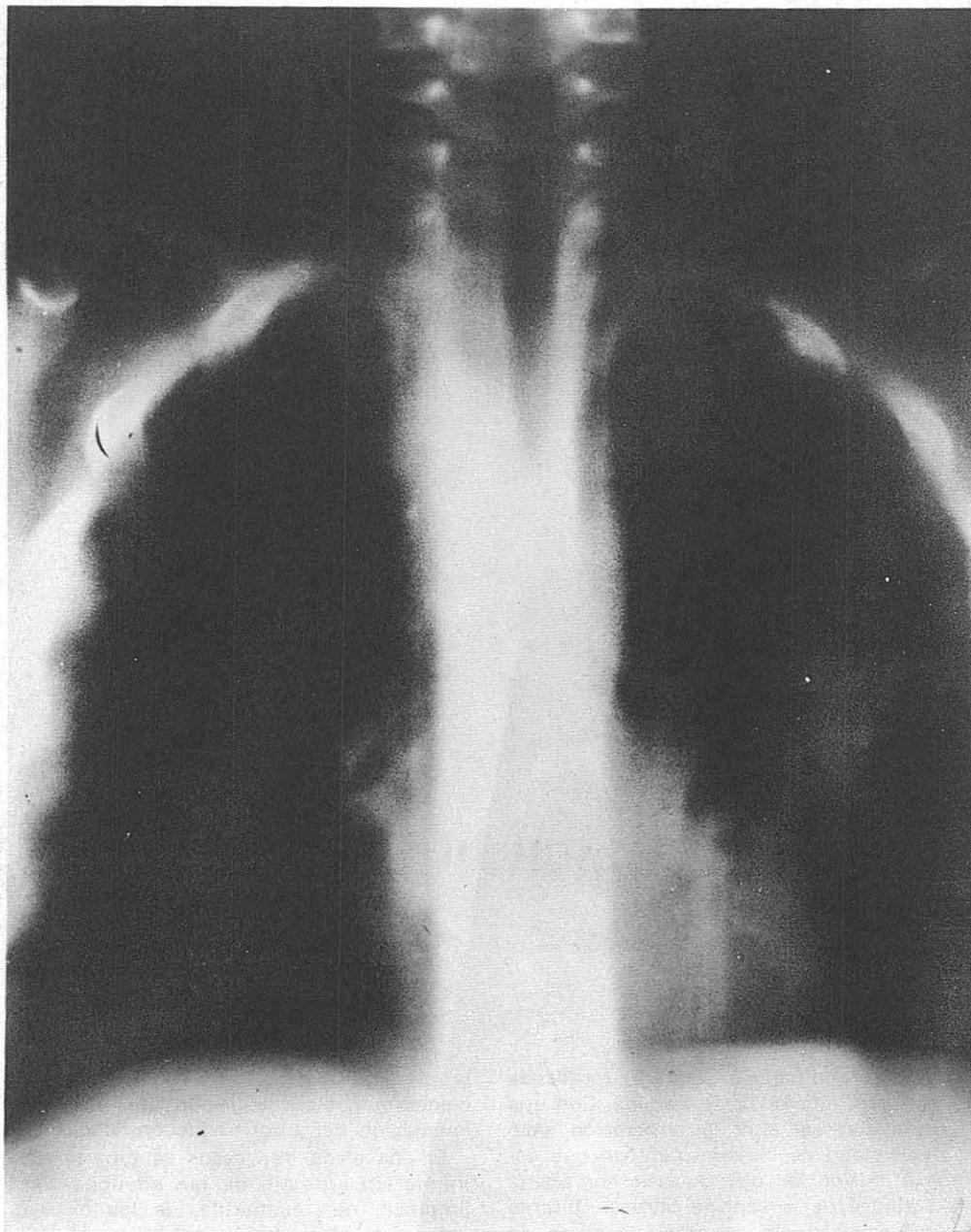


Figura 2

que ingresó de urgencia en nuestra clínica con un cuadro asfíctico traía una radiografía que presentaba una tumoración en la región paratraqueal derecha. En la radiografía y tomografía hechas en el momento de

ingresar (figuras 1 y 2) se observaba que, además de la sombra paratraqueal, se apreciaba una obstrucción casi total de la tráquea. Se practicó una toracotomía de urgencia, observándose una tumoración del

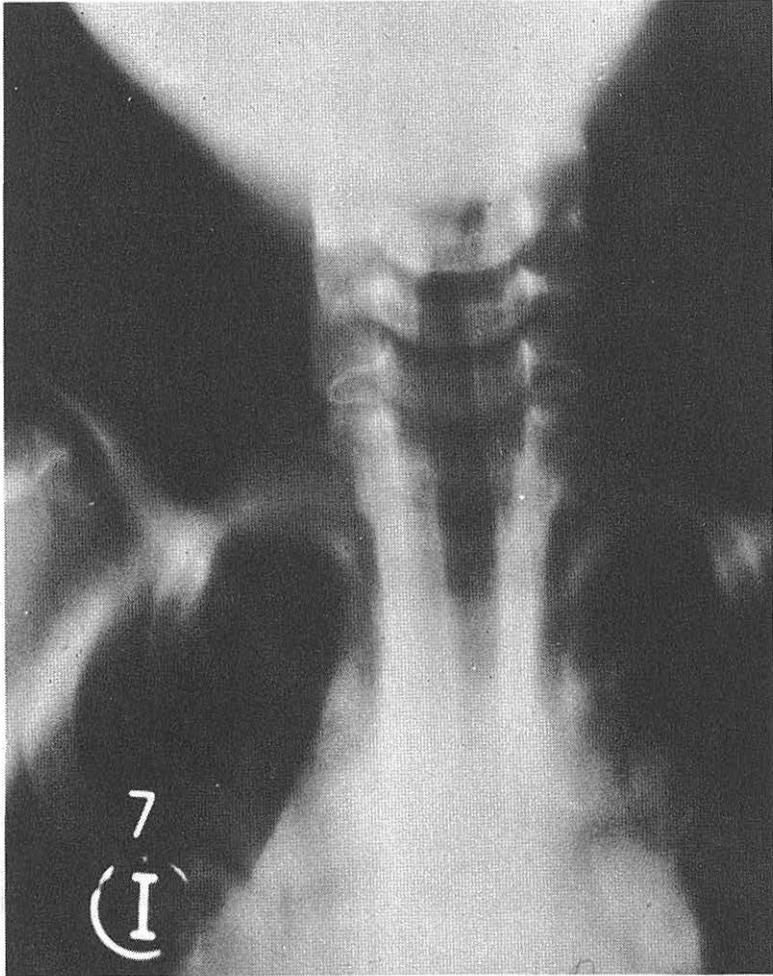


Figura 3

tamaño de una naranja (figura 3), localizada en el tercio inferior de la tráquea. Con una cápsula dura, al abrir la tumoración salió gran cantidad de material caseoso que estaba a tensión. Se hizo curetaje con resección parcial de la cápsula fibrosa. Durante la inducción de la anestesia y antes de extraer el material caseoso, el enfermo presentó una gran resistencia que desapareció en el momento de vaciar el contenido ganglionar. El enfermo, si no hubiera sido operado de urgencia, posiblemente hubiera producido una perforación traqueal y, dada

la gran cantidad de material caseoso, posiblemente hubiera originado una verdadera inundación del árbol traqueobronquial.

En los otros tres casos se hizo simplemente un curetaje de las adenopatías y limpieza, con cucharilla, de las mismas.

En todos los casos se dejaron antibióticos antituberculosos en la zona de la resección parcial de los ganglios, completando el tratamiento quirúrgico con tratamiento médico intenso. En todos ellos la imagen morfológica se normalizó a los pocos meses.