

# Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar

*Moderador: Doctor J. Alix Alix (Madrid)*

La mesa, moderada por el doctor José Alix Alix, estaba constituida por los siguientes elementos oficialmente designados:

Doctor J. Barros Malvar.  
Doctor N. González de Vega.  
Doctor G. Manresa Formosa.  
Doctor J. Múgica Echarte.

Una vez constituida la mesa en la forma indicada, se presentaron como asistentes voluntarios:

Doctor Barrionuevo.  
Doctor Carretero.  
Doctor Hernández Díaz.  
Doctor Gironés.  
Doctor Medina.  
Doctor Palicio.  
Doctor París.  
Doctor Pignatelli.  
Doctor Regli.  
Doctor Resines.  
Doctor Tarazona.  
Doctor Tovar.

Tanto los miembros oficiales como los participantes voluntarios tuvieron intervenciones muy dinámicas y vivas, confiando a la mesa una gran movilidad y agilidad en el diálogo.

El moderador presentó el planteamiento del problema según un amplio cuestionario

que no pudo desarrollarse por completo, sino solamente en algunos de sus puntos fundamentales, ya que se consideró que era más fructífero discutir ampliamente los puntos posibles sin sujetarnos rígidamente al cuestionario, que habría que haber tratado de una manera superficial si nos hubiésemos empeñado en cumplirlo.

Al llegarse al acuerdo citado, el moderador manifiesta que en el estado actual de la endemia tuberculosa, con numerosos enfermos cavitarios en la población sanatoria de la mayoría de los establecimientos de cura, la Cirugía representa aún un papel de gran importancia, ya que la proporción de indicaciones quirúrgicas se mantiene muy elevada. Si bien hay que aceptar que numerosos enfermos curan mediante los fármacos, también es cierto que pueden ser conducidos a la Cirugía otros pacientes que sin antibióticos hubieran muerto. Por esta razón, la proporción de intervenciones no ha descendido apreciablemente respecto de épocas anteriores.

No está en el ánimo del moderador, ni tampoco en el de los participantes, ocuparse de una revisión circunstanciada de los métodos usuales ni de las indicaciones que ya hoy día son clásicas, sino que es preferible presentar algunos problemas reales que se dan cotidianamente en la práctica

en los sanatorios, suscitados por casos que salen fuera del marco de lo que podríamos considerar como ortodoxo. Su número es suficientemente elevado como para merecer una consideración atenta.

A) La primera cuestión que desea plantear el moderador es la siguiente: ¿Hasta qué punto puede ser lícito operar a sujetos en los que puede esperarse una curación casi segura mediante los tratamientos medicamentosos, si bien en un plazo imposible de garantizar? Plantear esta cuestión así supone que la indicación quirúrgica viene definida por apremios especiales, ya sean puramente personales del enfermo y/o por razones de orden económico-social, familiar, profesional, etcétera.

Los doctores Barros, Barrionuevo, Manresa, Pignatelli, Múgica y González de Vega se manifiestan afirmativamente, con las condiciones siguientes: a) la intervención propuesta debe suponer un riesgo mínimo; b) las razones exhibidas por el paciente deben ser suficientemente razonables, y c) la fecha probable de curación sea notablemente abreviada por la intervención.

Ninguno de los componentes de la mesa formula objeciones a esta decisión, por lo que se da por concluida la cuestión en el sentido formulado, siendo ésta también la opinión del moderador.

B) La segunda cuestión planteada es la siguiente: ¿Qué actitud debe observarse ante los casos en que por diversos motivos se presume dudosa la curación medicamentosa?

Participan en esta discusión los doctores Barros, Pignatelli, Resines, Tovar, Múgica, Gironés, Manresa, Barrionuevo, González de Vega, Palicio y el propio moderador.

Se entabla un vivo diálogo que tiende a definir los plazos de espera con medicación bien reglada, así como las condiciones generales y locales aptas para la Cirugía o las que la excluyan. El doctor G. de Vega señala que si el enfermo permanece bacilífero durante un plazo que pronto se señalará, no hay duda de que debe recurrirse a la Cirugía. En cambio, si se hace abacilífero, se puede esperar, si bien lo difícil es decidir cuánto tiempo durará la espera. El doctor Barros opina que si el tratamiento ha sido correcto y prolongado sin obtener la curación, debe operarse sin la menor duda. El

doctor Pignatelli pregunta qué es lo que debe entenderse por tratamiento "prolongado", y él acepta que si a los seis meses no se ha obtenido la curación, debe adoptarse la decisión quirúrgica. Se adhieren a esta opinión los doctores Barros, Resines y Tovar.

Sin embargo, teniendo en cuenta la variabilidad de la evolución regresiva de las lesiones, el moderador estima que es muy difícil o arriesgado señalar plazos precisos en cuanto a la prolongación del tratamiento, desde su iniciación hasta la adopción de la decisión quirúrgica. Esta opinión es aceptada por los doctores Múgica y Gironés, y tácitamente por los demás. El doctor Manresa piensa que se debe decidir la intervención cuando las lesiones adquieran carácter estacionario. A esta opinión se suman expresivamente los doctores Barrionuevo, Gironés, Múgica, Palicio, Pignatelli y el propio moderador. Este señala la conveniencia de establecer una curva que recoja en abscisas los plazos de tiempo de tratamiento y observación, y en ordenadas todos los posibles datos de mejoría, tanto bacteriológicos como clínicos y radiológicos, y éstos muy en especial, ya que la conversión del esputo en abacilífero no es un dato suficiente para considerar la curación. Al quedar detenida la regresión de todos, o de los cardinales (bacilos, radiología), o uno de ellos, como es fundamentalmente la radiología, durante el plazo de dos meses, sea cual fuere el período previo, y sea cual fuere la serie de cambios medicamentosos, debe plantearse la intervención, sin esperar la "cronificación". No obstante esto, el doctor Múgica señala, y con él estamos prácticamente todos de acuerdo, que a veces aparecen curaciones muy tardías, pese a períodos estacionarios intercalados. Si bien esto es indudable, la espera supone el riesgo de cronificación con una serie de perjuicios. El ideal es operar enfermos sin bacilos, pero este ideal no siempre se alcanza. A ser posible, y en esto coinciden la mayoría de los componentes, por no decir todos, debe procurarse que quede algún antibiótico mayor en reserva para cobertura posoperatoria. Por eso, la mesa estima en su conjunto que el tratamiento médico a ultranza, hasta los últimos extremos, puede representar un riesgo, que se

evita con el recurso quirúrgico oportuno, siempre, claro está, que el medio quirúrgico sea idóneo. Con distintas intervenciones de todos los componentes, puntualizando algún detalle, se da por concluida esta cuestión.

C) La tercera cuestión tratada es la siguiente: ¿Hasta qué punto debe considerarse que un sujeto es intratable con vistas a posible curación? O lo que es lo mismo: ¿qué actitud debe adoptarse con los sujetos que frecuentemente son calificados de incurables seguros?

Son tan numerosas las intervenciones que resulta difícil comentarlas individualmente. Pero el consenso general es:

La llamada incurabilidad viene definida por factores de orden local, funcional y general. Cuando todos ellos son completamente desfavorables debe considerarse la incurabilidad como segura; pero pueden estar presentes sólo algunos de ellos y no los otros. Hay numerosas modalidades quirúrgicas, desde las antiguas a las más modernas. Se acostumbra erróneamente a llamar incurables a aquellos casos en los que no es posible la aplicación de los métodos de resección; pero esto no parece justo, y así se pronuncia en general la mesa. Si adoptamos modalidades de tratamiento puramente locales, podremos extraer fuera de la calificación de incurables algunos casos, y quizá más de los que a primera vista parece, resucitando viejos métodos, como son pequeñas intervenciones colapsoterápicas especiales, y en las lesiones en que la localización sea favorable para ello pese a que la función sea muy precaria y el estado general malo pueden reivindicar sus derechos las intervenciones directas sobre las cavernas, desde el método de Monaldi (que es inocuo y a veces, aunque pocas, es fructífero) hasta la cavernostomía, pasando por las punciones transparietales con inyección directa de antibióticos.

Respecto de los métodos de exploración funcional, la mesa está de acuerdo en que no siempre traducen el estado real, ya que la colaboración del enfermo en la prueba es fundamental y no es en cambio siempre satisfactoria. Esto puede acarrear interpretaciones no correctas, y por eso estas pruebas deben ser cribadas por la atenta exploración clínica.

La mesa está de acuerdo en que realmente hay un grupo de auténticos incurables

que pueden sobrevivir largo tiempo sin tocarles para nada (Múgica, G. de Vega). Múgica se siente especialmente temeroso de extremar las indicaciones en estos casos, aunque acepta que a veces pueden obtenerse estimables resultados con pequeñas y múltiples intervenciones.

A partir de este momento, todo lo que sigue hasta el final de la sesión, por imperativos de tiempo —pero no por agotamiento del programa, ni mucho menos—, se dedica a tratar del valor del tratamiento directo por cavernostomía en estos casos, o en otros de menor gravedad. Muchas veces es la única intervención posible. La discusión de este punto es extremadamente apasionada, aunque dentro de un espíritu cordial. Intervinieron en ella todos los miembros, pero muy especialmente los doctores Múgica, G. de Vega, Manresa, Palicio, Barrionuevo, Pignatelli, Barros, París, Tovar, Resines, Regli, Carretero y Hernández Díaz.

La iniciación del problema por el moderador es contestada con oposición por los doctores Barros y Múgica. El primero se muestra escéptico, señalando que su experiencia es corta y mala. El segundo se opone con argumentos teóricos, porque, interrogado por el moderador, declara no tener experiencia personal en absoluto. Sin embargo, teme que al realizar cavernostomías el pus inundará, por así decir, el medio quirúrgico del sanatorio donde se realicen, dificultando el resto de las actividades quirúrgicas. Esta opinión no es compartida por ninguno de los restantes, todos los cuales declaran tener experiencia directa o han asistido a medios en que se realizaron. El método puede ser aceptado, ya sea autónomamente o combinado con colapsoterapia quirúrgica previa. Alguno de los presentes declara haber sido anteriormente opuesto a este método, pero haber rectificado en la actualidad. El método debe complementarse con las curas, en las que entran los antibióticos, el ácido tricloracético y el nitrato de plata, en toques especialmente dirigidos, los dos últimos, a las boquillas bronquiales. Con ello se crea un buen lecho de tejido de granulación, apto para recibir eficazmente la ulterior mioplasia, con la que debe terminarse el tratamiento. Se señala que la técnica debe ser

muy rigurosa, la apertura muy amplia, superior al tamaño de la caverna, que debe quedar ampliamente expuesta, tratando los posibles focos de caseosis vecinos. Es un método que permite eliminar las cavernas situadas preferentemente en lugares bien accesibles y en cuya vecindad haya buenas masas musculares para la definitiva mioplastia. Con esto curan las cavernas en muy elevada proporción. El resultado conjunto en cada caso depende de factores circundantes, pero la eliminación de la caverna suele ser la regla.

Con esto, y dada la gran cantidad de asistentes, con participación muy activa y repetida por parte de todos y cada uno, se llega a la conclusión final, ya agotado el horario, de que en los casos graves, aún se pueden lograr resultados satisfactorios con la elección de métodos locales limitados.

## CONCLUSIONES

1. Es lícito operar casos curables mediante los medicamentos, en circunstancias, excepcionales, por imperativos de orden familiar, económico-social o profesional, u otros personales, siempre que la intervención ofrezca mínimo riesgo y se presuma con suficientes garantías que la curación quirúrgica abreviará notablemente el tiempo de cura.

2. En otros casos, la definición de ries-

go de paso a la cronicidad viene definida por el estacionamiento. Se señala en el texto el significado de esta expresión. Tan pronto el clínico es consciente del estado estacionario estereotipado debe plantear la intervención quirúrgica, aun a sabiendas de que hay casos en que tras varias vicisitudes y aparentes estacionamientos se alcanzó la curación. Al ser esto aleatorio, es lícito operar en el primer estacionamiento observado. Se recomienda la reserva de algún antibiótico eficaz para la cobertura posoperatoria.

3. La noción de incurabilidad es de muy difícil definición. Sólo deben considerarse incurables las lesiones difusas, muy extensas, irreversibles, o la coincidencia de factores generales, funcionales y locales no superables, tras atenta consideración de toda la gama quirúrgica, desde los métodos más antiguos a los más modernos.

Un solo factor desfavorable no es suficiente para merecer el calificativo de incurabilidad, salvo la difusión bilateral extensa.

4. El tratamiento local de las cavernas mediante cavernostomía debe formar parte importante del arsenal quirúrgico para los casos desfavorables, siempre que se considere que la localización de la caverna debe ser lo más idónea posible, siendo las regiones dorsobasales las mejores. No representa riesgo mayor y no se considera que suponga contaminación del medio quirúrgico que las realiza.