

*INDICACIONES DE COLAPSO Y RESECCION EN
TUBERCULOSIS **

DR. DONATO G. ALARGÓN
Académico de número

EN EL CONGRESO de la Unión Internacional contra la Tuberculosis que se verificó en Madrid en agosto de 1954, en el que tuvimos el honor de representar a México como correlatores del tema: "Indicaciones y Elección de las Intervenciones Quirúrgicas en la Tuberculosis Tratada por los Antibióticos y la Quimioterapia", sostuvimos puntos de vista que en el transcurso de dos años más, poco se han modificado.

Las conclusiones a que llegaron otros Congresistas en esa ocasión, variaron de manera notable, pero las conclusiones a que llegaron los ponentes Torming y Craaford al resumir la tendencia mundial, difieren poco de las que señalamos. Por esto podemos decir que nuestro concepto, con algunas modalidades personales en puntos de menor interés, se ajustan a la tendencia de los centros de todo el mundo en la actualidad.

Al hablar de las indicaciones de la resección pulmonar en tuberculosis, no consideramos pertinente excluir las indicaciones de los métodos de colapso toda vez que la relación entre unos y otros métodos es estrecha y no puede excluirse de la discusión a los métodos que sin ser competidores, cooperan hacia el fin de devolver la salud al enfermo de tuberculosis. Decíamos en esa ponencia:

* Leído el 11 de julio de 1956.

“La introducción de los procedimientos quirúrgicos de resección pulmonar en tuberculosis casi ha coincidido con la aparición de los antibióticos y quimioterápicos, lo que acarrea confusión al estimar el valor de la resección, en comparación con los métodos de colapso ya que la primera se beneficia tanto del progreso de la técnica, como de la mejoría que por sí procura el uso de esos grandes recursos médicos.

De manera general, puede asegurarse que el advenimiento de los nuevos recursos médicos, y la posibilidad de descubrir la enfermedad más oportunamente, hacen esperar y de hecho se presencia, una reducción de las indicaciones quirúrgicas. Cada día hay que operar menor número de enfermos porque la enfermedad puede detenerse antes de que llegue a etapas no reversibles de destrucción tisular.

Los métodos de colapso, depuradas sus indicaciones, mejorada su técnica, seleccionados por la experiencia de más de veinticinco años de aplicación intensiva, beneficiados por los nuevos recursos médicos, son ahora más eficaces y sus resultados más definitivos. Es vicioso, y en este vicio de razonamiento se incurre de manera constante, comparar los resultados del colapso de la era pre-antibiótica con los resultados de la resección de la era actual. Deben compararse en épocas contemporáneas.

Convengo con los ponentes Profs. Craaford y Torning en que la aplicación del neumotórax intrapleurar, en etapa temprana, con lesiones unilaterales, no grandemente destructivas, o predominantemente exudativas, es capaz de producir resultados satisfactorios casi en el 100 por ciento de los casos. Si era casi así antes de los antibióticos, lo es ahora con más razón, cuando las complicaciones antes relativamente frecuentes, casi han desaparecido. Con la cooperación juiciosa de los antibióticos combinados deben considerarse invalidadas las objeciones al neumotórax intrapleurar que datan de la era preantibiótica.

Tales objeciones son:

a) Duración de 3 a 5 años del tratamiento. Ya que esta duración se acorta a un año aproximadamente cuando la indicación es correcta.

b) Frecuencia de complicaciones pleurales. Estas complicaciones han desaparecido prácticamente cuando se aplica el neumotórax con pleura libre y sana, cuando se evita usarlo en presencia de adherencias amplias, cuando se evita operar las adherencias que son difíciles o de gran implantación y cuando, por no mostrar eficacia inmediata en los primeros dos meses, se abandona y se opta por otro procedimiento.

La fistula broncopulmonar en neumotórax también ha desaparecido cuando la indicación es correcta.

Las indicaciones del neumotórax intrapleural sin embargo antes muy extensas y arbitrarias, han disminuído considerablemente teniendo en cuenta las limitaciones que lo anterior implica, pero sigue siendo un método de gran valor que debe usarse con juicio de acuerdo con el progreso actual.

El neumoperitoneo, se ha presentado como competidor de inesperada eficacia del neumotórax. Asociado a los antibióticos y quimioterápicos, resta al neumotórax y a la resección y al colapso quirúrgicos, muchas indicaciones y en particular en las lesiones bilaterales. El neumotórax bilateral prácticamente ha desaparecido.

Las lesiones de predominio exudativo, comprobadas por la ausencia de destrucción cavitaria, mediante tomografía, pueden privarse de toda forma de colapso mediante el uso *prolongado* de la quimioterapia y de los antibióticos, como recientemente se ha podido comprobar. El tiempo sin embargo, tiene que decidir en cada caso.

Las indicaciones del neumotórax extrapleural ante neumotórax intrapleural imposible, se han reducido ante la eficacia del neumoperitoneo asociado a antibióticos y quimioterápicos.

Sigue siendo sin embargo, un método útil para nuestras indicaciones "a" y "b" y para las indicaciones absolutas de Schmidt.

La liberación extrapleural para mejorar el neumo-intrapleural ante adherencias no seccionables por vía endoscópica, ha dado en nuestra práctica constantes resultados satisfactorios. Entendemos que no es así en la experiencia de otros.

La toracoplastia del tipo de colapso lateral (Alexander, Hedblom y otras técnicas), debe ser abandonada definitivamente ante la infidelidad de sus resultados como puede comprobarse por la tomografía. La toracoplastia con epicolisis modificando la técnica de Semb, tal como las operaciones de Eloesser, Holst, Bjork, Holmes, Sellors, y nuestra técnica personal, mediante uso de relleno temporal o definitivo, ofrece un porcentaje de éxitos superior al 95 por ciento quedando sólo como fracasos las complicaciones inherentes a toda intervención quirúrgica mayor, las que son ahora raras debido a los progresos de la cirugía en general y de la anestesia y transfusión.

Las indicaciones de la toracoplastia se han limitado también reduciéndose a su indicación a las lesiones cavitarias de lóbulo superior ubicadas en segmentos posteriores y apicales y cuando otras lesiones, aunque no cavitarias, invaden otros lóbulos o hacen esperar muy azarosa disección anatómica.

Se debe descartar una operación de resección en competencia con la

toracoplastia cuando haya grandes posibilidades de tener que hacer resección no anatómica estrictamente.

La neumonectomía, lobectomía, segmentectomía y resección en cuña tienen sus indicaciones respectivas en las siguientes clásicas no discutibles:

I. Fracaso de la toracoplastia o de otros métodos de colapso evidenciado por la tomografía.

II. Pulmón llamado "destruido" o sea invasión total de un pulmón por tuberculosis caseo-neumónica. La indicación de elección en este caso es la pleuroneumonectomía.

III. Pulmón en estado del llamado "fibrotórax" con excavaciones y/o bronquiectasia.

IV. Bronquiectasia asociada a destrucción cavitaria lobar, lesiones excavadas no recientes, mayores de un año de evolución, lesiones fibrosas lobares con actividad bacteriológica demostrada.

V. Tuberculoma o caverna empastada de dos o más centímetros de diámetro o aspectos dudosos entre tuberculoma o neoplasma.

VI. Lesiones cavitarias de gran tendencia hemoptoica que no se logran dominar prontamente por colapso.

Tiene sus indicaciones discutibles en las demás formas de tuberculosis activa, destructiva, y consideramos que, deben ponerse en práctica los métodos de colapso con iguales posibilidades de éxito, haciéndose la elección de acuerdo con la conveniencia del enfermo en particular.

Las resecciones segmentarias deben escogerse en lesiones no recientes, bien limitadas a los segmentos. La posibilidad de tener que hacer una resección más extensa debe pensarse antes de emprender una segmentaria. Las complicaciones son más frecuentes y más serias que en las operaciones de colapso respectivas, pero esto varía con la experiencia de cada centro quirúrgico.

El concepto de resistencia a los antibióticos y quimioterápicos averiguada antes de decidir entre una operación adecuada de colapso o una resección, debe tenerse en cuenta ya que la mayoría de los cirujanos están acordados aún en que el riesgo de complicaciones es mucho mayor en presencia de la resistencia a las drogas que ante sensibilidad a las mismas. En igualdad de otras circunstancias habrá de inclinarse en favor del colapso quirúrgico cuando hay resistencia averiguada. Esto es particularmente cierto en resecciones totales. Lo es menos en lobectomías y segmentarias.

La lesión pequeña inactiva residual que es objeto en algunos centros de resección en cuña, justifica ésta sino como excepción. La larga experiencia de estas lesiones inactivas justifica la abstención. La intervención por pequeña que sea no es inocente.

La duda respecto de la permanente inactividad de una lesión aparentemente detenida, debe inclinar el ánimo hacia la resección sub-segmentaria o segmentaria, pero esta decisión no debe ser influenciada por la preferencia personal hacia la cirugía, sino de acuerdo con el estudio cuidadoso del enfermo tanto clínico, como bacteriológico y hematológico, así como respecto de sus posibilidades de protegerse debidamente contra un nuevo brote. Sin embargo a propósito de esto último, debe decirse que el factor de actitud individual frente a la enfermedad influye igualmente en el enfermo que se ha hecho un colapso que en el que se ha hecho una resección. Todos admiten además, que el período de vigilancia y de guía del enfermo, no es más breve después de resección que después de colapso quirúrgico.

Respecto del uso de antibióticos antes de la cirugía, que se condenaba por la aparición de resistencia, en el momento actual se considera que pueden usarse largamente siempre que se combinen para retardar la resistencia o usar sólo dos antibióticos y quimioterápicos SM-PAS o PAS-INAH para tener uno de reserva durante el postoperatorio.

Nuestra actitud actual susceptible de modificarse con el tiempo como todos nuestros conceptos es: usar dos antibióticos, como antes se dijo, para tener uno de reserva para la etapa quirúrgica si ésta es de esperarse. Pero ante las formas, por extensas que sean, con limitado factor caseoso, que hacen esperar que no se requiera ninguna forma de cirugía, usar los tres recursos simultáneamente: SM, PAS e INAH.

Los casos en que los antibióticos usados alternativa y largamente eliminan la necesidad de operar si se asocian a neumotórax o neuroperitoneo, están multiplicándose.

La insonicotinamida, ha producido un cambio desconcertante en este sentido en los dos últimos años.

Es necesario hacer algunas reflexiones de orden médico y filosófico:

Ante un observador médico no interesado personalmente en hacer predominar la cirugía sobre la medicina y los métodos de colapso sobre los de resección, debe parecer incongruente que después de más de 25 años de proclamar satisfactorios resultados de los métodos de colapso declaremos que no tienen valor y los descartemos todos sin discriminación.

El proceder así, debe restar importancia a nuestro juicio de hoy en pro de los nuevos métodos que no tienen en su favor la prueba del tiempo.

Si sólo se tratase de teorías, estaría justificado el descartar una para aceptar otra más plausible, pero se trata de hechos comprobados por la experiencia y por la estadística. El enorme número de personas que viven debido a los métodos de colapso significa un sólido apoyo para esos mé-

todos. Su depuración sin embargo, es por demás fructífera para una buena conducta en favor del enfermo.

En los países privados de los privilegios de una buena economía y de una buena educación de masas así como de un espíritu disciplinado, los métodos consagrados por el tiempo han demostrado su eficacia. Así es como se han mostrado muy útiles aún sin un régimen estricto de reposo, muy útiles aún sin medios de readaptación aplicados a gran costo, como en otros países se puede realizar.

La determinación para adoptar un método en un enfermo, debe regirse por la conveniencia del enfermo en particular a la luz de la experiencia, de un conocimiento largo del paciente y debe regirse por el deber primordial del médico de inclinarse ante los daños permanentes, deformaciones y todo otro factor de infelicidad para su futuro inmediato y lejano."

En esa importante reunión se dejó notar el pujante esfuerzo del grupo de trabajadores holandeses, en cuyo país ha cobrado el impulso más decidido el tratamiento por resección. La actitud de ellos sin embargo, ha sido mal interpretada y muchas veces mal seguida. Court, después de observar el trabajo en ese país resume, la posición holandesa ante la resección diciendo: "En la práctica se considera que está justificada la exéresis —bajo la reserva de una contraindicación respiratoria o general— en toda lesión amenazante para el porvenir o que haya dado lugar a signos de actividad después de un tratamiento correctamente conducido."

Nótese esta premisa: "que haya dado lugar a signos de actividad", sobre la cual hay una evidente tendencia a saltar por otros grupos de precipitada actitud en favor de las resecciones. Otra nota importante del mismo autor que informa de las normas, es: "Los factores sociales (condiciones de vida del enfermo, profesión) son cuidadosamente tomados en consideración y desempeñan un papel importante en la determinación quirúrgica".

Esta expresión es básicamente la que debe normar la conducta del médico no sólo en el caso de los tuberculosos, sino en todos los casos. Sin embargo, la deformación que en el modo de pensar ocurre en los grupos arrastrados por tendencias que no por llamarse científicas dejan de ser fanáticas, arrastran hasta posiciones que si bien son aplaudidas por algunos, son vistas con pena por otros. Tal es por ejemplo la actitud ante el neumotórax, que ha sido excluído en ese país de manera completa, pero que en el vecino se usa de manera amplia; se continúa efectivamente empleando el neumotórax intrapleurales en Francia, Suiza y en la mayoría de los países, la toracoplastia modificada mantiene su posición de recurso muy útil

sola o complementariamente; aún se usa en proporción importante el neumotórax extrapleurales en Dinamarca, se usa con alguna reserva en Francia y en Italia.

Es que todas las tendencias tienen su parte de verdad y de justificación y precisamente la falta de congruencia con la experiencia anterior, con la estadística, con los intereses de los enfermos, lleva a movimientos que no se justifican ante la necesaria sindéresis que ha de regir la actitud de los médicos para con los enfermos.

Hoy podemos asegurar con la autoridad que nos presta no sólo la propia experiencia, sino la de los más capacitados, tanto en los campos técnico como en el ético, que todos los procedimientos de colapso y resección en armonía con la quimioterapia y antibioterapia, tienen su indicación y que el arte y la virtud del médico y del cirujano están en saber aplicar a cada caso lo que le conviene dada la forma, la extensión de la enfermedad así como las posibilidades económicas, su posición ante la vida, su moral y todo aquello que debe consolidar el concepto de que el médico es el amigo y el mejor guía y apoyo del enfermo.

RESUMEN

El autor hace referencia a su experiencia personal en relación con el tema, así como a la de otros autores expresada en el Congreso Internacional contra la Tuberculosis, tenido en Madrid en agosto de 1954.

Los viejos métodos de colapsoterapia siguen teniendo sus indicaciones propias a pesar de los éxitos indiscutibles, y cada vez mayores, de la quimioterapia. Asimismo expresa la actitud del fisiólogo frente a las resecciones pulmonares y a las toracoplastias. En particular en éstas últimas menciona el éxito comprobado por él mismo en numerosas intervenciones.

Por último señala como se debe considerar frente a la indicación quirúrgica no sólo los factores de índole médica, sino verificar también las posibilidades económicas del enfermo, la calidad de su trabajo, su edad y sus ambiciones futuras.

SUMMARY

The author refers to his personal experience in the field of tuberculosis treatment and also, that of other authors as exposed during the International Congress against Tuberculosis held in Madrid, August 1954.

The old methods of collapse therapy still hold their own, notwithstanding indisputable success of Chemotherapy. Dr. Alarcón also goes into the attitude of the specialist towards pulmonary resections and thoracoplasty. In the later, point is made of the author's success in numerous cases.

This article set forth that not only the surgical aspect is to be considered, but also the patient's economic status, his type of work, age and future ambitions