*RESULTADOS DE LA RESECCION PULMONAR
POR TUBERCULOSIS **

DR. JOSÉ RAMÍREZ GAMA
Jefe de Servicio del I. N. N.

PARA ACEPTAR UN PROCEDIMIENTO terapéutico nuevo debe comprobarse la superioridad de sus resultados sobre los otros procedimientos. La resección pulmonar tiene sus indicaciones precisas, sus bases anatómicas y fisiológicas, tienen particularidades que la hacen difícilmente comparable con los otros procedimientos terapéuticos empleados para el tratamiento de la tuberculosis.

Enfrentar un procedimiento terapéutico a otro en tuberculosis pulmonar, ha sido, desde hace más de medio siglo motivo de repetidas discusiones, creación de escuelas diferentes aparentemente antagónicas y postura "de partido" las más de las veces.

Los argumentos fundamentales en favor o en contra han sido, como es lógico, *los resultados*. La comparación ha sido siempre difícil porque el juicio crítico empleado en el momento de hacer la contabilidad estadística se diferente en cada serie presentada.

El problema del tratamiento de la tuberculosis pulmonar en el adulto lo plantea el hecho de que el 15% aproximadamente de los enfermos, tienden a la curación espontánea (tuberculosis exudativa resolutive).

* Leído el 11 de julio de 1956.

Para identificar este 15%, es necesario una observación, a través del tiempo que en nuestro criterio, con la cura sanatorial y quimioterápica no debe exceder de 90 días. A pesar de ello el 2% de nuestras piezas anatómicas demuestran sólo secuelas fibrosas de tuberculosis.

A nuestro juicio el mejor criterio de necesidad quirúrgica es el anatomopatológico y está basado en las piezas resecaadas.

El advenimiento de los antibióticos y quimioterápicos en la última década, ha complicado aún más el problema por la incertidumbre de si va a resolver totalmente el proceso o sólo va a posponer la terapéutica directa adecuada que de principio era necesaria.

El criterio bacteriológico *de curación*, el más estricto hasta hace unos años, ha perdido la significación que tenía, porque los bacteriostáticos, a través de su acción supresiva, hacen más difícil el hallazgo del bacilo, alterando su viabilidad, dificultan el cultivo y hasta su patogenicidad, dificultando la tuberculización del cuy. El bacilo de Koch, encontrado en la pieza oratoria, ha venido a enseñarnos en muchos casos "negativos", la realidad bacteriológica.

A pesar de todo para juzgar los resultados de la terapéutica, sigue siendo la clínica, la radiología y la bacteriología, a través del tiempo, el mejor procedimiento. Siendo la resección pulmonar un procedimiento relativamente reciente, no puede tener un número comparable de observaciones a largo plazo.

Los resultados que hoy exponemos deben ser juzgados en función de las diferentes condiciones en que este tipo de cirugía se ha efectuado.

El material total de resecciones por tuberculosis efectuadas en el Servicio a mi cargo en los últimos 7 años es de 518.

En trabajos anteriores (1), (2), (3), (4), (5), (6), hemos expuesto nuestros resultados refiriendo a grupos determinados, los que consideramos de mayor significación son los que se han referido a resultados completos (1), (3) y los que en forma sucinta se van a exponer. Con el objeto de dar una idea del estado actual del procedimiento hemos tomado las últimas 100 altas consecutivas de enfermas tratadas en el servicio de mujeres a mi cargo con el procedimiento, motivo de esta exposición.

(Cuad. 1) Primer período.

(Cuad. 2) Segundo período.

(Cuad. 3) Características de la serie estudiada.

(Cuad. 4). Indicación.

(Cuad. 5) Valoración del caso.

- (Cuad. 6) Agrupación de los resultados según la gravedad.
- (Cuad. 7) Tratamiento antimicrobiano.
- (Cuad. 8) Tiempo de intervención.
- (Cuad. 9) Complicaciones.
- (Cuad. 10) Criterio de Resultados.
- (Cuad. 11) Modificación del pronóstico con la cirugía.
- (Cuad. 12) Resultados Globales.

PRIMER PERIODO (50 CASOS)
(Ref. Mex. de Tuberc. XI. 59. Nov-Dic. 51)

- SELECCION DE CASOS:** Únicamente cuando la colapsoterapia no ofrecía posibilidades de resolver el caso (Pulmón destruido, Fístula broncopleural, Tuberculosis del lóbulo inferior).
- ENTRENAMIENTO:** Insuficiente para valorar el proceso tuberculoso, el riesgo quirúrgico, la técnica operatoria y el manejo postoperatorio.
- MEDIOS:** Insuficientes (sangre, succión, control radiológico, ambiente de inseguridad para el enfermo).
- RESULTADOS:** RESUELTOS, 68%. NO RESUELTOS, 12%. MORTALIDAD, 20%.

SEGUNDO PERIODO (200 CASOS)
(Ref. Anales del I. N. N. Vol. I. N° 1. 54)

- SELECCION DE CASOS:** Se agregan a los aceptados lesiones del lóbulo superior como indicaciones optativas. Se considera que la cronicidad, la drogo-resistencia y el colapso previo, son factores que agravan la intervención.
- ENTRENAMIENTO:** Mejor a través de las correlaciones anatomoclínicas y de la experiencia quirúrgica obtenida.
- MEDIOS:** Suficientes que permiten rodear al enfermo de seguridad (sangre, medicamentos, radio-

grafías, succión adecuada y principalmente buena organización hospitalaria).

RESULTADOS: RESUELTOS, 82%. MORTALIDAD, 10.5%. COMPLICACIONES, 7.5%.

PERIODO ACTUAL (100 CASOS)

SELECCION DE CASOS: Resección pulmonar con tratamiento ideal si no hay contraindicación. Exéresis en los procesos agudos caseosos.

ENTRENAMIENTO: Experiencia obtenida en 518 resecciones pulmonares por tuberculosis.

MEDIOS: Suficientes para ejecutar y controlar la intervención. Mayor concurrencia a la Consulta Externa para juzgar los resultados a largo plazo.

RESULTADOS: RESUELTOS, 91%. NO RESUELTOS, 6%. DEFUNCIONES, 3%.

CARACTERISTICAS DE LA SERIE ESTUDIADA

1. INDICACION: Tuberculosis Pulmonar.
2. SEXO FEMENINO.
3. PROMEDIO DE EDAD: 26 años (de 10 a 55 años).
4. 100 ULTIMAS ALTAS CONSECUTIVAS.
5. CON EL MISMO CRITERIO PARA JUZGAR LA GRAVEDAD DEL PROCESO.
6. CON EL MISMO CRITERIO PARA JUZGAR LOS RESULTADOS.
7. TRATADAS EN EL SERVICIO I, DEL INSTITUTO NACIONAL DE NEUMOLOGIA.

INDICACION

UNICA: (Cuando se consideró la única probabilidad de resolver el problema).

OPTATIVA: (Cuando se prefirió frente a otro procedimiento que ofrecía iguales posibilidades de éxito).

Se consideró como el tratamiento ideal para ser radical, mutilar poco, conservar al máximo la función y evitar los inconvenientes de la colapsoterapia y la inseguridad del tratamiento exclusivo con bacteriostáticos.

VALORACION DEL CASO

1. TIPO DE TUBERCULOSIS (Acinonodosa excavada, neumonía y bronconeumonía caseosa, tuberculoma, secuelas de la tuberculosis productiva).
2. EXTENSION LESIONAL.
3. EXISTENCIA DE ALTERACIONES ANATOMICAS IRREVERSIBLES BILATERALES.
4. RESERVA RESPIRATORIA.
5. VALORACION DEL RIESGO QUIRURGICO: (Edad, cronicidad, drogoresistencia, colapso previo ineficaz, estado de los emunctorios, condición cardiovascular, etc.).
6. ENFERMEDADES ASOCIADAS (Diabetes, carencias, embarazo).

AGRUPACION DE LOS RESULTADOS SEGUN LA GRAVEDAD

SE TOMO EN CUENTA LA GRAVEDAD DEL PROCESO Y SE DIVIDIERON LOS ENFERMOS EN 4 GRUPOS.

- a) GRUPO I. Proceso menor de un año, unilateral, focalizado, sin tratamiento drogoterápico prolongado, ni colapso terapéutico.
- b) GRUPO II. Iguales características, pero lesiones bilaterales.
- c) GRUPO III. Procesos crónicos, con tratamientos prolongados en donde se empleó colapsoterapia.
- d) GRUPO IV. Complicaciones parenquimatosas, pleurales o bronquiales de la tuberculosis crónica.

TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO ASOCIADO

Promedio de Di-hidroestreptomina 40.16 g.

Promedio de Isoniazida	30.40 g.
Promedio de estancia por enfermo	107 días.

COMPLICACIONES

FISTULA: 3

Condujeron a la muerte:	2
Resuelta con reintervención:	1

TIPO DE INTERVENCION

	Unilateral	100
121 RESECCIONES:	Bilateral	21 (17.2%).
NEUMONECTOMIA:	19 (derecha: 7, izquierda: 12)	
LOBECTOMIA	39 (derecha superior: 14, inferior: 4 izquierda sup.: 17, inferior: 0)	
BILOBECTOMIA:	3 (superior y media: 3)	
SEGMENTARIA:	64 (derecha 28, izquierda: 36)	
COMBINACIONES:	6 (derecha 6, Izquierda: 0)	
CON OCLUSION DE LA CAVIDAD CON TORACOPLASTIA:	26	(34%)
	DESPERIOSTIZACION:	8

CRITERIO

(Resultados)

BASADOS EN EL HECHO OBSERVADO POR EL DR. SANCHEZ RAMIREZ, DE LA CONSULTA EXTERNA QUE LA RECAIDA DE 176,* (17.6%, POSTRESECCION), ENFERMOS REINGRESADOS FUE CONDICIONADA POR REACTIVACION DEL FOCO PERSISTENTE DEJADO POR CONDICIONES TECNICAS O DE RESERVA RESPIRATORIA LIMITADA, EL JUICIO PRONOSTICO (UNICO QUE PUEDE HACERSE A CORTO PLAZO) SE HACE TENIENDO EN CUENTA LA EXISTENCIA Y GRADO LESIONAL DE ESTE FOCO.

* En 6,000 casos revisados.

- PRONOSTICO I. El enfermo queda después de la intervención sin lesiones palpables en el pulmón explorado, ni visibles a la radiografía.
- PRONOSTICO II. Persiste foco secundario a la lesión principal que por su tamaño, situación y características anatómopatológicas se le considera sin autonomía.
- PRONOSTICO III. Persiste foco secundario a la lesión principal que se considera con autonomía (caverna, nódulo de más de 1 cm., bronquiectasia).
- PRONOSTICO VI. No se trató la lesión principal.

MODIFICACION DEL PRONOSTICO CON LA CIRUGIA

	Pronóstico I:	27
GRUPO I:	Pronóstico II:	7
	Pronóstico III:	0
	Pronóstico I:	6
GRUPO II:	Pronóstico II:	3
	Pronóstico III:	0
	Pronóstico I:	8
GRUPO III:	Pronóstico II:	9
	Pronóstico III:	0
	Pronóstico I:	12
GRUPO VI:	Pronóstico II:	19
	Pronóstico III:	6 (CASOS NO RESUELTOS)
	DEFUNCIONES:	3

100 ENFERMAS (RESULTADOS GLOBALES)

MATERIAL:

	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV
	34	9	17	40
RESULTADOS:	Sin lesiones, pronóstico I:			53
	Foco persistente sin autonomía, pronóstico II:			38
				91%

Foco persistente con auto- nomía, pronóstico III:	6
Defunciones (2 fístulas; 1 anoxia postoperatoria)	3

RESUMEN

El autor presenta el resultado de su experiencia en un Servicio de Cirugía para Tuberculosos en el cual se han verificado hasta la fecha 518 intervenciones de resecciones pulmonares.

Divide su exposición cronológicamente y así va encontrándose la mejoría de los resultados y de la mortalidad, seguramente debido al empleo de la quimioterapia y a la mayor seguridad en las técnicas quirúrgicas. Indica que siendo procedimientos recientes no es posible hacer conclusiones definitivas porque los enfermos no han sido observados por mucho tiempo.

SUMMARY

The author exhibits the results of his experience obtained through surgery on tuberculous patients, having carry out 518 pulmonary resections.

The study is divided chronologically, thus one finds the improvements in the results and of mortality, surely owing to the use of Chemotherapy and greater safety in the surgical technique.

Dr. Ramírez Gama points out that: as this technique is relative new, he has not been able to reach definit conclusions, because there has not been enough time for complete observation of the patients.

Quando la vida ha transcurrido, cuando se ha andado valerosamente el camino, la muerte se presenta como un descanso merecido; pienso cada vez más en la muerte y siempre con nuevo placer; todo lo calma.—TOSTOI.

La muerte es un instante del cual depende la eternidad; la vida no es más que una muerte lenta.—SAN AGUSTIN.