

## RECAIDAS EN LA TUBERCULOSIS DESPUES DEL EMPLEO DE ANTIBIOTICOS (\*)

J. ALIX.

Director del Centro de Colapsoterapia (P. N. A.), Madrid.

### INTRODUCCIÓN.

Utilizando nuestra experiencia y los datos de una encuesta entre colegas de diversas localidades españolas (doctores VELASCO, ZURITA, REBOLLO, VALDÉS y MÚGICA), hemos analizado las posibilidades de recaídas tras el empleo terapéutico de la medicación antibiótica en tuberculosis.

En total, el número de enfermos alcanza a 3.579 fichas de Sanatorios y Dispensarios o consultas privadas. Hemos preguntado por los datos referentes a número de recaídas, separando lo que consideramos recaída en sentido estricto de lo que debe considerarse como recidiva. Creemos que debe hablarse de recaída cuando las lesiones aparecidas después del tratamiento inciden sobre la misma zona en que asentaba la lesión originaria. Recidiva debe llamarse a la nueva lesión aparecida ulteriormente en lugar distinto, siempre que los restos de la primitiva fuesen de aspecto indurativo o fibroso, o hubiesen desaparecido para excluir la posibilidad de siembras a partir de la primitiva lesión no curada.

Hemos considerado que sólo puede hablarse de recaída o recidiva cuando se alcanzó la curación. Para definir el criterio de curación creemos que debe exigirse que los restos aparezcan cerrados a la investigación radiológica metódica, incluyendo a ser posible la tomografía, que la velocidad de sedimentación sea normal y que no existan bacilos en homogeneizado gástrico directamente o por inoculación. Bien es verdad que solamente las estadísticas de los doctores REBOLLO y VELASCO se aproximan a este criterio, por lo que serán objeto de un análisis más detenido. Consideramos como recaída o recidiva la aparición de la imagen radiológica alterada y/o la aparición de bacilos, o las nuevas manifestaciones biológicas de actividad.

No creemos que deban entrar por ahora en el capítulo de curados los sujetos que ostentan una imagen de las llamadas "Caverna detergida", "Caverna bullosa" o "Caverna rellena", así como la llamada cicatriz fibrocásea. Sin embargo, resulta muy difícil valorar esta última respecto de las cicatrices fibrosas puras al examen radiológico o aun tomográfico. Por otra parte, también resulta prácticamente imposible determinar si se trata de una caverna bullosa, o de una caverna detergida, o de una de las llamadas por BRAEUNING "Strangkaverne", ya co-

nocidas desde mucho antes de la era antibiótica.

Según todo lo anterior, debemos considerar que la recaída en sentido estricto equivale a un brote posterior o "Nachschub", mientras que la recidiva en sentido estricto debe considerarse como una reinfección en sentido estricto. Ulteriormente, comentaremos estas cuestiones a la luz de los conocimientos actuales de la patogenia en relación con los antibióticos.

### RESULTADOS.

Por el momento, dejamos aparte 95 casos de la estadística de VELASCO.

Entre los 2.279 sujetos revisados en las estadísticas propias y en las enviadas por MÚGICA, REBOLLO y ZURITA, encontramos que 424 tuvieron recaídas después del tratamiento en períodos variables que más adelante estudiaremos en relación con la estadística de 95 casos de VELASCO. Esto supone que el porcentaje de recaídas en conjunto fué de 11,8 por 100.

Los tratamientos empleados no siempre fueron correctos, ya que un elevado número procedían de medios rurales donde habían seguido pautas desordenadas de tratamiento. Estimamos como tratamiento correcto el que emplea al menos dos de los antibióticos, asociado al menos inicialmente. La estreptomina ha ido asociada al PAS o a la isoniazida en 965 enfermos. En la mayoría de los restantes no se ha podido determinar con exactitud. Así, se puede considerar que se empleó uno de estos regímenes:

Estreptomina sola, en un 10 por 100 aproximadamente.

Estreptomina + PAS, en un 20 por 100 aproximadamente.

Estreptomina + Isoniazida, en un 40 por 100 aproximadamente.

Estreptomina + PAS + Isoniazida, en un 25 por 100 aproximadamente.

Isoniazida + PAS, en un 5 por 100 aproximadamente.

Isoniazida sola, cinco casos.

La estreptomina se ha empleado en general a la dosis de 1 gr. diario los quince primeros días, para pasar después a la dosis de 1 gr. alterno los dos primeros meses, continuando a partir de aquí con 1 gr., dos veces por semana, hasta completar en general cinco meses, a partir de cuyo momento, y de una manera variable, se ha empleado la isoniazida a razón de 300 mg. diarios, por períodos hasta de un año en algunos casos. El PAS se ha empleado en general a la dosis de 12 gr. diarios, por vía oral, en plazos hasta de ocho meses.

Se han encontrado recaídas repartidas por igual entre los tratamientos completos y los insuficientes. Así, tendremos la evidencia de que 138 entre las recaídas habían seguido tratamientos insuficientes y 142 tratamientos razo-

(\*) Presentado en la reunión del Consejo de Dirección de la U. I. C. T. París, junio de 1955.

ables. Pero debemos significar que entre los sujetos curados y no recaídos también ha habido un porcentaje muy elevado, imposible de valorar, en los que el tratamiento fué incompleto.

#### RECAÍDAS Y RECIDIVAS EN SENTIDO ESTRICTO

Número de casos	Recaídas	Por 100	Recidivas	Por 100	Por 100 total
2,279	198	8,6	74	3,2	11,8

Como se ve, el número de recaídas en sentido estricto ha sido de 8,6 por 100, mientras que el de recidivas en sentido estricto ha sido mucho menor, alcanzando el porcentaje de 3,2, lo que hace que el porcentaje total de fracasos en los casos considerados como curados llegue al 11,8 por 100.

Si consideramos que los casos en que se alcanza la curación son precisamente los afectos a la suma de lesiones moderadas y muy pocos con lesiones avanzadas, debemos reconocer que el porcentaje parece un poco elevado.

A este respecto resulta muy instructivo el hecho de que en 34 casos se empleó la colapsoterapia en combinación con el tratamiento antibiótico y aquí el porcentaje de recaídas fué solamente de 5,8. Se trataba de dos casos en los que el colapso era deficiente. Pero en los otros 32 casos en los que la colapsoterapia podía considerarse satisfactoria, la curación sin ulterior recidiva fué la regla (REBOLLO).

#### Recaídas en conjunto en relación con la categoría de las lesiones.

Para esta valoración consideramos en este apartado solamente los 279 casos en los que se hizo tal clasificación. Según estos datos, que aparte de 95 casos que comentaremos más tarde, y en los que la observación fué más circunstanciada y prolongada, son los únicos que han proporcionado información acerca de esta cuestión, obtenemos lo siguiente:

	Número de casos	Recaídas en conjunto	Por 100
Formas mínimas.....	189	14	7,4
" moderadas.....	66	6	9
" avanzadas.....	24	6	25

Estas cifras corresponden a lo que debe esperarse, pero aquí cabe la consideración de que si bien los resultados son muy favorables en lo que se refiere a las formas moderadas y

avanzadas, teniendo en cuenta la importancia de las lesiones; sin embargo, en lo que se refiere a las formas mínimas indica una vez más que el calificativo de mínimas no es afortunado, ya que la diferencia entre éstas y las formas moderadas es muy poco significativa, demostrándose así que el potencial evolutivo de las llamadas mínimas se diferencia poco en cuanto a los resultados finales de las moderadas. En general, debemos considerar que las llamadas formas moderadas tienen un carácter predominantemente exudativo, y si el porcentaje de regresión con el tratamiento antibiótico es algo menor que en las llamadas mínimas de carácter más tórpido, ello es debido a que en general existen focos necróticos.

#### Recaídas en relación con el tratamiento.

En este grupo de casos se considera que el tratamiento ha sido insuficiente y, por lo tanto, la posible causa de la recaída en 18 casos. En 7 casos la recaída estaba justificada por persistencia de lesiones abiertas, pero en algunos la coincidencia con tratamientos insuficientes impide discernir bien la importancia de aquella circunstancia. Lo cierto es que en ninguno de los casos en los que se hizo colapso eficaz hubo recaída. La insuficiencia del tratamiento se basa:

En el empleo de la hidrazida sola en 5 casos.

Estreptomina sola o asociada a tratamientos de menor calidad en 4 casos.

Suspensión prematura de la estreptomina o distanciamiento de dosis en 9 casos.

A este respecto es muy interesante consignar que en tres enfermos la recaída tuvo lugar durante el tratamiento combinado según las normas que en general se aceptan como razonables (estreptomina, 2 gr. semanales).

En un total de 16 casos de este grupo la recaída se dominó nuevamente con antibióticos solos. En 4, con antibióticos y colapsoterapia. En uno, con antibióticos y resección pulmonar. En los 5 casos restantes no fué posible, o no fué aceptada, la intervención quirúrgica (REBOLLO).

#### Análisis circunstanciado y prolongado de otros 95 casos (VELASCO).

Esta estadística es la que más datos nos proporciona para nuestro análisis, ya que en primer lugar considera períodos de observación hasta de cinco años, y en segundo lugar nos ha proporcionado una relación casuística completa. Así, podemos analizar los siguientes extremos:

Número de casos	Rec. total	Rec. en sent. estricto	Por 100	Recid. en sent. estricto	Por 100	Por 100 total
95	34	26	27,3	8	8,4	35,7

Aquí resalta un enorme número de recaídas que trataremos de explicar, porque es algo más de un tercio de la totalidad, y está muy por encima no sólo de las cifras anteriores, sino por encima de lo que habitualmente se publica en la literatura mundial. La proporción de recidivas a recaídas en sentido estricto está, sin embargo, por debajo de las anteriores.

#### RELACION CON LA CALIDAD DE LAS LESIONES

	Número de casos	Recaídas en total	Por 100
Formas mínimas.....	17	8	47
" moderadas.....	78	27	54

Aquí resalta una diferencia en favor de las formas moderadas frente a las llamadas mínimas, considerando como tales las formas preferentemente nodulares apicales, porque éste es fundamentalmente el criterio que hemos seguido para la calificación de los casos de esta estadística.

#### Valoración de los resultados según la duración de la observación.

En general, debe reconocerse que las escasas estadísticas que circulan por la literatura se han referido a períodos de observación de poco tiempo, y por eso consideramos de gran valor la estadística de estos 95 casos.

#### PERIODO DE OBSERVACION

Periodo de observación post. tratamiento hasta la recaída	Número de rec. totales	Por 100
Hasta 12 meses.....	2	2,1
De 13 a 24 ".....	6	6,2
De 25 a 36 ".....	19	20
De 37 a 48 ".....	6	6,2
Más de 48 ".....	1	1

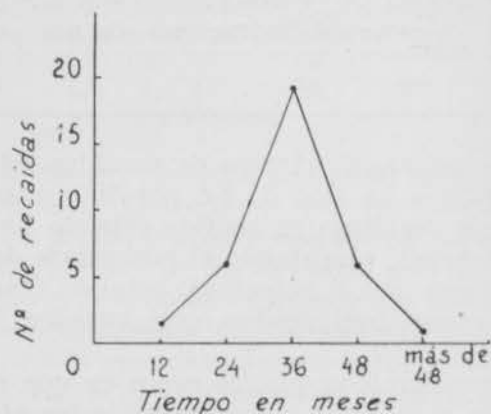
La gráfica correspondiente a estas cifras permite comprobar una acumulación de las recaídas en el tercer año con un descenso ulterior, por lo que en principio debe considerarse que una vez rebasado este tope es de esperar una persistencia ulterior de la curación clínica.

La suma acumulativa permite comprobar asimismo el fenómeno a que aludimos por la tendencia a la horizontalidad de la parte final de la curva (gráficas 1 y 2).

#### VALORACION DE LOS RESULTADOS SEGUN LA DURACION DEL TRATAMIENTO

Duración en meses	Número de casos	Recaídas totales	Por 100
Hasta 4.....	10	8	80
De 5 a 6....	31	13	41,9
De 7 a 12....	54	13	24

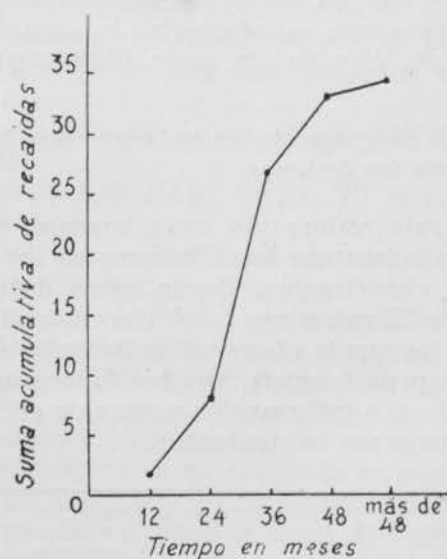
Aquí se comprueba lo que cabe esperar, y es la mejoría de los resultados con la prolongación del tratamiento; pero sin que se excluyan, ni mucho menos, las probabilidades de recaída. Aun cuando las cifras no son suficientemente grandes para permitir sacar conclusiones segu-



GRAFICA Nº 1

ras, se advierte una tendencia a las recaídas más precoces cuando el tratamiento fué más breve y a las recaídas más tardías cuando el tratamiento fué más prolongado.

Si analizamos la duración media del tratamiento en los que sufrieron recaídas en conjun-



GRAFICA Nº 2

to, comparativamente con los que permanecieron libres de ellas, llegamos al siguiente resultado:

Duración media del tratamiento en los que recayeron .....	7 meses.
Duración media del tratamiento en los que no recayeron .....	8,6 "

Recapitulando sobre estas cifras, comparativamente con las correspondientes a la estadística primeramente estudiada, comprobamos que



durante los dos primeros años de observación de los enfermos, después de terminado su tratamiento por "curación clínica", las cifras resultan equiparables, como se ve a continuación:

Por 100

ALIX .....	8,7
MÚGICA .....	11,69
REBOLLO .....	9,3
ZURITA .....	12,3
VELASCO .....	8,3

En cambio, la estadística global de los 95 casos últimamente estudiados (casos de VELASCO) para un período de más de cuatro años de observación proporciona una cifra de

35,7 por 100,

y si se valoran sólo las correspondientes al período entre más de dos años y el final, se alcanza la cifra de recaídas tardías de

27,4 por 100.

Hubiera sido interesante haber podido valorar tardíamente la totalidad, pero no nos ha sido posible. Cuando se juzgan las recaídas o fracasos de otros métodos como la colapsoterapia, por ejemplo, se exige siempre un período de observación al menos de cinco años, y éste es el ideal para todo tratamiento. Es cierto que con la medicación antibiótica se logra una supervivencia de casos que hasta ahora estaban condenados a morir en un plazo relativamente corto, pero nosotros nos referimos aquí a los casos en que se ha logrado una curación. Es bien cierto que abstracción hecha de las formas miliares de diseminación, los casos que alcanzan una curación clínica por la medicación son poco más o menos similares a los que logran el mismo resultado con los métodos clásicos.

Valorando todavía la estadística de VELASCO, tratamos ahora de analizar las recaídas en sentido estricto y las recidivas en sentido estricto, y encontramos las siguientes cifras:

#### TIEMPO MEDIO TRANSCURRIDO HASTA LA PRESENTACION DE LAS RECAIDAS

Recaídas totales .....	2,9 años.
Recaídas en sentido estricto .....	2,7 "
Recidivas en sentido estricto .....	3,2 "

Aquí se comprueba que las recaídas propiamente dichas son más precoces que las recidivas o nueva enfermedad, como debe esperarse según el concepto que tenemos de ambos procesos.

#### RESULTADOS DEL TRATAMIENTO CON MEDICACION ANTIBIOTICA DE LAS RECAIDAS

	Efectivo	Inefectivo
Recaídas en sentido estricto .....	8	18
Recidivas en sentido estricto .....	8	0

Se comprueba que las recidivas o nueva enfermedad, tratadas precozmente, responden al tratamiento como respondió la primera enfermedad, mientras que no ocurre lo mismo en los casos de recaídas de la antigua lesión.

#### Causas de las recaídas.

Las recaídas precoces han sido siempre debidas a la interrupción prematura del tratamiento o, por lo menos, han ido ligadas a este hecho. En otras ocasiones se ha imputado a la falta de reposo. Pero esto no tiene valor a nuestro juicio, ya que sin ser riguroso, los enfermos alcanzaron el estado de "curación clínica". En otras ocasiones ha sido atribuida a la persistencia de restos en forma de cavernas bullosas o detergidas, que no fueron vistas al terminar el tratamiento, revelándose en el brote por la aparición de un halo que puso de manifiesto que verosímilmente habían permanecido allí al terminar el programa terapéutico.

#### COMENTARIO.

Hubiéramos deseado hacer un estudio absolutamente metódico de los casos, pero ha habido una serie de razones que no nos han permitido lograrlo a nuestro gusto. Los enfermos revisados lo han sido según un cuestionario riguroso, pero las distintas procedencias, y el hecho de que muchos de ellos habían realizado tratamientos irregulares al principio de su enfermedad, han determinado que no tuviésemos un real conocimiento de la clase de las lesiones al iniciar el tratamiento ni un verdadero control de la secuencia terapéutica. Por otra parte, en muchos casos no ha sido posible obtener tomografías o cultivos o inoculaciones para determinar la "curación clínica". En fin, no tenemos la seguridad de si muchos enfermos recaídos han escapado o no al control.

Por otra parte, hubiéramos deseado conocer si los bacilos aparecidos en las recaídas eran o no sensibles a los antibióticos, y esto sólo lo podemos intuir del resultado del tratamiento de la recaída con el fin de intentar una explicación de las causas de las recaídas o recidivas.

Indiscutiblemente se obtiene de las cifras que las recaídas han guardado una relación con la duración del tratamiento, comprobándose muy bien por la estadística de REBOLLO que los tratamientos prematuramente interrumpidos ha sido la posible causa de la recaída precoz, pero no de la tardía. En la estadística de VELASCO se ve una relación casi lineal de las recaídas a la duración del tratamiento en períodos hasta de cuatro meses, de cuatro a seis meses y de seis a doce meses. Pero no encontramos una relación entre la duración del tratamiento hasta doce meses y la proporción de las recaídas. El propio REBOLLO dice en sus datos que entre

los que recayeron y los que no recayeron había una proporción aproximada de tratamientos correctos e incorrectos en cuanto al tiempo y dosificación y nuestra experiencia coincide por completo con estos datos.

Esto indica que una vez alcanzada la curación clínica la prosecución indefinida del tratamiento no aporta nueva protección contra recaídas, a no ser, naturalmente, que el tratamiento se prolongase por toda la vida. Pero, por otra parte, existen casos en los que la recaída se produce durante el tratamiento, como acontece en los casos 4, 10 y 24 de REBOLLO. En el primero, después de seis meses de tratamiento con estreptomycinina e hidrazida, al suspender la estreptomycinina aparece en el séptimo mes, continuando las hidrazidas, una infiltración basal (lesión inicial, adenopatía hiliar y pleuritis) que cede nuevamente al reanudar la estreptomycinina. En el segundo, la secuencia es muy similar. El tercero, recayó de una tuberculosis apical bilateral abierta que había regresado, en plena acción de los antibióticos, cuando la estreptomycinina se había distanciado a dos inyecciones semanales no obstante continuar la hidrazida diariamente. Al final, trataremos de trazar una hipótesis sobre estas cuestiones.

Creemos interesante hacer una diferenciación entre recaídas y recidivas. En la totalidad de nuestras cifras existe un 8.6 y 3.2, respectivamente, o 27.3 y 8.4, según VELASCO. O sea, que en las primeras la relación es 2,6 : 1 y en el segundo es de 3,2 : 1.

Esto supone que es bastante más frecuente la recaída de los focos antiguos que la nueva enfermedad, o lo que es lo mismo, que el "Nachschub" o brote posterior es más frecuente que la reinfección, ya sea endógena o exógena.

Resulta también interesante resaltar que las recaídas son más precoces que las recidivas, y ello es un dato que valoraremos en el comentario final. En efecto. El plazo medio de observación después de la "curación clínica" hasta la recaída fué en los casos de VELASCO de 2,9 años, encontrándose que para la recaída en sentido estricto fué de 2,7 años, mientras que para la recidiva lo fué de 3,2 años. Esto, por sí sólo, supone ya que la curación clínica fué más segura cuando no quedaron rastros radiológicos, mientras que la presencia de focos visibles después del tratamiento es una seria amenaza de reproducción. Pero aún resulta más interesante recordar que el tratamiento aplicado a la recaída fué efectivo en la totalidad de los casos de recidivas en sentido estricto, mientras que no lo fué en dos terceras partes de las reactivaciones de los antiguos focos, y éste es otro de los puntos de interés para la conclusión final.

En 34 casos se empleó la colapsoterapia en distintas modalidades asociada al tratamiento antibiótico y en sólo dos hubo recaída, y fué precisamente en aquellos en que el colapso era insu-

ficiente. Esto tiene un gran valor y merecería un detenido estudio por separado, ya que, que nosotros sepamos, solamente CRAFOORD, en su ponencia a la XIII Conferencia de la U. I. C. T., preconizaba ampliar con medidas colapsoterápicas más frecuentes la acción de los antibióticos. Sin embargo, debemos también señalar que, según nuestra experiencia, el tratamiento excesivamente prolongado de las cavernas cuando éstas no llegan a cerrar bajo la acción antibiótica y quimioterápica, crea dificultades para el colapso por neumotórax. Las cavernas se hacen prácticamente incolapsables en un elevado número de casos, por lo que creemos que si se considera conveniente instaurar un neumotórax en pleno tratamiento antibiótico, aquél debe ser instaurado tan pronto como sea posible. No podemos detenernos sobre las causas de esto sino sólo para decir que la epitelización del bronquio de drenaje, así como la proliferación conjuntiva, tan peculiar de la acción de las hidrazidas, son responsables de esto.

A la vista de las frecuentes recidivas en los casos de cavernas, como nos lo demuestra la estadística de VELASCO, en la que predomina con mucho este tipo de lesión, debemos reconsiderar la cuestión de la colapsoterapia gaseosa precoz cuando no se advierte una muy rápida tendencia no a la detención cavitaria, sino a su cierre. La detención por sí sola no es sinónimo de curación. Por otra parte, esta conducta evitaría muchas resecciones innecesarias, aun cuando hay tendencias, como la de los países anglosajones, a preferir las resecciones mínimas al neumotórax; pero nosotros no compartimos aún este criterio intervencionista. Por otra parte, es conocida la escasa frecuencia de las complicaciones del neumotórax bajo la protección quimioterápica y antibiótica y es conocido también que los períodos de colapso pueden ser acortados notablemente en los momentos actuales. Pero la discusión de esta cuestión, muy interesante a nuestro juicio, nos desplazaría del plan que nos hemos trazado.

La calidad de las lesiones influye notablemente en el resultado. No es necesario recordar que entre las formas infiltrativas o exudativas puras las recaídas son prácticamente inexistentes. Así, por ejemplo, entre 10 formas infiltrativas de VELASCO hubo una sola recaída, mientras que entre 26 formas nodulares con pequeñas ulceraciones hubo 14 (10 por 100 y 53,8 por 100, respectivamente), y si nos referimos a las formas cavitarias propiamente dichas, el porcentaje se eleva notablemente, según es conocido ya en todas partes. En las cifras de REBOLLO y en las de VELASCO se advierte una relación bien patente entre las formas si nos atenemos a la clasificación de mínimas, moderadamente avanzadas y muy avanzadas y las recaídas. Independientemente de que el promedio de curaciones es también menor en las formas más avanzadas, el promedio de recaídas es también



mucho mayor. Creemos que éste es el momento de considerar si la clasificación a que nos referimos es válida o no en los momentos actuales. En la estadística de REBOLLO se consideran como formas mínimas solamente las que se presentan en forma de pequeños infiltrados o reacciones perihiliares o infiltraciones infantiles, cuyo carácter exudativo es bien conocido. En cambio, no hay referencia, propiamente dicha, a las formas nodulares, mientras que en la de VELASCO se encuentran entre las formas calificables de mínimas numerosas formas nodulares puras. Así, resulta muy interesante comparar los resultados de ambas estadísticas, puesto que mientras en la de REBOLLO la proporción de recaídas entre las mínimas, moderadamente avanzadas y muy avanzadas es, respectivamente, de 7,4 por 100, 9 por 100 y 25 por 100, en la de VELASCO la relación de mínimas (nodulares) a moderadamente avanzadas (formas infiltrativas con cavernas) se marca por un porcentaje de recaídas, respectivamente, de 47 por 100 y 34 por 100. Es decir, que las llamadas inicialmente mínimas recaen en proporción inversa al calificativo. Esto es una demostración de que el carácter de la lesión no tiene relación en numerosos casos con las posibilidades regresivas y sobre todo con la solidez de curación. Es mucho más fácil curar una caverna precoz con infiltración que invade prácticamente un lóbulo entero que un grupo de nódulos apicales, especialmente si, como ha demostrado MICHETTI muy recientemente, éstos recaen en las porciones dorsales de los segmentos 1 y 2. Entre los casos de VELASCO no hay formas muy avanzadas.

Estas consideraciones nos conducen incidentalmente a preconizar el abandono definitivamente entre nosotros de la clasificación de la N. T. A. y a preconizar para ulteriores estudios un tipo de clasificación como la propuesta por LOPO DE CARVALHO en el *Boletín* de la U. I. C. T. (1-II-1955).

Es interesante para la valoración de los resultados el factor tiempo, que ya hemos señalado, y que nos ha obligado a estudiar por separado la estadística de VELASCO respecto de las otras. Si en colapsoterapia o en otras formas de cirugía se exige un período de observación de cinco años como mínimo, no hay razón para considerar los resultados de la terapéutica quimioterápica con menores plazos de observación. Si los modernos tratamientos medicamentosos representasen algo así como el Salvarsán en la sífilis, o la penicilina en la neumonía, por sólo citar dos ejemplos, bastaría con igualar el porcentaje de curaciones reales a casi la totalidad de los precozmente curados en el momento de abandonar el tratamiento. Sin embargo, la realidad es muy otra, como se sabe en todo el mundo, y no podemos quedar tranquilos ante una aparente curación. Aun en el caso de que no queden residuos visibles ni signos de

ninguna especie, puede aparecer una recidiva. Sin embargo, a este respecto queremos señalar que esta cuestión de las recidivas debería considerarse como objeto de un trabajo ulterior más importante. Efectivamente, un tuberculoso curado queda expuesto a una nueva enfermedad de la misma manera que un sujeto que nunca ha sido tuberculoso o aun más, ya que su constitución ha demostrado ya cumplidamente una labilidad frente al bacilo tuberculoso.

Ya hemos visto que en la estadística de VELASCO hay un primer período de observación, que se refiere a los dos primeros años, en el que la proporción de recaídas está incluso por debajo que las que proporcionan los otros colegas.

Sin embargo, es en el tercer año cuando se marca un ascenso tan notable, seguido de un descenso igualmente notable, que permite trazar una curva de Gauss con sus cifras, aun cuando sería preciso mayor número para obtener una confirmación.

No encontramos cifras apreciablemente diferentes entre niños y adultos o entre varones y mujeres. Es decir, las posibilidades de recaídas están en la misma lesión y dependen de ella. Las recidivas son cuestión aparte, porque estimamos que salvo los casos de metástasis de lesiones abiertas, y supuesto que se alcanzó una curación real, las posibilidades de reinfección son las que determinan las recidivas.

Si ahora pretendemos hacer un resumen de nuestro pensamiento respecto a las recaídas, podríamos hacer las siguientes consideraciones:

El hecho de que durante el tratamiento puedan aparecer recrudescencias de la enfermedad, necesita una base experimental para su explicación. Conocemos solamente un hecho que de una manera hipotética puede proporcionarnos, si no una aclaración real, al menos una hipótesis de trabajo. La reacción tuberculínica (HEWELL y SUYEMOTO, en *Amer. Rev. Tub.*, 69-5, 733-744, 1954; FUS, en *Schw. Med. Wschr.*, 83-26, 602-604, 1953) disminuye bajo la influencia de la isoniazida. Tal vez esta disminución de reactividad a la tuberculina pueda determinar una labilidad del sujeto para sufrir brotes precoces. Esto es preciso demostrarlo.

Las recaídas son más frecuentes que las recidivas y sobre todo más precoces. En los focos visibles (cicatriz fibrocásica, focos caseosos en las paredes de cavernas aparentemente bullosas o detergidas) quedan bacilos vivos y a veces viables o capaces de recobrar viabilidad. Sobre la posibilidad de que los bacilos resistentes conserven o no su virulencia, no podemos entrar. Solamente queremos referirnos a los trabajos de MIDDLEBROOK y cols., demostrativos de que los bacilos isoniazid-resistentes catalasa positivos conservan su virulencia y que los resistentes, no virulentos, catalasa negativos puedan recuperar su actividad catalásica y con ello su virulencia. Por otra parte pueden, como es

bien sabido, quedar bacilos de sensibilidad y virulencia diferente a los antibióticos y quimioterápicos en lesiones distintas. En estas condiciones, y bloqueadas éstas y llegado un momento en que el número de bacilos sea suficiente, se produce la recaída en un organismo provisto de escasa defensa específica. Pero el hecho de que las recaídas curen más difícilmente que las recidivas demuestra indirectamente la posibilidad al menos de que la reactivación de los bacilos resistentes y en estado latente haya sido la causa, encontrándose el organismo durante el período intermedio en un estado biológicamente ausente. En las recidivas debe admitirse el mecanismo de la reinfección para la mayoría de los casos.

El hecho de que en los casos en que se asoció la colapsoterapia no se hayan presentado recaídas en la serie de REBOLLO, sino en aquellos en que el colapso fué ineficaz, demuestra posiblemente que el bloqueo que determina el colapso sobre la lesión causa, según demostró en Copenhague LOPO DE CARVALHO, que la acción de los antibióticos haya sido escasa y el mecanismo de curación del foco principal haya sido el clásico por anaerobiosis y fibrosis, protegiendo los antibióticos sobre posibles complicaciones, pero sin alterar la capacidad antigénica del bacilo de Koch en las lesiones colapsadas, por lo que se posibilita la permanencia de las reacciones específicas defensivas del sujeto.

En resumen, creemos que las recaídas dependen de una perturbación de los mecanismos inmunobiológicos y del poder antigénico del bacilo, determinados por los antibióticos, cuando no se llegó a la completa transformación fibrosa o a la regresión total o a la involución definitiva de las lesiones.

### SUMMARY

From the statistical analysis of 3,579 patients with tuberculosis in hospitals and sanatoria it is concluded that the recurrence of this disease depends on a disturbance in the immunobiological mechanisms and in the antigenic capacity of the bacillus conditioned by antibiotics when they have failed to attain complete fibrous transformation, total regression or final involution of the lesions.

### ZUSAMMENFASSUNG

Die statistische Analyse von 3.579 tuberkulösen Patienten in Sanatorien und Fürsorgestellen, führt zur Folgerung, dass die Rückfälle diese Krankheit von einer Störung der biologischen Immunisierungsmechanismen und des antigenischen Vermögens des Bazillen abhängen, welche durch die Antibiotika hervorgerufen werden, wenn dieselben nicht imstande wa-

ren eine gänzliche fibröse Umbildung, einen völligen Rückgang oder eine endgültige Rückbildung der Läsionen herbeizuführen.

### RÉSUMÉ

De l'analyse statistique de 3.579 malades tuberculeux de Sanatoria et dispensaires, on conclut que les récides de cette maladie dépendent d'une perturbation des mécanismes immunologiques et du pouvoir antigénique du bacille, déterminés par les antibiotiques, lorsqu'on n'arrive pas avec leur emploi, à la complète transformation fibreuse, à la regression totale ou à l'involution définitive des lésions.

## NUESTRA EXPERIENCIA EN LAS QUEMADURAS DE ESOFAGO POR CAUSTICOS

A. RUIZ MARTÍNEZ.

Vigo.

En la comunicación presentada a la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo, a comienzos del año actual (\*), nos referíamos a que una de las causas que más influyen en la producción de trastornos de la deglución es la originada por estrecheces consecutivas a la ingestión de cáusticos, y en ella comentábamos que el doctor GONZÁLEZ DUARTE, al referirse al tema que constituyó la conferencia que hubo de pronunciar en la Academia, con motivo de las sesiones científicas conmemorativas de su año jubilar, insistió en la frecuencia, "colosal y asombrosa", con que en nuestro país se producen estas quemaduras.

En efecto, podemos afirmar, por lo que a nosotros respecta, que en los veinticinco años que llevamos ejerciendo la profesión hemos visto que en la proporción de enfermos que hemos tratado por dificultades de deglución figura la ingestión de cáusticos, en primer lugar, como causa originaria, y que todos ellos, a excepción de una enferma adulta que ingirió un cáustico creyendo que bebía vino, cuando en realidad lo que contenía la botella era lejía de sosa, los demás eran niños de corta edad que tragaron sosa o su solución a gran concentración.

El triste espectáculo de estos pequeñuelos, que llegan a nuestra consulta con un conflicto de tal naturaleza, me ha obligado a recurrir a métodos encaminados a restaurar la deglución, siendo por lo tanto materia de este trabajo la

(\*) Comunicación a la Academia Médico-Quirúrgica de Vigo de fecha 11 de enero de 1955.