

TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR POR RESECCION BILATERAL

F. BELASCOAIN y A. PARRA.

Cirujano de tórax y Radiólogo. Sanatorio de la Marina.
Los Molinos. Madrid.

Entre los principales jalones que sentaron la indicación quirúrgica por la exéresis en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar destacan:

La baronarcosis y drogas relajantes.

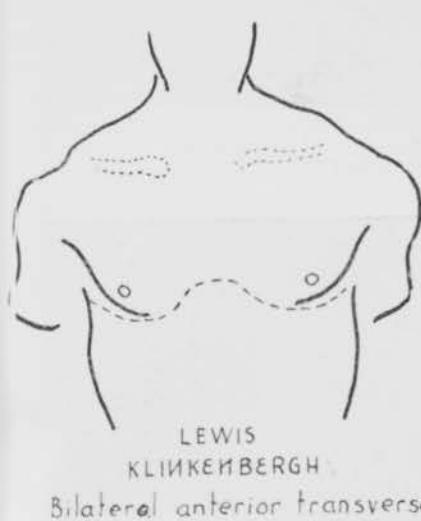
El mejor conocimiento de la anatomía y fisiopatología del tórax abierto.

Los medicamentos antibioquiomioterápicos; y

La aspiración pleural postoperatoria.

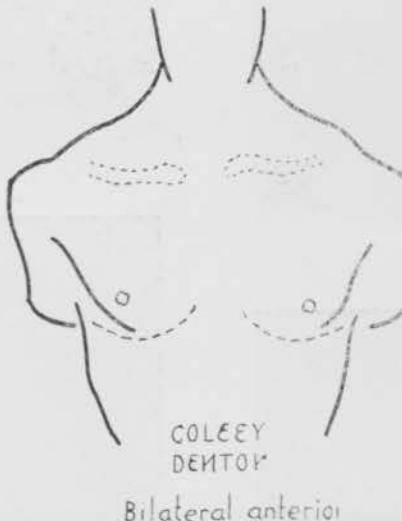
Intervenciones, critican la vía anterior porque con ella se abren las dos cavidades pleurales al mismo tiempo, la sección transversal del esternón se acompaña de gran interferencia con la función de la pared costal, el dolor postoperatorio es muy grande y a veces se presentan dehisencias desagradables; si aparecen complicaciones pleurales o bronquiales la merma de la función pulmonar puede ser mayor de lo que se pensaba, y sobre todo que muchas veces al eliminar el foco de un lado se puede curar el del pulmón contralateral, lo que evita la segunda etapa con la mutilación consiguiente.

Hasta hace poco tiempo las normas corrientes para tratar un tuberculoso pulmonar rebelde recorrian en diferentes penosas y peligrosas



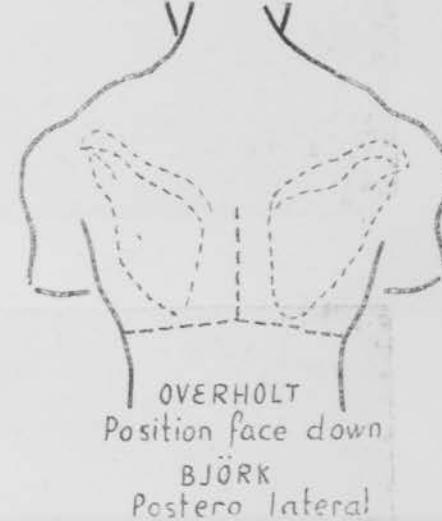
Bilateral anterior transversal

Fig. 1.



Bilateral anterior

Fig. 2.



OVERHOLT
Position face down
BJÖRK
Postero lateral

Fig. 3.

Hoy, después de un diagnóstico precoz seguido del tratamiento médico con dos o tres de los antimicrobianos (estreptomicina, HAI y PAS) lo suficientemente prolongado y controlado por el tisiólogo, se pueden curar la mayoría de los enfermos, y los pocos casos residuales estabilizados tratarlos con la resección uni o polisegmentaria en uno o los dos pulmones en un tiempo o por etapas.

Desde que ELOESSER, en 1932, comunicó su primer caso de resección pulmonar bilateral por bronquiectasias, muchos son los cirujanos que ofrecen estadísticas impresionantes como las de OVERHOLT, BJÖRK, KLINKENBERGH, LEWIS, COLEEEY, NISHI, etc.

Las vías de abordaje utilizadas son las anteriores con o sin resección transversa del esternón y las posterolaterales.

Los partidarios de la vía anterior con esternotomía y toracotomía bilateral por el tercer espacio intercostal, LEWIS y KLINKENBERGH (figura 1), y sin la esternotomía, COLEEEY y DENTON (fig. 2), opinan que por esta vía la moderna anestesia no trastorna la función y el campo es suficientemente amplio para trabajar y, sobre todo, se evita un segundo tiempo.

OVERHOLT y BJÖRK, que siguen la posterolateral (fig. 3) en dos tiempos en una o varias in-

terapas la compresión reversible e irreversible para abocar finalmente en la que se cree erróneamente más difícil: la exéresis.

Les presento un caso de fracasos sucesivos que hoy podemos evitar utilizando la resección pulmonar más precozmente no como en él, al final de una increíble poliagresión, que si resultó beneficiosa fué a costa de innumerables sacrificios y gastos que pocos enfermos pueden resistir.

Soldado de Infantería de Marina, de veintinueve años, S. B. S., que en enero de 1947 inicia un infiltrado subclavicular derecho que se ulceró; se trata con neumotórax artificial derecho. Abril de 1948, siembra contralateral que se cavita; continúa con el neumo derecho y se inicia otro izquierdo; con el neumotórax bilateral mejora y se cura aparentemente. En 1950 se abandona el N. A. B. (figura 4).

Poco tiempo después, nuevas reactivaciones indican en:

Noviembre de 1954: Toracoplombaje con Polystan derecho (fig. 5).

Febrero de 1955: Toracoplombaje con Polystan izquierdo (fig. 6).

A pesar de estos tratamientos de compresión y las combinaciones de los antimicrobianos "larga mano", ambas cavitaciones persisten con baciloscopía y siembras positivas.

Julio de 1957: Se extrae el Polystan y se reseca el lóbulo superior derecho (fig. 7).

Octubre de 1957: Resección segmentaria I-II izquierda y extracción del Polystan.

Julio de 1958: Toracoplastia segunda, tercera, cuarta y quinta costillas izquierda para eliminar la cavidad extraperióstica y los segmentos costales afectos de osteitis con restos de fibras de plombaje eliminado anteriormente (fig. 8).

El enfermo supera todas estas etapas, se hace negativo en baciloscopía y siembras repetidas, la capacidad funcional es buena (capacidad vital, 2.700 c. c.), como

lo demuestra su vida normal sin fatiga y su propuesta para destino de tierra, que se le concede en Junta general (fig. 9).



Fig. 4.



Fig. 5.

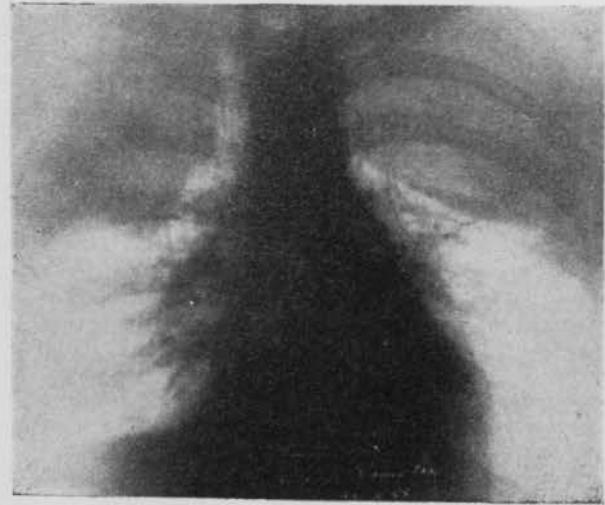


Fig. 6.



Fig. 7.—Lobectomía derecha toracoplombaje izquierdo con Polystan. Baciloscopía positiva.

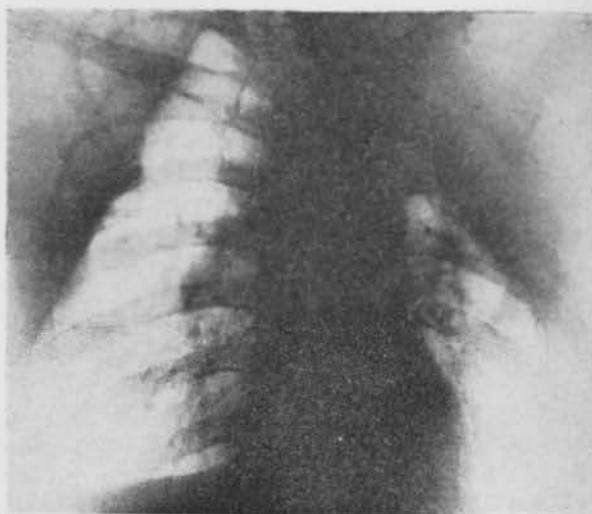


Fig. 8.—Resultado final. Baciloscopía y siembras negativas. Util para servicios de tierra.



Fig. 9.

BJÖRK comunica casos de exéresis aún más amplias, con dos lóbulos inferiores, dos lóbulos superiores y segmento VI, lóbulo superior derecho, I-II-III-VI y X izquierdo, etc.; en algunos casos disminuye los espacios pleurales residuales con la toracoplastia osteoplástica de la cúpula o eleva el suelo torácico con su plastia diafragmática.

COMENTARIO.

En estos momentos, las agresiones excesivas como las citadas solamente nos demuestran un fracaso en el diagnóstico precoz y tratamiento médico por concepto equivocado en cuanto se refiere al manejo de las drogas antimicrobianas utilizándolas aisladamente, en cortos períodos de tiempo o por indicación incorrecta de la intervención.

For el contrario, si detectamos precozmente la enfermedad, aplicamos estas drogas juiciosamente.

mente, localizamos la lesión parenquimatosa y bronquial en diferentes planos espaciales, conocemos las posibles anomalías de posición y distribución del bronquio y de los vasos y neutralizamos los inconvenientes de la apertura torácica y shock operatorio, la exéresis segmentaria mínima nos garantiza, con la eliminación del foco, la profilaxis de las siembras, la conservación de casi todo el parénquima residual funcional, que al llenar el espacio pleural deshabitado evita la hiperdistensión compensadora y el peligro de reactivaciones de lesiones latentes, los empiemas y las fistulas bronquiales; el tiempo de tratamiento se acorta y, por lo tanto, se abarata.

BIBLIOGRAFIA

- OVERHOLT, R. H., RHEINLANDER, F. H. y BOLTON, H. E.—Bull. New England M. Center, 14, 1, 1952.
 LEWIS, F., JHON, M. D. y SHUMWAY NORMAN, E.—J. Thoracic Surg., 31, 93, 1958.
 S. NISHI, M. D. y A. SATO.—J. Thoracic Surg., 31, 672, 1958.
 BJÖRK VIKING OLOV, M. D.—J. Thoracic Surg., 33, 617, 1957.

REVISIONES TERAPEUTICAS

EL ACTH Y LOS CORTICOESTEROIDES EN EL TRATAMIENTO DE LAS INFECCIONES

J. PERIANES CARRO.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas y Clínica Médica Universitaria (Director: Prof. JIMÉNEZ DÍAZ).

La gran difusión del empleo de los esteroides suprarrenales y del ACTH ha venido a demostrar, que en relación con los procesos infecciosos, su efecto puede realizarse originando acciones completamente opuestas. Ciertas manifestaciones infecciosas se mejoran, pero al tiempo, la enfermedad puede llevar un curso más grave, o lo que es peor, hacer que en un enfermo, tratado con dichas hormonas, con motivo de padecer una enfermedad en la que su empleo está perfectamente justificado, brote una infección más o menos grave.

Se ha llegado a saber que el ACTH y los corticoesteroideos ejercen acciones que pueden ser muy beneficiosas en las enfermedades infecciosas, pero sólo a condición de que se empleen bajo ciertas normas, ya que de otro modo pueden surgir complicaciones de inusitada gravedad.

Este problema ha sido ampliamente estudiado, sobre todo desde el punto de vista experimental, y, aunque clínicamente se cuenta con datos suficientes para poder señalar sus ventajas e inconvenientes en el tratamiento de las enfermedades infecciosas, quedan todavía muchas interrogantes que, sin duda, serán solucionadas en un futuro próximo.

El primer hecho bien sabido es que durante la terapéutica con estas hormonas, con cierta frecuencia, brota una infección. Esto ha podido verse en

enfermos que padecen procesos de larga duración y en los que se han empleado los esteroides durante tiempo muy prolongado. En la artritis reumatoide está especialmente señalado este peligro. Nosotros hemos visto algunos casos, y otros autores han señalado semejantes complicaciones (BENEDECK y MONTGOMERY¹, HOWELL y RAGAN², KING y cols.³). La mayoría de las veces se trata de un brote tuberculoso, no raramente de intensa gravedad, tal como una granulía (PIRART⁴). Igual han visto ARVIS-JONES y PEIN⁵ en enfermos tratados prolongadamente por padecer un lupus eritematoso.

En ocasiones, el brote infeccioso es de otra etiología, y así NICHOLS⁶, HAGGERTY y ELEY⁷ han descrito casos de niños en los que durante la terapéutica esteroidal surgieron brotes de varicela, alguno de los cuales fué mortal. En otras ocasiones, como en las referidas por los daneses, brota una complicación por la parasitación de una monilia. En un caso referido en los Estados Unidos por SMITH y CLEVE⁸, la parasitación llegó a ser tan intensa que el enfermo murió, y en la autopsia se demostró que las monilias invadían difusamente todos los órganos, y en el hígado aparecían pequeños y múltiples abscesos cargados de una gran cantidad de levaduras. Los mismos autores han visto surgir en semejantes condiciones una grave histoplasmosis. Experimentalmente puede verse también brotar una intensa parasitación por candida albicans en los ratones que reciben cortisona^{69, 80}, animales que tienen frente a ella una gran resistencia natural.

Casi con las garantías de un experimento, SOUTHAM y MCORE⁷⁵ han visto que enfermos afectos de distintos tipos de neoplasias y a los cuales se les inoculan virus con la esperanza de destruir el tejido neoplásico, la duración de la viremia y su intensidad es