

COLAPSOTERAPIA MEDICA Y QUIRURGICA. INDICACIONES Y RESULTADOS

Dr. J. CIVIL INGLES

NEUMOTORAX INTRAPLEURAL Y TUBERCULOESTATICOS

El tratamiento de la T. P. ha experimentado una profunda transformación desde el advenimiento de las medicaciones tuberculoestáticas, que acortan el tiempo de duración de la enfermedad, aceleran los procesos curativos y disminuyen la mortalidad; pero con las mismas no se consigue la ansiada curación en todos los casos. Unas veces por hechos dependientes de la misma enfermedad y naturaleza de las lesiones, mientras que en otros casos su fracaso debe atribuirse al olvido de dos puntos importantísimos:

1. La medicación tuberculoestática debe ser siempre asociada empleando conjuntamente dos tuberculoestáticos y con las dosis exigidas como eficaces para cada uno de ellos.

2. Una vez conseguida la curación aparente de las lesiones debe prolongarse la medicación por un tiempo mínimo de un año, con el objeto de esperar y consolidar la

curación definitiva y evitar las recidivas.

NEUMOTORAX TERAPEUTICO INTRAPLEURAL Y TUBERCULOESTATICOS

Cuando el proceso de curación no rebasa un estadio incompleto, permaneciendo el foco de necrosis o de caverna, es necesario ampliar el tratamiento y en los casos indicados recurrir a la colapsoterapia gaseosa en forma de neumotórax.

1. El neumotórax intrapleural, con indicaciones más seleccionadas, continúa conservando toda su jerarquía de colapso temporal selectivo y reversible, en el tratamiento de las cavernas de paredes blandas, debiendo sólo continuarse en los casos de colapso eficaz o ampliable por la neumolisis intrapleural. El número de sus indicaciones ha disminuido enormemente por la acción beneficiosa de los tuberculoestáticos sobre las lesiones recientes.

2. La inclusión del neumotórax en el tratamiento de las lesiones

será siempre precoz, antes de que se fragüen las fibrosis inherentes a la medicación tuberculoestática y se inicien las posibles resistencias y, por lo tanto, en el período de máxima detersión de la caverna.

3. La medicación tuberculoestática asociada aumenta la eficacia de neumotórax, permitiendo un curso exento de complicaciones y acorta su tiempo de duración.

4. El neumotórax debe instaurarse en frío, cuando gracias a la medicación y al reposo han remitido los síntomas agudos del brote, reservándose los neumos de urgencia únicamente para los casos de hémoptisis.

5. Son contraindicaciones para el neumotórax: las lesiones tuberculosas bronquiales extendidas más allá del bronquio de drenaje, las cavernas muy activas en el sentido biológico y las insufladas, las cavernas fibrosas, las incluidas en zonas atelectásicas, las acaecidas a consecuencia de perforación gangliobronquial que por su situación parahiliar o lingular no se colapsan y todas las enfermedades que conducen a un déficit considerable de la función de la ventilación pulmonar.

Para comparar los *resultados* se han establecido tres tipos, según las indicaciones que motivaron el neumotórax terapéutico:

Tipo núm. 1. — De indicaciones buenas: cavernas de paredes blandas en forma de brote inicial o con menos de medio año de evolución y bien detergidas por la acción asociada de los tuberculoestáticos; los resultados son óptimos, lográndose una regresión total radiológica en un plazo inmediato.

Tipo núm. 2. — De indicaciones regulares, con formas moderadamente avanzadas, con un tiempo de evolución entre el medio año y el año de enfermedad; aquí los resultados favorables ya son menores que en el tipo anterior y únicamente del orden del 78,5 por 100 de los casos.

Tipo núm. 3. — De indicaciones en formas avanzadas o de indicación forzada; el neumotórax no da buenos resultados a causa de la rigidez de las paredes cavitarias, de la fibrosis de las mismas a consecuencia de la medicación tuberculoestaica, de las resistencias bacterianas, de la falta de un colapso eficaz, o por las complicaciones lesionales como insuflación o actividad biológica, o complicaciones pleurales: pleutitis y aun fístulas pleuro alveolares o bronquiolares con su cortejo de empiemas.

En los neumotórax instaurados en el momento oportuno y con indicación tipo 1 y 2 y además correctamente mantenidos, no se observan complicaciones de tipo pleural ni de otra índole.

Si el colapso no es eficaz y puede convertirse en tal por medio de una neumolisis intrapleural, ésta debe practicarse antes de los tres meses de su instauración.

Finalmente, los neumotórax con colapso ineficaz de la lesión cavitaria deben abandonarse así que estemos convencidos de la inutilidad de los mismos y lo más precozmente posible, con el objeto de evitar la aparición de complicaciones pleurales ineludibles si se empeñan en mantenerlo.

COLAPSO QUIRURGICO TEMPORAL NEUMOTORAX EXTRAPLEURAL Y TUBERCULOESTATICOS

El N. E., a modo de colapsoterapia quirúrgica, reúne las características de selectividad y electividad del neumotórax clásico, y es también reversible, permitiendo, una vez curada la lesión cavitaria, la reexpansión del parenquima, no ocasionando déficit funcional ulterior. Es un método de gran aceptación en los países latinos, pero poco difundido entre los anglosajones.

I. Se revisan sus indicaciones exigiéndose que las lesiones cavitarias sean de paredes blandas, con parenquima pulmonar aun elástico en su vecindad, relativamente alejadas de la periferia pulmonar y de un diámetro que no sea superior a los dos centímetros, y una vez bien estabilizadas por la ac-

ción de los tuberculoestáticos, y de localización preferente en el lóbulo superior.

Pero conviene señalar que las indicaciones conviene que sean únicamente las óptimas, y apoyadas por los tuberculoestáticos y por los antibióticos que le confieren una protección contra las temidas complicaciones del mismo.

II. En las indicaciones óptimas y con un curso del mismo llevado con grandes cuidados, los resultados inmediatos y tardíos son muy buenos. En los casos de indicaciones desacertadas las dificultades son grandes, frecuentes las complicaciones e insuficientes los resultados obtenidos.

III. El N. E. no es una intervención colapsoterápica a modo de un recurso más en el tratamiento de las lesiones excavadas, sino que únicamente debe establecerse en los casos donde su indicación sea muy buena, y además en donde su curso ulterior sea muy bien llevado. Si no se pueden reunir estas dos premisas es preferible abstenerse de indicarlo o de llevarlo a cabo.

COLAPSO QUIRURGICO DIFINITIVO. TORACOPLASTIA PARCIAL SUPERIOR Y MEDICA- CION TUBERCULOESTATICA

1. Los tratamientos tuberculoestáticos asociados de duración corta o media, antes y después de las operaciones, permiten una ma-

por seguridad en el curso postoperatorio, evitando las complicaciones y confieren una mayor eficacia y seguridad a la colapsoterapia quirúrgica, asegurando, junto con el reposo en cama, Bed-resd, una mayor estabilidad de los campos residuales de las lesiones colapsadas y una ausencia de recidivas.

2. Los tratamientos asociados prolongados utilizados para tratar el componente exudativo o caseonecrótico de las lesiones, permiten intervenir con seguridad y eficacia a pacientes que antes no hubieran podido ser operados, dado su tipo evolutivo y lesional antes del tratamiento.

3. En conjunto, gracias a la medicación tuberculoestática asociada, es posible escoger *el momento más oportuno* para la intervención propuesta, en la fase de mayor estabilización y detersión de la lesión cavitaria, condición indispensable, junto con una indicación, para lograr óptimos resultados con este tipo de colapsoterapia.

4. De un modo parecido a lo que ocurre con el neumotórax, han disminuido las indicaciones de toracoplastias, mientras que la posibilidad de lograr buenos resultados con las resecciones, también disminuye sus indicaciones.

5. *Las indicaciones* se han revisado, aceptándose unánimemen-

te en las lesiones excavadas del lóbulo superior y de tendencia retractoril. A lo cual añadimos que la caverna no debe sobrepasar los 4 centímetros de eje; que las lesiones de vecindad no deben descender más que el plano tangente a la proyección radiológica posterior de la sexta costilla.

En los enfermos incorrectamente asistidos desde el comienzo de la enfermedad, con tratamientos tuberculoestáticos incompletos o mal orientados, y en los enfermos tardíos, tiene preferencia la indicación de toracoplastia parcial superior sobre la exéresis, siempre que la localización lesional sea la apropiada.

6. El período más favorable para la intervención es el comprendido entre los tres y seis meses de iniciada la cura tuberculoestática asociada, cuando por la acción de la misma y del reposo, aun hoy día no desdeñable, es posible enfriar y limpiar las manifestaciones de actividad del brote tuberculoso, colocando a la lesión y al enfermo en las óptimas condiciones para ser intervenido.

7. Son *Contraindicaciones*: la tuberculosis bronquial no limitada al propio bronquio de drenaje, las cavernas gigantes, las cavernas insufladas, o las activas biológicamente, los brotes en planos más inferiores o contralaterales no resueltos con el reposo y los tuberculoestáticos asociados, las hemopti-

sis excepto las frías, y todas las causas que demuestren la ausencia de una estabilización suficiente de la enfermedad.

La tuberculosis extrapulmonar evolutiva es también una contraindicación.

Finalmente todas las causas que conducen a un mal resultado de las Pruebas Funcionales de la unidad funcional Pulmón - corazón - vasos - sangre, y que se traducen especialmente en un déficit de la ventilación pulmonar, pueden llegar a constituir una formal contraindicación. Como asimismo el mal resultado de las pruebas funcionales hepáticas y renales.

La edad por sí misma, y claro es dentro de ciertos límites, no es una contraindicación, todo depende del estado de los otros órganos y aparatos, y por lo tanto del resultado de las Pruebas Funcionales.

Lo que tiene importancia especialmente es la edad de la enfermedad, en otras palabras el tiempo que el paciente lleva enfermo y el número y forma de los brotes que ha padecido, y de un modo importantísimo, si estos brotes han sido tratados deficientemente con tuberculoestáticos. Todo enfermo con un tiempo de evolución de su enfermedad superior a los cuatro años, es de por sí un mal enfermo quirúrgico.

8. *Resultados.* Con la experiencia adquirida con la Toracoplastia Parcial Superior, a ser po-

sible con neumolisis extrafascial a lo Semb, o algo más extensa si conviene a la indicación, y tanto antes como después de la era tuberculoestática, la calificamos como el método más seguro de colapsoterapia quirúrgica, atendándose a sus indicaciones, y conservando aun un importantísimo lugar en el tratamiento de las lesiones cavitarias.

Comentando los resultados obtenidos diremos que en el:

Grupo I. — Que comprende las buenas indicaciones los resultados eficaces son muy buenos y llegan al 95.5 %. Mortalidad oper o postope: 0.

Grupo II. — De indicaciones menos seleccionadas los resultados eficaces son del orden del 85.7. %.

Grupo III. — Con más de un año de evolución de la enfermedad y con resistencias tuberculoestáticas, los resultados eficaces son únicamente del orden del 76.5. %.

9. Todos los enfermos operados para cosechar buenos resultados es indispensable que hagan una cura de reposo de tres a seis meses después de la intervención, durante la cual serán tratados con la asociación de dos tuberculoestáticos, y prolongaran el tratamiento con uno de ellos por lo menos un año después de la comprobación Planigráfica de la existencia de un campo residual, aunque estén ya trabajando normalmente; mientras que los que tuvieren un resto cavitaria-

rio, por haber sido la indicación demasiado apretada, deben continuar medicándose todo el tiempo necesario para dar por curado el mismo, o dar paso a la cirugía de resección.

10. La continuación de la medicación tuberculoestática después de lograda la curación aparente de una lesión cavitaria por una toracoplastia, y siempre por espacio superior a un año, es el único medio para evitar recidivas; ya que en la actualidad se pide demasiado a la Cirugía para la pronta resolución de la T. P., y parece que se olvidan la característica fundamental de la enfermedad tuberculosa: el que esta es una enfermedad general con localización preferente pulmonar, y con reservorios bacilares en los ganglio hilio-bronquiales y aun en los mismos nódulos cicatriciales o en los campos de

induración groseros; y que por lo tanto una caída general de defensas, pueden ocasionar la puesta en marcha de estos dando ocasión a un nuevo brote, o a una recidiva en territorio anteriormente enfermos.

Por desgracia, y en gran parte debido a las condiciones de la Medicina Social, la inmensa mayoría de los tuberculosos aparentemente curados, no cumplen este requisito de la medicación prolongada después de la mencionada curación aparente, y el número de enfermos que a través de varios brotes aun curables, llegan a la fase de cronicación definitiva o a la bilateralización, es elevadísimo, a pesar de que exista la impresión optimista de que la T. P. tiende a desaparecer. Lo que realmente pasa es que se cronican muchísimos enfermos y que estos viven más tiempo que antes.
