INDICACIONES DE LA TORACOPLASTIA (*)

Dr. LUIS ROSAL

Director de Servicio de Tisiología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona
Miembro de la Real Academia de Medicina

PECARÍAMOS de descorteses si al inaugurar el Curso de Cirugía torácica no fueran nuestras primeras palabras las rituales de bienvenida para el Dr. BRUNNER, de Zurich y para el Dr. ISELIN, de París, de cuya personalidad y relevantes dotes bien merecerán les dediquemos en su día un capítulo aparte.

Nuestra cordial bienvenida y sincero agradecimiento para los Dres. Duarte, Partearroyo y para todos los colegas de España que nos honran con su asistencia.

Desde que comenzó nuestra guerra de liberación, hasta el día en que teóricamente fine la guerra mundial, han transcurrido ya diez años, larga pausa que ha representado para nosotros un casi total aislamiento por lo que respecta a nuestras relaciones e intercambios científicos con los demás países.

La idea de organizar un Curso de cirugía torácica con la colaboración de colegas extranjeros, surgió a raíz de una conversación que tuvimos, en la que se comentaba la evolución y transformación que de manera lenta y segura había sufrido la cirugía torácica, la toracoplastia asociada a la apicolisis extrafascial, con su escasa mortalidad e índice elevado de curaciones. Lamentábamos que nuestro aislamiento de aquellos grandes centros creadores del pneumo extrapleural no nos permitiera conocer y familiarizarnos con el mismo. Recordábamos a la escuela anglosajona, creadora de las lobectomías y pneumonectomías en el tratamiento de ciertas neoplasias y supuraciones pulmonares.

Convinimos que dadas las dificultades actuales, si bien no era posible desplazarnos al extranjero, quizá fuera factible y de gran interés, que alguno de los maestros más representativos pudiera aceptar nuestra invitación. Y aquí hubieran terminado nuestras lamentaciones, pero olvidaba decirles que la charla la tuvimos con nuestro amigo y colaborador el Dr. Soler-Roig, y para un hombre de su temple y dinamismo no podían existir dificultades. ¡Grande fué mi asombro cuando a los pocos días ya tuvimos que redactar el programa!

Dado su carácter intensivo, el programa no ha podido ser más completo, limitándonos sólo a tratar aquellos problemas que más encuadran con la personalidad del disertante.

Si se quisiera en un momento determinado, por parte de cuantos cultivan la especialidad, integrar y adoptar la colapsoterapia quirúrgica entre los tratamientos normales y habituales de la tuberculosis pulmonar, nos encontraríamos que el porcentaje de enfermos que están en situación de poderse beneficiar con ella alcanzarían cifras tan elevadas, que con justo fundamento podemos afirmar que en España no habría en la actualidad suficiente número de cirujanos con preparación adecuada para poderles atender.

Como ejemplo y punto de comparación, les recordaré que en 1939 Francia trataba y atendía en sus hospitales y sanatorios a 30.000 tuberculosos, de los cuales un 10 por 100 eran tributarios de la colapsoterapia quirúrgica, lo que daba un total de 3.000 enfermos susceptibles de ser intervenidos.

Por lo que hace referencia a nuestro país, ningún porcentaje se ha podido establecer, pues dada la escasez de camas, el tuberculoso crónico incurable invade hospitales y sanatorios. Pero si nos situamos en un plan confiado y optimista e imaginamos que en fecha no lejana se dispondrán de 20.000 camas, las necesarias para atender al tuberculoso indigente, entonces podremos aplicar el promedio francés del 10 por 100, que nos dará un total de 2.000 enfermos aptos para ser intervenidos anualmente.

Sirvan estas cifras como un justificante más que ha motivado la organización de este Curso y como estímulo para todos cuantos desean familiarizarse con la cirugía torácica.

En el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, hay que considerar un doble punto de vista: el biológico y el mecánico. La terapéutica de que disponemos hoy día es nula. No sólo no disponemos de ninguna medicación capaz de actuar beneficiosamente en la lucha contra el bacilo, sino que tampoco disponemos de medicamento alguno que aplicado a un enfermo, actúe modificando favorablemente sus condiciones biológicas.

Nuestra terapéutica actual se basa en medios puramente mecánicos, que desde luego han dado pruebas evidentes de su eficacia.

(*) Conferencia inaugural del Curso de Cirugía Torácica organizado por los Dres. L. Rosal, y J. Soler-Roig. (11 a 18 febrero 1946).

Hace veinte años se utilizaba el pneumotórax como terapéutica de último recurso, casi cuando no había otra solución. Poco a poco las indicaciones se han ido precisando y su empleo ha sido cada vez más precoz. No obstante, y a pesar de haber transcurrido tantos años, todavía persisten sectores que aún se muestran reacios a actuar precozmente. Por nuestra parte, ya concretamos nuestros puntos de vista en un trabajo en colaboración con los Dres. Martí y Pursell, mostrándonos firmes partidarios de la colapsoterapia intrapleural precoz, frente a la más pequeña lesión ulcerada, avalada con la baciloscopia positiva.

El resultado del pneumotórax sobre una lesión joven, reciente, es infinitamente más favorable que cuando se aplica sobre otro tipo lesional. Bajo un punto de vista económico-social la recuperación rápida que se obtiene es de una extraordinaria importancia.

Esta firme convicción de que hacemos gala al hablar del pneumotórax empleado precozmente, no hay duda de que dentro algunos pocos años, la tendremos para con la cirugía torácica, pues aunque los resultados que obtenemos hoy día son buenos, qué duda cabe que serán extraordinariamente mejores si utilizamos sus recursos de una manera más precoz.

Esta manera de expresarnos no presupone que desconozcamos los diversos factores que pueden influir favorablemente sobre la lesión tuberculosa. La cura sanatorial, creemos que se impone en todo enfermo que no ha podido lograr un beneficio con la colapsoterapia médica, pero si con la cura higieno-dietética no se logra un resultado con relativa rapidez, no extrememos la nota excesiva del tiempo, pues nos exponemos a perder la oportunidad de actual con la colapsoterapia quirúrgica sobre una lesión amable y complaciente en su respuesta inmediata. Pasada esta fase de oportunidad, la lesión será capaz de responder, pero con cierta ingratitud y de manera más lenta y quizá incompleta, aun a trueque de darle mayor amplitud a la intervención.

Primitivamente se practicaba la toracoplastia como intervención de último recurso, en aquellos enfermos con procesos cavitarios extensos, incluso en fases evolutivas. En vista de los resultados catastróficos que se obtenían, pronto fueron desechadas estas indicaciones, llegándose a considerar como el ideal para toda toracoplastia la constituída por aquellos procesos con marcado componente cirrótico y retráctil, en los cuales la lesión manifestaba una tendencia natural a la curación, y la intervención no hacía más que completar el trabajo ya esbozado por la naturaleza.

Esta nueva tendencia marcó las huellas a seguir en la selección de los enfermos, convencidos de que los resultados más favorables los obtenían en aquellas formas tórpidas unilaterales, crónico-indurativas o productivo-cirróticas cavitarias, con conservación de un buen estado general y ausentes de metástasis extrapulmonares.

Las actuales indicaciones en esencia, siguen siendo las mismas; las indicaciones referidas fueron edificadas con base sólida.

Al sentar una indicación quirúrgica, debemos tener siempre presente el principio formulado por Schmidt de que un procedimiento quirúrgico produce su mayor éxito en los casos en que coadyuva a la tendencia natural del organismo, venciendo solamente obstáculos mecánicos.

Dividiremos las indicaciones en óptimas y forzadas.

La suma de requisitos que debe reunir un enfermo para poderlo considerar como caso de indicación óptima son los siguientes: Unilateralidad absoluta, condiciones generales favorables, pruebas funcionales cardio-respiratorias, hemáticas y hepato-renales, inmejorables.

Sus lesiones pulmonares, por cuanto a la extensión, deben ser limitadas.

Su localización apical o apico-infraclavicular, sin traspasar los límites aproximadamente del 1/3 superior pulmonar.

Tipos lesionales: desde la productiva nodular micro-pluriulcerada, pasando por las formas cavitarias aisladas, hasta los procesos esclero-ulcerados retráctiles.

Y, por último, las lesiones deben estar en una fase de estabilización.

La mayor parte de enfermos, después de haber sufrido un brote evolutivo, entran en una fase más o menos larga de remisión; la lesión existente o neoformada se estabiliza. Gracias a la investigación clínico-radiológica, podremos establecer un diagnóstico de estabilización, que nos permitirá recurrir a la intervención, dejando por descontado el que previamente todo intento de pneumotórax haya sido infructuoso.

El estudio de las radiografías en serie, constituirá el criterio más certero sobre la evolución lesional, confirmando y precisando las indicaciones que nos proporcione ya el examen clínico y la interpretación de otros síntomas de actividad, pero sin olvidar que estas nuevas imágenes radiológicas pueden constituir el único síntoma evolutivo.

Aunque un enfermo reúna todos estos requisitos, no debe sentarse una indi-

cación operatoria sin estar convencidos plenamente de que en el transcurso más o menos largo de un tratamiento conservador, ya no cabe esperar ninguna mejoría ulterior. Y digo «transcurso de un tratamiento conservador» porque muchas veces, ya por la situación económica del paciente y, lo que es más sensible, por la continuada falta de camas sanatoriales, al enfermo no le es posible practicar una cura higieno-dietética apropiada. En estos casos, y siempre que los enfermos pertenezcan a este grupo óptimo, practicamos la toracoplastia, logrando en pocos meses una cifra elevada de recuperaciones. No procediendo de esta forma, el enfermo no tiene otra solución que ir contemporizando con su lesión y expuesto a las contingencias inherentes a su proceso: las siembras y las metástasis.

Al hablar de indicaciones forzadas, nos referimos a todos aquellos enfermos que traspasan los límites de una correcta indicación.

Casos de indicación forzada por el volumen y extensión lesional, pudiendo presentarse en la práctica en tres categorías:

I. — Grandes cavernas.

II. — Infiltrados lobares multicavitarios.

III. — Cavernas con infiltrados en la vecindad o a distancia.

En estas grandes cavernas, la proximidad de su pared con la pared torácica indica ya su intimidad con pleuras visceral y parietal, generadora de la peripleuritis, que no permiten realizar la apicolisis extrafascial. Lo mismo sucede para aquéllas cuya pared contacta con el mediastino.

En el caso de las grandes cavernas de tipo mecánico, localizadas en el lóbulo superior, con la asociación de la toracoplastia a la aspiración endocavitaria, podemos lograr un resultado completo.

En las cavernas grandes, llamadas biológicas, cuyo tamaño radiológico guarda estricta relación con su pérdida de substancia, sólo podemos esperar de la toracoplastia una reducción de su volumen, sin confiar en una curación total.

Otra de las indicaciones forzadas la constituyen los infiltrados lobares multicavitarios, que aparecen radiológicamente como un bloc de densidad diversa, excavado en varias zonas y cuyos segmentos pulmonares intercavitarios están constituídos por tejido organizado, no existiendo zonas pulmonares sanas o atelectasias capaces de reemplazar a los tejidos lesionados, constituyendo al propio tiempo estas zonas fibrocirróticas un verdadero obstáculo a su retracción.

No debemos intervenir estos casos, aunque un tiempo prolongado de observación nos muestre su estabilización, sin practicar antes tomografías, que nos demostrarán, las más de las veces, cuán vano sería nuestro intento terapéutico.

Cuando aparecen infiltrados en la vecindad de la caverna, no debe indicarse la toracoplastia; hay que esperar su estabilización, a menos que por tipo medianamente evolutivo se prefiera practicar un pneumotórax extrapleural. Si el brote infiltrativo aparece en la base del mismo pulmón, deberá intentarse obtener un pneumotórax, que aunque sea parcial, pueda beneficiar dichas lesiones recientes; de no lograrse, y la índole lesional lo requiera, estará indicada una parálisis frénica temporal. Sólo una vez conseguida la estabilización, estará indicada la toracoplastia.

Si los infiltrados aparecen en el pulmón contralateral a la lesión cavitaria, deberá esperarse pacientemente a la regresión del brote infiltrativo y en caso de evolución ulcerativa, practicar un pneumotórax. Alcanzada la fase de estabilización, podrá intervenirse.

A diferencia del grupo anterior, aunque logremos un resultado favorable sobre la zona intervenida, dado el estado y labilidad del paciente, sólo habremos solventado una solución parcial, precisando de una cura sanatorial durante largo tiempo, antes no consideremos al enfermo como útil y recuperado.

Estos dos tipos de indicaciones guardan estrecha e íntima relación con los porcentajes deducidos de toda estadística y sobre los cuales precisa un rápido comentario.

Nosotros clasificamos nuestros resultados en cinco apartados, según el esquema adjunto:

1.	Mortalidad operatoria	8 %
2.	Perjudiciales	4 %
3.	Ineficaces	16 %
4.	Favorables inciertos	20 %
5.	Recuperados	52 %

No ingresando en el grupo 5.º más que aquellos enfermos que llevan largos meses de observación, con baciloscopias y radiografías seriadas y siguiendo un

criterio rígido, pues ante la incertidumbre de un resultado, al enfermo se le incluye en la casilla de recuperados inciertos.

Observarán el porcentaje de los resultados obtenidos en nuestros últimos cincuenta casos y de los cuales en más de la mitad de los casos tratábanse de indicaciones forzadas. No podemos pues mostrarnos descontentos por nuestros resultados tardíos, pues nuestra clasificación excluye los resultados inmediatos.

Estamos convencidos de que nuestros resultados todavía serán mejores en el porvenir, en primer lugar por el mejoramiento de nuestra técnica y en segundo y primordial lugar, porque dada la índole de nuestro trabajo hospitalario, sin conexión con un centro sanatorial, nos vemos obligados a ser más exigentes en la selección de nuestros enfermos, única manera de poder cumplir el fin que perseguimos: la recuperación del tuberculoso, de la manera más rápida y completa que nos sea posible, en cuanto se han agotado prudentemente todos los recursos de un tratamiento conservador. Desde nuestra modesta esfera, así creemos servir mejor a la Sociedad y a la Nación.