

## CAPITULO VII

# Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar

El número de enfermos que ha beneficiado con el tratamiento **quirúrgico** de la tuberculosis pulmonar, ha aumentado considerablemente por la eficacia de los procedimientos de que hoy se dispone.

Antes, sólo se utilizaba la toracoplastia total de Sauerbruch o la frenicectomía, operaciones que indicaba el médico y podía realizar cualquier cirujano "standard".

Hoy, por el contrario, las técnicas se han multiplicado, pero es indispensable seleccionar entre ellas el mejor procedimiento operatorio de acuerdo con el tipo, evolutividad, extensión de las lesiones, **etc.**

La táctica operatoria obliga al cirujano, para ser eficiente, saber fisiología.

La cirugía de la tuberculosis no admite soluciones unívocas y es eminentemente individual.

Hasta hoy la cirugía de la tuberculosis es casi exclusivamente colapsoterápica; pero ya, y por excepción, se está iniciando el estudio de intervenciones radicales de exéresis, como ser: **neumectomías** o lobectomías, para suplir o complementar algunas deficiencias de aquellos procedimientos.

El carácter común de las operaciones colapsantes, es el de ser indirectas y locales; indirectas, es decir que no buscan, como la cirugía habitual, suprimir la lesión; locales, vale decir, dirigidas contra una enfermedad infecciosa de carácter general, en su localización predominante.

Con esto queremos significar al médico esta noción fundamental: que el tratamiento **anti-infeccioso** tuberculoso, es indispensable en todos los casos, para yugular los empujes de la infección generalizada que es la tuberculosis.

Las lesiones de infiltración tuberculosa tienen un porvenir variable de acuerdo con la virulencia del germen, condiciones alérgicas del sujeto, localización anatómica, infección **hematógena**, etc.

Las lesiones de infiltración pueden evolucionar hacia la resolución completa y restitución integral del parénquima afectado; esta resolución habitualmente es sólo parcial, siendo frecuente la evolución hacia la **ulceración** progresiva del foco o hacia **la** consolidación fibrosa limitante; estas son las formas favorables para la cirugía.

Las formas fibrosas constructivas o proliferantes, raramente son primitivas, traducen una tuberculosis evolucionada secundaria, presentan una tendencia al enquistamiento **realizado** por el organismo, señalando una resistencia especial del terreno sobre el cual evoluciona la afección.

Estos focos proliferantes son, sin embargo, siempre activos o sea contienen en su espesor lesiones caseosas. Las **características** anatómicas de las tuberculosis que benefician del colapso son dos: la fibrosis predominante y la tendencia retráctil de las lesiones: La colapsoterapia quirúrgica, no podría prometer un éxito frente a lesiones que no presentan estas cualidades, siendo **sumamente** difícil curar un tuberculoso, que no manifieste tendencia espontánea hacia la curación.

Esta tendencia espontánea a la curación, existe, nos apresuramos a decirlo, en la inmensa mayoría de las tuberculosis del adulto.

#### LA COLAPSOTERAPIA

Todos los procedimientos **colapsoterápicos**, buscan suprimir la solidaridad funcional, y a veces anatómica, existente entre el **pulmón** elástico y su **continente** rígido, con el fin de permitir **la retrac-**tilidad del pulmón tuberculoso, que así puede curar sus lesiones,

El principio fisis-patológico del neumotórax, de las frenicotomías, neumolisis extrapleurales, toracoplastias, es siempre el mismo consiste en quitar el obstáculo que inhibe la tendencia retráctil, que poseen normalmente las lesiones tuberculosas pulmonares.

Las operaciones colapsantes realizan, pues, una cirugía fisiológica, liberando las virtualidades retráctiles del pulmón tuberculoso, impedidas por la rigidez del tórax.

Colapsar un pulmón no es comprimirlo ni tampoco inmovilizarlo, como muchos aún lo creen erróneamente. La palabra "compresión" debe ser proscrita definitivamente, porque implica una noción enteramente falsa y que entendida como tal, o sea, creer el colapso una "compresión", sería profundamente peligrosa y perjudicial.

Colapsar un pulmón es darle la posibilidad de satisfacer su elasticidad, empujándolo su volumen. Este principio tan fecundo, si bien no tiene nada que ver con la comprensión, tampoco consiste en inmovilizar las lesiones; no tiene ninguna similitud con los aparatos rígidos de yeso que se colocan para curar las artritis tuberculosas.

La inmovilidad puede resultar accesoriamente un procedimiento colapsoterápico, pero no es el fin buscado primordialmente.

El neumotórax colapsa en todos los ejes el pulmón enfermo, pero no lo inmoviliza.

La frenicotomía, suprimiendo la acción inspiratoria del diafragma, inmoviliza parcialmente la base pulmonar, pero, por el ascenso intratorácico del diafragma, su labor principal consiste en colapsar el pulmón en su eje vertical. Este colapso realizado sobre todo en el sentido vertical y no transversalmente, no constituye un colapso armonioso en todos los ejes, porque habitualmente existen adherencias pleurales cuando se realiza esta intervención. (Colapso en desequilibrio de Parodi).

La frenicotomía tiende pues, especialmente, a reducir la tensión elástica del pulmón, suprimiendo además el traumatismo inspiratorio sobre la base pulmonar efectuado por el pistón diafragmático. Al cabo de algún tiempo, el organismo elabora un mecanismo de compensación realizado por el hiperfuncionamiento del vértice pulmonar. Esto se traduce por una amplificación de la res-

**piración** costal superior, lo que puede perjudicar a las lesiones situadas en esta zona.

Lu toracoplastia **colapso** sobre todo, y accesoriamente inmoviliza, el pulmón en la zona del desosamiento. El colapso en ella es sobre todo transversal y para obtener además una reducción en el eje vertical del pulmón, es necesario asociarle una frenicectomía o una apicolisis extrafacial a lo Semb, o subfacial a lo Tuffier.

La supresión de la parrilla costal determina un verdadero **apetonamiento** del pulmón que no modifica la Inspiración; pero, además de este colapso, siempre **determina** esta intervención una **importante** atelectasia del parénquima frente a las costillas resecaadas.

Resumiendo diríamos que: lo fundamental es el colapso; lo **accesorio** es la inmovilización y atelectasia del pulmón y lo **perjudicial** es la comprensión.

Cuando estas nociones sean bien comprendidas por los **médicos**, la elección de los procedimientos **colapsoterápicos** sera mas eficiente.

Volvemos a repetir que la **colapsoterapia** es una terapéutica fisiológica, es decir, que permite la curación de lesiones, sin ella incurables, y que es el enfermo quien hace los gastos exigidos para esta curación. Recordemos lo que hace el cirujano frente a una fractura con interposición muscular: **suprime** esta interposición, hecho mecánico, pero para que sobrevenga **el** callo óseo se necesita un proceso biológico independiente y distinto.

### COLAPSO SELECTIVO

Hoy la colapsoterapia se ha orientado definitivamente en el sentido de realizar el colapso **óptimo**, topográfico, electivo, sobre la zona enferma, conservando a grados máximos el parénquima sano.

Hay que ser muy económico del parénquima pulmonar sano, siendo prudente reservar lo más que se pueda para el futuro. Como escribe Von Winternitz: "es bárbaro sacrificar inútilmente  $\frac{1}{2}$  de una manera irremediable una amplia superficie de parénquima sano".

Este colapso quirúrgico deberá ser tanto más **electivo** cuanto que es definitivo.

Realizar la operación mínima suficiente debe ser una de las primeras directrices del cirujano pero, agregamos que esta cirugía no deberá detenerse mientras subsistan lesiones incompletamente colapsadas. Hay que curar el foco ulcerado y no dar de alta al enfermo sino cuando el resultado obtenido es suficiente, es decir: cavernas **cicatrizadas** y baciloscopla **negativa**.

Varias operaciones sucesivas, realizadas dentro de los límites de segura resistencia del paciente, conducen a este fin.

La perseverancia en la cirugía colapsante, es otro de los principios fundamentales para el éxito y en ello intervienen dos factores: tenacidad por parte del cirujano, y colaboración por parte del enfermo.

No se operarán enfermos apáticos, sin esperanza, que no tienen confianza y que prefieren vegetar durante años en sanatorios como incurables, antes que someterse a un tratamiento **indudablemente** un tanto penoso.

Las operaciones colapsantes pueden combinarse entre ellas para sumar sus efectos o pueden asociarse al neumotórax **intra-pleural**, permitiendo una gama variada de procedimientos **colapsoterápicos**. En ciertos casos la colapsoterapia podrá ser bilateral, simultánea o alternada.

