

INDICACIONES DE LA COLAPSOTERAPIA EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR¹

Por el Dr. FRED R. HARPER

La tuberculosis pulmonar se ha ido convirtiendo cada vez más en un problema quirúrgico basado en la colapsoterapia. Esta debe ser ejecutada en la incipencia de la enfermedad, por las siguientes razones: (1) se obtienen así mejores resultados; (2) es mayor el porcentaje de casos permanentemente curados; (3) se consigue más en menos tiempo; (4) a menudo se impide la propagación del mal a otros órganos, y (5), se cierran las cavernas y se esteriliza el esputo, impidiendo así la infección de otros.

Douglas, Nalbant y Pinner² han demostrado que a los seis meses de la iniciación a menudo ya existen una tuberculosis muy avanzada y cavernas. En nuestra serie de casos los síntomas habían promediado menos de ocho meses. Por esto se verá cuánto importa la premura, y que todo aplazamiento es peligroso. Mientras más pronto se inicie la colapsoterapia eficaz, más pronto se cohibirá la evolución del mal.

Según Leslie y Anderson,³ en el Sanatorio del Estado de Míchigan, donde emplean la colapsoterapia en 73.3% de los casos, 47.3% se estacionaron efectiva o aparentemente. En nuestra serie de 263 del Sanatorio Southern Pacific, en que empleamos la colapsoterapia en 75%, 39% se estacionaron eficaz o aparentemente. Comparemos ahora estas estadísticas y las del Sanatorio del Estado de Míchigan con las de la Asociación Nacional contra la Tuberculosis para el país en conjunto, donde sólo se emplea la colapsoterapia en 10 a 15% de los casos, y se verá que los casos estacionados no pasaron de 17%. Todo esto indica cuán eficaz es la colapsoterapia para curar la tuberculosis pulmonar.

En el Sanatorio Southern Pacific sólo se nos permite hospitalizar a los enfermos por un año sin un permiso especial. Utilizando la colapsoterapia intensa, hemos podido negativar el esputo en 77% de los casos antes de darlos de alta. En los enfermos en que la colapsoterapia esteriliza el esputo, disminuye mucho el peligro de que se infecten la laringe o intestino por la ingestión de esputo infectado. Además, cuando esos enfermos regresan a sus hogares, ya no ponen en peligro a sus hijos u otros allegados. Es muy contrario lo que sucede cuando un enfermo regresa con una caverna abierta y un esputo positivo.

Resta un pequeño grupo en que la colapsoterapia no es útil o está

¹ Tomado de *Southwestern Medicine*, mayo, 1937, p. 170.

² Douglas, Nalbant y Pinner: *Am. Rev. Tub.*, 102, fbro. 1935.

³ Leslie y Anderson: *Am. Jour. Med. Sc.*, 149, fbro. 1937.

definitivamente contraindicada, comprendiendo este grupo, en primer lugar, casos en que la tuberculosis pulmonar está tan avanzada que un neumotórax eficaz dejaría insuficiente tejido pulmonar en funcionamiento; en segundo, casos en que la existencia de tuberculosis extrapulmonar, enfermedad intercurrente o edad, convierte al enfermo en un riesgo malo, y en tercer lugar, ciertas formas hematógenas de tuberculosis que se suelen encontrar en este país más frecuentemente entre los mexicanos.

Formas de la colapsoterapia.—El neumotórax es la forma de colapsoterapia que puede fiscalizarse mejor, y de no haber adherencias pleurales resulta muy eficaz. En la mayor parte de los casos es el primer método que debe utilizarse. Si fracasa debido a existir adherencias pleurales, puede a menudo convertirse en un colapso eficaz por medio de la neumolisis intrapleural. El neumotórax puede ser uni o bilateral, o alternado. En 14% de nuestros casos sólo utilizamos el unilateral, y en 5% el bilateral, o alternamos ambos métodos.

La interrupción del frénico es un procedimiento sencillo, que se utiliza frecuentemente en los casos incipientes, y a menudo cerrará, en un período sorprendente por lo breve, cavernas muy grandes. La parálisis temporal del frénico debe emplearse casi exclusivamente de preferencia a la exéresis. El bloqueo del frénico se utiliza a veces antes del neumotórax, pues para que éste surta efecto debe continuar por meses o años. En 28% de nuestros casos empleamos exclusivamente, y con éxito, la parálisis del frénico.

En muchos casos la interrupción del frénico o el neumotórax aislado obtendrán mejoría, pero sin cerrar por completo las cavernas. En la mayor parte de esos casos la adición del otro procedimiento obtendrá la curación completa. En 20% de nuestros casos combinamos la interrupción del frénico con el neumotórax.

No debe perderse demasiado tiempo esperando a que den resultado el neumotórax o la parálisis del frénico. Si el enfermo no mejora claramente con esos métodos, conviene proceder a la toracoplastia. Esta es muy eficaz en las lesiones productivas, con cavernas grandes, y da menos resultado en las exudativas. En algunos casos, cuando las cavernas son grandes y de paredes espesas, con mucha fibrosis, conviene pasar directamente a la toracoplastia, sin probar procedimientos menos radicales.

Conclusiones.—La tuberculosis pulmonar es en el fondo un problema quirúrgico, que se atiende mejor combinando los procedimientos del colapso temprano, con la cuidadosa vigilancia médica en un sanatorio debidamente capacitado para ofrecer al enfermo descanso absoluto en cama, más cirugía adecuada. La forma de colapso utilizada variará según las indicaciones en el caso dado.