

RESECCIONES MINIMAS EN TUBERCULOSIS PULMONAR

DRES. G. ALEMÁN SAINZ, A. PIERNA SAURA Y A. SÁNCHEZ GARCÍA

Sanatorio Nacional de Enfermedades Torácicas

(Zaragoza)

Director: Dr. F. Tello

Hablar de resecciones mínimas de pulmón es hablar de segmentectomías, pero en tuberculosis pulmonar, salvo contados casos y según qué localizaciones, resulta muy cuestionable la resección segmentaria única, ya que suelen ser dos o más los segmentos afectados. En nuestros enfermos no recordamos más casos de segmentectomía única que las practicadas sobre el apical del inferior, que, por otra parte, es un segmento un tanto especial, también llamado lóbulo de Nelson.

Unas veces, la lesión está situada a caballo de dos segmentos, en su frontera. En otras ocasiones, y esto es lo más frecuente, la caverna se encuentra incluida en un solo segmento, pero las lesiones pericavitarias manchan el vecino o incluso los dos segmentos colindantes, figuras 1 y 2. Y, por otra parte, la cantidad de enfermedad que nosotros palpamos es realmente pequeña, siendo en cambio mucho el parénquima sano que tendríamos que sacrificar en una intervención sistematizada que nos dejase tranquilos para el porvenir.

En estos casos hacemos habitualmente una resección atípica, que llamamos mínima, porque la cantidad de parénquima resecado tiene un tamaño inferior al de un segmento, o, mejor, dado el distinto tamaño de éstos, inferior a la décima parte de un pulmón. Desde que ALIX y LÓPEZ SENDON introdujeron simultáneamente en España, el año 1960, la resección atípica, hemos venido practicando el método con asiduidad y con resultados francamente satisfactorios.

Distinguimos dentro de esta intervención dos tipos de indicaciones. Unas, las que consideramos indicación ideal y que corresponde a aquellos enfermos con lesiones muy circunscritas y periféricas, figuras 3 y 4. Otras, las menos frecuentes, asociadas a una lobectomía, o bien cuando debemos hacer una bi-resección atípica por asentar las lesiones en dos lóbulos distintos. Son indicaciones, estas últimas, muy forzadas generalmente en enfermos antiguos con capacidad funcional muy mermada, en los límites de la tolerancia y en los que no cabe otra alternativa. Como es natural, la morbilidad quirúrgica en estos casos se acentúa; pero, en general, los resultados son buenos y los problemas que plantean suelen resolverse sin excesivas dificultades.

En estos últimos dos años hemos realizado en el Sanatorio de Zaragoza 44 resecciones atípicas, todas en pacientes tuberculosos, única enfermedad que creemos tributaria de esta operación. De ellas, 19 resecciones forzadas, de las

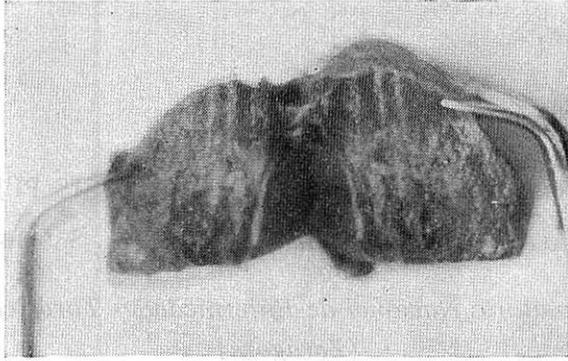


Fig. 1.—Corte posterior

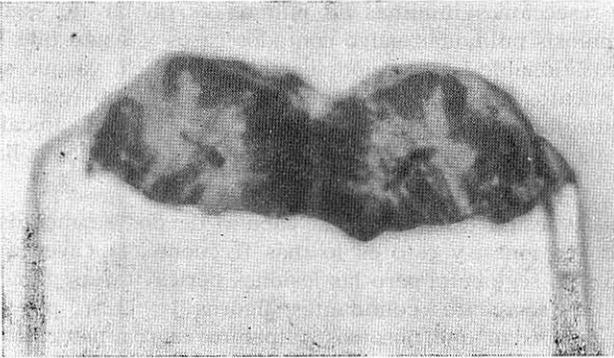


Fig. 2.—Corte anterior



Fig. 3



Fig. 4

que hablaremos en otra ocasión. Las 25 restantes se hicieron 20 en hombres y cinco en mujeres, con edades que oscilaban entre los dieciséis y los cincuenta y nueve años, con una edad media de treinta y cinco.

El tiempo de enfermedad osciló entre uno y diez años; la mayoría, de un año y medio a dos años. El tratamiento de comienzo había sido correcto en 23 enfermos e incorrecto en dos. La baciloscopia era positiva en examen directo o por laminocultivo en 21 enfermos y negativa en cuatro. La espirografía previa a la intervención revelaba unas constantes ventilatorias francamente buenas en 13 enfermos, simplemente buenas en 10 y sólo regulares en dos casos.

A estos 25 enfermos les fue realizada una resección mínima atípica. Para realizar esta intervención es muy conveniente, aunque no imprescindible, la intubación de ambos bronquios principales por separado. Nuestro anestesista lo hace habitualmente con la sonda de CARLENS. La palpación del pulmón insuflado da una idea muy concreta de la extensión y localización de las lesiones; mientras que el pulmón vacío de aire permite una delimitación exacta de dichas lesiones y, sobre todo, facilita las maniobras de resección. Para ello, con el pulmón exprimido se coloca un clamp que aisle la lesión principal y su corona de lesiones del parénquima sano. Por debajo del clamp, en zona sana, se secciona el parénquima en una extensión de 3 a 4 centímetros, sobre los que se hace una sutura continua. Se sigue cortando y suturando alternativamente hasta la sección total de la zona enferma. Cuando en la superficie de corte sangra un vaso, con otra aguja atraumática se da un punto en U hemostático. También cuando se secciona un bronquio, se da otro punto extra. Una vez terminada esta sutura, se invagina con otra sutura, también continua. Ulteriormente se insufla el pulmón para comprobar la impermeabilidad de las suturas. Es prácticamente la misma, con ligeras variantes, que la descrita por LÓPEZ SENDON y ALIX. Según la disposición lesional, unas veces la resección es cuneiforme y otras en corona. En todos los casos, la intervención discurrió sin complicaciones.

Una de las contraindicaciones que se han dado para esta operación es el enfisema perilesional. Nos parece correcto si el enfisema es de bullas evidentes, pero localizado; en estos casos preferimos resecar los segmentos afectados o el lóbulo. Si el enfisema es discreto, aunque extendido a todo el pulmón, evitamos los desgarros del parénquima realizando previamente un despegamiento extrapleurales, con lo que conseguimos un buen material para la sutura, que ya no hacemos sobre pleura visceral; también con ésta hacemos la ulterior invaginación.

Se trata, pues, de una intervención muy sencilla, que se realiza en tiempo muy breve. En nuestros casos, una hora y cinco minutos, la más corta, y una hora y cincuenta minutos, la más larga. Generalmente, una hora y veinte minutos, según datos tomados del protocolo de la anestesia.

Las lesiones eran cavernas en todos los casos, cuyo tamaño oscilaba entre medio centímetro la más pequeña y tres y medio la más grande, figuras 5 y 6. La localización del complejo lesional era en los segmentos 1 y 2 en 15 casos, en los segmentos 1 y 3, en 5 casos, y en el segmento 2, con o sin afectación del 6, en 5 casos.

En todos los pacientes, excepto en uno, el curso postoperatorio transcurrió normalmente. El tiempo de drenaje fue de dos días, y el período febril, de cuatro a siete días. La respansión pulmonar fue total y sin secuelas, con imagen radiográfica ulterior de absoluta normalidad. La baciloscopia se negativizó en todos los casos. No hubo mortalidad ni fístulas. El postoperatorio, que se

prolongó, fue debido a una deficiencia de drenaje por aspiración incorrecta (se empleó una trompa de agua). Hubo que poner un nuevo drenaje, quedando una paquipleuritis y base fija. Desde que tenemos oxígeno y vacío centralizado, no hemos vuelto a tener contratiempos.

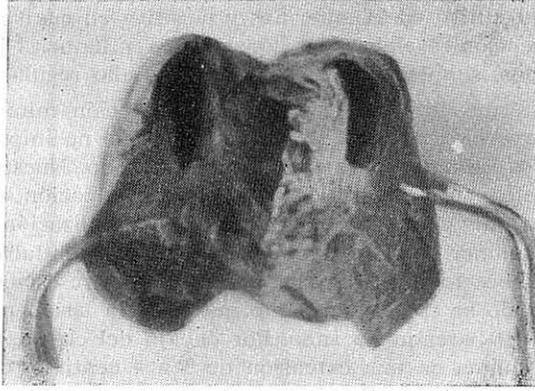


Fig. 5

La espirografía, posterior a la intervención, demostró que la CV experimentó, en general, una merma de un 5 a un 11 %, quedando idénticos los valores de TIFENEAU y el índice de CURNAND. En tres casos no hubo modificación apreciable. En cuatro casos mejoraron todos los valores. En dos de éstos habíamos hecho una decorticación por haber llevado un neumotórax intrapleurales

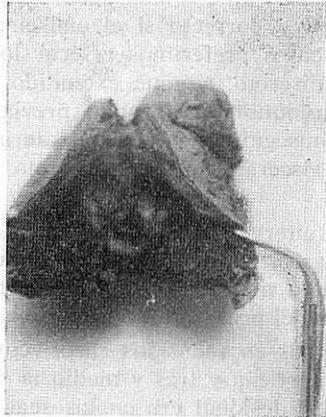


Fig. 6

anterior. Para los otros dos no encontramos explicación plausible, de no ser el aprendizaje, que para la segunda exploración espirográfica supuso la primera. En el enfermo complicado, la pérdida de la CV fue de un 22 %, y también descendieron el resto de los parámetros ventilatorios.

Todos estos enfermos se siguen vigilando en la actualidad, aun cuando la mayoría están fuera del Sanatorio. Uno de ellos tuvo a los seis meses una recaída contralateral que curó con antibióticos. El resto está bien.

A la vista de los resultados conseguidos en estos dos últimos años, que confirman nuestra experiencia anterior, no es de extrañar que nos sintamos optimistas con este proceder quirúrgico, sobre todo en su indicación ideal. En estos casos, ya no nos preocupamos si comprobar si todas las lesiones están o no incluidas en un único segmento, puesto que sistemáticamente realizamos la resección mínima atípica.

Queremos apuntar el hecho de que, revisando la literatura extranjera, sobre todo francesa, nos hemos encontrado que algunos autores utilizan esta técnica en indicaciones dudosas, que ellos califican de justificadas o legítimas, en cierto tipo de lesiones residuales después de un correcto tratamiento quimio-antibiótico.

Son muchos los trabajos que se han publicado sobre recaídas o recidivas en tuberculosis pulmonar. En general, todos coinciden en la valoración de las imágenes radiográficas. Líneas y tractos no suelen producir recaídas. Pero ya no son tan inofensivas las imágenes nodulares, las cicatrices fibrocaseosas, etc. Las imágenes heterogéneas o complejas formadas por los precedentes asociados producen un porcentaje de recaídas que hay que tomar en consideración.

Los anglosajones, escandinavos, etc., resolvieron este problema con la segmentectomía más o menos ampliada. Los franceses preconizan para estos casos lo que ellos llaman toracoplastia de seguridad o estas resecciones mínimas. En España seguimos conformándonos con el tratamiento crónico de isoniácida cuando los enfermos han llegado a esta situación, que llamamos de estabilidad o curación clínica. De vez en cuando nos vemos sorprendidos con una situación de brote o con la puesta en marcha de una tisis ápico-caudal, que nos obliga, en el mejor de los casos, a hacer una resección más amplia de lo que hubiese debido ser practicada en el momento oportuno.

Creemos que ha llegado el momento de meditar en esa posibilidad que hace unos años a todos nos repugnaba un tanto: resecar las lesiones cerradas, cuando la experiencia nos dice que tienen un potencial evolutivo evidente. En la lucha contra las recaídas en tuberculosis pulmonar puede ser muy útil esta técnica, que prácticamente carece de riesgos, no altera arquitectura torácica y conserva casi en su totalidad la capacidad funcional ventilatoria del paciente.

RESUMEN

Se ha expuesto el resultado obtenido en 44 enfermos tuberculosos que fueron tratados con resecciones pulmonares atípicas, calificadas de «mínimas» por la pequeña cantidad de parénquima resecado.

Se hace hincapié sobre la indicación ideal, lesiones periféricas y muy circunscritas, haciendo constar la bondad del procedimiento y resaltando los buenos resultados obtenidos.