

Mesa de discusión sobre «Tratamiento médico-quirúrgico actual de la tuberculosis pulmonar»

Moderador: Doctor J. Alix

Participantes: Doctores G. Alemán, F. Guerra, F. Tello, J. Toledo y L. Velasco

DOCTOR ALIX

Lo primero que tengo que hacer es dar las gracias a los señores que me han ayudado para confeccionar este duro trabajo que preparé y que se condensa en las gráficas que voy a presentar en la introducción. Tengo que dar las gracias a los directores de los Sanatorios "Piñor", de Orense; "San Pedro", de Logroño; "Portaceli", de Valencia; "Campanillas", de Málaga; "El Neveral", de Jaén; al sanatorio de León "Monte San Isidro" y al de Guadarrama no le tengo que dar las gracias porque soy yo el director. Todos éstos me han enviado una serie de datos que yo no he podido valorar en su exacto conjunto porque no he logrado hacerlo con el IBM, porque costaba mucho dinero. Como los números que había que manejar eran muchos, me he limitado a controlar y a tabular datos de tres sanatorios. Otros los he consultado un poco a buen ojo y he comprobado que aproximadamente los resultados de la encuesta eran más o menos iguales en los

sanatorios computados y no computados. De manera que las cifras que yo voy a dar en estos cuadros son válidas. Nos planteamos el problema de tratamiento médico y quirúrgico, o médico-quirúrgico, de la tuberculosis. El tratamiento de la tuberculosis tiene que ser valorado en esta forma, médico-quirúrgica, porque ya se entiende que por unas razones y otras no todos los enfermos curan cuando se emplean los antibióticos. Digo unas razones u otras, porque, en realidad, el tratamiento médico debería determinar prácticamente la curación al menos de un 90 por 100 de los enfermos, cosa que no sucede. Yo, ahora, voy a pasar con la mayor rapidez que me sea posible las gráficas que he traído y una vez terminada esta proyección voy a dar entrada a la mesa y a la sala. Por favor, la primera proyección. En esta proyección se muestran lesiones graves y aun gravísimas, caseosas, diseminaciones, etcétera, bilaterales. Hemos oído esta mañana la magnífica labor que está haciendo la Lucha Antituberculosa oficial dando una serie de razo-

nes y de números que demuestra el descenso de la mortalidad y de la morbilidad por la tuberculosis en España. Pero de lo que no nos han dado cuenta es de la calidad de las lesiones de los enfermos que entran en los sanatorios. Aquí tienen ustedes una buena prueba de ellos y éstos son ingresos. Aun cuando hay alguno que pasa de los cuarenta años, la mayoría están por debajo de ellos y algunos están por debajo de los veinte incluso. Aquí tienen ustedes, por ejemplo, estos casos con enormes cavernas, que son enfermos nuevos ingresados por primera vez en un sanatorio. En esta otra proyección se ven lesiones del tipo del clásico infiltrado precoz de Redeker, que nos encontramos hoy día en los sanatorios en una gran proporción. Creo que en una mayoría son de este porte que ustedes están viendo en esta otra proyección, con lesiones destructivas y exudativas enormes con una caverna, que ahí no se ve bien, y con una serie de lesiones infiltrativas y cavitarias. Esta otra corresponde a un pulmón destruido izquierdo con una caverna de esta forma arriñonada en el hilio derecho (contralateral). En esta otra radiografía comprueban ustedes que hay una gran caverna. Además, hay lesiones de tipo ya más antiguo. Todos son enfermos recién ingresados en el sanatorio y algunos con historias clínicas muy recientes de unos meses. Aquí tienen ustedes otro tipo de alteraciones con una enorme destrucción, con una opacificación total de la base y estas lesiones contralaterales, etcétera. En esta última de esta serie, una persona mayor que las anteriores con lesiones cavitarias de este lado y lesiones exudativas, una caverna de importancia. Esto da una idea de la calidad de los enfermos que hoy día se registran en los sanatorios y que quita algo del entusiasmo triunfalista. Ahora, algo más que interesa mucho. En esta diapositiva (figura 1), que yo he tabulado con los datos míos y los de otros sanatorios, se ve cómo las edades del sexo femenino han ido descendiendo poco a poco, en conexión con lo que decía el doctor Rebollo esta mañana. Porque aquí están marcados los años desde el 1965 hasta el 1970 y aquí está la edad media de ingreso. También la edad de los hombres a partir del año 1968 al 1969 empieza a bajar. En el año 1970, la edad media ha

bajado de una manera notable, lo cual tiene una significación desde el punto de vista epidemiológico. En esta gráfica (figura 2) se encuentran los grupos de edad en porcentajes a su ingreso. Se advierte que las mujeres ingresan con edades más jóvenes en general que los hombres, que tienen su cúspide en el grupo de veintiséis a cuarenta años, mientras que las mujeres lo tienen de dieciséis a veinticinco años, como aquí se ve claramente. Estas gráficas están afectadas de un defecto, que es que las tabulaciones del Sanatorio "Helios" corresponden a dos épocas. Una, en la que sólo había mujeres, y otra, en la que también hay hombres. Por eso tal vez abundan las mujeres. En esta otra gráfica (figura 3) se comprueban los grados de las lesiones en porcentajes del total. Se han clasificado de una manera muy sencilla según los grados de Turban. El porcentaje de enfermos con lesiones graves, en conjunto, es extraordinariamente desfavorable. En esta otra gráfica (figura 4) se encuentra la relación de gravedad a grupos de edad y se ve que la gravedad, según estos grupos, va creciendo progresivamente a medida que avanzan las edades de los enfermos.

En esta otra gráfica (figura 5) se comprueba que la antigüedad de las lesiones es de cero a un año en la mayor proporción. Hay lesiones graves que pueden corresponder a enfermos ya de etapas muy anteriores. Sin embargo, en las que tienen lesiones relativamente recientes, la gravedad de éstas es superior. En esta otra gráfica (figura 6) se ve la antigüedad de las lesiones según los grupos de edad a su ingreso. La antigüedad de las mismas según los grupos de edad es menor, naturalmente, en los grupos más jóvenes, que acuden con más presteza al sanatorio. De manera que, volvemos a insistir, las lesiones más graves se dan en los más jóvenes y en los ingresos con lesiones más antiguas.

En esta otra (figura 7) comprobamos el grado de asistencia pre-sanatorial, que es muy importante para lo que hoy vamos a debatir aquí. Se encuentra uno con una catastrófica situación (perdónenme ustedes por emplear a veces términos hiperbólicos), porque la proporción de los enfermos que ingresan con una situación de correcto tratamiento no supera un 30 por 100, mientras

Grafica 1.- Media edad en el momento del ingreso

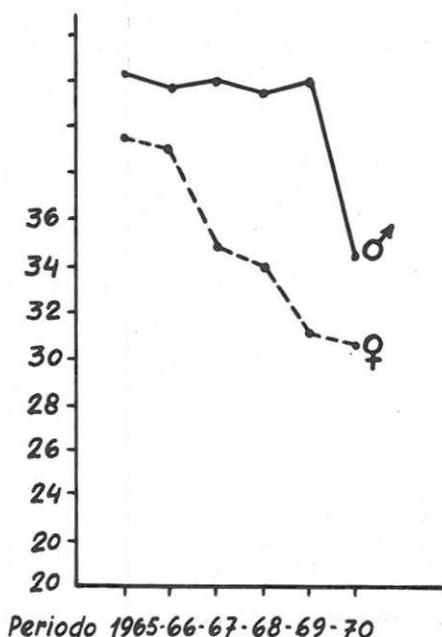


Figura 1.

que los tratamientos incorrectos alcanzan el 50 por 100 en los varones y algo menos en las mujeres. Pero, sumados a aquellos que no hicieron tratamiento ninguno, nos podemos aproximar a un 70 por 100 que no se han tratado o que sus tratamientos eran incorrectos, lo cual crea una situación difícil al tisiólogo en el sanatorio. Porque los datos del *Estado Mayor Central* corresponden a lo que hemos visto esta mañana y los datos de las *Barricadas* corresponden a éstos, que somos los que vemos los guerrilleros que estamos en el sanatorio. En la siguiente gráfica (figura 8) se encuentra la gravedad de los casos a su ingreso según los tratamientos anteriores que han recibido. Vemos que las lesiones más graves se encuentran en los sujetos que recibieron tratamientos correctos. En esta diapositiva (figura 9) se ve la actividad que han desarrollado los centros qui-

rúrgicos, esto es, el número de operaciones efectuadas por cada 100 camas en los sanatorios. Esto merecería un comentario un poco detenido, pero lo voy a hacer muy rápido. A partir de 15 operaciones por 100 camas, digamos, la actividad quirúrgica es escasa. Pero si la media de enfermos que reciben es igual que la media que reciben en estos sanatorios, ¿qué es lo que hacen con los enfermos graves? Porque no se puede decir que en unos sanatorios ingresan enfermos inoperables y en otros operables. La media de ingresos en los sanatorios y la media de alteraciones que presentan los enfermos a su ingreso vienen a ser similar en unos y otros. ¿Qué hacen con estos enfermos? ¿Qué se hace? ¿Qué actividad se tiene? ¿Qué atención vigilante y de verdadero combate contra la enfermedad, contra el sujeto bacilífero se tiene, en un grupo de sana-

**Gráfica 2.- Grupos de edad en % a su ingreso;
Periodos 1965-1970 (global)**

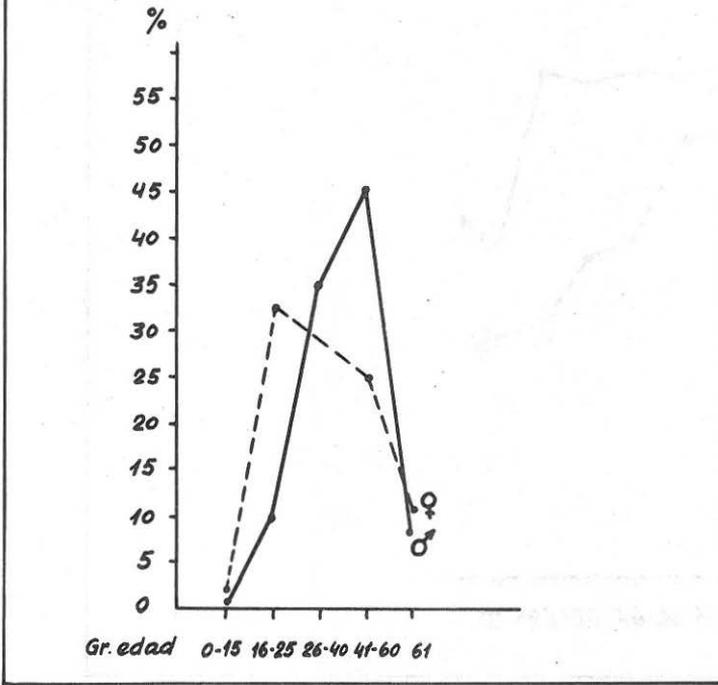


Figura 2

torios (puesto que he examinado los datos correspondientes a 29), según las cifras proporcionadas por el Patronato Nacional Antituberculoso? Esto demuestra naturalmente que todavía queda mucho por desarrollar. Yo no acuso a los sanatorios; tal vez al medio en que se desenvuelven, como vamos a ver en seguida. En la siguiente (figura 10) vemos la proporción de tipos de operaciones, discriminativa. Vemos que la toracoplastia, como operación aislada, predomina. Mientras que el neumólogo encuentra aquí las neumectomías, las lobectomías y las segmentomías. Realmente se hacen más resecciones en mineros absentes que toracoplastias, pero como intervención aislada la toracoplastia sigue haciéndose mucho, porque, probablemente, como pasa en mi sanatorio, las lesiones son tan insuficientes funcionalmente o tienen tal edad que no se puede arriesgar el cirujano. O porque tienen resistencias múlti-

ples a los antibióticos. En la siguiente (figura 11) he tabulado la relación a pacientes entre resección o colapsoterapia hechas en los sanatorios. Calificando como de buena actividad de 46 a 20 operaciones por 100 camas y más, se encuentra uno con una sorpresa que vamos a definir. En los que tienen una excelente actividad quirúrgica predominan las resecciones más que en aquellos en que la actividad es media, y mucho más que en los que la actividad quirúrgica es prácticamente nula. La situación, como acabamos de ver, es desfavorable; los enfermos entran en condiciones de lesiones graves en general, con un predominio evidente en el conjunto sobre los que ingresan con lesiones leves. Los que ingresan con lesiones graves curan unas veces con los antibióticos, pero muy pocas. Entonces es necesario aplicar otros métodos, hay que convencerles de que hay que recurrir a otros méto-

dos. Tuberculosis vieja, tratamientos viejos. El médico tisiólogo y el cirujano tisiólogo deben desarrollar una gran modalidad de intervenciones. Después de esto, que he procurado hacerlo al vuelo, vamos a comenzar a preguntar a mis queridos amigos de la mesa, que unos estarán conformes conmigo y otros no. Lo mismo que los de la sala. Pero eso es lo bueno precisamente, para poder ir contrastando actitudes. La primera pregunta que quiero hacer, que supongo que será contestada con unanimidad y no nos llevará mucho tiempo, es obvia. Pregunto, a la vista de estos modernos tratamientos con el advenimiento de nuevos antibióticos, que a mi juicio no han superado a los tres primeros, si debe considerarse que aún conserva vigencia la Cirugía en la tuberculosis pulmonar. Quiero que me contesten los señores de la mesa con su opinión. Por ejemplo, el doctor

Velasco, que se ha preocupado mucho del problema.

DOCTOR VELASCO

Creo firmemente que un contingente muy grande de enfermos, incluso enfermos avanzados, pueden ser curados con una quimioterapia, siempre que la misma sea correcta. De esto, en principio, estoy convencido. Sabemos todos que un enfermo no tratado que no ofrezca una resistencia primaria o que la ofrezca puede curar en una proporción del 98 por 100. Hablo de formas iniciales, como es lógico, repito, enfermos no tratados o con resistencias primarias a una sola droga. Los enfermos ya tratados son, como dice muy bien el

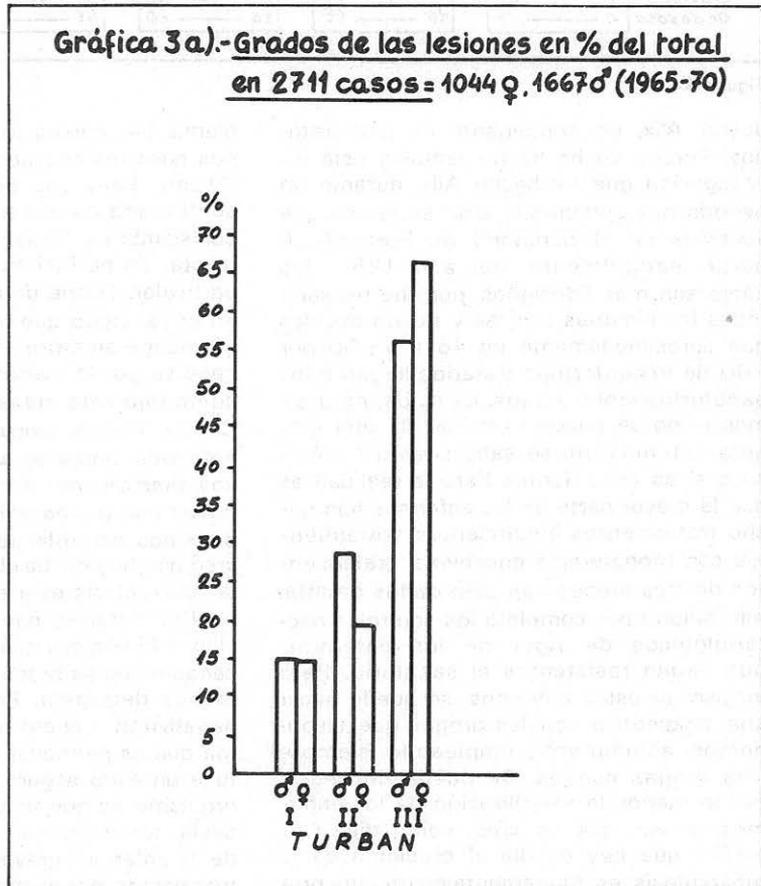


Figura 3

Gráfica 3b.) Relación de gravedad a grupos de edad

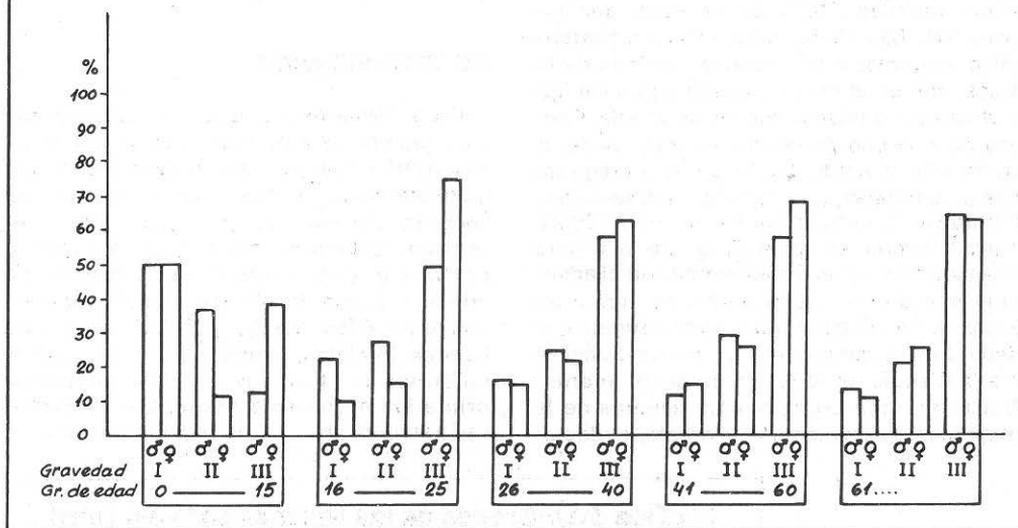


Figura 4.

doctor Alix, un contingente de mal tratados. Porque yo he hecho también esta investigación que ha hecho Alix, durante un período que comprende todo el tiempo que llevamos en el Sanatorio de Portaceli. A partir, naturalmente, del año 1955, los datos son más fidedignos, pero he revisado todas las historias clínicas y puedo decirles que aproximadamente un 48 a un 50 por 100 de los enfermos tratados llegan a los sanatorios mal tratados. La culpa, naturalmente no se puede examinar de una manera detenida, no se sabe si es del médico o si es del enfermo. Pero la realidad es que la mayor parte de los enfermos han hecho tratamientos insuficientes, tratamientos con monoterapia encubierta, tratamientos de tres meses han sido dados de alta, han faltado por completo los controles bacteriológicos de rigor de los enfermos, que llegan resistentes al sanatorio. Pero incluso en estos enfermos se puede hacer una terapéutica con las drogas que disponemos actualmente, empleando siempre tres drogas nuevas. Se puede conseguir por lo menos la esterilización de los enfermos, o sea, que yo creo, como dice CANNETTI, que hoy en día el problema de la tuberculosis es fundamentalmente un pro-

blema bacteriológico, y debemos esforzarnos nosotros en que los enfermos se negativicen. Pero que esa negativización sea confirmada de una manera eficaz: siempre por siembra y haciendo la bacteriología correcta. Yo he insistido siempre sobre este particular. Desde un principio he procurado, en el sanatorio que dirijo, que la bacteriología ocupe siempre un primer papel. Desde hace ya por lo menos doce o catorce años, como dijo esta mañana el doctor Martínez Cuesta, hemos procurado que en todos los enfermos, antes de ser dados como negativos simplemente por el examen directo, se hagan una o más siembras. De esta manera podemos controlar las negativizaciones. Yo creo que hoy en día el tratamiento médico de la tuberculosis está en el plan de que a su final un enfermo puede presentar modificaciones biológicas que permanecen inmodificadas o que se produzca una caverna más o menos detergida. Pero esos enfermos se negativizan, y si esa negativización se confirma que es permanente, ese enfermo constituye un éxito seguro. Ahora, la realidad del problema es que actualmente recibimos todavía, como digo, un contingente muy grande de enfermos graves y mal tratados. Nosotros vemos, por ejemplo, enfermos que toda-

Gráfica 4a) Antiquedad de lesiones al ingreso

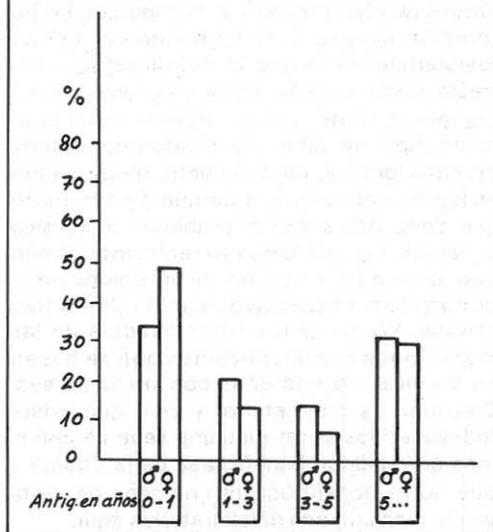


Figura 5.

vía se están tratando con preparados como el Dipasic, que es una monoterapia encubierta, y no tiene nada de ε. traño que los enfermos continúen positivos. Pues bien, en este tipo de enfermos, creo yo que en gran parte se puede todavía conseguir, no ya la curación, sino la esterilización de sus lesiones,

gracias a una quimioterapia correcta. Ahora, insisto en que mientras los sanatorios no dispongan o hagan una bacteriología correcta es naturalmente infantil que, como se lee en ciertos trabajos, se publiquen series en que se habla del 90 por 100 de negativizaciones. Estas negativizaciones no han sido controladas por un laboratorio de bacteriología que tenga como un examen de rutina la puesta en marcha de las siembras. Lo mismo sucede, por ejemplo, si nosotros planeamos un tratamiento quimioterápico de un enfermo con nuevas drogas; lo lógico y natural sería que ese enfermo fuese objeto de un estudio bacteriológico de la resistencia. Naturalmente, yo sé que esto es una cosa que no está al alcance de todos los centros. Sería de desear que los esfuerzos que ha hecho el Patronato últimamente, por parte del doctor Blanco, consiguieran que en muchos de estos enfermos, que van a ser sometidos a una nueva quimioterapia, se pueda hacer un test de resistencia en un centro que pueda dar garantías suficientes. Creo, por tanto, como dice el doctor Alix, que existen fallos muy grandes en el aspecto terapéutico en los enfermos que ingresan en los sanatorios, y que gran parte de ellos llegan mal tratados con drogas que muchas veces el enfermo ignora. También sería muy importante el conseguir, como se ha hecho en muchos países, el que el enfermo llevase una cartilla de tratamiento. Porque los enfermos entran, salen, entran en un sanatorio y otro y muchas veces salen

Gráfica 4b). Antiquedad de lesiones en los distintos grupos de edad a su ingreso

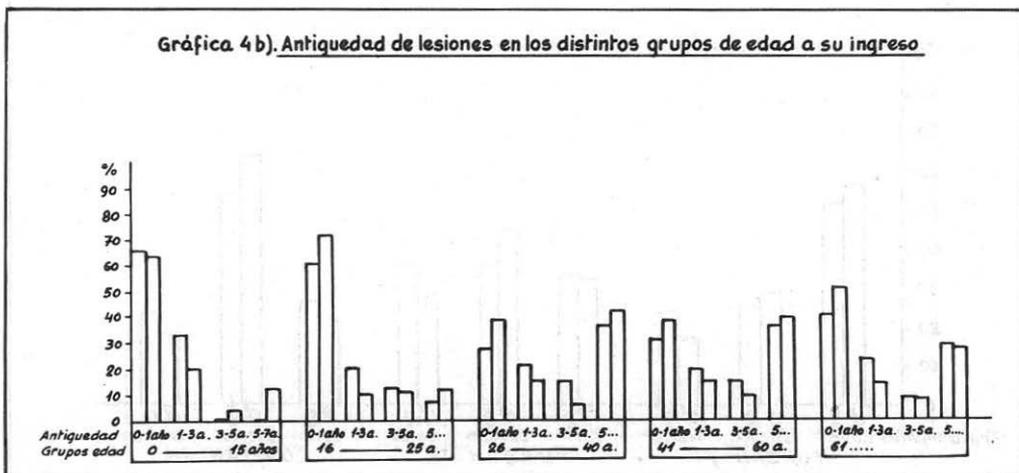


Figura 6.

**Gráfica 5a).-Grado de asistencia
presanatorial al grupo
de 2711 casos (1667 ♂ 1044 ♀)**

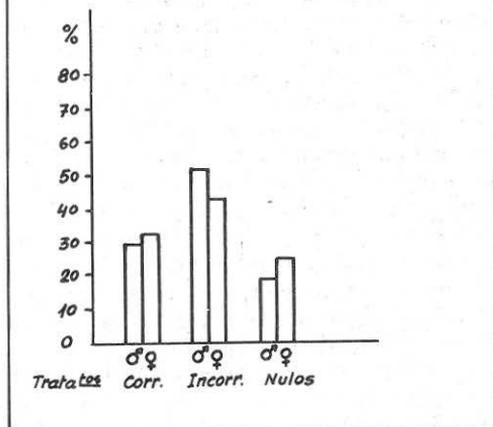


Figura 7.

sin una indicación concreta de las drogas que han tomado y el tiempo que las han tomado. Sería una cosa muy importante, en

el futuro, que todo enfermo que sale de un centro y que es tratado ambulatoriamente lleve, como se hace en Francia, una cartilla de tratamiento donde se haga constar las drogas que ha tomado y el tiempo que las ha tomado; incluso si se ha hecho un test de resistencia. Creo que la quimioterapia correcta, como se debe hacer y se hace hoy en día en algunos países, puede conseguir, como digo, un tanto por ciento muy grande de curaciones y, naturalmente, quitar, como es lógico, enfermos a la Cirugía. La impresión que tiene Alix sobre el problema quirúrgico es también la que tengo yo realmente. Tengo una tasa muy pequeña de intervenciones quirúrgicas. Los motivos son de diferentes causas. Yo no sé las cifras exactas de las resecciones o intervenciones que se hacen en España, comparadas con otros países. Creo que es muy inferior y creo que existe todavía en los sanatorios una serie de enfermos que podrían beneficiarse de la Cirugía y que no se benefician por una serie de motivos que es un poco difícil tratarlos aquí.

DOCTOR ALIX

El problema es muy complejo, naturalmente, y no podemos abordarlo por entero,

**Gráfica 5b).-Gravedad de los 2711 casos a su ingreso, en relación
con los tratamientos anteriores en %**

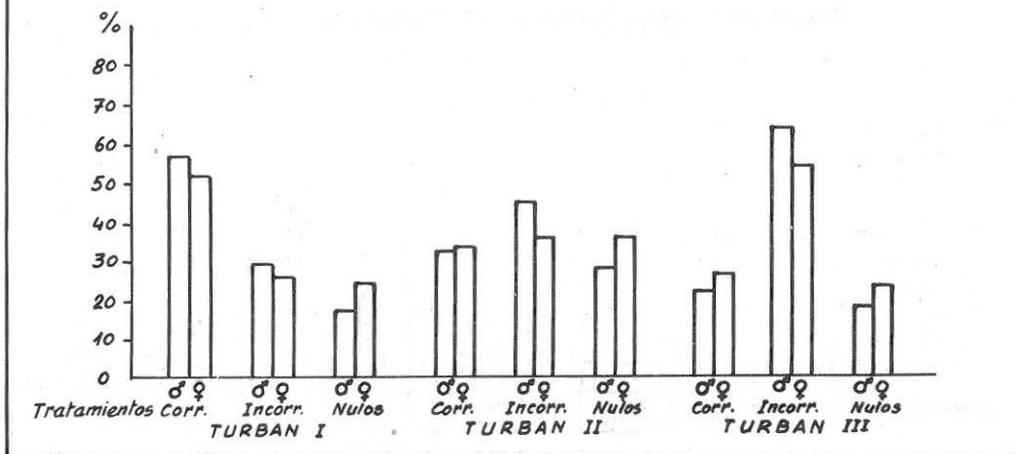


Figura 8.

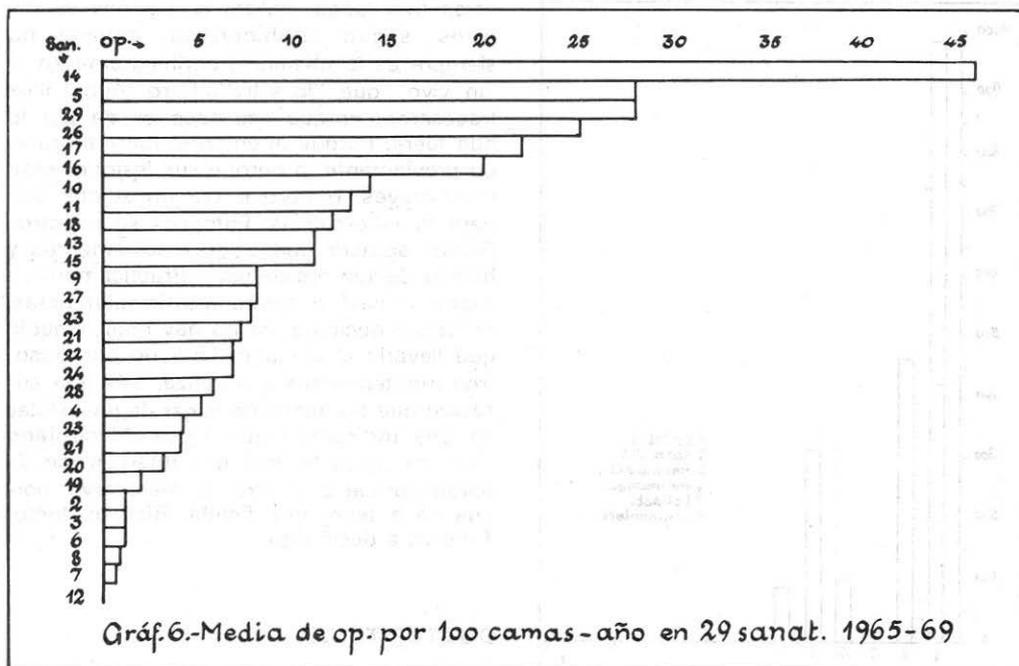


Figura 9.

pero yo lo que me pregunto y quiero ver es si alguien coincide o tiene una respuesta contraria en que la esterilización del esputo supone curación, porque nosotros estamos acostumbrados a oír hablar a los bacteriólogos que dan por bueno un tratamiento cuando han esterilizado el esputo del enfermo. Eso es un buen resultado, sin duda. Ahora bien, lo que dice la Radiología también tiene importancia, puesto que hay muchos enfermos que tienen lesiones que no dieron nunca bacilos ni por lavado gástrico, ni por cultivo, ni en la calle, ni en el sanatorio y, sin embargo, se les hace una resección, porque está indicada, y entonces en las lesiones se comprueban los bacilos. Claro, la esterilización más los demás exámenes clínicos tienen una importancia extraordinaria, y los enfermos graves los podemos esterilizar, evidentemente que sí, y además es el desiderátum para el cirujano, a mi juicio. El doctor Guerra quiere añadir algo a esta cuestión.

DOCTOR GUERRA

Me veo obligado a hablar un poco polémico. Fundamentalmente, cuando somos

un grupo pequeño y cuando realmente este afán polémico lleva en sí una buena intención, cordial siempre. Yo diría que el planteamiento que ha hecho el doctor Alix es un planteamiento que, permitidme que habla con una cierta ligereza, sin excesivo espíritu académico, tiene algo de música "camp". Es decir, que el planteamiento que ha hecho el doctor Alix, a mi juicio, es reminiscente de todos los años anteriores. Tenemos una carga pesada que es la Tisiología tradicional, en fin, este recelo hacia la cavidad. Después, junto a esto tenemos otra carga, y es un recelo tremendo frente a la medicación actual. Yo estoy de acuerdo con el doctor Velasco de cómo en realidad están hoy planteados los problemas. Nosotros tenemos que tratar de ensayar curar por procedimientos exclusivamente médicos, en tanto que los tratamientos médicos son, al parecer, hoy totalmente activos. Tratar de resolver la tuberculosis sin la Cirugía. Yo diría que esto es un poco como lo de dar al César lo que es del César y dar a Dios lo que es de Dios. La infección tuberculosa es de los medicamentos, las secuelas son de la cirugía. Ahora bien, en la infección tu-

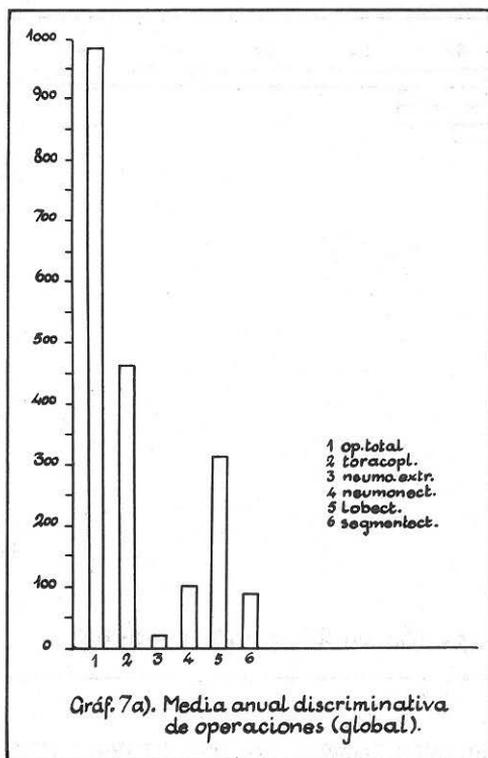


Figura 10.

berculosa hay algunos enfermos con unas características particulares, porque tienen una intolerancia medicamentosa o porque son unos asociales, o porque tienen una poli-resistencia que puede ser motivo de la cirugía. Pero, en el resto, la cirugía debería ser indicada única y exclusivamente para las secuelas.

DOCTOR ALIX

Estoy conforme, doctor Guerra. Estoy conforme totalmente en el tratamiento médico, siempre que el tratamiento cure. Puesto que la tuberculosis es una enfermedad séptica general, el tratamiento quirúrgico no puede eliminar todos los focos naturalmente. Ni los antibióticos tampoco. Ahí están las recaídas y ahí está la tuberculosis positiva. Aunque insisto que sí se puede curar a un enfermo indiscutiblemente. Pero nosotros tratamos a un enfermo con un antibiótico o con tres antibióticos más

otros tres luego, utilizando algunos de los otros, según antibiograma, aunque no siempre es lo mismo el antibiograma en el "in vivo" que "in vitro". Pero todos ellos fracasaron, porque ese caso se da por lo que fuere. Porque el enfermo fue mal tratado previamente, o porque sus lesiones eran muy graves, o porque era un sujeto lábil para la tuberculosis. Entonces ya nosotros hemos agotado todos los medicamentos y hemos dejado resistencias. Prácticamente, a todos o casi a todos multiresistencias. Entonces decimos, ya no hay más remedio que llevarlo al cirujano. Es lícito que nosotros mantengamos a ultranza, tras una curación que no acaba de llegar, la posibilidad de una indicación quirúrgica. El cirujano dice: entonces le haré una intervención de pared porque a lo otro no me atrevo, porque va a tener una fistula. Bien, el doctor Tello va a decir algo.

DOCTOR TELLO

Yo quería ratificar lo que ha dicho Guerra. La cirugía estuvo indicada por dos cosas, una por la infección en sí por el foco y otra por las alteraciones que producía consecutivamente el foco. Naturalmente, la segunda parte queda vigente. En un enfermo que tiene una estenosis bronquial y se le produce una situación de mala respiración, perturbadora, la única solución es la intervención quirúrgica. Cuando un enfermo tiene una cavidad, aunque esté sin bacilos, en lóbulo inferior, que se sabe que se va a infectar y que le va a producir una supuración reactivante, hay que resecarlo. Eso está totalmente vigente. Lo que no está totalmente vigente, ni mucho menos, es la cirugía de extirpar un foco infectivo. Yo he contado varias veces, cómo en un renombrado Servicio extranjero forzaron a un hombre que se iba a casar y que tenía un infiltrado como un garbanzo a extirparle el segmento para darle una ayuda y la autorización para casarse. Hoy en día sabemos que con un tratamiento con todas las drogas que tenemos a mano y cambiándolas por ciclos y observando al enfermo periódicamente, de los casos no tratados previamente aún con lesiones amplias grandes, se quedan sin bacilos prácticamente casi el

DOCTOR ALIX

Sí, pero no eran todos tuberculosos.

DOCTOR TELLO

Exactamente, ahí voy yo. Se hacían docientas y pico intervenciones y había una cola de gentes para operar y trabajando mucho el doctor Alemán consiguió en un año y pico quitar esa cola de enfermos tuberculosos que estaban para operar, porque no había manera de quitarles de otro modo sus bacilos de esputos. Ahora, se opera la mitad, porque una gran mayoría de ellos que eran tuberculosos no se operan. Se siguen operando tuberculosos, pero en mucha menos proporción. En cambio, se operan otras muchas más cosas. Ahora le paso la pelota al doctor Alemán, que acabará.

DOCTOR ALEMAN

Pues yo creo que tiene razón el doctor Guerra, que tiene razón el doctor Velasco y que tiene razón el doctor Tello. Efectivamente, el ideal es curar la tuberculosis pulmonar con medicinas.

DOCTOR ALIX

Entonces también tengo razón yo.

DOCTOR ALEMAN

Naturalmente, también tiene razón usted, porque la tuberculosis pulmonar no se cura siempre con medicinas, y entonces seguimos operando tuberculosis pulmonares aun cuando ellos piensan o dicen que la Cirugía no debe de intervenir en la curación de la tuberculosis pulmonar. Lo que sí ocurre es que se ha descendido en el número de operaciones. Antes, hace cinco años, operábamos 120 ó 130 al año; hoy seguimos operando, pero menos de cincuenta. Lo que yo no sé es si lo que se está haciendo ahora de considerar esto que se llaman secuelas radiológicas del tuberculoso curado que no se opera, que se vigilan ha di-

cho el doctor Tello es correcto o no es correcto. Como también ha dicho, el tiempo nos lo va a decir; pero a mí me produce la impresión de que quizá estamos adoptando una actitud demasiado pasiva.

DOCTOR ALIX

¿Qué tiene que decir el doctor Toledo a eso que acaba de decir el doctor Alemán?

DOCTOR TOLEDO

En primer lugar, que me ha gustado mucho el planteamiento bíblico-sicodélico del doctor Guerra, que ha puesto el dedo sobre la llaga. Yo recurro a algo que él ha escrito y es que porque muchos clínicos, sean o no especialistas del tórax, se hacen planteamientos simplistas y esquemáticos ante el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, los cirujanos seguimos operando un cierto número de casos de tuberculosis pulmonar. Si tenemos en cuenta que estos fármacos tan estupendos y tan eficaces de que se han ido hablando pueden en teoría curar el 100 por 100 de los casos que se nos presentan en los sanatorios o en la práctica ambulatoria, ¿por qué seguimos viendo los cirujanos este número de casos? Le decía yo hace un momento a Alemán que nos estaban quitando de las manos ahora mismo nuestros compañeros que habían intervenido anteriormente, una serie de casos que diaria o semanalmente operamos en los sanatorios. El hecho es ése, hay casos de tuberculosis pulmonar que se siguen operando, generalmente se tratan de la caverna tuberculosa con o sin baciloscopia positiva, después de un tratamiento largo donde se han ensayado distintas combinaciones de fármacos. De forma que la pregunta que es que si a la vista de los tratamientos se debe considerar que aún conserva vigencia la Cirugía en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Hay que decir que no solamente la conserva, sino que en un previsible futuro, siempre y cuando no se establezcan normas para que el clínico trate correctamente desde un principio, y culpamos también en este momento al enfermo por seguir irre-

gularmente sus tratamientos, en un previsible futuro los cirujanos seguiremos operando casos de tuberculosis pulmonar.

DOCTOR ALIX

Perfectamente. Entonces parece ser que hemos llegado a una situación de acuerdo, aun cuando parezca que no lo estamos del todo. Pero es natural que yo pretenda estar un poco más en desacuerdo para hacerles hablar a los demás. Aun cuando algunas veces estoy pensando... Bien, señores, yo planteo el problema de la situación actual porque me dicen todos, y yo también veo, que el número de enfermos es menor que lo era antes. En calidad de lesiones, ingresan muchos con lesiones leves, pero ingresan muchísimos con lesiones tan graves como éstas que expuse; lo que quiero decir es que nos encontramos actualmente en una situación en que el tratamiento de la tuberculosis en España se hace tan catastróficamente que es posible tener un 70 por 100 de ingresos con lesiones graves en los sanatorios, que han sido tratados desde tiempos antiguos, con antigüedad hasta de cinco años y más, y que entran necesitando cirugía, que es el no desiderátum del tratamiento de la tuberculosis. Cuando hay que hacer cirugía, el desiderátum es una resección. Planteaba antes el doctor Tello una cuestión que yo quiero sacar aquí ahora a relucir, para que dilucidemos sobre ella, porque tiene una importancia incluso ética. Si es vigente o no la cirugía, ¿por cuanto tiempo? No lo sabemos. Modalidades, criterios a seguir, bueno, eso cada cual tiene los suyos, pero lo que sí hay que dejar bien sentado es que ese criterio que presiden una parte de los especialistas de que la tuberculosis se cura en un noventa y tantos por ciento con los antibióticos, bien empleados y a su debido tiempo, como no se cumple, nos encontramos entonces con que el enemigo viene de flanco cuando pensábamos que nos iba a atacar de frente. ¿Es lícito tratar con cirugía a un enfermo que puede curar con los antibióticos porque tiene un infiltrado que comienza a ulcerarse, pero que por circunstancias especiales necesita resolver su situación en un tiempo muy breve, menos de dos meses? El caso de un muchacho que

tiene que sufrir un examen de salud para ingresar en una plaza determinada. A ese enfermo yo le hice una cuña y le quité aquel infiltrado y pasó el examen de salud e ingresó en la plaza. Esta actitud de obediencia al enfermo por circunstancias, no por capricho, ¿es razonable o no es razonable? Al sector de la izquierda.

DOCTOR VELASCO

Sí, claro. El doctor Alix presenta un caso que yo también he visto. No se puede tener un criterio naturalmente igual para todos en este problema. En principio, yo creo que si un enfermo tiene efectivamente un infiltrado ulcerado, aunque deje de dar bacilos sigue presentando una imagen de ulceración. Pasan los meses y este enfermo, pues, puede plantear un problema que no creo que desborde ningún problema ético, sino que es una cosa que hoy en día, contando que una intervención tiene un mínimo de mortalidad, se puede realizar. Pero sigo creyendo que una quimioterapia correcta puede conseguir la esterilización de los focos abiertos, con el consiguiente beneficio para la sociedad. Yo no empleo la palabra curación, palabra que creo que no he empleado nunca al dar de alta en un sanatorio, digo lesiones cerradas, lesiones inactivas, pero nunca he empleado la palabra curación. El problema está planteado desde el punto de vista no solamente de la clínica, sino desde el punto de vista que nos interesa cuando estamos hablando de erradicación, en que una de las tareas nuestras pretende eliminar ese contingente de tuberculosos abiertos infectantes. Muchos, además, son enfermos que ingresan con lesiones avanzadas; por otra parte, muchos de éstos son gentes de edad. Yo tengo en el sanatorio una media de enfermos de cuarenta y siete años, y vamos a llegar en un plazo brevísimo a que muchos de nuestros enfermos tengan edades de cincuenta años para arriba, en los que las intervenciones quirúrgicas se ven también limitadas por factores de tipo funcional importantes. En estos últimos años he pasado a tener una media de veintiocho años de edad a tener cuarenta y siete años. No estamos todavía como en Estados Unidos, con una de las medias de sesenta y cinco

años, pero dentro de unos años tendremos en España los enfermos tuberculosos con una media de sesenta años. Entonces ya sí que la cirugía se habrá quedado desbordada, como es lógico.

DOCTOR GUERRA

Insisto en mi afán de cordialidad, pero yo también insisto, por otra parte, que seguimos en la música "camp". Yo insisto en que lo que tenemos que hacer es tratar de montar una pauta general. Pero existe también una indicación social: el hombre tiene un problema angustioso por el tiempo. Entonces yo, en el sanatorio, en muchas ocasiones, por esa falta de seguridad en la efectividad de la medicación, cuando un enfermo se ha querido casar o es enfermo joven y tiene una familia que alimentar, le he dado la opción a que eligiera, entre el medicamento antibiótico o medicamento quirúrgico. Ahora, si nosotros realmente estuviésemos seguros, si no tuviésemos todavía ese recelo tan grande a la medicación y nosotros tuviésemos la seguridad de que en un grupo de 100 enfermos vamos a curar 98, ¿no parece lo lógico que a este señor que se va a casar le dijéramos: cátese usted, siga haciendo, eso sí, el tratamiento y no se opere usted? Que se case y que se lleve a la mesilla de noche los comprimidos, pero yo no le operaría.

DOCTOR ALIX

Bueno, el problema venía planteado desde varios puntos de vista. Evidentemente, en ese caso de que habla el doctor Guerra, yo estoy de acuerdo por supuesto. Se puede usted casar o demore un poco el casamiento. Yo me refería a casos muy limitados, en los que por condiciones socioeconómicas o del trabajo, puede ocurrir lo que yo mencionaba de ese muchacho que se debía examinar. Esto no es precisamente "camp".

DOCTOR GUERRA

Pero es que teóricamente en la práctica lo que teníamos que hacer nosotros es no

plegarnos y educar a los médicos generales y a los médicos de empresa, que un enfermo con un par de cavidades residuales que no sean infectantes, puede trabajar.

DOCTOR ALEMAN

Perdón, yo quería preguntar una cosa y es si es lícita otra situación opuesta. Por ejemplo, la del que, habiendo sido bacilífero y no siéndolo ya, quiere irse del sanatorio, pero del que sabemos que es un individuo que va abandonar el tratamiento nada más que salga. ¿Es lícito forzarle para que se haga una intervención?

DOCTOR ALIX

Nadie puede forzar a una persona a que se opere. Sí intentar convencerlo. Ahora, que hay muchos enfermos a los que se les intenta convencer y no se puede. Todos y cada uno de nosotros tenemos que hacer la propaganda necesaria para evitar que se practiquen tratamientos defectuosos y cortos; en que momentáneamente quedan sin bacilos, pero que los vuelven a tener otra vez al cabo dos meses o un año. Es un problema de educación médica sanitaria y sanitario social. De otra manera, la tuberculosis habría experimentado un mayor descenso. Porque es evidente que un enfermo nuevo se puede curar en un 98 por 100, por lo menos, de los casos.

DOCTOR TELLO

Efectivamente, en las situaciones límites es en lo que no estamos de acuerdo todos. Somos capaces, haciendo un tratamiento de años, bien hecho, de conseguir una esterilización. Por lo menos pensamos teóricamente que la podemos conseguir. Lo que no podemos es asegurar siempre que la vamos a conseguir. Además, hay casos en que realmente no depende todo de la resistencia bacteriana exclusivamente. Nosotros tenemos un enfermo en el sanatorio, bilateral abierto, que se ha tratado muchísimo años y persiste bacilífero y nosotros

pensábamos que era resistente a todas las drogas, pero cuando se le han hecho en dos laboratorios las pruebas de sensibilidad, resulta que es sensible a la mayoría de los fármacos que hemos empleado. O sea, que lo del 100 por 100 es una cosa teórica. No tenemos una plena seguridad de que sea un 100 por 100. Por lo tanto, tiene una justificación que cuando una persona tiene un problema social o económico y cuando su problema lesional se puede resolver sin aparente grave riesgo con la cirugía se emplee ésta. Eso es totalmente evidente. Respecto a la educación de los médicos, ésta, como la del pueblo en general, a la larga es la resultante de la opinión de un grupo distinguido que se va proyectando y que los demás reciben con retraso. Los concededores tienen un pensamiento y lo van difundiendo. Naturalmente, esa difusión tarda, y qué duda cabe de que, en cierto modo, hemos sido los especialistas los responsables, en primer término, de la actitud de los médicos generales. Al principio de los años cincuenta, yo recuerdo que los especialistas más distinguidos pensaban que una monoterapia podía resolver el problema, y no hablo de los españoles sólo, hablo de los americanos, de los franceses, de los ingleses, etcétera. Después se recogieron pronto velas, se ha visto que es imposible y que no se podía conseguir. Pero el hecho es que ésa es la opinión que quedó clavada, que está costando mucho cambiarla. Yo creo que ha sido muy importante la labor que hizo el Patronato mandando las hojas y los tratamientos de la encuesta de la Unión Internacional Antituberculosa, diciendo a la gente que había que hacer tratamientos termarios muy largos, etcétera. Eso va haciendo poco a poco un impacto. Por mi experiencia, recuerdo que en los años cuarenta y tantos, cuando un médico general descubría un tuberculoso, en seguida se lo quitaba de encima, porque sabía que era responsable de decidir o no decidir una colapsoterapia, y que eso decidía a su vez la vida del enfermo. Naturalmente, procuraban eludir esa responsabilidad y en seguida se lo pasaban a uno que pudiera resolverla. Luego llegaron los cincuenta y tantos, que se pensó que todo se reducía en dar una píldoras iguales a todos. Les daban las píldoras y resultaba que no se resolvía el asunto. Ahora, gracias

a esta propaganda, la actitud de los médicos generales está cambiando, porque ellos saben que ya tienen una responsabilidad inmanente. Saben que si se trata bien desde el principio a un enfermo, ese enfermo se va a curar, y si se trata mal no va a curarse fácilmente y habrá de someterse a tratamientos quirúrgicos que tienen un cierto riesgo. Por lo tanto, están cambiando su postura. Yo creo que tiene mucha importancia el seguir proyectando la responsabilidad que tiene un médico cuando se enfrenta con el problema de una tuberculosis.

DOCTOR ALIX

Estoy conforme en la responsabilidad que tenemos nosotros como miembros de la S. E. P. A. R. para que esta entidad intente convencer a todos aquellos médicos que o no se enteraron o no se convencieron de la necesidad de hacer tratamientos con fármacos intensos y correctos. Hay otra cuestión, que aquí ya está tratada en parte: Se debería obtener la curación en prácticamente todos, pero no se obtiene. Entonces vamos a pasar al siguiente punto. Yo ahora quería comentar qué criterios tenemos para estimar la curación de la tuberculosis pulmonar. Cuando el médico, digamos el tisiólogo, puede suponer, no saber, porque eso es imposible, que un sujeto está curado. Es una cuestión, yo lo comprendo, muy espinosa y muy difícil.

DOCTOR VELASCO

En principio, ya he dicho antes que prácticamente no he empleado nunca el término curación. Eso ya indica que tengo una reserva mental, porque la curación de una infección crónica, como es la tuberculosis, es la eliminación total del foco infeccioso y los gérmenes que lo han producido. Desde mi punto de vista, yo creo que podemos hablar de lesiones cerradas, inactivas. Mi criterio es, naturalmente, por una parte, bacteriológico. Hay autores, por ejemplo como Seri, famoso microbiólogo húngaro, que hace 10 siembras semanales a un enfermo antes de darle de alta como negativo. Hay

que hacerlas no solamente con el esputo matinal, sino el examen de todo el día, como hacen Baumann y otros. Agotar al máximo el convencimiento de que ese enfermo, desde el punto de vista bacteriológico, está cerrado. Hay que hacer de cinco a diez siembras, inoculaciones, porque si no no se puede decir que hay eliminación de gérmenes. Desde el punto de vista radiográfico, es obvio el citar qué tipo de lesiones pueden considerarse como cerradas, cicatrices, etcétera. Luego queda, naturalmente, el famoso problema de la caverna limpia, que será objeto, más adelante, de que hablemos de ese problema. Yo creo realmente que, como decía muy bien Alix, si hay una droga o un conjunto de drogas que lleguen a producir una negativización de la tuberculina, desde el punto de vista inmunológico se podrá pensar que ese individuo ha llegado al estado de curación, se le ha vuelto a colocar una situación virgen en relación con la infección. Podría haber una nueva infección de tuberculosis, pero la infección que motivó el tratamiento ha sido eliminada. Creo, por lo tanto, que el criterio de curación debe hacerse primero sobre la base bacteriológica, haciendo naturalmente todo este grupo de investigaciones llevadas al máximo. Esto nos plantea la verdadera situación de aquí. Uno de los países que tiene una organización más perfecta actualmente desde el punto de vista de la bacteriología es la República Democrática Alemana, donde, por ejemplo, anualmente se vienen haciendo 1.200.000 siembras de Lowenstein. Unas setecientas mil siembras de enfermos hospitalizados y unas cuatrocientas mil en los enfermos ambulatorios, llevando al máximo la investigación bacteriológica. Especialmente como se hace en este país o en Checoslovaquia, se puede conseguir que un enfermo tuberculoso que sale de alta en un sanatorio lleve un protocolo con diez o doce siembras, con lo cual se puede decir que este enfermo ha conseguido una esterilización perfecta. En los medios donde trabajamos nosotros es frecuente que a un enfermo simplemente con una siembra o sin siembra se le dé como curado clínicamente o cerrado, lo cual, naturalmente, supone un defecto grave desde el punto de vista no solamente estadístico, sino desde el punto de vista propio del sujeto que se trate.

DOCTOR GUERRA

Yo quería decirle una cosa al doctor Velasco. Yo creo que si hacemos un tratamiento correcto aminoramos la significación que para el enfermo tiene la enfermedad en el sentido de que fuera compatible con que trabajara. Ese enfermo es un hombre que tiene que someterse no ya a más o menos radiografías, sino a un control bacteriológico mensual.

DOCTOR ALIX

¿Hay algo que añadir?

DOCTOR TELLO

Sí. Primero, que para las mesas redondas, las mesas informales que deben tener lugar dentro de poco, uno de los títulos que di, que aceptaron, es "Situación actual de la bacteriología de la tuberculosis". Se va a hablar, por lo tanto, esta tarde de una serie de cosas que van implicadas en cómo salen los enfermos y en cuanto al valor que puedan tener alguno de esos bacilos descarrados y algunas otras cosas que pueden surgir. Pero bien, eso no lo vamos a comentar ahora. Yo opino, como Guerra y Velasco, y como todos prácticamente, de que porque no se encuentre en un enfermo bacilos tuberculosos y una cavidad aparezca cerrada inmediatamente y aun años después teóricamente no se puede afirmar nunca que está curado. Todos tenemos en nuestra experiencia cómo enfermos que no tenían cavidades y no tenían bacilos durante muchos años, al cabo de estos años, en esa misma zona, ha surgido un nuevo brote que se ha cavitado a veces; luego, por lo tanto, la curación, aunque no haya bacilos, no es segura. La curación absoluta es la que llega a tener una tuberculina negativa. Yo les pregunto a muchos de los que están aquí: ¿Se han hecho ustedes tuberculina con frecuencia? Yo sí me la he hecho alguna vez. No tengo ni he tenido ningún proceso tuberculoso aparente en mis pulmones ni en otro sitio. No he tenido más que un nódulo de Ghon de una infección supongo de cuando tenía cuatro años. Descubrí esto en la primera radiografía que

me hicieron hace cuarenta años. Ni he tenido una tuberculosis renal, ni he tenido absolutamente nada. Todos los que me conocen saben que he gozado de buena salud y que he trabajado todos los días y activamente. Sin embargo, las veces que me he hecho una tuberculina ha sido claramente positiva. Me podéis decir: tu estás en un ambiente tuberculoso y estás aspirando bacilos. Pero yo me pregunto si no tendré en ese nódulo o en algún nodulito ahí perdido algún bacilo, a pesar de estar bien y haberme infectado hace cincuenta y tantos años. Potencialmente es un nódulo semiactivo. Pero, prácticamente, a mí, ¿se me puede conceptuar como un enfermo? No, pues yo prácticamente estoy curado, a pesar de tener una tuberculina positiva.

DOCTOR ALIX

Esa es una cuestión que no hay por qué tocarla, creo yo. Porque el hecho de considerar que los medicamentos antibióticos actuales no son de tal manera curativos que dejen totalmente negativo, aunque sea por unos momentos o unos días o unos meses al enfermo, si tenemos la tuberculina positiva, y yo tengo un grado de reacción, según la técnica de Liebermeister de 1 por 10^{-14} , yo doy la reacción que es la gota de agua en el mar Báltico, y es normal, puesto que andamos entre tuberculosos. Pero claro, al pedir el criterio de curación, exigir el de tuberculina negativa es una utopía que solamente se puede dar en un país en donde no exista la tuberculosis en absoluto.

DOCTOR ALEMAN

Yo quería decir respecto a eso del criterio de curación de la tuberculosis, que el hecho de que la expectoración sea negativa no quiere decir que se hayan esterilizado las lesiones. Que las lesiones, el tejido conjuntivo, siguen allí. Yo recuerdo que he quitado en muchas ocasiones cavernas de las llamadas detergidas, que han sido unas iguales que otras desde el punto de vista radiológico, una pérdida de sustancia simplemente, sin ningún cerco, sin ningún halo. Después,

mandadas a analizar al anatomopatólogo, nos ha dado resultados, en algunas ocasiones de una caverna limpia, detergida, incluso epitelizada a medias, y, en cambio, en otras ocasiones, nos ha dicho que en la pared de aquella caverna existían como unas lentejas pequeñas que eran folículos, y entonces, ¿cómo sabemos que una caverna está auténticamente esterilizada y cuándo no lo está?

DOCTOR ALIX

Bueno, ésa es una de las dificultades mayores con que se encuentra uno. Pero de la caverna detergida vamos a hablar después. Parece ser que estamos conformes en que estimar cuál es la curación de una tuberculosis pulmonar no es asunto fácil y que deben saber, no estos señores que están aquí, que ya lo saben, sino los médicos en general que el hecho de no tener bacilos en el esputo y tener una caverna radiológicamente cerrada no supone que debamos abandonar su vigilancia. Estamos de acuerdo en esto. Entonces, ahora pasamos a otro punto: ¿Cuándo se considera o debe considerarse que el enfermo debe acceder a la Cirugía? ¿Cuándo se debe operar al enfermo? ¿Cuáles son los límites máximos y los límites mínimos para plantear la intervención quirúrgica? Dejando aparte, porque no tendríamos tiempo, los límites funcionales, suponemos que su función es buena. Cuando vamos a plantear la indicación, una causa de valoración en la indicación es la capacidad funcional del sujeto. ¿Cuándo debe plantearse? ¿Quieren opinar los doctores Toledo y Alemán?

DOCTOR TOLEDO

Empezamos los cirujanos otra vez. Parece que está claro, por todo lo que se ha dicho antes, que básicamente se debe acceder a la Cirugía o plantear la intervención quirúrgica cuando el tratamiento medicamentoso ha fracasado.

DOCTOR ALIX

¿Y cuándo se sabe que ha fracasado?

DOCTOR TOLEDO

Parece, por lo que venimos viendo, que no hay unas situaciones claras, sino que cada caso concreto se estudiará conjuntamente por el clínico y el cirujano. Prácticamente los casos que acceden a la Cirugía son aquellos representados por lesiones cavitarias con o sin baciloscopia positiva y en los cuales se han empleado distintas combinaciones de fármacos.

DOCTOR ALIX

Es decir, cuando el enfermo no dio resultado a los fármacos ¿Cómo resolvemos ese problema, doctor Alemán?

DOCTOR ALEMÁN

La realidad es que, a pesar de que se dice que se esterilizan con la quimioterapia y con los antibióticos y no deberían acceder al cirujano, ahora la realidad es que seguimos operando un cierto número. Yo pienso lo que ha dicho el doctor Toledo, que cuando, después de una o dos combinaciones ternarias de medicamentos acreditados como eficaces y transcurrido un tiempo prudencial de los quince a los dieciocho meses, persisten bacilos en la expectoración o persiste la imagen cavitaria franca, es el momento de acceder a la Cirugía también en los casos de tuberculomas.

DOCTOR ALIX

Doctor Velasco ¿cuándo debe ir un enfermo al cirujano? ¿Se puede decir de una manera categórica o no se puede decir categóricamente?

DOCTOR VELASCO

Yo creo que éste es un problema elaborado en términos de bizantinismo. Estamos

todos conformes en que hay enfermos, que es el caso de fulano, de mengano, de zutano, que, a pesar de ser negativos, presentan una imagen cavitaria que no se transforma. Yo, honradamente, los mando operar.

DOCTOR ALIX

Pero eso está quizá un poco en contradicción con algo que se dijo antes.

DOCTOR VELASCO

Bueno, ya lo sé que está, pero no se pueden hacer únicamente reconsideraciones de tipo general. No vamos a sacar unas normas que vamos a cumplir a rajatabla al 100 por 100. Sé muy bien, por ejemplo en el problema de la caverna detergida, que un patólogo de la talla de Uhlinger era partidario de recomendar la resección en todos estos casos porque creía que muchas de las cavidades estériles desde el punto de vista bacteriológico presentaban siempre tejidos tuberculosos y le parecía mucho más lógico que estos enfermos se interviesen. Cada enfermo es un problema, y si un enfermo tiene un límite de edad o tiene condiciones sociales X que le aconsejan que se opere se debe operar. Por eso yo creo que no debe haber un criterio único, y prueba de ello es que cuando en otros países han enviado series de radiografías a 20 tisiólogos diferentes, esos 20 tisiólogos han dado 20 soluciones distintas sobre el problema. Hay quien ha sido partidario de la quimioterapia a ultranza, hay quien ha sido partidario de una toracoplastia, hay quien ha recomendado una resección. Luego nos movemos en un terreno que no es firme y que cada caso particular hay que abordarlo de un cierto modo, y por eso no hay que tener un criterio general absoluto ni pretender tener una mentalidad de bacteriólogo exclusivamente, que haga creer que el problema de la tuberculosis sea un problema sólo de gérmenes. Eso es estúpido, porque, además, nosotros, que llevamos más de cuarenta años hablando de los problemas ligados al terreno, hemos estado hablando de genotipos, de tuberculosis de

gemelos, de problemas de tuberculosis familiares y tenemos un concepto de la enfermedad que no es ni mucho menos como la ven los bacteriólogos. Creo que todos nos podemos poner de acuerdo, porque todos partimos de una base de formación y que cada caso particular es el que se debe resolver. Yo no puedo, naturalmente, decir; si éste ha sido negativo en la siembra, no se debe operar. Prueba de ello es que todos los años estoy luchando con el cirujano mío para que opere más enfermos y envío más enfermos a operar.

DOCTOR ALIX

Conforme. Doctor Guerra, muy brevemente.

DOCTOR GUERRA

He forzado un poco las cosas, porque me gusta ser equilibrado dentro de mi apasionamiento. Yo lo que creo es que la política que tenemos que seguir, a mi juicio, es de abandono digamos de la Cirugía. Dando un papel cada vez mayor a los tratamientos médicos. Mayor confianza al tratamiento médico, siempre que sea bien ordenado. Darle una mayor confianza a la evolución, a la bacteriología y después tratar de ir limitando lo más posible los tratamientos quirúrgicos. Fundamentalmente, éstos para las indicaciones neumológicas, secuelas, una gran cavidad, una estenosis bronquial.

DOCTOR ALIX

Yo creo, entonces, que lo que tiene que proponer el doctor Guerra es que haya pulmones destruidos.

DOCTOR GUERRA

Naturalmente, el pulmón destruido, exactamente. Hay unas indicaciones para mí absolutas. 1.º Los enfermos que realmente tienen un problema neumológico, de secuela; 2.º Los enfermos que no tienen una tolerancia a la medicación; 3.º Los enfermos que

son asociales y no van a hacer la medicación, es decir, neumológico, y 4.º Los enfermos que tienen una intolerancia medicamentosa.

DOCTOR ALIX

Vamos a saltarnos otra cuestión, que son las condiciones económico-sociales. Ya lo hemos tratado antes, con la indicación del sujeto que se puede curar médicamente a largo plazo y, sin embargo, se le opera. Entonces vamos a plantear ahora los problemas especiales: la caverna detergida, la caverna rellena y el tuberculoma. La caverna detergida, volvemos a insistir en lo mismo, es una lesión que queda virtualmente en un tuberculoso como una pérdida de sustancias, con unas paredes finísimas muy amplias y con una baciloscopia negativa, caverna insuflada típica, pero no debe ser operada. Algunas de estas lesiones, cuando son resecaadas y enviadas al anatomopatólogo, no solamente no demuestran la presencia de bacilos, sino que, en muchas de ellas no se pueden encontrar lesiones histológicas específicas. Pero existe un número de ellas donde al resecarla y mandarla al anatomopatólogo se encuentran lesiones y hay bacilos ¿Hay alguna forma de saber cuándo no debe researse, hacer una resección limitada de estas lesiones cavitadas? Desde un punto de vista teórico, diríamos, la caverna detergida no debe operarse; la no detergida sí, pero a veces eso no lo podemos saber; entonces ¿qué hacemos? Una de dos: sometemos al enfermo a observación periódica, o se le hace una intervención; he ahí el problema.

DOCTOR ALEMAN

Yo ya había dicho esto antes, de manera que me atengo a lo que ha dicho el doctor Toledo.

DOCTOR TELLO

Es un problema que, en general, lo suelen resolver los mismos enfermos. Yo, lo que hago, es plantearle el problema a ellos y decirles: "Mire usted, esto tiene esta duda. Puede ser que esté definitivamente curado

y usted no tenga ningún problema más, o que no esté definitivamente curado y dentro de un año, dos años o seis meses tenga usted un nuevo problema que le estanque otra vez ¿Qué hacemos?" Entonces ellos me dan la solución. Algunos me dicen: "Mire usted, yo prefiero que me operen." Otros dicen: "No, señor, prefiero esperar y ver si evito la operación." Hablando de casos que sean aparentemente quirúrgicos, que se puedan operar, naturalmente, no con un enfisema u otras cosas que lo impidan.

DOCTOR ALIX

El doctor Velasco comparte la opinión del doctor Tello, lo mismo que el doctor Guerra.

DOCTOR GUERRA

Únicamente quería decir, además, que si el enfermo es un paciente que ha seguido con el tratamiento uno mismo, y sabe que el tratamiento ha sido correcto, entonces estadísticamente parece que tiene menos posibilidades de reactivarse porque, realmente, el diagnóstico de una cavidad detergida no se puede hacer únicamente por una baciloscopia negativa y una imagen radiológica.

DOCTOR TOLEDO

Me ha gustado oír lo del doctor Guerra porque parece completamente lógico. Además insisto en lo que el doctor Tello decía, porque muchísimas veces el enfermo, psicológicamente, tiene una sobrecarga mental de saber que tiene una lesión que no ha cerrado completamente. Efectivamente, él debe ayudarnos a tomar una decisión.

DOCTOR ALIX

Perfecto, ¿y con la caverna rellena?

DOCTOR TELLO

Esto todavía es más complicado. Hay desde el criterio radical, que ante la posibilidad de brote, de reactivación, que naturalmente siempre tienen estas cosas, piensan en un tratamiento quirúrgico a ultranza; otros, en la posibilidad de una espera, de una vigilancia. Yo aquí soy todavía más decididamente quirúrgico que en las cavidades detergidas, principalmente porque pueden haber sido rellenas por una neoplasia o un aspergiloma.

DOCTOR ALIX

De acuerdo yo por mi parte; ¿hay alguno que esté en desacuerdo con el doctor Tello? En una caverna rellena no se puede, efectivamente, esperar porque puede ser un tumor. A no ser que tengamos una historia.

DOCTOR ALEMAN

Yo quería decir que en un tuberculoma o en un nódulo solitario por debajo de los dos centímetros, o dos y medio, yo esperaría vigilando aquello. Por encima de los dos centímetros, o tres y medio, yo operaría siempre.

DOCTOR VELASCO

Una caverna rellena es una pérdida de sustancia que se rellena de algo de caseum, de Asperogilos o por un cáncer. Con lo cual yo creo que la conducta, efectivamente, como decía el doctor Tello, ha de ser más activa, si se quiere, que con la caverna detergida.

DOCTOR ALIX

Bueno; entonces, ateniéndonos al criterio democrático de la mesa, la mayoría piensa que una caverna rellena es una cosa que plantea con bastante proximidad una intervención quirúrgica. El tuberculoma plantea el mismo problema.

Ahora pueden intervenir los concurrentes que lo deseen.

DOCTOR DE BENITO

Estoy de acuerdo con todo lo que se ha dicho en la mesa, sobre todo con los problemas que se han planteado, pero me gustaría saber si en el mundo existe también experiencia respecto al tratamiento de la tuberculosis. Yo creo que debe haber sitios y centros que también tengan mucha experiencia, y he notado que esto se ha echado un poco en falta. Me podrían contestar a esto: ¿Si hay experiencia en el mundo sobre el tratamiento de la tuberculosis y sobre todo en los centros más importantes y qué experiencia tienen los que tienen esos problemas planteados?

DOCTOR ALIX

Perdón; nosotros no hemos traído literatura mundial porque hemos hecho una mesa española, con la opinión de personas que tienen documentación suficiente. Creo yo que una erudición estadística estaría fuera de lugar.

DOCTOR MARTINEZ SALINAS

Naturalmente, hay una serie de cosas en las que todos estamos de acuerdo, aunque probablemente este orden de cosas cada vez es más pequeño. Yo, personalmente, creo que la cirugía en la tuberculosis es evidente que se está restringiendo profundamente y vislumbro la posibilidad de que desaparezca. De todas maneras, yo quiero discutir el límite, en lo que realmente no podemos estar de acuerdo. Porque puede haber opiniones bastante dispares. Yo quiero dar mi impresión personal en cuanto a ciertas indicaciones que creo quirúrgicas y que acaso no han salido por aquí. Pero vale la pena sacarlas. En primer lugar, para mí, una indicación de tratamiento quirúrgico es la recidiva del tuberculoso. Soy más optimista que el doctor Velasco y yo me atrevo a diagnosticar curaciones clínicas. Naturalmente, que subrayo esta segunda

palabra, curaciones clínicas, no de la infección, pero sí de la clínica de la tuberculosis. Con cierta frecuencia vemos casos en los que estos procesos se curan y dejan, naturalmente, un residuo anatómico. Pero también vemos cómo estos casos muchas veces vuelven otra vez a reactivar su clínica. Creo que la recidiva, en estos casos, con focos cerrados, incluso pequeños, es una indicación absoluta de la cirugía. Creo que también se debe inclinar el criterio quirúrgico en otra situación; es el enfermo diabético, que ha dejado restos superficiales, pero con mucha posibilidad de recidiva. También deben ser inclinados hacia el lado del cirujano, porque la experiencia nos demuestra que su potencial de recaída es muy alto. Además, hay que señalar que hoy día, afortunadamente, la cirugía de la tuberculosis en el diabético evoluciona de una manera muy optimista y con unos resultados magníficos.

DOCTOR ALIX

Yo, por mi parte, estoy de acuerdo con el doctor Martínez Salinas, de lo que acaba de decir. Si alguno de los de la mesa quiere contestarle en algún sentido... Lo que ha dicho el doctor Martínez Salinas, digo, estoy de acuerdo.

DOCTOR MONTURIOL

El doctor Alix, en su magnífica exposición, al principio nos ha hablado que el 70 por 100 de los enfermos habían hecho el tratamiento incorrectamente. Una parte que no habían hecho el tratamiento y otra parte que lo habían hecho incorrectamente. Yo creo que tiene un gran interés saber, como ya apuntó el doctor Velasco, a qué se debe ese tratamiento incorrecto. Si se debe la culpa al enfermo, la discontinuidad o la interrupción, o si se debe al médico. Porque pienso que en el primer caso se impondría un tratamiento controlado y en el segundo la educación sanitaria de la que se habla en la mesa. Pienso, como el doctor Martínez Salinas, que la cirugía se está batiendo en retirada y que sus indicaciones son cada vez más limitadas, como se

está viendo en todos los países. Yo, a este respecto, quiero citar la observación mía en el congreso último de tuberculosis de Nueva York. A este respecto hay dos cosas contradictorias. Por una parte, los trabajos fundamentales que allí presentaron Canetti, Lester, Mullder y un japonés, cuyo nombre no recuerdo, sobre estudios en piezas de exéresis. Cuando el tratamiento está bien realizado, el porcentaje de esterilizaciones de las piezas de exéresis era extraordinariamente alto. Canetti apuntaba la posibilidad de seguir el examen bacteriológico durante dos años, al cabo de los cuales, si el enfermo había permanecido no bacilífero en cultivo, consideraba al enfermo como curado. Pero en contraposición de estos trabajos, que fueron a mi juicio impresionantes y que nos deben hacer meditar en ellos y cambiar nuestro criterio, estaba el trabajo de un inglés, Davis, concretamente, que presentó su estadística sobre una serie de cavernas detergidas seguidas en cinco años y en el 25 por 100 de ellas se habían producido en los enfermos una clínica muy aparatosa y una gran mortalidad. Entonces, con un fin preventivo o profiláctico, pienso que estas cavernas detergidas se debían intervenir.

DOCTOR ALIX

¿Hay alguien que discrepe?

DOCTOR GUERRA

Únicamente señalar que nosotros tenemos recogidas todas las posibles curaciones abiertas desde el año 60 hasta ahora. Según han ido intensificándose los medicamentos hemos ido consiguiendo un número de enfermos con posibles curaciones abiertas. Entonces hemos conseguido revisar y reclamar en el sanatorio a 75 casos; de ellos tenemos cinco casos de aspergeroma. Únicamente tenemos pendiente que hemos recogido los sueros en nevera porque vamos a hacer las pruebas de precepitina. Radiológicamente, únicamente de 75, en cinco casos había implantación. Las pruebas de precepitina no las hemos podido hacer en todos. En unos treinta, que están en observación.

DOCTOR ALIX

En cuanto a la pregunta que hacía el doctor Monturiol de por qué hicieron tratamientos incorrectos, bueno, eso es un problema que nos llevaría muy lejos y que no podemos desarrollar. Ahora, el doctor Coll Colomé.

DOCTOR COLL COLOME

Yo quería ratificar la opinión de la indicación quirúrgica que ha dado el doctor Guerra y quería añadir dos indicaciones más, a mi juicio. Téngase en cuenta que los que no tratamos la tuberculosis en ambiente sanatorial tenemos unos criterios un poco diferentes a ustedes. La primera de ellas, ya lo ha dicho el doctor Martínez Salinas, yo creo que la sucesión tuberculosis-diabetes es una indicación quirúrgica para evitar las posibles recidivas. La segunda es una indicación que nosotros llamamos social. He oído a los cirujanos de la mesa que a veces esperaban unos quince y dieciocho meses para considerar que el caso médicamente no era curado y que se debía presentar la indicación quirúrgica. En nuestro ambiente, y como indicación puramente social, hay enfermos que dado el poco riesgo de la intervención quirúrgica, el hablarles de una espera tan larga puede ser también una indicación. Por lo demás, estoy completamente conforme.

DOCTOR MANRESA

Yo solamente quisiera añadir que: primero, creo que la tuberculosis es una enfermedad médica; segundo, creo que se puede hablar de curación hoy más que hace diez años, porque no se trata solamente del foco séptico, sino también de la infección, y los antibióticos actuarán más o igualmente sobre la infección que sobre el foco séptico; tercero, creo que la cirugía es siempre complementaria en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, y cuarto, creo que la cirugía en la tuberculosis pulmonar es una partida a extinguir. Por consiguiente, yo termino diciendo, pues, que la cirugía tiene que plantearse en ese momento en que

una tuberculosis seguida clínicamente tiene el peligro de cronificarse. Creo que todo tuberculoso correctamente tratado desde el punto de vista medicamentoso, que después de dieciocho meses no haya curado con un criterio bacteriológico, radiológico e inmunológico, debe ser sometido a indicación quirúrgica.

DOCTOR ALIX

Muy bien, doctor Manresa, esa es mi opinión también; parece ser que la opinión de los cirujanos es la misma y también la de los clínicos.

DOCTOR BLANCO

Yo quería repetir lo que escribí ya hace muchos años, reiterando lo que estamos observando ahora. Que la cirugía de la tuberculosis se bate en retirada, cediendo el paso al tratamiento medicamentoso. El problema está en mejorar éste. Que los médicos conozcan bien la situación de éste y las pautas que difundió el P. N. A., evitando la monoterapia encubierta y siguiendo las pautas adoptadas internacionalmente. En cuanto a la caverna detergida sin bacilos, por método directo o por siembras, yo creo que en nuestro país, lo que propone Velasco de hacer cinco, seis o siete siembras seguidas, es imposible. Puede bastar en bastantes casos con una reiterada repetición de los exámenes bacterioscópicos directos. Una persona con una caverna, que está dos años en esas condiciones, es muy difícil para un médico mandarlo al cirujano. Naturalmente que siempre existen excepciones. Desde luego, hay que aceptar la curación clínica, a pesar de la persistencia de tuberculina positiva.

DOCTOR ZURITA

Desde luego, hay que señalar que las intervenciones quirúrgicas han eliminado por curación más del 15 por 100 de los tuberculosos crónicos graves que existían en los sanatorios, según nuestros datos. Los datos recogidos por los Servicios Centrales de

muestran palpablemente el aumento anual desde 1967 de las curaciones médicas.

DOCTOR ALIX

Es una pena no tener tiempo para ampliar más la discusión y tratar del resultado en los enfermos tuberculosos graves de las cavernostomías y aplicación directa de los medicamentos.

DOCTOR CALERO

Fundamentalmente, quiero señalar que en una empresa de la cual soy médico he vigilado durante años a enfermos tuberculosos residuales con cavidades sin haber observado en esos años signos de empeoramiento.

DOCTOR ZAPATERO

Se ha sostenido que el problema fundamental de la tuberculosis es eminentemente bacteriológico. Eso puede ser verdad para Amsterdam o para Copenhague, pero no para España. No existe actualmente ningún tuberculostático, ni existirá jamás, que sea capaz de curar esos casos graves de entrada, que nos ha presentado el doctor Alix. Si seguimos haciendo diagnósticos tardíos, los cirujanos tendrán todavía durante años quehacer en la tuberculosis. En cuanto a las cavernas detergidas, dudo mucho en aceptar este diagnóstico cuando son de más de dos centímetros de diámetro. Entonces, para decidir la cuestión, empleo con el enfermo el mismo procedimiento del doctor Tello, que es plantear la situación al enfermo y escuchar su decisión. Para saber si despiden o no bacilos tuberculosos las cavidades, creo muy aconsejable el estudio de la expectoración cuando estos enfermos se acatarran. He obtenido así más positividad que repitiendo los cultivos en contenido gástrico. Estando, naturalmente, sin tratamiento los enfermos, si no, no vale esto. En cuanto al tuberculoma, hace ya años me referí a él, en el Congreso de Estocolmo, presentando varios casos. Se ha dicho que es una bomba con

mecanismo retardado de relojería. Yo no he visto nunca la bomba ni el mecanismo de relojería.

DOCTOR ALIX

Y ¿cómo sabe que es un tuberculoma?

DOCTOR ZAPATERO

Por la pinta, doctor Alix.

DOCTOR ALIX

¿Cómo es esa pinta? El doctor Graham, en un simposio en la Sociedad de Cirugía Torácica Americana, después de tres días de discusión en los que no se pusieron de acuerdo, dijo: "Señores, no comprendo esta discusión. A mí el diagnóstico me lo da siempre el anatomopatólogo".

DOCTOR ZAPATERO

Es una frase muy ingeniosa. Pues aquellos tuberculosos siguen curados. La caverna tuberculosa rellena siempre plantea problemas más difíciles de resolver en cuanto a su indicación quirúrgica. Si no cambia de forma ni disminuye de tamaño, hay que operarla. En caso contrario, no es necesario.

DOCTOR CALERO

Me preocupa que en una asamblea de la categoría científica de la actual no se pueda decidir cuándo es el momento de aconsejar operar. Yo, personalmente, soy partidario de retrasarlo todo lo posible.

DOCTOR ALIX

Siento mucho que el tiempo de que disponemos haya terminado, no pudiéndose prolongar más las intervenciones ni la discusión. Muchas gracias a todos.