

NEUMOLISIS CERRADA INTRA- PLEURÍTICA*

(COMUNICACIÓN PRELIMINAR DE 200 CASOS)

por Jacob Smith

Del Hospital de Tuberculosis de Río Piedras, Puerto Rico

EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR por medio del neumotórax artificial tiene una gran importancia en Puerto Rico, pues como existen muchos casos de la enfermedad y escasean las plazas en los hospitales, es absolutamente necesario atender el mayor número de enfermos con un tratamiento ambulatorio.

Como en el 20 por ciento de los casos no se puede aplicar el neumotórax, porque éstos suelen presentar adherencias pleuríticas difusas, y como en el 50 por ciento de los casos restantes el neumotórax da resultado incompleto, a causa de que las adherencias existentes sobre la porción lesionada del pulmón impiden colapsarlo bien, nos hemos visto obligados a aplicar en muchas ocasiones el tratamiento cerrado intrapleural, según el método de Jacobsus. En este artículo presentamos el resultado obtenido en 200 casos tratados de esta manera en el Sanatorio Insular de Tuberculosis en Río Piedras, desde el mes de noviembre de 1936 a junio de 1937.

Ya hemos indicado que la mera presencia de adherencias no constituye una indicación para practicar la neumolisis, porque en muchos casos dichas adherencias no impiden el colapso requerido del pulmón. Pero creemos que es inútil practicar un neumotórax incompleto, para tratar después de dilatar las adherencias aumentando la presión intrapleural. No sabemos el tiempo que debe mantenerse el neumotórax para poder determinar su ineficacia. De aquí que, con la neumolisis aplicada tempranamente, no sólo se logrará cerrar las cavidades más pronto, sino que podremos escoger el momento oportuno para colapsar el pulmón.

Al seleccionar los casos para el tratamiento hemos tenido en cuenta varias circunstancias. Primero: que la interpretación roentgenográfica de las adherencias suele ser frecuentemente errónea; segundo: que no se puede determinar si han de romperse las adherencias, a menos que se practique una toracosopia directa; tercero: que la extensión de la resección depende, en cada caso, de que la lesión sea unilateral o bilateral; cuarto: que en algunos enfermos pueden obtenerse resultados

*Tomado de una conferencia pronunciada en la Escuela de Medicina Tropical, San Juan, P. R., en febrero 3 de 1938.

excelentes después de múltiples intervenciones, a pesar de que en el primer momento se les haya desahuciado.

Hemos utilizado en nuestras intervenciones un aparato de doble dispositivo: uno es el toracoscopio para visión directa, con lente para visión oblicua; el otro está provisto de galvanocauterio.

En el grupo de 200 enfermos pudimos observar nueve que tuvieron reacción febril, de una a dos semanas de duración. En cinco de éstos la reacción febril tuvo lugar mientras se formaba un derrame seroso; tres sufrieron de empiema tuberculoso puro; y en uno el empiema fué desde el comienzo producido por una infección mixta. En dos casos se produjo un enfisema subcutáneo no muy extenso. En dos ocasiones observamos una hemorragia profusa, y tres veces la hemorragia fué muy moderada. Estas hemorragias se consiguió siempre dominarlas por medio de la coagulación, sin que hubiera que lamentar ningún accidente postoperatorio. Todos los casos hemorrágicos tuvieron derrame intrapleurítico. No ocurrió ningún shock, ni se produjo en ninguno de los casos neumotórax espontáneo inmediato, ni tampoco neumotórax hipertenso traumático. En el 40.5 por ciento de los casos presentóse cierta cantidad de líquido pleurítico después de la operación, pero debe advertirse que en el 22 por ciento existía ya derrame antes de la intervención. En el 7.5 por ciento el empiema era exclusivamente tuberculoso. En una de las ocasiones se produjo un empiema por infección mixta, como resultado de una lesión producida en el parenquima pulmonar al tratar de desgarrar un gran pliegue adhesivo en una tuberculosis bilateral.

Como el objeto principal del tratamiento es conseguir que el esputo se convierta en negativo, al estudiar estos 200 casos lo primero que nos interesa es saber en cuántos ha ocurrido esto y qué ha sucedido en los que la neumolisis no se pudo realizar o resultó ineficaz.

Al analizar los datos estadísticos hemos clasificado los casos en distintos grupos: I y II, con lesiones unilaterales; III, con lesiones bilaterales en las que las del lado opuesto al intervenido pueden controlarse parcialmente por algún procedimiento; IV, con lesiones bilaterales, en las que la neumolisis resultó ineficaz o imposible de practicar, habiendo tenido que recurrir después a otra clase de tratamiento; V, con lesiones bilaterales, sin que se haya logrado controlar uno de los lados. Hay entre todos ellos ciertos casos en que sobrevino la muerte a consecuencia del tratamiento o en el curso del mismo.

Practicamos en total 246 intervenciones en los 200 enfermos. En 162 casos no se intervino sino una sola vez; en 35 casos hubo que intervenir 2 veces; 2 hubo que operarlos 3 veces, y un solo caso fué operado 4 veces.

El grupo de enfermos se componía de 104 pertenecientes al sexo masculino y 96 al femenino, cuyas edades oscilaban entre 11 y 50 años.

En 61 casos existía una sola adherencia que consistía en una cuerda, banda, pliegue o sínfisis pleural difusa. Los otros 139 casos restantes tenían adherencias múltiples.

En 104 casos (50.5 por ciento) incindióse la adherencia en toda su extensión; en 68 (34 por ciento) la incisión fué parcial; en 15.5 por ciento no hubo que incidir adherencias.

El grupo I, que comprende enfermos que presentaban lesiones unilaterales, se componía de 94 casos. En 55 casos de éstos, cortáronse las adherencias completamente, y 80.4 por ciento de este número dejaron de presentar bacilos en el esputo. A 25 casos se les incindió parcialmente las adherencias, y en el 68 por ciento de ellos el esputo se tornó negativo. En los 14 casos restantes (en que no se incidieron las adherencias), 6 (42.8 por ciento) tuvieron el esputo negativo. Pero hay que advertir que 4 de estos enfermos eran ya negativos antes de ser operados. En todo el grupo, 69 (73.5 por ciento) se tornaron negativos.

El grupo II comprende 6 enfermos con lesiones en un solo lado, a los que no se les pudo operar o fué ineficaz la operación y hubo que apelar a otro tratamiento. De estos 6, a 4 se les hizo la toracoplastia, y 3 (75 por ciento) tuvieron después el esputo negativo. A los otros 2 casos se les practicó la frenicectomía, y ambos dejaron de presentar bacilos en el esputo. En todo el grupo, 5 (83.3 por ciento) fueron negativos.

El grupo III (casos con lesiones bilaterales, más o menos controladas en un lado) se compone de 44 enfermos. En 28 casos llegóse a dominar la lesión de uno de los lados con neumotórax artificial, con el neumotórax y neumolisis en 9 casos, y con la toracoplastia en 7 casos. En los casos en que se practicó la neumolisis en un lado y neumotórax en el otro, se obtuvo negatividad del esputo en 46.4 por ciento. En los que se practicó la neumolisis bilateral, resultó negativo el 44.4 por ciento. En los que se practicó neumolisis en un lado y toracoplastia en el otro, el 57 por ciento fué negativo. Entre todos los que forman el grupo, 44 casos (47.7 por ciento) tornáronse negativos.

El grupo IV (lesiones bilaterales, sin poder controlar las de un lado, neumolisis imposible de practicar o ineficaz, teniendo que recurrir a otro tratamiento) se componía de 7 casos. Se practicó neumotórax en todo el grupo. El tratamiento subsiguiente fué la toracoplastia en 5 casos, 3 de los cuales tornáronse negativos. Los otros dos fueron frenicectomizados, pero no se obtuvo la negatividad del esputo.

El grupo V (con lesiones bilaterales, sin tratar de colapsar en el

primer momento el lado opuesto) se compone de 49 casos. A 22 casos se les incidieron completamente las adherencias; parcialmente, a 21, y no se incidieron a 6 casos. Entre todo el grupo sólo 6 casos (12.2 por ciento) tornáronse negativos.

En los 200 casos que componen todos los grupos, 104 (o sea, 52 por ciento) tuvieron el esputo negativo. En 66 casos calculamos el promedio de tiempo que tarda el esputo en hacerse negativo, resultando de 2 meses; en 16 casos, fué 4 meses, por término medio; en 17 casos, 6 meses; 5 casos, 8 meses, y un caso, 10 meses.

No hubo que lamentar ninguna muerte inmediatamente después de la operación, pero, en cambio, 21 fallecieron entre los 2 y 11 meses después. En los grupos I y II hubo 4 defunciones; en el grupo III, otras 4, y 13 en el grupo V. La muerte sobrevino en 17 casos por no haberse podido obstruir las cavidades existentes en el pulmón, progresando entonces la enfermedad; 3 defunciones se debieron a la formación de un neumotórax espontáneo que sobrevino a los 4 o 6 meses después de la intervención; y en un caso (con lesiones bilaterales muy avanzadas) se produjo a causa del empiema supurado (infección mixta) que sobrevino después de la traumatización que sufrió el pulmón al tratar de seccionar una adherencia.