

## **Destino del enfermo del Hospital Nacional para Tuberculosis: estudio comparativo de 100 pacientes dados de alta con cavernas curadas y 100 enfermos egresados después de haber sido sometidos a lobectomía pulmonar.**

DR. FERNANDO URBINA S.\*\*

Hace tres años publicamos un estudio preliminar sobre la actitud del Cirujano de Tórax ante enfermos con el diagnóstico de "Síndrome detenido cavitario" en tuberculosis pulmonar. Este nuevo trabajo complementa aquél y sirve como una muestra representativa de nuestra población egresada del Hospital Nacional para Tuberculosis.

Ha sido motivo de discusión, la conducta a seguir con aquellos enfermos que habiendo alcanzado un estado clínico satisfactorio, en el sentido de no presentar sintomatología, teniendo por lo menos tres meses de baciloscopías negativas, en buenas condiciones generales y con reabsorción importante de las imágenes radiológicas, han quedado portadores de áreas de pérdida de sustancia compatibles con cavernas; en síntesis el llamado síndrome de "abierto negativo" o "abierto curado" (1-3-9-11) o simplemente detenidos cavitarios como preferimos llamarlos nosotros. La alternativa se presenta ante la disyuntiva de someter a estos pacientes a cirugía reseccional o a mantener una conducta conservadora (1-3), permitiéndoles abandonar la institución y seguir sus tratamientos ambulatorios bajo una estrecha vigilancia especializada a nivel de Consulta Externa. Por otro lado se tiene la impresión fundamentada de que gran número de casos con indicación clásica primaria de exéresis lobar entraría, en poco tiempo, en la clasificación de detenido cavitario (5-6). A pesar de que en la literatura mundial se han presentado en los últimos años trabajos alusivos al tema en discusión (12-10), creímos pertinente ir haciendo nuestra propia casuística en vista de que los factores ambientales, étnicos, económicos, sociales, etc., tan diferentes los nuestros con los de otros países, introducirían factores de error en las conclusiones, que a la postre no darían un reflejo claro de la verdadera situación; es por ello que nos permitimos presentar este primer análisis con el afán de ayudar a formar criterio sobre bases más firmes en el problema que se ha dejado expuesto.

### **MATERIAL Y METODOS:**

Se tomaron 100 casos de enfermos egresados, a los cuales la Sesión Clínica del HNAT había clasificado como "activos mejorados cavitarios" o "detenidos cavitarios", comprendiendo en la primera clasificación a aquellos enfermos con tres meses de estudios bacteriológicos negativos y a los segundos

\*\* Hospital Nacional para Tuberculosis.

con un tiempo mayor que generalmente osciló entre los tres y los seis meses; así mismo se estudiaron los 100 primeros casos que fueron intervenidos en el HNAT a partir de 1958 y a los cuales se les practicó lobectomía o resección segmentaria pulmonar con indicación primaria preoperatoria de caverna tuberculosa ya activa o aparentemente inactiva. La distribución por edades fue similar en ambos grupos de 17 a 60 años para los casos médicos con un promedio de 36 años. Por sexos la distribución también fue semejante: 63% del sexo femenino para el primer grupo y 57% del mismo sexo para el segundo grupo. La distribución geográfica por lugar de origen de los enfermos estudiados guardó relación estrecha con la población hospitalaria en general y el estrato social al cual pertenecían tenía las mismas características de semejanza con la totalidad de los enfermos hospitalizados.

En vista de que la calidad de la Consulta Externa constituye un factor fundamental en el destino de los enfermos a su cargo (1) y con el objeto de evaluar aunque parcialmente la eficiencia de tal departamento obtuvimos el porcentaje que en ambos grupos correspondía a enfermos que habían hecho total abandono de la Consulta: 6% y 9% respectivamente en ambos grupos. Las cifras anteriores sin ser ideales son lo suficientemente satisfactorias para que los resultados finales tengan valor. El tiempo de observación fue un promedio de 4 años y medio para el grupo quirúrgico y de tres años y seis meses para el grupo médico, con máximos para ambos de 7 años y mínimos de 6 meses. Es útil advertir que hubo uniformidad de criterios en cuanto a terapéutica médica y quirúrgica, las operaciones fueron ejecutadas por el mismo grupo quirúrgico existiendo por lo tanto uniformidad de criterio técnico en ambas ramas, médica y quirúrgica.

#### RESULTADOS OBTENIDOS:

Este trabajo se ha hecho con el propósito fundamental de analizar las consecuencias más importantes derivadas del plan terapéutico empleado en un número de 200 casos —enfermos tuberculosos— con patología semejante, dentro de la relatividad del concepto, somos los primeros en hacer autocrítica en el sentido de que una verdadera justipreciación de cada enfermo conlleva estudios especializados que aquí se omiten, nos estamos refiriendo a broncoespirometrías, cateterismo cardíaco, etc., y sobre todo el grado de repercusión sobre corazón derecho, que a posteriori puedan tener los métodos terapéuticos usados; sin embargo ello será motivo de nuevos estudios.

Haciendo la salvedad precedente hemos agrupado a nuestros enfermos en las siguientes categorías:

1) Clínicamente curados: Entendemos con esta clasificación a pacientes que han mostrado inactividad clínica, bacteriológica y radiológica por lo menos dos años a los cuales se les han retirado los medicamentos y sus controles se efectúan cada seis meses o un año.

2) Controles detenidos o inactivos: Pacientes que han conservado después de su egreso buenas condiciones físicas, son asintomáticos, bacteriológicamente negativos y que no han cumplido dos años de inactividad o que aún se muestra algún cambio radiológico siempre en sentido regresivo.

3) Reactivados: Pacientes que habiendo salido negativos y en buenas condiciones generales tienen evidencia clínica, bacteriológica o radiológica de progresión del proceso tb. o reactivación de sus lesiones; necesariamente estarán positivos para ser clasificados como tales.

4) Muerte operatoria: El fallecimiento que acaece en el transoperatorio o dentro de los primeros 30 días post-operatorios.

5) Muerte tardía: El deceso del paciente más allá del mes después de la intervención pero achacable al mismo proceso tuberculoso.

Bajo esta nomenclatura nuestros resultados, tabulados por separado para los dos grupos fueron los siguientes:

	<i>Grupo médico</i>	<i>Grupo quirúrgico</i>
1)—Clínicamente curados .....	10%	52%
2)—Controles detenidos o inact. ....	70%	18%
3)—Reactivados .....	14%	21%
4)—Muerte operatoria .....	—	3%
5)—Muerte tardía .....	2%	1%

#### DISCUSION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS:

a) Clínicamente curados: cifra de 52% para el grupo quirúrgico; los casos médicos fueron apenas de 10%; ello significa que la intervención quema etapas por decirlo así y permite que un grupo de enfermos, más rápidamente se reintegre a sus labores habituales, sin embargo es de advertir que los enfermos clasificados como controles detenidos o inactivos en un 90% se encontraban trabajando a tiempo completo, lo que significa que no necesariamente han de caer en la clasificación anterior para considerarlos rehabilitados en un ciento por ciento. Sí podríamos concluir que la Cirugía expedita la Consulta Externa y la abarata por cuanto estos enfermos necesitan un control muy distante y no tienen tratamiento antibiótico.

b) Controles detenidos e inactivos: las cifras para los casos quirúrgicos fueron de 18% y para los médicos de 70%, en este renglón se invierten los términos y tenemos así que los enfermos sometidos a tratamiento médico en un alto porcentaje necesitan un control más estrecho en Consulta Externa con todas las implicaciones inherentes a ello, sobre todo en lo que se refiere al impacto económico sobre la Institución, este dato tiene verdadero valor que traducido al plano de la indicación terapéutica habrá de tomarse muy en cuenta: el factor de disponibilidad para seguir un estrecho control externo, pesará pues en la decisión final de la terapia a seguir; es útil hacer notar por otro lado que la Consulta bimensual, o trimestral introduce un factor educacional y de relación médico paciente importante en el destino no sólo del mismo enfermo sino de su conglomerado social en el que se desenvuelve, epidemiológicamente adquiere valor tal inter-relación, y se proyectará a no dudar en la total rehabilitación del paciente.

c) Reactivados: El estudio de los resultados en ambos grupos es quizá lo más interesante, la diferencia a favor de los casos médicos de 14% a 21% señala que existen factores asociados al acto quirúrgico que favorecen la reactivación. Desde ahora hemos de dejar anotado que hubo un denominador común en los casos reactivados en ambos grupos: la irregularidad en la consulta externa, la escasa cooperación del paciente, su nivel mental y educacional, etc., pero insistimos que tales factores fueron comunes en ambos grupos. Por

otro lado entre los problemas inherentes a Cirugía como contributorios a este capítulo de reactivados tenemos: problemas de no reexpansión del pulmón remanente en forma satisfactoria, problemas de cámara residual, fístulas y "pseudofístulas" bronquiales, etc.

En conclusión nuestra impresión es que pese a que la mortalidad operatoria fue dentro de límites muy satisfactorios, la morbilidad inherente al acto quirúrgico contribuyó en forma sustancial a las cifras de reactivación.

d) Muertes operatorias: la cifra de 3% para esta clase de Cirugía cae dentro de límites perfectamente tolerables y habla en forma clara del eficiente grupo quirúrgico que tuvo a su cargo las intervenciones, se hacen recalcar los magníficos resultados operatorios en este renglón por cuanto en cualquier centro hospitalario especializado en el extranjero, las cifras son absolutamente semejantes, lo que le da indirectamente a este estudio un mayor valor en el análisis de las cifras que se han dejado expuestas.

#### CONCLUSIONES:

1) Tanto el tratamiento quirúrgico como el médico en la resolución de enfermos tuberculosos con cavernas activas es útil y eficaz.

2) El síndrome de pacientes con cavernas abiertas negativas no necesariamente cae dentro de la indicación quirúrgica y por el contrario, en nuestro estudio el destino controlado de esos enfermos fue altamente satisfactorio. Habrá de evaluarse cada caso en particular teniendo muy en cuenta la "disponibilidad" del paciente para seguir una buena consulta externa.

3) El tratamiento quirúrgico produce un mayor número de enfermos "clínicamente curados" y por lo tanto rehabilita más tempranamente a esos enfermos.

4) El acto quirúrgico introduce factores de morbilidad más altos que en el grupo médico, dando por consecuencia una mayor tasa de reactivados.

5) La Consulta Externa es factor primordial en el destino de los casos sometidos a su cuidado y de su eficiencia dependerá el éxito o fracaso del tratamiento extra-hospitalario.

6) Las cifras de "abandono" de tratamiento (9% y 6% respectivamente para los grupos médicos y quirúrgico) fueron satisfactorias y reflejan una consulta externa eficiente y hablan por lo tanto en favor de la organización de la misma. Insistimos en que este dato proporciona resultados, en este estudio, más confiables.

Las conclusiones anteriores, derivadas de los resultados obtenidos tienen la relatividad propia de juicios emitidos sobre una casuística limitada, pero puede servir de base para análisis más profundos, todo ello, con el importante objetivo de ir conociendo mejor el material patológico con que trabajamos y los resultados obtenidos dentro y fuera de nuestros centros hospitalarios. El tiempo de 4 y medio años para un grupo y de 3 y medio para el otro puede no ser lo ideal pero, a nuestro juicio, es significativo y útil en la evaluación que se ha dejado expuesta.

## RESUMEN

Se estudió durante un lapso de 7 años el destino de 200 enfermos egresados del Hospital Nacional para Tuberculosis, 100 correspondían a pacientes "Detenidos cavitarios o Activos mejorados cavitarios" y 100 enfermos habían sido sometidos a lobectomías, cuya indicación había sido presencia de una caverna. Se analizan las causas comunes de reactivación de ambos grupos, se estudian las cifras correspondientes a cada modalidad en la clasificación final de los pacientes egresados. Se llega a la conclusión de que el tratamiento médico en los casos portadores de síndrome detenido cavitario es tanto o más eficiente que el tratamiento quirúrgico resectivo. Se hace énfasis en la utilidad de una buena Consulta Externa.

## SUMMARY

A follow up study was carried out for a period of seven years, in two hundred patients discharged from the Hospital Nacional para Tuberculosis; 100 patients were discharged as "Open Healed Cavitory Cases" and other one hundred had lobectomies for cavitory lesions. The common causes for relaps are reviewed for both groups, and the relapse incidence for each of them is analyzed.

It is concluded that the first group treated by medical means, gave the same or better results than the surgical one. The need for an efficient outpatient service is stressed.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.—CORPRE, R. F. AND BLALOCK, F. A.  
The Fate of the Patient with Persistent Cavitation and Noninfectious Sputum (Open Negative) after discharge from the Hospital. *American Review of Tuberculosis*, 1958; Vol. 77, pag. 765.
- 2.—BREUR, J.; ABELES HANS, CHAVES, AARON, D. AND ROBINS, ARTHUR R.  
Observations on Ambulatory Tuberculous Patients with Pulmonary Cavities and Noninfectious Sputum (The Open Healed Syndrome). *Amer. Rev. of Tub.*, Vol. 78, pag. 725; 1958.
- 3.—BELL, JOHN W.; DECKLER, JR.; ALFREDO, M. AND RALEIGH, JAMES W.  
A Comparison of the Results of the Surgical and the nonsurgical Treatment of tuberculous Patients with the Open Healing Syndrome, 1957. *Amer. Review of Tub.*, Vol. 75, pag. 538.
- 4.—PECORA, DAVIS D.  
The Importance of Pre-resection Drug Therapy for Pulmonary Tuberculosis. *Amer. Rev. of Tuberculosis*, 1959; Vol. 79, pag. 19.

- 5.—MEDLAR, E. M.  
The Behavior of Pulmonary Tuberculous Lesion. *Amer. Rev. of Tub.*, 1955; Vol. 71 (part two) pag. 345.
- 6.—POPPE DE FIGUEIREDO, F. AND DE PAOLA.  
Giant Cells Lining Healing Open Tuberculous Cavities. *Amer. Rev. of Tub.*, 1958; Vol. 78, pag. 140.
- 7.—THOMPSON J., ROBERT.  
The Character of Tuberculous Cavities as Seen in Surgically resected Specimens. *Amer. Rev. of Tub.*, 1955; Vol. 72-151.
- 8.—RUSEL, W. F.; DRESSLER, S. H.; MIDDLEBROOK, G. AND DENST, J.  
Editorial: Implications of the Phenomenon of Open Cavity Healing for the Chemotherapy of Pulmonary Tuberculosis, 1955. *Amer. Rev. of Tub.*, 71:441.
- 9.—THOMPSON, J. R.  
Open Healing of Tuberculous Cavities. Incidence and Phatology in 240 Resected Specimens, 1955. *Amer. Rev. of Tub.*, Vol. 72, pag. 601.
- 10.—AUBERBACH, O.; KATZ, H. L. AND SMALL, M. J.  
The effect of Streptomycin therapy on the broncocavitary junction and its relations to cavity healing. *Amer. Rev. of Tub.*, 1953; Vol. 67, pag. 173.
- 11.—AUBERBACH, O. AND SMALL, M. J.  
The sindrome of persistent Cavitation and ion infectious sputum during chemotherapy and its relation to the open healing of cavities. *Amer. Rev. of Tub.*, 1957; Vol. 75, pag. 242.
- 12.—ALTMANN, V. AND DIAZ, R. M.  
Cystic cavities in pulmonary tuberculosis treated with isoniazid. *Amer. Rev. of Tub.*, 1958; Vol. 77, pag. 221.