

Actitud del Cirujano de Tórax Ante el Problema de las Cavidades Abiertas de Origen Tuberculoso.

Por

Dr. Fernando Urbina Salazar *

El síndrome de "cicatrización abierta" (open healing) constituye uno de los fenómenos clínico-patológico más interesantes, aparecido en los últimos años en el campo de la Fisiología y de la Cirugía Torácica. Se ha dado en llamar cicatrización abierta a las lesiones cavitarias tuberculosas que se comportan como elementos no infecciosos y que forman únicamente una pérdida de sustancia prácticamente inespecífica dentro del parénquima pulmonar. Así, se ha observado gran número de pacientes tuberculosos cavitarios en los cuales su único signo de tuberculosis es la persistencia radiográfica de imágenes cavitarias.

La investigación tomó incremento cuando la observación posterior de estos enfermos demostró estabilidad clínica, bacteriológica y radiológica en un gran número de casos que constituirían un coeficiente estadístico digno de tomarse en cuenta. Fue confirmada la impresión inicial por muy serios estudios en el material resecado durante las intervenciones quirúrgicas. En tal forma que varios autores concluyen ofreciendo estadísticas de hasta un 10% de los especímenes resecados en toda clase de resecciones por tuberculosis en que encontraron cavidades cicatrizadas o en vías de cicatrización. Estos hechos nos llevan a plantear una serie de interrogantes de sumo interés para los médicos que trabajan en este campo y que es preciso analizarlas.

1°—¿Cuáles son las bases clínicas o clínico-patológicas en que se apoya el llamado síndrome de cicatrización cavitaria?

* Del Hospital Central del Seguro Social y del Hospital Nacional para la Tuberculosis.

2º—¿Qué factores han intervenido para que la cicatrización se produzca?

3º—¿Qué futuro tienen aquellos pacientes con la impresión clínica de cicatrización abierta cavitaria?

4º—¿Qué correlación existe entre el estado clínico (bacteriología, radiología) con los estudios anatómo-patológicos e histopatológicos.

5º—Por último, la pregunta problema que nos ha llevado a buscar esta información. ¿Qué criterio debe seguir el cirujano ante esta clase de enfermos? ¿Debe operar? ¿Merita una Toracotomía, con todas sus implicaciones de un enfermo que puede estar "curado"? Debe, por otra parte, correr el riesgo de una evolución regresiva o reactivación de la lesión que se creyó curada?

A fin de ordenar nuestro estudio trataremos de ir analizando cada una de estas interrogaciones con el propósito de ver si es posible obtener alguna pauta en la decisión terapéutica final.

En primer lugar, nuestra propia experiencia, hablando como propia lo hecha hasta la actualidad en Costa Rica, es escasa y adolece del defecto que no está computada sino en una parte estadísticamente despreciable, las observaciones nuestras son pues de casos aislados, de pequeños grupos y de estudios anatómo-patológicos muy escasos, en vista de ello es necesario recurrir al criterio de los autores extranjeros, en especial de los norteamericanos para tratar de adoptar sus resultados con la experiencia progresiva que vayamos adquiriendo. Claro es, que ello lleva en sí un error que debemos desde ahora admitir: los factores raciales no corresponden con los nuestros y sobre todo los marcos socio-económicos dentro de los cuales se mueven los enfermos norteamericanos son por completo diferentes a los nuestros, sin embargo, sin aún de hacer comparaciones insistimos en que la experiencia de ellos aquilatada a la luz de los razonamientos anteriores, puede ser de gran valor para la justipreciación de nuestros resultados y por ende de la norma de nuestra conducta terapéutica ante esos problemas.

Al hablar de síndrome de cicatrización abierta en Tuberculosis admitimos dos grupos: a) El síndrome clínico y b) el síndrome patológico e histo-patológico el enunciado en sí de este complejo sindrómico explica per se el ángulo desde el cual se ha estudiado. Para poder clasificar a un grupo de pacientes desde el punto de vista clínico los autores se refieren a enfer-

mos con Tuberculosis estabilizada por lo menos 6 meses, dicha estabilización deberá haber sido comprobada clínica, bacteriológica y radiológicamente, la primera por enfermos por completo asintomáticos, la segunda por persistente negatividad en las series de lavados gástricos, esputos, inoculaciones al cuyo, etc., y la tercera por ausencia de imágenes que sugieran actividad excepto la persistencia de sombras cavitarias. A esta situación clínica llegan los enfermos gracias al tratamiento antituberculoso con los antibióticos específicos, a saber: Hidracida del ácido isonicotínico P. A. S., y estreptomina especialmente, en tal forma que después de ocho meses de tratamiento en un lote de enfermos tomados al azar, pero vírgenes de antibióticoterapia previa se podrían clasificar en la siguiente forma:

- 40% de enfermos cerrados negativos
- 40% de enfermos abiertos negativos
- 20% de enfermos abiertos positivos

Vemos así que es un importante cuarenta por ciento de pacientes que caen dentro de la consideración del síndrome que nos ocupa. Ahora bien, si analizamos el futuro que ha de correr ese lote de enfermos en los años posteriores a su salida del Hospital nos encontramos con muy variadas estadísticas y con cifras extremas entre el 8% y el 40% de reactivación en los cinco años posteriores. Es de capital importancia el análisis de los coeficientes de reactivación. Una de las observaciones más valiosas es el grosor de las paredes de las cavernas residuales, sobre ello se ha encontrado que las imágenes de cavernas cuyas paredes eran considerablemente gruesas formaban el principal grupo de casos reactivos. Este hecho nos circunscribe aún más el lote de enfermos que hemos de escoger para clasificarlos como "open healing". Es curioso, y cabe resaltar el hecho que en todas las casuísticas consultadas (ver bibliografía) en ninguna se consigna el motivo de reactivación como debido o explicado por el grupo de complicaciones potenciales que toda pérdida de parénquima pulmonar lleva consigo: a saber:

- a) Ruptura.
- b) Hemorragia.
- c) Supuración.

A pesar de que no existe un análisis cuidadoso de las condiciones, socio-económicas en las cuales se movieron los enfermos a su salida del Hospital, varios autores, presentan un índice de 43% de actividad ilimitada a los tres años después de su

egreso, con un 25% de enfermos que trabajaban sus horas normales además del 43% de actividad ilimitada.

Podríamos concluir en primer lugar que el futuro de los enfermos con el síndrome clínico de cicatrización abierta no representa riesgo importante cuando devolvemos el paciente a su ambiente doméstico, sin crear por ello ningún problema sanitario. El control especializado de una organizada consulta externa con sus proyecciones sociales hasta la propia casa del enfermo ofrece mayor seguridad ante esta situación.

Hemos discutido someramente algunos factores importantes del síndrome clínico, debemos ahora enfocar el problema desde el punto de vista anatómico-patológico.

Para poder considerar una cavidad tuberculosa cicatrizada o en vías de cicatrización se han de llenar varios postulados:

1º—Las paredes cavitarias están transformadas en un plano de tejido conectivo del cual habrán desaparecido todos los signos de especificidad.

2º—No habrá contenido tuberculoso en la cavidad.

3º—No será posible recobrar bacilos tuberculosos, viables de la pared de la caverna o de su contenido.

Ante esta situación existen diversas opiniones, que en ocasiones llegan (Medlar) a negar el proceso de curación de una cavidad mientras ella persista. Sin embargo, al respecto, en opinión de Thompson y colaboradores la desaparición o falta de elementos tuberculosos y su reemplazo por tejido fibroso constituye por sí curación del proceso patológico. Johnson y Hewitt hablan de cavernas quísticas para no dejar la impresión de especificidad que implica la palabra caverna, por otra parte Swamy y Col., se refieren a "bulas tuberculosas" indicando que las paredes tienden a convertirse en finas láminas de tejido conectivo sin epitelio, con una superficie lisa y libre de caseum y de tejido de granulación. Otros autores se refieren a esta condición patológica denominándolas como vesículas, pseudoenfisematosas o bulas esclero enfisematosas, etc., etc., nosotros tenemos la impresión de que el término de cavernas abiertas corresponden con la realidad y da una idea objetiva del cuadro anatómico-patológico, los otros nombres que se han anotado como vía de ilustración nos parece, complicaría innecesariamente la nomenclatura de ese síndrome, hemos llamado la atención únicamente

para demostrar que quienes se ocupan del asunto creen firmemente en la evolución cicatricial que experimentan las cavidades tuberculosas.

Al hacer una descripción histopatológica de estas cavernas los autores hacen hincapie en que no existe membrana epitelial separando el tejido fibroso del lumen excepto en las cercanías del bronquio de avenamiento en las que el epitelio bronquial se introduce por decirlo así dentro de la cavidad, pero en el resto lo que existe en realidad es una verdadera hialinización de la pared en la que los elementos celulares han desaparecido junto con el material necrótico y se convierte esa pared en una fina lámina de tejido conectivo que le separa del lumen, este proceso lento y es posible ver un adelgazamiento progresivo de la capa necrótica con sustitución cada vez mayor de fibras colágenas del lumen cavitario.

Para hacer llegar a este cuadro histopatológico se ha concluido, que la esterilidad de la pared depende de la intensa destrucción de bacilos, producida por los antibióticos y la acción final limpiadora de los macrófagos, muchos de los cuales se transforman en células epiteloides y células gigantes, luego, un bien vascularizado tejido de granulación rodea la pared de la cavidad y probablemente persiste la acumulación de adecuadas concentraciones de antibióticos en el lumen de la cavidad cuando la presencia de las drogas se hace más necesaria.

En los párrafos anteriores hemos presentado un bosquejo general de lo que constituye el llamado síndrome de cicatrización abierta en tuberculosis, ahora bien, la actitud terapéutica del cirujano ante esos enfermos reviste capital importancia en el futuro de los mismos. Para poder llegar a una conclusión final debemos balancear el pro y el contra de cada una de esas dos gruesas líneas terapéuticas, la médica, conservadora y la quirúrgica técnicamente agresiva.

La Cirugía Torácica ha tenido en los últimos decenios adelantos técnicos que permiten practicarla con relativa seguridad, sin embargo la tuberculosis constituye una enfermedad que provoca tales cambios anatómicos y fija en tal forma las estructuras, que en ocasiones el acto quirúrgico adquiere características sumamente difíciles de vencer, concretando: en nuestro medio y con ligeras variantes en el extranjero, la mortalidad en resecciones pulmonares por tuberculosis promedia cifras que oscilan alrededor del 3% además otro tanto si no más no se refiere a la morbilidad en cuanto a complicaciones graves y aún un

porcentaje importante difícil de evaluar corresponde a reactivaciones post-quirúrgicas. Las casuísticas de los diferentes grupos operatorios están en relación directa con el patrón usado para la selección de los casos, con la propia experiencia del mismo team quirúrgico y sobre todo con las condiciones socio económicas a las que se va a devolver al paciente después de una intervención reseccional, sin embargo los datos y las cifras anotadas pueden ser una idea de donde partir en la justa apreciación de lo que la Cirugía Pulmonar de este tipo representa para los pacientes tuberculosos.

Por otro lado un elevado tanto por ciento de pacientes operados se pueden considerar libres de enfermedad tuberculosa a los pocos meses de intervenido y la gran mayoría de ellos son reincorporados a las actividades previas a su enfermedad, en fin las bondades de la Cirugía Reseccional en Tuberculosis ha sido un capítulo ampliamente discutido y aceptado en todo el mundo y nosotros únicamente hemos querido llamar la atención sobre algunos aspectos que es necesario tener en cuenta para poder normar imparcialmente la conducta terapéutica en ese importante lote de pacientes con el síndrome de cicatrización abierta en tuberculosis.

Por otro lado la conducta ecléctica, conservadora requiere ante todo una muy buena consulta externa especializada en la que se incluye un Servicio Social capaz de mantener estrecho contacto con los pacientes egresados del Hospital. En este aspecto vale la pena insistir en la opinión y en la experiencia de autores extranjeros así: Joseph Breur, Hans Abeles Aaron D. Chavez L. Arthur B. Robins del Bureau of Tuberculosis, del Departamento de Salud de New York, en una revisión de 94 enfermos y un control sobre los dos años y medio de promedio encontraron cifras de estabilización de 84 por 10 reactivaciones. En otro estudio R. F. Corpe y F. A. Blalock del Battey State Hospital Georgia U. S. A., en una estadística de 159 enfermos evaluados cinco años después encuentran un coeficiente de reactivación del 8.8% con una mortalidad del 3.8%. En otro estudio Bell y Col en 1950 enfermos de una cifra de 40% de reactivación. Tales son los datos más importantes en relación con el pronóstico de estos enfermos. Hemos de considerar aún detalles dignos de mencionarse; varios autores se manifiestan a favor de la tesis reseccional aduciendo el hecho frecuente de haber encontrado en el examen bacteriológico de las cavernas reseccadas bacilos tuberculosos, es decir, que al síndrome clínico no correspondió la imagen hisopatológica, o bien que el proceso de cicatrización aún no estaba completo y la cavidad fue rese-

cada prematuramente, sin embargo desconocemos, y no hemos podido encontrar en la literatura consultada si tales bacilos hallados en esas condiciones son en realidad patógenos y no únicamente viables, esto es que si cultivan y si inoculados al cuyo producen las modificaciones típicas de la lesión tuberculosa, esa es una incógnita que habría de despejar para poder valorar en forma integral el hecho de encontrar bacilos tuberculosos en las cavernas que han sido tratadas por largo tiempo.

Hemos estudiado en las líneas precedentes los diferentes aspectos a considerar en este problema, el criterio que nos hemos formado al respecto basado en lo anterior y en la escasa experiencia nuestra se resume en la siguiente forma:

1º—Se hace indispensable una rígida valorización de los casos para poderlos incluir como portadores de una o varias cavernas tuberculosis cicatrizadas o en vías de estarlo. Ello implica todo un armamentarium diagnóstico para hacer estudios verdaderamente exhaustivos en buena de actividad tuberculosa.

2º—A medida que nuestra experiencia nos lo vaya indicando en esta selección de enfermos serán cada vez mejor y los resultados irán lógicamente en relación directa.

3º—Nosotros tenemos una concepción del problema Hospital Consulta Ex Servicio Social, en la que, en situaciones ideales, la Institución se ha de proyectar hacia el hogar por medio de estos últimos departamentos, en tal forma que al hablar de Egresados del Hospital lo será únicamente desde el punto de vista físico ya que seguirá en estrecho control que bien se podría hablar de traslado de Departamento en lugar de "Salida". En otros países (Venezuela) se cumple a cabalidad lo anterior cuando crearon un centro de Rehabilitación anexo al Hospital.

En nuestro medio nosotros creemos que a mejor Consulta Externa y Servicio Social menor de enfermos habrán de ser intervenidos.

4º—En conclusión es nuestro criterio que la Actitud del Cirujano ante aquellos enfermos que han sido catalogados con el síndrome de cicatrización abierta en Tuberculosis estará regida por la existencia o no factores ambientales que permitan que esa idea de proyección del Hospital al hogar sea una realidad y consideramos por lo tanto que estará justificado a plenitud el reserocar lóbulos o segmentos pulmonares en enfermos,

cuyas condiciones culturales, emocionales, etc., no garanticen una disciplina fuera del Hospital o en aquellos casos en que por razones económicas, geográficas, etc., el control se haga difícil o nulo.

Así cuando las condiciones a que tanto nos hemos referido aseguran un acucioso control en la Consulta Externa hemos creído que los datos precedentes justifican una actitud de vigilancia armada que progresivamente puede ir reincorporando a los enfermos a las fuentes de producción nacional.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—R. F. CORPRE and F. A. BLALOCK. 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. Pág. 765.
- 2.—J. BREUR, HANS ABELES, AARON D. CHAVES AND ARTHUR R. ROBINS. Observations en Ambulatory Tuberculous Patients with Pulmonary Cavities and Noninfectious Sputum ("The open Healing Syndrome"). *Amer. Rev. of Tub.* Vol. 78 - 1958. Pág. 725.
- 3.—JOHN W. BELL, ALFREDO M. DECKER, Jr. and JAMES W. RALEIG. A. Comparison of The Results of the Surgical and the Monsurgical Treatment of Tuberculous Patients with the "Open Healing Syndrome". 1957 *Amer. Rev. Of Tub.* Vol. 75. Pág. 538.
- 4.—DAVIS D. PECORA. The Importance of Preselection Drug Therapy for Pulmonary. *Tuberculosis Amer. Rev. of tub.* 1959. Vol. 79, pág. 19.
- 5.—E. M. MEDLAT. The Behavior of Pulmonary Tuberculous Lasions. *Amer. Rev. of Tub.* 1955 Vol. 71 (part Two). Pág. 345.
- 6.—F. POPPE DE FIGUEIREDC AND DE PAOLA. Giant Cells Lining Healing Open Tuberculous Cavities. *Amer Rev. of Tub.* 1958. Vol. 78. Pág. 140.
- 7.—J. ROBERT THOMPSON. The Character of Tuberculous Cavities as Seen in Surgically resected Specimens. *Amer. Rev. of Tub.* 1955 Vol. 72. Pág. 601.
- 8.—W. F. RUSEL Jr., S. J. DRESSLER G. MIDDLEBROOK AND DENST. Editorial: Implications of the Phenomenon of Open Cavity Healing for the Chemotherapy of Pulmonary Tuberculosis 1955 *Amer. Rev. of Tub.* Vol. 71. Pág. 441.
- 9.—J. R. THOMPSON "Open Healing". Of Tuberculous Cavities. Incidence and Phatology in 240 Resected Specimens. 1955. *Amer. Rev. of Tub.* Vol. 72. Pág. 601.
- 10.—AUBERBACH, O., KATS, H. L. and SMALL M. J.. The effect of streptomycin Therapy on the bronchocavitary junction and its relation of cavity healing. *Am. Rev. of Tub.* 1953 Vol. 67. Pág. 173.
- 11.—AUBERBACH, O., and SMALL, M. J., The syndrome of persistent Cavitation and non infectious sputum during chemotherapy and its relation to the open healing of cavities. *Am. Rev. of Tub.* 1957. Vol. 75 N° 242.
- 12.—ALTMANN, V. and DIAZ R. M. Cystic Cavities in pulmonary tuberculosis treated with isoniazid. *Amer. Rev. of Tuberc.* 1957 77, N° 221.