

PRESENTACION DE VIDEO

PULMON DESTRUIDO TUBERCULOSO

*Dres. Elías Hurtado Hoyo * MAAC, Miguel A. Galmés MAAC,
Néstor Spizzamiglio MAAC y Analía Pedernera **.*

El pulmón destruido tuberculoso es una patología grave provocada por la acción directa del bacilo de Koch y/o por las secuelas definitivas o irreversibles que éste produce, caracterizadas por daños bronquiales, vasculares y parenquimatosos. Si bien en la actualidad los programas de control de la TBC y la quimioterapia han disminuído la incidencia de pulmón destruído los cirujanos aún somos consultados periódicamente por esta patología que nos plantea interrogantes tanto en la faz diagnóstica como terapéutica. Ofrecer respuesta a esta problemática es un verdadero desafío dado el alto riesgo de estos pacientes a veces en situaciones críticas funcionales, nutricionales, y bacterianas que necesitan la integración de un equipo multidisciplinario especializado.

MATERIAL Y MÉTODO

Entre junio de 1981 y mayo de 1989 se registraron 42 casos de pulmón destruído tuberculoso en el Hospital Tornú y la práctica privada; 16 enfermos (38,09%) consultaron asintomáticos y se mantienen en control ambulatorio y 26 (61,9%) con síntomas persistentes de distinta gravedad. Tres de ellos (7,14%) fallecieron durante la primera semana de internación por insuficiencia respiratoria severa y los otros 23 (54,76%) fueron resueltos con tratamiento quirúrgico, motivo de esta presentación. Estos 23 enfermos se presentaron con sintomatología grave y reiterada que obligó a gestos quirúrgicos menores para lograr la estabilización clínica necesaria para encarar la terapéutica definitiva.

En 7 casos la hemoptisis fue el motivo de la consulta, en 8 predominó el síndrome infeccioso supurativo broncopulmonar, en 7 la supuración pleural (empiema) fue la causa y un paciente se presentó con baciloscopia positiva. El examen funcional respiratorio global mostró cifras muy bajas de capacidad vital (CV) y volúmen espiratorio forzado (VEF), en algunos casos con 500 cc de CV, que condicionan la cirugía de resección en principio. Estos enfermos fueron sometidos a broncoespirometría o centellograma de ventilación/perfusión que demostró que el pulmón afectado contribuía con 0% o cifras similares a la función respiratoria permitiendo cirugía resectiva o de colapso con un mínimo de seguridad.

La intervención quirúrgica de elección es la pleuroneumonectomía, que se realizó en 18 casos (78,2%); los 5 restantes presentaban escasa reserva funcional y condiciones clínicas graves que impidieron la resección, se les realizó una toracoplastia en tiempos sucesivos como tratamiento definitivo.

Todas las pleuroneumonectomías fueron abordadas por toracotomía vertical ampliada, variante I.

RESULTADOS

No hubo mortalidad en esta serie, egresando todos los enfermos curados. La morbilidad fue alta, con complicaciones en 8 enfermos (34,18%). Presentaron empiema pleural con fístula bronquial 3 casos, empiema sin fístula otros 3, hubo un caso de hemotórax que requirió una retorcotomía y 1 enfermo con supuración de herida.

DISCUSIÓN

Es necesario realizar una cuidadosa preparación para llevar un enfermo en las mejores condiciones clínicas y

* Profesor Adjunto UBA, Jefe de Departamento de Cirugía del Hospital Durand, Miembro Académico Titular.

** Patóloga del Hospital Tornú.

Presentado en la Academia Argentina de Cirugía, sesión del 23 de octubre de 1991.

nutricionales para la cirugía. El compromiso del pulmón contralateral es una constante que es necesario conocer debido a la escasa reserva funcional de estos enfermos. En el aspecto pulmonar tiene capital importancia la reducción o la ausencia de la supuración bronquial mediante el

drenaje postural, la kinesioterapia intensiva y la broncoaspiración repetida, así como el manejo intraoperatorio con intubación selectiva endobronquial (sondas de Carlen o similares); estos pasos son fundamentales para mantener estas cifras de mortalidad y reducir las complicaciones.