

REACTIVACIONES TUBERCULOSAS POSTRESECCION

Dra. OLGA MURAS

La exéresis usada como complemento del tratamiento quimioantibiótico cuando éste ha fracasado, ha contribuido a cambiar el panorama actual de la curación de la enfermedad tuberculosa. También tuvo el mérito de permitir conocer más profundamente la patología y juzgar mejor la eficacia medicamentosa.

A medida que la aplicación de las drogas se hizo más adecuada, asociada y prolongada, el tratamiento quirúrgico fue desplazado, a tal punto que el número de resecciones fue descendiendo en los años sucesivos, ya que los enfermos que reciben tratamiento bien llevado por primera vez, raramente van a la cirugía.

Es en los resistentes a drogas mayores y vueltos a tratar, que se plantea con mayor frecuencia la exéresis. Reconocemos que en ellos es una indicación audaz donde el equipo medicoquirúrgico debe abrirse paso entre múltiples dificultades, pero en donde también una buena técnica junto a reglas de medicación antibiótica van haciéndole perder la mala reputación que tenían hasta hace poco tiempo por su alto grado de morbilidad.

Es lo que pensamos demostrar con el material clínico que expondremos más adelante.

Al estudiar las reactivaciones postexéresis comprenderemos las nuevas manifestaciones de la enfermedad, por comprobación bacteriológica, radiológica o clínica, en pacientes que no habían alcanzado todavía el estado no evolutivo o de curación (*recrudescencias*) o las que aparecen poco tiempo después que se ha obtenido un estado no evolutivo, de por lo menos seis meses después de la intervención (*recaídas*). También incluimos dentro de las complicaciones de naturaleza tuberculosa, la persistencia de positividad postoperatoria inmediata.

Comprenderemos las reactivaciones *precoces* (dentro del año y medio) y las *tardías* apareciendo después de esos plazos y a veces varios años después. Pueden ser uni o bilaterales; comprenden pulmón, pleura o incluso bronquios.

Se incluyen entre las *homolaterales*: 1) empiemas localizados (pleural, peripédicular o interparietopleural) fistulizados en bronquio o en parénquima con siembra potencial; representan la contaminación per o postoperatoria, a veces invisibles radiológicamente y muchas veces con latencia prolongada y en donde el tratamiento antibiótico adecuado del primer año del postoperatorio es el arma profiláctica más eficaz. 2) *Reactivaciones* del parénquima remanente, generalmente en lóbulos que sufren la reexpansión.

En las reactivaciones *controlaterales* se responsabiliza de ellas a la presencia de lesiones bacilares preoperatorias más o menos aquietadas, donde el tratamiento anterior no tuvo efecto esterilizador.

FACTORES A TENER EN CUENTA EN LAS REACTIVACIONES POSTRESECCION

1) *Bacteriología de la expectoración*.—El grado de positividad bacilar en el momento de la intervención es de importancia fundamental. Considerando como *negativos* aquellos pacientes que presentan cultivos estériles, por lo menos desde tres meses antes de la operación; en todas las estadísticas tienen bajo porcentaje de recaídas (2 al 4%), mientras que en los bacilíferos son 4 a 5 veces mayor.

2) *Parénquima restante*.—Frente a la resección *radical* donde (extirpada la lesión responsable) el resto del parénquima se halla indemne, existe la *paliativa* donde lesiones remanentes son fuente de futuras reactivaciones homo o controlaterales.

3) *Bacteriología de la pieza de resección*.—Este nuevo paso en el estudio, ha dado importantes aportes al problema de las recaídas. Aunque en general se puede decir que hay una correspondencia entre la bacteriología del esputo y de la pieza operatoria, no siempre es así. En un pormenorizado estudio, Canetti (10), entre 243 pacientes que fueron negativos a la operación, halló 54 (24%) que resultaron positivos en el cultivo de la pieza; en ellos halló 10% de recaídas frente a 1,6% de 184 piezas estériles. En contraposición señala 15,6% de recaídas en 122 pacientes con baciloscopia positiva en el esputo y en el espécimen operatorio.

Estas cifras demuestran con elocuencia el rol que juega en la aparición de las recaídas la población microbiana: cuando la lesión es estéril el volumen de la lesión no incide en la evolución postoperatoria (2% de recaída); si el número de bacilos hallados es débil ese porcentaje sube a 10% y si son numerosos llega a 17% (análisis cuantitativos realizados por Canetti).

4) *Sensibilidad bacteriana.*— La persistencia de cavidades abiertas positivas con gérmenes *resistentes a drogas mayores* es uno de los problemas terapéuticos más arduos, a tal punto que muchos autores atribuían a este factor la aparición de mayor número de fístulas, siembras, empiemas, postoperatorios, etc.

Ya Holland y col. (12), en 1956, establecieron que los abiertos positivos sensibles tenían mejores resultados postoperatorios y vislumbraron para los resistentes un mejor porvenir cuando se protegieran con drogas de segunda línea. Pecora y Yegian (25) establecen más tarde los buenos resultados con dos drogas y mejores aún usando tres. Aquí también incide el número total de bacilos, a tal punto que lesiones paucibacilares aunque eran resistentes, pueden no complicarse aún ante cobertura antibiótica insuficiente, mientras que si la población microbiana resistente es muy numerosa, puede a veces dar nacimiento a reactivaciones, aunque se use más de una droga a la que son sensibles. La protección quimioantibiótica en este tipo de pacientes es lo más importante, cualquiera sea la envergadura de la resección que se les practique en el sentido de su extensión.

MATERIAL CLINICO

Hemos tomado un grupo demostrativo de 20 pacientes que ingresaron al Instituto de Enfermedades del Tórax de la Colonia Saint-Bois por lesiones cavitarias con esputos que no habían curado su lesión con las drogas mayores antibacilares. Clínicamente se mostraban como resistentes secundarios, habiendo recibido la mayoría de ellos tratamiento erróneo antes de ingresar. El estudio de la sensibilidad "in vitro" mostró que 18 eran resistentes a las drogas mayores y eventualmente a algunas de las menores. Se aplicaron drogas subsidiarias preoperatorias en distintas asociaciones adecuadas a cada caso y se indicó la exéresis por persistir cavidades con baciloscopia positiva o negativa, considerando como criterio de negatividad el tener por lo menos cultivos negativos, tres meses antes de la intervención y repetidos mensualmente.

Tipo de exéresis.— Se realizaron:

Neumectomías	5
Lobectomías	13
Segmentectomía	1
Cavernectomía	1

La observación postoperatoria fue la siguiente:

9 a 5 años	4
4 a 1 año	12
Menos de 1 año	4

Resumiremos las condiciones preoperatorias de los 20 pacientes

Se operaron 10 *positivos* todos resistentes y 10 *negativos*, de los que 8 eran resistentes y 2 sensibles.

El resultado bacteriológico postexéresis fue:

Positivos resistentes	10
Persistieron ...	3
Se negativizaron	7
Negativos	10
Persistieron negativos (sensibles)	2
Persistieron negativos (resistentes)	8

La positividad postoperatoria global fue de 15%, mientras que la positividad postoperatoria entre los resistentes fue de 16,6%.

Haciendo el estudio comparativo de la bacteriología del esputo preoperatorio y pieza operatoria en 14 pacientes * (cuadro I) hubo concordancia en 3 (cultivo + en ambas) y no lo hubo en 3 (positividad de esputos frente a esterilidad de la pieza anatómica).

Hubo coincidencia absoluta en 8 en el sentido de la negatividad.

Cuando se estudió la sensibilidad en cepas recuperadas, en tres piezas operatorias hubo coincidencia, demostrando resistencia bacteriana de ese material en relación a la expectoración en cuanto a las drogas estándar, no así siempre frente a las menores. En estas piezas se halló evidencia anatomopatológica en actividad tuberculosa en todas, mientras que en las negativizadas o con escasa actividad, así como escasos nódulos caseosos limitados, en un solo caso se sorprendió un bronquio con escasa actividad específica.

* Trabajo realizado en equipo con S. Piovano de Lista (anatomopatóloga) y J. Briozzo, del Laboratorio de Bacteriología de la Colonia Saint-Bois (Director: A. Pena).

Cuadro I

COMPARACION BACTERIOLOGICA

Espetos bacteriológicos con bacteriología y anatomía patológica de pieza operatoria

Obs. N°	Cultivo esputos	Sens.	Bacteriología pieza operatoria			Anatomía patológica			Actividad postoper.
			Directo	Cultivo	Sensib.	Pared cavitaria	Bronquio	Nódulos	
12	+	R.	+	+	R.	Activ. tbe. moderada	—		Neg.
14	+	R.	+	+	R.	Activ. tbe. moderada	—	Caseosos.	(+)
17	+	R.	+	+	R.	Activ. tbe. moderada	—		Neg.
9	+	R.	N.	N.		Caseum calcific.	Act. tbe. moderada	Caseosos	Neg.
4	+	R.	N.	N.		Activ. tbe. moderada	—	(escasa activ.).	Neg.
16	+	R.	N.	N.		Cicatrizada.	—		(+)
1	N.	R.	N.	N.		Activ. tbe.		Caseosos.	Neg.
3	N.	R.	N.	N.		N° cav.		Caseosos.	Neg.
5	N.	R.	N.	N.		Epitelizada.		Caseosos.	Neg.
6	N.	R.	N.	N.		Activ. tbe.	Bronquiectasias.	Caseosos.	Neg.
7	N.	R.	N.	N.		N° cav.		Caseosos (escasa activ.).	Neg.
8	N.	R.	N.	N.		N° cav.		Caseosos (blandos).	Neg.
10	N.	S.	N.	N.		Esclerosa.		Caseosos (escasa activ.).	Neg.
13	N.	S.	N.	N.		N° cav.		Caseosos.	Neg.

II

CAUSAS DEL FRACASO DEL TRATAMIENTO

Obs. N°	Lesión preop.	Bacil. preop.	Exéresis	Postoperatorio		Causas favorecedoras	Tratamiento
				Lesión	Bac.		
20 (1960)	Cavidades pulmón der.	(+)	Neumonec. INH + OS	Infiltr. sup. izq.	(+)	Lesión ant. pulmón izq. reactivada.	Trecator.
14 (1966)	Lobitis excavada sup. ñer.	(+)	Lobectomía sup. ñer. PZ + KN	Granuloma muñón bronq.	(+)	Omisión de ingestión de drogas en el postoperatorio inmediato.	Capreomicina + Ethambutol
16 (1966)	Cavidades L. S. I. Nódulos L. I. I.	(+)	Lobectomía sup. izq. PZ + KN + OS		(+)	Persistencia lesiones L. I.	Capreomicina + Ethambutol