NIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

ATAMIENTO QUIRURGICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR (Revisión de 100 casos de Resección).

TESIS

presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos de Guatemala

por

JUAN RAFAEL MINERA DE LEON

en el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, noviembre de 1964.-

oooooooooooooooooooooPLAN DE TESIS :

INTRODUCCION

I.- CONSIDERACIONES GENERALES

II.- ANATOMIA QUIRURGICA DE LOS PULMONES

III.- SELECCION DEL PACIENTE QUIRURGICO

IV.- INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

V.- TIPOS Y PROCEDIMIENTO OPERATORIO EMPLEADO

VI.- CASUISTICA Y ESTADISTICAS

VII .- COMENTARIOS

VIII.- CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

dos de alta y no teniendo un hogar donde ser acogidos , fueron trasladados al Sanatorio Elisa Martínez de Anti-- gua Guatemala, ignorándose como han evolucionado, en mi opinión, dicha evolución ha de haber sido favorable, ya que en caso contrario, hubieran sido de nuevo referidos al cirujano que los operó. El resto de los casos incluye a aquellos pacientes que no se han presentado a uno sólo de los controles, contribuyendo lo que he dado en llamar "casos de ausentismo absoluto", para diferenciarlos de aquellos que vienen a uno o varios de sus controles y luego, por razones no determinadas, no vuelven a presentarse a citas posteriores, lo cual podríamos calificar como "ausentismo relativo".

El control post-sanatorial consiste en una evolución periódica global que comprende:

a. Clínica: historia y examen físico.

b. Estudios bacteriológicos: exámenes de esputo o lavados gástricos, con cultivos de los mismos e investigación de resistencia a las drogas, si fuera necesario, y

c. Estudio radiológico: placas corrientes, en distintas posiciones: lordosis, tomografías, etc.; triada ésta de factores indispensables para poder orientar la conducta a seguir con tales pacientes.

Los resultados obtenidos por estos estudios son anotados y compilados en los archivos del Sanatorio para su ulterior utilización en los mismos controles y para estudios de casuística y estadísticas como el que nos ocupa.

En el presente estudio se expondrá ideas personales - quienes se tomó el trabajo, basadas en la experiencia- tratamiento quirúrgico de la tuberculosis en nuestro dio.

I

CONSIDERACIONES GENERALES

Las intervenciones quirúrgicas más empleadas actualmente para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar son: la resección pulmonar y la toracoplastía; cada una de ellas tienen indicaciones y contraindicaciones precisas y definidas, pero en ciertas circunstancias llegan a complementarse o ser fruto de decisión durante el propio acto operatorio.

La resección pulmonar es la que más se acerca al tratamiento curativo de la enfermedad, siempre que las condiciones del paciente lo permitan y que la enfermedad se encuentre suficientemente localizada, analizando detenidamente, previa la operación, la posibilidad de que existan lesiones que no sean evidentes en los estudios radiográficos, cosa que sucede muy frecuentemente y que a los cirujanos acostumbrados a estas intervenciones no sorprende, ya que corrientemente llegan a encontrarse tuberculomas de algunos milímetros de diámetro o cavernas con material caseoso de gran positividad bacteriológica que no fueron visualizadas a los rayos X pre-operatoriamente.

Existe también el peligro potencia de lesión residual en el pulmón contralateral e incluso en el lado operado suelen quedar los ganglios linfáticos que sirvieron de drenaje a la región pulmonar extirpada, que también pueden

ser fuente de origen de reactivación de la enfermedad.- Lo anterior, con el objeto de aclarar que no se puede,- aún con intervención quirúrgica, de CURACION sino de INACTIVIDAD de las lesiones tuberculosas, por lo - que se impone que deba insistirse suficientemente en el tratamiento médico post-operatorio que deberá seguir el paciente que ha sufrido una intervención pulmonar de re sección por Tuberculosis.

La Toracoplastía por su parte, fue antes del adveni miento de la resección pulmonar, la operación más em- pleada para tratar la tuberculosis; su importancia ha dis minuído desde entonces, pero en medios como el nues- tro, con los tipos de tuberculosis con los que nos toca - tratar, con enfermedades de evolución muy larga, loca- lización extensa, predominio pulmonar bilateral y con - futuro terapéutico incierto, sigue siendo un procedimien to quirúrgico de actualidad y, en determinados casos ,- el único procedimiento que nos llega a proporcionar la negativización bacteriológica en pacientes profusa y lar gamente tratados, con la ventaja de no alterar en extre- mo la capacidad funcional respiratoria, ni como podría esperarse, producir deformidad externa muy evidente co mo consecuencia de la operación.

II

ANATOMIA QUIRURGICA DE LOS PULMONES.

La técnica actual de la cirugía pulmonar, que con- siste en ligar por separado las estructuras hiliares, fue creada hace unos 20 años, sustituyó a la ligadura en - masa que se efectuaba y rápidamente tomó el lugar que ocupa en la técnica quirúrgica.

Es obligación del cirujano pulmonar conocer bien la anatomía de hilio del órgano, la disposición de to- das y cada una de las estructuras, así como las varieda des más frecuentes que pueden encontrarse para poder- así localizar la lesión, extirparla y conservar en lo po- sible el tejido sano hasta donde se encuentre indicado, evitando así las complicaciones tanto operatorias como post-operatorias.

Creo conveniente describir la anatomía quirúrgica del pulmón, antes de entrar a considerar las técnicas - de resección.

Segmentos Broncopulmonares.

Anatómicamente ambos pulmones son semejantes y, aunque el pulmón derecho tiene 3 lóbulos y el izquier- do sólo 2, existe en este último equivalentes anatómi— cos que los igualan. La diferencia principal consiste -

en la ausencia del lóbulo medio en el lado izquierdo, - pero en su lugar, formando cuerpo con el lóbulo superior se encuentra la porción lingular correspondiente. Otra diferencia más acuciosa, es la de que mientras en el lóbulo superior derecho existen 3 ramificaciones del bronquio principal, en el lado izquierdo sólo existen 2, por fusión de los segmentos pulmonares apical y posterior - (bronquio apico-posterior). Lo mismo sucede en los lóbulos inferiores, ya que en el derecho existen 5 segmentos, en el izquierdo hay sólo 4, por no existir en dicho- lado el llamado segmento cardíaco o mediobasal.

Las ramificaciones bronquiales para los distintos segmentos pulmonares tienen función independiente, poseyendo cada uno de ellos sus respectivas arteria y vena, - siendo posible identificar bronquio y vasos, sin alterar la fisiología normal de los segmentos vecinos y sin lesionar vasos de importancia.

La terminología de los segmentos broncopulmonares- más aceptada es la de Jackson y Huber, terminología - que facilita la localización más o menos exacta de una- lesión pulmonar o bronquial al efectuar estudios broncoscópicos y broncográficos.

SEGMENTOS BRONCOPULMONARES
(Jackson y Huber)

Lóbulos	Segmentos pulmonares derechos	Segmentos pulmonares izquierdos
Superior	Apical Posterior Anterior	Apicoposterior Anterior Lingular superior Lingular inferior
Medio	Lateral (Externo) Medial (Interno).	
Inferior	Superior Mediobasal Anterobasal Laterobasal Posterobasal	Superior Anteromediobasal Laterobasal Posterobasal

Los segmentos descritos en el cuadro anteior pueden identificarse en la Fig. No.1.

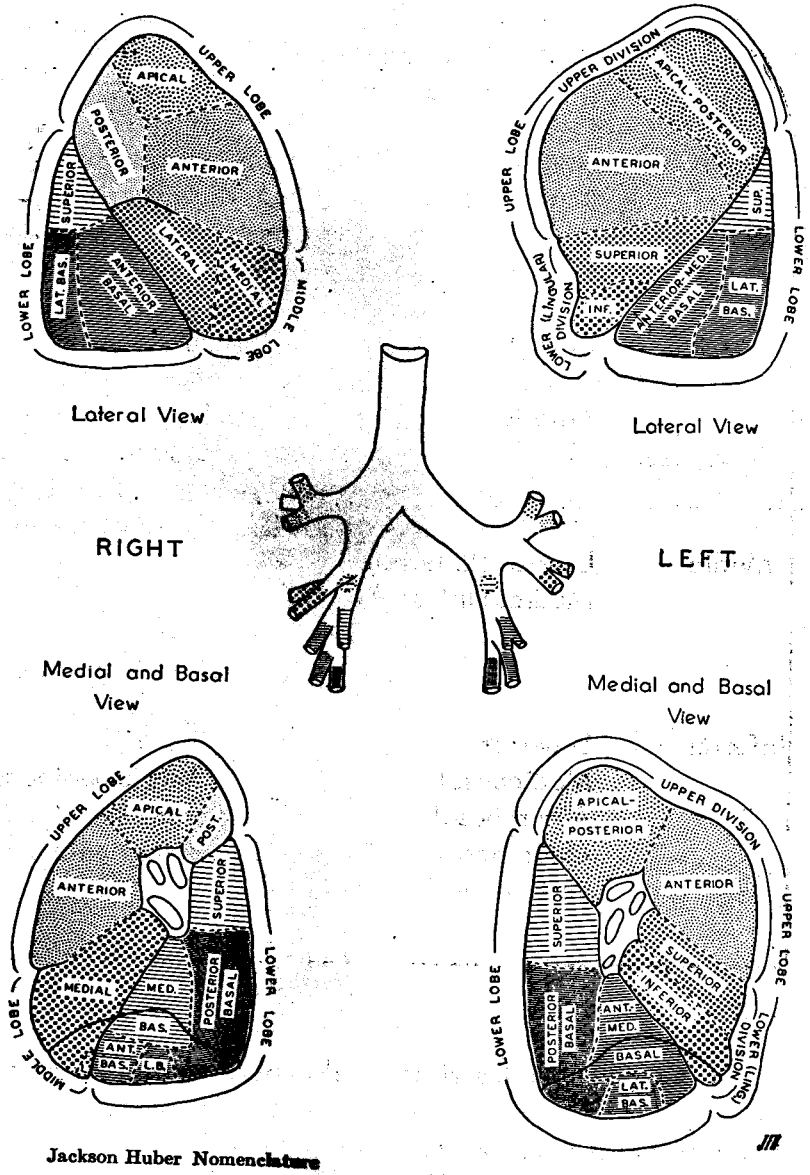


Figura No.1
Segmentos broncopulmonares.

Hilio Primario

Las estructuras que pasan del mediastino a los pulmones son, de atrás adelante: bronquio principal, arteria pulmonar y venas pulmonares (superior e inferior).- Por debajo del hilio pasa, del mediastino al pulmón, el ligamento pulmonar, reflejo pleural que se extiende - hasta la parte interna más baja del pulmón. Del lado derecho, el hilio se relaciona estrechamente con la vena cava superior, parte de la aurícula derecha, nervio frénico y vasos pericardiofrénicos.

La vena ácigos se encuentra por debajo del hilio - derecho, luego pasa, formando un cayado, sobre el - bronquio principal.

Del lado izquierdo, por delante del hilio, hace - prominencia el saco pericárdico que es atravezado por el frénico, la aorta y su cayado rodean el hilio para - luego descender por detrás de él.

A ambos lados, por delante de los hilios, los plexos pulmonares anteriores y por detrás, los nervios vagos y las arterias bronquiales.

Vasos pulmonares.

Las arterias segmentarias siguen adosadas a los - bronquios respectivos, toman los mismos nombres y se - subdividen con ellos; las venas, al contrario, son más intersegmentarias y no guardan tan estrecha relación - con los bronquios.

Vasos del pulmón izquierdo.
(Ver figuras 2A y B y 3 C)

Arteria pulmonar izquierda: Cuando abandona el saco pericárdico se halla por encima y algo por delante del bronquio principal izquierdo, luego rodea por detrás el bronquio del lóbulo superior, llega a la cisura interlobar dá ramas para los lóbulos superior e inferior. El tronco apicoposterior nace cuando el tronco principal alcanza el bronquio del lóbulo superior, se divide luego en 2 ramas : apical y posterior, pero pueden nacer dichas ramas en forma independiente del tronco principal directamente, en lugar de hacerlo como tronco común; la rama segmental anterior puede presentar en su nacimiento diversas anomalías de localización. Las ramas lingulares pueden nacer en tronco común o 2 ramas independientes y suelen hacerlo en un plano más inferior que la o las ramas anteriores. El resto del tronco principal de la arteria, sigue su trayecto adosada al bronquio del lóbulo inferior, para terminar en ramas segmentales que siguen a sus respectivos bronquios secundarios.

Venas pulmonares izquierdas: La vena pulmonar superior izquierda es la estructura más anterior del hilio y recibe tributarias del lóbulo superior izquierdo correspondientes a los segmentos apicoposterior, anterior y lingular; todas ellas son superficiales y fáciles de exponer por disección. Como anomalía de la vena lingular inferior, puede vaciarse en la vena pulmonar inferior.

La vena pulmonar inferior se halla por detrás y debajo de la vena pulmonar superior, en la parte más superior del ligamento pulmonar y entre las capas pleurales del mismo. Se expone fácilmente movilizando hacia adelante

l lóbulo inferior, al que drena, siendo 2 las tributarias rincipales: la rama principal y la basal, formada esta ltima por las tributarias de los 4 segmentos basales.

Vasos del pulmón derecho.
(Ver figuras 3D y 4 E-F)

Arteria pulmonar derecha: Sale del pericardio y se coloca por debajo del bronquio principal, penetra en la cisura horizontal y continúa hacia abajo y afuera, por delante del bronquio del lóbulo superior. Antes de penetrar en la cisura nace el tronco superoexterno que da las ramas apical y anterior; ya en la profundidad de la cisura nace la rama posterior, que lleva dirección ascendente. Variaciones: las ramas apical y anterior pueden nacer por separado en el tronco principal. La arteria ascendente posterior puede nacer de la arteria al lóbulo medio o de la segmental superior.

Las ramas arteriales al lóbulo medio nacen en la parte anteroinferior del tronco principal al nivel en que la arteria pasa por las cisuras horizontal y oblicua. Pueden nacer por separado o haber una tercera rama arterial accesoria. La rama al segmento superior del lóbulo inferior nace al mismo nivel que las del lóbulo medio y las 4 ramas basales nacen antes de penetrar en el parénquina o inmediatamente después.

Venas pulmonares derechas: La vena pulmonar superior derecha se halla por debajo y adelante de la arteria pulmonar, recibe tributarias de los lóbulos superior y medio que, de arriba abajo son: la vena apical anterior que recibe sangre de los segmentos apical y anterior, la

vena inferior que drena también el segmento anterior - (superficie inferior del mismo); por detrás y en tronco común con las anteriores, la vena posterior, que drena - el segmento posterior, luego las venas que vienen del lóbulo medio.

La disposición de la vena pulmonar inferior derecha es exactamente igual que su homónima del lado izquierdo.

Las arterias bronquiales nacen de la aorta, de cualquiera de los vasos del cayado o de las intercostales superiores en número de 1 a 3 ramas para cada lado. Se acercan al bronquio principal por detrás, para penetrar en su porción membranosa para dividirse en arterias - bronquiales ventrales y dorsales. Las venas bronquiales son pequeñas y sin importancia, desembocan en las venas ácigos y hemiácigos.

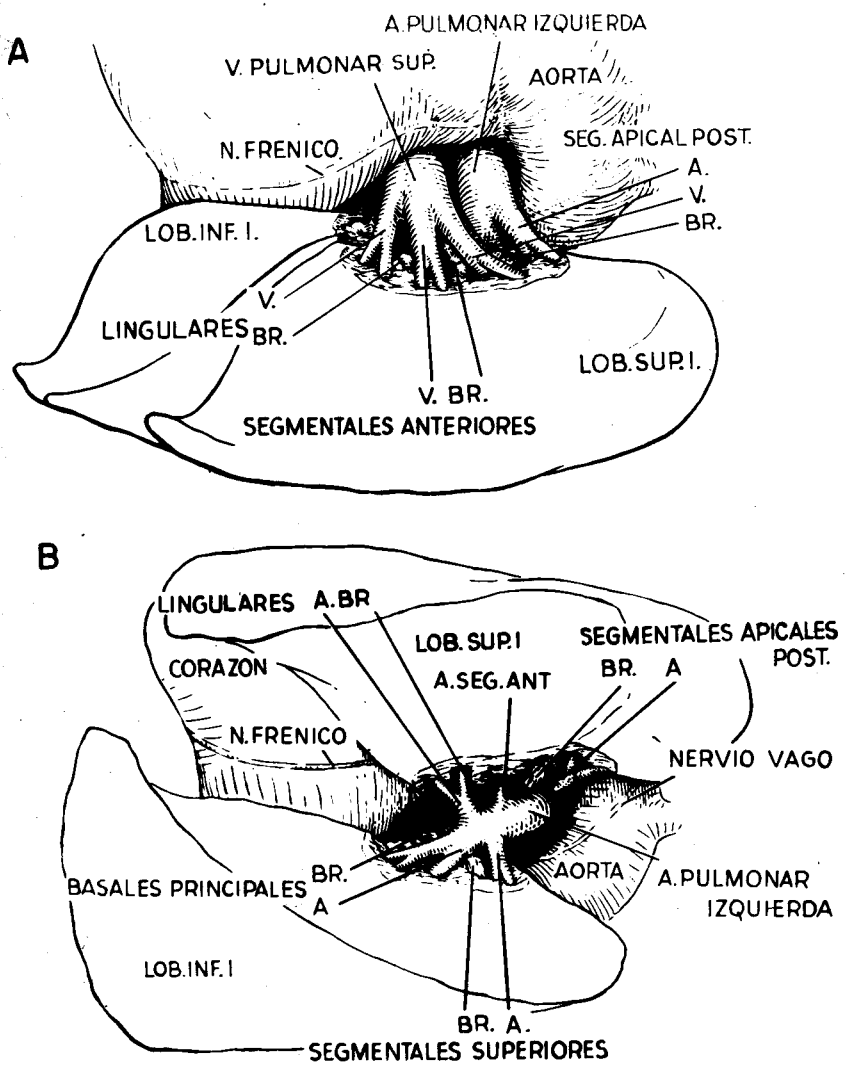


Figura No. 2
Anatomía del Hilio pulmonar.

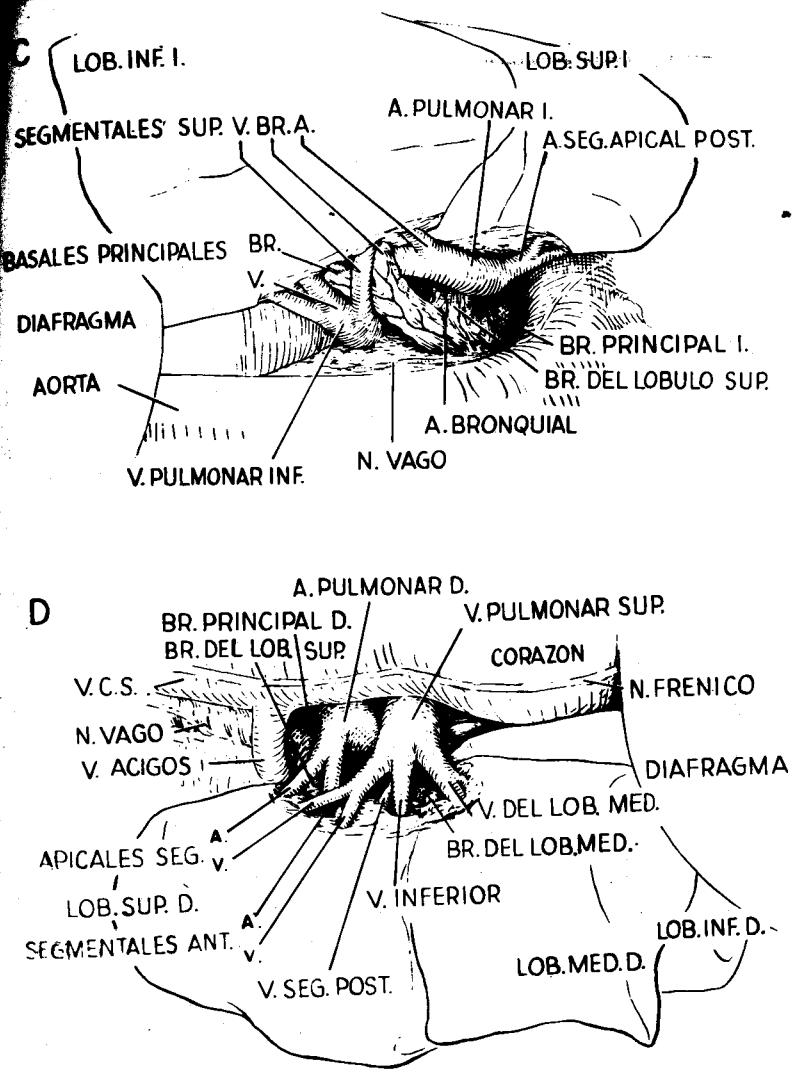
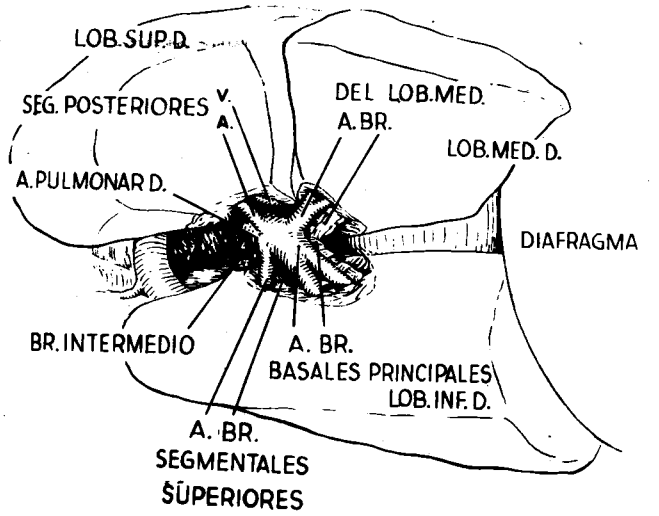


Figura No.3
Anatomía del Hilio pulmonar.



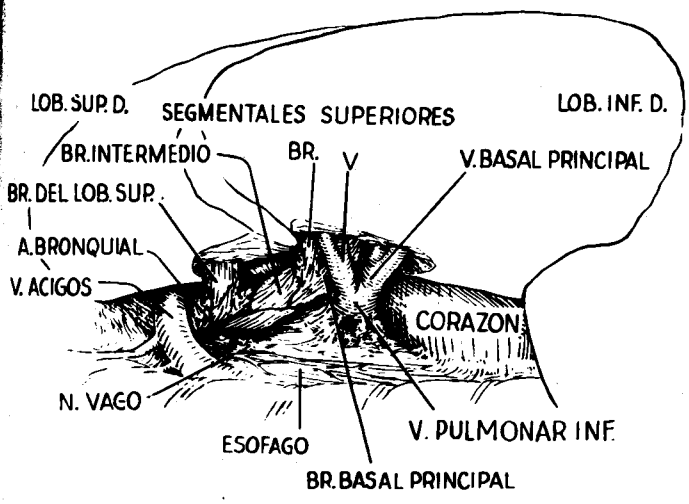


Figura No. 4
Anatomía del Hilio-pulmonar.

III

SELECCION DEL PACIENTE

La resección pulmonar requiere mucha prudencia - al seleccionar el candidato a operar; para esto, lo - más conveniente es emplear un criterio clínico, individualizando cada caso, sin menospreciar el empleo de algunas reglas útiles, que ayudan en la selección quirúrgica que se está efectuando.

Entre los factores más importantes que el tisiocirujano debe tomar en cuenta en la selección de su caso,- creo conveniente mencionar los siguientes:

a. Tipo de lesión: Deberá ser en lo posible, una lesión localizada, de preferencia única, tratando de descartar la presencia de enfermedad contralateral, sobre todo si se piensa en la posibilidad de extirpar todo un pulmón. Si está indicada cirugía bilateral, deberá hacerse en casos de enfermedad lobular o segmental manifiesta localizada en cada - pulmón, sin signos activos de enfermedad y con una reserva funcional respiratoria normal.

b. Edad: factor de gran importancia: los jóvenes y particularmente los niños, resisten muy bien las intervenciones, incluso bilaterales. En nuestro medio sanatorial, por la condición del paciente, debe actuarse con mucha cautela al indicar cirugía de resección en pacientes mayores de 40 años ya

que son casos que post-operatoriamente pueden llegar a complicarse con insuficiencia respiratoria, paros cardíacos e incluso elevar la tasa de mortalidad quirúrgica y por lo tanto representa un riesgo mucho mayor para el enfermo. Posiblemente en pacientes en mejores condiciones socio-económicas y mejor estado físico, la edad para la resección pulmonar sin mayor peligro, podría ser más alta, como se vé corrientemente en la práctica. En general las dificultades de reexpansión del tejido pulmonar remanente, el enfisema asociado, los problemas de espacio residual y las complicaciones, aumentan en relación directa con la edad.

c. Estado del paciente: el paciente tuberculoso que debe ser intervenido deberá encontrarse en buen estado general, que su estado nutricional se encuentre restablecido, que los niveles sanguíneos se encuentren dentro de los límites normales, que sus emunctorios funcionen correctamente, que sus exámenes de evaluación cardiocirculatoria, capacidad funcional respiratoria, pruebas hepáticas y renales sean normales. Clínicamente hablando, bajo el punto de vista de Tuberculosis deberá tratarse de un paciente estabilizado, lo que quiere decir que no haya manifestado sintomatología ni signos de actividad al examen físico, que no haya disminución de peso, que la eritrosedimentación esté normal, que no haya cambios evolutivos a los controles de Rayos X; con respecto a la bacteriología puede dársele menos importancia, ya que en ciertos casos la misma cirugía puede ser la que llegue a negativizar al enfermo.

tratamiento antituberculoso recibido debe ser considerado para tomar en cuenta de qué drogas se dispone para el tratamiento médico post-operatorio o para ser cauto al intervenir ya que un paciente saturado de medicamentos, no sólo puede haber desarrollado resistencias a los antibióticos usados, sino que también la misma saturación limita las posibilidades terapéuticas post-operatorias.

Así pues, deberán investigarse síntomas y signos de intolerancia a las drogas y resistencias in vitro.

Enfermedades asociadas: de particular importancia y de relativa frecuencia es la asociación Diabetes y Tuberculosis que, como se sabe, una y otra se influyen desfavorablemente en su evolución y tratamiento. Requiere aclaración especial el hecho de que, bajo ningún punto de vista, deberá considerarse a la diabetes como contraindicación de la cirugía para tratar la Tuberculosis, por el contrario, una lesión susceptible de ser resecada debera estimular al cirujano tisiólogo a extirpar ese foco de tanto peligro para el enfermo y, considerarlo así lo más precozmente posible, ya que constituye mayor peligro para el paciente diabético que para el que no lo es.

La Ulcera Péptica es otra asociación con tuberculosis digna de mencionarse, porque se influyen mutuamente y sobre todo porque nos sitúa ante un paciente lábil neurovegetativo, a quien debemos tratar quirúrgicamente de un órgano vital como es el pulmón.

Otro cuidado que debe tenerse en la selección del

paciente candidato a cirugía pulmonar es el de investigar el uso reciente de Corticosteroides como tratamiento de enfermedad tuberculosa o no.

Tuberculosis y embarazo: no contraindica la intervención cuando la paciente se encuentra en condiciones óptimas y la cirugía está indicada, el único cuidado que deberá tenerse es el de no operar dentro del primer trimestre de embarazo o hacerlo cuando el producto de la concepción ya sea viable.

e. Condición socio-económica: su importancia consiste sobre todo, en que el paciente tuberculoso es generalmente, persona de nivel socio-económico bajo, cuyo problema pende de resolución; estamos entonces ante el caso de un paciente a quien la cirugía va a abreviar su estancia lejos de la familia a quien debe sostener o cuidar o quien encontrándose en condiciones quirúrgicas, teme operarse y deberá convencérsele que es la única forma como se lograría su curación en término menor.

f. Personalidad: Deberá valorarse este factor tratando de prever posibles problemas de colaboración del propio paciente durante el periodo perioperatorio.

La toracoplastía, por su parte, es un procedimiento de colapso que es aplicable en los pacientes que llenan los requisitos mencionados, en casos quirúrgicos con bacteriología reiteradamente positiva y sin localización de sus lesiones, en pacientes viejos, etc.; de todas maneras, la toracoplastía

tiene sus indicaciones precisas como veremos en el capítulo correspondiente, pero exige menos requisitos mínimos que el tratamiento de resección.

IV

INDICACIONES, CONTRAINDICACIONES Y COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA PULMONAR POR TUBERCULOSIS

Como se dijo al principio, las intervenciones quirúr as más usadas para el tratamiento de la tuberculosis - monar son, al menos en nuestro medio, la cirugía de ección pulmonar y la toracoplastía, por lo que en el so del presente trabajo me limitaré a mencionar lo - tinente a ellas.

En líneas generales, la resección pulmonar, como bién ya se ha mencionado, es el procedimiento que - s se acerta al tratamiento curativo de la enfermedad,- nando en consideración que la resección elimina el fo de infección por extirpación, mientras que la toraco- astía lo hace por cicatrización dejando el tejido en- mo dentro del organismo.

dicaciones de Resección Pulmonar.

Tuberculoma: este puede ser manifestación secunda- ria de una caverna con bronquio obstruído, que se- cundariamente se llenó de material caseoso, pero - también puede ser manifestación primaria de conden sación focal caseosa, que puede evolucionar hacia la cavitación secundaria. Estos factores deben o- rientarnos hacia la deducción de que no forzosa- - mente debe existir bacteriología positiva en estos -

pacientes. Pueden hacernos sospechar de que se trata de una tumoración pulmonar. La resección es tratamiento obligado en estos casos.

b. Cavidades:

1. Cavidades abiertas con o sin esputo positivo.
2. Cavidades residuales, generalmente como manifestación de fracaso de la toracoplastía.
3. Cavidades a tensión: manifestación de un mecanismo o válvula producido por enfermedad bronquial, generalmente tuberculosa. Consecutivamente hay engrosamiento de las paredes de las cavernas haciéndose inaccesibles al tratamiento médico y colapsoterapia.
4. Cavidades en lóbulos inferiores, que debido a la amplitud de los movimientos respiratorios de dichos lóbulos, su tratamiento es difícil y tiende a recidivar.
5. Cavernas múltiples refractarias a tratamientos conservadores.

c. Pulmón destruído: la destrucción puede ser segmental, lobular o unilateral total; requiere extirpación siempre que el resto del parenquina se encuentre libre de enfermedad, factor que se vuelve indispensable cuando la destrucción es de un pulmón completo.

d. Tuberculosis cavitaria o no, en diabéticos; ya se recalcó la importancia de operar a estos enfermos, por lo que no se insistirá más en ello.

e. Bronquiectasias residuales consecutivas a Tuberculosis; pueden ser segmentales, lobulares o más extensas.

Atelectasia: segmental, lobular o más extensa, generalmente debida a broncostenosis por enfermedad bronquial asociada.

Hemoptisis incontrolables por medidas conservadoras; es una indicación relativa, que acarrea un riesgo operatorio muy grande, sobre todo cuando se efectúa por urgencia.

Cavidad o bullae enfisematosa que se rompe, con neumotórax secundario, enfermedad extensa unilateral y pulmón contralateral sano. Indicación relativa.

Enfermedad bilateral localizada, con función respiratoria normal, que de acuerdo con su localización y extensión puede requerir intervención bilateral en dos tiempo o resolverse en un sólo tiempo mediante el aborde contralateral por vía transmediastínica anterior.

Contraindicaciones:

a. Tuberculosis evolutiva.

b. Pacientes con función respiratoria deficiente.

c. Enfermedad cardíaca, renal o hepática asociada.

d. Lesiones contralaterales extensas.

e. Pacientes tuberculosos irrecuperables.

Complicaciones:

a. Shock hipovolémico

b. Hemotórax

c. Empiema

d. Problemas de espacio residual.

e. Fístula broncopleuracutánea.

f. Infecciones secundarias (de la herida operatoria, urinaria, neumonía, etc.)

g. Acidosis y alcalosis respiratorias.

h. Reactivación de lesiones antiguas.

i. Insuficiencia cardiorespiratoria post-operatoria.

j. Paro cardíaco.

Indicaciones de Toracoplastía:

Es una operación con indicaciones precisas en Tuberculosis pulmonar con condiciones anatómicas de retracción y localización que no pueden ser extirpadas.

a. Indicaciones por causa pulmonar; pueden ser:

1. Autónoma: cuando se realiza para curar lesión cavitaria.
2. Complementaria: cuando se practica antes, durante o después de una excéresis pulmonar.
3. Sustitutiva: cuando reemplaza a otro procedimiento de colapso.

Empiema.

Cavidades residuales post-resección (problema de espacio residual).

Es la única intervención que puede resolver eficazmente las enfermedades pleurales como las dos últimas mencionadas, cuando el drenaje o la decorticación están contraindicados o hayan sido ineficaces.

Contraindicaciones:

a. Pacientes niños y jóvenes que no han desarrollado completamente su sistema óseo ya que puede producir deformidad torácica grave.

b. Pacientes con enfermedad general asociada grave.

Complicaciones:

a. Hemorragia y Shock.

b. Respiración paradójica semejante a la producida por fracturas costales múltiples. Se trata de evitar efectuando la operación y varios tiempos y con vendajes

de sostén en el tórax postoperatoriamente.

c. Fractura de la 1a. o 2a. costilla del lado opuesto. Es complicación rara, sin importancia y que, generalmente pasa desapercibida.

d. Infecciones secundarias.

e. Hemotórax o Empiemas.

f. Acidosis o Alcalosis respiratorias.

g. Diseminación contralateral.

h. Paro cardíaco.

V

TIPOS DE RESECCION, CONDUCTA A SEGUIR CON EL PACIENTE. PROCEDIMIENTO DE RESECCION EMPLEADO EN NUESTROS CASOS

Por razones de espacio y tomando en cuenta que la ...ística analizada en el presente trabajo corresponde ...icamente a procedimientos de excéresis, la descrip...ón de los mismos, se limitará a la de estos casos.

Los tipos más frecuentes de intervenciones quirúr...icas en los pulmones son: la Neumonectomía, la Lo...ectomía, la Resección segmental, la Resección en cu...a y la Enucleación. En nuestros casos, las usadas más ...ecuentemente son: la Neumectomía, la Lobectomía y ...a Resección segmental.

En líneas generales, se ve en la práctica que cuan...o la enfermedad del parénquima se encuentra más pró...ima a la pleura visceral, el hilio se encuentra relati...vamente libre de lesiones; entonces es muy frecuente ...encontrar múltiples adherencias, más numerosas y más ...firmes en las áreas donde la enfermedad se localizó, o...casionando sólida fusión de las pleuras parietal y visce...ral, siendo a veces necesario, durante la disección o...peratoria separar y seccionar la pleura parietal para e...vitar así lesionar el pulmón y producir escapes de aire ...durante la operación o bien romper una caverna que ...puede haberse adherido a la pared torácica, con el con...siguiente peligro de infección y derrame secundario. ...En caso contrario, cuando encontramos un pulmón más

o menos libre de adherencias, la disección del hilio suele ser difícil, ya que las adherencias entre sus distintos componentes puede llegar a ser tal que lo convierte en una magma fibrosa, de consistencia dura, que dificulta la separación de cada una de las estructuras, con el consiguiente peligro de lesionarlas durante la disección; otro factor que hace más difícil la operación, es la existencia de ganglios peribronquiales formando parte de la lesión.

La Neumectomía: consiste en la extirpación total de un pulmón; útil en casos de pulmón destruído, bronquiectasias masivas unilaterales, etc.; muchas veces no es sino en el propio acto quirúrgico cuando los hallazgos operatorios demuestran enfermedad extensa en el lado operado, que no era evidente a las radiografías, obligando a efectuarla. Requisito indispensable para efectuar la excéresis total de un pulmón, es el de descartar lesión tuberculosa contralateral y una función respiratoria capaz de soportar los requerimientos orgánicos existiendo un solo pulmón. La posición del paciente para la neumonectomía es importante; en nuestros casos se usa siempre el decúbito lateral, posición conveniente para el cirujano, pero se corre el peligro de derramar material infectante hacia el pulmón sano y la compresión por el mediastino del pulmón remanente, disminuyendo su ventilación; estos riesgos pueden disminuirse o evitarse mediante el uso de sondas especiales de intubación que tienen por objeto aislar cada pulmón (tubos de Carlens) y por medio de una buena técnica anestésica. La neumonectomía es entre resecciones, la de ejecución relativamente más fácil.

La Lobectomía: consiste en la extirpación de uno o más lóbulos pulmonares, es más difícil de efectuar que la neumonectomía y requiere mayores cuidados; las ad

erencias que se forman pueden producir interrupción o esaparición de las cisuras interlobares o bien presentar e éstas como anomalía congénita sin importancia de los ulmones, pero que, de todas maneras hace necesaria la eparación artificial para poder efectuar la lobectomía. a indicación depende, lógicamente de la localización lobar de la lesión.

Resección Segmental: consiste en la individualización, disección y extirpación de un segmento de lóbulo pulmonar que puede hacerse sola o asociada a una lobectomía; trata de conservar la mayor cantidad posible de tejido pulmonar sano. Como procedimiento quirúrgico, de la tuberculosis pulmonar, actualmente ha perdido aceptación, ya que frecuentemente se ven complicaciones con fístula broncopleural o reactivación de lesiones vecinas.

La Resección en Cuña: consiste en aislar mediante instrumentos quirúrgicos (generalmente entre pinzas) el área pulmonar enferma, separándola del tejido sano, suturando secundariamente a la extirpación de la lesión, para no dejar áreas cruentas despleuralizadas o escapes de aire. La utilidad de este procedimiento está limitada a lesiones nodulares únicas en la periferia pulmonar y, como estas lesiones no son la regla en tuberculosis, se comprenderá que es poco usado.

Un tipo especial de resección en cuña es la que se efectúa con el instrumento llamado UKL-60, que comprime el tejido pulmonar, al mismo tiempo que lo cierra herméticamente mediante grapas de material especial y

resecando luego el área enferma sin necesidad de sutura.

Conducta a seguir con el paciente.
Procedimiento empleado para la Resección .

Más importante que el procedimiento que se describirá luego, es la conducta a seguir con el paciente durante el período peri-operatorio.

Una vez seleccionado el paciente que va a ser intervenido, debe preparársele adecuadamente tanto física como psicológicamente; la preparación psicológica deberá ser extensiva a los familiares mas cercanos, incluso, si el caso lo permite, advertir e instruir acerca de los alcances y riesgos del procedimiento. Si el paciente es un menor de edad, se deberá tener autorización escrita de los padres.

En seguida cerciorarse de que se dispone de los medios necesarios y medicamentos que van a ser empleados durante el período operatorio así como la cantidad adecuada de sangre para reponer las pérdidas. La preparación general y local son detalles de técnica que deben ser cuidadosamente efectuados para evitar al máximo las complicaciones; descartar la presencia de enfermedad infecciosa, hemorrágica o general con antelación al día de la operación.

En el caso especial de los diabéticos, esta enfermedad deberá encontrarse controlada, requiere cuidados médicos y de enfermería muy especiales, sobre todo durante el post-operatorio, efectuando controles constantes de glicemia y glucosuria para anticiparse a

desenlace desagradable como es un coma en un paciente operado; de ser necesario y de acuerdo con los resultados de los análisis de laboratorio, instituir Insulinoterapia prontamente; hay que prevenir y tratar enérgicamente cualquier infección secundaria.

El anestesista juega un gran papel en la operación; de preferencia deberá ser médico, experimentado en su especialidad y muy cauto y responsable.

El personal paramédico que interviene en la operación debe estar entrenado para este tipo de intervenciones, manteniendo durante toda la operación una persona responsable encargada de pesar las compresas empapadas en sangre que van siendo descartadas, informando constantemente al cirujano y al anestesista del cálculo resultante de la sangre perdida para reponerla por transfusión.

Durante el período post-operatorio, además del control de los signos vitales, llevar el control estricto de ingesta y excreta, vigilar por hemorragia o cualquier otra manifestación de agravamiento del paciente; mantener vías aéreas expeditas mediante aspiración de flemas, cambios de posiciones y maniobras post-operatorias de fisioterapia. Corregir las pérdidas de agua y electrolitos por vía intravenosa durante 24-48 horas y posteriormente, en forma progresiva, reinstituir la dieta normal. Proteger al paciente de infecciones secundarias dando antibióticos post-operatoriamente.

El tratamiento antituberculoso específico debe reinstituirse tan pronto como el enfermo se recupere del trauma quirúrgico, tratamiento que deberá seguirse du-

rante tiempo prudencial de meses e incluso años, de cuerdo con la evolución post-operatoria de cada caso.

Procedimiento empleado:

A grandes rasgos, el procedimiento empleado en nuestros pacientes, con ligeras variantes de técnica, e el que se describirá a continuación:

Con el paciente acostado en decúbito lateral, pr via antisepsia y preparación del área donde se va a efe tuar la toracotomía, se hace una incisión cutánea en fo ma de S itálica, que va de la región submamaria, sigue el espacio intercostal escogido (generalmente el 5° .o 6° y rodea el borde interno de la escápula; ya por debajo del tejido celular subcutáneo, la sección muscular en e ta posición comprende a los músculos Trapecio, Dorsal - ancho, Serrato mayor y Romboides. La hemostasis se e- fectúa por cauterización eléctrica.

Se identifica la costilla (5a. ó 6a), se respeta su pe riostio, se cortan las inserciones musculares del borde su perior y se entra al tórax por vía intercostal transpleural sin resecar costilla.

Nos encontramos ya dentro de la cavidad pleural y antes de explorar es necesario liberar las adherencias - que fijan el pulmón a la caja torácica; las adherencias en un gran porcentaje de los casos son extensas, firmes , muy vascularizadas que requieren laboriosa y muy cuida- dosa disección y hemostasis; se dijo ya que, algunas ve- ces, es imposible separar las adherencias por lo que se

e necesario hacer disección subpleural, maniobra - y shockeante ya que puede producir hemorragias en - a difícil de cohibir. Una vez liberado el pulmón se lorará el estado del mismo, no siendo raro encontrar- nerosas lesiones nodulares o cavitarias que obligan a biar la conducta terapéutica a seguir, haciéndose a ces necesaria una neumonectomía, talvez no prevista- si las lesiones son muy amplias optar por una toraco-- astía.

En la descripción que nos ocupa, nos tocaría deci-- rnos por hacer una resección: se infiltra con anestési- o local los espacios intercostales vecinos y el hilio pul- onar con objeto de evitar reflejos vagovagales. Se pro- ede entonces a la disección cuidadosa de las estructuras el hilio pulmonar, aislándolas e identificándolas previa- ente a su ligadura; una vez reconocidas conviene, - iempre que el caso lo permita, seguir como métodos el- de ligar primero las arterias y luego las venas, ya que con ello se detiene el aflujo sanguíneo al tejido pulmonar - que va a ser removido, evitando la excesiva ingurgita- ción y el aumento de la pérdida de sangre durante la o- peración. Se procede pues, a ligar y seccionar los vasos pulmonares, luego, se diseca, pinza y secciona el bron- quio, que luego debe ser suturado herméticamente; se - pleuralizan los muñones residuales, se hace prueba con agua para descubrir y cerrar posibles escapes de aire. En seguida corresponde evaluar las posibilidades de reexpan- sión del pulmón remantente (si no se ha efectuado neu- monectomía); si existiera la posibilidad de problemas de reexpansión, puede ayudársele efectuando una decortica- ción o paralizando el nervio frénico.

Antes de cerrar la incisión, proteger la cavidad pleu-

ral de posibles infecciones colocando antibióticos in - situ (Penicilina-Estreptomicina); se coloca tubo endo- torácico, que se exterioriza por contraincisión y se co necta a un sello de agua o aparato de succión de tórax.

El cierre no requiere más comentario que el cuidado de unir las estructuras seccionadas lo más aproximado a su disposición original y tratar de hacer cierre her mético de la caja torácica para prevenir el enfisema - subcutáneo.

VI

CASUISTICA Y ESTADISTICAS

Caso No.1

ESV. 33 años, masculino. Hospitalización: 1 año 4 meses.

Clasificación de ingreso: T.B.C. pulm. bilateral mod. avanzada activa.

Evolución: Satisfactorios. Gano 24 lbs. de peso.
Bacteriología: Esputo positivo en DAC ⁄
Resto del tiempo negativo.

Tratamiento: DHE ⁄⁄ : 223 grs. HAIN ⁄⁄⁄ : 190 grs.
Neumoperitoneo durante 3 meses.

Operación: Lobectomía superior derecha (18-XI-59).

Clasificación de Egreso: TBC pulm, bilateral mínima a parentemente inactiva (Quimioterapia Cirugía).

Controles post-sanatoriales: El 17 -IV-61 clínica, bac teriológica y radiológicamente: estabi lizado.

Impresión: despues de 1 año y 5 meses de operado : INACTIVO.

⁄ DAC: Corresponde a las iniciales del Dispensario An

Caso No.2

DANB, 32 años, femenino. Hospitalización 9 meses 11 días.

Clasificación de ingreso: TBCpulm. bilateral moderadamente avanzada activa.

Evolución : Satisfactoria
Bacteriología: NEGATIVA todo el tiempo en el Sanatorio.

Tratamiento: DHE 135 grs. HAIN 120 grs. Neumoperitoneo una aplicación.

Operacion: Resección segmental apicoposterior (LSI) (23-XI-59).

Complicación: Fístula bronco-pleural, que dura varios meses y que cerró sólo con tratamiento médico.

Clasificación de egreso: TBC pulm. bilateral mínima aparentemente inactiva.

Controles post-sanatoriales: el 11-VII-63, clínica, bacteriológica y radiológicamente sin cambio.

Impresión: 4 años post-cirugía INACTIVA.

---

tituberculoso Central.

// DHE: Corresponde a las iniciales de Dihidroestreptomicima, en realidad es una mezcla de estreptomicina y Dihidroestreptomicina.

/// HAIN: Es la Hidrazida del Acido-Iso-Nicotínico.

Caso No.3

RI, 33 años, masculino. Hospitalización: 1 año 11 meses.

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral moderadamente avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria: Ganó 20 lbs. de peso.
Bacteriología: NEGATIVA casi todo el tiempo en el sanatorio.

Tratamiento: DHE 60 grs.; HAIN 290 grs.; PAS / - 1 000 grs.
Neumoperitoneo por 7 meses.

Operación: Lobectomía superior derecha con frenicopraxia derecha (4-XII-59).

Clasificación de Egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: El 2-XII-63, bacteriológica, clínica y radiológicamente sin cambio.

Impresión: 4 años post-cirugía INACTIVO.

/ PAS Acido Para-Amino Salicílico.

Caso No.4

JMdeA, 39 años, femenino. Hospitalización: 2 año
3 meses.

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral muy
vanzada activa.

Evolución: Satisfactoria.
Bacteriología: Positiva en DAC y a su
ingreso al Sanatorio, N
gativa el resto del tiem-
po.

Tratamientos: DHE 150 grs.; HAIN 34 grs.; PAS 5125
grs.
Desarrolló resistencia a DHE después d
2 años de tratamiento.

Operación: Neumonectomía izquierda (14-XII-59).

Clasificación de Egreso: TBC. pulmonar bilateral mínima
aparente inactiva (Quimioterapia-Ciru-
gía).

Controles post-sanatoriales: El 11-XI-63, evaluación -
sin cambio.

Impresión: 3 años 11 meses post-cirugía INACTIVA

Caso No.5

TV, 34 años, femenina. Hospitalización: 1 año 3 meses.

sificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral mode-
radamente avanzada activa.

lución : Satisfactoria, ganó 6 libras de peso.
Bacteriología: Alternativamente PO-
SITIVA y NEGATIVA.
NEGATIVA post-opera-
toriamente.

atamientos: HAIN 75 grs.; PAS 3 500 grs.
Neumotórax izquierdo durante 1 año-
4 meses.
Lobectomía superior izquierda en in--
greso previo.
Desarrolló resistencia a DHE.

Operación: Lobectomía Inferior derecha (26-I-60).

Clasificación de Egreso: TBC pulmonar bilateral mínima,
aparentemente inactiva (Quimioterapia
-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Tos productiva, bacteriolo-
gía y radiología sin cambio (2-XII-60).

Impresión: 11 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.6

CRG, 27 años, femenina. Hospitalización 4 años 10 -
meses.

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral muy

avanzada, activa.

Evolución: Favorable, aumento 17 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA durante 5 meses en el Sanatorio, luego NEGATIVA el resto del tiempo.

Tratamientos: DHE 100 grs.; HAIN 150 grs.; PAS - 6 100 grs.; Cicloserina (CS) 160 cápsulas.

Operaciones: Lobectomías superior y media derechas (15-VII-62). Toracoplastía Izquierda - (1 (IV-63).

Secuela post-operatoria: Crisis de insuficiencia respiratoria aguda desencadenadas por cual- - quier noxa infecciosa respiratoria.

Clasificación de Egreso: TBC pulm. bilateral moderadamente avanzada aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Síntomas de intolerancia al PAS, bacteriológicos y radiológicos sin cambio.

Impresión: 1 año 9 meses post-cirugía INACTIVA.

ASO No.7

MdeP, 34 años, femenino. Hospitalización: 3 años 8 eses.

lasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

volución: Satisfactoria, aumentó 16 libras de peso.
Bacteriología: en preoperatoria resultados alternos.

Tratamiento: DHE 90 grs.; HAIN 155 grs.; PAS 1 000 grs.
Neumoperitoneo: durante 1 año 7 meses.
Desarrolló resistencia a DHE a los 3 años de Trat.

Operación: Neumonectomía derecha (28-1-60).
Frenicopraxia derecha por problema de espacio residual.

Clasificación de Egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: persiste sin cambio desfavorable.

Impresión: 4 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.8

AGG, 32 años, femenino. Hospitalización: 4 años 6 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Preoperatoriamente favorable, aumentó peso.
Bacteriológicos: POSITIVOS ocasionalmente tanto pre como post-operatoriamente. NEGATIVOS casi todo el tiempo.

Tratamientos: DHE 225 grs.; HAIN 238 grs.; PAS - 3 000 grs. Dipasic 334 grs. Neumoperitoneo.

Operación: Neumonectomía derecha (11-II-60).

Complicaciones y evolución post-operatoria: A los pocos días después de la operación apareció fístula broncopleural, que persistió todo el tiempo, luego se reactivó - la lesión en el pulmón remanente, haciendo crisis febriles frecuente y he-- moptisis a recidivas, falleciendo a los 3 años 10 meses de una crisis hemoptoica incohercible.

Impresión: A los 3 años 10 meses de la operación FALLECIDA.

Caso No.9

SMG. 30 años, masculino. Hospitalización: 3 años, - 10 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Favorable, aumentó 32 libras.
Bacteriología: POSITIVA reiteradamente. NEGATIVA ocasionalmente.

Tratamiento: DHE 250 grs.; HAIN 175 grs.; PAS 8 500 grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda (7-X-- 59).

Complicaciones y evolución postoperatoria: durante - la operación inició con problemas respiratorios, que persistieron después, - aumentando progresivamente con manifestaciones de disnea intensa en decúbito, falleció a los 4 días de operado, la necropsia no reportó anormalidades viscerales. Falleció por insuficiencia respiratoria post-operatoria.

Impresión: A los 4 días post-cirugía FALLECIDO.

Caso No.10

CA, 25 años, femenino. Hospitalización: 3 años 7 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulm. bilateral moderada activa.

Evolución: Favorable, aumentó peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y a su ingreso al Sanatorio,- NEGATIVA desde los 3 meses en Sanatorio.

Tratamientos: DHE 200 grs.; HAIN 200 grs; PAS 7 000 grs.; Reazida 125 grs.; Cicloserina 25-25 grs.

-Operación: Lobectomía Superior Izquierda (7-III-60)

Clasificación de Egreso: TBC pulmonar bilateral mínima-aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles postsanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: Después de 2 años de operada INACTIVA.

Caso No.11

HMR, 37 años, masculino, Hospitalización: 8 meses.

lasificación de ingreso: TBC pulmonar izquierda moderada activa.

volución: Favorable, aumento 12 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC
NEGATIVA desde su ingreso.

Tratamiento: DHE: 80 grs.; HAIN 10 gras.; PAS 1 500 - grs.

Operación: Resección segmental posterior del lóbulo superior izquierdo (18-III-60).

Clasificación de Egreso: TBC pulmonar izquierda mínima, aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Contoles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: a los 4 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.12

DPdeB, 38 años, femenino. Hospitalización: 2 años 3 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Favorable, aumento 34 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA a su ingreso
NEGATIVA desde los 3 meses en el Sanatorio.

Tratamiento: DHE 195 grs.; HAIN 100 grs; PAS 2 750 - grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda y Re- - sección segmental superior (L.I.I.) - (4-IV-60).

Complicaciones: Durante la operación hubo rasgadura- accidental de la arteria pulmonar, que fue suturada de inmediato.

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactivia (Quimioterapia- Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: a los 4 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.13

JAVE 26 años, masculino. Hospitalización: 1 año 10 meses.

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral moderada activa.

Evolución: Favorable, peso estable.
Bacteriología: POSITIVA reiteradamente antes de la operación.
NEGATIVA; post-operatoriamente.

Tratamientos: DHE 25 grs.; HAIN: 175 grs.; PAS - 5 450 grs.
Desarrollo resistencia a DHE al año - de tratamiento.

Operación: Lobectomía superior derecha (6-IV-60)

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 2 años 4 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.14

AEF, 22 años, femenino. Hospitalización 3 años 3 meses.

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada, activa.

Evolución: Favorable, aumento 18 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y a su ingreso.
NEGATIVA desde los 3 meses en el Sanatorio.

Tratamientos: DHE 225 grs.; HAIN 225 grs.; PAS - 6 750 grs.
Neumoperitoneo durante 4 meses.

Operación: Lobectomía Superior Izquierda (16-V

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima parente inactiva (Quimioterapia- Ciru

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 3 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.15

OHAS, 23 años, masculino. Hospitalización: 2 años 6 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada, activa

Evolución: Satisfactoria, peso estable.
Bacteriología: POSITIVA y NEGATIVA alternativamente.

Tratamientos: DHE: 230 grs.; HAIN 270 grs.; PAS 1 00 grs.; Cicloserina 120 grs. Desarrolló resistencia a DHE a los 2 años de tratamiento.

Operación: Lobectomía Superior Derecha (8-VI-60).

Complicación: Aparición fístula broncopleural post-operatoria, que persistió hasta su egreso que acaeció al año 11 meses, después de la operación, cuando se fugó; al año 5 meses de su salida, fue reingresado de emergencia con una crisis hemoptoica masiva y persistencia de la fístula, por donde salía gran cantidad de sangre de la hemorragia pulmonar; falleció a los 2 días de su reingreso a consecuencia de la misma hemorragia.

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada, activa.

Impresión: 3 años 5 meses post-cirugía. FALLECIDO.

Caso No.16

AF, 21 años, femenino. Hospitalización 3 años.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Favorable, aumento 10 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC
NEGATIVA desde su ingreso al Sanatorio.

Tratamientos: DHE 150 grs.; HAIN 250 grs.; PAS - 5 000 grs.

Operación: Neumonectomía Izquierda (28-VI-60).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales. Sin cambio desfavorable.

Impresión: 3 años 10 meses post-cirugia.
INACTIVA.

Caso No.17

EGA, 33 años, femenino. Hospitalización 1 año 4 - meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar izquierda mo-- derada activa.

Evolución: Satisfactoria aumentó 2 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA En DAC
NEGATIVA desde su ingreso al Sanatorio.

Tratamientos: DHE 200 grs.; HAIN 125 grs.; PAS - 5 800 grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda (24-VI-60).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar izquierda mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: 22-X-63. Tos productiva, cuadro gripal. Bacteriología NEGATIVA: Rayos X: presencia de imagen - redondeada (Tuberculoma) en campo - derecho.

Reingreso: El 31 -III-64 con clasificación de TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.
Bacteriología:POSITIVA para bacilos atípicos.
Rayos X: persistencia de imagen re- - dondeada de condensación en campo - pulmonar derecho.

Impresión: 3 años 10 meses post-cirugía
REACTIVADA.

Caso No.18

JCR, 52 años, femenino. Hospitalización 10 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy - avanzada activa.

Evolución: Favorable, aumento 11 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA a su ingreso al Sanatorio.
NEGATIVA desde los 3 meses de hospitalización.

Tratamientos: DHE 220 grs.; HAIN 100 grs.; PAS - 3 540 grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda (18-VI-60).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 3 años 8 meses INACTIVA.

Caso No.19

IDH, 32 años, femenino. Hospitalización 3 años 1 mes.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Favorable.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y a su ingreso.
NEGATIVA el resto del tiempo.

Tratamientos: DHE 200 grs.; HAIN 200 grs; PAS 3 000 grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda (21-VII-60).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima parentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 3 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.20

ARP, 46 años, femenino. Hospitalización 1 año 7 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral derecha moderada activa.

Evolución: Favorable, aumentó 19 libras.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y ocasionalmente en el Sanatorio.
NEGATIVA el resto del tiempo.

Tratamientos: DHE 75 grs.; HAIN 200 gras.; PAS 5 500 grs.; Reazida 25 grs.

Operación: Neumonectomía drecha (28-VII-60).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar derecha mínima aparentemente inactiva.

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 3 años 9 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.21

OMA, 29 años, femenino. Hospitalización 4 años.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada, activa.

Evolución: Favorable, aumentó 32 libras.
Bacteriología: POSITIVA a su ingr
al Sanatorio.
NEGATIVA al año
meses de hospitaliz.

Tratmientos: DHE 75 grs.; HAIN 150 grs,; PAS 500 grs.; Reazida 75 grs.

Operación: Neumonectomía derecha (25-VII-

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable

Impresión: A los 3 años cirugía INACTIVA.

Caso No.22

AMAP, 29 años, femenino. Hospitalización: 1 año mes.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy vanzada activa.

Evolución: Favorable, aumentó 22 libras de pes
Bacteriología: POSITIVA en y
su ingreso al Sanatori
NEGATIVA desde 5 m
ses después de su ingre
so.

Tratamiento: HAIN 100 grs.; PAS 4 000 grs.
Toracoplastía derecha (12-IV-60).

Operación: Neumonectomía derecha (4-VIII-60).

Complicación y evolución post-operatoria: Adherencias extensas dificultan la disección, obligando a sacrificar la vena ácigos, hemorragia en capa intensa y síntomas de insuficiencia respiratoria por lo que se desentuba 2 horas más tarde de lo acostumbrado.
Fallece esa tarde con cuadro de Shock (hipovolémico) que se comprueba por necropsia.

Impresión: La misma tarde de la operación FALLECIDA.

Caso No.23

MSM, 30 años, femenino. Hospitalización 1 año 11 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria: aumentó 26 libras.
Bacteriología: POSITIVA en Hospital General y en el Sanatorio NEGATIVA desde los 6 meses de su ingreso.

Tratamientos: DHE 100 grs.; HAIN 100 grs.; PAS 6 500 grs.

Operación: Neumonectomía izquierda (1-VIII-60) fue complementado con Traqueostomía por cuadro de insuficiencia respiratoria con buenos resultados.

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: A los 3 años 3 meses INACTIVA.

Caso No.24

ECHde P, 29 años, femenino. Hospitalización: 1 año 18 días.

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar izquierda moderada activa.

Evolución: Favorable, peso estable.
Bacteriología: POSITIVA en DAC
NEGATIVA desde su ingreso.

Tratamientos: DHE 95 grs.; HAIN 95 grs,

Operación: Resección segmental apicoposterior. (LSI) - (18-VIII-60).

Complicación: Apareció post-operatoriamente fístula broncopleural que drenó al exterior, cerró con medidas conservadoras.

Clasificación de egreso: TBC pulmonar izquierda mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-operatorios (15-VII-63).
Clínicamente: presentó hemoptisis en 3 oportunidades.
Bacteriológicos: Esputo POSITIVO
Rayos X: imágenes de reactivación en campo inferior izquierdo.

Impresión a los 2 años post-cirugía: REACTIVADA.

Caso No.25

JMA, 28 años, masculino. Hospitalización: 1 años 10 - meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumento 7 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA a su ingreso.
NEGATIVA desde 3 meses más tarde.

Tratamientos: DHE: 50 grs.; HAIN 130 grs,; PAS - 5 500 grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda (24-VIII-60).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable

Impresión: 3 años 7 meses post cirugía INACTIVA.

Caso No.26.

JRG, 47 años, masculino. Hospitalización 7 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar muy avanzada, activa.

Evolución: Favorable, aumentó peso.
Bacteriología: NEGATIVA reiteradamente.

Tratamientos: DHE 80 grs.; HAIN 50 grs.; PAS - 1 000 grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda (31-VIII-60).

Clasificación de Egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Disenea de esfuerzo; bacteriología y radiología: sin cambio - desfavorable.

presión: INACTIVO después de 8 meses de operado.

aso No.27

GS, 18 años, masculino. Hospitalización: 4 años 11 meses.

lasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumento 44 libras.
Bacteriología: POSITIVA en Dispensario Antituberculoso Infantil.
NEGATIVA desde su - ingreso al Sanatorio.

Tratamientos: DHE 275 grs.; HAIN 400 grs.

Operaciones: Lobectomía superior derecha (26-VIII -60) y Lobectomía Inferior izquierda (18-X-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia y Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 año 2 meses post-cirugía INACTIVO.

Caso No.28

JVP, 30 años, femenino. Hospitalización: 3 años 11

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy
zada activa.

Evolución: Favorable, aumentó 22 libras.
Bacteriología: POSITIVA a su ingre
Sanatorio.
NEGATIVA desde los
ses de hospitalización.

Tratamiento: DHE 100 grs.; HAIN 337 grs,; PAS 13
grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda y toraco
tía, osteoplástica, tipo Björk (5-IX-60

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima
parentemente inactiva (Quimioterapia-
rujía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: a 3 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.29

JBC, 30 años, masculino. Hospitalización: 1 año 7 mese

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral muy av
zada activa.

Evolución: Favorable, aumento 17 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA a su ingreso-
al Sanatorio.
NEGATIVA desde los 3
meses de hospitalizado.

Tratamientos: DHE 75 grs.; HAIN 125.; PAS 1 350 grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda (28-IX--
60).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima-
aparentemente inactiva (Quimioterapia
-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 3 años 8 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.30

MEO, 30 años, femenino. Hospitalización 2 años 11 meses.

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa

Evolución: Satisfactoria, aumentó 29 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA a su ingreso-
al Sanatorio
NEGATIVA desde los 2
años 4 meses de hosp. a
la fecha.

Tratamientos: DHE 235 grs.; HAIN 75 grs.; PAS 7 000 grs.

Operación: Toracoplastía y apicolisis izquierda (28-VI-60).
Lobectomía superior izquierda (10-X-60).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales sin cambio desfavorable.

Impresión: 2 años post-cirugía INACTIVA

Caso No.31

TABG, 14 años, femenino. Hospitalización: 3 años 1 días.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 52 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA en Dispensario Antituberculoso infantil.
NEGATIVA desde su ingreso al Sanatorio.

Tratamientos: DHE 150 grs.; HAIN 175 grs.

Operación: Lobectomía superior derecha (27-X-60)

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambios desfavorables.

Impresión: a los 7 meses de operada INACTIVA.

Caso No.32

ALL, 29 años, femenino. Hospitalización: 3 años 6 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 27 libras de peso.
Bacteriología: NEGATIVA en DAC y todo el tiempo en Sanatorio San Vicente

Tratamientos: DHE 175 grs.; HAIN 275 grs.; PAS - 5 780 grs.

Operación: Lobectomía superior derecha (31-X--60).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales sin cambio desfavorable.

Impresión: A los 2 años 9 meses post-cirugía INACTIVA

Caso No.33
(ver sección de COMENTARIOS)

AMG, 28 años, femenino. Hospitalización: 7 años 9 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral moderada activa.

Evolución: Preoperatoriamente favorable, aumentó de peso, buenos resultados del tratamiento en cuanto a la evolución del estado general y del cuadro radiológico, pero la bacteriología persistio alternativamente POSITIVA y NEGATIVA; se efectuó operación de excéresis que se complicó con una fístula broncopleurocutánea, que hasta la fecha no cierra definitivamente; postoperatoriamente estuvo POSITIVA en 3 oportunidades. Además hubo hemoptisis post-operatoria.

Tratamientos: DHE 300 grs.; HAIN 300grs.; PAS - 7 700 grs. Cicloserina 120 caps. Dipasic 179 grs. Presentó síntomas reversibles de intolerancia a la DHE.

Operación: Lobectomía superior izquierda y Toracoplastía osteoplástica, tipo Björk (21-XI-60).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral moderada aparentemente inactiva.

Controles post-sanatoriales: En el efectuado en junio - 1964; persistencia de la fístula, esputo POSITIVO y rayos X sin cambio demostrable ya que es difícil, por las imágenes fibrosas residuales existentes debajo de la toracoplastía, observar signos de actividad.

Impresión: A los 3 años 7 meses post-cirugía CASO DE COMPLICACION QUIRURGICA NO CURADO.

Caso No.34

PHJ, 29 años, masculino. Hospitalización: 2 años 7 meses.

Clasificación de ingreso. TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, peso estable.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y en el Sanatorio sólo en una oportunidad 8 meses antes de la operación.
NEGATIVA el resto del tiempo.

Tratamientos: DHE 90 grs.; HAIN 200 grs.; PAS - 2 500 grs.; Dipasic 720 tabs. Desarro llo resistencia a DHE a los 5 meses de tratamiento.

Operación: Lobectomía Superior Izquierda (30-XI-60)

Clasificación de Egreso: TBC pulmonar bilateral moderada aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 3 años 2 meses post-cirugía INACTIVA..

Caso No.35

TSZ, 27 años, femenino. Hospitalización: 1 año 13 - días.

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y a su ingreso.
NEGATIVA desde los- 2 meses de iniciado el tratamiento médico.

Tratamiento: DHE 80 grs.; HAIN 132 grs. PAS 2000 grs.; Dipasic 450 tabs.

Operación: Neumonectomía izquierda (16-I-61)

Clasificación de Egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 año 4 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.36

CHRM, 34 años, masculino. Hospitalización: 3 años 6 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy-avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 4 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC
NEGATIVA desde su ingreso.

Tratamientos: Lobectomía superior derecha (19-1-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 2 años 8 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.37
(Ver Sección de COMENTARIOS)

AGS, 31 años, femenino. Hospitalización: 4 años 7 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar derecha muy avanzada activa.

Evolución: pre-operatoriamente en forma satisfactoria, aumentó 33 libras de peso; bacteriología positiva, solo en una oportunidad en el Sanatario, todo el resto del tiempo negativa.

Tratamiento: DHE 100 grs.; HAIN 150 grs.; Cicloserina 50 grs.; PAS 6 200 grs.; Dipasic - 162 grs.

Operaciones: Toracoplastía derecha (13-X-59) y Lobectomía superior derecha (20-I-61).

Complicación operatoria: Operación difícil por las adherencias existentes, que producen gran hemorragia que al final ocasionan la - muerte de la enferma por Shock hipovolémico.

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral moderadamente inactiva.

Impresión: el mismo día de la operación FALLECIDA.

Caso No.38

SLvdeS., 35 años, femenino. Hospitalización 2 años 11 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 20 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y a su ingreso al Sanatorio. NEGATIVA el resto del tiempo.

Tratamientos: DHE 125 grs.; HAIN 175 grs,; PAS - 6 780 grs. Neumoperitoneo durante 1 año.

Operación: Lobectomía superior izquierda (23-I-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 2 años 11 meses post-cirugía INACTIVA.

NOTA: Este paciente reingresó y estuvo siendo tratada de nuevo sanatorialmente por - sombra sospechosa en campo medio derecho; después de 9 meses de hospitalización egresó con el mismo diagnóstico e impresión de inactividad.

Caso No.39

AMLyL, 22 años, femenino. Hospitalización 7 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral moderada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 4 lbs. de peso
Bacteriología: POSITIVA en DAC
NEGATIVA desde su ingreso al Sanatorio San Vicente, virando hacia la negativización en 5 meses de tratamiento médico dispensarial.

Tratamientos: DHE 60 grs.; HAIN 100 grs.; PAS - - 1 000 grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda (30-I--61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 2 años 10 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.40

ADG, 28 años, femenino. Hospitalización 2 años 5- meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy - avanzada activa.

Evolución: Muy satisfactoria, aumentó 39 libras- de peso.

Bacteriología. POSITIVA en DAC y a su ingreso al Sanatorio se hizo NEGATIVA a partir de los 6 meses - de tratamiento médico.

Tratamiento: DHE 140 grs.; HAIN 29 grs.; PAS - - 5 370 grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda (10-II-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima, aparentemente inactiva.

Controles post-sanatoriales: Sin cambios desfavorables.

Impresión: 1 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.41

GAS, 25 años, femenino. Hospitalización 1 año 11 - meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 27 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC, fue NEGATIVA A su ingreso al Sanatorio San Vicente.

Tratamientos: DHE 148 grs.; HAIN 80 grs.; PAS - - 3 000 grs.

Operación: Lobectomía superior derecha (13-II-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin actividad.

Impresión: 3 años post-cirugía INACTIVA

Caso No.42

AAN, 24 años, femenino. Hospitalización 2 años 10 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral moderada activa.

Evolución: Favorable en cuanto al estado general, aumentó 23 libras de peso; la radiología logró su estabilización a los 6 meses pe-

ro la POSITIVIDAD bacteriológica persistió durante 2 años en su estancia en el Sanatorio.

Tratamientos: DHE 55 grs, HAIN 200 grs.; Dipasic 540 grs.; Neumoperitoneo en DAC

Operación: Lobectomía inferior derecha (17-II-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 3 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.43

AEMde R, 33 años, femenino. Hospitalización 3 años 4 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar muy avanzada - activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 32 libras de peso
Bacterioscopía: POSITIVA en DAC, durante 7 meses en el Sanatorio, el resto del - tiempo NEGATIVA.

Tratamientos: DHE 172 grs.; HAIN 240 grs.; PAS - - 6 200 grs. Dipasic.

Operación: Lobectomía superior derecha (20-II-

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral míni
aparentemente inactiva (Quimioterap
-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 3 años post-cirugía INACTIVA

Caso No.44

ASM, 36 años, masculino. Hospitalización: 1 año 7
ses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar muy avanzada,
activa, bilateral.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 5 lbs. de peso.

Bacteriología: POSITIVA en DAC y
durante 6 meses en el
Sanatorio.
NEGATIVA el resto d
tiempo.

Tratamiento: DHE 110 grs.; HAIN 55 grs.; PAS
2 200 grs.; Dipasic 450 tabs

Operación: Lobectomía superior derecha (22-II-61

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mode-
rada aparentemente inactiva (Quimio-
terapia Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambios desfavorables.

Impresión: 8 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.45
(Ver Sección de COMENTARIOS).

ACG, 32 años, femenino. Hospitalización: 2 años, -
11 meses.

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral muy a
vanzada, activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 17 lbs. de peso.
Bacteriología: Positiva en DAC y a su
ingreso al Sanatorio que
persistió durante un año
y luego Negativa hasta
su egreso post-quirúrgi-
co.

Tratamientos: DHE 105 grs.; HAIN 260 grs.; PAS 11,
500 grs.; Dipasic 81 grs. Presentó ma-
nifestación reversible de intolerancia a
DHE, así como resistencia in vitro a la
misma droga, después de un año de ini-
ciado el tratamiento.

Operación: Lobectomía superior izquierda (28-II--
61).

-Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral moder
rada aparentemente inactiva (Quimite-
rapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: En el correspondiente al 2-
de enero 62 llegó refiriendo tos produc
tiva, anorexia, pérdida de peso, la ba
teriología resultó positiva al examen d
esputo y presencia de imágenes de acti-
vidad en el pulmón remanente izquierd
por lo que fue reshospitalizada.

Impresion: 3 años post-cirugía REACTIVADA

Caso No.46

RRL, 33 años, femenino. Hospitalización: 6 meses 11 -
días.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar izquierda mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia).

Evolución: Satisfactoria: aumentó 11 lbs. de peso.
Bacteriología: su bacteriología siempre fue NEGATIVA

Tratamiento: DHE 147 grs.; HAIN 147 grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda (6-III-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar izquierda mínima - aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales. Sin cambios desfavorables

Impresión: 3 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.47

IAR, 39 años, femenino. Hospitalización: 4 años 7 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 40 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y en el Snatorio San Vicente durante 8 meses, desde-entonces NEGATIVA.

Tratamientos: DHE 125 grs.; HAIN 275 grs.; PAS -- 13 500 grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda (7-III-61)

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima-aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambios desfavorables.

Impresión: 7 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.48

RGP, 29 años, masculino. Hospitalización: 1 año meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy vanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 13 lbs. de pe
Bacteriología: POSITIVA en DAC y durante 6 meses en Sanatorio, NEGATIVA a partir de entonces, hasta la fecha.

Tratamientos: DHE 227 grs.; HAIN 225 grs,; Dipasic 450 tabs.

Operación: Neumonectomía izquierda (8-III-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactia (Quimioterapia-Cirugía)

Controles post-sanatoriales. Sin cambios desfavorables.

Impresión: 1 año 6 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.49
(Ver sección de COMENTARIOS)

CAA, 20 años, femenino. Hospitalización: 3 años 3 -

meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada.

Evolución: Preoperatoriamente favorable, aumentó 21 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y ocasionalmente durante 1 año 8 meses. NEGATIVA el resto del tiempo y a pesar de la complicación que se presentó, durante 8 meses post-operatorios, previos a la salida.

Tratamientos: DHE 75 grs.; HAIN 250 grs.; PAS 550 grs. Desarrolló resistencia a DHE después de 1 año de tratamiento.

Operación: Lobectomía superior derecha. Resección segmental del segmento apical del lóbulo inferior y Toracoplastía osteoplástica, tipo Björk (20-III-61).

Complicación post-operatoria: Fístula broncopleural.

Clasificación de egreso: TBC. pulmonar bilateral moderada aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Al correspondiente al 20-V-63 la paciente se presentó refiriendo

catarros frecuentes, tos productiva
secreción a nivel de la fístula. El
puto fue POSITIVO y sin cambio rá
lógico. Se decidió rehospitalizarla

Impresión: 2 años post-cirugía REACTIVADA.

Caso No.50

MIG, 24 años, femenino. Hospitalización: 1 año 8 m
ses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy
vanzada activa.

Evolución: Muy satisfactoria, aumentó 60 lbs.
peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y a
su ingreso al Sanatori
viró a NEGATIVA a l
4 meses de tratamient
sanatorial.

Tratamiento: DHE 77 grs.; HAIN 65 grs.; PAS 5 00
grs.; Dipasic 45 grs. Neumoperitoneo
durante 4 meses.

Operación: Lobectomía superior y media derechas.
(20-VI-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima
aparentemente inactiva (Quimioterapia
-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 2 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.51

JCR, 7 años, masculino. Hospitalización: 2 años 7 me
ses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar moderadamente a
vanzada probablemente activa.

Evolución: Favorable, aumentó 10 libras.
Bacteriología: NEGATIVA reiterada--
mente.

Tratamientos: DHE 185 grs.; HAIN 215 grs.

Operación: Lobectomía media e inferior derecha (20
-VI-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima-
aparentemente inactiva (Quimioterapia
-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 3 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.52

ADS, 18 años, masculino. Hospitalización: 2 años 6 me
ses.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 40 lbs. de p
so.
Bacteriología: POSITIVA en DAC,
ró a la NEGATIVA
los 4 meses de trata-
miento, manteniénd
se así desde su ingre
al Sanatorio.

Tratamientos: DHE 100 grs.; HAIN 200 grs.; PAS
3 000 grs.

Operación: Lobectomía superior derecha (2-VI-6

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínim
aparentemente inactiva (Quimioterap
-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.53
(Ver sección de COMENTARIOS).

LP, 20 años, masculino. Hospitalización: 6 años 11 -
meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy a
vanzada, activa.

Evolución: Preoperatoriamente fue satisfactoria,-

aumentó 47 libras desde su
ingreso a la fecha.
Bacteriológicos: POSITIVO desde VI
-57, repitiéndose ocasio--
nalmente hasta Enero/63 -
cuando viro a NEGATIVO,
manteniéndose así hasta la
fecha.

Tratamientos: DHE, 450 grs.; HAIN 590 grs.; PAS -
3 300 grs.

Operación: Lobectomía superior derecha y Resec-
ción segmental superior del lóbulo in-
ferior (12-julio-61) Toracoplastía de-
recha (28-IX-62).

Complicaciones post-operatorias: Fístula broncopleuro
cutánea, que persiste aún a la fecha.

Evolución post-operatoria: Paciente que por la mala e
volución del caso no ha egresado del
Sanatorio. Actualmente persiste la -
fístula, la bacteriología persiste NE-
GATIVA y la radiografía muestra infil
trado contralateral.

Impresión: 2 años 10 meses NO CURADO.

Caso No.54

PPR, 21 años, femenino. Hospitalización: 3 años 10
meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy
vanzada activa.

Evolución: Satisfactoria: peso estable.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y e
el Sanatorio una sola
portunidad, preoperat
riamente.
NEGATIVA: el resto
del tiempo.

Tratamientos: DHE 335 grs.; HAIN 150 grs.; PAS
3 000 grs. Desarrolló resistencia a D
después de 10 meses de tratamiento.

Operación: Lobectomía Superior derecha y Toraco
plastía osteoplástica, tipo Björk (10-V
-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral moder
da aparentemente inactiva (Quimioter
pia, Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 2 años 6 meses post-cirugía INACTIVA

Caso No.55

NMM, 17 años, femenino. Hospitalización 4 años.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy
vanzada, activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 51 lbs. de peso.

Bacteriología: Fue ocasionalmente POSITIVA hasta 1 mes antes de la operación.

Tratamientos: DHE 100 grs.; HAIN 150 grs. Reazida-
25 grs. Dipasic 2 160 tabs. Resistencia
a DHE a los 3 años de tratamiento.

Operación: Neumonectomía izquierda (11-VII-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mini-
ma aparentemente inactiva (Quimiotera-
pia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 2 años 9 meses post-cirugía.
INACTIVA.

Caso No.56

RAC, 14 años, femenino. Hospitalización 4 años 6 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral avanza
da muy activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 46 lbs. de peso.
Bacteriología: a pesar del tratamiento -
se presenta en varias o-
portunidades POSITIVA

durante 2 años de hospit
zación. NEGATIVA: el
to del tiempo hasta la fe
cha.

Tratamientos: DHE 150 grs.; HAIN 250 grs.; PAS
2 250 grs.

Operación: Lobectomías superior y media derech
(22-VIII-61).

Clasificación de egresos: TBC pulmonar bilateral míni
ma aparentemente inactiva (Quimiot
rapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 2 años 1 mes INACTIVA.

Caso No.57

ACC, 24 años, masculino. Hospitalización: 2 años 1
meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral mode
rada activa.

Evolución: Favorable, aumentó 3 libras de peso.-
Preoperatoriamente la bacteriología -
fue ocasionalmente POSITIVA, ya que
sólo viró a negativa después de la o--
peración en forma definitiva.

Tratamientos: DHE 135 grs.; HAIN 160 grs.; PAS -
4 050 grs.

Operación: Lobectomía superior derecha (11-X-61)

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima
aparentemente inactiva (Quimioterapia
-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambios de
les.

Impresión: 2 años 5 meses post-cirugía
INACTIVA.

Caso No.58
(Ver sección de COMENTARIOS).

ANG, 24 años, femenino. Hospitalización 1 año 9 me-
ses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral modera
da activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 9 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y u-
na vez en el Sanatorio
para pasar a ser NEGA
TIVA
los 9 me-
ses de tratamiento Sa-
natorial.

Tratamientos: DHE 50 grs.; HAIN 100 grs.; PAS -
3 000 grs.

Operación: Lobectomía superior izquierda y resección del segmento superior del lóbulo inferior.

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: El correspondiente al 24-V -63, asintomática, bacteriología POSITIVA y radiológicos: sospecha de cavidad en campo superior izquierdo.

Impresión: A los 2 años post cirugía REACTIVADA.

Caso No.59

BGdeC, 40 años, femenino. Hospitalización 2 años 2 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Favorable, aumento 27 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC
NEGATIVA desde los 7 meses de tratamiento médico sanatorial.

Tratamientos: DHE 190 grs.; HAIN 125 grs.; PAS - 3 500 grs.

Operación: Resección segmental apicoposterior y anterior (LSI), resección del segmento superior del lóbulo inferior izquierdo.

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima-aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: a los 2 años de la operación INACTIVA.

Caso No.60

EOG, 29 años, femenino. Hospitalización: 4 años 4 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa

Evolución: Satisfactoria, aumentó 16 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y en Sanatorio durante 1 año.
NEGATIVA el resto del tiempo.

Tratamientos: DHE 190 grs.; HAIN 360 grs.; PAS - 9 500 grs.; Dipasic 540 tabs.

Operación: Neumonectomía izquierda (17-X-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima-aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambios desfavorable

Impresión: 2 años 2 meses de operada INACTIV

Caso No.61

AGZ, 41 años, femenino. Hospitalización 2 años 1 m

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy
vanzada activa.

Evolución: Favorable, aumentó 17 lbs. de peso.-
Bacteriología: POSITIVA en DAC y -
varios exámenes en el
Sanatorio, se hizo de
finitivamente NEGA-
TIVA a los 14 meses de
tratamiento sanatorial.

Tratamientos: DHE 150 grs.; HAIN 100 grs. PAS -
4 000 grs. Desarrolló resistencia a -
DHE a los 2 años de tratamiento.

Operación: Neumonectomía izquierda (23-X-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral míni--
ma aparentemente INACTIVA. (Qui
mioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 año 9 meses después de la operación
INACTIVA.

Caso No.62
(Ver sección de COMENTARIOS)

MJG, 26 años, masculino. Hospitalización 5 meses.

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral muy -
avanzada activa.

Evolución: Satisfactoriamente, peso estable.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y a
su ingreso, NEGATI--
VA hasta su salida del
Sanatorio.

Tratamientos: DHE 155 grs.; HAIN 130 grs.; PAS -
600 grs.; Dipasic 540 tabs.

Operación: Lobectomía superior izquierda (2-XI-
61).

Clasificación al egreso: TBC pulmonar izquierda míni-
ma aparentemente inactiva (Quimiote
rapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: El correspondiente al 16/
Nov./62 vino el paciente con fístula
broncopleurocutánea. Esputo POSI--
TIVO y una cavidad en campo medio-
derecho demostrable por Rayos X. Re
ingresa al Sanatorio donde se encuen-
tra actualmente aún en tratamiento -
médico.

Impresión: 9 meses post-cirugía REACTIVADA.

Caso No.63

AGC, 16 años, femenino. Hospitalización: 4 años 1 m

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy vanzada, activa.

Evolución: Favorable, aumentó 24 lbs.
Bacteriología: POSITIVA en DAI y el Sanatorio ocasionalmente hasta los 3 años de tratamiento sanatorial. NEGATIVA el resto del tiempo hasta la fecha.

Tratamientos: DHE 175 grs.; HAIN 155 grs.; PAS 3 000 grs.; Dipasic 720 Tabs. Desarrolló resistencia a DHE. Neumotórax derecho.

Operación: Neumonectomía derecha (24-X-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral moderada aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 3 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.64
(Ver sección de COMENTARIOS).

EAV, 25 años, masculino. Hospitalización: 2 años 6 meses.

Clasificación al ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Favorable, aumentó 6 lbs. de peso.
Bacteriología: reiteradamente POSITIVA.

Tratamientos: DHE 90 grs.; HAIN 160 grs.; PAS - 3 500 grs.; Reazida 30 grs. Dipasic 450 tabs. Desarrolló resistencia a DHE.

Operación: Neumonectomía derecha (6-XI-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa (Neumonectomía derecha).

Complicación: La hemorragia masiva resultante de la - liberación de las extensas adherencias - pleurales, determinan la aparición de - insuficiencia respiratoria y colapso vascular, lo que ocasiona la muerte a las - 4 horas de salido de Sala de Operaciones.

Impresión: a las 4 horas de la operación:
FALLECIDO.

Caso No.65

DBde M, 38 años, femenino, Hospitalización: 1 año meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy vanzada activa.

Evolución: Favorable, peso estable.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y en el Sanatorio sólo e una oportunidad. NE GATIVA el resto del tiempo.

Tratamientos: DHE 300 grs.; HAIN 400 grs.; PAS 2 000 grs.; Neumoperitoneo post-operatorio.

Operación: Lobectomía superior derecha (7-XI-61).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimiote rapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales. Sin cambio desfavorable.

Impresión: 2 años 3 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.66

MPC, 28 años, femenino. Hospitalización: 1 año 9- meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar derecha moderada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 58 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA a su ingreso, se hizo NEGATIVA a los 7 meses de tratamiento sanatorial.

Tratamientos: DHE 235 grs.; HAIN 175 grs.; PAS - 1 000 grs. Neumoperitoneo post-operatorio.

Operación: Lobectomía superior derecha (11-XII-61).

Clasificación de Egreso: TBC pulmonar derecha mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: satisfactorios.

Impresión: 1 años post-cirugía, INACTIVA.

Caso No.67

ACCH, 11 años, femenino. Hospitalización: 1 año 3 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar derecha modera da activa.

Evolución: Satisfactoria, aumento 14 lbs. de pes
Bacteriología: POSITIVA en el Sanatorio en 2 oportunidades, se hizo NEGATIV definitivamente a los meses de tratamiento.

Tratamientos: DHE 116 grs.; HAIN 121 grs.

Operación: Lobectomía superior derecha (9-I-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar derecha mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión 2 años post cirugía INACTIVA.

Caso No.68

FPV, 31 años, masculino. Hospitalización: 1 año 6 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 14 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA a su ingreso, NEGATIVA desde los 4 meses de tratamiento.

Tratamientos: DHE 125 grs.; HAIN 150 grs.

peración: Lobectomía superior izquierda (23-II- - 62).

lasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral moderada aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

ontroles post-sanatoriales: Sin cambios desfavorables.

mpresión: 2 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.69

MTM, 24 años, masculino. Hospitalización: 2 años 7 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 18 lbs.
Bacteriología: POSITIVA en DAC, NEGATIVA desde los 5 meses de tratamiento.

Tratamientos: DHE 125 grs.; HAIN 100 grs.; PAS - 4 240 grs.; Cicloserina 120 caps. Neumoperitoneo durante 2 meses.

Operación: Lobectomía superior izquierda (7-III- - 62).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable, -

después de su salida.

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mod
rada aparentemente inactiva (Quimi
terapia-Cirugía).

Impresión: 1 año 2 meses post-cirugía INACTIV

Caso No.70
(Ver sección de COMENTARIOS).

JVB, 21 años, masculino. Hospitalización 5 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral mu
avanzada activa.

Evolución: La mejoría sintomática no se define,
pesar de que el paciente aumentó 7 l
bras; la presencia de hemoptisis incon
trolable motivó decisión de Junta Mé
dica de indicar Neumonectomía, que
fue considerada en calidad de urgen-
cia; la bacteriología fue persistente--
mente POSITIVA a pesar de la gran -
cantidad de tratamiento médico espe-
cífico administrado desde el Dispensa
rio Antituberculoso.

Tratamientos: No se logró determinar la cantidad -
que tomó de medicamentos, durante -
su tratamiento ambulatorio, pero des-
pués de 5 años de control en el DAC,
incluso desarrolló resistencia a DHE.-

En el Sanatorio tomó DHE 50 grs. y -
PAS 1 000 grs. Neumoperitoneo du-
rante 4 meses.

Operación: Neumonectomía izquierda (14-III-62).

Complicación operatoria: Casi al iniciar la operación
hubo Paro cardíaco, que cedió en par-
te al ser instituídas medidas pertinen-
tes, pero el corazón volvió a entrar -
en paro, del cual ya no salió. Falle-
ció, sin poder terminar la operación.

Clasificación de Egreso: TBC pulmonar bilateral muy a
vanzada activa.

Impresión: durante la operación FALLECIDO.

Caso No.71

MGMS, 22 años, femenino, Hospitalización: 1 año 2
meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar izquierda mo--
derada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 8 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y a
su ingreso; NEGATIVA
desde los 3 meses de -
tratamiento sanatorial.

Tratamientos: DHE 75 grs.; HAIN 100 grs.; PAS -

2 500 grs. Neumoperitoneo en DAC.

Operación: Lobectomía superior izquierda (2-IV-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar izquierda mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 año 3 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.72

CGR, 25 años, masculino. Hospitalización: 2 años 10 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumento 9 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA a su ingreso.- NEGATIVA después de 1 año de tratamiento sanatorial.

Tratamiento: DHE 185 grs.; HAIN 300 grs.; PAS - 2 000 grs.; Reazida 100 grs. Neumoperitoneo durante 1 año.

Operación: Lobectomía superior izquierda (27-IV--62)

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral moderada, aparentemente inactiva.

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 2 años post-cirugía.
INACTIVA.

Caso No.73

DSdeC, 38 años, femenino. Hospitalización: 4 años 5 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 26 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA, reiteradamente durante el período hospitalario previo a la operación. NEGATIVA post-operatoriamente.

Tratamientos: DHE 75 grs.; HAIN 350 grs.; Cicloserina 250 grs.; PAS 6 500 grs.; Dipasic - 720 tabs.

Operación: Neumonectomía derecha y toracoplastía osteoplástica (30-IV-62).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 2 años post-cirugía INACTIVA.

Caso No.74

RCP, 33 años, masculino. Hospitalización: 1 año 3 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada, activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 20 lbs.
Bacteriología: POSITIVA a su ingreso y hasta 6 meses más tarde, posteriormente NEGATIVA todo el tiempo.

Tratamientos: DHE 35 grs.; HAIN 95 grs.; PAS - 2 600 grs.

Operación: Resección segmental ápicoposterior - (LSI) (4-V-62).

Clasificación de Egreso: TBC pulmonar bilateral moderada aparentemente inactiva(Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 año 1 mes post-cirugía INACTIVA.

Caso No.75

SGC, 18 años, masculino. Hospitalización: 4 años.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada, activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 43 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA en Dispensario Infantil
NEGATIVA desde su - ingreso al Sanatorio.

Tratamientos: DHE 250 grs.; HAIN 270 grs.; PAS - 3 000 grs.

Operación: Neumonectomía izquierda (9-V-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 año 11 meses de post-operatorio INACTIVA.

Caso No.76

ODG, 29 años, femenino. Hospitalización: 2 años 2 meses.

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral muy-avanzada activa.

Evolución: Favorable, peso estable.
Bacteriología: POSITIVA en DAC, per

sistió la positividad has
3 meses previo a la ope
ración. NEGATIVA
resto del tiempo, hasta
fecha.

Tratamientos: DHE 85 grs.; HAIN 75 grs.; Cicloserina 90 grs.; PAS 1 000 grs. Resistente a DHE al año de tratamiento.

Operación: Lobectomía superior derecha (17-V-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia--Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambios desfavorables.

Impresión: 1 año 9 meses INACTIVA.

Caso No.77

RHC, 20 años, masculino. Hospitalización: 2 años 10 -- meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactorios, aumentó 4 lbs.
Bacteriología: POSITIVA a su ingreso. NEGATIVA después de 9 meses de tratamiento sanatorial.

Tratamiento: DHE 235 grs.; HAIN 240 grs.

Operación: Lobectomía superior derecha (7-VI-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 año 7 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.78

ADde J, 36 años, femenino. Hospitalización 1 año 11 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa. DIABETES MELLITUS

Evolución: Favorable, peso estable.
Bacteriología: NEGATIVA todo el tiempo, a excepción de 1 examen de lavado gástrico en el Sanatorio que fue POSITIVO.

Tratamientos: DHE 115 grs.; HAIN 52 grs.; PAS 1 000 grs. Presentó síntomas de intolerancia a DHE y PAS.

Operación: Neumonectomía izquierda (7-VI-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mo
rada aparentemente inactiva (Quimi
terapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambios desfavorable

Impresión: 1 año 7 meses post-cirugía INACTIV

Caso No.79
(Ver sección de COMENTARIOS).

ORdeD, 40 años, femenino. Hospitalización: 3 años,
18 días.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral mo-
derada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 100 lbs. de pe
so.
Bacteriología: POSITIVA y NEGATI-
VA alternativamente -
antes de la operación.

Tratamientos: DHE 221 grs.; HAIN 175 grs.; PAS -
1800 grs. Desarrolló resistencia a DHE
después de 3 años de tratamiento.

Operación: Neumectomía izquierda (14-VI-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima
aparentemente inactiva (Quimioterapia-
pia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Al correspondiente al 8-I
-63 se presentó refiriendo anorexia, -
pérdida de pesa, astenia, tos. Esputo
POSITIVO y sombras de actividad en
el pulmón remanente.

Impresión: 1 año 7 meses REACTIVADA.

Caso No.80

FMM, 10 años, femenino. Hospitalización 1 año 2 -
meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar derecho mode-
rada, activa. Síndrome del lóbulo me
dio.

Evolución: Favorable, aumentó 30 lbs.
Bacteriología: NEGATIVA reiterada-
mente desde su ingre-
so.

Tratamientos: DHE 79 grs.; HAIN 100 grs.; PAS 600
grs.

Operación: Lobectomía media derecha (26-VI-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar derecha mínima a
parentenemente inactiva (Quimiotera-
pia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 año 3 meses INACTIVA.

Caso No.81

SCG, 42 años, masculino. Hospitalización 1 año 8 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral moderada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 6 lbs.
Bacteriológicos: POSITIVO en DAC.
NEGATIVO desde su ingreso.

Tratamientos: DHE 325 grs.; HAIN 430 grs.; PAS - 2 600 grs. Dipasic.

Operación: Resección en cuña del segmento ápico-posteior (LSI). Exploración transmediastínico contralateral.

NOTA: Esta operación fue efectuada con el instrumento UKL-60 y televisada en circuito cerrado durante el Congreso Panamericano de Tisiología celebrado en Guatemala en julio 1962 (11-VII-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambios desfavorables.

Impresión: 1 año 5 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.82

DAC, 22 años, femenino. Hospitalización 2 años.

Clasificación de Ingreso: TBC pulmonar bilateral moderada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 24 lbs.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y a su ingreso; NEGATIVA el resto del tiempo en el Sanatorio.

Tratamientos: DHE 175 grs.; HAIN 125 grs.; PAS - 2 000 grs. Dipasic 450 tabs.

Operación: Lobectomías media e inferior derechas. (16-VII-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima, aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: En el correspondiente al 25-XI-63 la radiografía mostró sombra homogenea densa de borde horizontal en la parte superior. El esputo NEGATIVO, sintomatología sin importancia. - Esperar cultivos.

Impresión 1 año 10 meses INACTIVA

Caso No.83

CVvda.de R., 52 años, femenino. Hospitalización días.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral m vanzada activa. DIABETES MELLI

Evolución: Satisfactoria post-operatoriamente que la paciente ingresó para ser op rada de inmediato. POSITIVA en puto 2 años antes de su ingreso, NE GATIVA desde los 6 meses de trata miento médico específico.

Tratamientos: DHE 50 grs.; HAIN 50 grs.; Isobenza cyl, 1400 tabs.

Operación: Resecciones en cuña ápicoposterior de ambos lóbulos superiores, el izqui do a través de exploración transmedi tínica mediante el uso de UKL-60.

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínim aparentemente inactiva (Quimioterap -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 año 9 meses post-cirugía INACTIVA

Caso No.84

ITY, 38 años, masculino. Hospitalización 11 meses 15 días.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 10 libras.
Bacteriología: POSITIVA en DAC, a su ingreso y un cultivo de lavado gástrico - post-lobectomía.
NEGATIVA el resto - del tiempo.

Tratamientos: DHE 75 grs., HAIN 25 grs.; PAS - 1 340 grs.

Operaciones: Lobectomía superior derecha (24-VII-62) y Toracoplastía derecha (10-V-63).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral moderada aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambios desfavorables.

Impresión: 1 año 7 meses post cirugía INACTIVA.

Caso No.85:

EA, 12 años, femenino, Hospitalización: 2 años 9 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral moderada activa.

Evolución: Favorable, aumentó 45 libras.
Bacteriología: POSITIVA en DAI, NEGATIVA desde su ingreso al Sanatorio.

Tratamientos: DHE 45 grs.; HAIN 155 grs.; PAS 60 grs.

Operación: Lobectomía superior derecha (9-VIII-6

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima-aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 año 5 meses INACTIVA.

Caso No.86

EJGM, 37 años, femenino. Hospitalización: 6 años 5 - meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 40 lbs.
Bacteriología; POSITIVA en DAC y en el Sanatorio desde su ingreso hasta unos 5 años después de tratamiento-sanatorial.
NEGATIVA en forma intercalada con los resultados anteriores y definitivamente 9 meses antes de la operación.

Tratamientos: DHE 200 grs.; HAIN 315 grs.; PAS - 2 640 grs. Dipasic 1 440 tabs. Resistencia a DHE a 4 años de tratamiento.

Operación: Neumonectomía derecha (28-VIII-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima-aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambios desfavorables.

Impresión: 1 año 8 meses post cirugía
INACTIVA.

Caso No.87

MAOP, 36 años, femenino. Hospitalización: 1 año 3 - meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral moderada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 19 lbs.
Bacteriología: En DAC y a su ingreso -

POSITIVA; se hizo NE
TIVA desde los 10 mese
de tratamiento sanatori

Tratamientos: DHE 125 grs.; HAIN 75 grs.; PAS
1 000 grs.

Operación: Lobectomía superior derecha (31-V
62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mín
ma aparentemente inactiva (Quimio
rapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable

Impresión: 1 año 1mes INACTIVA.

Caso No.88
(Ver Sección de COMENTARIOS).

SPA, 24 años, femenino. Hospitalización 1 año 8 me
ses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy a
vanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y a
su ingreso.
NEGATIVA a los 5 me
ses de tratamiento médi
co sanatorial.

Tratamientos: DHE 100 grs.; HAIN 175 grs.; PAS -
2 600 grs. Desarrolló resistencia a -
DHE.

Operación: Lobectomía superior izquierda (4-IX-
62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral míni-
ma aparentemente inactiva (Quimiote
rapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: En el correspondiente a -
marzo/64, refiere anorexia, pérdida-
de peso, a la radiografía, sin activi-
dad evidente, pero sospechándose la
presencia de una cavidad en el pulmón
izquierdo remanente.

Impresión: 1 año 3 meses REACTIVADA.

Caso No.89
(Ver sección de COMENTARIOS).

ZMAL, 53 años, femenino. Hospitalización. 2 años -
10 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy a
vanzada activa.

Evolución: Favorable: aumentó 17 lbs. de peso.
Bacteriología: POSITIVA y NEGATI-
VA, alternativamente
durante todo el tiempo
antes de la operación.

Tratamientos: DHE 315 grs.; HAIN 207 grs.; PAS 2 000 grs.; Dipasic 30 tabs.; Reazida 60 grs.

Operación: Resección segmental apical y posterio derechos (24-IX-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral modera da aparentemente inactiva (Quimioter pia-Cirugía.

Controles post-sanatoriales: En junio /64 tos intensa, productiva, hemoptisis durante varios días, por lo que fue reingresada.

Impresión: 1 año 9 meses REACTIVADA.

Caso No.90
(Ver Sección de COMENTARIOS).

GCG 36 años, femenino. Hospitalización 3 años 4 me-- ses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy a- vanzada activa.

Evolución: Favorable, aumentó 13 lbs. de peso. Bacteriología: Alternativamente POSI- TIVA y NEGATIVA durante 2 años 3 - meses de tratamiento sanatorial, hasta- 5 meses antes de la operación.

Tratamientos: DHE 240 grs.; HAIN 290 grs.; PAS - 2 940 grs. Dipasic 360 tabs.

Operación: Lobectomía superior derecha (9-X-62). Toracoplastía derecha (25-III-63).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: el 9 de enero/64: 6 días de esputos hemoptoicos. Esputo POSITIVO Rayos X: sombra densa bajo la Toraco-- plastía.

Impresión: 1 año 6 meses de la Resección REACTIVADA.

Caso No.91
(Ver sección de COMENTARIOS).

CGV, 34 años, femenino. Hospitalización 2 años 5 me-- ses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral modera da activa.

Evolución: Favorable, aumentó 17 libras de peso. Bacteriología: POSITIVA en varias o-- portunidades en DAC. NEGATIVA desde su in- greso.

Tratamientos: DHE 75 grs.; HAIN 105 grs.; PAS 5 000 grs. Presentó manifestaciones reversi-- bles de intolerancia a la DHE.

Operación: Neumectomía izquierda (8-XI-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral moderada aparentemente inactiva (Quimioterapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: El 3-I-64: Tos productiva. Disminución de peso. Esputo POSITIVO. Rayos X sin cambio.

Impresión: 1 año 2 meses post cirugía REACTIVADA.

Caso No.92

(Ver sección de COMENTARIOS).

CHL, 30 años, masculino. Hospitalización: 3 años 6 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Preoperatoria satisfactoria, aumentó peso.

Bacteriología: POSITIVA reiteradamente desde su ingreso hasta 3 meses antes de la resección; reapareció POSITIVA postlobectomía complicada. NEGATIVA desde hace 10 meses.

Tratamientos: HAIN 330 grs.; DHE 225 grs.; PAS -- 2 340 grs. Resistente a DHE al año de tratamiento.

Operaciones: Lobectomía superior izquierda (12-XII-62). Toracoplastía izquierda (17-V-63)

Clasificación actual: TBC pulmonar bilateral avanzada activa (Quimioterapia-LSI).

Complicación y evolución post-operatoriamente: Fístula broncopleurocutánea que apareció antes de 8 días post-operatorios y que persiste a la fecha, que motivó la indicación de efectuar Toracoplastía después de la lobectomía, operación que no ha logrado influir sobre la fístula en forma favorable.

Impresión: 3 años 5 meses post lobectomía NO CURADO

Caso No.93

LAGC, 23 años, femenino. Hospitalización: 1año 4 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar izquierda muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 9 libras de peso.

Bacteriología: POSITIVA a su ingreso. NEGATIVA desde los 11 meses de tratamiento médico sanatorial.

Tratamientos: DHE 150 grs.; HAIN 75 grs.; PAS 2 340 grs. Presentó síntomas reversibles de tolerancia a DHE.

Operación: Resección segmental apico-posterior (LSI) (2-X-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar izquierda mínim aparentemente inactiva (Quimioterapi -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: En controles de nov. y dic del 63, lavados gástricos directos POS TIVOS, pero ya en abril 64 se negativi zaron; no han habido cambios clínicos ni radiológicos.

Impresión: 1 año 4 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.94

EECB, 15 años, femenino. Hospitalización: 10 meses - 25 días.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral activa.

Evolución: Satisfactoria: aumentó 28 libras.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y a su ingreso.
NEGATIVA el resto del tiempo.

Tratamientos: DHE 75 grs.; HAIN 75 grs.; PAS 600 grs.

Operación: Lobectomía superior derecha (11-X-62)

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima- aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 10 meses post-cirugía INACTIVA.

Caso No.95

NJMdeS, 31 años. femenino, hospitalización: 4 años - 4 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 46 lbs. de peso.
Bacteriología: fue durante todo el tra-- tamiento preoperatorio - alternativamente POSI- TIVA y NEGATIVA.

Tratamiento: DHE 105 grs.; HAIN 275 grs.; PAS - 9 840 grs.; Cicloserina 60 caps. Dipa- sic 900 tabs. Resistencia a DHE des- - pués de 2 años de tratamiento. Neumo peritoneo.

Operación: Resección en cuña, segmento post
(LSI) (10-XII-62).

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral m
ma aparentemente inactiva (Quimi
rapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambios desfavorable

Impresión: 1 año post-cirugía INACTIVA

Caso No.96

AG, 33 años, masculino. Hospitalización: 1 año 2 m
ses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral mod
rada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó de peso.
Bacteriología: POSITIVA en DAC y
su ingreso, NEGATIV
el resto del tiempo.

Tratamientos: DHE 100 grs.; HAIN 125 grs.; PAS
1 200 grs.

Operaciones: Lobectomía superior derecha (14-XII-
62)
Toracoplastía derecha (15-V-63).

Clasificación de egreso: TBC. pulmonar bilateral míni-
ma aparentemente inactiva (Quimiote
rapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 año 2 meses post-lobectomía
INACTIVO.

Caso No.97

PA de I, 35 años, femenino. Hospitalización: 6 me-
ses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral mode
rada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 20 lbs. de pe-
so.
Bacteriología: reiteradamente NEGATI
VA.

Tratamiento: 50 grs. de HAIN

Operación: Lobectomía superior izquierda (11-XII
-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima
aparentemente inactiva (Quimioterapia
-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: sin cambio desfavorable.

Impresión: 1 año post-cirugía INACTIVA.

Caso No.98

SVT, 27 años, masculino. Hospitalización 6 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 7 libras de peso
Bacteriología: POSITIVA en DAC
NEGATIVA desde su ingreso al Sanatorio.

Tratamientos: HAIN 50 grs. y PAS 1 200 grs.

Operación: Lobectomía inferior izquierda (18-XII-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Estabilizados.

Impresión: 1 año 4 meses post-cirugía INACTIVO.

Caso No.99

RVM, 19 años, masculino. Hospitalización: 1 año 1 mes.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Satisfactoria, aumentó 10 lbs. de peso
Bacteriología: POSITIVA en DAC, NEGATIVA desde su ingreso.

Tratamientos: DHE 25 grs.; HAIN 125 grs.; Pas 2 800 grs. Se presentaron trastornos reversibles de intolerancia a la DHE.

Operación: Neumonectomía izquierda (29-XII-62).

Clasificación de egreso: TBC pulmonar bilateral mínima aparentemente inactiva (Quimioterapia -Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Estables.

Impresión: 1 año 1 mes INACTIVA.

Caso No.100
(Ver sección de COMENTARIOS)

ARR, 42 años, masculino. Hospitalización: 2 años 7 meses.

Clasificación de ingreso: TBC pulmonar bilateral muy avanzada activa.

Evolución: Favorable, aumentó 12 libras de peso.
Bacteriología: POSITIVA en el Sanatorio durante 1 año 7 meses desde su ingreso.
NEGATIVA el resto del tiempo.

Tratamientos: DHE 225 grs.; HAIN 150 grs.; PAS 3 540 grs.. Neumotórax izquierdo rante 7 meses.

Operación: Lobectomía superior izquierda y dec ticación (27-III-63).

Clasificación de Egreso: TBC pulmonar bilateral míni ma aparentemente inactiva (Quimiot rapia-Cirugía).

Controles post-sanatoriales: Al correspondiente al 6 II-64 se presentó refiriendo tos matut na productiva. El esputo fue POSITI VO, Rayos X, aparentemente sin cam bio. La Junta Médica ordenó su re- hospitalización.

Impresión: 1 año post-cirugía REACTIVADO.

CUADRO No.1

ESTUDIO DE 100 CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN RELACION DE EDAD SEXO Y FORMA CLINICO-RADIOLOGICA DE SU ENFERMEDAD, QUE FUERON - TRATADOS POR PROCEDIMIENTOS DE RESECCION PULMONAR.

	Forma Clínico -Radiológica								Totales	
	Mínimas		Moderadas		Avanzadas		Sub-total			
Edad	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Hom.	Muj.	Total Gen.	%
de 14	0	0	1	3	0	2	1	5	6	6
15 a 24	0	0	1	6	9	9	10	15	25	25
25 a 34	0	1	4	8	13	19	17	28	45	45
35 a 44	0	0	2	3	4	11	6	14	20	20
45 a 54	0	0	0	1	0	3	0	4	4	4
Suma	0	1	8	21	26	44	34	66	100	
Totales		1		29		70		100		
%		1		29		70		100		

Analizando el Cuadro No.1 podemos observar el alto porcentaje de formas avanzadas en el momento de ingreso del paciente al Sanatorio, contrastando con el bajísimo porcentaje de formas mínimas. Se puede notar también el predominio del sexo femenino en nuestros casos, lo cual podría atribuirse en parte, a la existencia en el Sanatorio de 2 salas de Cirugía de Mujeres por sólo una de Cirugía de Hombres. Nos pone de manifiesto también el hecho ya conocido de la incidencia de la enfermedad en la edad media de la vida y con mayor porcentaje en nuestra casuística del período comprendido entre los 25 a los 34 años, descendiendo en forma proporcional dicho porcentaje conforme aumenta o disminuya la edad del paciente.

ADRO No.2

UDIO DIFERENCIAL DE 100 CASOS DE RESECCION PULMONAR POR TUBERCULOSIS, DE ACUERDO CON LOS PROCE IENTOS EMPLEADOS Y SU RELACION CON EL SEXO Y LA EDAD DE LOS PACIENTES.

	RESECCIONES												TOTALES			
	Neumonect.		Lobectomía.		Segmentect.		Bilobectomía		Lobectomía Segmentect.		Resección en cuña		Sub-totales		Total general	%
dad	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
de 14	0	0	0	4	0	0	1	1	0	0	0	0	1	5	6	6
5 a 24	3	3	5	7	0	1	2	2	0	2	0	0	10	15	25	25
25 a 34	2	8	14	16	1	2	0	1	0	0	0	1	17	28	45	45
35 a 44	0	6	3	6	1	1	0	0	0	1	1	0	5	14	19	19
45 a 54	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	4	5	5
de 55	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suma	5	18	23	34	2	5	3	4	0	3	1	2	34	66	100	100
Totales		23		57		7		7		3		3		100		
%		23		57		7		7		3		3		100		

n el Cuadro No.2 sólo tenemos que agregar a lo dicho para el anterior con respecto a la edad y el sexo, que los procedimien os quirúrgicos efectuados que predominan son las Lobectomías y el porcentaje relativamente alto de neumonectomías.

DRO No.3

ULTADOS POST-OPERATORIOS DE 100 CASOS DE RESECCION PULMONAR POR TUBERCU
SIS DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES CLINICAS ACTUALES Y EL TIEMPO DE CON-
OLES POST-SANATORIALES.

Tiempo	Condiciones Clínicas								Totales			
	Inactivos		Reactivados		Fallecidos		No curados		Sub-totales		Gran Total	%
	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.	Masc.	Fem.		
de 6 m.	0	0	0	0	3	2	0	0	3	2	5	5
-12 m.	3	8	2	0	0	0	0	0	5	8	13	13
sta 2 a.	13	19	0	8	0	0	0	0	13	27	40	40
asta 3 a.	5	17	0	1	0	1	1	0	6	19	25	25
asta 4 a.	5	8	0	1	1	0	1	1	7	10	17	17
ás de 4 a.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Suma	26	52	2	10	4	3	2	1	34	66	100	100
Totales		78		12		7		3		100		
%		78		12		7		3		100		

n el Cuadro No.3, podemos ver que, comparando con las formas avanzadas que observamos al - greso, se logró por medio de la cirugía curar un alto porcentaje de pacientes las reactivaciones edominan en nuestros casos de estudio alrededor de los 2 años después de la operación y que las mplicaciones fatales en el 70% han sido en una época vecina a la de la operación.

CUADRO No.4

ESTUDIO DEL TIEMPO DE HOSPITALIZACION SANATORIAL DE LOS 100 CASOS ANALIZADOS, RELACIONADO CON EL SEXO

	Hombres	Mujeres ,	Niños	Total
- de 6 m.	3	2	0	5
6 a 12 m.	4	5	0	9
1 a 2 a.	12	18	2	32
2 a 3 a.	9	13	2	24
3 a 4 a.	3	11	1	15
de 4 a.	2	12	1	15
Suma	33	61	6	100
Total			100	

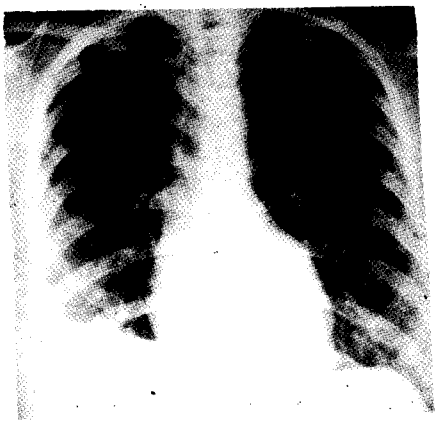
Como podemos ver en este cuadro, la mayor parte de los pacientes operados permanecen entre 1 a 3 años en el Sanatorio, factor de gran importancia si nos ponemos a pensar cuanto tratamiento médico recibe el paciente durante este tiempo.

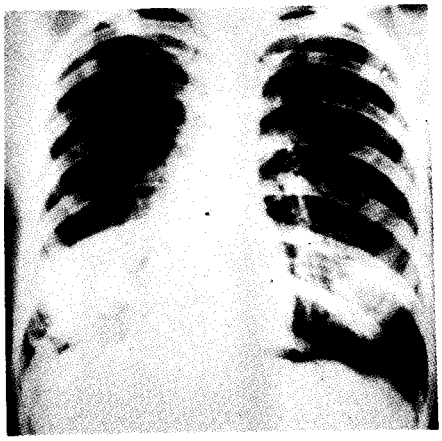
UADRO No.5

STUDIO DE LA BACTERIOLOGIA PREOPERATORIA - NMEDIATA DE LOS 100 CASOS ANALIZADOS.

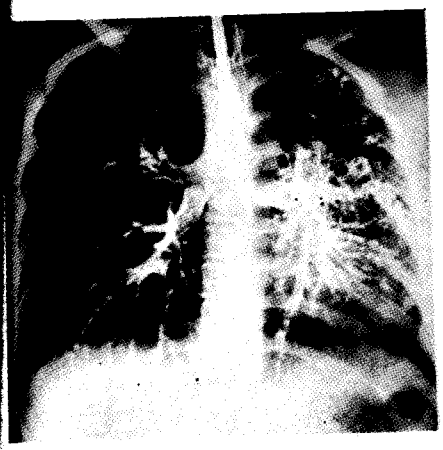
POSITIVOS	31
NEGATIVOS	69
TOTAL	100

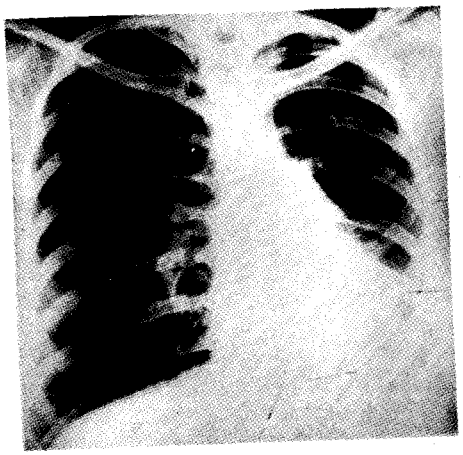
Vemos aquí que la positividad preoperatoria es relativamente alta y si tomamos en cuenta que todos ellos - han estado con tratamiento de antibióticos antituberculosos durante meses e incuso [illegible] antes de la operación, - dicha positividad puede atribuirse a estados de resistencia del bacilo a las drogas empleadas. Se consideraron en este cuadro, pacientes con bacteriología positiva, aquellos que lo fueron 6 meses antes de la operación.





Caso de una paciente cuya enfermedad se localizó en la base derecha, pero a la toracotomía se hizo necesario efectuar Lobectomías Media e Inferior derechas.





Caso con lesión bronquial residual en lóbulo superior izquierdo, que hizo obligatoria la extirpación del mismo.

VII

COMENTARIOS

En este capítulo serán comentados una serie de factores importantes que influyen en la evolución de un caso de Tuberculosis pulmonar que esté siendo tratado sanatorialmente, y, principalmente, los que deberán ser tomados en cuenta para considerar tratamiento quirúrgico de resección. El capítulo será dividico en 2 partes, la correspondiente a Comentarios Generales y la de Comentarios particulares, tratando de analizar en esta segunda parte los factores a que puedan ser atribuídos los casos que no evolucionaron satisfactoriamente al tratamiento quirúrgico de los 100 analizados en este trabajo.

COMENTARIOS GENERALES:

Entre los factores que debemos considerar sobre manera influyentes en la evolución del caso sanatorial de paciente tuberculoso, se destacan: el tiempo de enfermedad, estado clínico y radiológico (sobre todo este último) y el tratamiento médico específico recibido previamente; factores todos relacionados íntimamente y que, dependiendo del momento en que el paciente llegue a solicitar tratamiento profesional, este podrá establecer pronósticos distintos o encaminar su tratamiento por el método más conveniente para cada caso. Mientras más incipiente es una lesión, el pronóstico será más favorable pero, desgraciadamente en nuestro medio estos casos son la excepción.

Hemos visto que el 70 % de los casos analizados

eran casos muy avanzados de Tuberculosis al momen
de ingresar al Sanatorio; de los restantes 29 % eran
mas moderadas y solo 1 % de forma mínima.

Si tomamos en cuenta que, a la forma evolut
descrita (radiológicamente hablando) se asocia intí
mente el cuadro clínico general, nos daremos cue
cuanto se agrava la situación ya que, generalmente
trata de pacientes de nivel socioeconómico bajo que
gresan al Sanatorio en condiciones nutritivas e higié
cas lastimosas. Muchos pacientes, a pesar de conoc
su enfermedad, no buscan tratamiento sino hasta cuan
se presenta una hemoptisis u otra complicación.

Afortunadamente, muchos de estos casos, sob
todo si son vírgenes de tratamiento específico, se v
evolucionar en forma admirablemente buena con el re
so, la alimentación y la quimioterapia antitubercul
pero para esto se necesita tiempo y ese tiempo es el
peor enemigo del cirujano al tomar una decisión quir
gica en uno de estos casos, ya que cuando llega a s
manos, el paciente quizá lleve cuando menos 1 a 2 a
ños de tratamiento y como hemos visto ya anteriorment
en Casuística hasta 3 a 4 años, tiempo durante el cua
el paciente deberá estar tomando sin cesar sus medica
mentos específicos y con frecuencia se ha hecho resi
tente a ellos con el consecuente riesgo de un postoper
torio sin una terapéutica de protección adecuada.

En general, la mayoría de los casos estudiados
ingresaron al Sanatorio cuando su enfermedad ya cont
ba con 6 a 12 meses de evolución y con tratamiento e
pecífico ambulatorio previo, muchas veces en forma i
rregular; además el tratamiento recibido a través de 6 meses a 2 años de tratamiento sanatorial, muchos de ellos con bacteriología reiteradamente positiva, factor que, analizándolo detenidamente no es sino manifestación de inefectividad de las drogas para negativizar al paciente, aunque los controles in vitro no demuestren dicha resistencia.

Por lo que se concluye que, el médico tisiólogo debe tener un claro concepto de las indicaciones quirúrgicas de nuestros pacientes para evitarnos la tragedia de tener una gran cantidad de casos inoperables, en primer lugar; en segundo término, los que llegan a la cirugía son casos avanzados, complicados y difíciles.

La cirugía tisiológica, pese a los malos casos en los cuales ha tenido que ser efectuada, demuestra que la bondad de su indicación no debe despreciarse. Queremos que este trabajo no solo despierte en el especialista la indicación de la cirugía sino que también extender este despertar en el médico general que también debe saber tratar correctamente la Tuberculosis ya que, como está demostrado ampliamente, en nuestro medio es la tisiocirugía la que cuenta con el mayor número de enfermos tuberculosos curados.

COMENTARIOS PARTICULARES:

Caso No. 8: FALLECIDA

Paciente con enfermedad de larga duración
años preoperatoriamente), saturada de antibióticos es
cíficos, posiblemente resistente a los mismos. El acto
operatorio se dificulta debido a la gran cantidad de
herencias, que obligan a hacer disección extrapleural
procedimiento shockeante, que hace bajar lapresión
terial, lo que obliga al cirujano a actuar con premura
y como consecuencia se abre una cavidad, derramándo
se su contenido, lo que probablemente infectó el espa
cio pleural residual constituyéndose postoperatoriamen
te una fístula broncopleurocutanea. No se pudo co
pletar el tratamiento quirúrgico de la fístula ya que n
se contaba con tubo de Carlens que era considerado po
nosotros indispensable para este tipo de operación, en
base a experiencias previas, ya que hubo reactivación
contralateral con caverna grande en LSI que al final
provocó una hemoptisis fulminante y la muerte de la en
ferma por hemorragia aguda.

Caso No. 9: FALLECIDO

Caso difícil, con enfermedad antigua, saturado
de antibióticos.

La incisión quirúrgica efectuada seguramente di
ficulta la visibilidad y accesibilidad a los lóbulos infe
riores, ya que se entró al tórax por el 3er. espacio in
tercostal, que motivó acto operatorio dificil, con di
sección del hilio complicada, donde se produjo hemo
gia por herida de vasos, no pudiendo llevar a cabo
procedimiento quirúrgico planeado; solo se pudo ex
ar LSD dejando el LMD donde existían lesiones evi
ntes a los rayos X. Consecutivamente se complicó
n fístula broncopleurocutánea que causó la muerte
Insuficiencia Respiratoria a los 7 días de la opera-
ón.

so No. 15: FALLECIDO

Paciente con enfermedad de larga evolución,
on tratamiento específico previo abundante. El acto
peratorio transcurrió como habitualmente. Postopera-
oriamente hizo fístula broncopleurocutanea; pese a la
ismo logró un 50 % de rexpansión de su pulmón rema-
iente, se adaptó a su deficit respiratorio y se fugó del
anatorio antes de completar tratamiento cuando ya ha
bía evidencia de diseminación contralateral que lo lle
vó a la muerte 2 años más tarde por hemoptisis incoher-
cible.

Caso No. 17: REACTIVADA

Paciente con enfermedad antigua, aparentemen
te solo en el lado izquierdo, también tuvo mucho tiem
po de tratamiento específico ambulatorio. Sufrió Co -
lecistectomía previa y luego Lobectomía superior iz -
quierda, la que hasta la fecha ha actuado bien inacti -
vando las lesiones izquierdas pero, el medio ambiente -
al que regresó la enferma (doméstica del Sanatorio), fa -
voreció el desarrolló de enfermedad circunscrita en el
lado derecho que ameritará cirugía.

Caso No. 22: FALLECIDA

Paciente con Tuberculosis pulmonar muy avan
da en pulmón derecho con evolución larga e igual tr
miento médico, que ameritó de varias intervenciones,
iniciándose por una toracoplastía derecha en virtud
lesiones antiguas cicatriciales el pulmón contralateral
que pudieran haberse reactivado postoperatoriamente.
Durante la 2a. intervención: Neumectomía derecha b
jo toracoplastía, la paciente presentó manifestaciones
alérgicas al paso de la sangre; a partir de entonces est
vo hipotensa, luego, postoperatoriamente la Presión a
terial presentó oscilaciones que, al final, condujeron
a la paciente a la muerte 4 horas más tarde. Creemos
que fué debida a problemas de compatibilidad sanguí
nea, aunque para ello, desgraciadamente no disponga-
mos más que del criterio clínico ya que no se efectuó,
aparentemente, la necropsia que procedía efectuar en
un caso como el presente.

Caso No. 24: REACTIVADA

Paciente con enfermedad moderada en vértice -
izquierdo, saturada de drogas antituberculosas antes de
ingresar al Sanatorio. El procedimiento quirúrgico fué
difícil, tanto por la gran cantidad de adherencias que
producen mucha hemorragia como por el hallazgo de a-
nomalías anatómicas que dificultan la disección. Se e-
fectuó Resección segmental habiendo tenido que dejar
cuerpo extraño (Gelfoam), para cohibir hemorragia, fac
tores contribuyentes para que se produjera fístula incar
cerada que, mientras estuvo en el Sanatorio no dió --
muestras de actividad, por lo que no se dispuso hacer o

tro procedimiento quirúrgico. A los 2 años postoperato
rios, existe lesión basal de reactivación en el lado ope
rado, consecutiva, no hay duda, al problema que cons
tituye su fístula incarcerada y que ameritará tratamien-
to quirúrgico ulterior.

Caso No. 33: NO CURADA

Pacientes con 8 años de enfermedad, al princi -
pio bilateral, posteriormente se localizó en pulmón iz-
quierdo y pese al tratamiento prolongado con antibió -
ticos específicos no se logró curación satisfactoria de -
las lesiones por lo que fué sometida a intervención qui
rúrgica de resección complementada con toracoplastía -
osteoplástica para evitar reactivación de lesiones evi -
dentes que el cirujano deja en el lóbulo remanente, pe
ro que a su juicio no justificaban la Neumectomía, ade
más de desear con ello evitar desviación mediastinal -
que favorecería la reactivación de lesiones antiguas en
pulmón contralateral. Durante el acto operatorio las
anomalías anatómicas encontradas dificultan la opera -
ción y, factor importante en nuestro medio, al final de
la operación no se pleuralizó el múñón bronquial, ra-
zón ésta última que creemos es la causa de las compli -
caciones referidas en la descripción del caso.

Caso No. 37: FALLECIDA

Pacientes con enfermedad antigua. Operación-
difícil por las adherencias fuertes a planos superficia -
les que se habían desarrollado, neocirculación en pla
nos pleurales, que se vió estimulada y agravada por la
toracoplastía previa, la cual había logrado un conside-

rable y efectivo colapso de las lesiones principales. D
rante el acto operatorio estas adherencias sangraron a
bundantemente, así como también la distorción produ
cida por la misma enfermedad y la cirugía previa moti
varon la circunstancia de que el anestesista intubara e
bronquio derecho, lo que se comprobó en el acto ope
ratorio cuando la paciente entró en shock y cianosis po
Insuficiencia respiratoria y circulatoria, estado que me
joró con la terapéutica intuida contra el colapso vascu
lar y al ser retirado el tubo hasta la altura de la tráque
No se logró controlar eficazmente el sangramiento, lo
que ocasionó la muerte por Anemia aguda postoperato
ria. Tenemos la impresión de que fué un caso mal eva
luado con vistas a la 2a. intervención, que debió ha
berse orientado a completar la toracoplastía, que tan
buen resultado había logrado en su 1er. tiempo, en lu
gar de la laboriosa y difícil lobectomía que fué, a la pos
tre, la que llevó a la enferma a la muerte por sangra
miento intenso postoperatorio.

Caso No. 45: REACTIVADA

Pacientes con enfermedad antigua, saturada de antibióticos, sin resolución definitva de sus lesiones, por lo que se hace necesario efectuar lobectomía superior izquierda; la operación es difícil debido a la presencia de anomalías anatómicas y a la gran cantidad de adherencias que, incluso han llegado a producir fusión de la cisura interlobar, que es necesario hacerla artificialmente mediante corte entre pinzas; el parénquima se encuentra muy enfermo y además hay enfermedad ganglionar muy manifiesta que no es posible extirpar, dejando las linfoglándulas enfermas, factor que sumado a

ros de índole social del ambiente a que llegó la pa
iente al egresar, creemos sean los causantes de la
activación.

Caso No. 49: REACTIVADA

Paciente con Tuberculosis de larga data que
racticamente destruye el Lóbulo superior derecho, des
ía mediastino al lado contralateral, lesiones residuales
en lóbulo superior izquierdo y además del prolongado
tratamiento médico específico se hace necesario some
terla a doble intervención quirúrgica: Lobectomía supe
rior izquierda y Toracoplastía, pero los hallazgos ope
ratorios obliga además a efectuar Segmentectomía su
perior del lóbulo inferior; hace una fístula broncopleu
rocutanea en postoperatorio inmediato, se observa du
rante 6 meses en el hospital y se dá egreso. A los 2 a
ños reingresa con bacteriología positiva y la fístula rea
bierta. El caso es el de una fístula incarcerada no cu
rada, con reactivación de las lesiones tuberculosas.

Caso No.53: NO CURADO

Paciente con enfermedad antigua y tratamiento mé
dico abundante quien fue intervenido por bronquiectasia
y atelectasia con la indicación de efectuar Lobectomía
superior derecha. En el curso de la operación y como
consecuencia de las adherencias extensas y firmes se
rompió accidentalmente una cavidad que no era eviden
te a los rayos X, lo cual obligó a efectuar Segmentecto
mía superior del lóbulo inferior. En los primeros días
del post-operatorio aparece fístula broncopleurocutá-

nea y, en un intento por curar la misma, se hace ne
ria una Toracoplastía derecha, sin resultado favorab
ya que la fístula persiste hasta la fecha, hay infiltra
de reactivación en pulmón contralateral y el pacien
ha salido del sanatorio.

Caso No.58: REACTIVADA.

Paciente con enfermedad de 2 años de evolución
tratamiento médico al momento de la operación, con
siones localizadas en lóbulo superior izquierdo que ar
ritan Lobectomía, la cual se lleva a cabo. Acto oper
torio difícil, que se complica más al herir accidentalm
te la arteria pulmonar, la cual hay que suturar previa
compresión intrapericárdica de la misma. Se reseca
cuña lesión nodular múltiple en segmento superior del
bulo inferior izquierdo. Dos años más tarde regresa
Sanatorio con imágen de cavidad en la porción restant
del segmento superior del lóbulo inferior izquierdo. C
so característico de lesiones residuales a distención pos
-operatoria que se reactiva.

Caso No.63: REACTIVADO

Paciente con enfermedad antigua, saturado de an-
tibióticos que durante la intervención es necesario libe-
rar adherencias extensas, lo cual trae como consecuen-
cia que se abra una caverna derramando su contenido e
la cavidad pleural, formándose postoperatoriamente un
fístula broncopleural incarcerada, que se observa y con-
trola en el Sanatorio durante 4 meses y al final es dado
de alta como inactivo. A los 9 meses reingresa al Hos-

pital con reaparición de la fístula, bacteriología posi- -
tiva y cavidad en campo medio derecho.

Caso No.64: FALLECIDO.

Paciente con enfermedad extensa derecha y desvia-
ción mediastinal haciendo enfisema compensatorio del la
do operado, donde hay lesiones cicatriciales antiguas, -
Tuberculosis antigua y tratamiento médico durante largo
tiempo, resistencias in vitro a la DHE. Se hace necesa-
ria Neumectomía derecha, procedimiento que fue difí--
cil, con sangramiento profuso, hipotensión prolongada -
durante la operación, la cual no se lleva a cabo en for-
ma satisfactoria ya que el cirujano en su nota operatoria
aclara que deja muñón bronquial muy largo, pero que -
las condiciones del paciente impiden hacerlo de otra -
manera. Durante el acto operatorio y el postoperatorio
inmediato el paciente permanece hipotenso y disneico y
muere a las 4 horas después de la operación por Insufi- -
ciencia Cardiocirculatoria motivada por sangramiento -
profuso sumado al enfisema compensatorio contralateral.

Caso No.70: FALLECIDO

Paciente con evolución de 5 años de enfermedad, -
resistente a los antibióticos específicos, muy probable--
mente contaminado con bácilo ya resistente que, pese al
tratamiento médico variado y prolongado persiste con -
bacteriología positiva y principia a tener hemoptisis in—
cohercibles, que no ceden con los medios terapéuticos -
habituales. Se dispone como último recurso, efectuar u-

na Neumectomía para tratar de salvarlo, riesgo opera
muy grave que se comprueba al solo hacer la toracoto
ya que entra en paro cardíaco del cual se le saca para
proseguir una operación que ya no se finalizó porque
paciente muere en la mesa de operaciones al reinstala
el paro cardíaco.

Caso No.79: REACTIVADA.

Paciente con cuatro años de evolución de enferme
y tratamiento médico específico, con irregular distribu-
ción de sus lesiones que, por esta circunstancia, ameri
tratamiento de excéresis izquierda sacrificándose mucho
tejido sano. Paciente sale del hospital a un medio soci
económico sumamente precario agravado con problemas
fectivos profundos que, no hay duda, la hicieron consid
rar el estado de su enfermedad como problema al cual
le dió debida importancia, desmejora en su estado gener
la bacteriología se vuelve positiva con pocas sombras ra-
diográficas, de tipo diseminativo. Regresa al Sanatorio
donde continúa con tratamiento médico con la consiguien
te mejoría del cuadro general y desaparición de las som-
bras radiológicas.

Caso No.88 : REACTIVADA

Paciente con tuberculosis pulmonar localizada en lóbulo superior izquierdo, después de tratamiento médico - específico durante un año. El procedimiento quirúrgico- es difícil debido a las abundantes y fuertes adherencias,- enfermedad ganglionar manifiesta que no es posible reseccar y anomalías anatómicas de las arterias al lóbulo superior izquierdo. Es dada de alta por inactiva a los 3 meses de la operación y reingresa al año y tres meses de operada con imagen de caverna en el pulmón izquierdo- remanente, comprobada por examen tomográfico. La - bacteriología también fue positiva a su reingreso. Creemos que la reactivación puede atribuirse a la amplia - enfermedad ganglionar existente y que no pudo ser resecada y a probables problemas de reexpansión.

Caso No.89: REACTIVADA

Paciente de edad avanzada, lesiones antiguas y - tratamiento antituberculoso en grandes cantidades; la- presencia de una cavidad en el vértice pulmonar derecho obliga a intervenir y al hacerlo, la presencia de - la caverna en forma aislada y el estado del resto del - pulmón sugieren el camino a seguir, efectuándose re-- sección segmental apical y posterior derecha, operación difícil de llevar a cabo debido a las adherencias encontradas. Intencionalmente, es necesario dejar lesiones - evidentes, pero no queda otro recurso. La paciente es dada de alta con radiografía donde se evidencia claramente la presencia de falta de reexpansión del pulmón - remanente, con el consiguiente espacio vacio residual. La paciente regresa al Sanatorio al año 9 meses más tarde con hemoptisis y evidencia radiológica de reactivación. Creemos que la evaluación del caso previo a su egreso fue mal encaminada, ya que se debió haber indicado una toracoplastía que completara el tratamiento que, hasta el momento se encontraba cumpliendo su cometido en forma satisfactoria.

Caso No.90: REACTIVADA

Paciente con enfermedad de varios años de evo
y tratamiento médico antituberculoso, que persistió
bacteriología positiva hasta que fue operada. La op
cion fue muy laboriosa pero, transcurrió como habi
mente. Quedo espacio residual que ameritó efectua
Toracoplastía post-Lobectomía superior derecha. Un
6 meses más tarde reingresa con esputos hemoptoicos,
teriología positiva (que cedió con el tratamiento méd
sanatorial) además de imágenes radiológicas de reac
ción por debajo de la Toracoplastía.

Caso No.91: REACTIVADA

Paciente con enfermedad moderada al principio b
teral. Su bacteriología sólo fue positiva en una oport
dad en el Sanatorio; Tratada médicamente , pero des
de mucho tiempo y tratamiento abundante queda imag
de cavidad parahiliar que amerita intervención quirúr
Al principio fue planeada una lingulectomía, pero en
momento de la operación, la gran cantidad de adheren
cias muy vascularizadas, enfermedad ganglionar grave
las dificultades para la disección vienen a terminar de
complicarse cuando se rasga accidentalmente la arteria
pulmonar, con sutura de la brecha que se dificulta deb
a la situación de la herida arterial, la paciente se por
hipotensa debido al sangramiento; como último recurso
para salvar la vida a la paciente se decide hacer una N
mectomía izquierda, con lo cual se solucionó de momen
la situación, la cual se prolongó durante cerca de 2 año
cuando la paciente desmejora en su estado general, la
bacteriología se torna positiva, por lo que reingresa pa

ser tratada médicamente con lo cual mejora el estado -
clínico y bacteriológico, sin que, hasta la fecha haya -
habido ningún cambio radiológico de actividad manifies-
ta.

Caso No.92: NO CURADO

Enfermedad grave, saturada de antibiótico, con le-
siones extensas en el lado no operado, resistente a los -
antibióticos. Pese a los buenos controles y estudio pre-
operatorio, se hace mala indicación quirúrgica. La ope
ración se dificulta, primero por la mala visión ya que el
aborde quirúrgico nos parece fue inadecuado, y segun-
do por la extensión de la enfermedad que imposibilita -
hacer una buena sutura bronquial, la cual se tuvo que -
hacer en bloque, motivo principal que influyó en la apa-
rición de fístula broncopleurocutánea que ameritó Tora-
coplastía ulterior, pero que aún no ha resuelto el proble-
ma del paciente.

Caso No.100: REACTIVADA.

Paciente con enfermedad antigua y tratamiento a-
bundante, posiblemente con resistencia a las drogas anti-
tuberculosas; hace una caverna gigante en lóbulo supe-
rior izquierdo, que en el acto operatorio imposibilita un
buen aborde hacia el bronquio, del cual se deja al final
un muñon muy largo, el que es necesario volver a dise--
car más profundamente para hacer un segundo cierre, to-
do lo cual influyó posiblemente para dejar enfermedad a
nivel de este bronquio, que fue posiblemente la fuente -
de origen de la reactivación.

VIII

CONCLUSIONES

1. La cirugía de resección pulmonar como tratamiento complementario de la tuberculosis continúa siendo de gran utilidad; es, hasta la fecha, uno de los procedimientos que en mayor porcentaje contribuyen a la curación de los casos a ella encomendados y el método que elimina en su mayor parte el foco de infección, contribuyendo a la disminución de la incidencia de nuevos casos.

2. Se estudiaron 100 casos de pacientes a quienes les fue efectuada cirugía de resección pulmonar, lográndose concluir en:

   a. 70% de ellos presentaban a su ingreso una forma avanzada de TBC pulmonar, 29% de formas moderadas y sólo 1% de forma mínima. De dichos 100 casos, 66 pertenecen al sexo femenino y 34 al sexo masculino, cifras que incluyen 6 niños (menores de 14 años). Podemos ver un predominio en las formas avanzadas de enfermedad y predominio del sexo femenino sobre el masculino, esto es posiblemente explicable por la existencia en el Sanatorio de mayor cantidad de camas en la sección de mujeres.

b. El tipo de intervención quirúrgica más em
do fue la Lobectomía única en el 57% de
sos; Neumectomía en 23% de ellos lo que
lustra hasta que punto llegan a localizarse
un solo lóbulo las lesiones que originalmen
xistían con predominio bilateral como se vi
el inciso anterior, lo cual se logra con el
miento médico específico por tiempo varia
Nótese asímismo la relación existente entre
avanzado de las lesiones y la frecuencia al
en que hubo necesidad de extirpar un pulmó
completo.

c. Con respecto a la edad a que fueron operad
el 90% estaban comprendidos entre los 15 y
44 años, lo cual sólo biene a corroborar la
ría mantenida durante mucho tiempo, de c
derar a la TBC como enfermedad de la edad
dia de la vida.

3. Los resultados obtenidos en los casos operados, de
pués de un período de control de 6 meses a 4 año
fueron los siguientes:

a. En 78% hay Inactividad clínica, radiológica
bacteriológica; casos que podemos considera
hasta la fecha como curados, gracias a la co
binación de los tratamientos médico y quirúr
co.

b. El 22% restante, que podríamos considerar, c
mo fracaso del tratamiento quirúrgico, se rep
te en la forma siguiente:

Reactivaciones	12%
Fallecimientos	7%
No curados	3%

4. Analizando detenida e individualmente cada uno de los casos en que la cirugía no obtuvo el éxito deseado, se concluyó en lo siguiente:

a. Insistir en una buena evaluación preoperatoria de cada caso evitando así efectuar intervenciones mal indicadas o poco apropiadas para el paciente y tomando en cuenta todos los factores mencionados en el capítulo sobre la selección del paciente. Se menciona en Comentarios (Caso No.37) el caso de una paciente que posiblemente no hubiera fallecido si hubiera sido mejor evaluada antes de la intervención.

b. Entre los factores de técnica, el abrode quirúrgico inadecuado de la lesión a resecar, pue
dificultar el procedimiento y obligar a efectuar maniobras que ponen en peligro la efectividad del mismo. Una incisión muy pequeña, en casos de resección pulmonar por TBC, dificulta la liberación de adherencias que se encuentran en la mayor parte de los casos, durante la toracotomía y obliga a dejar, en ocasiones, lesiones que no pudieron ser evidenciadas por la exploración, debido a la escasez de espacio. La disección cuidadosa de las adherencias y una minuciosa hemostasis, son de gran importancia para disminuir la incidencia de los fracasos de la cirugía.

c. La detenida evaluación post-operatoria pr
via al egreso del paciente, es imprescindibl
para llevar a cabo cualquier procedimiento
dicional si fuera necesario, evitando así,
lo posible, que a largo plazo sobrevengan
complicaciones que lleguen a constituir un f
caso del procedimiento, como por ejemplo l
problemas de espacio residual.

Br. Juan Rafael Minera de León

Dr. Julio César Mérida
Asesor

Dr. Alfredo Barrascout M.
Revisor

V°.B°.

Dr. Carlos A. Soto
Secretario

Imprímase:

Dr. Carlos Manuel Mónsón
Decano

BIBLIOGRAFIA

1. Archivos del Sanatorio Antituberculoso San Vicente, correspondientes a los años 1959 a 1963.
2. Archivos del Servicio de Rayos X del Sanatorio Antituberculoso San Vicente.
3. Acevedo, Marco Antonio, Tratamiento Quirúrgico de la Tuberculosis pulmonar en el niño. Tesis de investidura. Nov. 1963.
4. Anson, Barry. An atlas of Human Anatomy. Saunders Co. 1963.
5. Burch and Miller. Surgical Diseases of the Lung.- Charles Thomas Publisher. Illinois, U.S.A.1963.
6. Chicas R., Mario. Importancia de la Broncografía en el Diagnóstico y Tratamiento de las enfermedades Broncopulmonares. Tesis de investidura. Junio 1954.
7. Domarus, A. v., Farreras, P.: Compendio de Patología Médica. Editorial Marín. España, 1964.
8. Gómez Pimienta, J. Luis: Acerca del tratamiento de la Tuberculosis pulmonar. Boletín del Instituto Nacional de Neumología de México.
9. Heaf, F.R.: Symposium of Tuberculosis. Casell y Cía London. 1957.
10. Hinshaw; H. Corwin; Garland, L. Henry: Enfermedades del Tórax. Editorial Interamericana, 1957.
11. Johnson, Julian; Kirby, Charles; Cirugía Torácica. Editorial Interamericana S.A. México, 1954.
12. Llerena Veliz, Rodolfo: Resultados del tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis pulmonar. Tesis de - investidura. Noviembre 1959.
13. Méndez, Pedro Horacio: Evaluación de 100 casos de tuberculosis pulmonar tratados en el Sanatorio-

Antituberculoso San Vicente. Tesis de Investidura. Julio 1963.

Rubin, Eli; Rubin Morris: Thoracic Diseases. W.B.-Saunders Co. 1961.

Storey, Patrick B.; Kieffer Jr.; Rochard F.: Enfermedades pulmonares importantes. Clínicas Médicas de N. A., Enero 1959. Editorial Interamericana.

Conclusiones y recomendaciones del tema "Indicaciones de Toracoplastía". VI Congreso Panamericano de Tisiología efectuado en Bolivia 1964.

Wylye, R. and Bowman, F.: Inmediate complications following Thoracotomy for pulmonary diseases. The surgical clinics of N.A. Vol. 44 No.2, April-1964. Saunders.

Rigler, L.G.: The Chest, a Handbook of Roentgen-diagnosis. 2nd. edition. Year book publisher. - Chicago, 1956.