



UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
REPUBLICA DE GUATEMALA, CENTROAMERICA

-NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO
QUIRURGICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR
EN EL HOSPITAL DE AMATITLAN.

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA ,

P O R

JOSE ORLANDO QUIROZ RIVERA

EN EL ACTO DE INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

oOo

GUATEMALA, ABRIL DE 1964

GENERALIDADES

El tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis Pulmonar ha desarrollado un progreso notable en los últimos años gracias a la adquisición de nuevos tuberculoestáticos, así como también por el aparecimiento de técnicas quirúrgicas más depuradas, exámenes funcionales previos más precisos, métodos de anestesia más completos, conocimiento del pre y post-operatorio, etc.

A pesar de que el tratamiento tuberculoestático no ha respondido en forma absoluta y definitiva a las grandes esperanzas puestas en ellos en un principio, la disminución manifiesta de la mortalidad en la Tuberculosis Pulmonar se acompañó de un aumento en el número de enfermos ambulatorios crónicos, de hospitalizados y de enfermos contagiosos, originando en esta forma, con las técnicas modernas de diagnóstico, una mejor condición para la clasificación de los casos quirúrgicos que como consecuencia lógica se han ido presentando.

La experiencia quirúrgica que nos ha tocado vivir en el Hospital Nacional de Amatlán, no puede llegar a determinar el resultado a un largo plazo ya que nuestra experiencia data desde 1957, fecha en la cual se practicó la primera Lobectomía. Pero en todos los casos tratados quirúrgicamente hasta el momento, los resultados han sido perfectamente satisfactorios.

El tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis Pulmonar ha planteado en términos generales varios problemas, el primero de los cuales se refiere al hecho de que en un

proceso general la cirugía elimina los focos grandes, pero quedando como es natural los focos pequeños en el resto del parenquima, y del organismo en general. Otras dificultades las constituyen: el espacio por llenar en la cavidad pleural, la desviación del mediastino, así como pulmón no reexpandido, hemorragia, fistula broncopleural, (siendo la complicación más seria), pero en la experiencia que tenemos en el Hospital de Amatitlán, no se ha presentado un solo caso.

No obstante lo anterior, el tratamiento quirúrgico puede acelerar la rehabilitación del enfermo y proteger al mismo de las infecciones recurrentes que no es posible controlar sólo con tratamiento médico. Lógico es que no se trata de oponer el tratamiento médico al quirúrgico, puesto que los métodos clásicos del tratamiento de la Tuberculosis, no pierden su valor toda vez que se complementan adecuadamente.

Casi todos los trabajos reportados por autores extranjeros han demostrado la persistencia de bacilos tuberculosos en cavidades consideradas como curadas, en enfermos tratados médicamente y a pesar de presentar baciloscopia negativa, esa es la experiencia que nos ha tocado observar en varios casos que han sido tratado quirúrgicamente en el Hospital de Amatitlán y ésta es la razón por la que se aconseja la extirpación de focos residuales después del tratamiento médico adecuado.

A la vez nos ha tocado observar que en enfermos diagnosticados tempranamente y con cuadros probablemente quirúrgicos, el tratamiento médico pre-operatorio correctamente aplicado se reduce de dos a tres meses y los resultados post-operatorios son de lo más alentadores.

Radiográficamente es imposible decidir si una lesión no tiene comunicación bronquial y por lo tanto si en un determinado momento esta puede ser fuente de infección por lo que concluyendo, después de un tratamiento con quimioterapia tuberculoestática adecuado, es preferible la extirpación quirúrgica en los casos que así lo determinen.

HISTORIA DE LA RESECCION PULMONAR

Las primeras Lobectomías hechas en el hombre con éxito, fueron practicadas por TUFFIER Y HEIDENHAIN, en 1897 y 1900. Los éxitos que se obtuvieron se basaron en la obliteración de la cavidad pleural, que impedía la insuficiencia del muñón bronquial. El método de SAUERBRUCH que fue considerado por mucho tiempo el método de elección, constaba de varios tiempos. Taponamiento o plomaje intra o extrapleural en una primera sesión para obtener adherencias forzadas, para hacer en una segunda sesión ligadura en masa en el hilio pulmonar (ligadura con tubo de goma o bien ligaduras especiales). El resto del pulmón se abandonaba a la necrosis y expulsión espontánea, o bien se separaba en seguida. El Shock operatorio, la infección del muñón pulmonar, la hemorragia post-operatoria, la insuficiencia del muñón bronquial eran las causas del fracaso.

Un paso importante en la Lobectomía fue logrado por BRUNG (Los Angeles, 1929) con el cierre primario de la Toracotomía. El hilio pulmonar era incindido entre pinzas y ligado con suturas circulares, dejando parte del tejido pulmonar para cubrir el bronquio. Pero el adelanto importante de su técnica, consiste en dejar un drenaje por aspiración continua que le aseguraba la expansión pulmonar.

Todas las operaciones del pulmón se refieren únicamente a Lobectomías. La extirpación completa de un pulmón (Neumonectomía total) planteaba problemas no sólo de técnica sino también de fisiología. En 1931 NISSEN logró la primera Neumonectomía en una niña de 12

años. RIENHOFF en 1933 dió el paso decisivo en el desarrollo técnico de la Neumonectomía, al preparar el hilio pulmonar y ligar por separado venas y arterias pulmonares y suturando el bronquio por separado, cubriéndolo secundariamente por un colgajo pleural pediculado. El método de RIENHOFF es el método corriente usado actualmente.

Respecto a la historia de la cirugía del tórax en Guatemala, puedo relatar que en 1945 el Dr. Germán Martínez de Paz presentó el trabajo de Tesis "Torascopía y Neumolisis Intra Pleural", practicando posteriormente los primeros Neumotórax extra pleurales y toracoplastías con todo éxito. En 1948 el Dr. Rodolfo Herrera inicia las primeras resecciones pulmonares en Guatemala.

En el Hospital de Amatitlán, después de organizado el Pabellón Antituberculoso y de vencer las lógicas limitaciones de un Hospital Regional, en 1957 el Dr. German Martínez de Paz practicó la primera Lobectomía, continuando hasta la fecha la Cirugía de Tórax en este Hospital con resultados altamente favorables.

El Dr. Godldan (E.E.U.U.) practicó en el Hospital San Vicente en 1962, la primera Lobectomía con exploración transmediastínica contralateral, con la intención de reseca lesiones del pulmón opuesto con el aparato U KL. En ese mismo año en el Hospital Nacional de Amatitlán se practica por el Dr. Germán Martínez de Paz, la primera Lobectomía superior derecha, con exploración contralateral transmediastínica, contando hasta la fecha con dos casos, estando los enfermos con sus controles satisfactorios.

INDICACIONES QUIRURGICAS EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

INDICACIONES STANDARD

- 1.- Tuberculoma
- 2.- Estenosis bronquial con retención de secreción.
- 3.- Bronquiectasis tuberculosas residuales.
- 4.- Lóbulo destruído.
- 5.- Cavidades consecutivas a toracoplastías o a otro tratamiento de colapsoterapia.
- 6.- Focos tuberculosos con empiema agudo o crónico, con o sin fístulas internas o externas.

INDICACIONES ELECTIVAS

- 1.- Caverna del Lóbulo superior.
- 2.- Caverna del Lóbulo medio.
- 3.- Caverna del segmento apical del Lóbulo inferior.
- 4.- Caverna del segmento basal del Lóbulo inferior.
- 5.- Caverna gigante.
- 6.- Cavidades hipertensas unilobulares.

INDICACIONES DE URGENCIA

- 1.- Pulmón destruído con síntomas serios de actividad, hemoptisis.
- 2.- Tuberculosis progresiva exudativa con cavernas múltiples que no da ninguna reacción satisfactoria a terapia consecutiva.

VALORACION CLINICA DEL CANDIDATO A CIRUGIA PULMONAR.

En todo paciente al cual se propone la intervención quirúrgica del tórax, su valoración principia con una completa historia clínica que debe incluir necesariamente la primera infancia (incluso el nacimiento) para poner al descubierto enfermedades anteriores que puedan haber causado disminución permanente de la reserva pulmonar. Además deben considerarse defectos congénitos, Tuberculosis curada por fibrosis consecutiva, asma, crisis repetidas de bronquitis, neumonías o bien otras infecciones que puedan causar bronquiectasis, tóxicosis, de antecedentes profesionales para descartar silicosis y antracosis o bien otros trabajos que causen enfisema o fibrosis y neumopatías en general. Pacientes con toracotomías anteriores, traumatismo que lesione cuello o bien tórax que lesionen el nervio frénico dificultando el movimiento del diafragma. Lesiones cerebro vasculares, poliomiелitis, esclerosis múltiple o bien procesos degenerativos o infecciosos que trastornen el proceso de la respiración. En enfermos fumadores crónicos sufren generalmente de bronquitis crónica con abundantes secreciones bronquiales. Siendo las complicaciones pulmonares post-operatorias más frecuentes en personas con tos crónica y secreciones copiosas, la restricción del tabaco pre-operatoria reducirá al mínimo tales complicaciones.

Por distante que la lesión esté del esófago, se llevará a cabo siempre estudios previos radiológicos del esófago, incluso se debe investigar el estado de la deglución. Los síntomas causados por un divertículo esofágico o una hernia del Hiato pueden agravarse después de la

intervención por los cambios intratorácicos de presión que siguen a la toracotomía.

Siguiendo el interrogatorio al sistema cardiovascular, puede dar datos importantes de fiebre reumática. Un soplo descubierto en face temprana de la vida, puede indicarnos anomalía congénita. Signos de hipertensión anterior, tiene importancia y debe buscarse con todo cuidado, antecedentes de angina de pecho o de infarto miocárdico.

Antes de operar un tórax es necesario tener conocimiento del funcionamiento renal, puesto tanto el pulmón como el riñón intervienen para la homeostasis de los electrolitos y la concentración de nitrógeno en la sangre; lógico es pues que el trastorno de uno exigirá aumento del trabajo del otro. Antecedentes de nefritis, uremia, indicarán disminución de la reserva renal.

La insuficiencia vascular cerebral aumenta el peligro operatorio y el cirujano debe estar en guardia con un antecedente de este tipo.

Toda historia de un paciente que va a someterse a una operación torácica se le debe investigar la tendencia a hemorragia o trastornos de la coagulación sanguínea.

Hay que investigar en el paciente la cantidad de medicamentos y la clase de los mismos que se le han aplicado, investigando la presencia de alergias a los medicamentos.

VALORACION FISICA DEL CANDIDATO A CIRUGIA PULMONAR .

Se debe practicar un exámen físico completo, haciendo la valorización del paciente, evaluando las fuerzas, su vigor, estado nutritivo, edad fisiológica, se analizará su tipo respiratorio, determinando si es rápido o lento, su perficial o profundo, regular o irregular. Poniendo atención en infecciones que pueden determinar complicaciones post operatorias, amigdalitis, otitis, caries dentales, faringitis, etc.

En un examen cuidadoso del tórax pueden descubrirse forúnculos u otras infecciones cutáneas, que puedan poner en peligro una toracotomía limpia. La cifosis y escoliosis pueden producir insuficiencia cardio-respiratoria. Igualmente la espondilitis reumatoidea puede disminuir los movimientos del tórax. En la percusión del tórax se establece la altura del diafragma, nos indica condensaciones pleurales, derrames, etc. Un tórax amplio en tonel sugiere enfisema. La presencia de cicatrices nos puede indicar traumatismos o bien operaciones anteriores.

La auscultación tiene valor para estimar en forma aproximada la ventilación pulmonar. Ruidos intensos y vigorosos indican un pulmón normalmente ventilado, ruidos prolongados y lentos nos indican pulmón mal ventilado. La auscultación es el único medio de descubrir estertores o sibilancias.

En el examen del corazón hay que determinar sus dimensiones, descubrir enfermedad valvular o arritmias y

búsqueda de signos de insuficiencia como estertores basales, ingurgitación de venas yugulares, agrandamiento del hígado, edema de pies, etc.

En el abdomen deben inspeccionarse y palparse, buscando agrandamiento del hígado, bazo o riñones o cualquier masa anormal.

Nunca deberá olvidarse el examen de la próstata por vía rectal, nos puede indicar este examen cáncer de la próstata o simple hipertrofia benigna, que si acompaña de prostatismo puede haber peligro de disfunción renal secundaria en el período post-operatorio, dando dificultades para la micción.

En la mujer el estudio ginecológico debe ser completo, la tuberculosis pelviana es una asociación muy desfavorable.

En las extremidades se debe investigar flebitis actuales o antiguas, artritis reumática, tuberculosis articulares o bien oseas.

En el cuello la rigidez por cualquier causa puede dificultar la introducción del tubo endotraqueal o bien el broncoscopio, investigar siempre adenitis tuberculosa, cicatrices antiguas.

Antes de una toracotomía se requiere un mínimo de estudio de Laboratorio que incluye examen completo de sangre, sedimentación, Hemotocrito, tiempo de sangría y coagulación, cardioplipina, química sanguínea, orina, heces, pruebas renales y hepáticas, agrupación sanguínea, Rh., baciloscopía directa y cultivos.

Finalmente se debe practicar un estudio radiográfico comprendiendo radiografías en diferentes posiciones, tomograma, broncogramas, así como broncoscopía. Es de utilidad imprescindible un electrocardiograma preoperatorio. La función cardiopulmonar debe ser evaluada a decuadamente en cada paciente.

TRATAMIENTO MEDICO PRE-OPERATORIO GENERAL MENTE LLEVADO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE A MATITLAN

MEDIDAS GENERALES

- 1.- Reposo en cama .
- 2.- Dieta rica en sales, vitaminas y proteínas.
- 3.- Tratamiento de la anemia.
- 4.- Tratamiento del insomnio y la tos.
- 5.- Tratamiento general médico.

TUBERCULOSTATICOS:

Estreptomina (Dihidro-sulfato)
PAS (Acido para mino salicílico)
INH (Isoniacida)
Dipasic.

D.H.E.

La hemos usado en enfermos en actividad a dosis -
de un gramo intramuscular cada 24 horas por 20 -
días o al menos cuatro días terminados los síntomas
tóxicos y luego un gramo dos veces por semana. -
Hay que cuidar de los síntomas tóxicos de la estrep-
tomicina, que especialmente aparecen pasado a la

administración de 25 a 30 gramos.
I.N.H.

La dosis habitual de Isoniacida, es de 3 a 5 miligramos por kilo y por día. En el Hospital de Amatlán, damos generalmente 300 miligramos por día divididos en tres dosis, en adultos.

PAS

La dosis general del Acido para aminosalicílico es de 12 gramos al día dividido en tres tomas iguales.

DIPASIC

Dosis de 100 miligramos por 10 kilos de peso repartidos en tres tomas al día.

TRATAMIENTO PRE OPERATORIO INMEDIATO:

Día Anterior de la Operación:

1.- Vitamina K. 25 mlgs. I.M.

2.- Vitamina C 500 mlgs. I. M.

3.- Complejo B 2 cc.

4.- Solución dextrosa al 5% de 500 cc. I.V.

5.- Terramicina 500 mlgs. en el suero I.V.

6.- Benzetacil 2.400,000 I.M.

7.- Enema a las 20 horas.

8.- Nembutal a las 6 horas.

Día de la Operación:

1.- Enema a las 6 horas.

2.- Nembutal a las 6 horas.

3.- Media hora antes de la operación:

a) Morfina 1 ctg.

b) Atropina 0.50 ctg.

c) Fenérgán 50 mlgs.

Acostumbramos tomar una radiografía anteroposterior pre operatoria el día anterior a la operación.

TRATAMIENTO MEDICO POST-OPERATORIO

Estricta vigilancia post-operatoria de sus signos vitales, vigilancia del sello de agua, permeabilizar los tubos de drenaje, respecto a la posición del enfermo tratamos que tenga la que menos molestias le ocasione, al efectuar una toracotomía puede perderse mucho líquido; damos gran importancia al hematocrito para valorar la sangre perdida en período post-operatorio inmediato. Puede ser necesario vasopresores en breves períodos de tiempo, y el que usamos generalmente en la WYamina (sulfato de mefentermina). Estimular la tos y efectuar aspiraciones para asegurar la reexpansión pulmonar. Hidratación adecuada en las 24 a 48 horas siguientes. Control de cantidad de líquidos ingeridos y cantidad de líquidos perdidos.

Los antibióticos generalmente los aplicamos por espacio de 10 días, usamos penicilina, procaina 400,000 uds. cada 12 horas y estreptomycinina un gramo cada 24 horas. Los tuberculostáticos del segundo al tercer día a las dosis acostumbradas, deambulación del segundo al tercer día. Los controles radiográficos se efectúan de las 24 a las 48 horas de ser operado, el tubo de drenaje al lograr la reexpansión pulmonar generalmente de las 24 a las 72 horas.

TECNICA

Toracotomía axilar (sin resección costal).

La incisión se practica por debajo del vértice de la axila entre el músculo pectoral mayor y el dorsal ancho.

La incisión es de forma de S O C invertida y tiene una longitud aproximada de 10 a 15 cms.; se incide piel y tejido celular.

El nivel o altura de la incisión varía de la 4a. a la 8a. costilla dependiendo esto, del lugar que quiera abordar el cirujano para entrar al tejido pulmonar.

A nivel de la 4a. costilla, los haces del serrato mayor se localizan y son de dirección más o menos horizontal en relación con el plano costal; al llegar a este nivel es indispensable, separar profundamente el dorsal ancho lo mismo que el pectoral mayor para así lograr debridar las fibras del serrato mayor. Al practicar este tiempo de la operación nos encontramos con el periostio; el que se secciona sobre el centro de la costilla en toda su extensión, se quita el periostio sobre su borde superior y luego sobre su cara interna; si el pulmón se encuentra con adherencias pleurales se procede a sus debridaciones. Se coloca el separador de Finochetto que se abre suavemente para evitar fractura costal y se expone el tejido pulmonar.

De esta manera hemos llegado al parenquima pulmonar con cierta facilidad y además, hemos evitado la sección de plano muscular, obteniendo en esta forma una me

nor pérdida de sangre con lo cual hemos logrado tener al paciente en condiciones más o menos óptimas para el acto quirúrgico.

El tiempo es menor que cualquier otra técnica, pero no tiene la panorámica de la Toracotomía estandar.

La técnica anterior no es una toracotomía obligada en todos los pacientes, practicamos también la toracotomía estandar.

La técnica usada para Lobectomías resección segmentaria, neumonectomías es la generalmente usada. Solo lo queremos hacer constar que muy pocas Lobectomías y Neumonectomías son de urgencia y para tener un enfermo en las mejores condiciones post-operatorias, cualquier circunstancia que denote una baja en su condición física, una fiebre inexplicable, una ligera afección de las vías respiratorias superiores, alergias, etc. es factor esencial para suspender la operación. Otro de los motivos por los cuales se debe también suspender la operación, es el de una Hipoxia grave durante la anestesia; esto puede ser causado por dificultad para intubar al enfermo, condición que a la vez puede lesionar las vías respiratorias superiores. Esta hipoxia puede ser causa de complicaciones graves en el post-operatorio. Todo el trabajo en sala de operaciones, debe llenar el sistema de equipo, se debe estar seguro de una adecuada ventilación pulmonar, tener cuidado que el tubo endotraqueal esté bien colocado, que la oxigenación de la sangre sea normal. El Cirujano debe evitar toda maniobra brusca, todo jaloneamiento brusco al hilio pulmonar y en el momento de cortar el bronquio se debe evitar la hemorragia endobronquial y si la hay aspirar. Evitar a la vez la acidosis respiratoria

que es frecuente, este estado es causa de la mala ventilación pulmonar, así como la acidosis respiratoria, hay que evitar la alcalosis.

La hidratación del enfermo, es una condición de especial atención, en estas circunstancias (neumonectomía principalmente) hay cambios fisiológicos por el volumen de sangre circulante, sangre puesta y soluciones dextrosadas bien para volumen como para vehículo anésteico; es frecuente la superhidratación. Es preferible contar con enfermos hipohidratados en el acto quirúrgico. Un buen método para anotar la pérdida sanguínea es el peso y recuento de compresas pre y post-operatorio. Al cierre de la pared se debe estar completamente seguro de la buena hemostasis, que el cierre del muñón bronquial sea perfecto. En el Hospital de Amatlán en algunos casos de Lobectomía se practica frenicopraxia.

COMPLICACIONES DEL POST-OPERATORIO

1.- Neumotórax.

Después de Lobectomía, resección segmentaria y resecciones en cuña, hay que lograr una expansión rápida y total del pulmón para evitar el neumotórax post-operatorio, los tubos de drenaje deben estar permeables y permeabilizados adecuadamente en el post-operatorio. El tubo de drenaje lo colocamos entre el 8°. y 9°. espacio intercostal de la línea axilar media con comunicación al sello de agua, las reexpansiones pulmonares han sido satisfactorias en el Hospital de Amatitlán.

2.- Atelectasia.

La atelectasia es la causa más frecuente de fiebre en la etapa post-operatoria. El pulmón colapsado resulta de falta de expansión del pulmón antes de cerrar el tórax, descompresión inadecuada del espacio pleural, o de obstrucción bronquial por sangre o secreciones, se facilita además por traumatismo del pulmón directamente, por exceso de secreciones, limpieza inadecuada al retirar el tubo endotraqueal o bien por dolor en el período post-operatorio que dificulta los movimientos respiratorios, oxígeno poco humedo. Tratamiento inadecuado de las bronquitis pre-operatorias.

3.- Hemorragia.

Es una complicación grave, que puede ocasionar -



no solo la disminución del volumen sanguíneo, como colapso pulmonar y a continuación empiema. -
Puede ser ocasionada por el deslizamiento de un punto a nivel de un vaso pulmonar que puede ser causa de hemorragia masiva y hasta causa de muerte. En el post-operatorio hay que vigilar la cantidad de sangre acumulada en los frascos de drenaje. Si es persistente o abundante y no hay ningún defecto de coagulación manifiesta procede emprender una nueva exploración. Una vez producido el hemothórax coagulado, la extracción es difícil y está indicada la Toracotomía para la extirpación y lograr la reexpansión pulmonar y aún decorticación.

4.- Empiema.

Puede ser causado por la infección en el acto quirúrgico de la resección pulmonar o bien de un escape del muñón bronquial, hay necesidad de drenar inmediatamente.

5.- Fístula Broncopleural.

La fístula broncopleural puede ser debida a cantidad excesiva de puntos de sutura, puntos demasiado apretados que necrosen el bronquio, pinzamiento previo del bronquio, a infección bacteriana o tuberculosa o en el muñón bronquial a salida de un empiema por el muñón bronquial, generalmente cuando hay acumulo de abundante líquido intrapleural. Las fístulas se anuncian generalmente por la elevación de la temperatura, por un abundante esputo acuoso teñido en sangre; a los rayos "X", colapso de un lóbulo pulmonar que antes estaba dilatado con

nivel líquido pleural con o sin aire, mal estado general, disnea, etc.

6.- Enfisema subcutáneo.

7.- Edema pulmonar.

8.- Fibración auricular.

9.- Diseminación post-operatoria.

10.- Complicaciones especiales en una Neumonectomía.

En los factores que merecen especial atención, después de una neumonectomía, es el estado del mediastino en el período post-operatorio inmediato. Los datos que permiten determinar la posición del mediastino son: a) palpación de la traquea cervical; b) palpación y auscultación para ver la posición de la punta del corazón; c) radioscopia del tórax. De todos los datos anteriores el que merece más confianza, es la radiografía del tórax, que debe tomarse adecuadamente, pues si no está bien centrada puede falsear los datos; en todo caso cuando el resultado es dudoso se debe practicar un examen manométrico pleural. Hay autores que aconsejan este examen manométrico como en primer plano, tanto que lo aconsejan inmediatamente después de colocar al enfermo en decúbito supino, se debe lograr una presión media de cuatro cms. de agua. En caso que el pulmón esté desviado al lado del cual se practicó la operación, se debe introducir aire hasta lograr la nivelación del mediastino y en caso contrario hay que extraer aire, líquido o ambos a la vez.

casos

casos

casos

casos

caso

caso

casos

casos

años.

E S T A D I S T I C A

No.	N.O.	Nombre	Edad	Sexo	F. ingreso	F. operación	F. Egreso	Operación	Complicaciones	Observaciones
1	72	E.S.	23	F.	18- 9-56	10- 9-57	19- 2-58	L.S.D.		
2	122	J.M.	22	F.	25- 4-57	14-11-57	19- 5-58	R.S.		
3	87	J.T.	18	F.	29-10-56	27-11-57	19- 3-58	L.S.I.		
4	186	J.M.V.	23	F.	19- 9-57	17-12-58	19- 3-58	L.S.I.		
5	213	S.A.M.	22	F.	22- 2-58	8- 3-58	19- 3-58	Neumo I.		
6	234	M.T.F.	36	F.	12- 5-58	14- 5-58	3- 6-58	R.S.		
7	4	D.G.	35	F.	12- 3-59	19- 3-59	8- 5-59	L.S.I.		
8	184	V.P.	39	F.	13- 9-59	5-10-59	19-12-59	L.S.I.		
9	296	A.M.P.	40	F.	10- 4-59	25-11-59	27-11-59	L.S.D.		Falleció Inco Sanguínea.
10	238	A.G.T.	28	F.	26-5- 59	17- 3-60	2- 8-60	L.S.D.		
11	208	E.G.G.	23	F.	5-12-57	13- 5-60	2- 8-60	L.S. y M.D.		
12		H.P.	38	M.	10- 1-60	20- 5-60	8-1- 61	Decort. I.	Infec. de herida oper. superfic.	
13	348	V.R.	19	M.	10- 7-59	25- 5-60	16-10-60	L.S.D.		
14	347	J.C.	24	M.	6- 6-59	3- 8-60	23-10-60	L.S.D.		
15	357	A.S.V.	24	F.	10- 1-60	26- 8-60		L.S.I.		
16		A.G.G.	30	F.	5- 5-60	23-11-60	10- 3-61	L.S.I.		
17	486	O.R.M.	23	M.	2- 5-61	31- 5-61	6- 7-61	L.S.I.		
18	431	E.M.C.	21	F.	6- 8-60	30- 9-61	2- 2-62	Neumo I.		
19	306	G.F.	28	F.	20- 2-59	30- 2-62	9- 5-62	L.S.D.		
20	500	L.J.R.	24	F.	31- 7-61	5- 3-62	2- 6-62	L.S.I.		
21		M.P.	34	M.	20- 4-62	1- 7-62	15-11-62	L.S.D.		
22		C.M.	41	M.	2- 5-62	4- 8-62	20-12-62	L.S.D.		
23	513	S.Ch.	19	M.	5- 3-61	5-10-62	10- 4-63	L.S.D.		
24	550	A.C.	18	F.	2- 3-62	29- 6-63	21-11-63	L.S.D.		
25		M.Y.C.	19	F.	3- 6-63	6- 9-63	20-12-63	L.S.I.		

38.

L.S.D.	Lobectomía Superior Derecha	11 casos
L.S.I.	Lobectomía Superior Izquierda	9 casos
R.S.	Resección Segmentaria	2 casos
Neumo I.	Neumonectomía izquierda	2 casos
Decort.	Decorticaciones	1 caso
M.D.	Lobectomía media derecha	1 caso

De 20 a 30 años 18 casos

De 30 a 40 años 7 casos

La menor edad es de 18 años y la mayor de 41 años.

Fueron operados en total 25

Mujeres 18

Hombres 7

CONCLUSIONES

- 1.- Probado como está que, el tratamiento tuberculoes tático no ha respondido en forma absoluta y definitiva, en ciertos casos de Tuberculosis Pulmonar, se concluye que el tratamiento quirúrgico de la misma ha llegado a determinar en un plazo mucho más corto el resultado efectivo que se persigue acelerando la rehabilitación consecutiva del enfermo.
- 2.- El tratamiento quirúrgico de la Tuberculosis Pulmo nar ha permitido, en términos generales, ser aplica do en procesos generales, eliminando los focos re siduales o grandes y colocando al enfermo en mejo res condiciones para el tratamiento médico final de los focos diseminados en el resto del parenquima - pulmonar y organismo en general.
- 3.- A pesar de las múltiples interrogantes y complica ciones que el tratamiento quirúrgico de la Tubercu losis pulmonar puede ofrecer en la práctica, las es tadísticas en la realización del mismo muestran por centajes alagadores y efectivos cuando el pre y post operatorio inmediatos se ciñen a la técnica moder na aconsejable.
- 4.- No se persigue oponer el tratamiento quirúrgico al tratamiento médico ya que ambos deben concebirse compaginados en la realización de una finalidad común.
- 5.- Nuestra experiencia vivida en el Hospital Nacional de Amatlán, en los casos quirúrgicos tratados hasta el momento, ha permitido reducir la estancia de

enfermos hospitalizados y contagiosos obligándonos a una mejor conclusión en el uso de técnicas modernas de diagnóstico y clasificación de dichos casos.

Como es de urgencia nacional poner atención al problema de la Tuberculosis Pulmonar y en particular a su tratamiento, hago las siguientes

RECOMENDACIONES

- A.- Siendo un hecho demostrado la persistencia de bacilos tuberculosos en cavidades consideradas como curadas, en enfermos tratados médicamente quienes además ofrecen baciloscopía negativa; y debido a que radiográficamente es imposible decidir si una lesión no tiene comunicación bronquial -posible- fuente de reinfección futura-, se recomienda que después de un tratamiento con quimioterapia tuberculostática adecuado, se proceda a la extirpación quirúrgica de los focos residuales en los casos que así lo exijan.
- B.- Proceder a la creación o habilitación en los Hospitales Departamentales de servicios con el equipo profesional y técnico adecuado, para la solución de los múltiples problemas quirúrgicos pulmonares que se presenten permitiendo en esta forma la descentralización de los mismos en la Capital, insuficientes por demás, para afrontar el trabajo inmenso que es de necesidad nacional.

Estas dos recomendaciones agrupan en sí a las que pueden sugerir la capacidad, experiencia y buena volun-

tad de los profesionales e instituciones que están obligados a hacer suyo el problema de la Tuberculosis Pulmonar en Guatemala.

José Orlando Quiroz Rivera

Dr. Julio Pineda
Revisor

Dr. Julio César Mérida
Asesor

V°B°.

Imprímase:

Dr. Carlos Armando Soto
Secretario

Dr. Carlos M. Monsón M.
Decano

BIBLIOGRAFIA

- 1.- The Surgical Management of Pulmonary Tuberculosis.
Cameron Haight M.D. Edición 1957
- 2.- A Practice of Thoracic Surgery
Al L. D'Abreau, Edición 1956.
- 3.- Die Lungenresektionen
A. Lezius. Edición 1954
- 4.- Clínicas Quirúrgicas de Norte América
Tomos de Junio de 1961 a Diciembre de 1962
- 5.- Toracoscopía y Neumolisis Intrapleural
Tesis de Graduación del Dr. Germán Martínez de Paz, 1945
- 6.- Archivo del Hospital Nacional de Amatlán
- 7.- Comunicaciones Personales del Dr. Germán Martínez de Paz.
Intervenciones Quirúrgicas en Tórax, practicadas en el Hospital Nacional de Amatlán desde el año 1956.