

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"EL PROBLEMA DE LAS RECRUDESCENCIAS Y LAS RECAIDAS
EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR"

TESIS

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

por

OSCAR FELIPE QUINTANA CAHUEQUE

en el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Noviembre de 1966.

ooo PLAN DE TESIS

Capítulo I

INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Capítulo II

MATERIAL Y METODOS

Capítulo III

RESULTADOS

Capítulo IV

DISCUSION

Capítulo V

SUMARIO

Capítulo VI

CONCLUSIONES

C A P Í T U L O I

INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

En el curso de mi práctica, en calidad de Interno del Sanatorio "San Vicente" he tenido oportunidad de constatar la eficacia de la Quimioterapia actual contra la Tuberculosis Pulmonar. He visto con suma complacencia, que el paciente de negativización, del esputo o del lavado gástrico para el *Micobacterium Tuberculosis*, se está obteniendo en cifras que podríamos calificar de altas (70%) y además el número de enfermos que se dá como curados o aparentemente curados, es alrededor del 40%; estas cifras son desde luego, teniendo en consideración, lo avanzado de los casos internados en el Sanatorio "San Vicente" y el alto potencial evolutivo de las formas clínicoradiográficas que se reciben en el mismo.

La misma experiencia personal me ha permitido constatar las dificultades que ocasiona, para el éxito del tratamiento, por una parte los tratamientos que una buena porción de enfermos han tenido antes de su ingreso y por otra parte, consecuencia de lo anterior, el número igualmente considerable de enfermos que ingresan con resistencia antibiótica, por lo menos al HAIN y sulfato de Estreptomicina.

Es así como he podido seguir el curso evolutivo de -- los enfermos que ingresan en estas condiciones bajo el régimen terapéutico sanatorial, y es así como ha aparecido -- un número de enfermos que podemos catalogar como portadores de Recrudescencias y Recaídas de Tuberculosis Pulmonar material con el que decidí hacer este trabajo de tesis pre vio a mi graduación de Médico y Cirujano.

Hemos catalogado como Recrudescencias a las nuevas ma nifestaciones de la enfermedad comprobadas bacteriológica, radiográfica o clínicamente, en pacientes que no habían al canzado el estado de curación.

Como Recaídas: a las nuevas manifestaciones de la enfermedad en personas que, habiéndolo sido tratadas, fueron -- clasificadas como curadas o aparentemente curadas, conside rándose como criterio de curación, para este análisis, que haya transcurrido por lo menos un año sin síntomas o con -- cultivos del esputo o del contenido gástrico per sistente-- mente negativos, existan o no lesiones secuelas.

El problema de las recrudescencias y recaídas en el -- curso del tratamiento actual de la Tuberculosis Pulmonar, ha adquirido en los últimos años una importancia clínica y epidemiológica muy grande, porque obliga al Médico, a usar -- drogas de segunda línea, de las cuales no siempre se dispo ne en cantidades adecuadas para el retratamiento. Pero en la práctica diaria nos está demostrando que es un problema al que debemos ponerle cada día mayor atención.

Indudablemente debemos meditar sobre las causas de estas fases: Sí están condicionadas por los diversos factores que tanto clínica como radiológica y bacteriológicamente hayan de influir sobre la respuesta a la terapéutica; sí se producen por una condición especial de cada paciente; si causas ambientales podrán contribuir a ella; si las condiciones sociales y económicas; en fin, si todos los factores que puedan analizarse -- contribuyen y en que grado al desarrollo de las recrudescencias y recaídas de la Tuberculosis pulmonar.

Creemos que es un problema bastante, serio que influye en los resultados de la terapéutica; especialmente las fases de la recaída, en las que se necesitan como mínimun un año transcurrido desde la inactividad aparente del enfermo para el desarrollo de la nueva fase.

Los objetivos que persige en el desarrollo del presente trabajo, se pueden catalogar así: A) Establecer la proporción en que se presentan las recrudescencias y las recaídas de la Tuberculosis Pulmonar en la rutina del Sanatorio "San Vicente"; B) Establecer el diagnóstico Clínico, Radiológico, Bacteriológico y Social del mismo grupo de enfermos; C) Analizar e interpretar las causas médicas y sociales que pudieron intervenir en la aparición de nuestros casos y D) Analizar los resultados del tratamiento de unos y otros enfermos.

C A P I T U L O I I

M A T E R I A L Y M E T O D O S

Para el desarrollo de este tema hemos tomado y re-
visado un total de MIL SEISCIENTAS DIECISEIS Fichas -
clínicas tomadas del archivo del sanatorio "San Vicen-
te", correspondientes a igual número de enfermos egre-
sados de los años de 1960 a 1965 inclusive. Separan-
do, para el efecto de nuestro estudio, todos aquellos
casos que acusaban recrudescencias ó recaídas de la -
enfermedad. Para el primer grupo la selección la hi-
cimos reestudiando la serie radiográfica de cada en-
fermo y la curva bacteriológica respectiva y para el
segundo grupo seleccionamos los reingresos que habían
tenido alta por curación.

En esta forma se llegaron a reunir cincuenta y --
cinco casos calificados como recrudescencias que re--
presentan el 3.40% del total de egresos y doce casos
clasificados como recaídas que representan un 0.74% -
del total de egresos.

En relación con esta proporción creemos convenien-
te señalar que a partir de la moderna quimioterapia -
antituberculosa la cifra de recaídas ha bajado noto--
riamente en comparación con las épocas anteriores a -
las drogas específicas; fenómeno que reafirma la nota-
ble acción terapéutica de los medicamentos antituber-
culosos.

Con el método y material expuestos en las líneas
anteriores procedemos a elaborar el cuadro número uno

en donde están clasificados MIL SEISCIENTOS DIECISEIS enfermos durante los seis años revisados por "motivo de alta".

Entendiendo por inactivos todos los enfermos que tuvieron un minimun de un año de hospitalización, que tuvieron recuperación clínica completa, desaparición o estabilización de las sombras radiográficas pulmonares, y negativización reiterada para el micobacterium tuberculoso, tanto al examen directo como al cultivo de tres y más especímenes consecutivos.

El grupo de mejorados comprende todos aquellos casos que obtuvieron recuperación clínica y cuyas lesiones radiológicas se mejoraron por absoción, fibrosis o calcificación en una proporción que varió de un 25% a 75%; en cuanto a bacteriología la negativización -- fué esporádica o irregular.

El grupo de no mejorados incluye los enfermos cuyo egreso en su inmensa mayoría fué solicitada por ellos mismos; se fugaron, fueron dados de alta por indisciplina y los egresados a solicitud de la familia.

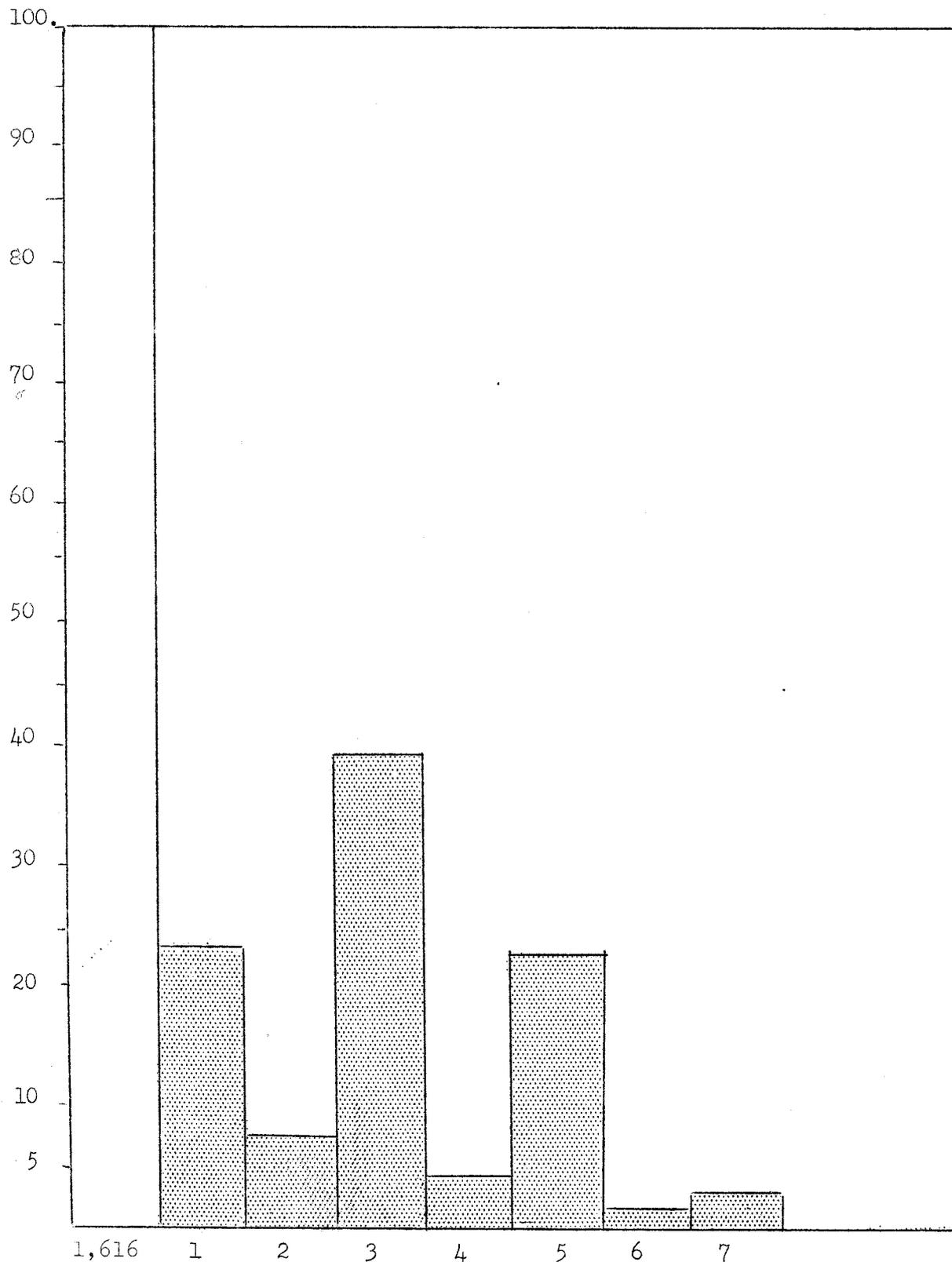
El grupo de recrudesencias y recaídas es analizado e interpretado ampliamente en las páginas subsi- - guientes.

C U A D R O No. 1*

AÑO	1960	1961	1962	1963	1964	1965	TOTAL	%
Inactivos	66	58	107	59	67	62	419	25'92
Mejorados	11	16	32	17	22	16	114	7'05
No mejorados	47	66	159	84	117	125	598	37'00
<u>Recrudescencias y Recaídas</u>	3	3	30	13	5	13	67	4'15
Fallecidos	46	41	96	62	48	83	376	23'27
Extra Pulmonares	2	0	1	2	9	5	19	1'18
Otra patología	1	0	5	3	6	8	23	1'43
<u>T O T A L</u>	<u>176</u>	<u>184</u>	<u>430</u>	<u>240</u>	<u>274</u>	<u>312</u>	<u>1.616</u>	<u>100'00</u>

En la primera línea podemos ver que únicamente la cuarta parte de los enfermos hospitalizados salieron inactivos; mejorados apenas un 7.05 %; no mejorados 37.00 % siendo éste el mayor porcentaje observado y que agrupa a los fugos, indisciplinados, descontentos, inconformes ó bien a los egresados a instancia de la familia. Los fallecidos representan 23.27 % cantidad que casi se equipara a la de inactivos. Sin embargo, a los inactivos y a los fallecidos les supera el de no mejorados, como podemos apreciar en la siguiente gráfica, siendo este el grupo que suministra los casos del presente estudio; pues algunos de estos pacientes egresan en fase de franca evolución y desde luego ya fuera de las condiciones ambientales del Sanatorio se recrudesecen rápidamente, ó marcan una pausa en su evolución que transcurrido algún tiempo, los lleva a la recaída.

* Toda la información que aparece con asterisco en el presente trabajo fue tomado de: Guatemala. Sanatorio Antituberculoso San Vicente. Archivos del Sanatorio. 1960-1965



Referencias: 1,616, Total de fichas de egresados revisados.

- 1: Inactivos. 2: Mejorados. 3: No Mejorados.
- 4: Recrudescencias y recaídas. 5: Fallecidos.
- 6: Extrapulmonares y 7: Otra Patología.

C A P I T U L O III

R E S U L T A D O S

Basándonos en el método y material señalados en el capítulo anterior se procedió a hacer el análisis de los 67 casos que sufrieron recrudescencia ó recaída, en la siguiente forma:

A).- Identificación del enfermo:

- 1.- PROCEDENCIA: Bajo este punto de vista 39 pacientes procedían del medio rural lo que representa 58.20 % y del medio urbano 28 ó sea el 41.80 %.
- 2.- SEXO: 39 pacientes fueron del sexo femenino lo que representa el 58.20 %. Como se ve hay predominio del sexo femenino, debido a que el número de camas para mujeres en el Sanatorio "San Vicente" es mayor que el de hombres; también porque las personas del sexo femenino abandonan más el centro como consecuencia de problemas familiares, especialmente derivados de los hijos.
- 3.- PROFESION:

C U A D R O No. 2*

Albañil.....	2
Agricultor.....	8
Carpintero.....	2
Comerciante.....	5
Escolar.....	2
Estudiante.....	7
Enfermera Auxiliar.....	1
Fotógrafo.....	1
Jornalero.....	7
Laboratorista.....	1
Maestro de Educación Primaria.....	3
Oficinista.....	2
Oficios Domésticos.....	24
Piloto Automovilista.....	2
<u>T O T A L</u>	<u>67</u>

En este cuadro el porcentaje mayor corresponde a mujeres dedicadas a labores del hogar y dá 35.82 %. El término agricultor se refiere a pequeños propietarios que trabajan personalmente sus haciendas o fincas y que generalmente tienen una extensión bastante limitada, ellos representan el 11.94 %.

El número de estudiantes representa 10.45 %, y que en el cuadro llaman también la atención; se refiere a estudiantes de primaria y post-primaria.

C U A D R O No. 3*

EDAD Y CLASIFICACION DE INGRESO

Años	Moderada:	Avanzada:	Total:	%
1-10	1	2	3	4'47
11-20	1	4	5	7'46
21-30	10	20	30	44'77
31-40	2	14	16	23'88
41 y más	2	11	13	19'42
T O T A L E S	16	51	67	100'00

Estudiando el cuadro número 3, encontramos 76'12 % de pacientes clasificados al ingreso como avanzados y 23'88 % de moderados; de los cuales cincuenta y nueve corresponden a las edades comprendidas entre 21 y más de 40 años, lo que representa 88.06 %, mientras que de 20 años y menos encontramos 8 pacientes que representan 11.94 %.

C U A D R O No. 4*

SUSCEPTIBILIDAD DEL BACILO DURANTE EL TRATAMIENTO INICIAL

Año	Sensible	Resist.1 droga	Resist.2 drogas	Total	%
1960	3	0	0	3	4'48
1961	3	0	0	3	4'48
1962	29	1	0	30	44'78
1963	11	2	0	13	19'40
1964	5	0	0	5	7'46
1965	13	0	0	13	19'40
TOTAL:	64	3	0	67	100'00

Bajo este aspecto 64 pacientes o sea 95.5 % eran sensibles a las drogas antituberculosas; 3 pacientes o sea 4.5 % fueron resistentes a una droga (Estreptomycin) y 0 pacientes o sea 0. % lo fueron a dos drogas (Estreptomycin e Isoniacida).

C U A D R O No. 5*

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE INICIACION DEL TRATAMIENTO Y LA RECRUDESCENCIA O LA RECAIDA

	1 año	más de 1 año	TOTAL:
Recrudescencias	5	50	55
Recaídas	2	10	12
Total:	7	60	67
%	10.4	89.6	

Este cuadro muestra que de las fichas revisadas entre 1960 y 1965, 5 pacientes o sea 9.09% recrudescieron en su evolución un año después de transcurrido el tratamiento inicial y cincuenta lo hicieron después de más de un año o sea el 90.91 %.

En el rubro de recaídas 2 pacientes o sea el 16.67 % reactivaron su cuadro al año y 10 lo hicieron después de más

de un año lo que dá el 83.33 %.

C U A D R O No. 6*

DISTRIBUCION DE LOS CASOS

	Moderadas	Avanzadas	Total	%
Recrudescencias	9	46	55	82'09
Recaídas	8	4	12	17'91
Total	17	50	67	100'00
%				

Este cuadro hace referencia a pacientes que fueron tratados con drogas primarias de las cuales 55 lo fueron en fases de recrudescencia o sea el 82.09 % y en fase de recaídas 12 pacientes lo que hace un 17.91 %.

Como drogas primarias los pacientes recibieron Sulfato de Estreptomina, P.A.S. (Acido Para-amino-salicílico) e Isoniacida (Hidracida del ácido Isonicotínico), la mayoría recibieron las tres; unos pocos, dos drogas como mínimo porque presentaron intolerancia a la tercera, intolerancia que fue manifiesta para el sulfato de Estreptomina o para el Acido Para-amino-salicílico. Dándonos una nueva clasificación en este o en estos nuevos reingresos, así: Moderadas 17 en las dos formas que nos dá un 25.4 % y de avanzadas un total de 50 pacientes, con un porcentaje de 74.6 %.

C U A D R O No. 7*

TIPO ANATOMICO DE LESION INICIAL

	<u>NOD.</u>	<u>INFILT.</u>	<u>EXC.</u>	<u>PROD.</u>	<u>MIX</u>	<u>TOTAL:</u>
<u>Recrudescencias</u>	0	7	10	12	26	55
<u>Recaídas</u>	1	2	3	5	1	12
<u>TOTAL:</u>	1	9	13	17	27	67
<u>%</u>	1.7	13.4	19.4	25.3	40.2	100

En el estudio de este cuadro tenemos, en las recrudescencias, que las productivas y las mixtas suman 38 pacientes mientras que de las otras formas encontramos 17 pacientes.

En el de las recaídas encontramos seis pacientes entre productivos y mixtos, excavados tres y en el otro tipo tres.

En el estudio global del cuadro vemos que el mayor porcentaje 40.2 % corresponde a las formas mixtas; las productivas comprenden el 25.3 %; las excavadas el 19.04 %, las infiltrativas el 13.4 % y solamente 1.7 % corresponde a formas nodulares.

El predominio de formas productivas y mixtas que suman 65.5 % pone de manifiesto que en su evolución, la tuberculosis en nuestro medio puede pasar inadvertida durante algún período más o menos apreciable, lo cual, junto con la irregularidad en los tratamientos favorece la culminación en esas formas. Téngase presente que son pacientes debidamente clasificados y tratados.

C U A D R O No. 8*

UBICACION DE LA LESION EN RELACION CON LA LESION INICIAL

	Homolateral	Contralateral	Bilateral	Total
Recrudescencias	0	0	55	55
Recaídas	10	2	0	12
TOTAL:	10	2	55	67
%	14.9	3.0	82.1	

Bajo este aspecto y siempre con relación al total de 67 casos tenemos, en el apartado de recrudescencia que 0 pacientes hicieron la reactivación del mismo lado de la lesión inicial; 0 pacientes lo hicieron contra-lateral y 55 recrudescieron sus lesiones en ambos lados lo que equivale al 100 %.

En las recaídas 10 pacientes lo hicieron por el mismo lado lo que representa un 83.33 % y dos lo hicieron en el lado opuesto o sea el 16.67 %.

C U A D R O No. 9*

TIPO ANATOMICO PREDOMINANTE DE LA LESION DE
RECRUDESCENCIAS O RECAIDAS

	NODU- LAR.	INFIL- TRADA.	ESCAVA- DA.	PRODUC TIVA	MIXTA	TOTAL
Recrudescencias	1	7	11	12	24	55
Recaídas	1	2	3	5	1	12
TOTAL:	2	9	14	17	25	67
%	3.2	13.4	20.8	25.3	37.3	100

En el estudio de las recrudescencias tenemos que, entre productivas y mixtas dan 65.45 % que corresponden a 36 pacientes; mientras que entre formas nodulares, infiltrativas y escavadas encontramos 34.55 % que corresponden a 19 pacientes.

En las recaídas encontramos seis pacientes entre productivas y mixtas que representan al 50 %; escavadas un 25 % o sean 3 pacientes y el otro 25 % corresponde a las formas infiltradas y nodulares.

C U A D R O No. 10*

RELACIONES ENTRE LA SUSCEPTIBILIDAD DE LOS BACILOS Y LAS
RECRUDESCENCIAS O RECAIDAS

	Sensible	Resistente	Sin prueba	Total
Recrudescencias	23	22	10	55
Recaídas	7	1	4	12
Total	30	23	14	67
%	44.8	34.3	20.9	

Dentro de las recrudescencias encontramos 22 pacientes resistentes que representan 40.00 %; sin prueba 10 que representan el 18.18 %, porque no se efectuó la prueba, quedando sensibles a las drogas únicamente 23 pacientes que representan el 41.82 %.

Recaídas: Resistentes y negativos 5 pacientes que representan el 41.67 %.

Sensibles: 7 pacientes que representan un 58.33 %, las resistencias fueron a una droga (Estreptomina) y pocos a la Isoniacida.

C U A D R O No. 11*

RELACION DE EXTENSION ENTRE LA LESION INICIAL Y LA DE
RECRUDESCENCIAS O RECAIDAS

	MENOR	IGUAL	MAYOR	T O T A L:
Recrudescencias	8	23	24	55
Recaídas	3	8	1	12
Total	11	31	25	67
%	16.4	46.3	37.5	100.00

Podemos observar en este cuadro que la extensión de la lesión de recrudescencias y recaídas fue menor en 11 pacientes, lo que representa 16.4 %; igual en 31 pacientes o sea 46.3 % y mayor en 25 pacientes o sea 37.3 %.

C U A D R O No. 12*

TRATAMIENTO COMPLEMENTARIO

	RESEC- CION.	TORACO- PLASTIA	OTROS**	T O T A L:
Recrudescencias	5	8	0	13
Recaídas	4	0	1	5
Total:	9	8	1	18
%	50.0	44.4	5.6	

** Otros: Lucitage, neumotorax, neumoperitoneo.

El total de pacientes sometidos además a tratamiento complementario representa 22.24 % de los 67 estudiados.

En cuanto al tratamiento complementario: 9 tuvieron resección que hacen un 50.00 %; 8 fueron sometidos a toracoplastia, o sea el 44.50 % y 1 a otro tratamiento complementario que en este caso fue neumoperitoneo, representando 5.50 %.

C U A D R O No. 13*

RELACION ENTRE RECRUDESCENCIA Y RECAIDA
CON RESULTADOS TERAPEUTICOS

	Curado	Mejorado	No mejorado	T O T A L:
Recrudescencias	11	14	30	55
Recaídas	6	3	3	12
TOTAL:	17	17	33	67
%	25.4	25.4	49.2	

Como resultado del tratamiento de las lesiones de recrudescencias con las drogas primarias, obtuvimos: 30 pacientes que no mejoraron, y que nos dá 54.54 %; 11 curaron o sea el 20.00 %, y 14 mejoraron, lo que hace 25.46 %.

Los resultados en el tratamiento de las recaídas fueron: 6 pacientes curaron es decir 50.00 %, 3 mejoraron, 25.00 %, y tan solo 3 no mejoraron lo que nos dá 25.00 %.

En estos grupos los resultados han sido satisfactorios ya que el porcentaje de curados y mejorados es de 50.8 % y la ineffectividad manifestada en los no mejorados, fue de 49.2 %.

C A P I T U L O I V

D I S C U S I O N

El tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar a partir del advenimiento de la Quimioterapia y la antibióticoterapia ha sufrido un cambio fundamental en sus resultados. Actualmente se cuenta con no menos de ocho drogas bacteriostáticas para el *Mycobacterium tuberculosis* cuya eficacia ha proporcionado un alto por ciento de curaciones y negativizaciones, al grado que hay lugares y programas que han alcanzado hasta un 96 % de conversiones del esputo, cumpliendo así una de las metas de la lucha antituberculosa, como es lograr la supresión de la mayor cantidad de fuentes de contagio; en el mismo sentido ha sufrido un notable incremento, la Tisiocirugía de la Tuberculosis Pulmonar. Las drogas antituberculosas al igual que los medicamentos para otras enfermedades infecciosas plantean al propio tiempo el problema de la resistencia. En el tratamiento del enfermo de Tuberculosis Pulmonar se constata que comunmente la eficacia de la droga corre paralela con la aparición de la resistencia y consecuentemente con la limitación de su empleo.

Es una enfermedad en la cual el tratamiento es de largo plazo y requiere regularidad y continuidad en el mismo.

El fenómeno de las Recrudescencias y Recaídas de la enfermedad están directamente determinados entre otros factores por la resistencia bacteriana por lo menos a tres o cuatro drogas actualmente disponibles; ante esta conclusión, en el presente trabajo se trata de analizar la frecuencia y característica de las recrudescencias y recaídas en nues-

tro ambiente Sanatorial y consecuentemente los resultados de su tratamiento.

Ante un total de 1.616 fichas clínicas revisadas encontramos que las recrudescencias se presentan con una frecuencia de 3.40 % y las recaídas un porcentaje de 0.74 % cifras que naturalmente son muy inferiores a la era pre-antibiótica pero que en todo caso siguen planteando un serio problema terapéutico. Se seleccionaron 67 enfermos de los cuales 55 corresponden a recrudescencias y 12 a recaídas en cuya aparición podemos invocar los siguientes argumentos: Salida precoz de los enfermos del Sanatorio "San Vicente" con tratamientos incompletos, deficientes situaciones socio-económico en la mayoría de nuestros enfermos, uno y otro aspecto originan en muchos de ellos resistencia bacteriana por nuevos tratamientos irregulares e inadecuados.

La mayoría de los 67 casos seleccionados estaban comprendidos entre 21 y 30 años de edad y el 23 % eran portadores de formas moderadas de tuberculosis pulmonar que corresponden a las edades de la mayor frecuencia en la enfermedad. Es digno de hacer notar que el 76 % de enfermos eran portadores de tuberculosis pulmonar avanzada bilateral y con cavernas; todos los enfermos tenían baciloscopía positiva al momento de la revisión efectuada y las pruebas de sensibilidad se encontró 4.5 % de resistencia a una droga durante el tratamiento inicial. Esto es, que cuando los enfermos recibieron por primera vez tratamiento antituberculoso prácticamente la totalidad de ellos eran sensibles al mismo.

Los 67 enfermos escogidos para la elaboración del presente análisis reingresaron al Sanatorio Antituberculoso "San Vicente" después de haber pasado por lo menos un año en su casa 10.4 % y la gran mayoría de ellos reingresaron después de 1 año. Una vez readmitidos en el Sanatorio los enfermos fueron clasificados así: 55 enfermos habían sufrido recrudescencia de la antigua tuberculosis pulmonar que representan el 82.9 %; 12 enfermos tuvieron recaídas de la enfermedad que representan el 17.91 % y la clasificación al reingreso fue 25.4 % portadores de forma moderada de tuberculosis pulmonar y 74.6 % con tuberculosis pulmonar avanzada; las lesiones de recrudescencia y recaídas fueron del mismo lado de la lesión inicial en el 14.9 %; fueron contralaterales en el 3 % y bilaterales en el 82.1 % restante. Al momento de las nuevas pruebas de sensibilidad efectuadas al reingreso de los 67 enfermos se descubrió que el 34.3 % de ellos eran resistentes a una o más drogas antituberculosas, cifra que comparada con la resistencia al primer ingreso nos muestra una diferencia muy apreciable; eran sensibles a la isoniacida y a la estreptomina el 44.8 %, y no se hizo prueba en el 20.9 % restante. En cuanto se refiere a la extensión de las lesiones de recrudescencia y recaídas se pudo comprobar que la gran mayoría de ellas era de igual o mayor extensión que la lesión inicial.

Con el material analizado en las líneas anteriores los 67 enfermos objeto de nuestro estudio fueron sometidos a re-tratamiento médico con Isoniacida, estreptomina, Acido-paramino-salicílico, cicloserina y algunos casos con Ethionamida, durante período no menor de un año y que en algunos

casos se extendió hasta los cinco años. Los resultados de este segundo tratamiento originado por la aparición de recrudescencias y recaídas de la tuberculosis pulmonar, nos informa que el 25.4 % de ellos se les dió nuevamente de alta bajo el epígrafe de curado; otra cantidad igual de egresados como mejorados y el 49.2 % del total egresaron como no mejorados.

Además del tratamiento médico anterior y en el afán de elevar la curación de los enfermos se entró a considerar la posibilidad quirúrgica de 18 casos que, o no habían alcanzado curación completa, o estaban prácticamente en igual estado. En este sentido se efectuaron 9 resecciones, generalmente lobectomías y 8 toracoplastías, en un caso se complementó el tratamiento médico con neumoperitoneo.

El fenómeno de la recrudescencia y recaídas en la evolución de la tuberculosis pulmonar, sigue representando un problema de importancia, aunque la frecuencia con que actualmente se presenta, es mucho menor al de la era anterior a los antibióticos. El tipo y extensión de las lesiones, el carácter evolutivo de las mismas, son en todo iguales o muy parecidas a las de las lesiones iniciales, con el agravante de que cerca de la mitad de los casos que reingresan con este tipo de lesiones, son resistentes por lo menos a dos de las tres drogas de primera línea. Es fácil darse cuenta de la dificultad terapéutica que estos enfermos plantean y es de desear que su estudio sea cada vez más minucioso, con el fin de poder descubrirlos en la mejor oportunidad, así como también poder disponer de drogas de segunda línea, o nuevas drogas antituberculosas para las cuales sean sensibles los ba-

cilos y así obtener, mayor curaciones con el tratamiento en este grupo especial de casos. Si bien es cierto que la cirugía de la tuberculosis proporciona curaciones completas, también es cierto que muchos de esos enfermos han perdido su oportunidad quirúrgica y tampoco podemos pensar en que sea ese el recurso que solucione los problemas. Uno y otro aspecto hacen recapacitar, en que la conclusión recomendable, es poner el mayor cuidado en el tratamiento inicial de los enfermos insistiendo en la regularidad y continuidad del mismo con el fin de reducir lo más posible la aparición de recrudescencias y recaídas.

C A P I T U L O V

S U M A R I O

Se presenta el estudio de 67 casos clasificados como recrudescencias y recaídas, después de una revisión de 1.616 fichas clínicas, correspondientes a enfermos egresados, a partir del año 1960 a 1965, en el Sanatorio Antituberculoso "San Vicente".

De estos 67 casos fueron clasificados como recrudescencias 55 y como recaídas 12 casos. Se hace el análisis en dos capítulos, el primero que contiene diagnóstico y clasificación de los enfermos en el primer ingreso y luego diagnóstico, clasificación y resultados de los tratamientos efectuados durante el o los reingresos.

Los resultados del estudio nos informan, que cerca del 50 % reingresan con resistencia bacteriana a una o dos drogas antituberculosas; la mayoría de enfermos son portadores de tuberculosis bilateral avanzada con caverna y el estudio clínico y socioeconómico de los mismos, nos confirman las deficientes condiciones de vivienda, alimentación e higiene en que estos enfermos viven.

A pesar de todas las anteriores condiciones desfavorables, es muy estimulante dejar constancia que el retratamiento efectuado produce más de la mitad de curaciones y mejorías. Sin el retratamiento que estos enfermos deberían recibir, están prácticamente entrando a la fase de cronicación de la tuberculosis pulmonar en los cuales la fase quirúrgica ya ha pasado de su época oportuna.

C A P I T U L O VI

C O N C L U S I O N E S

- 10.- La acción antituberculosa de las drogas, actualmente a nuestra disposición, han reducido en forma notable, la incidencia de recrudescencia y recaídas en tuberculosis pulmonar.
- 20.- Los pocos casos que actualmente se encuentran como recrudescencias y recaídas, se deben a la resistencia bacteriana a los quimioantibióticos actualmente a nuestra disposición.
- 30.- Se estima que la mejor forma para prevenir la aparición de recrudescencias y recaídas de la tuberculosis pulmonar, es poniendo todos nuestros esfuerzos porque el tratamiento inicial, sea regular y continuo.
- 40.- Las lesiones de recrudescencias y recaídas de la tuberculosis pulmonar, tienen un alto potencial evolutivo y alcanzan extensiones y características en todo semejantes a las lesiones iniciales.
- 50.- El retratamiento de las recrudescencias y recaídas es satisfactorio con las drogas actualmente en uso, en mitad de los casos estudiados.
- 60.- La cirugía de la tuberculosis pulmonar generalmente de tipo conservador puede elevar el número de curaciones y mejorías de este tipo de lesiones.
- 70.- Creemos que es necesario tratar por todos los medios a nuestro alcance para que los enfermos concurren a los controles post-sanatoriales con la mayor regularidad con el fin de descubrir lo más oportunamente posible la aparición de recrudescencias y recaídas.

EL PROBLEMA DE LAS RECRUDESCENCIAS Y LAS RECAIDAS

EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR

Dr. Oscar Felipe Quintana Cahueque.-

En el curso de mi práctica, en calidad de Interno del Sanatorio "San Vicente" he tenido oportunidad de constatar la eficacia de la Quimioterapia actual contra la Tuberculosis Pulmonar.

He visto con suma complacencia, que el paciente de negativización, del esputo o del lavado gástrico para el *Microbacterium Tuberculosis*, se está obteniendo en cifras que podríamos calificar de altas (70%) y además el número de enfermos que se da como curados o aparentemente curados, es alrededor del 40%; estas cifras son desde luego, teniendo en consideración, lo avanzado de los casos internados en el Sanatorio "San Vicente" y el alto potencial evolutivo de las formas clinicoradiográficas que se reciben en el mismo.

La misma experiencia personal me ha permitido constatar las dificultades que ocasionan, para el éxito del tratamiento, por una parte los tratamientos que una buena porción de enfermos han tenido antes de su ingreso y por otra parte, consecuencia de lo anterior, el número igualmente considerable de enfermos que ingresan con resistencia antibiótica, por lo menos al HAIN y Sulfa to de Estreptomina. Es así como he podido seguir el curso evolutivo de los enfermos que ingresan en estas condiciones bajo el régimen terapéutico sanatorial, y es así como ha aparecido un número de enfermos que podremos catalogar como portadores de Recrudescencias y Recaidas de Tuberculosis Pulmonar, material con el -

que decidí hacer este trabajo de tesis previo a mi graduación de Médico y Cirujano.

Hemos catalogado como Recrudescencias a las nuevas manifestaciones de la enfermedad comprobadas bacteriológica, radiográfica o clínicamente, en pacientes que no habían alcanzado el estado de curación.

Como Recaidas: A las nuevas manifestaciones de la enfermedad en personas que, habiendo sido tratadas, fueron clasificadas como curadas o aparentemente curadas, considerándose como criterio de curación, para este análisis, que haya transcurrido por lo menos un año sin síntomas o con cultivos del esputo o del contenido gástrico persistentemente negativos, existan o no lesiones secuelas.

El problema de las recrudescencias y recaídas en el curso del tratamiento actual de la Tuberculosis Pulmonar, ha adquirido en los últimos años una importancia clínica y epidemiológica muy grande, porque obliga al médico, a usar drogas de segunda línea, de las cuales no siempre se dispone en cantidades adecuadas para el retratamiento. En el Sanatorio "San Vicente" existen únicamente dos o tres trabajos a este respecto, pero la práctica diaria nos está demostrando que es un problema al que debemos ponerle cada día mayor atención.

Para el desarrollo de este tema hemos tomado y revisado un total de MIL SEISCIENTAS DIECISEIS fichas clínicas tomadas del archivo del Sanatorio "San Vicente" correspondientes a igual número de enfermos egresados de los años de 1960 a 1965 inclusive. Separando, para el efecto de nuestro estudio, todos aquellos casos que acusaban recrudescencias o recaídas de la enfermedad. Pa

ra el primer grupo la selección la hicimos reestudiando la serie radiográfica de cada enfermo y la curva bacteriológica respectiva y para el segundo grupo seleccionamos los reingresos que habían - tenido alta por curación.

En esta forma se llegaron a reunir cincuenta y cinco ca- sos calificados como recrudescencias que representan el 3.40% del total de egresos y doce casos clasificados como recaídas que re- presentan un 0.74% del total de egresos.

En relación con esta proporción creemos conveniente se- ñalar que a partir de la moderna quimioterapia antituberculosa la cifra de recaídas ha bajado notoriamente en comparación con las - épocas anteriores a las drogas específicas; fenómeno que reafirma la notable acción terapéutica de los medicamentos antituberculo- sos.

Con el método y material expuestos en las líneas ante- riores procedemos a elaborar el cuadro número uno, en donde están clasificados MIL SEISCIENTOS DIECISEIS enfermos durante los seis años revisados por "motivo de alta".

Entendiendo por inactivos todos los enfermos que tuvie- ron un mínimo de un año de hospitalización; que tuvieron recupe- ración clínica completa, desaparición o estabilización de las som- bras radiográficas pulmonares, y negativización reiterada para el mycobacterium tuberculosis, tanto al examen directo como al culti- vo de tres y más especímenes consecutivos.

El grupo de mejorados comprende todos aquellos casos - que obtuvieron recuperación clínica y cuyas lesiones radiológicas se mejoraron por absorción, fibrosis o calcificación en una pro- porción que varió de un 25% a 75%; en cuanto a bacteriología la - negativización fue esporádica o irregular.

El grupo de no mejorados incluye los enfermos cuyo egreso en su inmensa mayoría fue solicitado por ellos mismos; se fugaron, fueron dados de alta por indisciplina y los egresados a solicitud de la familia.

Es una enfermedad en la cual el tratamiento es de largo plazo y requiere regularidad y continuidad en el mismo.

El fenómeno de las Recrudescencias y Recaídas de la enfermedad está directamente determinado entre otros factores por la resistencia bacteriana por lo menos a tres o cuatro drogas actualmente disponibles; ante esta conclusión, en el presente trabajo se trata de analizar la frecuencia y característica de las recrudescencias y recaídas en nuestro ambiente sanatorial y consecuentemente los resultados de su retratamiento.

Ante un total de 1,616 fichas clínicas revisadas encontramos que las recrudescencias se presentan con una frecuencia de 3.40% y las recaídas un porcentaje de 0.74%, cifras que naturalmente son muy inferiores a la era preantibiótica pero que en todo caso siguen planteando un serio problema terapéutico. Se seleccionaron 67 enfermos de los cuales 55 corresponden a recrudescencias y 12 a recaídas en cuya aparición podemos invocar los siguientes argumentos: Salida precoz de los enfermos del Sanatorio "San Vicente" con tratamientos incompletos, deficientes situaciones socio-económicas en la mayoría de nuestros enfermos, uno y otro aspecto originan en muchos de ellos resistencia bacteriana por nuevos tratamientos irregulares e inadecuados.

La mayoría de los 67 casos seleccionados estaban comprendidos entre 21 y 30 años de edad y el 23% eran portadores de formas moderadas de tuberculosis pulmonar que corresponden a las

edades de la mayor frecuencia en la enfermedad. Es digno de ha--
cer notar que el 76% de enfermos eran portadores de tuberculosis
pulmonar avanzada bilateral y con cavernas; todos los enfermos te--
nían baciloscopia positiva al momento de la revisión efectuada y
las pruebas de sensibilidad se encontró 4.5% de resistencia a una
droga durante el tratamiento inicial. Esto es, que cuando los en--
fermos recibieron por primera vez tratamiento antituberculoso -
prácticamente la totalidad de ellos eran sensibles al mismo.

Los 67 enfermos escogidos para la elaboración del pre--
sente análisis reingresaron al Sanatorio Antituberculoso "San Vi--
cente" después de haber pasado por lo menos un año en su casa -
10.4% y la gran mayoría de ellos reingresaron después de 1 año. -
Una vez readmitidos en el Sanatorio los enfermos fueron clasifica--
dos así: 55 enfermos habían sufrido recrudescencia de la antigua
tuberculosis pulmonar que representan el 82.9%; 12 enfermos tuvie--
ron recaídas de la enfermedad que representan el 17.91% y la cla--
sificación al reingreso fue 25.4% portadores de forma moderada de
tuberculosis pulmonar y 74.6% con tuberculosis pulmonar avanzada;
las lesiones de recrudescencia y recaídas fueron del mismo lado -
de la lesión inicial en el 14.9%; fueron contralaterales en el 3%
y bilaterales en el 82.1% restante. Al momento de las nuevas -
pruebas de sensibilidad efectuadas al reingreso de los 67 enfer--
mos se descubrió que el 34.3% de ellos eran resistentes a una o -
más drogas antituberculosas, cifra que comparada con la resisten--
cia al primer ingreso nos muestra una diferencia muy apreciable;
eran sensibles a la isoniacida y a la estreptomycinina el 44.3% y -
no se hizo prueba en el 20.9% restante. En cuanto se refiere a -
la extensión de las lesiones de recrudescencia y recaídas se pudo

comprobar que la gran mayoría de ellas era de igual o mayor extensión que la lesión inicial.

Con el material analizado en las líneas anteriores, los 67 enfermos objeto de nuestro estudio fueron sometidos a retratamiento médico con isoniacida, estreptomocina, ácido-paramino-salicílico, cicloserina y algunos casos con ethionamida, durante período no menor de un año y que en algunos casos se extendió hasta los cinco años. Los resultados de este segundo tratamiento originado por la aparición de recrudescencias y recaídas de la tuberculosis pulmonar, nos informan que al 25.4% de ellos se les dió nuevamente de alta bajo el epígrafe de curado; otra cantidad igual de egresados como mejorados y el 49.2% del total egresaron como no mejorados.

Además del tratamiento médico anterior y en el afán de elevar la curación de los enfermos se entró a considerar la posibilidad quirúrgica de 18 casos que, o no habían alcanzado curación completa, o estaban prácticamente en igual estado. En este sentido se efectuaron 9 resecciones, generalmente lobectomías y 8 toracoplastias, en un caso se complementó el tratamiento médico con neumoperitoneo.

El fenómeno de la recrudescencia y recaídas en la evolución de la tuberculosis pulmonar, sigue representando un problema de importancia, aunque la frecuencia con que actualmente se presenta, es mucho menor a la de la era anterior a los antibióticos. El tipo y extensión de las lesiones, el carácter evolutivo de las mismas, son en todo iguales o muy parecidas a las de las lesiones iniciales, con el agravante de que cerca de la mitad de los casos que reingresan con este tipo de lesiones, son resistentes por lo

menos a dos de las tres drogas de primera línea. Es fácil darse cuenta de la dificultad terapéutica que estos enfermos plantean y es de desear que su estudio sea cada vez más minucioso, con el fin de poder descubrirlos en la mejor oportunidad, así como también poder disponer de drogas de segunda línea, o nuevas drogas antituberculosas para las cuales sean sensibles los bacilos y así obtener, mayores curaciones con el tratamiento en este grupo especial de casos. Si bien es cierto que la cirugía de la tuberculosis proporciona curaciones completas, también es cierto que muchos de esos enfermos han perdido su oportunidad quirúrgica y tampoco podemos pensar en que sea ese el recurso que solucione los problemas. Uno y otro aspecto hacen recapacitar, en que la conclusión recomendable, es poner el mayor cuidado en el tratamiento inicial de los enfermos, insistiendo en la regularidad y continuidad del mismo, con el fin de reducir lo más posible la aparición de recrudescencias y recaídas.

A pesar de todas las anteriores condiciones desfavorables, es muy estimulante dejar constancia que el retratamiento efectuado produce más de la mitad de curaciones y mejorías. Sin el retratamiento que estos enfermos deberían recibir, están prácticamente entrando a la fase de cronificación de la tuberculosis pulmonar en los cuales la fase quirúrgica ya ha pasado de su época oportuna.

Así, hemos llegado a las conclusiones siguientes:

La acción antituberculosa de las drogas, actualmente a nuestra disposición, han reducido en forma notable, la incidencia de recrudescencia y recaídas en tuberculosis pulmonar.

Los pocos casos que actualmente se encuentran como re--

crudescencias y recaídas, se deben a la resistencia bacteriana a los quimioantibióticos actualmente a nuestra disposición.

Se estima que la mejor forma para prevenir la aparición de recrudescencias y recaídas de la tuberculosis pulmonar, es poniendo todos nuestros esfuerzos porque el tratamiento inicial, sea regular y continuo.

Las lesiones de recrudescencias y recaídas de la tuberculosis pulmonar, tienen un alto potencial evolutivo y alcanzan extensiones y características en todo semejantes a las lesiones iniciales.

El retratamiento de las recrudescencias y recaídas es satisfactorio con las drogas actualmente en uso, en la mitad de los casos estudiados.

La cirugía de la tuberculosis pulmonar generalmente de tipo conservador, puede elevar el número de curaciones y mejorías de este tipo de lesiones.

Creemos que es necesario tratar por todos los medios a nuestro alcance para que los enfermos concurren a los controles post-sanatoriales con la mayor regularidad, con el fin de descubrir lo más oportunamente posible la aparición de recrudescencias y recaídas.