

ESTENOSIS FUNCIONALES DE LOS GRANDES TRONCOS BRONQUIALES

DRES. J. CASTELLA RIERA, F. COLL COLOMÉ Y J. REVENTÓS CONTI

Nos referimos con el nombre de estenosis funcionales a las disminuciones del calibre de los grandes troncos bronquiales, reversibles en un tiempo variable, pero relativamente corto, de minutos a días, ya sea espontáneamente, ya sea con el tratamiento broncodilatador o antiinflamatorio inespecífico.

Quedan fuera de este concepto, tanto la disquinesia traqueobronquial hipotónica esencial o secundaria a la bronquitis crónica, como las estenosis bronquiolares o de bronquios finos del asmático o del bronquítico.

Estas estenosis funcionales de los grandes troncos pueden encontrarse en dos tipos de enfermos:

- en el asmático;
- y en el bronquítico crónico, especialmente en el relativamente joven, con episodios broncoespásticos frecuentes.

Se encuentran en estos enfermos no sólo durante los accesos de reagudización disnea o inflamatoria, lo cual no tendría nada de sorprendente, sino, y es lo que nos interesa destacar aquí, durante los intervalos libres en que el enfermo no presenta ninguna sintomatología disneica ni auscultatoria.

Los métodos que permiten descubrir la existencia de estas estenosis funcionales son:

- la broncografía, y especialmente la cinebroncografía;
- y la broncoscopia.

Fue a consecuencia del estudio que emprendimos, hace unos años, sobre la cinebroncografía en las bronconeumopatías crónicas, que aprendimos a conocer y a estudiar estas estenosis funcionales de los grandes troncos bronquiales.

Practicando un examen broncográfico en los dos tipos de enfermos que hemos mencionado, podemos encontrar dos tipos de estenosis de los grandes troncos bronquiales:

I) Estenosis limitada al tronco intermediario o al bronquio lobar inferior izquierdo, coincidiendo con un llenado normal, o más bien exageradamente rápido, del árbol lobar superior hasta las últimas ramificaciones apicales. Este hecho se presenta incluso con el enfermo en posición ortostática, de modo que en su génesis no influye la fuerza de la gravedad, sino un verdadero cierre del tronco lobar inferior con una aspiración vigorosa por parte del tronco lobar superior.

Esta estenosis lobar inferior es generalmente completa, adoptando un aspecto cónico y terminando en una punta redondeada ligeramente afilada (fig. 1).

Mas raras veces esta estenosis no es completa y se opacifican algunas ramas

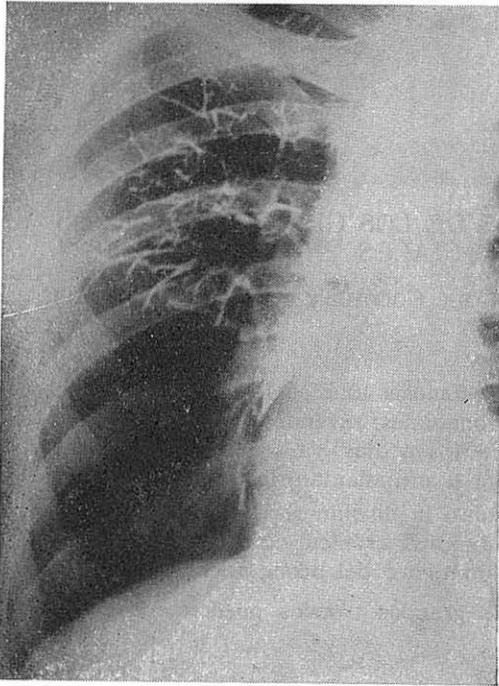


Fig. 1.—Estenosis completa del bronquio intermediario.

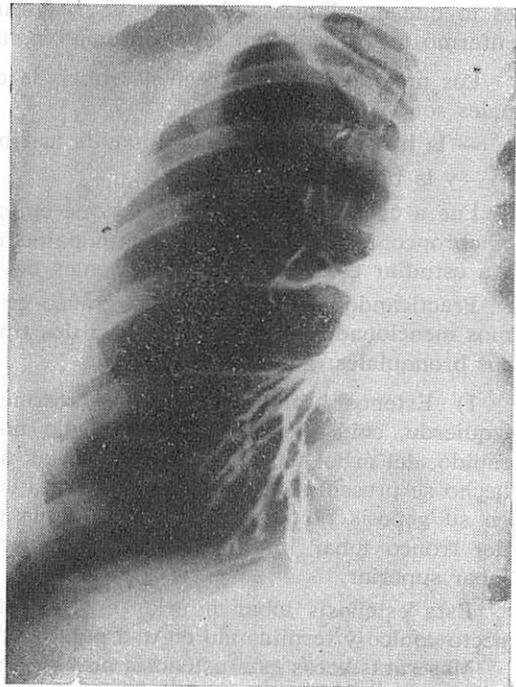


Fig. 2.—Estenosis incompleta de ambos troncos lobares.

bronquiales segmentarias y subsegmentarias, de aspecto espástico, rígido, con pobreza casi absoluta de ramificaciones colaterales.

Mediante la cinebroncografía es muy aparente el aspecto rígido, espástico, de estos bronquios inferiores, contrastando con la movilidad normal, más bien exagerada, del territorio lobar superior.

II) Otras veces, la estenosis afecta a los dos troncos lobares.

Esta estenosis bilobar puede ser también completa con las características ya mencionadas, de bordes que se van aproximando para terminar en una punta afiladamente redondeada.

Pero más a menudo la estenosis bilobar es incompleta, opacificándose algunas ramificaciones segmentarias y subsegmentarias, igualmente de aspecto filiforme, rígido y sin colaterales (fig. 2).

Otras veces, por último, los bronquios lobares se opacifican normalmente y la estenosis se presenta en los bronquios segmentarios, o incluso subsegmentarios.

Estas estenosis suelen ser unilaterales. Si el lipiodol refluye hacia el otro lado, no suele apreciarse en él ninguna dificultad a la progresión del contraste.

La duración de la estenosis puede ser fugaz, desapareciendo en pocos minutos, pero más o menudo es permanente. En estos casos puede ceder, en pocos minutos, tras la administración de un simpaticomimético. Si a pesar de ello persiste la estenosis, podemos iniciar un tratamiento con corticoides, y una semana más tarde, al repetir la exploración bajo la acción de los corticoides, se aprecia un llenado bronquial totalmente normal (figs. 3 y 4).

Volvemos a recalcar que la primera broncografía se realiza cuando el enfermo se halla totalmente libre de molestias y sin anomalías auscultatorias.

El examen, en estos casos, solemos realizarlo con el enfermo de pie y con la punta de la sonda de MÉTRAS insinuada en el bronquio principal.

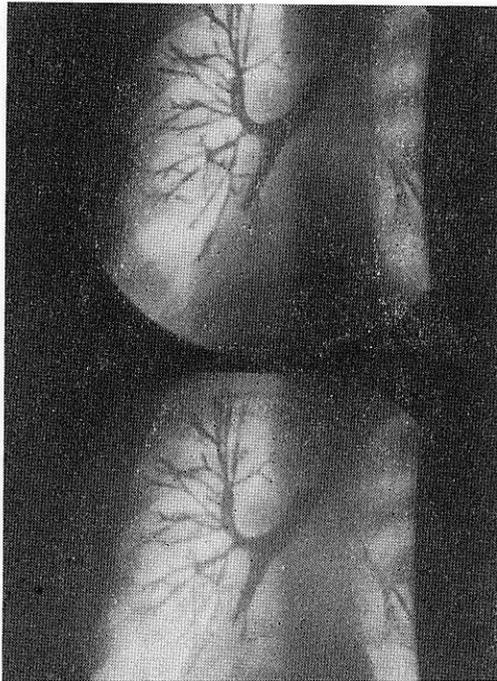
Como anestésico local usamos la tetracaína, y como medio de contraste, el lipiodol sulfamidado.

La broncoscopia realizada a estos enfermos, que presentan, broncográficamente, una obstrucción bronquial completa o incompleta, permite apreciar únicamente una disminución moderada del calibre bronquial a nivel del bronquio intermediario (o inferior izquierdo) de los bronquios segmentarios inferiores, por una estenosis de tipo concéntrico, dura a la palpación con el broncoscopio, con mucosa de aspecto rojo brillante y secreción de tipo seroso; esta estenosis suele ceder en mayor o menor grado a los toques repetidos con adrenalina.

COMENTARIO

Estas estenosis funcionales de los grandes troncos bronquiales han sido estudiadas ya por diversos autores: ROSE y TURIAF, entre ellos. Su interpretación puede prestarse a discusión.

Según nuestra experiencia, pueden encontrarse en dos tipos de enfermos: en el asmático típico y también en el bronquítico relativamente joven, especialmente del sexo femenino, con episodios broncoespásticos frecuentes y con síntomas de irritabilidad bronquial fácil. En los intervalos libres, estos enfer-



pronudias segmentarias y subsegm
 pobreza casi absoluta de ramificaci
 Mediane la cinebronografía es r
 estos pronudios inferiores, contras
 exagerada, del territorio lobar super
 (II) Otras veces, la estenosis afe
 Esta estenosis bilobar puede ser
 mencionadas de los bordes que se van
 afiladamente redondeadas.
 Pero más a menudo la estenosis
 guas ramificaciones segmentarias
 filiforme, rígido y sin colaterales (I
 Otras veces, por último, los pro
 y la estenosis se presenta en los br
 laios.

Fig. 3.— Estenosis del tronco lobar inferior, sin tratamiento corticoide.

Estas estenosis suelen ser unilat
 lado, no suele repetirse en el ni
 traso.
 La duración de la estenosis pue
 años pero más o menudo es per
 uno a dos años.
 Este tipo de estenosis se repite
 una semana más tarde al repetir la
 podemos
 des, se aprecia un llenado bronquial totalmente normal (figs. 1 y 4).
 Volvemos a recalcar que la primera broncografía se realiza cuando el en
 forma se halla totalmente libre de molestias y sin anomalías anscu-

xiario con el enfermo de pie y con
 el pronudio principal.
 na, y como medio de contraste, el
 tros, que presentan, broncográfica-
 o incompleta, permite apreciar un
 ltre bronquial a nivel del pronudio
 pronudios segmentarios inferiores,
 a la palpación con el broncosco-
 y secreción de tipo seroso; esta se-
 do a los toques repetidos con adre-

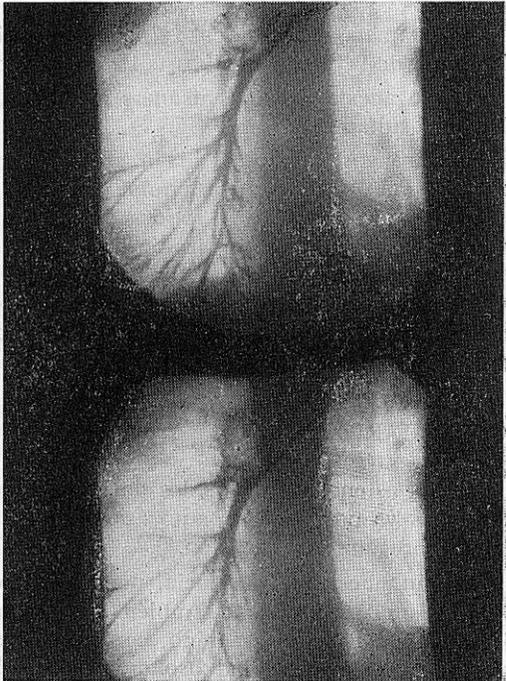


Fig. 4.— Mismo caso de la fig. 3. Ausencia de estenosis con tratamiento corticoide.

mos suelen presentar unos valores espirográficos normales o sólo moderadamente alterados, pero con una prueba farmacodinámica broncoconstrictora francamente positiva.

Personalmente nos orientamos a interpretar estas estenosis funcionales como traducción de un estado de hiperreactividad de la pared bronquial (¿quizá desencadenada en algún caso por la acción del anestésico local?).

De esta hiperreactividad podríamos distinguir tres grados:

a) débil: raros casos de estenosis fugaz que desaparece espontáneamente a los pocos minutos;

b) media: estenosis que cede a la acción del simpaticomimético;

c) intensa: estenosis que resiste a la acción del simpaticomimético, pero que no se presenta bajo los efectos de la corticoterapia (figs. 3 y 4).

Dentro de cada uno de estos grupos podríamos aún distinguir dos subgrupos, según la estenosis fuera completa o incompleta.

Sería interesante poder correlacionar estos diferentes grados con los de la respuesta espirográfica a distintas concentraciones de acetilcolina. Por el momento, nuestra experiencia es demasiado escasa para poder establecer conclusiones positivas o negativas en este sentido.

Por otra parte, hemos intentado sacar alguna indicación de las características de estas estenosis para el diagnóstico diferencial entre el asma y la bronquitis crónica «hipertónica» del sujeto joven. En este sentido, aunque nuestras conclusiones no puedan considerarse como definitivas, tenemos la impresión de que:

A) Es bastante característico del asma la estenosis completa del bronquio intermediario (o inferior izquierdo), coincidiendo con un llenado normal, o más bien exagerado, del territorio lobar superior.

B) En la bronquitis es más frecuente que la estenosis afecte por un igual a ambos troncos lobares y que no sea completa, produciéndose cierta opacificación de troncos más periféricos.

Dentro del capítulo de las estenosis traqueobronquiales, creemos que estas estenosis funcionales de los grandes troncos bronquiales merecen un sitio; es por ello que les hemos dedicado este trabajo.

Su interés teórico para comprender mejor el funcionalismo de la pared bronquial en las bronconeumopatías crónicas es indudable. Reconocemos que su interpretación puede prestarse a discusión, pero consideramos su conocimiento interesante y dignas de ser estudiadas más a fondo, correlacionando en lo posible los estudios broncológicos con los datos que nos suministran la exploración funcional respiratoria.