

## INDICACIONES DE LA BRONCOSCOPIA INFERIOR

*Dr. José Ramón Mozota Sagardía*

Broncólogo del P. N. A. y de las E. T. Otorrinolaringólogo de S. N.

La broncoscopia inferior sabemos consiste en el paso del broncoscopio a través del orificio previo de una traqueotomía o traqueostoma.

Nos permite una exploración del segmento traqueal inferior al orificio previo de traqueotomía; una exploración del sistema bronquial principal; una exploración de los orificios y troncos lobares; en algunos casos una exploración de hipolaringe y laringe retrógrada. Una broncoscopia no lleva en sí normalmente más riesgo que una exploración otoscópica con un especulum de oídos o una exploración esofagoscópica con un esofagoscopio; como decía CHEVALIER JACKSON, no es más que una exploración con un especulum; por tanto, debe hacerse la mayor parte de las veces a través de las vías naturales.

Sin embargo, esta broncoscopia superior, corriente, no puede hacerse o no debe hacerse en determinados casos, y estos casos requieren una traqueotomía previa; en otros casos, sólo puede hacerse la traqueotomía inferior, como son los casos de exploraciones de árbol traqueobronquial, de procesos traqueo-bronquiales, o exploraciones en enfermos laringectomizados por cáncer de laringe.

Como es natural en estos casos no hay que hacer la traqueotomía inmediata previa a la exploración broncoscópica, porque existe una ostomía traqueal, a través de la cual introduciremos el broncoscopio inferior, más corto que el normal, sin más anestesia que una simple pulverización de pantocaína sobre carina.

Hay una indicación en ciertos niños, en los que primero hemos de hacer la traqueotomía previa inmediata; no digamos si la traqueotomía ha de hacerse previamente por otros motivos (difteria, etc.), y posteriormente hemos de hacer tratamientos por procesos bronquiales de tipo diftérico o taponos fibrinosos, que crean problemas de obstrucción bronquial. Precisamos también que en casos de voluminosos cuerpos extraños traqueales, incapaces de pasar al sistema bronquial, que corren peligro de obstruir subglotis o bifurcación bronquial, junto a carina, es imprescindible hacer una traqueotomía rápida previa a la exploración broncoscópica.

Tuve una enferma con una espondilartrosis, que por motivos cervicales exigió una traqueotomía para la extracción de un cuerpo extraño, ya que era imposible, por la rigidez y flexión cervical, hacer una broncoscopia por vía natural.

Hay casos con traqueotomía ya hecha con motivo de necesitar una serie de aspiraciones de árbol traqueobronquial, o en casos que por exigir un control de la respiración e incluso un mantenimiento de la respiración pulmonar (aparato de Engstrom, etc.), casos que exigen una protección de las vías respiratorias, desobstrucción de las mismas, el empleo del broncoscopio se hace

a través de la traqueotomía previa, habiendo de hacerse la broncoscopia inferior; así numerosos casos de afecciones nerviosas, traumatismos craneales, y ciertos estados especiales de glotis y subglotis.

Existen asimismo casos de traqueobronquitis gripales, sobre todo en niños, de ciertos cuerpos extraños vegetales que exigen como medida de seguridad previa una traqueotomía y una broncoscopia inferior.

Asimismo los papilomas traqueobronquiales infantiles, aun a riesgo de hacer un canulard es aconsejable hacer una broncoscopia inferior para su tratamiento.

Lo mismo podemos decir de ciertos casos de situación en árbol bronquial de cuerpos extraños; así podemos citar casos con cuerpos extraños enclavados en el bronquio de lóbulo superior, que con un tubo corto de broncoscopia inferior, pinzas más acodadas apropiadas permite una fácil extracción, o en casos en que por tratarse de cuerpos extraños voluminosos y de superficie resbaladiza, las pinzas endoscópicas no sirven para su extracción.

En casos en que una hipersecreción traqueobronquial profusa, con inundación de las vías respiratorias, persistente, que ha de precisar aspiraciones repetidas, y que éstas han de ser más fáciles de hacer por vía traqueal, es aconsejable desde comienzo hacer una traqueotomía previa.

Pero hay casos en que una disnea aguda persistente, con riesgo de asfixia inminente, exige la práctica de una traqueotomía (p. e. cuerpos extraños traqueales voluminosos que citábamos antes y otros casos); la traqueotomía calma la disnea, suprime los espasmos laríngeos, reflejos y permite después la exploración endobronquial inferior.

Sin embargo, las indicaciones de la broncoscopia inferior fuera de estas limitadas o forzadas indicaciones, no existen. Y no puede utilizarse la ausencia de riesgos de la traqueotomía, con la actual medicación antibiótica, como base para extender las indicaciones de la broncoscopia inferior.

En resumen podemos decir que las indicaciones de la broncoscopia inferior son muy limitadas:

1.º Casos con ostomía traqueal, por haber sido laringectomizados, o enfermos con traqueotomía anterior con diversos motivos.

2.º Ciertos casos en que por motivos anatómicos cervicales o torácicos, impiden la broncoscopia superior.

3.º Determinadas broncoscopias infantiles, en que por el niño, por tratarse de determinados cuerpos vegetales, o por la naturaleza del proceso de vías respiratorias que padece, e incluso un cuadro de asfixia inminente hay necesidad de una traqueotomía previa.

4.º La necesidad de tratamiento de aspiración de vías respiratorias, la existencia de una respiración traqueal dirigida, controlada, mantenida a través de cánula, o por traumatismos o afecciones de cráneo o encéfalo, hace preciso utilizar la vía del traqueostoma.

5.º La situación del cuerpo extraño en tráquea, en bronquio superior, es motivo de utilización de la broncoscopia inferior para su extracción.