

Referatas de Revistas

«Les Bronches», Vol. XV, n.º 4, Julio-Octubre 1965

XV Congreso Internacional de la A. I. E. B. Oporto, junio 1965.

1.ª PONENCIA: EL ESTADO DE LOS BRONQUIOS EN LOS PULMONES RESECADOS POR TUBERCULOSIS PULMONAR.

J. CHRETIEN (París) y R. TOURAINE (Lion): EL INVENTARIO LESIONAL BRONQUITICO EN LAS PIEZAS DE EXERESIS POR TUBERCULOSIS.

Basando su estudio en los resultados observados en 1.500 piezas de exéresis estudiadas en los once años comprendidos entre 1953 y comienzos de 1964, y después de algunas consideraciones respecto a la disminución de la frecuencia de las exéresis al ir progresando de año en año, los tratamientos antituberculosos bien realizados, clasifican las formas anatomopatológicas de las alteraciones bronquiales encontradas en:

a) Inflamación específica difusa o tuberculosis bronquial extensa, con alteraciones macroscópicas, unidas o no a histológicas, afectando desde los focos parenquimatosos al hilio de la pieza o afectando fundamentalmente el bronquio fundamental de la pieza, pero insinuándose más o menos en los bronquios secundarios. Su frecuencia ha disminuido de modo absoluto y relativo desde 1953, en que representaba el 30 % de las afectaciones bronquiales en las exéresis, hasta el 2,7 en 1963.

b) Afectación específica del bronquio fuente de la pieza, cuya presentación también ha ido disminuyendo desde 1953, pero su disminución no ha sido regular, pues desde 1957 se aprecia una detención en la disminución de su frecuencia.

c) Las estenosis de un bronquio principal o lobar ha presentado poca variación en su frecuencia, pero ha cambiado en su mecanismo patogénico, pasando a estar en relación con alteraciones ganglionares en vez de estarlo con procederes de colapso.

Detallando más los datos anatomopatológicos, enumera las alteraciones encontradas en los bronquios gruesos, bronquios de mediano calibre y bronquios periféricos. En los bronquios gruesos, es decir, los visibles por broncoscopia, encuentra:

a) Estenosis o mutilaciones estenosantes, más frecuentes en el bronquio superior, derecho o izquierdo, o bronquio principal, con lesiones infiltrativas sobre un sustrato de organización fibroconjuntiva.

b) Mutilaciones no estenosantes, con retracciones que rompen el paralelismo de los anillos cartilagosos, o alteraciones irregulares de mucosa y substi-

tución de los elementos musculoelásticos por tejido conjuntivo, apreciándose en los cortes con las características de las bronquitis escleroatróficas.

c) Lesiones inflamatorias no estenosantes específicas, sea en forma exudativa o en forma foliolar, siendo de señalar la desaparición casi completa en el curso de los años de las formas exudativas.

d) Lesiones inflamatorias no estenosantes y no específicas, caracterizadas por la existencia de zonas con células redondeadas de localización mucosa o submucosa acompañadas de edema y congestión. Su origen específico no se puede rechazar, y se observan en relación con tratamientos antituberculosos prolongados en casos de lesiones curadas (cavernas epitelizadas, bronquiectasias pseudocavitarias, etc.).

e) La observación de bronquios normales debe considerarse como efecto cierto de la quimioterapia, ya que su frecuencia es más alta de año en año.

El estudio de las alteraciones de los bronquios cartilagosos bronquiales comprende el estudio de los bronquios de tercero o cuarto orden al décimo orden, y aunque muchas veces están en relación con las alteraciones del bronquio grueso, otras veces tienen su vida propia en cuanto a patogenia y presentación. Observaron los autores las siguientes formas:

a) Bronquitis gaseosas tubulares, cuya expresión radiológica puede hacerse en forma de imágenes llenas en parénquima aireado, o más frecuentemente en forma de pequeñas atelectasias que traducen el bloqueo pulmonar.

b) Bronquiectasias tuberculosas o posttuberculosas, cuya frecuencia ha ido disminuyendo progresivamente hasta 1960, quedando fija desde entonces. También va disminuyendo el porcentaje de las bronquiectasias tuberculizadas posteriormente, pero con una frecuencia decreciente mucho más intensa. Las formas más frecuentes son la cilíndrica o cilíndrica secular, muy excepcionalmente ampollares.

c) Broncocele tuberculoso, formación quística de origen bronquial cuyo diagnóstico anatomopatológico requiere una cuidadosa disección según el eje bronquial, pues los cortes transversos dan lugar a imágenes similares a las de los focos gaseosos o de cavernas rellenas. El broncocele se presenta radiológicamente en forma de banda opaca cuando la dirección del bronquio es paralela a la de la placa, o de imagen redondeada cuando es perpendicular.

d) Focos caseosos desarrollados al nivel de los bronquios cartilagosos distales, siempre en relación con focos caseosos periféricos, dando lugar a alteraciones del tipo «bronquio de desagüe».

e) Bronquitis fibrosa obliterante, corrientemente muy localizada como en la forma estenosada que forma más allá el broncocele. Tiene importancia en la función de la parte periférica, constituyendo problemas de obliteración de bronquios distales.

Las alteraciones de las terminaciones bronquiales suelen estar en relación con regresión de lesiones específicas, que si bien pueden llegar a la curación con una integridad «ad integrum», lo más frecuente es que produzca procesos estenósicos u obstructivos, más que dilataciones. Las bronquitis distales fibrosas y obliterantes aparecen de día con una frecuencia mayor en relación con la supervivencia de numerosos enfermos por acción de la terapéutica médica. Radiológicamente se aprecia una reducción broncográfica de las colaterales de los bronquios axiales.

Finalmente, describen los autores las correlaciones broncoparenquimatosas del pulmón tuberculoso, con descripción de las lesiones bronquiales de los focos mínimos, de los bronquios de desagüe cavitario, de las alteraciones bronquia-

les en el aspergiloma intracavitario; en las retracciones sistematizadas y el papel de las alteraciones obstructivas en la presentación de enfisemas y atelectasia lobular.

J. R. KRAAN y M. T. MULDER-DE JONG (Groninga): ESTUDIO ANATOMOPATOLOGICO EN LOS PULMONES RESECADOS POR TUBERCULOSIS PULMONAR.

Comparando observaciones hechas en los últimos ocho años con las realizadas en los primeros tiempos de que las resecciones se han hecho con un tratamiento mucho más corto, encuentran los autores alteraciones totalmente diferentes, observando que tras la premedicación de 6 a 8 meses la bronquitis tuberculosa obliterante se hace rara, el bronquio de desagüe puede curar totalmente y la bronquitis ulcerosa puede epitelizar de modo completo. También en los bronquios terminales observan cambios, pudiéndose encontrar en ellos mucho más frecuentemente cuadros de curación con reemplazamiento por tejido conjuntivo fibroso, a veces con bolsas periféricas llenas de pus con escasos o sin bacilos de Koch. Los ganglios hiliares tuberculosos condicionaron varios casos de alteración bronquiectásica concomitante lobares o segmentarias, sin lesiones tuberculosas.

A través de iconografía compara las imágenes radiográficas mínimas con los hallazgos anatómo-patológicos, presentando casos de broncopioceles y broncoceles.

COMUNICACIONES A LA PRIMERA PONENCIA

Dres. G. FUMAGALLI, G. BONSIGNORE y V. GIOIA (Palermo): TERAPEUTICA DE LAS BRONCOPATIAS EN EL CURSO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR, SEGUN EL PUNTO DE VISTA DEL EXAMEN DE LA FUNCION RESPIRATORIA.

La broncopatía en el curso de la tuberculosis pulmonar, por su repercusión sobre la función respiratoria, puede desencadenar.

- a) Invalidez parcial de órgano, causada por una disventilación local o por cortacircuitos vasculares derecha-izquierda.
- b) Invalidez total de órgano, causado por la extensión del proceso antes citado.
- c) Invalidez de aparato en sus formas de insuficiencia respiratoria y pulmonal y de invalidez del individuo, causadas por la interferencia de las invalideces de órgano y de aparato sobre las condiciones generales del organismo.

Como los diferentes estadios sucesivos son reversibles, la terapéutica de las broncopatías en la tuberculosis pulmonar debe tener en cuenta todos los datos que determinen la aparición y la persistencia de los síntomas. La disfunción respiratoria se puede clasificar en:

- 1.º Síndrome restrictivo.
- 2.º Síndrome obstructivo, en sus diversas formas:
 - a) con obstrucción parcialmente reversible (enfisema más hiperinsuflación alveolar);
 - b) con obstrucción totalmente reversible (hiperinsuflación alveolar), y
 - c) con obstrucción no reversible (enfisema).

3.º Formas mixtas, principalmente restrictivas, con obstrucción, que puede ser:

- a) parcialmente reversible;
- b) totalmente reversible, y
- c) no reversible.

4.º Formas mixtas, principalmente obstructivas, con obstrucción, que puede ser:

- a) parcialmente reversible;
- b) totalmente reversible, y
- c) no reversible.

Las imágenes broncoscópicas se resumen en: normales (22,3 por 100), bronquitis tuberculosa ulcerativa (2,5 por 100), granulomatosa (2,5 por 100), estenotante (2,5 por 100) y bronquitis en apariencia no específica (70 por 100).

El examen funcional de toda la serie de 40 casos sólo ha permitido al autor encontrar resultado normal en un 2,5 por 100 de casos, apareciendo en el 80 por 100 un síndrome disfuncional mixto, restrictivo y obstructivo, pero con predominio del primero en un 45 por 100 de casos y con predominio del segundo en un 35 por 100 de casos, encontrando obstrucción pura en sólo el 17,5 de enfermos.

El tratamiento de la bronquitis obstructiva comprende el uso de broncolíticos por vía oral inyectable y aerosólida, unido a técnicas de desobstrucción mecánica, postural, antibióticos, etc.

Dres. J. ZAPATERO, J. M. MONTURIOL, F. GARCÍA MORENO y J. A. FERNÁNDEZ INSÚA:
LAS BRONQUITIS INESPECÍFICAS DEL SUJETO AFECTO DE TUBERCULOSIS (incluida totalmente en la primera parte de este número).

Dr. RUI DE LIMA (Lisboa): **LA RESECCION DE LOS BRONQUIOS, FUENTES ASOCIADOS A LA LOBECTOMIA EN LA TUBERCULOSIS CON BACILOSCOPIA POSITIVA.**

La aceptación casi general de la pauta de acudir a resección bronquial con anastomosis término-terminal seguida de exéresis parcial del pulmón, solamente en casos con baciloscopia negativa, es atacada por el autor, quien presenta casos en los que la resección lobar se une a plastias bronquiales conservando así parte de parénquima eficaz al reducir la extensión de la exéresis de neumectomía a lobectomía.

Dres. P. CHADOURNE, J. DICHET-SUCHAUX y J. JOANNOU CHEVILLE: **TUBERCULOSIS DE LOS BRONQUIOS PERIFÉRICOS.**

Los autores han clasificado las alteraciones bronquiales periféricas en tres grupos de aspectos broncográficos: bronquiectasias de dominio ampuloso, estenosis o amputación y bronquio alargado sin colaterales, siendo éste el más frecuente y pudiéndose presentar en forma de bronquio rectilíneo de aspecto tubular o en forma monoliforme irregular con trayecto con meandros o en «Crosne».

La broncografía proporciona datos concordantes con el estudio anatómico en un 80 por 100 de casos. En casos dudosos la práctica de broncotomografía permite apreciar mejor las alteraciones en bronquios periféricos.

Comparando sus resultados, publicados en 1956, con los presentados ahora, hacen resaltar la mayor frecuencia (tres veces más frecuente) de la ausencia de lesiones en las piezas de exéresis, la disminución de la frecuencia de las lesiones úlcero-gaseosas y de las estenosis y amputaciones y la mayor frecuencia de observación de las alteraciones menores como engrosamiento de pared bronquial, alteraciones de mucosas, etc. La frecuencia de bronquiectasias ha permanecido fija.

Dres. M. PETIT y T. HADDAM (Argel), y J. COBLENTZ (Colmar): ESTUDIO ANATOMO-RADIOLOGICO DE LOS BRONQUIOS SOBRE LAS PIEZAS OPERATORIAS EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR.

Ante la imposibilidad de poder diagnosticar mediante broncoscopia, broncografía o estudios radiográficos especiales, las alteraciones bronquiales a nivel de pared bronquial o del peribronquio, sugieren el estudio comparativo de las observaciones radiológicas con la obtenida, mediante técnica propia, de las piezas de exéresis, pudiéndose considerar como el complemento final del estudio del enfermo.

Dr. F. AGUET (Lausana): CORRELACIONES ENTRE EL ASPECTO BRONCOSCOPICO Y EL EXAMEN HISTOLOGICO DE LA SUPERFICIE DE SECCION EN LOS TUBERCULOSOS PULMONARES TRATADOS POR EXERESIS.

El estudio broncoscópico repetido, realizado en 135 enfermos, y la comparación con los resultados histológicos observados por el estudio anatomopatológico del bronquio de la pieza operatoria, ha permitido al autor a confirmar la discordancia entre ambos datos en relación con las pequeñas lesiones que aparecen, de modo similar (12 por 100), en las imágenes broncoscópicas normales o con imágenes de bronquitis inflamatoria. En las formas estenosantes aparecen datos histológicos positivos en 27 por 100 de casos, mientras en las bronquitis específicas la concordancia se da en un 70 por 100 de casos. De una manera general, las apreciaciones del broncoscopista son más optimistas que las del anatómo-patólogo.

Dres. L. FIGORINI y G. SPINA (Roma): LAS BRONQUIECTASIAS EN LAS SECCIONES DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR PRODUCTIVO HEMATOGENA TRATADA MEDIANTE QUIMIOTERAPICOS.

Este tipo de bronquiectasia, de patogenia retráctil, es cada vez más frecuente como consecuencia de las alteraciones vasculares motivadas por la medicación quimioterápica, que, delibitando la pared bronquial, conduce a la dilatación. Suelen ser de extensión moderada, afectando bronquios subsegmentarios o periféricos y cursan sin alteraciones clínicas y sin tendencia progresiva.

Su mayor valor reside en que, por persistir en su nivel estertores suscrepitantes en zona alta y poder dar lugar a hemoptisis, pueden dar lugar a diagnósticos equivocados de reactivación de lesiones específicas y sólo la broncografía permite conformar la presencia de dilataciones cilíndricas o microampollosas típicas de la afectación bronquial.