

NUESTRA EXPERIENCIA EN LAS ESTENOSIS BRONQUIALES

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

Dado el poco tiempo que disponemos es nuestra intención presentarles un resumen de nuestros conocimientos sobre las estenosis bronquiales, exponiéndoles nuestros intentos de clasificación, dificultades diagnósticas y orientaciones terapéuticas en forma esquemática. Más adelante, esta comunicación junto con las que a continuación presentaremos, habrán de servir de base para un trabajo más completo en el que ampliaremos nuestras consideraciones sobre los diferentes aspectos fisisopatológicos, diagnósticos y terapéuticos de estas lesiones.

* * *

Es indudable que gracias a los resultados de las exploraciones broncológicas modernas han podido precisarse un gran número de estenosis bronquiales, que anteriormente se presumían por signos indirectos. En nuestros Servicios en los últimos diez años, son numerosísimos los casos estudiados pertenecientes a diferentes enfermedades bronco-pulmonares formando parte más o menos activa dentro de la patología del proceso.

Para realizar este trabajo hemos desechado un gran número de casos, seleccionando sólo aquellos en el que la estenosis era signo *predominante* y su estudio había podido ser comprobado *siempre*, por los datos de las exploraciones broncológicas y, *en gran número de casos*, por la observación anatómopatológica.

Con este criterio de selección, las observaciones recogidas las hemos dividido según su forma patogenética en:

Inflamatorias.

Mecánicas obstructivas.

Cicatriciales.

Mecánicas compresivas.

Mixtas.

Estas formas mixtas han sido sin duda las más corrientes dada la unidad anatómica que constituye el bronquio con su pedículo neuro-vascular, lo que provoca trastornos neurotróficos e inflamatorios, con la consiguiente incidencia sobre el problema fisiopatológico.

Desde el punto de vista anatómico-clínico hemos dividido la estenosis en funcionales y orgánicas.

En el esquema que presentamos a continuación pueden apreciarse los diferentes grupos de esta clasificación y sus repercusiones clínico-radiológicas más importantes (tablas 1 y 2).

ESTENOSIS BRONQUIALES

(Visibles por Broncoscopia o Broncografía)

I. Funcionales	Asma.	
II. Orgánicas	Bronquitis.	
1.º Congénitas		{ Hipoplasia pulmonar. Pulmón o Lóbulo Poliquístico. Quiste aéreo. Bronquiectasias saculares.
2.º Tuberculosis activa:		
a) Adenopatía compresiva.		{ Atelectasia.
b) Perforación ganglionar granuloma.		{ (Epituberculosis).
c) Tuberculosis bronquial.		Hipoventilación - Atelectasia.
3.º Tuberculosis residual:		
a) Post-primaria (post-adenopatía)		{ Pulmón o lóbulo destruido.
b) Cicatriz post-perforación.		Caverna insuflada
c) Calcificación ganglionar.		Bronquiectasias - quiste broncógeno.
d) Estenosis post-bronquitis específica.		Atelectasia organizada.
e) Extrínseca pleurógena retráctil.		Síndrome lóbulo medio e inferior.
f) Extrínseca retráctil por fibrosis pulmonar.		
4.º Cuerpos extraños:		
a) Obstrucción bronquial.		{ Atelectasia.
b) Granuloma secundaria.		{ Bronquiectasias.
5.º Neoplásicas:		
a) Extrínsecas compresivas.		{ Atelectasia.
b) Intrínsecas intraluminales (Obstructivas).		{ Atelectasia organizada.
c) Extrínsecas retráctiles.		{ Bronquiectasias.
d) Hiperplasia de la pared.		
6.º Traumáticas:		
a) Inmediatas interrupciones.		{ Atelectasia.
b) Secundarias progresivas.		{ Bronquiectasias.

Tabla 1

FORMAS LESIONALES

Por perforación ganglionar	16	
Por estenosis neoplásica	7	
Síndrome lóbulo medio o medio e inferior	16	
Estenosis tuberculosa tardía	19	{ Bronquio Principal. 6 Bronquio Intermediario. 9 Bronquio Lobar. 4 Bronquio de Nelson. 1
Estenosis congénita	2	(Ambas Bronquio Principal izqdo.)
Estenosis traumática	3	{ Bronquio Principal. 2 Bronquio Lobar Superior. 1
Estenosis por cuerpo extraño	12	
Estenosis funcional	9	
Estenosis de etiología desconocida	1	
TOTAL	85	

Tabla 2

Fig. 1. — Estenosis congénita. Hipoplasia pulmonar. Pieza de neumonectomía izqda.

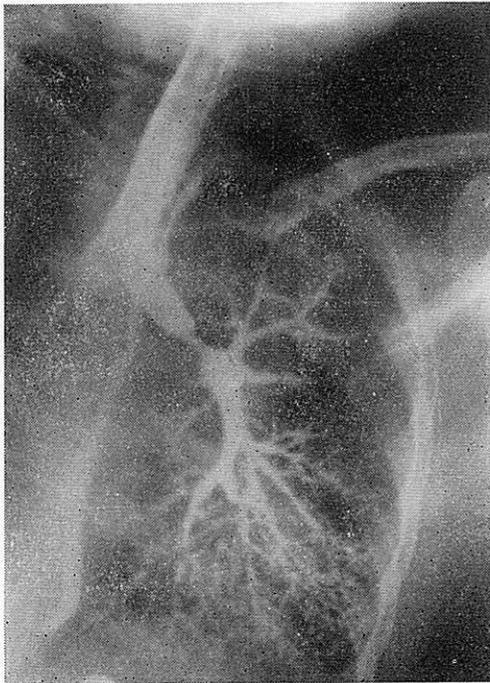
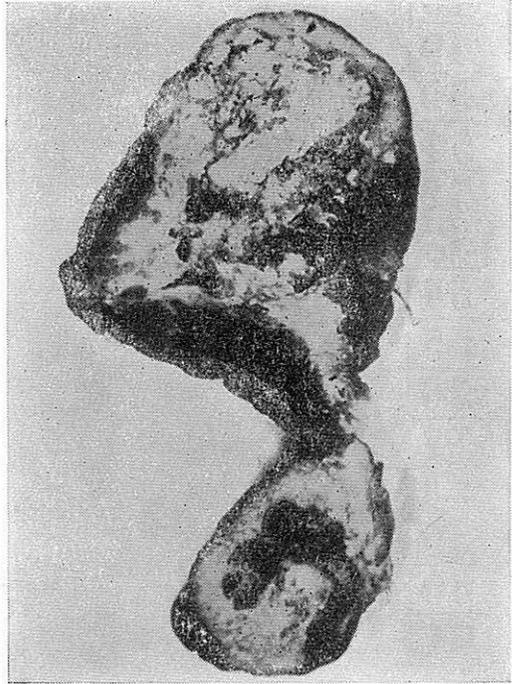


Fig. 2.—Estenosis bronquial cicatricial. Tratamiento: Lobectomía superior izqda. y anastomosis del bronquio principal. (Dr. Métras).



Fig. 3

Figs. 3 y 4.— Estenosis bronquial cicatrizal tuberculosa, que condujo a un tórax opaco y a un pulmón de reducidas dimensiones con bronquiectasias. Tratamiento: Neumotomía izquierda, curación.

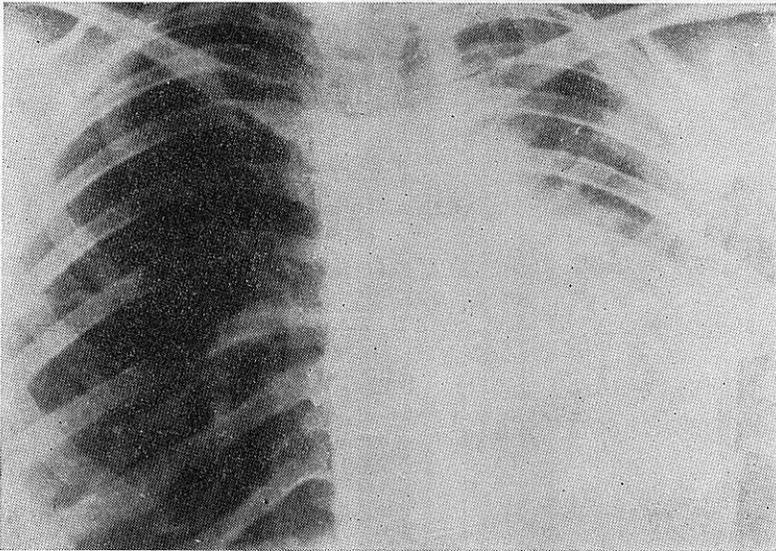


Fig. 4

En el primer grupo están incluidas las estenosis funcionales de las bronquitis asmáticas, puestas en evidencia sobre todo mediante los exámenes cine-broncográficos y cuya característica principal es la reversibilidad tras los tratamientos con corticoides.

En el grupo de las orgánicas encontramos un caso de estenosis congénita acompañando a una hipoplasia pulmonar (fig. 1). Dentro de este grupo de estenosis orgánicas, las observaciones más frecuentes pertenecen a las diferentes formas de T. P., acompañando unas veces a lesiones activas de primoinfección y tuberculosis bronquial, apareciendo otras como lesión residual de procesos más o menos resueltos con los tratamientos actuales específicos (fig. 2, 3 y 4).

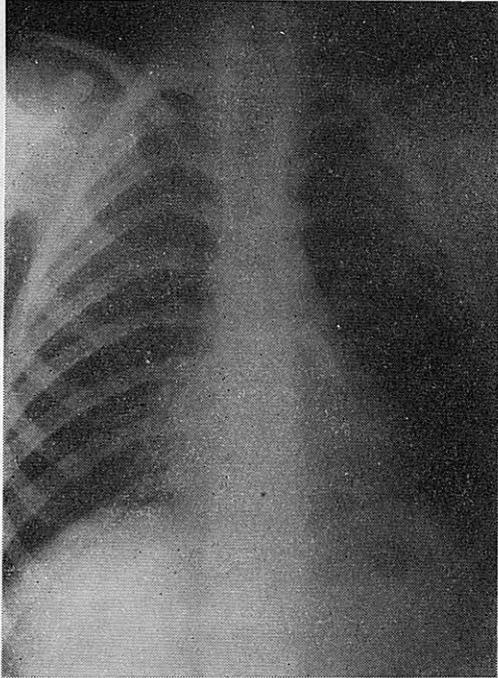


Fig. 5.—Cuerpo extraño inhalado en un niño de siete años. Extracción precoz del cuerpo extraño por broncotomía clínica. Accesos disneicos.

Otro subgrupo está formado por los cuerpos extraños intrabronquiales de diagnóstico no inmediato, en cuyo cuadro de estenosis está imbricado el trastorno mecánico y el inflamatorio del granuloma reaccional (figs. 5, 6 y 7).

El siguiente subgrupo lo forman las neoplasias bronquiales con cuadro estenótico predominante, cuyo origen puede ser, además del obstructivo simple, el ocasionado por compresión mecánica y el consecuente a trastornos de tracción, flexión o torsión de bronquio (fig. 8).

Por último, existe el apartado de las estenosis bronquiales de origen traumático, para nosotros de experiencia reciente, y del que ya les hablaremos en una próxima comunicación.

En lo que se refiere a tratamientos, hemos clasificado nuestras observaciones, siguiendo la pauta de las tablas 3 y 4.

La estadística del tratamiento quirúrgico y de sus resultados se expresa en las tablas 5 y 6.



Fig. 6

Figs. 6 y 7.—Cuerpo extraño inhalado. Sintomatología de superación pulmonar. Larga duración. Tratamiento: Bilobectomía. Curación bronquiectasias muy purulentas. En fig. 6 se ve el engrosamiento de la pared bronquial. En fig. 7 el cuerpo extraño «in situ».



Fig. 7

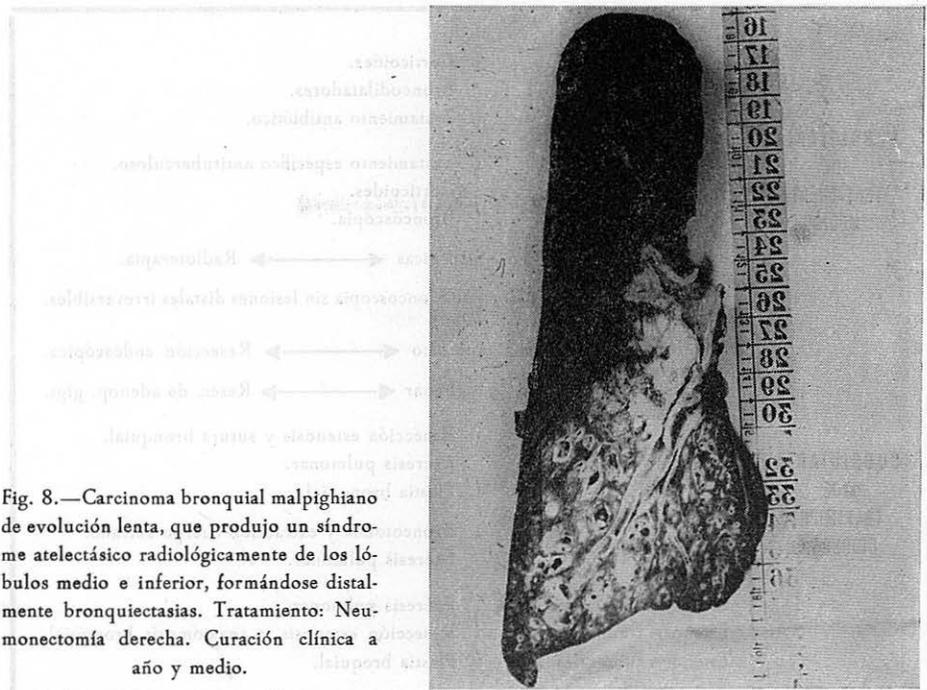


Fig. 8.—Carcinoma bronquial malpighiano de evolución lenta, que produjo un síndrome atelectásico radiológicamente de los lóbulos medio e inferior, formándose distalmente bronquiectasias. Tratamiento: Neumonectomía derecha. Curación clínica a año y medio.

TRATAMIENTO	
M E D I C O :	
Antituberculoso	= 16
De la broncorrea	= 45
Tratamiento del broncoespasmo	= 9
Radioterapia	= 5
Q U I R U R G I C O :	
Resección	= 21
Anastomosis	= 4
Plastia	= 1
Broncotomía	= 1
B R O N C O S C O P I C O :	
Resección del granuloma	= 16
Extracción cuerpo extraño	= 10

Tabla 3

SUBSIDIARIAS DE TRATAMIENTO MEDICO	Funcionales	{ Corticoides. Broncodilatadores. Tratamiento antibiótico.
	Tuberculosis activa	{ Tratamiento específico antituberculoso. Corticoides. Broncoscopia.
	Estenosis neoplásicas no quirúrgicas	←————→ Radioterapia.
	Cuerpos extraños extraídos por broncoscopia sin lesiones distales irreversibles.	
SUBSIDIARIAS DE TRATAMIENTO QUIRURGICO	Estenosis por granuloma específico	←————→ Resección endoscópica.
	Estenosis por calcificación ganglionar	←————→ Resec. de adenop. gigt.
	Estenosis residual T. P. . .	{ Resección estenosis y sutura bronquial. Exéresis pulmonar. Plastia bronquial.
	Estenosis por C. extraño . .	{ Broncotomía y extracción cuerpo extraño. Exéresis pulmonar.
	Estenosis congénita	{ Exéresis pulmonar.
	Estenosis traumáticas	{ Resección estenosis y anastomosis bronquial.
Estenosis tumorales	{ Plastia broquial.	

Tabla 4

TRATAMIENTO QUIRURGICO

INTERVENCIONES 26

PACIENTES 21

T i p o	Supuración	Tuber- culosis	Neoplasia	Atelectasia Traumática	Cuerpo extraño
SEGMENTECTOMIA	1				
LOBECTOMIA	7	3	1		
BILOBECTOMIA	4				1
NEUMONECTOMIA	2	1	1		
BRONCOTOMIA					1
ANASTOMOSIS BRONQUIAL		2		2	
PLASTIA BRONQUIAL				1	

Tabla 5

RESULTADO DEL TRATAMIENTO QUIRURGICO

Clase de Intervención	Total	Excelente	Bueno	Regular	Exitus	En tratamiento
Lobectomía por Supuración	1	7				
Lobectomía por Tuberculosis	3	2		1		
Lobectomía por Neoplasia	1				1	
Bilobectomía por Supuración	5	5				
Segmentectomía por Supuración	1		1			
Neumonectomía por Supuración	2	2				
Neumonectomía por Tuberculosis	1	1				
Neumonectomía por Neoplasia	1	1				
Anastomosis por Tuberculosis	2	2				
Anastomosis por Atelectasia Traumática	2	1				1
Plástia Bronquial	1	1				
Broncotomía Cuerpo extraño	1	1				

Tabla 6.^a

CONCLUSIONES

1) Las estenosis bronquiales son lesiones de observación frecuente en diferentes procesos bronco-pulmonares. Su estudio completo es imprescindible dada la importancia de los trastornos fisiopatológicos, que ocasionan, que marcan muchas veces la evolución y pronóstico de la enfermedad.

2) La cinebroncografía es un medio excelente para poner en evidencia las estenosis bronquiales funcionales del síndrome asmático.

3) Desde el punto de vista terapéutico hemos conseguido excelentes resultados en el tratamiento de las estenosis bronquiales postprimarias mediante la resección endoscópica de los granulomas; con la resección y sutura término-terminal de las estenosis cicatriciales y con las anastomosis y plastia bronquial en el tratamiento de las estenosis de origen traumático.