

## Ruptura bronquial traumática: complicación infrecuente en el traumatismo torácico

**Sr. Director:** El paciente politraumatizado representa uno de los motivos de ingreso más problemáticos en los servicios de urgencias, tanto por su difícil evaluación, como por la gravedad que suelen revestir las lesiones que sufre y que comúnmente están enmascaradas por otras, más visibles externamente y menos importantes en el pronóstico «quod vitam».

Describimos un caso de fractura bronquial izquierda en un paciente de 22 años que ingresó en nuestro hospital tras precipitación al vacío (caída accidental desde 10 metros de altura). A la exploración inicial destacaba la existencia de un «shock» hipovolémico, con tensión arterial sistólica de 40 torr, midriasis arreactiva bilateral, arreflexia, hipotonía generalizada, ausencia de respuesta a estímulos dolorosos, rigidez de decorticación, otorragia con salida de masa encefálica por oído izquierdo, herida inciso-contusa temporoparietal izquierda, epistaxis bilateral y restos alimen-

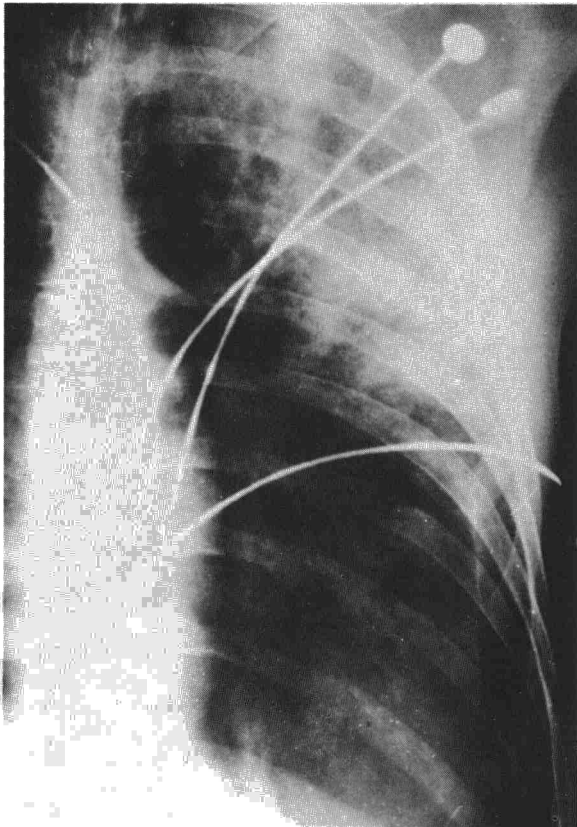


Figura 1

tarios en orofaringe. Se procedió a intubación orotraqueal, ventilación asistida con  $\text{FiO}_2$  de 1, sondaje uretral con salida de orina no hemática, sonda nasogástrica, venoclisis e inicio de la reposición volémica con cristaloides y concentrados de hemáties. A la auscultación respiratoria post-intubación destacaba una marcada hipofonesis en tercio superior del hemitórax izquierdo. Taquicardia sinusal ( $130\text{x}'$ ). La respuesta hemodinámica fue inicialmente buena con ascenso de la TA hasta 100 torr. La punción-lavado abdominal no demostró la existencia de hemoperitoneo. Dada la estabilización hemodinámica del paciente y ante la sospecha clínica de neumotórax traumático izquierdo, se practicó radiografía de tórax en decúbito supino que demostró la existencia de fracturas de los cinco primeros arcos costales izquierdos, con neumotórax y aumento de la densidad en tercio superior del pulmón izquierdo; el trayecto del bronquio del lóbulo superior izquierdo no era visible con nitidez existiendo imágenes aéreas rodeando el teórico trayecto bronquial (fig. 1).

El paciente inició un rápido empeoramiento hemodinámico tras la colocación de un drenaje torácico por el que salió aire y se obtuvo un débito de 1.800 ml de sangre en 1 minuto, sin conseguir la reexpansión clínica del pulmón izquierdo, por lo que se llegó a la sospecha clínica de ruptura bronquial. El paciente inició bradicardia progresiva que no respondió a fármacos  $\alpha$  y  $\beta$  miméticos ni a la administración de concentrados de hemáties a gran velocidad, entrando en asistolia que no respondió a las maniobras de reanimación.

En la necropsia se confirmó la existencia de una sección del bronquio principal izquierdo, asociada a lesión del pedículo vascular.

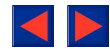
Desde la primera descripción de ruptura bronquial traumática en 1873<sup>1</sup>, han aparecido varios trabajos en la literatura, pero pocos de ellos ilustran los aspectos radiológicos de esta rara lesión<sup>1-3</sup>.

La ruptura bronquial se asocia a una mortalidad cercana al 30 %<sup>1</sup>, siendo infrecuente su diagnóstico dentro de las 24 primeras horas. Entre las hipotéticas etiologías se encuentran: 1. Compresión entre el esternón y la columna vertebral; 2. desaceleración brusca de un pulmón móvil con un punto de anclaje fijo a nivel del hilio; 3. espiración forzada contra glotis cerrada, que genera un aumento brusco de la presión intrabronquial capaz de fracturar el bronquio. El lugar habitual de la lesión está ubicado dentro de los primeros 2,5 cm de bronquio principal derecho.

En resumen, se trata de un raro caso de ruptura bronquial izquierda que ilustra la importancia de una correcta valoración clínica en estos pacientes.

**J.L. Aguilar, J.M. Mata\*, G. Roca y Ll. Donoso\***

Servicio de Anestesiología y Reanimación.  
Servicio de Radiodiagnóstico y Medicina Nuclear\*.  
Hospital Germans Triás i Pujol. Badalona. Barcelona.



## BIBLIOGRAFIA

1. Harvey-Smith W, Bush W, Northrop C. Traumatic bronchial rupture. AJR 1980; 134:1.189-1.193.
2. Kook Sang OH, Fleschner FG, Wyman SM. Characteristic pulmonary findings in traumatic complete transection of a main-stem bronchus. Radiology 1969; 92:371-372.
3. Kumpe DA, Kook Sang OH, Wyman SM. A characteristic pulmonary finding in unilateral complete bronchial transection. AJR 1970; 110:704-706.

## Formación de neumólogos

**Sr. Director:** Creo que sería útil atender a la convocatoria del Dr. Martín Escribano y comentar el editorial, que sobre «Formación de Neumólogos» ha publicado en esa revista<sup>1</sup>. Aunque en líneas generales estoy de acuerdo con ese editorial desearía referirme a la primera consideración, la que trata de la evaluación de las necesidades de la asistencia neumológica en nuestro país. Mis comentarios se dirigen a estos dos puntos:

El primero es el de la evaluación de esas necesidades que hace fundándose en los datos que aporta el artículo de Almenar Roig y colaboradores en el mismo número<sup>2</sup>. La deducción que hace el Dr. Martín Escribano es que, según esos datos, se producen en la actualidad 445 consultas semanales de neumología por 100.000 habitantes (en el país valenciano). A esta cifra debe haberse llegado sumando las tasas de utilización de los servicios de Neumología por 1.000 habitantes en cada uno de los tres grupos de edad consignados: de 0 a 14 años, de 14 a 64 años y de más de 65 años, que vienen recogidas en la tabla III de dicho artículo. Creo que la deducción es incorrecta: la cifra que da sería el resultado de la suma de cada una de esas tasas pero referidas a 100.000 habitantes, es decir, que valdrían para una población de 300.000 habitantes. Para ser exactos habría que dividir la cifra de 445 por 3, lo que nos da una tasa de consultas semanales por 100.000 habitantes de 148,3. Esta cifra está mucho más cerca de la tasa total por 1.000 habitantes que dan Almenar Roig et al<sup>2</sup> que es de 1,16, lo que traducido a 100.000 habitantes serían 116. La coincidencia no es completa probablemente porque Almenar et al han tenido en cuenta las cifras de habitantes que para cada grupo da la pirámide de edad. Aun así, la cifra me parece muy teórica y sujeta a grandes variaciones sobre todo si la asistencia neumológica se hace de forma algo distinta de la actual.

El segundo punto es, a mi modo de ver, mucho más importante. Es el que plantea la siguiente pregunta: *¿Cuál es el tipo de asistencia que debe efectuar un neumólogo de Asistencia Primaria?* A mi juicio no debe limitarse a ver clínicamente a un enfermo cada diez minutos durante ocho horas diarias, como parece proponerse en el mencionado

editorial, sino que debería, además de ver a los enfermos, realizar algunas de las exploraciones que según el Plan de Formación de Especialistas de Neumología es necesario conocer prácticamente para obtener el título de neumólogo. Este tipo de asistencia es, precisamente, la que están desarrollando en la actualidad los neumólogos adscritos a hospitales de primer nivel y que tienen un nombramiento de «neumólogo de área». Desposeerlos de este tipo de actuación me parece que sería reducir su actividad a un nivel que conllevaría un importante componente de frustración.

La enumeración de las técnicas que estos neumólogos deben realizar debería ser objeto de estudio, bien por el Insalud o sus equivalentes regionales, bien por la misma Comisión de Neumología. Si se me pidiese mi opinión diría que esas técnicas podrían ser: espirometría, gasometría arterial, fibroscopia con anestesia local, pruebas alérgicas cutáneas, Mantoux, punción pleural diagnóstica y terapéutica y biopsia pleural con aguja.

Si se admite esto, es necesario reservar algún tiempo de las cuarenta horas semanales para efectuar estas técnicas que por otra parte necesitan un personal auxiliar. Esto significaría que la evaluación obtenida por el Dr. Martín Escribano o la presentada por el Dr. Almenar serían sólo un punto de referencia, que habría que corregir bastante.

Por último, mi propuesta se dirige a reducir gran parte de la diferencia de nivel asistencial entre la neumología de la Asistencia Primaria y la de segundo o tercer nivel y con ello a facilitar la comunicación y el intercambio entre los neumólogos de estos distintos niveles.

**J. López Mejías**

Servicio de Neumología. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

## BIBLIOGRAFIA

1. Martín Escribano P. Formación de neumólogos. Editorial. Arch Bronconeumol 1987; 23:1-3.
2. Almenar Roig FD, Martí Vidal SE, Sanjuán Nebot L et al. Utilización de los Servicios de Salud en la Seguridad Social: la especialidad de pulmón y corazón en la Comunidad Valenciana. Arch Bronconeumol 1987; 23:20-26.

**Sr. Director:** La carta del Dr. López Mejías tiene gran interés porque apunta aspectos muy importantes, no tanto en la formación de neumólogos, como en su ejercicio profesional futuro.

He estimado una media de 4,45 consultas en Neumología, en Asistencia Primaria, y para la Comunidad Valenciana, sumando las cifras correspondientes a los tres grupos etarios; sobre este