

ALTERACIONES BRONQUIALES PRODUCIDAS POR LA TUBERCULOSIS DE PRIMAINFECCION

(*Importancia de la broncografía en estos estudios*)

DR. GUZMÁN BLANCO—La Coruña

El problema de las lesiones bronquiales consecutivas a la tuberculosis en todas sus formas ha sido ampliamente estudiado, siendo especialmente abundantes las comunicaciones francesas sobre este tema.

Las lesiones bronquiales podemos dividir las como GRILLIAT y col. en:

- 1.—Bronquitis inflamatorias
- 2.—Bronquitis caseosas discretas
- 3.—Bronquitis caseosas intensas

En el primer apartado, las que RENAULT y CHIRETIEN llaman «atteinte a minima», las lesiones suelen ser superficiales (subepiteliales), lográndose casi siempre una regresión total.

2.—Epitelio normal, pero desprovisto de cilios, lo cual, aún sin considerar las diversas lesiones de fibras elásticas, es suficiente para explicar las secuelas clínicas de estas formas. En mi comunicación a la Reunión de Bilbao el pasado año, daba cuenta de las experiencias de HERZOG, acerca de la importancia de las lesiones ciliares en el acarreo del moco y las de LIEBERMAN sobre el aparato mitocondrial descubierto en las células ciliares, en las que se producen un intenso metabolismo.

3.—La caseificación se extiende a toda la estructura bronquial, en los vasos endoarteritis y trombosis descritas por LEMOINE.

Las formas macroscópicas han sido estudiadas utilizando moldes de resinas acrílicas, sobre todo por la escuela de GIRARD, que utiliza resinas del tipo de la Araldita D.

Se ha estudiado también la correspondencia entre las lesiones anatómicas y la imagen broncográfica.

En las bronquitis inflamatorias, se observa simplemente desviaciones del trayecto, el bronquio aparece como manoseado. En los bronquios gruesos, a veces, ya pueden observarse ensanchamientos; a medida que avanzan las lesiones, se va sucediendo: deformaciones y dilataciones, el contraste impregna mal la pared, exclusión o disminución de las colaterales y por último dilataciones moniliformes, que la escuela de Nancy denomina en «crosne du Japon», que considera casi patognomónica. La imagen bronquial en pico de flauta traduce el edema en la luz bronquial produciendo una estenosis que puede llegar a ser puntiforme. Cuando el contraste se detiene en forma de cúpula por la presencia de moco-pus, el que no haya replección de los bronquiolos puede inducir a error, ya que la existencia de moco produce detención del contraste aún sin existir esclerosis.

CMADOURNE entre otros, cree que la broncografía puede ofrecer más información que la Anatomía Patológica, por eso el porcentaje de hasta 85 % de lesiones bronquiales observado en las broncografías es mayor que el señalado por los anatomopatólogos, explicable porque la broncografía pone de relieve todo el trayecto bronquial, en cambio el corte histológico trunca y no sigue. Naturalmente que un estudio A.P. detallado puede variar el porcentaje.

Además, la broncografía da una medida aproximada de la capacidad funcional en el territorio bronquial afectado. El porcentaje de tbc encontradas en las broncografías practicadas varía desde el 85 % de BOYER y GIRARD hasta el 60 % de SABBLECH, su localización, naturalmente, depende del asiento de las lesiones parenquimatosas o ganglionares, pero en general y orden decreciente, lóbulos superiores, comprendiendo el segmento de FOWLER; el bronquio de NELSON se encuentra sobre todo asociado a lesiones en otros territorios, lesionado en un alto porcentaje (muy importante tenerlo en cuenta en las lobectomías superiores), lóbulo inferior y llingula sobre todo asociado. El lóbulo medio es el que arroja menor porcentaje.

Hay que tener presente que las lesiones bronquiales precoces, en tbc, difícilmente se encontrarán en la necropsia o piezas de exéresis, por razones obvias.

En las broncoscopias por ser el territorio visualizado más reducido, también lo es el de las lesiones encontradas —del 30 al 50 %— AMEUILLE, LEMOINE, LECOEUR, LE TACON, etc.

Nosotros comunicamos nuestra experiencia sobre lesiones bronquiales en enfermos promiinfectados, que no es muy extensa, por las dificultades de llevar a término exploraciones bronquiales en niños de corta edad. Desde hace años, hacemos investigaciones sistemáticas radiofotográficas anuales en escolares de 1.^a enseñanza, guarderías infantiles, etc. Los resultados de alguna de estas experiencias ha sido publicada en E. del T. sobre un total de 4.000 niños realizada durante los últimos 20 años, el hallazgo de tbc ha sido importante sobre todo primoinfectos e infiltraciones primaria y secundarias, ya que se trabajó sobre una población en pésimas condiciones económico-sociales, además, por lo menos en Galicia, la primoinfección se hace en edad temprana y resulta raro encontrar un niño de 10 años que no haya virado la tuberculina.

El hallazgo de estas formas de tbc, tiene gran interés realizarlo precozmente, pero también el inconveniente antes citado de dificultar o impedir las exploraciones bronquiales.

Autores de la experiencia de MOUNIER dicen con razón, que resulta imposible hacer exploraciones bronquiales sistemáticas en niños. Si difícil es convencer a los padres primero, aún mayores dificultades tendremos en la exploración del enfermo por su indocilidad. En nuestro medio de trabajo resulta imposible la anestesia general.

En los casos por nosotros explorados, sobre todo en niños con una primoinfección tardía, hemos observado: que aquellos diagnosticados precozmente y tratados en forma adecuada, presentan escasas o nulas secuelas bronquiales. En cambio los que arrastran su afección largo tiempo sin lograr la curación, sea por seguir tratamientos escasos, mal conducidos, haberse contagiado de enfermos portadores de bacilos ya resistentes y posteriormente no efectuar pruebas de resistencia, utilizando medicamentos ineficaces, etc., en éstos, aún lográndose al fin la curación, se demuestran lesiones bronquiales semejantes a las que dejan las formas de adulto.

Es de sumo interés evitar estas secuelas que si bien puede parecer que no tienen importancia anatómica, se demuestra haciendo pruebas funcionales, que el parenquima ventilado por bronquios afectados pierden casi por completo su función, el déficit de irrigación alveolar, por trombosis etc aún con buena ventilación, hace un efecto de aumento en el espacio muerto. Si la perfusión es buena y la ventilación deficiente se produce un efecto de shunt, y en los trastornos de la difusión, bloqueo alveolo-capilar. Existe cierta discrepancia en los porcentajes de clínicos y fisiólogos acerca del porcentaje de los trastornos funcionales secuela. GAMAIN, por ejemplo, da un dos por ciento y LACOSTE, lo encuentra mucho más elevado, dependiendo probablemente de que el estudio se haga o no en un Laboratorio especializado y con personal experto.

Resultan engañosas las imágenes observadas en las radiografías Standard; en-

fermos que apenas muestran imágenes residuales, cuando se observan sus broncogramas, aparecen los bronquios afectados en un alto porcentaje. En cambio otros con imágenes en apariencia importantes, muestran un árbol bronquial casi íntegro.

Todo niño que haya pasado una primoinfección y en el que persisten signos como tos pertinaz asociada a wheezing, disnea, etc, debería sistemáticamente ser explorado desde el punto de vista bronquial.

En la primoinfección, el tratamiento debe ser precoz, bien llevado largo tiempo, utilizando corticoides. Nosotros encontramos dificultades, por la enorme división de los Servicios, ya que los niños una vez diagnosticados en el Dispensario, hemos de devolverlos para su tratamiento a los Servicios de Higiene infantil, médico escolar etc., que algunas veces carecen de la necesaria experiencia para llevarlos a término.

En cuanto a la técnica, nosotros hacemos una premedicación con Metilpentinol. Como contraste bario, al que añadimos metilcelulosa pero no el polvo sino en suspensión previamente preparada, sulfamidas e isoniacida. Además hemos tenido en cuenta que el bronquio enfermo suele estar hipoventilado y falta por ello la aspiración normal sobre el contraste. Por ésta razón, llenamos cada segmento selectivamente con una sonda de Metrás curva, hacemos la replección avanzando la sonda y retirándola a medida que se inyecta, dosificando la cantidad de contraste, generalmente con la técnica del jadeo para extenderlo en capa delgada y ya desde el principio bajo control radioscópico.