



EL SINDROME ULCERO-ATELECTASICO BRONQUIECTASIANTE

*J. Zapatero, J. M. Monturiol, F. García Moreno
y J. A. Fernández Insúa*

(Del Servicio de Aparato Respiratorio del Hospital General de Madrid.)

La acción retráctil ejercida sobre el árbol bronquial por la atelectasia de zonas altas del pulmón, da lugar a ectopias del bronquio-tronco, mucho más marcadas en el lado izquierdo que en el derecho, debido fundamentalmente a la mayor longitud del bronquio tronco izquierdo y a su trayecto más horizontal.

Se necesita menos intensidad en la acción retráctil apical para que se ectopie el bronquio tronco izquierdo, que para que lo haga el derecho. En el lado derecho, la acción retráctil origina en primer lugar una ectopia de los bronquios segmentarios del lóbulo superior que se pliegan en abanico, dando lugar en broncografía al aspecto de bronquios liados. Sólo cuando el proceso tuberculoso tiene una tendencia cirrótica intensa, terminaría por ectopiarse el bronco tronco derecho. Aun en este caso, la significación funcional es muy distinta. Mientras que el arqueamiento del bronquio tronco izquierdo (que llega a formar a veces un ángulo menor del recto con el bronquio del lóbulo inferior) determina trastornos ventilatorios importantes del resto del pulmón, la ectopia del bronquio tronco derecho no perturba en la misma cuantía la ventilación de otros territorios por no modificarse tan marcadamente como en el lado izquierdo la continuidad de la luz bronquial (fig. 1). El menor calibre del bronquio izquierdo hace más fácil, de otra parte, la aparición de angosturas. Todo este tipo de alteraciones, a buen seguro que, en lo funcional, han de ser semejantes a las estenóticas y el fluir aéreo de tipo laminar se ha de convertir en un fluir turbulento, y recordemos que mientras en los flujos laminares la resistencia que encuentra la corriente es proporcional a la velocidad, en los flujos turbulentos lo es al cuadrado de la velocidad, lo que, a su vez, determina un aumento del trabajo respiratorio y una más fácil aparición de la disnea. Finalmente, la proximidad de los ostium de las dicotomías (1, 2, 3) y de las lingulares (4 y 5) facilitan, en el lado izquierdo la propagación de la tuberculosis bronquial en su marcha hilípeta de unos a otros, mientras que en el lado derecho el alejamiento de los orificios del lobular medio de los del lobular superior hacen que la propagación sea más difícil.

Todas estas alteraciones mecánicas e inflamatorias darían lugar en el lado izquierdo a que la atelectasia se extienda con gran rapidez a todo el lóbulo superior y a veces a todo el pulmón. Con arreglo a nuestra experiencia, ello ocurre con una frecuencia doble en el lado izquierdo que en el derecho. La consecuencia más o menos temprana de las alteraciones bronquiales que acompañan a la tuberculosis cavitaria del lóbulo superior izquierdo, y que hemos descrito, va a ser la aparición sistemática de bronquiectasias, en primer lugar en el lóbulo superior y posteriormente en todo el pulmón. Ello configura una forma clínica de tuberculosis con características peculiares, que fue calificada por uno de nos-

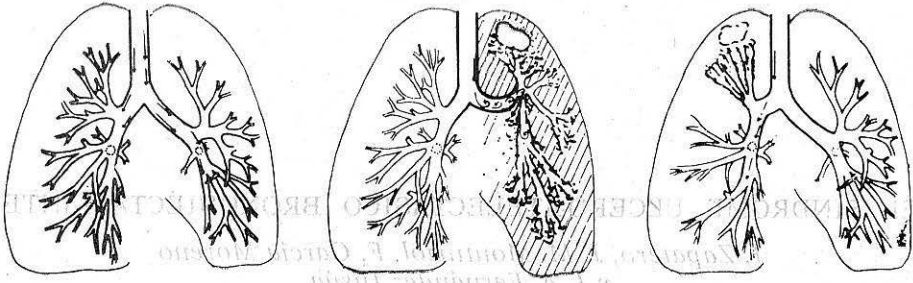


Fig. 1

(Del Servicio de Aparato Respiratorio del Hospital General de Madrid.)

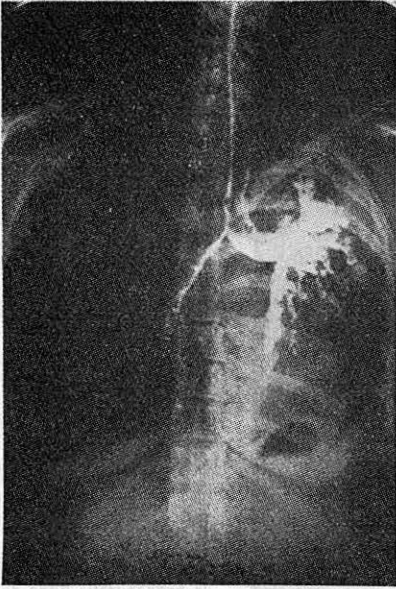


(A)

(A).—A. G.: Síndrome ulcero-atelectásico izquierdo, en el que la tomografía pone de relieve las alteraciones sufridas por los bronquios principales.

otros, en publicación aparecida hace varios años, como síndrome ulcero-atelectásico-bronquiectásico, para designar con el último apelativo la característica clínica más destaca del síndrome, cual es la formación de bronquiectasias.

El síndrome ulcero-atelectásico-bronquiectásico izquierdo, representaría para nosotros el prototipo de lo que hemos dado en calificar como asma tuberculosa por deformación bronquial, ya que no existe, a nuestro juicio, otra forma clínica de tuberculosis en la que sean tan marcadas y profundas las alteraciones del árbol bronquial. Las alteraciones tuberculosas del árbol bronquial facilitan la entrada a la infección bacteriana, y ésta acaba por determinar la aparición de bronquitis asmátiformes iterativas, que, a su vez, terminan por convertir al en-



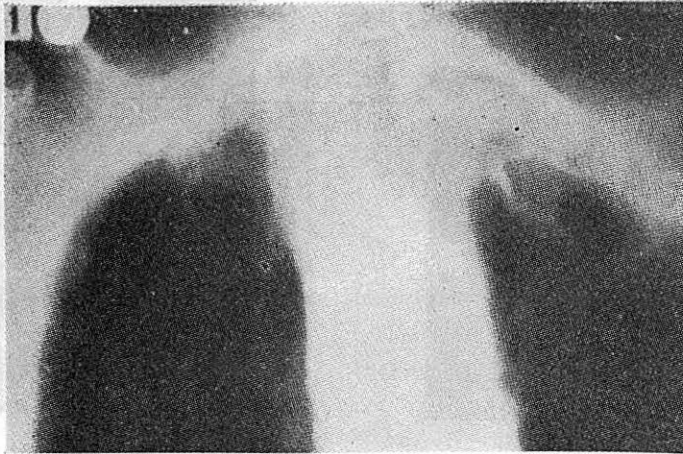
(B)



(C)

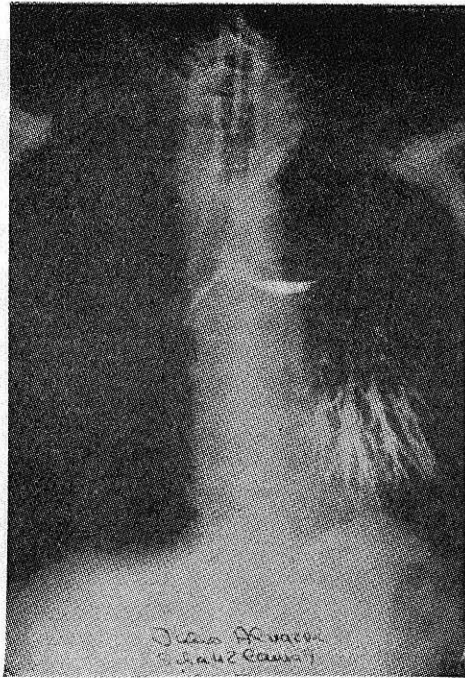
(B)—A. G.: El mismo caso. El bronquio tronco llega a formar con el bronquio del lóbulo inferior, un ángulo agudo.

(C)—A. G.: El mismo caso. Bronquiectasias en lóbulo superior con imágenes de megaloductos en bronquiotronco.



(D)

(D)—J. A.: Síndrome ulteroatelectásico izquierdo incipiente.

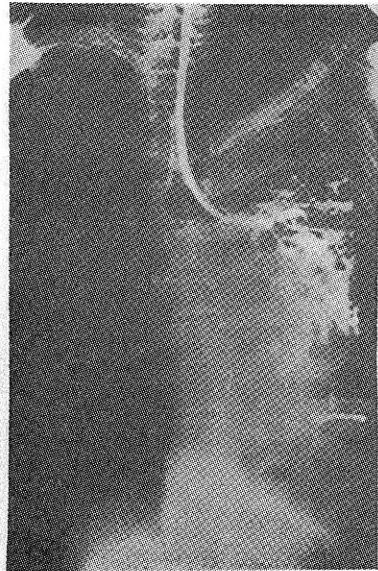


(E)—J. A.: El mismo caso. Pese a que la orla atelectásica es pequeña, la desviación del bronquio tronco en este estado inicial del síndrome es bien evidente. Es manifiesta la existencia de bronquiectasias en lóbulo inferior, es decir, en parcelas alejadas de la lesión. De otra parte, la broncografía pone de manifiesto la ectopía del bronquiotronco izquierdo.

(E)



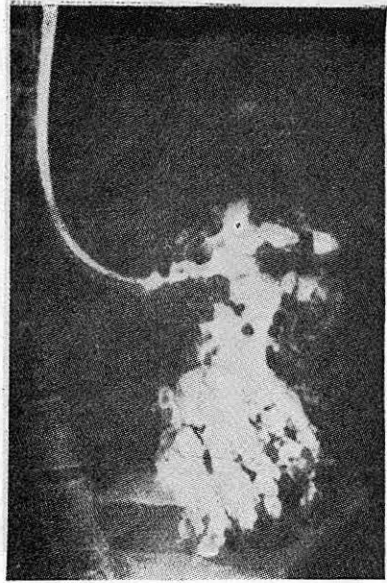
(F)



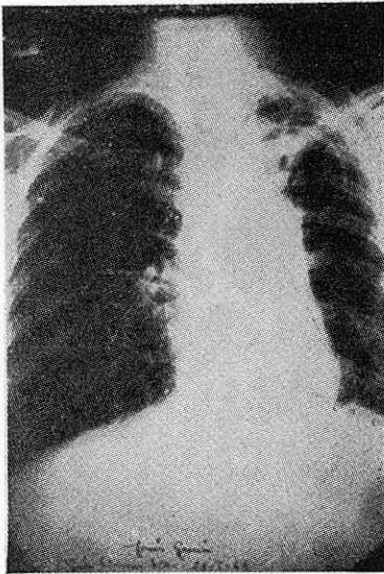
(G)

(F)—F. R.: Síndrome ulceroatelectásico bronquiectásico izquierdo avanzado.
 (G)—F. R.: El mismo caso. La sonda introducida en bronquiotronco muestra la desviación experimentada por este último.

(H)—F. R.: El mismo caso. Todo el pulmón es un
avispero de bronquiectasias.

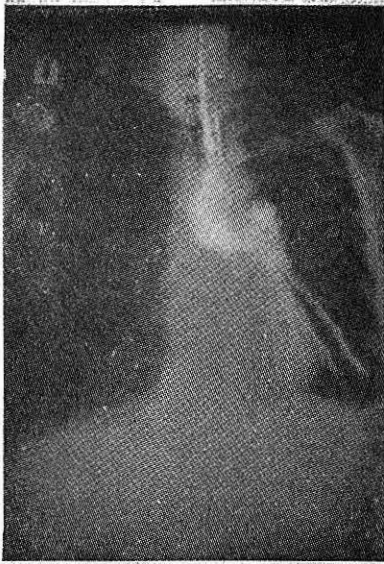


(H)



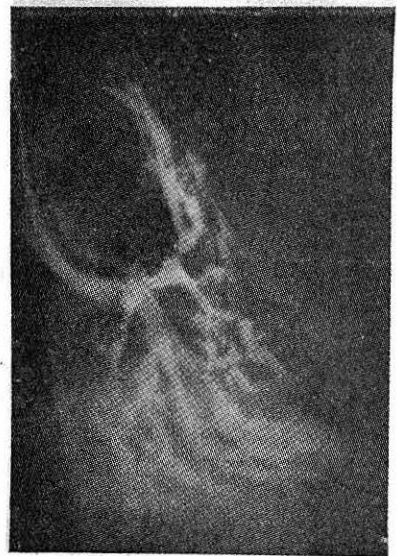
(I)

(I)—J. G.: Cavity gigante izquierda. En radioscopia
existe un penduleo mediastínico hacia el lado izquierdo
en la inspiración, indicador del trastorno de la ventila-
ción existente en pulmón izquierdo.



(J)

(J)—J. G.: El mismo caso. La broncografía muestra
de 22 mm de ectasias en lóbulo inferior.



(K)

(K)—J. G.: El mismo caso. Tras una toracoplastia, las
bronquiectasias se hacen, con mucho, más evidentes y
extensas. Existe estenosis en lobar superior y en el
segmentario I-II.

fermo en un inválido respiratorio en el transcurso del poco tiempo, a no ser que una hemoptisis asfíctica o una degeneración amiloidea del parénquima renal, no la dejen tiempo al asma bacteriana. La evolución maligna, tan frecuente en este síndrome, ha motivado que en nuestros ficheros lo cataloguemos con la sigla S. S. S. (síndrome sinistro siniestro). Entre 48 casos de síndrome ulceroatelectásico, OLDEMAR QUESADA, en la tesis doctoral hecha en nuestro Servicio, registra siete fallecimientos, lo que representa una elevadísima mortalidad, ya que este tipo de enfermos, por no ser en su mayoría susceptibles de tratamiento quirúrgico, los trasladamos a sanatorio, y su estancia suele ser de tan sólo unos meses en el Servicio. Los estudios de QUESADA señalan doble frecuencia para el síndrome úlcero-atelectásico izquierdo que para el derecho y también una mayor frecuencia en la mujer que en el hombre, con una relación 3 : 2. Así, pues, el síndrome úlcero-atelectásico-bronquiectasiante sería «izquierdo y femenino» predominantemente.