

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA EXPLORACION BRONCOGRAFICA DE LA BRONQUITIS CRONICA

Por los doctores J. Monturiol y J. Zapatero

(Madrid)

Desde 1965 nos ocupamos del estudio broncográfico de la bronquitis crónica. Hemos explorado 368 bronquíticos crónicos, generalmente con una larga historia patológica. Para esta comunicación hemos revisado los últimos 128 enfermos, ya que en ellos hemos empleado la misma técnica para la obtención de los broncogramas, es decir, broncografía seriada bajo control radioscópico empleando como medio de contraste lipiodol sulfaminado, colocando al enfermo acostado sobre el clinoscopio y cambiando sus posiciones para conseguir el relleno de todo el árbol bronquial de un lado. La exploración se prolonga hasta que se tiene la certidumbre de que el contraste no es capaz de progresar más en el árbol bronquial.

De esta manera podemos estar seguros de que los defectos de relleno son debidos a alteraciones anatómicas o funcionales de los bronquios y no a una técnica incompleta o defectuosa.

Todos los enfermos eran bronquíticos crónicos, según la opinión de FLECHTER y de otros autores. Hemos descartado los enfermos que tenían una historia de bronquitis crónica asociada a una tuberculosis activa o residual, sobre los cuales hemos presentado una comunicación en el último Congreso de Oporto.

En los 128 enfermos, la proporción de hombres y mujeres es de 3/1 (95 hombres y 33 mujeres).

La edad media de nuestros enfermos es de 46 años.

La duración media de la enfermedad es de 15 años (máximo 35 años y mínimo 3 años).

73 % de enfermos eran fumadores; solamente una mujer era fumadora.

En nuestro grupo de enfermos las profesiones por orden de frecuencia eran: obreros-jornaleros, albañil, panaderos, mineros y labradores.

La mayor parte de nuestros enfermos presentaban un enfisema pulmonar más o menos grave. No hemos analizado para esta comunicación la correlación entre la alteración funcional y el grado o el tipo de alteración bronquial encontrada en la broncografía.

Las alteraciones bronquiolares que hemos encontrado en estos casos correspondían a enfermos en los que el enfisema era más avanzado. Un enfermo que presentaremos como ejemplo típico de bronquiolectasia tenía un V. E. M. S. de 19 % del valor teórico.

Generalmente hemos observado que los defectos de relleno por ausencia de espiración son más acentuados en los bronquios de los segmentos anteriores:

es característico constatar sobre los broncogramas la presencia en estos territorios de imágenes en «tubo hueco». Parece que la espiración alterada por el trastorno ventilatorio no teniendo fuerza suficiente para rellenar todo el árbol bronquial hace resbalar el contraste sobre un pequeño trayecto de la pared bronquial, dibujándolo más o menos regularmente.

Hemos constatado un paralelismo entre el trastorno funcional y la distancia que hay (en una telebroncografía lateral) entre el extremo opacificado de un bronquio anterior y la pared anterior del tórax.

Hemos medido en nuestros enfermos la distancia bronquio-pared torácica y hemos comprobado que es más grande en los casos en los que el enfisema es más avanzado. La mayor distancia observada ha sido de 8 cm.

Enfermos estudiados	Localización de las alteraciones	Alteraciones broncográficas		Frecuencia %
128	Bronquios finos	Bronquios periféricos amputados	Nivel horizontal	50 %
			Nivel convexo	41,6 %
			Extremidad afilada irregular o bulbosa	66,5 %
		Bronquiolectasia	Imagen distal en «tubo hueco»	30 %
			Imagen en flor en «pooling»	7 %
			Imagen intermedia	0 %
	Bronquios medianos y gruesos	Divertículos (imágenes en dientes de peines o en cereza)	Disminución de calibre en los bronquios secundarios	32,8 %
		Interrupciones de la columna de contraste por moco y bullas gaseosas	Elevaciones y depresiones de la pared	85,1 %
		Bronquios liados o en haz	30,4 %	
		Bronquios hiperdesplegados	30,4 %	
13,2 %				

CUADRO 1

Hemos encontrado en un tercio de nuestros casos ectopias bronquiales que denotan una retracción parenquimatosa sin opacificación o una hiperdistensión. En el primer caso los broncogramas muestran un pinzamiento del abanico bronquial. Encontramos esta alteración especialmente en los bronquios del lóbulo medio y en los bronquios basales del lóbulo inferior y es debida a hipoventilación por obliteración bronquial distal incompleta y a los procesos inflamatorios del parénquima que se comprueban a menudo en estas zonas en el curso de la evolución de la bronquitis crónica.

En el cuadro 1 señalamos la frecuencia y la localización de las alteraciones broncográficas encontradas en nuestros enfermos, siguiendo la clasificación propuesta por uno de nosotros (ZAPATERO).