

LAS ESTENOSIS BRONQUIALES EN LA GENESIS DE LOS HEMITORAX OPACOS

POR EL DR. J. ALTABELLA SANJUÁN

(Valencia)

Con la denominación de *pulmón opaco* designamos todo hallazgo radiológico en que la totalidad de un hemitórax esté velada por una sombra más o menos homogénea, que borre parcial o totalmente las estructuras normales de ese hemitórax.

En nuestro Servicio de Broncología, de un centro sanatorio del P. N. A., hemos tenido ocasión de comprobar, en el transcurso de diecinueve años, la incidencia de este hallazgo y estudiar, desde el punto de vista broncológico, gran número de ellos.

En esta comunicación nos vamos a referir únicamente a los casos de pulmón opaco que han sido estudiados broncológicamente, ya que el número de ellos visto es mucho mayor.

Etiológicamente, la causa, en principio, que puede originar un hemitórax opaco puede radicar en cualquiera de los tres elementos constitutivos del tórax, y que son: parénquima pulmonar, bronquios y pleuras, y además los defectos congénitos del aparato respiratorio.

De un total de 1.992 broncoscopias realizadas hemos obtenido los siguientes datos:

Número de pulmones opacos hallados 108.

En estos 108 casos, a los que se ha practicado broncografía sistemáticamente a todos ellos, hallamos:

Causa parenquimatosa:

Tb. cirrótico atelectásica	68.
Tumores malignos	2.

Causa bronquial pura:

Tumores benignos	4.
Tumores malignos	2.

Causa pleural:

Fibrotórax postpleurítico	10.
Fibrotórax postneumotórax	21.

Causa congénita:

Agenesia bronco-pulmonar	1.
---------------------------------	----

En realidad, una sola de estas causas o elementos, casi nunca interviene aisladamente en la génesis del pulmón opaco, pero lo que sí es evidente es que casi siempre hay una participación bronquial asociada, aunque aparezca secundariamente a las alteraciones parenquimatosas o pleurales. La tuberculosis pulmonar en nuestra casuística, y dada la naturaleza del centro donde se ha hecho este trabajo, la podemos considerar como la causa «princeps» de los hemitórax opacos; en estos casos hallamos asociados casi siempre los tres elementos. De estos tres elementos, la pleura, que en la época del neumotórax terapéutico tenía gran importancia como agente causal de los hemitórax opacos, hoy en día apenas si se considera.

(En todos los casos hemos hallado broncoscópicamente una disminución del calibre bronquial, con estenosis localizadas, y esta estenosis ha sido o inflamatoria, o cicatricial, o por infiltración parietal, o por compresión, o por ectopia del bronquio, o por obstrucción de la luz del mismo por un proceso tumoral. En muchos de ellos, al lado de estenosis localizadas hemos visto dilataciones pre o postestenóticas, en ocasiones con el aspecto de megabronquios.)

La broncografía realizada a los 108 enfermos portadores de hemitórax opaco ha confirmado casi siempre los hallazgos broncoscópicos, y nos ha llamado la atención el hecho de que los tumores bronquiales benignos, adenomas, hayan dado un porcentaje elevado en la génesis del hemitórax opaco, cosa que atribuimos a que entre nuestros clínicos aún no ha tomado carta de naturaleza el pedir que se le haga una broncoscopia a todo enfermo portador de un síndrome bronquial, del que se desconoce la etiología, y si tenemos en cuenta que estos hemitórax opacos se hubieran podido evitar con un diagnóstico broncológico a tiempo, ya que su patogenia puramente bronquial lleva aparejado un tratamiento también bronquial, de una sencillez extraordinaria.

También comprobamos el hecho, ya descrito por varios autores, de la mayor frecuencia de los hemitórax opacos izquierdos sobre los derechos, cosa que hay que atribuir a multitud de causas: mayor longitud del bronquio principal izquierdo, trayecto más horizontal, con mayor facilidad, por tanto, a ectopirse; su mejor calibre favorece que aparezcan antes las estenosis, y con ellas los flujos laminares experimentan variaciones. Según ZAPATERO, la frecuencia del por él llamado SSS (síndrome siniestro izquierdo) es doble en el lado izquierdo que en el derecho. En nuestra casuística hemos hallado una frecuencia de 69 izquierdos y 39 derechos, y si nos atenemos sólo a las tb. cirrótico-atelectásicas, de 68 casos hay 48 izquierdos y 20 derechos.

Respecto a la frecuencia por sexos, vemos en nuestros casos una mayor frecuencia en la mujer que en el hombre; en los 108 casos son mujeres 60, y el resto de 48, hombres.

Broncoscópicamente hemos estudiado estos casos de hemitórax opaco, y hemos hallado siempre estenosis muy marcadas de los «ostium» lobares y segmentarios, estenosis que en los enfermos tuberculosos siempre han sido de tipo mixto inflamatorio congestivo edematoso.

Estas estenosis bronquiales se pueden considerar de tipo segmentario, ya que en los casos que hemos practicado broncografía hemos llegado a apreciar dilataciones bronquiales, que han podido ser: preestenóticas (casi siempre) o postestenóticas; en este último caso cuando han habido lesiones evolutivas en el parénquima correspondiente al bronquio enfermo. Los bronquios principales, bronquios-tronco, rara vez los hemos visto afectados por estenosis en los casos de pulmón opaco, y en cambio, muchas veces han aparecido como mega-

bronquios estos bronquios-tronco. Las estenosis bronquiales aparecen en nuestra experiencia, obedeciendo a procesos que afectan al bronquio:

- a) inflamatoriamente,
- b) cicatricialmente,
- c) por infiltración parietal,
- d) por compresión extrínseca,
- e) por ectopia o dislocación bronquial,
- f) por obstrucción de su luz (tumor, cuerpo extraño).

Las estenosis inflamatorias, macroscópicamente, se aprecian como una disminución de la luz bronquial bastante regular, con enrojecimiento de la mucosa y secreción abundante fluyendo por el br. enfermo. Nunca son puras; hay inflamación y cicatrices, pues casi siempre se trata de procesos específicos de larga duración, en las que los brotes agudos por retención han sido muy frecuentes, y su impronta ha quedado marcada en el árbol bronquial de forma indeleble, siendo para el broncólogo experimentado la visualización de su árbol bronquial, en los casos de hemitórax opaco, como la lectura de un libro, en el que se puede casi hasta determinar el número de episodios agudos por el que ha pasado el aparato respiratorio, para llegar a constituir el cuadro broncoscópico que se está viendo.

Las estenosis cicatriciales puras no las hemos visto nunca en nuestros casos, ya que son la secuela de los traumatismos bronquiales; siempre han estado asociadas a fenómenos inflamatorios o infiltrativos.

La infiltración parietal exclusiva de los procesos tumorales malignos es la responsable en cuatro de nuestros casos de la aparición de un pulmón opaco. Aunque es muy difícil determinar endoscópicamente las estenosis que tienen única y exclusivamente un origen infiltrativo parietal, ya que la compresión ganglionar peribronquial, y la rigidez del bronquio, concomitantes, influyen mucho en la estenosis.

Las estenosis por compresión son muy raras en la génesis de los hemitórax opacos, y en nuestra experiencia nunca las hemos encontrado como causa exclusiva, ya sean ganglionares, o por colapso médico o quirúrgico, o en los grandes derrames pleurales.

Las ectopias o dislocaciones bronquiales son, a nuestro juicio, la causa principal de las estenosis bronquiales que, actuando sobre el bronquio, originan la gran mayoría de los hemitórax opacos, en los procesos tb. cirrótico atelectásicos y en los fibrotórax postpleuríticos y postneumotórax.

Y, por último, la obstrucción de la luz bronquial, en nuestra experiencia, ocasionada por tumores benignos, endobronquiales, ha originado en cuatro casos un hemitórax opaco, con el riesgo que para la vida de un enfermo significa la aparición de lesiones pulmonares irreversibles más allá de la obstrucción bronquial, y que tan fácil solución tiene, teniendo en cuenta que un diagnóstico endoscópico precoz puede evitar la aparición del pulmón opaco.