

COR PULMONALE E INSUFICIENCIA RESPIRATORIA EN TUBERCULOSIS

(UNA PATOLOGÍA INICIADA EN CICATRICES BRONQUIALES)

Por el Dr. JOSÉ ZAPATERO

*Profesor del Servicio de Aparato Respiratorio del Hospital Provincial
(Madrid)*

La insuficiencia respiratoria en el tuberculoso, no surge como consecuencia de la devastación progresiva, parcela tras parcela, del parénquima (cuadro núm. 1). Las lesiones en tuberculosis pulmonar quedan limitadas con frecuencia, a las zonas altas, que, dado su escaso volumen, aun destruidas en su totalidad, apenas si pueden dar lugar a mermas en la ventilación. Serían las alteraciones surgidas a nivel de la pleura extendidas por la periferia de todo el pulmón y localizadas preferentemente a nivel de las zonas más importantes en la ventilación, cual son las bases pulmonares y, sobre todo, las alteraciones nacidas a nivel de los bronquios, las que conducen al enfermo a la insuficiencia respiratoria y en un período ulterior, al cor pulmonale. En esta comunicación nos ocuparemos sólo del último aspecto.

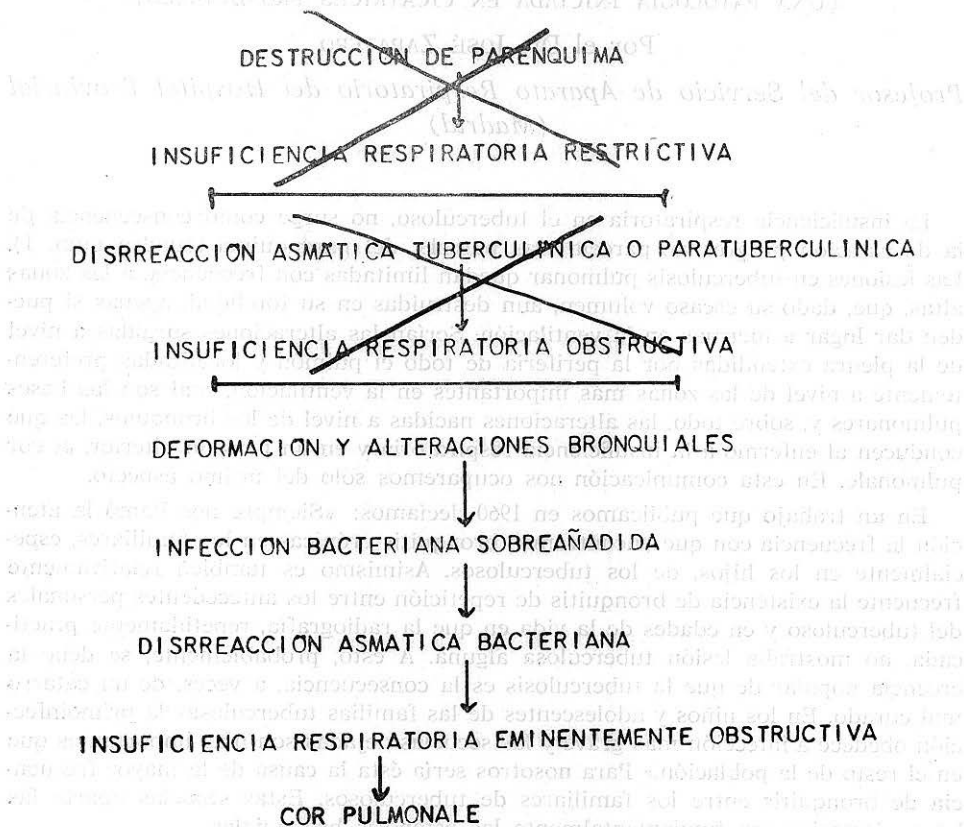
En un trabajo que publicamos en 1960 decíamos: «Siempre nos llamó la atención la frecuencia con que encontramos bronquitis crónicas en los familiares, especialmente en los hijos, de los tuberculosos. Asimismo es también relativamente frecuente la existencia de bronquitis de repetición entre los antecedentes personales del tuberculoso y en edades de la vida en que la radiografía, repetidamente practicada, no mostraba lesión tuberculosa alguna. A esto, probablemente, se debe la creencia popular de que la tuberculosis es la consecuencia, a veces, de un catarro mal curado. En los niños y adolescentes de las familias tuberculosas la primoinfección obedece a infección más grave y las secuelas dejadas son más importantes que en el resto de la población.» Para nosotros sería ésta la causa de la mayor frecuencia de bronquitis entre los familiares de tuberculosos. Estas secuelas aparte las bronquiectasias son fundamentalmente las estenosis bronquiales.

Cuanto más importantes sean las secuelas anatómicas dejadas por la primoinfección (estenosis bronquiales, bronquiectasias, calvas bronquiales, etc.), tanto más importantes acostumbran a serlo también los viveros dejados por el germen. Ambas secuelas pueden volver por sus fueros en edades ulteriores de sus portadores. Si son las anatómicas las que se adelantan, las bronquitis de repetición hacen su aparición antes de que lo haga la tuberculosis pulmonar. Si son las reliquias bacilares, ocurre lo contrario. En otras ocasiones no son las cicatrices dejadas por el primoinfecto, sino las lesiones de reinfección las que determinan los daños bronquiales, que abren la puerta a las bronquitis de repetición y ulteriormente a las bronquitis asmáticas. Para unificar esta diversidad de enfermos que la clínica nos venía mostrando con una gran frecuencia, hace años que propusimos la denominación de Asma Bronquial Deformante Tuberculosa, para así poder enfrentarlo desde que fue bautizado el llamado asma tuberculínico.

Con los doctores GARCÍA MORENO y MONTURIOL hemos hecho alguna publicación sobre el tema que nos ocupa.

No se piense que el tema que nos ocupa, dada la disminución habida en la mortalidad tuberculosa puede considerarse como anticuado y falto de actualidad. Muchos de los tuberculosos que en otras épocas hubiesen muerto, se ven obligados a pagar el tributo de la insuficiencia cardiorrespiratoria al conservar sus vidas.

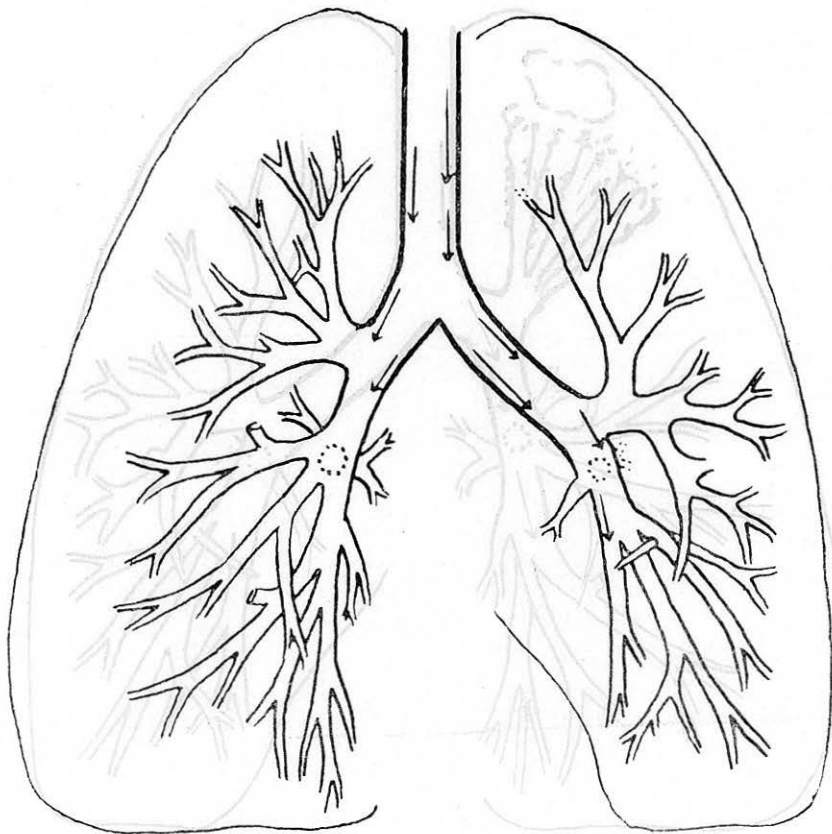
Refiere E. BERNARD que durante los años 1965 y 1966, fueron atendidos en el centro de reanimación del Hospital Laennec, de París, 130 bronconeumopatías crónicas, de las cuales más de la tercera parte eran tuberculosos pulmonares y de ellos la



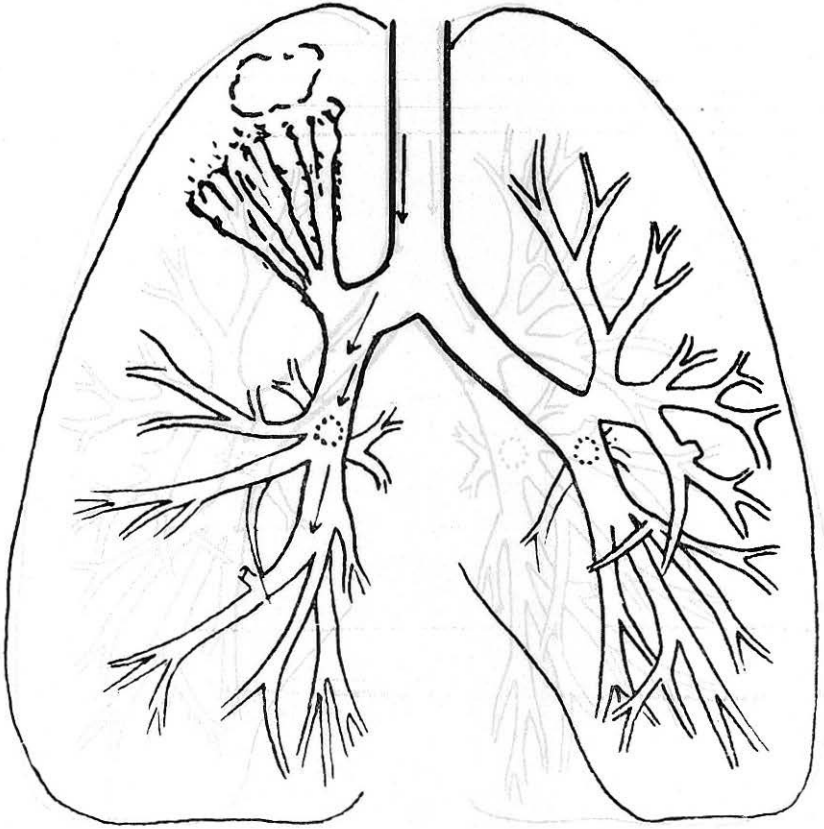
Cuadro núm. 1

inmensa mayoría (87 %) curados ya de sus lesiones. La bronquitis purulenta fue la causa de la grave insuficiencia cardio respiratoria. No acierto a comprender cómo, aún hoy, se mantiene el criterio de que no existe relación alguna entre el asma y la tuberculosis. Esto podrá ser cierto para el asma alérgico, pero no para el asma bacteriano, para la bronquitis asmatiforme.

En un grupo de 1.000 enfermos sanatoriales, en el que no se practicaron pruebas cutáneas, el asma alérgico lo encontramos en 7 casos y el bacteriano en 53. En otro grupo de 166 asmáticos con el control de las pruebas cutáneas, el asma alérgico lo registramos, aproximadamente, con la misma frecuencia en el grupo tuberculoso (26 %) que en el no tuberculoso (30 %). Para averiguar la frecuencia del asma bacteriana realizamos un muestreo en 300 tuberculosos de nuestro servicio hospita-



Cuadro núm. 2



Cuadro núm. 3

**Nuevo
complejo molecular
de síntesis**

ATRIUM

la calma exterior
por
la paz interior

Cada comprimido de ATRIUM contiene 100 mg. de complejo molecular valorado en Febarbamato, 50 mg. Difebarbamato, 35 mg. y Fenobarbital, 15 mg. enriquecido con 5 mg. de vitamina B₆.

Dosis medias, ½ - 1 comprimido, 2 - 4 veces al día.
Envase con 30 comprimidos.

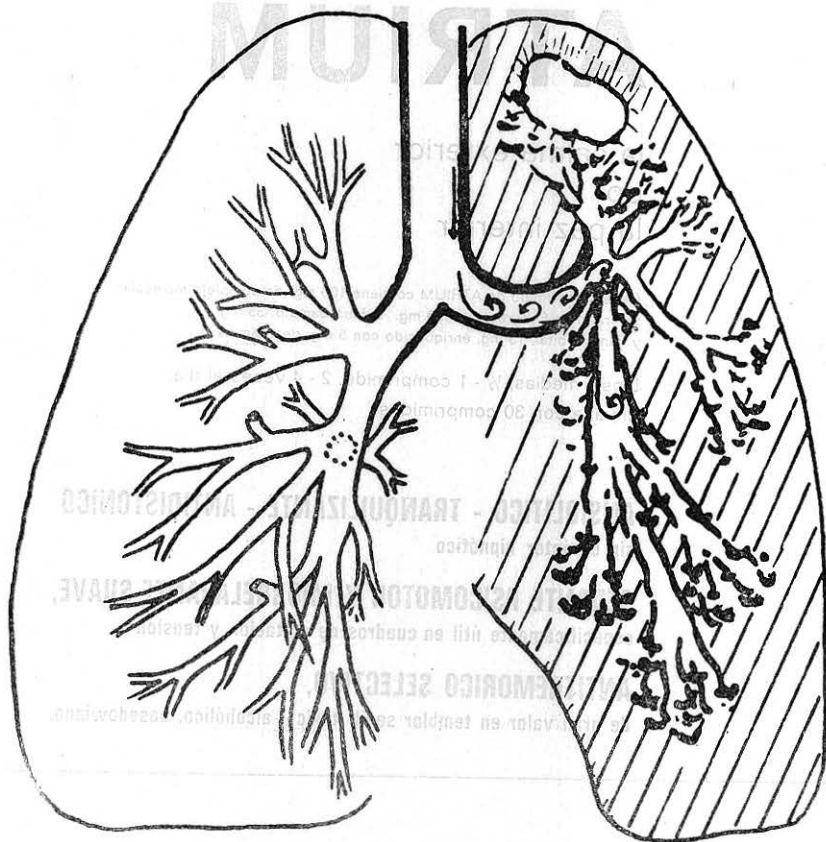
ANSIOLITICO - TRANQUILIZANTE - ANTIDISTONICO
sin carácter hipnótico

SEDANTE PSICOMOTOR Y MIORRELAJANTE SUAVE,
específicamente útil en cuadros de agitación y tensión

ANTITREMORICO SELECTIVO,
de gran valor en temblor senil, tóxico, alcohólico, basedowiano.



LABORATORIOS FARMACEUTICOS
MADRID - BARCELONA



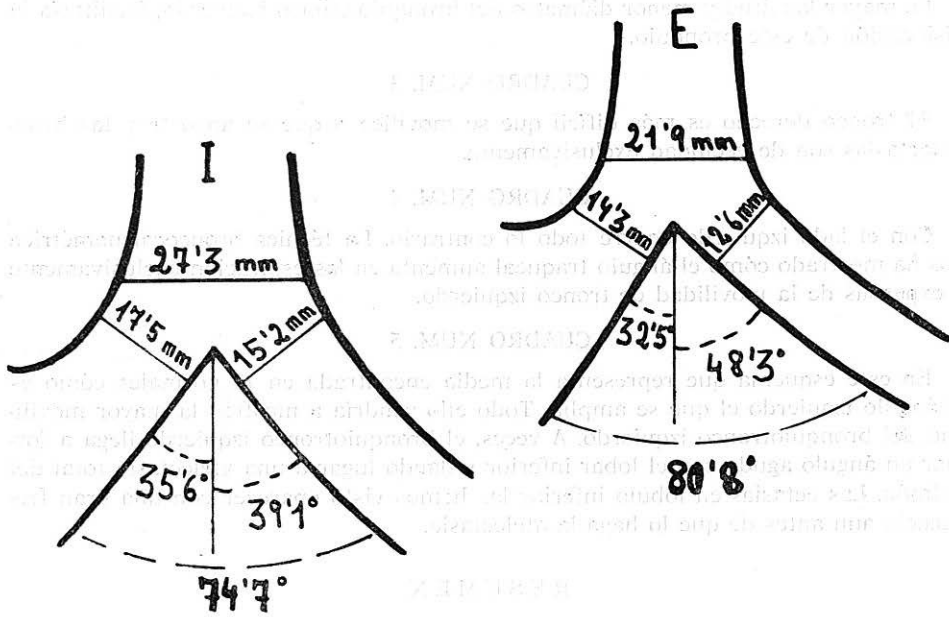
Cuadro núm. 4



lario y en 154 no tuberculosos internados en las salas de Medicina Interna de nuestro Hospital. En el grupo tuberculoso la frecuencia de bronquitis asmatiforme fue casi 2,5 veces mayor (24,6 %) que en la enfermería no tuberculosa (10,3 %).

En una revisión de 14.678 historias clínicas, nos encontramos con tres casos de asma tuberculínico, en ninguno de los cuales se pudo seguir manteniendo este diagnóstico al ser nuevamente estudiados.

En el simposio que el Congreso Nacional Francés, celebrado en mayo de 1966, destinó a ocuparse de las relaciones entre asma y tuberculosis, el primer ponente BERARD, como encargado de actualizar el tema, en su corta intervención se pregun-



MOVILIDAD DE CARINA	→	18'6 mm.
MOVILIDAD DIAFRAGMATICA MEDIA	→	58'7 mm.
RELACION DIAFRAGMA / CARINA	→	3'1

Cuadro núm. 5

taba si el asma tuberculínico, al igual que las tuberculosis atípicas y el reumatismo de PONCET, no serían quizá más que entidades desaparecidas y si las ponencias habían de limitarse a tener un carácter histórico. Aludiendo después a mis trabajos se preguntaba, a su vez, si, como yo pretendía, el asma tuberculínico jamás habría existido y no sería más que un ente de razón, y luego, textualmente, añadía: «Frente a JACQUELIN que estima que el bacilo de Koch entra en la génesis del asma en el 60-70 % de los casos, ZAPATERO afirma no haber encontrado jamás un caso auténtico. El año último, tanto en el Congreso de Oporto como en la *Revue Lyonnaise de Médecine*, dedicó ZAPATERO al «asma bronquial deformante tuberculoso y a las «bronquitis inespecíficas del tuberculoso» estudios categóricos, subrayando las secuelas tuberculosas de las bronquitis, ectásicas y no ectásicas y negando toda existencia al asma tuberculínico el cual él no concede más que una «importancia doctrinal y académica». Hasta aquí la intervención de BERARD.

Quien mejor nos puede informar de las alteraciones sufridas por los bronquios, es, naturalmente, la broncografía. En 29 casos de primoinfecto en adultos o de consecuencias tardías de los mismos, encontramos siempre alguna alteración bronquial. Entre 142 broncografías en lesiones de reinfección, registramos un 83,7 % de alteraciones bronquiales. Entre las lesiones terciarias es a destacar, por la frecuencia con que da lugar a bronquiectasias, la forma úlcero-atelectásica localizada en pulmón izquierdo. Las encontramos en las tres cuartas partes de los casos estudiados.

CUADRO NUM. 2

La mayor longitud y menor diámetro del bronquio tronco izquierdo, facilitarían la dislocación de este bronquio.

CUADRO NUM. 3

El tronco derecho es más difícil que se movilice o que se angoste y las bronquiectasias son de vecindad exclusivamente.

CUADRO NUM. 4

Con el lado izquierdo ocurre todo lo contrario. La técnica broncocarinométrica nos ha mostrado cómo el ángulo traqueal aumenta en la espiración exclusivamente a expensas de la movilidad de tronco izquierdo.

CUADRO NUM. 5

En este esquema que representa la media encontrada en 13 normales cómo es el ángulo izquierdo el que se amplía. Todo ello vendría a mostrar la mayor movilidad del bronquiotronco izquierdo. A veces, el bronquiotronco izquierdo llega a formar un ángulo agudo con el lobar inferior y dando lugar a una atelectasia total del pulmón. Las ectasias en lóbulo inferior las hemos visto aparecer con una gran frecuencia aun antes de que lo haga la atelectasia.

RESUMEN

Tanto el primo como el reinfecto tuberculoso, dejan como secuelas cicatriciales una serie de alteraciones bronquiales, unas de tipo mayor, como son las estenosis y ectasias, otras de tipo menor, como son las angulaciones y desviaciones bronquiales, «calvas» mucosas, distonías de las estructuras elásticas y musculares, etc., que facilitan la infección bacteriana, dando lugar a la aparición de la bronconeumopatía obstructiva, causante a su vez, del enfisema y de la hipertensión pulmonar y abocando finalmente al corazón pulmonar.

La insuficiencia respiratoria no surge como consecuencia de la destrucción del parénquima. Ni tampoco se trata de la secuencia. Disreacción asmática tuberculínica o paratuberculínica—Insuficiencia respiratoria obstructiva. El subseguir serían bien distintos: Deformación y alteraciones bronquiales—Infección bacteriana sobreañadida—Disreacción asmática bacteriana—Insuficiencia respiratoria eminentemente obstructiva—Enfisema broncogénico—Corazón pulmonar.

El asma del tuberculoso lo inicia siempre una patología de cicatriz.

Un asma secuelínico (permítasenos la expresión) que no tuberculínico es el que acaba por conducir al enfermo a la situación de insuficiencia circulatoria prácticamente irreversible que representa el corazón pulmonar.