

PROFILAXIS DEL ENFISEMA COMO COMPLICACION DE LA BRONQUITIS CRONICA

Por el Dr. D. J. R. MOZOTA SAGARDÍA

Broncólogo del P. N. A. y de E. T.

Médico Director del Balneario de Liérganes (Santander)

En los diecisiete años que llevo de Director del Balneario de Liérganes, una de las complicaciones más temidas en los bronquíticos crónicos es la evolución hacia el enfisema, y es motivo fundamental, por lo que los más prestigiosos neumólogos y broncólogos nos envían a sus enfermos, para hacer el tratamiento atmático, que no ha perdido actualidad, ya que siguen siendo los tratamientos para prevenir las agudizaciones de las bronquitis crónicas y evitar las obstrucciones bronquiales.

Los antibióticos, los corticoesteroides, la oxigenoterapia, la ventiloterapia, los broncodilatadores, la vacunoterapia (mejor autovacunas muy humanizadas) y, en casos de hipercapnia elevada, las sulfamidas inhibitoras de la anhidrasa carbónica, son, con las aguas mineromedicinales sulfhídricas, empleadas en pulverizaciones, inhalaciones, nebulizaciones, brumificaciones, aerosoles, etc.

Es curioso que de los 1.500 enfermos que acuden con sus bronquitis crónicas cada estación estival, hay aproximadamente igual número de varones que de hembras. Aunque acuden niños, son más los comprendidos entre treinta y setenta años, siendo el 85 % entre treinta y cinco y sesenta y cinco años los que acuden por esta enfermedad al balneario. Parece ser que las formas más ligeras son las presentadas por las mujeres, y las formas con tendencia a complicarse con enfisema es más frecuente en los varones.

El tabaco y los humos y polvos industriales, creo deben ser culpables de esta diferencia.

Hace dos años estudiamos a los enfermos, haciendo exploraciones espirográficas; estudiamos la capacidad vital, el volumen espiratorio máximo segundo, la relación o índice de TIFENEAU; estudiamos las pruebas parcelarias; hacemos exploración con broncodilatación, y provocación histamínica (acetil-colina, etc.); comprobamos con las cifras *standard*.

Creemos es uno de los medios terapéuticos, la atmíatria sulfhídrica, que, como la vacunoterapia, bien reglada, en una época estacional predeterminada, puede evitar el problema de las obstrucciones bronquiales y no abocar o retardar la aparición del enfisema. Pero hay un hecho: muchos enfermos vienen ya con su enfisema establecido, con su bronquitis con enfisema. Con su distensión, con su rotura de tabiques alveolares, con su alteración del lecho vascular.

Para prevenir, evitar que vaya a más, ¿sabemos hasta dónde llega la bronquitis crónica y dónde comienza el enfisema?

En ausencia de un claro conocimiento entre bronquitis crónica y enfisema la práctica clínica ha asociado los dos términos bajo el nombre de «Bronquitis Crónica con Enfisema». Hay un axioma clásico «si hay bronquíticos no enfisematosos, todos los enfisematosos son bronquíticos». La dificultad de los límites del enfisema, parte del hecho de que la definición clínica del enfisema es difícil, pues los criterios más típicos y más seguros son esencialmente de orden radiológico; ahora bien, son difíciles a veces de apreciar, y son ciertamente bastante tardíos en el curso de la evolución de la enfermedad.

En cuanto a la definición anatómica del enfisema, existe gran controversia, pues el término enfisema no tiene el mismo sentido anatómico, clínico y funcional.

Dos concepciones se oponen al diagnóstico anatómico del enfisema:

1.º Amplio sentido, en que la afección puede ser considerada como aumento del volumen pulmonar con ausencia de deflación respiratoria.

2.º Otra restringida, más precisa, que exige tres factores asociados: a) distensión; b) rotura de tabiques alveolares; c) anemia de parénquima.

Pero debemos considerar que en esta definición restringida, es difícil señalar el grado de enfisema en el diagnóstico anatómico, por la falta de homogeneidad de las lesiones enfisematosas en el conjunto del pulmón; por la falta de poder medir la importancia y grado de ruptura de tabiques; podemos decir que en la actualidad no disponemos, desde el punto de vista anatómico, de posibilidades de medir o dar cifras precisas de la importancia o grado de amputación del lecho vascular pulmonar.

Asimismo, podemos decir con COURNAND, que nos falta igualmente las nociones de correspondencia entre enfisema, en su aspecto de desgaste anatómico, y grado de alteración funcional existente.

Entonces se trata de buscar una definición espirográfica o funcional del enfisema, ante las insuficiencias anatomo-clínicas, y ausencia de documentos precisos. El aumento del volumen residual en valor absoluto, sobre todo en relación a la capacidad total, es condición necesaria para el diagnóstico del enfisema; pero es necesario añadir las alteraciones de la dinámica respiratoria, de la distribución y de la perfusión.

Desde el punto de vista estadístico existe relación entre síndrome obstructivo y enfisema; hasta el punto que tanto más acusado es el síndrome obstructivo tantas más probabilidades de originar un enfisema constituido. Pero en caso particular, esta noción sólo puede ser aplicada con reservas.

Se puede separar artificialmente bronquitis crónica y enfisema. Desde que una bronquitis crónica se vuelve disneizante de manera permanente, apareciendo un síndrome obstructivo establecido, se sospecha lesiones bronquiolares, y por ende del enfisema. Es pues falso el querer establecer distinciones entre bronquitis crónicas disneizantes y enfisema, a partir de criterios puramente espirográficos. Es imposible la diferenciación.

Histopatológicamente, y conociendo la estructura de los bronquiolos respiratorios y los canales alveolares, no se concibe que pueda oponerse y buscar diferenciar por los trazados espirográficos lesiones bronquiolares y lesiones alveolares.

Existen otras pruebas que pueden permitir apreciar la importancia de las lesiones propiamente alveolares, es decir, la reducción del lecho alveolo-capilar. En el primer plano de esta prueba, es precioso poner los estudios de los gases en sangre arterial en reposo y tras esfuerzo, y el de la disión alveolo-capilar.

El estudio del grado de enfisema alveolar por métodos planimétricos, y el estudio de las modificaciones hiperplásicas de las glándulas bronquiales como medida del grado de bronquitis crónica, han mostrado que aunque las más de las veces la intensidad de la bronquitis crónica y el estado endisematoso alveolar, marchan paralelos en su evolución; aunque algunas veces existan discordancias en su evolución. Estos casos explican que alguna vez un bronquítico crónico con alteración ventilatoria obstructiva pueda morir con «cor pulmonale» crónico, y, sin embargo, la autopsia mostrar un enfisema anatómico relativamente discreto. Son los casos citados por HENTEL, CONGFIELD, VINCENT, etc., en la «Am. Rev. Tuberc.» (núm. 87, página 216, 1963).

El conocimiento de una realidad atrófica parietal de los bronquios cartilaginosos de diámetro grueso (hasta sexta división), conduciendo al colapso respiratorio del conducto aéreo, permite comprender que aun en ausencia de lesiones broncoenfisematosas, puede existir un síndrome ventilatorio obstructivo extremadamente intenso, con trastornos graves de las relaciones perfusión/ventilación, y consiguiente desfallecimiento cardiorrespiratorio.

Entre las insuficiencias respiratorias crónicas con alteración ventilatoria obstructiva, las bronquitis crónicas, con o sin enfisema, son las más frecuentes. Sin embargo, no podemos olvidar que hay un síndrome enfisematoso puro, independiente parece ser, al menos al comienzo de su evolución, de lesiones bronquiales anatómicas constituidas: síndrome de un pulmón que se desvanece, cuyas características clínicas, radiológicas, evolutivas y funcionales son bastante diferentes de las del broncoenfisema habitual; aunque este tipo de enfisema en su forma pura es muy raro.

Las insuficiencias respiratorias crónicas de tipo obstructivo han sido desmembradas en dos grupos, con los recientes métodos de investigación fisiopatológica (variaciones de relaciones perfusión/ventilación, relaciones de espacios lentamente ventilados y capacidad residual funcional) podrán ser comparados en los diferentes grados de enfisema anatómico, que los métodos de anatomía cuantitativa de estudio del lecho alveolocapilar permiten apreciar cada vez mejor.

Es, a juicio nuestro, en vista de la dificultad de señalar el comienzo del enfisema, unas medidas profilácticas fundamentales:

- 1.º Medidas terapéuticas: a base de las medicaciones de que disponemos, antibióticos, sulfamidas, corticoesteroides, broncodilatadores eufilina, modificadores de la secreción bronquial (bucolíticos).

- 2.º Modificadores de las condiciones de los gases en sangre: lucha contra la hipoxia y la hipercapnia; oxigenoterapia, ventiloterapia, sulfamidas inhibitoras de la anhidrasa carbónica.

- 3.º Prevención mediante antigenoterapia y modificadores de la mucosa bronquial: autovacunas, vacunas polivalentes menos activas, atmiatría sulfurosa en estaciones termales (en España tipo LIÉRGANES, LEDESMA, etc., si no hay enfisema podrán usarse balnearios situados en alturas, si no situados a poca altura sobre el nivel del mar).

- 4.º Medidas higiénicas de vida: supresión de tóxicos (tabaco, etc.), gases y polvos, humos, etc., irritativos de vías respiratorias, e incluso tomar preventivamente los antibióticos y sulfamidas que, previos antibiogramas se vean son efectivos frente a los gérmenes de sus vías respiratorias, en especial los que asientan en meatos nasales y cávum rinofaríngeo.