

Sobre el enfisema pulmonar y su clasificación actual

Doctor A. Agustí Vidal

La lectura del libro *Pathology of chronic bronchitis and emphysema*, de Brian E. Heard recientemente aparecido (1), nos ha movido a escribir este editorial. El autor es patólogo (es decir, lo que en nuestros medios llamamos anatomopatólogo) de la Universidad de Edimburgo y de la Royal Postgraduate Medical School de Londres, y el libro se basa en las investigaciones anatomopatológicas llevadas a cabo en los últimos catorce años en ambos centros británicos. Como dice en su prólogo, la Anatomía patológica y la Histología continúan siendo esenciales para el conocimiento de esta enfermedad; el olvido de este principio ha hecho que el concepto de la misma se haya fácilmente distorsionado. Por esto se recomienda atenerse estrechamente a los términos estructurales y precindir de toda alusión a mecanismos fisiopatológicos que, como tales, pueden ir variando en el tiempo en el mismo individuo. El mantener la reversibilidad de un síndrome ventilatorio obstructivo tras una prueba broncodilatadora como base de una clasificación del enfisema, tal como propone Reid (2, 3), nos parece llevar las cosas demasiado lejos. Es por esto que nos ha gustado la clasificación de Heard (1) que no hace más que volver a la definición dada en 1958 por el Ciba

Guest Symposium (Londres) (4): "Enfisema es una condición del pulmón caracterizada por un aumento en el tamaño de los espacios aéreos situados más allá del bronquiólo terminal, producido sea por una dilatación, sea por una destrucción de sus paredes". Debemos hacer hincapié en la doble posibilidad que plantea (la existencia o no de destrucción de tabiques alveolares), porque, poco tiempo después (1962), la *American Thoracic Society* (5) condicionaba la definición a la existencia de cambios estructurales en las paredes alveolares, es decir, a la destrucción de las mismas. Este concepto, más restringido, tiene el inconveniente de excluir una serie de estados patológicos tradicionalmente conocidos con el nombre de enfisema, como son el *enfisema por distensión o inflamación pulmonar* o el *enfisema vicariante*, o el *enfisema por obstrucción bronquial incompleta*, como el de resultar difícil "in vivo" prejulgar si habrá o no destrucción de paredes alveolares. Como dice Heard (1), si bien hay casos puros de enfisema por distensión sin ninguna rotura de tabique, y otros de enfisema destructivo importante en los que el volumen del pulmón sigue estando dentro de los límites de la normalidad, en la mayoría de casos los efectos de la disten-

sión y de la destrucción no pueden valorarse con certeza, y suelen entremezclarse.

Lo que sí hay que desterrar del todo, cosa que será bastante difícil, son los términos de *enfisema obstructivo*, por prejuizar un mecanismo etiopatogénico que en realidad desconocemos, así como otros de filiación aún más dudosa, como son los de *enfisema broncogénico* y *broncoenfisema*.

Considerando, pues, el enfisema como *aquella condición del pulmón caracterizada por un aumento del tamaño de los espacios aéreos situados más allá del bronquiolo terminal*, sin prejuizar si hay o no destrucción de tabiques, los diversos tipos de enfisema nacen de la localización y extensión relativa del proceso. Es así que actualmente se admiten los tipo siguientes:

1. *Enfisema controlobulillar o centrolobular*, cuando afecta únicamente el centro del lobulillo, es decir, de la unidad respiratoria o lóbulo secundario de Miller. Este término fue empleado por vez primera por Gough, Heppleston, Leopold y Maclean para referirse al enfisema "focal", es decir, limitado únicamente al centro del lobulillo, mostrándose inalterado el resto del mismo, y es equivalente al término de *enfisema centroacinar* utilizado por otros autores.

2. *Enfisema panlobulillar o panlobular*, cuando afecta a toda la superficie del lobulillo. El proceso puede extenderse al pulmón entero, si bien tiene preferencia por los segmentos ventrales (ventral de lóbulos superior e inferior, medio y língula). De su extensión dependerá la gravedad del caso. El término fue sugerido por vez primera por Wyatt (1959) y su equivalente es el *enfisema panacinar*.

3. *Enfisema paraseptal*, cuando afecta únicamente a la periferia del lobulillo. En cierta manera sería, en cuanto a extensión, el complemento del centrilobulillar, de modo que teóricamente la suma de ambos fue propuesto por Heard en 1958.

4. *Enfisema irregular o cicatrizal* formada por tracción alrededor de las cicatrices del parénquima pulmonar, cualquiera que sea su origen y localización.

El enfisema panlobulillar o panacinar es el

enfisema destructivo, universal, que afecta a todo el parénquima y poco a poco va invadiendo todos los campos pulmonares; en tanto que el centroacinar o centrolobulillar se limita al centro del lobulillo respetando el resto del mismo. La impresión macroscópica de un enfisema centrolobulillar es la de un tejido pulmonar con una especie de punteado o moteado disperso. Claro está que ambas formas pueden coincidir y que el centrolobulillar puede acabar en panlobulillar. La cicatrizal y paraseptal serían formas más localizadas y funcionalmente menos trascendentes.

Heard admite que tanto del enfisema centrolobulillar como del panlobulillar, existirían unas formas por *distensión*, en las cuales no habría rotura de tabiques, y serían en cierta manera más benignas, y las formas *destructivas* (con rotura) de peor pronóstico.

En esta clasificación no se vierte, por tanto, ningún concepto de tipo clínico o funcional. No obstante, es lógico que tenga su paralelismo clínico, y así mientras el enfisema paraseptal, el irregular y el centrolobulillar pueden dar escasa sintomatología a menos que coexista cierto grado de bronquitis, cosa nada infrecuente, en cambio el enfisema panlobulillar, o panacinar, se traducirá por una disnea de esfuerzo cada vez más intensa en relación con la extensión del proceso y con la destrucción de los tabiques alveolares, sin que sea obligatoria, ni mucho menos, la presencia de tos ni de expectoración, que también cabrá cargar a la cuenta de la bronquitis, caso de que estos síntomas estén presentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Heard, B. E.: *Pathology of chronic bronchitis and emphysema*. Churchill Ltd. Londres, 1969.
2. Reid, L.: "Emphysema: classification and clinical significance". *Brit. J. Dis. Chest*, 68, 57 (1966).
3. Reid, L.: *The pathology of emphysema*. Lloyd-Luke Ltd. Londres, 1967.
4. Ciba guest symposium. "Terminology, definitions, and classification of chronic pulmonary emphysema and related conditions". *Thorax*, 14, 286 (1959).
5. American thoracic society. "Chronic bronchitis, asthma and emphysema. A statement by the committee on Diagnostic Standards for Nontuberculous Respiratory Diseases". *Amer. Rev. resp. Dis.*, 85, 762, (1962).