

DIAGNOSTICO DE LAS ENFERMEDADES RESPIRATORIAS NO TUBERCULOSAS

Dr. VÍCTOR NARVAEZ O. (*)

Hasta hace aproximadamente dos décadas, el primer diagnóstico para las afecciones bronco-pulmonares de evolución prolongada generalmente era de tuberculosis, luego, se consideraba en el diagnóstico diferencial una extensa lista de afecciones respiratorias no tuberculosas. Actualmente, la patología no tuberculosa se ha incrementado con la creciente incidencia del cáncer pulmonar, así como por el aumento de casos de neumoconiosis producidas por la inhalación de sustancias lesivas empleadas en las industrias modernas.

La medicina actual tiene como objetivo principal realizar diagnósticos definidos con comprobación patológica. En el caso de las afecciones respiratorias ésto es posible por los siguientes hechos: 1º El pulmón es un órgano accesible a los métodos de exploración física. La inspección, palpación, percusión, auscultación, en ocasiones son los únicos métodos disponibles para determinar la causa de muchas enfermedades: Neumonía, atelectasias; edema pulmonar; síndromes de obstrucción bronquial; anomalías vasculares asociadas a disgenesias pulmonares. 2º La radiolucencia del parénquima pulmonar ofrece un excelente fondo de contraste para la visualización de las variadas formas de lesiones pulmonares. 3º Sus vías aéreas son accesibles a la visualización endoscópica directa. 4º Es accesible para obtener especímenes y realizar exámenes bacteriológicos y citológicos.

Debido al corto tiempo de que disponemos solamente nos vamos a referir al diagnóstico de la estenosis bronquial; al de las mal formaciones anatómicas pulmonares y a la toracotomía exploradora.

DIAGNOSTICO DE LA ESTENOSIS BRONQUIAL.— La estenosis bronquial es una entidad patológica importante que debe ser reco-

(*) Catedrático Auxiliar de Tisiología.

nocida clínicamente. En ocasiones la obstrucción de un bronquio es la única lesión y es la enteramente responsable de los síntomas del paciente.

La estenosis bronquial puede deberse a varias condiciones patológicas, unas intrabronquiales y otras extrabronquiales, cuadro N^o 1.

CUADRO I

OBSTRUCCION BRONQUIAL

OBSTRUCCION BRONQUIAL INTRABRONQUIAL.

A. Endógenas:

Espujo adherido; moldes fibrinosos; bronquiolitos; ruptura de ganglios linfáticos; retención de secreciones post-operatoria.

B. Exógenas:

Cuerpos extraños.

OBSTRUCCION ENDOBRONQUIAL.

A. Anormalidades congénitas.

B. Inflammaciones no específicas de la mucosa bronquial o cicatrices.

C. Inflammaciones específicas.

Tuberculosis; sífilis; lepra, etc.

D. Neoplasmas broncogénicos.

benignos, malignos.

E. Distorsión del bronquio.

OBSTRUCCION EXTRABRONQUIAL.

A. Hipertrofia ganglionar.

Inflamatoria; neoplásica; neumoconiósica.

B. Presión mediastinal.

supuraciones, neoplasmas, tumores, linfoblastomas, quistes.

C. Presión vertebral.

Tumores, abscesos.

D. Tumores del pulmón, esófago o de la gotera intratorácica.

E. Factores cardio-vasculares. Dilatación de la aurícula izquierda, aneurisma aórtico, aneurisma de la arteria pulmonar, anomalías congénitas.

F. Cuerpos extraños.

Esofageal, intratorácico.

Nuestro propósito es puntualizar los métodos diagnósticos del factor común de la estenosis, por lo que no entramos en consideraciones sobre la amplia y extensa variedad de factores obstructivos que se presentan con infinidad de cuadros clínicos.

El aparato respiratorio requiere de una vía abierta, cualquier obstrucción del bronquio conducirá a una serie de disturbios de la fisiología, dependientes de varios factores:

1) Sitio de la obstrucción; 2) grado y carácter de la obstrucción; 3) tiempo tomado para el desarrollo de la obstrucción; 4) la causa de la obstrucción ya sea intraluminal o extrabronquial; 5) la condición del pulmón circundante en relación con la presencia de infecciones durante el período de la obstrucción.

Cuando la obstrucción es de tal naturaleza como para producir un mecanismo valvular, el segmento broncopulmonar distal se convierte en enfisematoso.

La estenosis bronquial es sospechada desde la anamnesis. Generalmente, los pacientes informan la existencia de ruidos subjetivos correspondientes a sibilancias localizadas, acompañada de tos ruidosa. Si existe expectoración es de consistencia fluida o espumosa, si la infección se ha sobreañadido es purulenta y fétida.

El hallazgo físico de estertores sibilantes localizados en la división de un bronquio principal, los que son evidenciados mejor por la espiración forzada con el enfermo yacente sobre el lado afectado, es señalado como signo patoneumónico de la estenosis bronquial.

La radioscopia y radiografías standards son los exámenes a realizar a continuación. En la espiración forzada se observa la desviación del mediastino hacia el lado afecto en caso de existir atelectasia, y hacia el lado opuesto en caso de existir "atrape de aire".

Las tomografías son procedimientos usuales para demostrar un estrechamiento bronquial.

Finalmente, la broncoscopia localizará el sitio de la estenosis bronquial y revelará la naturaleza de la obstrucción.

La broncografía es ocasionalmente un recurso diagnóstico y ordinariamente no es aconsejada.

Cuando la obstrucción progresa a la oclusión total el segmento broncopulmonar o lóbulo afecto se convierte en atelectásico

Tiene especial significación el diagnóstico de estas atelectasias porque su persistencia conduce finalmente a procesos destructivos parenquimales y supuración.

Ultimamente se ha observado con relativa frecuencia la atelectasis del lóbulo medio y una serie de comunicaciones han aparecido con el título de "SINDROME DEL LOBULO MEDIO". La compleja enfermedad comprende tres facies patológicas:

1) Obstrucción inicial del bronquio del lóbulo medio o su opuesto en el pulmón izquierdo, el bronquio lingular por comprensión ganglionar; 2) neumonitis secundaria a la obstrucción; 3) reexpansión del lóbulo con o sin bronquiectasia.

Se piensa que la obstrucción inicial es ocasionada por una infección respiratoria aguda viral o de etiología bacteriana que produce linfadenitis hilar. Los procesos inflamatorios agudos de los ganglios enfermos pueden extenderse directamente dentro de la pared bronquial resultando edema, el cual puede ocluir completamente el bronquio. La oclusión del bronquio produce neumonitis obstructiva, es decir la primera fase del S. del L. M. En esta fase los hallazgos roentgenológicos pueden ser indistinguibles de la neumonía o neumococo. La cantidad de destrucción y la suerte del lóbulo enfermo son dependientes de la virulencia de la infección local y de la duración de la oclusión bronquial. Un período transitorio de oclusión puede ser seguido por la completa re-expansión del pulmón y un retorno a su función normal. Más comúnmente el bronquio permanece obstruido más allá del período crítico de recuperación y sobreviene algún daño permanente.

DIAGNOSTICO.— El síndrome del lóbulo medio puede ser demostrado por la exacta valoración de los hallazgos del examen físico, radiográfico, broncoscópico y broncográfico.

La atelectasia o neumonitis obstructiva del lóbulo medio, produce algunas características roentgenológicas. En la placa standard se observa un velo en la parte central del pulmón derecho, el que generalmente es un tanto triangular en sus contornos, con el vértice del triángulo extendido hacia la región del hilio. La radiografía lateral derecha muestra una sombra típica superpuesta a la silueta cardíaca, la que es clásica en la atelectasia del lóbulo medio.

Broncoscopia.— Es necesario la visión endoscópica para diferenciar entre la neumonitis obstructiva inflamatoria de la producida por neoplasia o cuerpo extraño. En el S. del L. M., el orificio está evidentemente comprometido por compresión extrínseca o inflamatoria de la mucosa. Exudado purulento y granulaciones endobronquiales son frecuentemente vistos en el orificio del lóbulo enfermo.

Broncografía.— El broncograma de ambos pulmones es de importancia para determinar si existe bronquiectasias en otra parte. Generalmente se observa la falta de relleno en el bronquio lobar medio.

Caso comunicado.

J. C. hombre, de 18 años de edad, ingresa al Hospital Sanatorio N° 1 el 12 de abril de 1956 por dolencia respiratoria. Manifestó estar enfermo desde febrero de 1956, siendo el inicio brusco con síndrome doloroso en el hemitórax derecho, dificultad para respirar y síntomas generales discretos; diagnóstico de Pleuresía fué hecho; ulteriormente ha presentado tos con expectoración hemoptoica.

A la admisión, paciente con buen estado general y nutritivo; modificaciones ostensibles del murmullo respiratorio en la región axilar y anterior del hemitórax derecho.

La cuenta globular informa discreta leucocitosis y desviación nuclear izquierda. 12 grs. de Hb. — V. de Sed. 20 mm.

Radiografía pulmonar muestra imagen típica de atelectasia del lóbulo medio.

Broncoscopia.— Oclusión completa del orificio del lóbulo medio por un rodete edematoso de la mucosa. El estudio histológico de la mucosa tomada por biopsia informó caracteres de inflamación crónica.

Diagnóstico Clínico: Neumonitis Obstruictiva del lóbulo medio.

La evolución ulterior del caso ha sido a la persistencia de la atelectasia a pesar del tratamiento antibiótico recibido. El control endoscópico reveló la existencia de granulaciones en el orificio del lóbulo medio.

Los broncogramas muestran ausencia de relleno del bronquio lobar medio. No hay bronquiectasias en otras áreas.

El paciente está en preparación para cirugía de resección.

DIAGNOSTICO DE LAS MALFORMACIONES ANATOMICAS PULMONARES.—

Con el término de "ENFERMEDAD QUISTICA PULMONAR" variadas formas de enfermedad bullosa han sido comunicadas en los últimos años. La cátedra de Fisiología ha hecho una contribución al tema con el trabajo: "Enfermedad Quística Pulmonar" que será publicado en el próximo número de la Revista Peruana de Tuberculosis. Comprende, 1º el estudio de Quistes pulmonares congénitos; 2º Broncoquiectasias

Quísticas; 3º Neumatoceles; 4º Bullas Enfisematosas; 5º Blebs pulmonares.

Esta amplia variedad de malformaciones anatómicas pulmonares ya de origen congénito o adquiridas se encuentran con relativa frecuencia y plantean la necesidad de establecer un diagnóstico clínico definido para una pronta evaluación quirúrgica con el objeto de evitar complicaciones: neumotórax espontáneo, síndromes supurativos (abscesos, empiemas).

TORACOTOMIA EXPLORADORA.— Existe una extensa variedad de lesiones pulmonares silenciosas que son descubiertas en los exámenes radiográficos torácicos de rutina en pacientes asintomáticos.

En la placa radiográfica se proyectan como una imagen redondeada, oval o lobulada de bordes bien demarcados y contornos lisos, de densidad homogénea, sin cavitación y sin calcificación, de situación periférica y rodeado de tejido pulmonar de apariencia normal. A este tipo de lesiones se le conoce en la literatura norteamericana con el nombre de "Coin Shadow"; nódulos pulmonares solitarios; densidades intratorácicas circunscritas; enfermedad pulmonar silenciosa, y pueden corresponder a los siguientes tipos de lesiones: Carcinoma broncogénico; el llamado Adenoma Bronquial; Hamartoma; tumor metastásico; Sarcoma raro del Pulmón; Quistes broncogénicos; quistes hidatídicos; cuerpos extraños encapsulados; tuberculoma; caverna empastada; derrame enquistado; histoplasmos; coccidioidomicosis.

Desafortunadamente, los diversos métodos de laboratorio y radiográfico que actualmente disponemos, no alcanzan a un diagnóstico definido y confirmado. Generalmente en estos casos, se realizan los siguientes exámenes: Examen citológico y bacteriológico de esputo, lavado bronquial y gástrico; broncocopias; intradermoreacciones para tuberculosis, coccidioidomicosis; histoplasmosis y equinococosis; reacciones serológicas para lúes. Biopsia retroesternal y de los ganglios contenidos en la grasa de la porción supraclavicular del escaleno anterior, además de variados procedimientos de Rayos X, incluyendo Planigrafías.

Cuando se piensa que la lesión puede ser metastásica, otras exploraciones son realizadas: Series radiográficas para tracto gastrointestinal, gastroscopias y Proctoscopias; estudios urológicos con pielogramas; estudios radiológicos de los huesos; generalmente con resultado negativo. Después de realizados todos estos estudios, la conclusión es la misma: Persistencia de la imagen solitaria pulmonar y ningún diagnóstico definido.

Para el diagnóstico en estos casos, se necesita la exploración quirúrgica de tórax con la extracción del nódulo y el correspondiente estudio patológico. Cuando así se procede muchas de estas lesiones que parecían semejantes en la placa radiográfica, corresponden a variadas entidades patológicas. Pero el hecho importante a remarcar es, que un 15 a 30 % de las lesiones son malignas, y en grupos seleccionados especialmente en personas de edad, el porcentaje llega a 70 %.

Queremos recalcar que la toracotomía exploradora es un procedimiento benigno que tiene el mismo grado de seguridad que la Laparotomía exploradora y quizá con menos molestias para los pacientes. Debe realizarse en todos los casos en los que un diagnóstico clínico no puede ser establecido. Esperar que la evolución y los controles clínicos aclaren el diagnóstico es perder la oportunidad de ofrecer una curación quirúrgica efectiva. Aún la aparición de tumores benignos, deberían ser explorados prontamente, a causa de que muchos de ellos son ya malignos y otros tienen potencia de malignidad y porque son causantes de oclusión bronquial con complicaciones supurativas. Si en la exploración el nódulo corresponde a tuberculoma o caverna empastada, la resección está indicada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— FARBER M. SEYMOUR y CONSTANTINI A. V.— “Quimioterapia del cáncer pulmonar en la enseñanza de las enfermedades del tórax”. *Diseases of the Chest*. Mayo de 1956. 585-586.
- 2.— CHARLES A. ROSS.— “Lesiones en moneda” en la enseñanza de las enfermedades del tórax. *Diseases of the Chest*. Julio 1955 114-115.
- 3.— TRIMBLE GUYON HAROLD.— Lesiones pulmonares “en moneda”. *Diseases of the Chest*. Junio 1953. 635-643.
- 4.— HODSON H. CARRIN.— Lesiones pulmonares Circunscritas, diagnóstico y Tratamiento. *The American Journal of Surgery*-Febrero 1955.
- 5.— NOEHREN H. THEODORE.— El diagnóstico físico del tórax en la enseñanza. *Diseases of the Chest*.
- 6.— LYONS A. HAROLD.— Diagnóstico de la Estenosis Bronquial. *Diseases of the Chest*. Julio 1950. 16 26.
- 7.— JACKSON CHEVALIER.— Obstrucción Bronquial. *Diseases of the Chest*. Febrero 1950. 125-149.
- 8.— EFFLER B. DONALD.— Síndrome del lóbulo medio. *American Review of Tuberculosis*. Junio 1955.
- 9.— ROSENMAN EUGENE.— Enfermedad Aguda del lóbulo medio. *Diseases of the Chest*.
- 10.— NARVAEZ O. VICTOR.— *Revista Peruana de Tuberculosis*. “Enfermedad Quística Pulmonar”.