

CONCEPTO ACTUAL DE LAS BRONQUITIS DERIVADO DE LA BRONCOSCOPIA

Dr. J. CORNUDELLA

LAS bronquitis han dado un paso de gigante con la broncoscopia. Esa enfermedad respiratoria, confusa y difusa hasta hace poco, especie de cajón de sastre de los síndromes bronquiales de etiología imprecisa, ha adquirido una personalidad definida dentro de unas variedades concretas y claras.

Hasta la aparición del broncoscopio podemos decir que vivía de los geniales conceptos formulados por LAENEC, o sea, una entidad clínica manifestada principalmente por molestias torácicas, tos con expectoración o sin ella, y anatómicamente por un enrojecimiento y edema de la mucosa bronquial. El término bronquitis se reducía a una tr á q u e o bronquitis descendente consecutiva, de ordinario, a una infección de las vías aéreas superiores. Un poco más tarde se añadieron los conceptos de bronquitis agudas y crónicas y nada más.

Debemos reconocer que la cosa tenía su explicación, pues el examen clínico era insuficiente; la radiología, tan preciosa en clínica pulmonar, resulta muda para las bronquitis y es muy rara la muerte por

esta enfermedad pura. Por otra parte, las lesiones comprobadas en el cadáver se transforman tanto con la muerte que sus protocolos resultan falaces. De ahí la prioridad de la broncoscopia, que permite comprobaciones anatómicas sobre el vivo con toda la luz que da la biología en plena actividad.

El panorama abierto por ese rutilante método de exploración endobronquial es extraordinario. El ha sido el artífice plasmador de la broncología moderna, el que ha permitido sistematizar las bronquitis con sus elementos: congestivos, edematosos, ulcerosos o purulentos, precisar las formas clínicas segmentarias, estenosantes o de acompañamiento; distinguir si es primitiva, secundaria, química, profesional o alérgica, en tal forma que puede establecerse con toda claridad la correspondiente entidad nosológica y, con ello, aplicar la terapéutica apropiada, que antes era del más delirante empirismo.

Así, el antiguo concepto de bronquitis, sinónima del vago catarro de las vías respiratorias, ha podido persistir, pero iluminado por los

datos del examen visual de los bronquios. Los términos bronquitis aguda y crónica también continúan válidos, pero más perfectamente delimitados. La primera, con sus características a base de la inflamación bronquial irritativa o secretante, más o menos duradera, coincidiendo, de ordinario, con episodios meteorológicos, especialmente fríos. Las crónicas, igual, con su prolongación indefinida, intermitente o no, al margen del factor cósmico, que pueden alcanzar alternativas de latencia que simulan la perfecta salud.

Con la endoscopia ha cobrado precisión la hasta entonces presumida inflamación, base anatómica de las bronquitis, que se deducía indirectamente de los exámenes nasales o faríngeos, pudiéndose concretar los diferentes grados inflamatorios: congestión, edema, infiltración, ulceración, purulencia, nombres que no son terminología caprichosa, sino que traducen diversos tipos lesionales o etapas de los mismos, y especialmente el poder delimitar muchas veces la topografía de la enfermedad bronquial.

Las bronquitis en general, aquella enfermedad sencilla, diríamos casi familiar, de diagnóstico automático que parecía tenerlo todo resuelto, se ha convertido en un problema clínico de gran magnitud gracias al broncoscopio, porque ha puesto al descubierto la fragilidad o inexactitud de la mayoría de pos-

tulados en que asentaba su existencia y nos da datos precisos sobre la forma, el sitio y las complicaciones, datos que huelga ponderar su trascendencia para el diagnóstico y terapéutica.

Una idea arraigadísima, por ejemplo, era la de la *bronquitis descendente*. Ella suponía una enfermedad extendida en mancha de aceite desde la mucosa nasal hasta los bronquios más finos, pasando por la tráquea y grandes troncos sin solución de continuidad. Pues bien, esto no es cierto siempre, pues las superficies mucoides respectivas están afectadas muchas veces de una manera discontinua, por islotes, incluso puede hallarse una inflamación faríngea y bronquial sin traqueítis. La comprobación de este detalle ha ocasionado una cosa parecida a lo que sucede al extraer una cereza de un cesto, o sea que siguen otras. Así, a consecuencia de aquel hallazgo, han nacido múltiples problemas. Uno de ellos es el de la correlación entre la rinofaringe, bronquios y pulmón. Estas relaciones no tienen lugar solamente por contigüidad o a través del aire, sino también por las vías nerviosas que establecen una solidaridad fisiopatológica entre los diversos compartimientos de las vías aéreas. De ahí que la doctrina clásica de la bronquitis descendente, que como hemos dicho, suponía la inflamación bronquial producida por el deslizamiento de las partículas infectantes salidas de la rinofaringe,

haya sido sustituida por muchos autores por la del *sinergismo reaccional - paralelo*. Fundamentan su opinión teniendo en cuenta la similitud de estructura y de reacciones de las vías aéreas superiores y los bronquios, que predispone a una respuesta morbosa sincrónica en las diversas partes del árbol respiratorio. Así, pues, una inflamación rinosinusal provoca por vía refleja neurovegetativa una reacción de edema e hipersecreción en los bronquios, que prepara el terreno a la infección microbiana, que será, pues, sobreañadida y no descendente.

Las consecuencias terapéuticas que se derivan de esas ideas son formidables.

Otra laguna de consideración era la concerniente a la etiología de las bronquitis. A excepción de las marcadamente específicas, tuberculosas, sífilíticas, micóticas que pueden presumirse por el estudio de las lesiones, se ignoraba totalmente el origen. Una bronquitis muy frecuente, la gripal, por ejemplo, ¿quién es capaz de diferenciarla clínicamente del catarro estacional, o de una tráqueobronquitis anodina?

Claro que los exámenes bacteriológicos aclaran muchas cosas, pero no siempre, porque los agentes microbianos pueden ser múltiples, y porque debe tenerse en cuenta el factor terreno, la alergia o la posibilidad de que existan numerosas bronquitis de causa extrabron-

quial: circulatoria, endocrina, neurovegetativa, etc.

Una de las cosechas más fructíferas de la era broncoscópica ha sido el concepto de *bronquitis localizada*. Capítulo totalmente desconocido hasta entonces, y de la que se describen cuatro modalidades. La primera, llamada *bronquitis circunscrita*, descrita por RIST, LEMOINE y AMEUILLE. Se encuentra sobre los bronquios fuente y los primeros centímetros de los lóbulos, o sea, en los límites asequibles al broncoscopio. A menudo se hallan en el bronquio de un solo lado; con menos frecuencia son bilaterales, colocadas simétricamente, de intensidad y extensión variables.

Cuando no pueden precisarse bien los límites distales de la lesión o bien se sospecha que pueden estar afectados trozos bronquiales más profundos, deben catalogarse en el segundo grupo, denominado *bronquitis unilaterales*, cuyas imágenes patológicas comienzan en el bronquio tronco. Si esas lesiones se encuentran en ambos lados se llama *bronquitis generalizada*.

El cuarto tipo lo forman las *bronquitis de acompañamiento*, constituidas por una alteración inflamatoria banal de la mucosa, que ocurre en ciertas lesiones pulmonares destructivas, supurantes o irritativas; cavernas, abscesos, bronquiectasias, tumores y que pueden mantenerse banales a pesar de tratarse de procesos específicos. Son producidas por los productos de elimi-

nación y sólo afectan a los bronquios tributarios del foco patológico. Suelen tener una extensión de pocos centímetros y raras veces sobrepasan del bronquio principal; a lo sumo se continúa hasta la tráquea, por una banda inflamatoria situada en el lado donde asienta la afección fundamental.

Las bronquitis de acompañamiento tienen una importancia extraordinaria en muchas ocasiones. En tumores, por ejemplo, resulta un signo de precocidad que puede ser la clave de la terapéutica. Se dice que cuando un tumor es diagnosticable clínica o radiológicamente, es ya fatal. Con la exploración endoscópica es corriente descubrir aquel tipo de bronquitis en la fase latente de las neoplasias bronquiales, fase en la que se ignora todavía, porque no han aparecido aún los trastornos funcionales ni los signos clínicos y, por consiguiente, resulta el momento óptimo para el éxito quirúrgico.

Al lado de las bronquitis de acompañamiento pueden colocarse las *obstructivas*, cuya importancia huelga ponderar. Han abierto todo un panorama de diagnóstico, patogenia y posibilidades terapéuticas considerables. La veleidosa atelectasia, las imágenes opacas o hiperclaras pulmonares, las retracciones hemitorácicas, o las desviaciones mediastínicas, etc., han debido sufrir una revisión completa a tenor de esos nuevos conceptos.

Conviene distinguir las obstruc-

ciones parciales o totales, las valvulares, las de diferente calidad de la materia obstructiva: moco, fibrina, moldes bronquiales solidificados, coágulo, tumor, cuerpo extraño, etc., pues la diferenciación proporciona datos preciosos para la nosología y tratamiento de la enfermedad respectiva. Los múltiples síndromes supurativos especialmente producidos por la obstrucción, las condensaciones parenquimatosas, los enfisemas que obedecen a esta etiología; las cavernas en eclipse o en acordeón, ligadas al accidente obstructivo, etc., necesitan saber aquellos datos para resolver los respectivos problemas, que de ordinario se obtendrán por medio de la aspiración endobronquial.

Otro gran capítulo es el de la *estenosis bronquial*, entidad clínica que se inició con la broncografía opaca y perfeccionó con la broncoscopia.

Se distinguen dos grandes grupos: aguda y crónica y cada una de ellas puede ser parcial o completa. Su etiología es variadísima: catarrros bronquiales, cuerpos extraños, tuberculosis, tumores, adenopatías, etcétera.

La sintomatología oscila entre el dramatismo que produce la penetración de un cuerpo extraño con tos paroxística, disnea intensa y dolor, y el de una tolerancia perfecta de una estenosis cicatricial.

Las estenosis pueden asentar en

cualquier sitio del sistema tráqueo-bronquial.

Las *bronquitis hemorrágicas* han adquirido con la broncoscopia una precisión y una riqueza de modalidades clínicas bien definidas, y gracias a ello se ha eliminado definitivamente la entelequia de la rotura de un vaso faríngeo como productor de las hemoptisis de etiología imprecisa o difícil de catalogar; se ha podido saber la causa de muchas hemoptisis criptogenéticas y precisar la frecuencia, extensión y el tipo de las verdaderas traqueítis y bronquitis hemorrágicas. Así J. LEMOINE y F. FINET, en un magnífico trabajo publicado en *La Presse Medicale* del 9-XII-1950, pudieron asegurar que de 400 enfermos que habían expectorado sangre, examinados broncoscópicamente, encontraron 75 por 100 de lesiones manifiestas en la mucosa traqueal y bronquial, de ellos 59 por 100 traqueítis o bronquitis localizadas; 5,5 por 100 irregularidades intrínsecas o extrínsecas bronquiales y 1,5 por 100 neoplasias.

Como puede colegirse, la nomenclatura ambigua tráqueobronquial ya no tiene razón de existir sistemáticamente, puesto que el síndrome hemorrágico puede radicar en la tráquea o en los bronquios con absoluta independencia, sin excluir, naturalmente, la posibilidad de que afecte ambas regiones a la vez. Así pues, tenemos las *traqueítis, bronquitis y tráqueobronquitis hemorrágicas*, con una autonomía

perfecta en su producción y desarrollo.

Bronquitis tuberculosas

La patología tuberculosa torácica ha sufrido cambios trascendentales a tenor de la broncoscopia.

Un nuevo capítulo, tan importante como la tuberculosis parenquimatosa o pleural, ha aparecido con exuberancia: es el bronquial, con una pléyade de formas clínicas, que pueden resumirse en traqueítis, tráqueobronquitis, bronquitis y bronquiolitis.

De cada una de ella se describen formas edematosas, congestivas, infiltrativas, ulcerosas, hemorrágicas, vegetantes, oclusivas, pseudo-tumorales, etc.

No alargamos este apartado porque será tratado por el profesor SAYÉ con su maestría característica.

Bronquitis independientes

El hecho de la existencia de toda esa gama de bronquitis de nuevo cuño que vamos enumerando, no significa que las ya conocidas de antaño hayan perdido categoría o actualidad; al contrario, han ganado en concisión y pureza, al poder precisar su forma, extensión, topografía y, sobre todo, pulir su etiología en aquellos casos que por la multitud de posibles elementos productores las hacía confusas. Entre ellas se encuentran:

Bronquitis agudas y crónicas vulgares.

Espiroquetosis, especialmente de Castellani.

Neumoconiósicas.

Canabiósicas.

Purpúricas.

Tóxicas.

Profesionales.

Inhalatorias; por gases industriales, de combate, etc.

Sifilíticas.

Angiomatóxicas.

Circulatorias.

Diatésicas, renales, alérgicas.

Purulentas.

Enfermedad hiliar

El eminente anatomopatólogo de Lyon, P. GALY, bautizó con este nombre un síndrome caracterizado principalmente por tos irritativa y expectoración hemática. De hecho,

resulta muchas veces una bronquitis localizada, ordinariamente hemorragípara. Se trata de un cuadro clínico derivado de la existencia de unas adenopatías hiliares antiguas, muchas veces calcificadas, que por razones de vecindad con la pared bronquial determinan estados inflamatorios e incluso perforaciones, que es lo determinante de la hemoptisis.

De ordinario se trata de personas aparentemente sanas que con ocasión de un constipado o sin pródromo alguno, sangran. El episodio suele durar unos días y termina sin ulteriores consecuencias inmediatas.

El conocimiento individual de las bronquitis ha permitido que sus medicaciones empíricas tradicionales, de resultados mediocres o nulos, hayan sido sustituidas por tratamientos patogénicos o específicos más eficientes.