

## APARATO RESPIRATORIO

### LAS ESTENOSIS BENIGNAS DEL BRONQUIO

Dr. RUDOLF HESSE

**E**L diagnóstico clínicorradiológico de la estenosis bronquial se hace mucho más frecuentemente en estos últimos años por las siguientes razones:

1.º La *broncografía* se ha simplificado en su técnica; se la ha perfeccionado también y ya no significa para enfermo y médico un procedimiento engorroso; la broncografía ha permitido el diagnóstico de la estenosis bronquial antes de que aparezcan los signos directos de la misma, es decir, la atelectasia, el desplazamiento del mediastino y del diafragma.

2.º El *carcinoma de pulmón*, la más frecuente causa de broncoestenosis, se observa cada vez más. Es importante destacar que se trata de una localización neoplásica relativamente temprana, que aparece sobre todo en sujetos entre 30-40 años de edad. Teniendo en cuenta los resultados del tratamiento quirúrgico del carcinoma de pulmón, hay que perfeccionar los procedimientos tendientes al diagnóstico temprano de esta localización. La broncografía se impone desde que exista la más mínima sospecha, sin perder tiempo esperando que aparezcan manifestaciones típicas, cuando ya es demasiado tarde.

Desde el punto de vista anatomopatológico, pueden diferenciarse tres formas fundamentales de estenosis bronquial:

a) *Estenosis extrabronquiales*: Provocadas por compresión o tracción externa, por ejemplo: tumoraciones, aneurismas, divertículos esofágicos, procesos de retracción cicatrizal de los tejidos vecinos.

b) *Estenosis intrabronquiales*: Se trata de procesos que se originan en la misma pared del bronquio, por ejemplo: por carcinoma bronquial primitivo, adenoma, fibroma, condroma, inflamaciones.

c) *Estenosis por obturación*: Cuerpos extraños, ganglios caseificados, litiasis bronquial.

Si bien la mayoría de las estenosis bronquiales son provocadas por el carcinoma, no debe olvidarse que existen también estenosis benignas de acuerdo con la enumeración y, lo que interesa fundamentalmente, desde el punto de vista práctico, es diferenciar una estenosis benigna de una maligna. En favor de una estenosis se menciona una anamnesis de larga data, estenosis puramente local sin metástasis, evolución dilatada, imagen

broncográfica de "stop" de contorno liso y el resultado de la biopsia. En favor de una estenosis maligna hablan la edad avanzada, caquexia, anemia, eritrosedimentación acelerada, hallazgo de metástasis, anorexia y sexo masculino. Muchos autores creen que la forma broncográfica de la estenosis es típica en la de naturaleza maligna. El autor no cree que la forma de la estenosis permita, en forma decisiva, el diagnóstico etiológico de la estenosis. Presenta un caso de estenosis benigna por retracción cicatrizal, cuya imagen radiológica no difiere en nada de la de una estenosis maligna.

## APARATO DIGESTIVO

### LA VITAMINA A Y EL B-CAROTENO EN LAS AFECCIONES HEPÁTICAS

Dres. S. LIVIERATOS, A. DERVENAGAS y C. ANDRIOTAKIS

UN hecho generalmente aceptado es que el hígado es el lugar donde los carotenos se transforman en vitamina A, y esta vitamina queda acumulada. Este conocimiento ha sido la base de las investigaciones en que se empeñaron los autores con el objeto de relacionar tales funciones hepáticas con el grado de capacidad funcional de la glándula.

Primero determinaron en sujetos normales las cifras de vitamina A en sangre, encontrando que el tenor máximo alcanzaba a 29,9 por ciento de unidades azules Lovibond, mientras la cifra mínima era de 3,3 por ciento, siendo el promedio de 14,2 por ciento. Las variaciones son muy grandes, en relación con la edad, sexo, régimen alimenticio, clima, etc.

Repetidos los mismos dosajes en hepáticos (cirrosis atrófica, cirrosis mixta e ictericia catarral), pudieron comprobar que las mismas cifras sufren una notable disminución. En ningún caso hubo cifras superiores a las mínimas normales, y en muchos de ellos no se encontró vitamina A en la sangre.

Lo mismo ocurre con el B-caroteno, dosado por el mismo método. En los sujetos normales siempre se encontraron valores superiores a las 30 unidades azules Lovibond, y en muchos sujetos la cifra pasó de 100 y hasta de 200 unidades. En los hepáticos, la disminución fué netá, aunque ausencia total como ocurrió con la vitamina A, no comprobaron en ningún momento.

Sobre este mismo tema: reducción de la carga sanguínea de vitamina A y B-caroteno en la sangre de enfermos hepáticos, ya trabajaron diversos autores. HARRIS y MOORE, comprobaron entre los primeros la disminución de la vitaminemia A y quisieron usar un "test" de absorción de la vitamina A administrada por boca como método para juzgar el