

CLINICA DE LAS SUPURACIONES BRONCO-PULMONARES

Dr. J. MANERA ROVIRA

EL capítulo de las supuraciones bronco-pulmonares engloba a una serie de enfermedades cuya característica común es la formación de supuración, bien en el pulmón o en el árbol bronquial, o en ambos a la vez.

Estas afecciones supurativas están íntimamente ligadas entre sí, pero esquemáticamente y siguiendo la escuela francesa, las podemos considerar divididas en dos grandes grupos: las supuraciones coleccionadas y las difusas. Las primeras podrán ser a su vez colecciones purulentas en cavidad neoformada, producida por inflamación aguda, o sean los abscesos de pulmón y las supuraciones que complican una cavidad preexistente, o sean supuraciones secundarias a quistes congénitos, quistes hidatídicos, quistes hemáticos, cánceres excavados, etc. Las supuraciones difusas son las que no quedan limitadas a un territorio circunscrito, pudiendo afectar territorios más o menos extensos, todo un lóbulo pulmonar o varios lóbulos, todo un pulmón o ambos pulmones, pudiendo ser agudas y crónicas. Las agudas como las supuraciones bronquiales puras y las bronquiolares con alveolitis y las crónicas

como la bronquitis purulenta crónica y el gran capítulo de las bronquiectasias.

El síntoma cardinal de las supuraciones bronco-pulmonares y que caracteriza estos procesos es la expectoración purulenta, la cual tiene unas características especiales, según la causa productora. Si se presenta en forma progresiva e insidiosa nos hará pensar en bronquitis catarral, en bronquitis crónica o bronquiectasia incipiente. Otras veces se presenta en forma brusca y brutal, expulsando en poco tiempo gran cantidad de pus: es la vómica franca, que nos inclinará hacia el absceso pulmonar primitivo o secundario, o bien en empiema abierto en bronquio. No olvidando que existen procesos supurados extrapulmonares, que pueden abrirse en bronquio y simular una vómica pulmonar, tales son: abscesos perifaríngeos, abscesos osifuentes vertebrales, abscesos subdiafragmáticos y las diversas clases de empiemas. Otras veces la expectoración se presenta en forma de pequeñas vómicas fraccionadas, el enfermo expectora a boca llena, muchas veces influida por el decúbito, lo que nos hará pensar en bronquiectasias.

Cuando sospechemos una SBP, debemos recoger la expectoración en una copa graduada, lo que nos orientará mucho, dándonos con frecuencia sorpresas en la cantidad, del aumento o regresión de la expectoración, de las capas en que se sedimenta y de la existencia en la expectoración de vesículas hidatídicas, fragmentos tumorales, falsas membranas, sangre, bilis, etc.

La cantidad de expectoración emitida en 24 horas también nos orientará. En los abscesos suele ser de 300 a 400 c. c., a veces más. En las bronquiectasias en período avanzado puede llegar a 1.000 c. c., en ellas la expectoración suele ser más mucopurulenta. Si la vómica es muy homogénea y flúida nos inclinará hacia el empiema.

La expectoración puede ser inodora o de fetidez más o menos intensa, incluso de olor a carroña. La fetidez es debida a infección anaerobia primitiva o secundaria, pudiendo ser constante o sufrir eclipses. Nos hará pensar en abscesos o bronquiectasias mal drenadas. El olor a carroña, en gangrena pulmonar o en bronquitis pútrida.

Los decúbitos y cambios de posición del enfermo pueden influir en la cantidad de expectoración; siempre que un decúbito aumente claramente la cantidad de expectoración, hay que pensar en un foco supurativo del hemitórax opuesto al decúbito. Si sucede en decúbito supino, hay que pensar en lesión de base, esto en términos genera-

les, ya que a veces los abscesos especialmente, evacuan mejor en decúbitos ilógicos completamente.

Hay que tener en cuenta que la apertura del absceso en bronquio, puede ser fisuraria, pudiendo entonces evacuar en forma fraccionada, lo que se presta a confusión con bronquiectasias.

En general en las SBP, la expectoración suele ser más abundante por las mañanas, sobre todo en las bronquiectasias.

Son diversos los síntomas clínicos que acompañan a los procesos que tratamos, así la tos, al principio puede ser irritativa y más adelante, productiva, con frecuencia emetizante, pudiendo estar influida por los decúbitos y a veces más o menos fétida. La fiebre suele ser irregular; si el comienzo es brusco, con fiebre elevada continua o remitente o irregular, nos orientará hacia el absceso, en ellos suele bajar después de la vómica, elevándose de nuevo si existe complicación: retención, extensión, pleuresía, etc. Las bronquiectasias suelen evolucionar sin temperatura, esta se eleva en forma variable en los brotes, si existe retención y en las complicaciones; en las avanzadas puede haber febrícula continua. El mal estado general es frecuente en el absceso, así como el adelgazamiento. En las bronquiectasias se suele conservar mucho tiempo un aspecto florido. Las hemóptisis son frecuentes en las bronquiectasias existiendo una forma

seca muy hemóptica. En los abscesos se suelen presentar antes de la vómica u otro momento de su evolución y pueden ser abundantes en los gangrenosos, ensombreciendo el pronóstico. En las SBP, es frecuente la osteopatía hipertrofiante neumática de Pierre-Marie, que puede ceder al curar el proceso supurativo. Puede existir disnea más o menos intensa según la extensión del proceso y de sus complicaciones, así como dolor torácico.

La exploración física es muy variable, desde los síntomas catarrales simples, roncos y sibilantes, pasando por los focos de estertores húmedos de pequeñas y gruesas burbujas, hasta las grandes matideces, síndromes cavitarios o hídricos, existe toda una gama. También nos orientarán hacia la posible etiología las punciones exploradoras y el examen de los exudados que se obtengan.

La exploración que verdaderamente ayuda al diagnóstico de las SBP, es la radiológica, la radiografía simple en las diversas posiciones, las radiografías mediante contrastes yodados y las tomografías.

La radiografía simple puede dar pocos datos en los casos de bronquiectasia no complicada, ya que no da la imagen pura de la dilatación, veremos aumento del pincelado bronco-vascular, a veces imágenes en tubo (claridad central entre dos estriás opacas). En casos avanza-

dos imágenes anulares o en nido de abejas, e incluso verdaderas imágenes cavitarias (seudo-cavernas), si las bronquiectasias están llenas darán imagen de manchas. Son frecuentes las imágenes de esclerosis y atelectasias, aparte de toda la gama de las complicaciones parenquimatosas y pleurales. En los niños son muy frecuentes los triángulos mediastino-diafragmáticos, que con gran frecuencia albergan bronquiectasias, debidos a atelectasia. Se ven también oclusiones de senos e irregularidades diafragmáticas. Para sacar conclusiones la radiología ha de ir unida a la clínica.

En los abscesos se apreciarán sombras más o menos extensas: pueden interesar un segmento pulmonar, un lóbulo y raras veces más de un lóbulo, de límites más o menos regulares, de densidad uniforme al principio, apareciendo luego una zona de reblandecimiento, debida a necrosis y liquefacción del parénquima, mal dibujada y anfractuosa, a veces sombras difusas, con espacios claros o areolas mal dibujados. Después de la vómica suele aparecer la imagen hidroaérea, que suele ser de contornos limpios, aunque a veces no.

Si pasan al estado crónico con alteraciones bronquiales y neumonía crónica, puede hacerse muy difícil su lectura radiográfica, apareciendo en ellos sombras de desigual intensidad alternando con espacios claros. Si existe pleuresía,

la toracentesis y el neumotórax pueden hacer visualizar mejor la lesión. Los Rayos X pueden también poner de manifiesto cuerpos extraños opacos, causantes de la lesión bronco-pulmonar.

Con frecuencia la radiografía simple no nos resuelve el problema de las supuraciones, especialmente las bronquiales y entonces hay que recurrir a la Broncografía mediante contraste, utilizando hoy en día las soluciones acuosas viscosas de yodo, que se absorben con rapidez al contrario de las soluciones oleosas. Antes de su uso conviene hacer una prueba de sensibilidad al yodo y vaciar la supuración bien espontáneamente por decúbitos o por aspiración bronquioscópica, llenando un lado por sesión. Evitar hacerlas durante los brotes agudos, hemoptisis, mal estado general del enfermo, estado de mal asmático. La técnica a utilizar la que domine el operador desaconsejando la transtorácica.

En casos de bronquiectasias obtendremos la mayoría de veces imágenes demostrativas, ilustrándonos sobre el tipo clínico de las mismas, de la existencia de estenosis bronquiales, podrá hacernos visualizar cuerpos extraños transparentes a los Rayos X. Si existe bronquiolitis, el contraste no alcanzará los alveolos, dando la imagen de árbol sin hojas. En los casos de tumor bronquial se apreciará la imagen en tapón o pico de flauta, si es por secreciones la detención

del contraste será irregular. En los tumores pulmonares y quistes, se apreciará distorsión bronquial. En los abscesos no evacuados, aparte de un cierto grado de distorsión, veremos la imagen de árbol sin hojas y con hojas después de la vómica si ha desaparecido el componente neumónico. Sin embargo el contraste no suele penetrar en la cavidad del absceso o lo hace con dificultad, por la estenosis bronquial inflamatoria y por los residuos purulentos. Si la fístula es amplia, puede visualizarse bien. La reiteración de negatividad sospechando bronquiectasia, nos inclinará hacia la bronquitis crónica. Según FRANKLIN, el test de curación de los abscesos si ha desaparecido la fenomenología clínica y radiológica, sólo lo puede dar la negatividad al contraste.

La Tomografía es poco útil en el estudio de las bronquiectasias y mucho en los abscesos, especialmente en los casos en que sospechemos absceso y la radiografía simple no lo demuestre y también cuando reacciones pleurales, esclerosis o atelectasias y el estar en región hilar o retrocardíaca, nos impida el ver el parénquima. Puede dar sorpresas poniendo en evidencia grandes cavidades o cavidades múltiples. En los casos tributarios de intervención, nos ilustrará exactamente de su situación, tamaño y profundidad.

Entre las investigaciones de laboratorio, en el examen de los

esputos además de los componentes del pus, se apreciará la flora microbiana, cuyo estudio no nos corresponde. En general ausencia del b. de Koch, aunque pueden coincidir ambas afecciones. La existencia de fibras elásticas dato inseguro indica destrucción del parénquima. Tiene interés el Papanicolau que puede poner de manifiesto células neoplásicas.

Los exámenes de sangre en las bronquiectasias son en general normales, con algo de anemia, salvo en los brotes y complicaciones, en que hay hiperleucocitosis y V. S. acelerada. En los abscesos en la fase aguda hay también hiperleucocitosis con neutrofilia y V. S. muy acelerada. Las leucocitosis de más de 25.000, nos deben poner en guardia sobre posibles complicaciones. El hemocultivo en la fase aguda de los abscesos puede poner de manifiesto una sepsis. En las formas crónicas los análisis de sangre pueden ser normales.

Los antibiogramas, nos informarán para hacer una terapéutica adecuada medicamentosa.

El diagnóstico de una SBP, hay que hacerlo cuanto antes, así como su probable etiopatogenia. Para ello es indispensable una historia clínica detallada que nos ilustrará de las afecciones padecidas, respiratorias o generales, enfermedades y operaciones oro-rino-faríngeas, o de otra parte del cuerpo, posible aspiración de cuerpos extraños, inmersiones prolongadas que de-

bilitan el reflejo tusígeno, procesos supurativos de diversas partes del organismo, nos ayudarán al diagnóstico. Si es un antiguo tosedor con buen estado general nos orientaremos hacia la bronquitis crónica y si además presenta pequeñas vómitas matutinas, nos inclinaremos hacia la bronquiectasia, la radiografía con contraste nos resolverá el problema. El diagnóstico entre bronquiectasia y absceso puede ser muy difícil, especialmente en los cronicados en que pueden coexistir bronquiectasias y abscesos, la forma de comienzo, tipo de expectoración, radiología y análisis de esputos y hematológicos, suelen aclarar el caso ayudados por la bronquioscopia si es necesario. Puede ser difícil la diferenciación entre absceso y pleuresía interlobar y enquistada; el tipo de vómita y su relación con el comienzo de la enfermedad así como la radiología de frente y perfil y las tomografías nos pueden resolver el caso.

Las SBP pueden confundirse con la tuberculosis. La reiterada ausencia del b. de Koch, aunque a veces pueden simultanearse ambos procesos y la radiología nos ayudarán al diagnóstico. Nosotros queremos remarcar la frecuencia con que hemos visto pequeños abscesos de lóbulo superior, generalmente post gripales, con vómita pequeña o enmascarada y con aspecto de infiltrados tuberculosos que han sido tratados como tales

por no reiterar los análisis de esputos, perdiendo un tiempo precioso. Hemos visto algunos que habían sido tratados como tuberculosis durante varios meses.

La diferenciación con el cáncer bronquial es importante, en todo individuo de más de 40 años, con síndrome de SBP, hay que explorarlo bien, haciendo radiografía, Papanicolau y bronquioscopia.

En los quistes hidatídicos supurados las pruebas biológicas se negativizan, pero la radiografía y la tomografía son excelentes auxiliares.

En los quistes embrionarios supurados la infección puede enmascarar la limpieza de su contorno, la evolución y la broncografía puede aclarar el diagnóstico. En las micosis pulmonares, los análisis de esputos y cultivos suelen resolvernos el caso.

La evolución de las SBP, desde el advenimiento de los antibióticos, se ha modificado favorablemente, especialmente en los abscesos ya que en las bronquiectasias, por su curso cronicante, si evitamos su progresión podemos estar satisfechos. En los abscesos se abortan estos con gran frecuencia antes de la fase supurativa y aún usados después de la vómica se consigue en una gran mayoría hacer regresar el proceso, siempre que no haya transcurrido un plazo demasiado largo hasta la iniciación

del tratamiento con antibióticos.

Nosotros en el período de 1947 a 1957, hemos visto 33 casos de abscesos pulmonares, 23 en varones y 10 en hembras y de ellos 25 del pulmón derecho y 8 del izquierdo. Con tratamiento iniciado hasta los tres meses de enfermedad 22 casos, de los cuales curaron 19 en un plazo variable, se cronicó 1 y fallecieron 2, uno al mes del tratamiento y otro por afección quirúrgica. Entre los tres meses y un año 7 casos, uno curó, 5 se cronicaron, siendo neumectomizado uno de ellos y uno falleció por hemoptisis fulminante. Después de un año de evolución, vimos 4 que siguen cronicados uno con brotes frecuentes, que vemos hace muy poco tiempo y los otros lo mismo que los cronicados del 2.º grupo, con largas acalmias y sombra radiológica.

Algunos de los casos ya habían sido tratados con antibióticos, otros como tuberculosos y algunos con balsámicos.

Se hizo en todos ellos cura postural y antibióticos generales, nebulizaciones en algunos, en uno aspiración bronquioscópica y en otro, post embolia pulmonar, inyecciones transparietales de penicilina.

Somos pues poco optimistas en los casos que lleven más de tres meses de evolución, usando sólo la terapéutica antibiótica general y drenaje postural.