

## DIAGNOSTICO BRONCOSCOPICO DE LAS SUPURACIONES BRONCO-PULMONARES

Dr. A. CASTELLA ESCABROS

Jefe del Servicio de Broncología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona.

A pesar de que la neumología constituye hoy una ruina financiera para el neumólogo, a pesar de los progresos de la ciencia neumológica, el problema de las supuraciones bronco-pulmonares representa todavía una serie de preocupaciones médicas y quirúrgicas como lo demuestran sus incasantes publicaciones y este Congreso, por el cual tantos elogios merecen sus organizadores. En un trabajo constante, muchos conceptos han visto el día desde principios de siglo para desaparecer muy pronto, su mayor parte, en las sombras de la noche, pero los estudios broncológicos, desde 1932 hasta la actualidad, cada vez han lucido con más fulgor porque ha sido la broncoscopia la que ha orientado mejor el diagnóstico y tratamiento de las supuraciones bronco-pulmonares. Es con la práctica cotidiana de la radiología y de la broncoscopia, que se ha logrado, desde 1940, una revisión sobre las nociones clínicas y anatomopatológicas de las supuraciones del aparato respiratorio, permitiendo su mejor tratamiento actual, tanto conservador como quirúrgico.

Años atrás, cuando aparecieron los primeros antibióticos, se creyó que dichas enfermedades, particularmente el absceso de pulmón, desaparecerían completamente del escenario clínico, pero hoy vemos ya que no es así, pues, aunque es indiscutible que son mucho menos frecuentes que antes de la era de los antibióticos, también es evidente que subsisten todavía y que incluso parecen aumentar estos últimos años. No todos los abscesos curan con los antibióticos aunque se empleen correctamente según los antibiogramas más escrupulosos. La cirugía de exéresis, aplicable para los casos rebeldes a los antibióticos, no siempre está indicada. Quedan una serie de casos intermedios cuya única posibilidad de curación reside en la broncoscopia. Es más, la mayoría de los casos de absceso de pulmón, tanto médicos como quirúrgicos, encuentran gran ayuda diagnóstica y terapéutica en la broncoscopia.

Actualmente, el estudio de las supuraciones bronco-pulmonares, además de la exploración radiológica que imperaba años atrás, está también orientado y dirigido por

la broncoscopia y los datos anatómicos suministrados por el examen de las piezas de exéresis que los cirujanos nos brindan hoy con tanta profusión. Gracias a estos datos objetivos, radiológicos, broncoscópicos y operatorios, vamos adquiriendo un concepto mucho más claro y real del polimorfismo

fijar, aproximadamente en cada caso, la medida en que el elemento bronquial interviene sobre la patología y semiología de la enfermedad.

Ahora bien, para resumir estos datos, dada la premura del tiempo, debemos servirnos de la clasificación más simple posible, la cual,

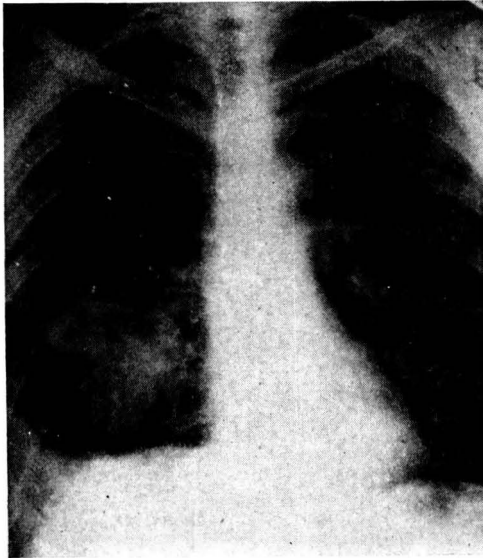


Fig. 1, R. P. (caso del Dr. COLL COLOMÉ). — Opacidad parahilar redondeada, no homogénea, en base derecha con el seno costodiafragmático ocupado. Sintomatología clínica de absceso crónico. La broncoscopia confirma que el pus proviene del apical inferior y basales. Al aspirar el bronquio apical inferior, se recoge un trozo de membrana hidatídica.

que presentan las supuraciones bronco-pulmonares.

Aunque nuestro cometido sea sólo describir los datos objetivos que la broncoscopia puede aportar, debemos partir de una clasificación de las supuraciones bronco-pulmonares, a fin de que la descripción, siendo ordenada, nos sirva para

aunque no esté libre de críticas, sea breve y práctica para la ordenación diagnóstica y terapéutica.

Así pues, desde el punto de vista broncoscópico, vamos a distinguir:

- 1.º Las Bronconeumopatías supuradas, y
- 2.º Las supuraciones bronquia-

les propiamente dichas, con bronquiectasias o sin ellas.

Prescindiremos de las supuraciones pulmonares puras —o sea que no acarreen alteraciones bronquiales, debido a que no alcanzan al conducto bronquial o que éste sólo sirve de conducto evacuador de la supuración pulmonar— porque son casos excepcionales y porque ca-

ción pulmonar sea la primitiva y secundaria la bronquial, en casi todos los casos, la participación patológica del bronquio es indiscutible y sus consecuencias extraordinarias.

#### **Bronconeumopatías supuradas**

Para las Bronconeumopatías su-

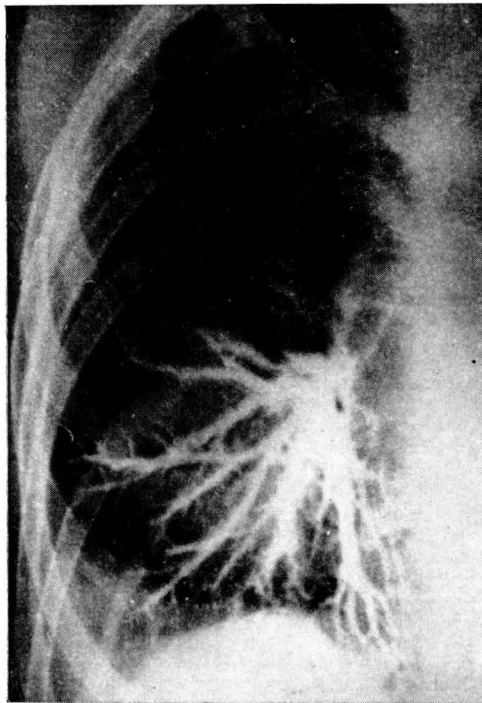


Fig. 2, R. P. — La broncografía demuestra que no existen bronquiectasias. Previa neumotomía, se le extrae la membrana encarcelada y cede la sintomatología clínica.

recen de interés broncológico. Las supuraciones pulmonares son casi siempre broncopulmonares, ya sea porque la lesión bronquial es primitiva y secundaria la pulmonar, ya sea porque aunque la supura-

puradas, cuyo prototipo es el absceso de pulmón, la broncología ocupó el primer rango terapéutico cuando la neumotomía era un fracaso y no existían los antibióticos.

El entusiasmo broncoscopoterá-

pico de aquellos tiempos, ha descendido extraordinariamente porque ha cedido dicho primer rango a los antibióticos, administrados en general ciegamente de una manera exclusiva, y, cuando estos fracasan, a la cirugía de exéresis. Pero a pesar de que estas nuevas posibilidades de curación se hayan colocado en primera fila, no han suprimido las indicaciones de la

que, en los medios científicos, ya no se concibe la corrección en el diagnóstico y tratamiento de un absceso de pulmón, sin la aportación de los datos broncoscópicos. Concretamente: la broncoscopia, contribuye a esclarecer los caracteres particulares de la supuración; determina su ubicación exacta; muchas veces hace el diagnóstico etiológico del absceso demostrando

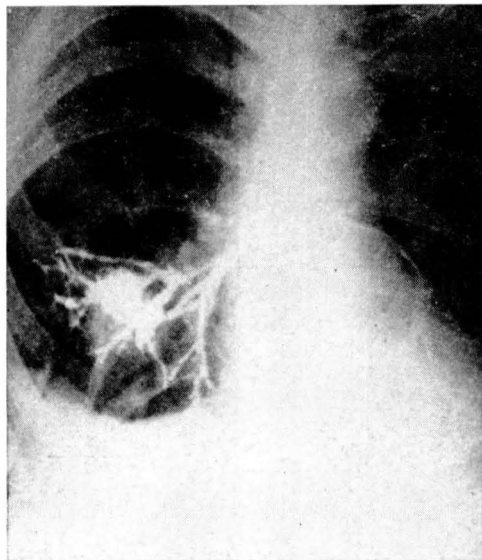


Fig. 3, R. P. — Al cabo de un año después de la operación, tiene tos con expectoración, fiebre y hemoptisis. La broncografía demuestra una cavidad postquistica y alguna dilatación bronquial.

exploración y de la terapéutica broncoscópica. A pesar del entusiasmo del clínico para la sencilla administración de los antibióticos y a pesar de la lujuria del cirujano para la exéresis, son muchísimos los casos en que el broncólogo es requerido para intervenir entre el clínico y el cirujano. Tanto es así

do que su causa es una lesión bronquial; drena el absceso y aumenta la actividad de los antibióticos; orienta al cirujano, afirmando o infirmando la formalidad operatoria.

Convengamos que el *absceso de pulmón* cuando se inicia, no puede diagnosticarse de una manera precisa y terminante sólo con la acos-

tumbrada exploración clínica y radiológica corrientes.

Es indiscutible que el diagnóstico precoz de una bronconeumopatía supurada, cuya forma más característica es el absceso de pulmón, debe fundarse, no solamente

Todos sabemos que la mayor parte de neumopatías superagudas que años atrás hubieran sido el estudio inicial del absceso de pulmón, hoy viran rápidamente hacia la mejoría y muchas de ellas curan completamente gracias a los anti-

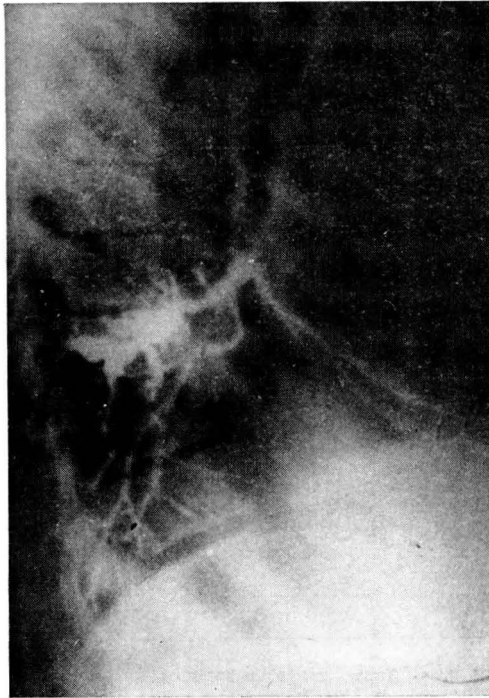


Fig. 4, R. P. — La broncografía de perfil demuestra que la cavidad residual postquística con bronquiectasias corresponden al segmento apical inferior, donde había estado ubicada la membrana encarcelada. Se le practican broncoaspiraciones con toques de adrenalina e instilaciones con un preparado de cloromicetina y cede la sintomatología clínica. Este caso nos enseña que la operación del piquiste debía haber sido la exéresis del segmento apical inferior.

en la historia de la enfermedad, en los signos radiológicos y clínicos, en los resultados bacteriológicos, sino también en los aspectos endoscópicos de la rama bronquial correspondiente.

bióticos. Pero algunas veces el resultado de estos antibióticos no es tan halagüeño: la neumopatía evoluciona hacia la supuración y el absceso no es diagnosticado hasta que se presenta la vómica o la ima-

gen radiológica señala la formación hidroaérea. Llega el estado subagudo o crónico, con piosclerosis, en que el absceso ya no acostumbra a curar sólo con los antibióticos, posiblemente porque éstos han sido recetados defectuosamente desde el principio por desconocer el verdadero diagnóstico.

En cambio la broncoscopia, practicada durante la primera fase

con ligero edema de la mucosa o con pus que obstruye el orificio. La espectoración del enfermo recogida en una escupidera puede ser inodora y hacer creer que la dicha espectoración, aunque purulenta, es debida a piógenos banales, no pútridos. Pero mediante broncoscopia, con la aspiración y con los golpes de tos, que obran como prensa, se provoca el vaciado del absceso,

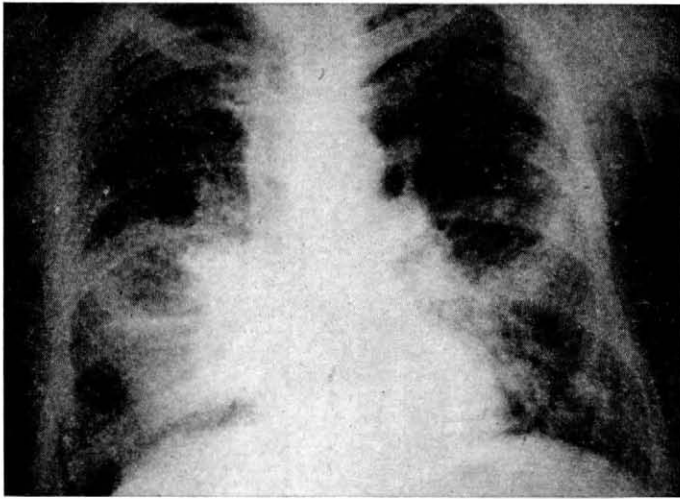


Fig. 5, E. V. — Gran supuración broncopulmonar con absceso en base derecha. La broncoscopia aprecia como el pus fluye en cascada del bronquio lobar medio, pero también hay purulencia en los bronquios lasales de ambos pulmones. Ha venido a nosotros procedente de un Servicio de Cirugía, que no puede intervenir al enfermo por su mal estado y porque las pruebas cardiorrespiratorias son muy malas.

de la bronconeumopatía, puede descubrir el hilo de Ariana para diagnosticar el absceso en su fase inicial. Podemos ver alteraciones bronquiales circunscritas en un orificio lobar o segmentario. La pared bronquial y el espolón del orificio correspondiente están enrojecidos y congestionados, algunas veces

llega un soplo de gas fétido al olfato del broncoscopista; el diagnóstico queda hecho y sus consecuencias terapéuticas son extraordinarias.

La aspiración broncoscópica, aséptica, de las secreciones bronquiales sospechosas, es además muy útil para la identificación de

los gérmenes del absceso y para establecer su antibiograma exacto.

Frente a una neumopatía de cariz grave, la broncoscopia debe ser practicada tan pronto se sospeche la formación de un absceso, por cuatro razones principales:

1.º Puede lograr un diagnóstico precoz descubriendo una alteración

quiectasias desconocidas hasta entonces.

3.º Permite la aspiración de secreciones en el sitio de su origen en vista de un examen bacteriológico con antibiograma.

4.º Con maniobras adecuadas, puede descongestionar el bronquio y drenar el absceso.

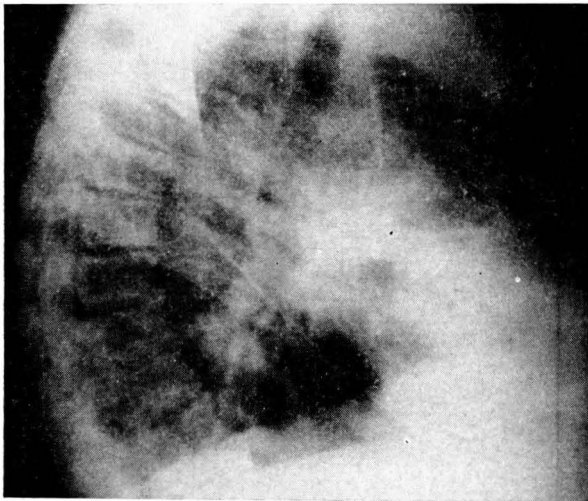


Fig. 6, E. V. — La radiografía de perfil indica que el lóbulo medio está pluriabscedado. Se trata el enfermo con broncoaspiraciones e instilaciones con un preparado de cloromicetina, curando el absceso según demuestran las figuras 7 y 8. Cede la gran sintomatología supurativa al cabo de un mes de tratamiento endobronquial. Un año después de curado su absceso, el enfermo aqueja solamente una bronquitis supurativa discreta, residual, en los bronquios basales, sin dilataciones.

bronquial circunscrita y situando con precisión la salida de pus fétido.

2.º Elimina o confirma una causa endobronquial que podría ser la responsable de la neumopatía y del absceso, como es un tumor incipiente, un cuerpo extraño, o un brote infeccioso agudo sobre bron-

### Supuraciones bronquiales propiamente dichas

En cuanto a las supuraciones bronquiales propiamente dichas, digamos ante todo que *las bronquitis supuradas sin bronquiectasias* son rarísimas, pero cuando se presentan son de un interés broncológico extraordinario.

La sintomatología clínica es muy semejante a la que dan las bronquiectasias, pero la expectoración no acostumbra a tener un carácter tan matutino, no es tan abundante, aunque es más continua, y más que purulenta, es más bien muco-purulenta.

La broncoscopia, muestra una mucosa inflamada, irregular e hipertrófica o con aspecto de terciopelo asergado. Generalmente

pectoración crónica, cotidiana, matutina, y con brotes bronquíticos frecuentes o estacionales son habituales, ofrece también a la exploración broncoscópica signos muchas veces patognomónicos. Debe existir tanto más interés en conocer bien estos signos endoscópicos, por cuanto las supuraciones de las bronquiectasias son las afecciones más frecuentes del árbol respiratorio que se presentan al broncólogo.

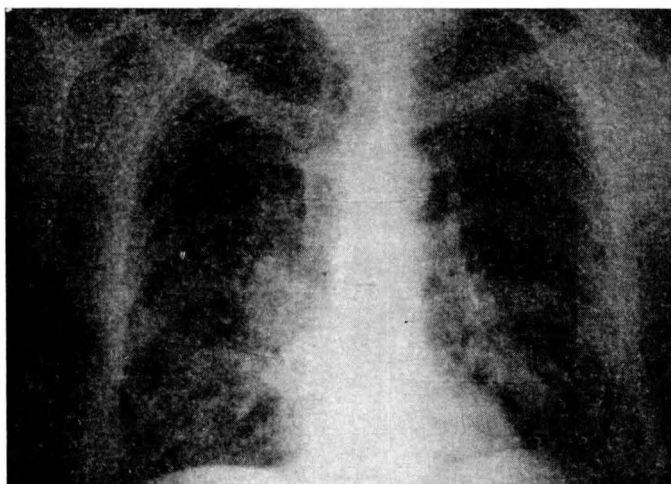


Fig. 7.

abarca ambos bronquios inferiores que se hallan llenos de secreción purulenta. La broncografía demuestra la falta de dilataciones. Es muy importante su conocimiento para el broncoscopista porque con la endobroncoterapia se puede obtener muy buenos resultados.

Papel importantísimo para la broncología representa el enfermo que sufre *bronquiectasias*, pues si sus características clínicas con es-

Se discute frecuentemente si la broncoscopia debe ser ahorrada con la broncografía y si debe o no practicarse antes que ésta. Nuestro parecer es que debe practicarse siempre y es preferible practicarla antes de la broncografía por varios motivos. Teniendo presente que las bronquiectasias pueden ser secundarias o asociadas, con la broncoscopia podremos descubrir un posible factor etiológico de las mismas,



existente todavía; y además, porque si se trata de bronquiectasias con gran supuración, aspirando ésta, haremos limpieza bronquial para permitir después mejor broncografía.

La gran ventaja de la broncoscopia es que juega doble papel: terapéutico y diagnóstico.

cha utilidad, porque permite el examen directo de las secreciones y el de las variaciones morfológicas de los bronquios.

El *examen directo de las secreciones* es utilísimo porque, según su cantidad y según su localización, formamos un concepto diagnóstico y terapéutico.

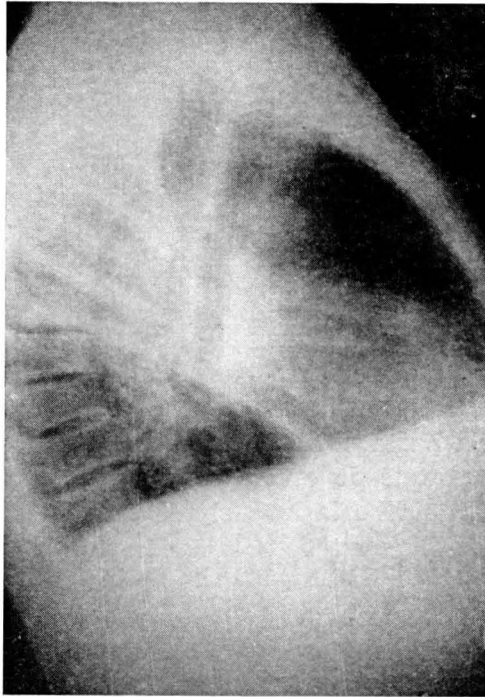


Fig. 8.

Terapéutico, porque aspira las secreciones retenidas y orienta para un tratamiento conservador o para una posible exéresis. No insistimos sobre este papel terapéutico porque sería salirnos del cometido que nos ha sido confiado.

El papel diagnóstico es de mu-

Las secreciones pueden constituir una abundante supuración bronquial cuando existe retención, producida ésta por la forma ampullosa de las bronquiectasias o por existir un proceso infeccioso. Hemos broncoscopiado enfermos que expectoraban 500 c. c. de pus dia-

rios y autores hay que describen casos con 1000 c. c. de pus en las 24 horas. En tales casos el bronquio se inunda continuamente de pus y para progresar con el broncoscopio hay que aspirar repetidamente. El pus es verdoso o grisáceo y algunas veces sanguinolento debido a la fragilidad de los vasos superficiales de una mucosa muy inflamada. Generalmente en los casos de gran supuración existe fetidez, pútrida o francamente fecaloidea, debido a la flora anaerobia. Una de las grandes ventajas de la broncoscopia con aspiración e instilación antibiótica, es que logramos hacer desaparecer dicha fetidez muy rápidamente, a veces con la primera broncoscopia. Las más de las veces, la secreción; aunque purulenta, es escasa, y si no estorba la visión exploratoria, es aconsejable no aspirarla hasta el final de la exploración porque de esta manera el pus nos guía hacia los orificios bronquiales que emiten la secreción.

Algunas veces las secreciones son más bien mucosas, consistentes y viscosas, con tal tendencia a formar tapones que llegan a producir la obstrucción de algún bronquio segmentario; obstrucción responsable de las zonas atelectásicas y focos neumónicos que tan frecuentemente complican las bronquiectasias.

La ausencia total de secreciones no autoriza a negar posibles bronquiectasias. Estas pueden producir

discreta secreción que el enfermo ha espectorado minutos antes de la broncoscopia y el endoscopista halla limpio el conducto bronquial. Son además clásicas y bien conocidas de todos, las bronquiectasias secas y hemorragíparas. Ocurre frecuentemente que un enfermo espectorara sangre, sin ninguna otra sintomatología y con radiografía normal; el neumólogo lo envía al broncoscopista sospechando un epistoma o traqueítis hemorrágica. La broncoscopia puede ser normal pero la broncografía demuestra algunas veces dilataciones bronquiales preferentemente del lóbulo superior.

Además de las secreciones, ¿cuáles son los *aspectos endoscópicos* de los bronquios asequibles a la exploración broncoscópica para inducir al broncólogo a sospechar bronquiectasias? Los más característicos y frecuentes son los tres siguientes:

En la mayor parte de los casos los bronquios principales presentan *gran inflamación*: su mucosa está muy congestionada y enrojecida, los cartílagos destacan mucho menos que en estado normal; la hipervascularización capilar es extraordinaria por cuyo motivo después de algunas aspiraciones aparece una verdadera hemorragia en sábana. Esta inflamación, algunas veces se presenta como una *hipertrofia de la mucosa*: su superficie es irregular, tomentosa, con placas repujadas y cuya ins-

pección óptica atenta permite ver numerosos orificios de hiperactividad glandular. Los espolones han perdido su finura, están engrosados, empastados y deformados.

Algunas veces los bronquios principales se conservan normales y sólo los lobares y segmentarios, especialmente los de la pirámide basal, son los que se presentan francamente inflamados.

En otros casos, generalmente en los enfermos de cierta edad, la mucosa bronquial en lugar de presentarse inflamada y enrojecida, aparece por el contrario, *atrófica*, delgada, pálida e incluso grisácea. Entonces, los anillos cartilaginosos, son más visibles, resaltando de la pared como si estuviesen sueltos y descarnados. A pesar de esta palidez, la fragilidad de la mucosa es tal, que la aspiración puede provocar hilillos de sangre.

No existe relación entre estos diferentes aspectos de la mucosa y las diferentes formas de bronquiectasias, aunque generalmente cuanto más inflamación más espectoración y cuanto más espectoración más voluminosas son las bronquiectasias.

En cuanto a las *variaciones morfológicas* de los bronquios con dilataciones, podemos decir que la forma y calibre de los bronquios principales y lobares aparecen normales, siempre y cuando no exista en ellos la causa estenósica de las dilataciones.

En fin, hemos dejado, para ter-

minar, las muy interesantes *alteraciones de los orificios bronquiales*, de los bronquios secundarios o segmentarios. Sin duda alguna que estas alteraciones son las más características que la broncoscopia puede describir para casi afirmar la existencia de bronquiectasias, especialmente cuando residen en las bases pulmonares que es lo más frecuente.

Los orificios bronquiales secundarios o segmentarios, en lugar de ser unos simples abocamientos regulares y redondeados en el bronquio lobar, aparecen muy alterados, irregulares o triangulares, cuando más allá, en su segmento o subsegmentos, existen bronquiectasias. Además, el borde del orificio aparece con una aureola o cerco muy congestionado, acarminado, que destaca del color de su alrededor, sobre todo cuando la mucosa bronquial es pálida y *atrófica*. Dicha aureola, alrededor de la pared del orificio segmentario, puede estar además infiltrada, apareciendo entonces como un rodete abultado circular que da al orificio el aspecto de un hocico de tenca. Este aspecto es verdaderamente original y más todavía cuando el orificio, a pesar del burlete congestivo, no está estenosado, sino más bien abierto y ensanchado, a veces en forma de cáliz, como ocurre con el orificio de Nelson, que resalta en relieve de la pared posterior del bronquio inferior.

Digamos, finalmente, para ter-

minar con los aspectos endoscópicos de las bronquiectasias, que aunque en los bronquios principales y lobares no se encuentre secreción por haber sido espectorada, en los orificios segmentarios más allá de los cuales radican las bronquiectasias, siempre hay un poco de moco o pus que las burbujas gaseosas hacen resaltar. O sea que estos orificios un poco sucios,

un poco inmóviles, con su aureola al rojo vivo, acostumbran a ser patognomónicos de las dilataciones bronquiales que la broncografía pondrá de manifiesto.

A falta de más tiempo, creemos haber señalado lo más saliente que la broncoscopia puede aportar para el diagnóstico más correcto de las supuraciones bronco-pulmonares.