

ESTADO ACTUAL DE LA TERAPÉUTICA DE LOS PROCESOS SUPURADOS BRONCO-PULMONARES

Dr. LUIS ARGILÉS

DENTRO de este capítulo de supuraciones broncopulmonares sólo trataré de los abscesos y bronquiectasias puras, excluyendo los procesos en los que la supuración es sólo una complicación de los mismos: quiste hidatídico, quistes aéreos o congénitos, neoplasias pulmonares, etc.

Tratamiento de las bronquiectasias

Para hacer una terapéutica correcta precisa ante todo un diagnóstico exacto, que se basará en el síndrome clínico, en la comprobación radiológica, especialmente la broncografía, que nos da la prueba de certeza, extensión y localización, datos de máximo interés para el tratamiento de esta afección.

No quiero entrar en el problema de la etiopatogenia de las bronquiectasias, pero sí que conviene mencionar algunas de sus particularidades referidas a su localización. Las bronquiectasias apicales se caracterizan por no dar casi nunca una expectoración abundante, sino fraccionada, debido al buen drenaje por su situación alta; sangran con cierta frecuencia; dan un cuadro clínico radiológico pseudo-tuberculosis, sólo diferenciable muchas veces por la baciloscopia negativa. Este diagnóstico resulta más difícil si tenemos en cuenta que a veces son el residuo de procesos específicos curados.

Las bronquiectasias del lóbulo medio se caracterizan: 1.º, por recaer generalmente en gente joven; 2.º, el sangrar con frecuencia y abundancia, siendo este síntoma el que lleva al enfermo a la consulta; 3.º, el dar radiológicamente una imagen de condensación del lóbulo más o menos acentuada. Es fundamental el practicar una radiografía de perfil. La broncografía nos puede dar una falta de relleno de los bronquios de dicho lóbulo o unas dilataciones cilíndricas o sacciformes de los mismos. Debe practicarse una broncoscopia para descartar la neoplasia bronquial.

Terapéutica

En todo enfermo bronquiectásico deben explorarse su naso farinx

para comprobar si hay algún foco supurado del mismo y en caso afirmativo debe ser tratado por el otorrino.

Terapéutica médica

De la terapéutica empleada hasta la actualidad sólo haré un breve recordatorio de la misma: Cura postural, vigente todavía ya que facilita el drenaje bronquial. Balsámicos a pequeñas dosis.

La dosis fuerte debe ser proscrita cuando la expectoración es espesa y, en cambio, empleada cuando es abundante y de carácter seroso. También nos servimos de los preparados de guayacol aunque empleados con cuidado porque alguna vez provocan expectoración hemática.

Quimioterapia y antibióticos

Con el advenimiento de las sulfamidas y antibióticos el tratamiento médico de esta dolencia ha mejorado y, si bien no se consigue su curación, resuelve muchas veces las reagudizaciones febriles de las mismas y prepara al enfermo para ser intervenido.

Las sulfamidas las damos a la dosis de 6-8 gr. los primeros días, bajando la misma a medida que disminuye el carácter purulento de la expectoración, continuándola durante unos días cuando es francamente serosa.

A ser posible debe investigarse la flora bacteriana de la expectoración y si es gram positiva emplearemos sulfamidas per os y penicilina por vía parenteral a la dosis de 600.000 a 800.000 U. como mínimo. Si la flora es gram negativa daremos 8 gr. de supronal diarios las primeras 48 horas, y si no remite el cuadro febril se puede subir a 12 gr. durante unos días, para descender a medida que mejora el cuadro clínico. La estreptomina la empleamos a la dosis de 1 gr. diario en dos inyecciones durante unos 10 días. Si la flora es mixta, como ocurre muchas veces, hacemos un tratamiento combinado de penicilina y estreptomina.

Ultimamente se ha enriquecido la terapéutica antibiótica con la clomicetina que, por tener un espectro de acción bacteriana muy amplia, se ha usado con buenos resultados.

Aerosoles

Esta vía se ha empleado para administrar sulfamidas, estreptomina, pero sobre todo penicilina. De ésta se suelen dar dosis diarias de 600.000 a 800.000 U. O., a una concentración de 50.000 a 100.000 U. por centímetro cúbico de suero fisiológico, en dosis fraccionadas de dos a cuatro

veces al día. Algunos autores recomiendan la asociación de aerosoles de estreptomycin 1 gr. al día durante dos semanas.

Broncoscopia aspirativa

En las bronquiectasias siempre debe practicarse la broncoscopia para descartar todo proceso endo o extra-bronquial que estenose el bronquio y pueda ser la causa de las mismas. Si se descubre una neoplasia se procederá a la exéresis. Si es un pólipo endobronquial de naturaleza benigna debe procederse a la extirpación del mismo por vía endobronquial. Una vez descartadas estas etiologías es cuando entra en funciones la broncoscopia aspirativa.

Técnica

Anestesia. — La noche anterior a la broncoscopia se da un comprimido de 10 cgr. de luminal; media hora antes de practicar la broncoscopia, una inyección de 0,5 mgr. de atropina con 1 cgr. de morfina, al objeto de disminuir la secreción bronquial; con ello, además, se precisa menos cantidad de anestésico. El anestésico preferido es la pantocaína en solución al 1 % para la faringe y al 0,5 % para la laringe; unos 4 c.c. para cada una. Si con estas cantidades no se logra una perfecta anestesia y hay dificultad para introducir el broncoscopio es preferible dejarlo para otro día antes de aumentar aquellas dosis.

La cocaína cayó en desuso por los frecuentes accidentes que producía.

Conseguida la anestesia se procede a la aspiración del contenido bronquial mediante una sonda de metal a través del broncoscopio, cuyo extremo distal es de goma, recta o curva, para evitar la mortificación de los tejidos. Terminada la aspiración, si la mucosa bronquial queda edematizada, se hacen toques de adrenalina al 1 por 1.000. A continuación instilamos 200.000 U. de penicilina disueltas en 5-10 c.c. de suero fisiológico.

Estas manipulaciones suelen practicarse dos veces por semana.

Instilaciones

Endobronquiales. — Cuando la secreción ha disminuído lo suficiente o bien es menos espesa, no hace falta utilizar siempre el broncoscopio para efectuar las instilaciones medicamentosas; basta proceder de una manera más simple. Se anestesia la faringe y laringe igual que para una broncoscopia. Guiados por el espejo laríngeo introducimos una sonda de Metrás hasta la tráquea, luego bajo control radiológico comprobamos su exacta situación bronquial y se dirige hacia los bronquios afectos. Ya colocada

en la posición deseada se pone el enfermo de manera que el sector afecto quede lo más bajo posible para que se retenga el máximo tiempo la penicilina que instilamos. Introducimos por la sonda 1 c.c. de la solución al 0,5 % de pantocaína y a los dos minutos inyectamos las 200.000 U. de penicilina. Acto seguido se retira la sonda y el enfermo permanece durante media hora en la posición que le hayamos colocado, procurando que no tosa, para facilitar lo cual permanecerá con la boca cerrada respirando superficialmente por la nariz. Algunos autores preconizan el uso del clo-ramfenicol disuelto en glicolpropilénico cuando fracasa la penicilina.

Tratamiento quirúrgico

Siendo las bronquiectasias ordinariamente lesiones anatómicas irreversibles la única terapéutica curativa es la exéresis. Antes de intervenir un bronquiectásico debe hacerse, como he dicho al principio, una broncografía de todo el árbol bronquial para saber exactamente la extensión y localización de las mismas. Si no lo exige un motivo imperioso jamás se operará en el período de reactivación del proceso. Siempre deben hacerse las pruebas cardio-respiratorias, renales, hepáticas y desechar los enfermos que no estén en condiciones, así como los casos de bronquiectasias difusas. En cambio, constituyen una buena indicación las llamadas bronquiectasias secas, que sangran de tal manera que algunas veces ponen en peligro la vida del enfermo.

La intervención consistirá en la exéresis en una de sus dos formas, lobectomía o neumectomía, según la extensión de las lesiones.

Resumen

Ante un bronquiectásico hay que hacer una broncoscopia y broncografía detallada de todo el árbol bronquial; limpiar todos los focos del naso farinx que puedan ser el motivo de los brotes y si éstos se presentan tratarlos convenientemente. La única terapéutica efectiva es la exéresis.

Tratamiento médico del absceso de pulmón

Como en todos los procesos supurados, una de las cosas fundamentales en el absceso de pulmón es la evacuación del pus. Para facilitarlo recurriremos al tratamiento postural, que consiste en hacer adoptar al enfermo el decúbito que facilite más la expectoración. Si la cura postural no puede ser continua por incómoda debe, por lo menos, hacerse un cuarto de

hora 3-4 veces al día y aprovechar la misma para que tosa el enfermo y así contribuir mejor a la evacuación de los detritus pulmonares.

Conjuntamente con la cura postural debe emplearse la terapéutica medicamentosa que creamos más conveniente. Ella se hace hoy día casi exclusivamente a base de sulfamidas y antibióticos, aunque PUSCHARD insiste en emplear las inyecciones endovenosas de solución de alcohol al 30 % en agua destilada cada dos o tres días con la pauta siguiente: dos inyecciones de 10 c.c., dos de 15 c.c. y, finalmente, dos de 20 c.c.

Sulfamidas

Actualmente empleamos sobre todo preparados compuestos por la asociación de varias de ellas. De esta forma se potencializa su acción disminuyendo su efecto tóxico. El preparado más empleado es el Supronal que actúa sobre los gérmenes gram positivos y negativos. Acostumbramos a dar una dosis diaria de 8 gr. repartidos en varias tomas, después de las comidas. Si a las 48 horas no cede la temperatura se sube la dosis a 12 gr. durante unos días, disminuyéndola si vemos que la temperatura tiene tendencia a descender. Mientras se administra hay que dar líquidos en abundancia y agua bicarbonatada si existen molestias gástricas.

La mayor parte de las veces hacemos un tratamiento combinado de sulfamidas-penicilina ya por vía parenteral ya intrabronquial.

Antibióticos

La penicilina es la empleada con más frecuencia. Puede administrarse por vía parenteral o intrabronquial. Por vía parenteral debe hacerse a dosis fuertes: 1.000.000 U. diarias, pues las de 200.000-300.000 U. son insuficientes, siguiendo la técnica corriente de 6 inyecciones diarias. Hoy día se tiende a darla en preparados de acción retardada, aquicilina o procaína-penicilina, en dos inyecciones diarias. Existe un preparado llamado Estopen que es un derivado de la penicilina, que tiene la propiedad de concentrarse preferentemente en el pulmón.

La administración parenteral de penicilina se prosigue durante unas cuatro semanas. Si clínica y radiológicamente no se ve una franca mejoría debe asociarse a otras vías de administración de la misma.

Punción transtorácica

Algunos autores franceses, especialmente TROCMÉ, vienen usando desde hace largo tiempo la punción transtorácica para tratar los abscesos de pulmón.

Se ejecuta mediante la siguiente técnica: 1.º, localización perfecta a rayos X del segmento pulmonar afecto; 2.º, anestesia con novocaína o similar de la pared torácica; 3.º, punción bajo control radiológico del absceso e inyección de 200.000 a 300.000 U. de penicilina en S. F. El enfermo debe permanecer en apnea durante la punción para evitar posibles traumatismos pulmonares con la aguja. Si la técnica es correcta parece que no hay peligro del tan temido neumotórax con empiema consecutivo. Lo que ocurre alguna vez son hemoptisis aunque no resultan de gravedad.

TROCMÉ dice que ha obtenido muy buenos resultados con este método, si bien condiciona el éxito a la precocidad del tratamiento; pero añade que le resulta un porcentaje bastante elevado de secuelas pulmonares y bronquiales que consisten en la persistencia de la cavidad abscesal sin nivel líquido ni sintomatología clínica, o bien en bronquiectasias y distorsiones bronquiales de diverso grado.

Broncoscopia aspiradora e instilación endobronquial

Cuando la vía parenteral ha fracasado o es insuficiente, asociamos a la misma las broncoscopias aspirativas seguidas de las instilaciones de penicilina in situ, siguiendo la técnica descrita al tratar del mismo método en el tratamiento de las bronquiectasias.

Tal como anotamos allí, no siempre es necesario hacer preceder la broncoscopia a las instilaciones endobronquiales de penicilina. Tan pronto como se haya conseguido una fluidificación de las secreciones abscesales se procede directamente a la práctica de las instilaciones. Aunque la broncoscopia es un procedimiento inofensivo, actualmente resulta más simple, cómodo y anodino para médico y enfermo la instilación sola.

El motivo de nuestra simpatía por este método deriva del alto porcentaje de curaciones que hemos obtenido, incluso en pacientes que hicieron focos nuevos en pleno tratamiento.

Los resultados son tanto mejores cuanto antes se empieza el tratamiento. Con ello se evita además los procesos pioscleróticos que resultan de tan mal pronóstico y que tarde o temprano van a parar al cirujano.

Ello no quiere decir que sea siempre la panacea; pero dada la inocuidad y sencillez del procedimiento, consideramos debe tener una prioridad sobre los demás.

Tratamiento quirúrgico del absceso de pulmón

Si transcurridos unos dos meses la terapéutica médica no ha logrado

la curación del enfermo debe éste pasar al cirujano de tórax sin más demora.

No entraré en detalles sobre la técnica quirúrgica porque lo ha hecho ya el Dr. LORENZO.

En términos generales hay dos tipos de intervenciones; una que busca el drenaje mediante una neumotomía, y otra la resección de un lóbulo, lobectomía, o del pulmón entero, neumectomía.

Antes se empleaba mucho la neumotomía, pero ha caído en desuso, sobre todo por las lesiones residuales, siendo la principal la persistencia de las fístulas bronco-cutáneas.

Las intervenciones de exéresis han sustituido a la anterior por sus mejores resultados. La neumotomía queda sólo para los casos en que el estado del enfermo hace temer que no soportaría con éxito la exéresis.

Las complicaciones del curso postoperatorio y el problema que representa un hemitórax vacío es tema quirúrgico que, como he dicho, ha tratado el Dr. LORENZO.