

- 6) En la ascaridiasis. Los ascáridos entran por la vía salivar.
- 7) En la periarteritis nudosa.
- 8) En la insuficiencia digestiva crónica o crónica intermitente con tendencia a ocasionales defecaciones muy masivas o diarreicas. Esto se refiere también a ciertos trastornos de desgaste en la hepatitis crónica, sobre todo en los casos que evolucionan hacia una cirrosis hepática. Un cierto grado de cirrosis de páncreas, con subsuficiencia exocrina, respectivamente, con deficiencia de fermentos, acompaña al desarrollo de la lesión hepática. Se puede tener esto en cuenta prescribiendo a estos enfermos hepáticos, como principio, fermentos pancreáticos. Mucho mejor es limitar esta prescripción a los casos y fases en los cuales la observación del aprovechamiento de alimentos, sea de un modo sumario, sin aparato de laboratorio, sea incluso por el propio paciente cuando sea relativamente inteligente, haga sospechar una deficiencia de fermentos.
- 9) En una manifiesta aversión para la grasa, así como datos que indiquen sialorrea.
- 10) En glucosurias esporádicas y síntomas diabéticos, así como en hipoglucemias espontáneas, esporádicas o progresivas, y también especialmente cuando se presentan alternando hiperglucemias e hipoglucemias espontáneas. También en los diabéticos que muestran por fases un comportamiento muy lábil del metabolismo.
- 11) En la pleuritis diafragmática izquierda, pero también derecha, así como en la pleuritis exudativa sin una etiología muy clara, e incluso, a pesar de existir una ligera tuberculosis.
- 12) Finalmente, cuando con ocasión de un examen radiológico del conducto gastrointestinal se observen en el duodeno o en el estómago condiciones anormales que podían hallarse relacionadas con una pancreatitis, por ejemplo, un divertículo duodenal, desplazamientos o deformaciones.

ORIGINALS

ESTUDIOS PRONÓSTICOS SOBRE LAS ESTENOSIS CICATRICIALES TUBERCULOSAS DE LOS BRONQUIOS PRINCIPALES

J. N. LEMOINE y F. PARÍS ROMEU.

París.

Valencia.

Servicio de Aparato Respiratorio. Hôpital Cochin.
Profesor: G. BROUET. París.

En una época en que ha perdido importancia la gravedad de la tuberculosis respiratoria gracias a la organización antituberculosa y a las terapéuticas medicamentosas, de indudable eficacia, nos ha parecido interesante estudiar la observación prolongada de 87 de nuestros enfermos afectos de estenosis cicatricial de un bronquio principal, y ello por dos razones:

— A pesar de la universalidad del empleo de la isoniazida, existen todavía países en los que la organización antituberculosa no es la de nuestros países de Europa Occidental en particular, y en los que el empleo de la isoniazida entra en acción frecuentemente de un modo demasiado tardío o no satisfactorio. Hay lugar a pensar que en estos países las lesiones tuberculosas, ulcerosas o no, de los grandes bronquios, siguen siendo tan frecuentes como lo eran en Francia antes de 1953, y que su evolución hacia la estenosis es igualmente tan frecuente como entonces: el 80 por 100 de los casos de ulceración bronquica antes de la isoniazida. Al subrayar que antes de 1953 más de la mitad de las lesiones tuberculosas, ulcerosas o simplemente muy infiltradas, de los grandes bronquios evoluciono-

naban espontáneamente hacia la cicatrización estenosante, puede imaginarse que si se realizase una encuesta endoscópica similar, en ciertos países que no tienen una organización antituberculosa tan desarrollada, se demostrarían todavía lesiones de los grandes bronquios con una frecuencia de alrededor del 7 por 100. En otro trabajo pensamos demostrar que esta frecuencia se ha reducido actualmente a más de la mitad en el ambiente médico donde trabajamos.

— La segunda razón consiste precisamente en que en Francia, en 1958, las lesiones ulcerosas y estenosantes de los grandes bronquios no han desaparecido totalmente; ha disminuido su número, pero la isoniazida no puede impedir la evolución cicatricial en las dos siguientes circunstancias, de las que nosotros hemos visto ejemplos indudables:

1) Cuando la isoniazida se utiliza demasiado tarde, las transformaciones fibrosas organizadas o en curso de organización no pueden influenciarse por el medicamento.

2) Hay lesiones inflamatorias tuberculosas de los bronquios, ulceradas o no, que tras el estudio clínico, endoscópico y bacteriológico parecen resistir a la isoniazida, y que se influyen bien, desde el punto de vista bacteriológico y endoscópico, por las pincelaciones locales con adrenalina; pero estas lesiones abocan todavía demasiado a menudo a la formación de estenosis bronquiales cicatriciales. Estos son hechos demostrados principalmente en los bronquios de enfermos cuya tuberculosis respiratoria comenzó cuatro, seis, ocho, diez e incluso más años antes.

En los enfermos cuyos grandes bronquios son asiento de una disminución de calibre como consecuencia del acercamiento por estrechez de las paredes bronquiales, es útil conocer el pronóstico a la vista de las decisiones terapéuticas, en su mayor proporción quirúrgicas, que son las únicas capaces de restablecer un calibre bronquial útil.

Antes de las posibilidades actuales de la cirugía plástica de los bronquios se hicieron numerosas tentativas para dilatar endoscópicamente las estenosis de los grandes bronquios; se trataba de un procedimiento de duración muy larga, cuyos resultados favorables, bastante raros, no han tenido jamás la aceptación de los tisiólogos, nos parece que con justicia según nuestra experiencia personal.

Si nos remitimos a la extensa bibliografía sobre el problema de las estenosis bronquiales tuberculosas, nos damos cuenta de la dificultad que existe para encarar el problema de una manera muy explícita; se hace difícil la interpretación de los datos de cada autor, dado el empleo de términos cuyo valor descriptivo no se desprende siempre fácilmente en sus trabajos.

Uno de nosotros, hace doce años, en una comunicación a la Société Française de la Tuberculose, no había evitado este escollo y la clasificación que se hizo entonces de las lesiones demostradas endoscópicamente no permite comprender claramente las correspondencias evolutivas de los casos clínicos. No se hizo una distinción suficientemente neta entre las diversas lesiones inflamatorias activas, ulceradas o no, por un lado, y las aparentemente cicatriciales por otro; sin embargo, existen posibilidades evolutivas muy diferentes entre los procesos inflamatorios, incluso los ulcerosos, con su posible regresión más o menos total y los procesos fibrosos cicatriciales de tendencia retráctil, estenosante, en los bronquios como en la mayor parte de los conductos del organismo, y cuyo retroceso no parece posible ni ha sido demostrado.

Es preciso subrayar, en este sentido, las dificultades del diagnóstico anatopatológico completo hecho por vía endoscópica, limitado a la superficie endobronquial y, a menudo, a la parte superior de las lesiones; conviene no olvidar la aportación documental, efectuada por las broncografías, sobre la extensión en longitud de ciertas lesiones bronquiales, en particular de las estenosis cicatriciales, y sobre el estado del sistema broncopulmonar distal a la estenosis bronquial.

Esta imprecisión anatopatológica se refleja en la literatura médica de hace ya más de diez años; la abundancia de trabajos aparecidos en Estados Unidos de América antes de la última guerra no contribuyó a aclarar esta cuestión después de los notables estudios de ELOESSER en 1934.

Los trabajos de P. C. SAMSON y cols., los de MAC INDOE, de LAWRENCE, de BUGHER, LITTING y CULP, de TUTTLER y O'BRIEN, de RAFFERTY y

SHIELDS, de ARCHIBALD, JUDD y HAMBURG, etcétera, registraron numerosas casos de tuberculosis bronquial mayor, pero se dieron muy pocas precisiones de manera satisfactoria sobre los tres siguientes puntos importantes:

— La calidad netamente cicatricial de la estenosis bronquial, al menos en cuanto a su aspecto endoscópico.

— La localización exacta de la parte superior de la lesión en el árbol bronquial.

— El estado pulmonar correspondiente a la estenosis cicatricial en cuanto a su aspecto eventual de actividad tuberculosa.

Nos ha parecido que estos tres puntos son muy importantes; mientras persistan lesiones inflamatorias, ulceradas o no, puede afirmarse que no se trata de una lesión fijada en su evolución anatómica; pueden surgir agravaciones locales en el grado de la estenosis y en su extensión hacia las partes altas de los bronquios; en nuestros días se registran muy frecuentemente importantes mejorías gracias a la eficacia, en ocasiones sorprendente, de la isoniazida administrada por vía general.

En estos mismos trabajos se engloba también, bajo el mismo epígrafe, las estenosis de los bronquios principales y las de los bronquios lobares; ahora bien, en nuestra experiencia hay tal diferencia pronóstica entre una estenosis cicatricial localizada en un bronquio lobar superior y una estenosis que afecta a un bronquio principal, que no es posible incluirlas en el mismo estudio, sino, por el contrario, separarlas para oponerlas.

Por último, no se indica siempre la naturaleza del estado pulmonar; los tres grupos que hemos separado a este respecto nos parecen igualmente necesarios; la comparación pronóstica de cada grupo con el pronóstico global es muy elocuente en este sentido.

En su libro de 1950, L. SAYE hace un estudio muy profundo de los aspectos anatoclinicos de las diversas lesiones bronquiales demostradas en el curso de la tuberculosis respiratoria. No parece que se haya reservado un interés particular a la cuestión del pronóstico de las lesiones cicatriciales de los grandes bronquios, interesándose sobre todo el autor en esta época a todo lo que concierne a la tisiogénesis. Todavía existen otros dos escollos en todas las publicaciones que hemos podido estudiar: el primero, es el pequeño número de enfermos, lo que hace imposible toda estadística; el segundo, es un número de años insuficientemente largo para poder apreciar el pronóstico clínico por hechos controlados clínica, radiológica y bacteriológicamente.

Por estos dos últimos puntos, nuestro trabajo no nos satisface totalmente; el número de nuestros enfermos, 87 (reducido a 86 por desaparición de una enferma) no es estadísticamente utilizable; subrayamos que este número es más de dos veces superior al de las publicaciones más importantes que llevan una indicación

pronóstica; pero el plazo mínimo de diez años para las evoluciones las más favorables no se ha alcanzado jamás en las publicaciones que han llegado a nuestro conocimiento, y es sobre todo en este sentido en el que pensamos poder ser útiles.

Los trabajos más sobresalientes en este sentido son los de MOUNIER-KUHN y MEYER, quienes han seguido 22 casos de dos a cuatro años, pero que no se trata únicamente de la estenosis cicatricial ni de la localización exclusiva de los bronquios principales. MAGNIN y LE TACON han observado durante un período de tres años 39 casos de estenosis cicatrales de los bronquios principales; recaeremos sobre este trabajo con motivo de ciertos criterios precisos que autorizan a referirse a él de manera útil. Igualmente tenemos el trabajo de CHADOURNE y cols., al que nos referiremos igualmente más adelante. Citaremos todavía la interesante comunicación de TROCMÉ y CARRÉ al II Congreso de la Asociación Internacional para el Estudio de los Bronquios en 1952, donde por primera vez se ha planteado la cuestión de la repercusión cardíaca de las estenosis tuberculosas de los bronquios principales.

* * *

Desde los primeros años de la observación de nuestros enfermos se vio claramente que el interés debía centrarse principalmente en los trastornos de la excreción bronquial, alteraciones secundarias a la estenosis bronquial cicatricial de un bronquio principal, mientras que los trastornos de la ventilación no tenían consecuencias importantes.

La intrincación patológica de estas dos funciones bronquiales, sobre la cual ha insistido frecuentemente P. AMEUILLE, tiene una amplitud progresiva conforme se constituye la estenosis cicatricial como consecuencia de la retracción del conjuntivo fibroso.

Si el trastorno de la ventilación no parecía a priori desempeñar un papel importante, puede, sin embargo, que la ausencia de aireación en un lóbulo pueda ser el motivo de un shunt arteriovenoso pulmonar, impidiendo así una oxigenación sanguínea normal. Pero también se sabe la participación bastante frecuente del sistema vascular en los diversos procesos obliterantes, lo que puede compensar en ciertos casos la falta del recambio gaseoso en el parénquima al otro lado de la estenosis.

El trastorno de la excreción bronquial nos ha parecido tanto más primordial puesto que es el origen no solamente de infecciones sobreañadidas por gérmenes piógenos no tuberculosos, sino también de brotes tuberculosos evolutivos como consecuencia de las transformaciones anatómicas provocadas por estas superinfecciones. La demostración de estos brotes tuberculosos y las observaciones anatopatológicas después de exéresis permiten afirmar la ausencia habitual (nueve de cada diez veces) de cicatrización completa de las lesiones tuberculosas situadas al

otro lado de las estenosis bronquiales cicatrales. Se trata aquí de un argumento más en favor de las intervenciones de exéresis broncopulmonar.

Desde el empleo de la isoniazida, esta eventualidad es actualmente más rara como consecuencia de la habitual eficacia de dicha droga, que, administrada por vía general, aboca a la esterilización aparente de las lesiones distales a las estenosis bronquiales en la gran mayoría de los casos, invirtiendo en este sentido la situación real que existía hace seis años. Este argumento de potencial tuberculoso es actualmente de consideración muy inferior a la que tenía hace diez años, sin que se le pueda negar a priori para cada caso en particular, sobre todo cuando se da uno cuenta de las imposibilidades materiales, tanto clínicas como radiográficas y bacteriológicas, de demostrar la esterilización de las lesiones tuberculosas pulmonares o bronquiales distales.

A pesar de la gran disminución de esta amenaza tuberculosa, las posibilidades de infecciones repetidas, progresivamente agravadas, parecen constituir una razón suficiente para plantear a menudo una terapéutica quirúrgica radical.

Uno de nosotros (J. M. LEMOINE), en dos comunicaciones, una en 1947, a la Société Française de la Tuberculose, y la otra, en 1948, al Congrès National Français de la Tuberculose, señaló este factor de gravedad aparente de las estenosis cicatrales de los grandes bronquios; pero la duración de la observación de los enfermos fue frecuentemente corta y la diferenciación de los casos no se presentó con un concepto preciso.

Cinco años más tarde esta discriminación era más neta, pero la encuesta no pudo llevar más que 84 de los 87 enfermos que habían sido reconocidos por endoscopia y que eran portadores de una estenosis cicatricial tuberculosa de un bronquio principal. Después hemos encontrado la pista de dos de estos tres enfermos; por otra parte, se trataba de dos enfermos en grave estado en 1952 y que murieron el mismo año. De esta forma, cinco años más tarde, en 1957, hemos podido conocer con exactitud la evolución de 86 de nuestros 87 enfermos desde el comienzo.

Es útil insistir sobre un hecho que nos parece ha influenciado importantemente nuestros datos evolutivos: es el feliz progreso de la terapéutica en el curso de estos diez últimos años, que son exactamente los de nuestras observaciones; el mejoramiento de la terapéutica médica, sobre todo, ha influenciado ciertamente de una manera muy favorable las evoluciones más comprometidas; un cierto número de enfermos que han tenido evoluciones desfavorables hace diez y quince años, hubieran mejorado si su afección se hubiese presentado en la época de la medicación activa contra la tuberculosis y las otras infecciones.

Es este factor de la feliz evolución de la terapéutica lo que nos ha incitado, entre otras

razones que serán detalladas más adelante, a examinar el estado de nuestros enfermos, no respecto al comienzo verosímil de su lesión bronquial, sino en relación con las mejorías terapéuticas, lo que se desprenderá de las consideraciones pronósticas sucesivas establecidas en 1947, en 1952 y después en 1957.

* * *

Para clasificar nuestros enfermos tuberculosos portadores de una estenosis cicatricial de un bronquio principal ha sido necesario atribuir a cada uno de ellos, y en las tres etapas de este estudio, un valor pronóstico deducido de consideraciones radiológicas, bacteriológicas, endoscópicas y, sobre todo, clínicas. Es evidente que esta clasificación es muy personal y hace posible una interpretación demasiado optimista o pesimista; la evolución ulterior de los enfermos permite pensar que nuestras ideas, aparte de su clasificación inicial y después en la segunda parte, correspondían bastante a menudo a la realidad, no habiéndonos sorprendido evoluciones imprevisibles, tanto hacia la mejoría como a la agravación.

Como todos los que han intentado clasificar los enfermos sobre tales bases, nos ha parecido que convenía repartirlos en las siguientes categorías:

- Excelentes: Ningún trastorno; vida normal.
- Buenos: Algunos trastornos; vida normal o casi normal.
- Dudosos: Signos de enfermedad intermitente; vida handicapada.
- Malos: Estado de enfermedad permanente; ninguna actividad.
- Muertos.
- Operados.

Las *evoluciones favorables* comprenden los enfermos clasificados como excelentes y buenos.

Las *evoluciones desfavorables* incluyen las otras categorías, incluso los operados, pues a pesar de la curación aparente de la mayor parte de los operados, éstos no han sido tratados así más que con motivo de la notable intolerancia de su estenosis bronquial y del temor de una agravación todavía más importante de su estado respiratorio; no se trata, pues, de una intención malévolas respecto a los cirujanos, sino simplemente la afirmación de que la estenosis bronquial de los enfermos operados provocaba una sintomatología importante y amenazante para el porvenir, que sólo podía tratar el procedimiento quirúrgico, y es lo que ocurrió con la mayor frecuencia.

La clasificación inicial de los 87 enfermos en 1947, siguiendo esta evaluación pronóstica eventual, hacia aparecer un cierto número de evoluciones graves. Se trataba de enfermos examinados durante la segunda guerra mundial o inmediatamente después, en una época en que no existían todavía en Francia los antituberculosos eficaces. La mayor parte de estos 87 tuberculosos habían sido diagnosticados de portadores

de una estenosis cicatricial de un bronquio principal durante los años 1944, 1945, 1946 y el comienzo de 1947.

Diecisiete de estos enfermos habían desaparecido ya después de una evolución relativamente rápida que no había sobrepasado los cuatro años después del descubrimiento endoscópico de su complicación bronquial.

Entre los 70 enfermos restantes, tres fueron operados en 1946 y 1947, en una época en que la exéresis pulmonar no era lo que ha llegado a ser en 1958 y cuando no existía o era muy escasa la medicación antituberculosa. Uno de estos enfermos murió en el postoperatorio inmediato; otro, ulteriormente, por difusión tuberculosa generalizada. El tercero está actualmente en perfecto estado de salud a los dieciséis años de una neumonectomía izquierda.

Si se acepta que estos tres enfermos han sido operados porque su estado no permitía pensar en una curación, se han producido 20 evoluciones graves entre nuestros 87 enfermos.

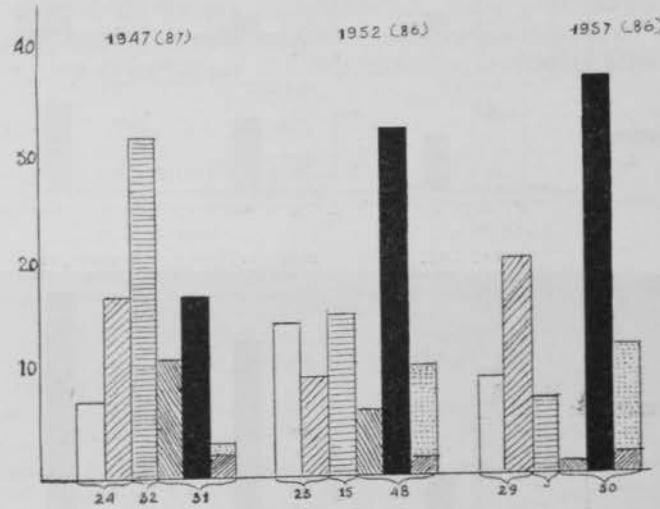


Fig. 1.

La clasificación de los supervivientes no operados en 1947 era la siguiente:

— Excelentes	7
— Buenos	17
— Dudosos	32
— Malos	11

En 1952, la revisión evolutiva de estos 66 enfermos supervivientes en 1947 sin exéresis broncopulmonar (un enfermo no ha podido ser hallado) muestra una agravación importante del estado de 22 de ellos: 15 muertos y siete operados de 1948 a 1952.

Es notable que estos siete enfermos, operados por diversos cirujanos, en particular por el doctor MATHEY y el doctor DAUMET, han tenido excelentes cursos operatorios y tienen actualmente un estado general y respiratorio muy satisfactorio.

En 1952, el grupo de 86 enfermos de evolución conocida se ha reducido nuevamente a 44 supervivientes *no operados*, que se clasifican así:

— Excelentes	14
— Buenos	9
— Dudosos	15
— Malos	6

En 1957, la revisión de estos 44 enfermos supervivientes no operados mostró todavía incidencias graves: se han producido nuevamente cinco muertes y han sido operados dos enfermos. Quedan así 44 — 7 = 37 enfermos, cuyo estado de salud en 1957 se aprecia de esta forma:

— Excelentes	9
— Buenos	20
— Dudosos	7
— Malos	1

Esto supone que entre los 86 enfermos cuya evolución se ha seguido durante por lo menos diez años, no ha habido más que 29 evoluciones favorables (nueve excelentes y 20 buenas).

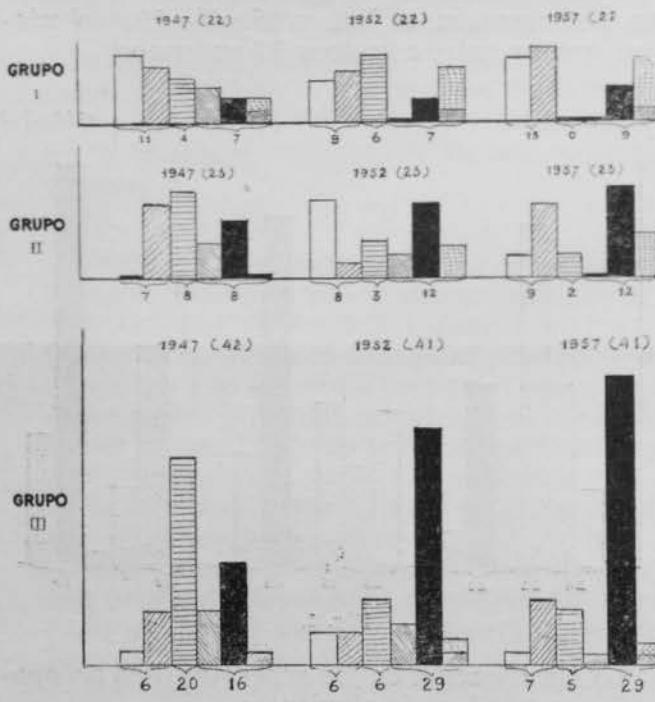


Fig. 2.

Todavía entre estos 29 enfermos que no tienen signos subjetivos de afección respiratoria o solamente muy escasos o de una manera intermitente, falta haber hecho un balance completo de las cifras de sus recambios gaseosos y del estado funcional de su aparato circulatorio, lo que sería muy interesante al demostrar sin duda insuficiencias orgánicas.

* * *

En 1947 eran evidentes importantes diferencias pronósticas en relación con el estado del parénquima pulmonar en el momento de la demostración endoscópica de la estenosis bronquial cicatricial. Esto ha motivado un segundo modo de agrupación de los enfermos.

— *Grupo I.*—Enfermos que no han tenido jamás afección pulmonar tuberculosa activa demostrada radiológicamente.

— *Grupo II.*—Enfermos cuyas lesiones pulmonares cavitarias manifiestas parecían haber desaparecido radiológicamente.

— *Grupo III.*—Enfermos portadores de lesiones pulmonares cavitarias en el momento de la primera endoscopia diagnóstica.

Si se intenta incluir el detalle de los procesos evolutivos según los tres grupos distintos por el estado del parénquima pulmonar en el momento del diagnóstico endoscópico, se obtienen los resultados siguientes:

— *Para el grupo I* (22 enfermos) (tuberculosis pulmonar abortiva):

Hasta 1947: Se habían producido cuatro evoluciones graves.

Hasta 1952: Se produjeron siete evoluciones graves.

Hasta 1957: Se vió un total de nueve evoluciones graves.

Recordemos que entre estas evoluciones graves desde el punto de vista del pronóstico de la estenosis cicatricial por sí misma, figuran seis operados, de los cuales cinco están actualmente vivos (uno con un estado respiratorio mediocre).

La clasificación de los 13 supervivientes no operados en 1957 es:

— Excelentes	6
— Buenos	7

Tres enfermos clasificados como dudosos y otro como malo en 1947 han mejorado y se clasifican como buenas en 1957.

— *Para el grupo II* (23 enfermos) (tuberculosis pulmonar aparentemente estabilizada):

Hasta 1947: 5 evoluciones graves.

Hasta 1952: 10 evoluciones graves.

Hasta 1957: 12 evoluciones graves, de las que ocho terminaron fatalmente y cuatro que fueron operados están en un buen estado actualmente.

No se ha demostrado ninguna mejoría espontánea o médica y los enfermos vivos no operados en 1957 se clasifican así:

— Excelentes	3
— Buenos	6
— Dudosos	2

— *Para el grupo III* (41 enfermos; un desconocido a partir de 1952) (tuberculosis pulmonar activa):

Hasta 1947: 11 evoluciones graves.

Hasta 1952: 25 evoluciones graves.

Hasta 1957: Se ha producido un total de 28 evoluciones graves.

Entre las evoluciones de este grupo III se cuentan 26 muertes, más una muerte operatoria y un enfermo operado en buen estado actual. Tres enfermos han rechazado la intervención y quedan como enfermos de pronóstico dudoso desfavorable; en otra enferma, de pronóstico dudoso, no pudo realizarse la exéresis quirúrgica por razones de técnica.

En este último grupo, de 41 enfermos, los más

graves (con cavernas pulmonares coincidentes con la estenosis cicatricial de un bronquio principal), la clasificación en 1957 de los supervivientes no operados es:

— Excelentes	1
— Buenos	6
— Dudosos	5
— Malos	1

* * *

Se ha investigado cierto número de factores para apreciar su influencia eventual aproximada sobre el pronóstico de nuestros enfermos.

El factor edad, como se pone en evidencia en el cuadro I, parece demostrar una diferencia según que la demostración endoscópica se hiciera en enfermos que hubieran pasado o no los cuarenta años. Pero la pequeña diferencia de porcentaje no es más que del 11 por 100 y no puede afirmarse ninguna conclusión.

El sexo (cuadro II) no parece influenciar los porcentajes de agravación de las estenosis cicatriciales de los bronquios principales. Si se ve un aumento del 10 por 100 en contra del sexo

masculino, las cifras son demasiado poco altas para que pueda achacarse valor a esta pequeña diferencia.

Hay asimismo el factor de lateralidad de la lesión bronquial y no se desprenden cifras del cuadro III en cuanto a que las lesiones izquierdas sean realmente más graves que las derechas.

* * *

El pronóstico grave, más de dos veces de cada tres, que damos para el conjunto de nuestros 86 enfermos, es muy similar al de los trabajos que llevan cierta observación de la evolución.

P. STEINER estudia con gran minuciosidad anatomo-clínica la evolución de 16 enfermos portadores de tuberculosis bronquial de reinfección; 10 de estos enfermos tenían una estenosis cicatricial y de ellos seis han muerto, lo más a menudo por infección, y cuatro están vivos al cabo de uno a dos años.

Para MAGNIN y LE TACON, la distinción anatómica es mucho más precisa. Han observado 39 casos de estenosis cicatricial de los bronquios principales (36 del lado izquierdo y tres

CUADRO I

EVOLUCION SEGUN LA EDAD EN LA PRIMERA DEMOSTRACION HASTA 1957

	— 30 años		30 a 40 años		+ 40 años	
	Favorable	Desfavorable	Favorable	Desfavorable	Favorable	Desfavorable
Grupo I (22)	3	5	7	2	3	2
Grupo II (23)	2	4	7	5	0	5
Grupo III (41)	3	10	3	13	1	11
TOTAL	8	19	17	20	4	18

CUADRO II

EVOLUCION SEGUN EL SEXO HASTA 1957

	MUJERES		HOMBRES	
	Favorable	Desfavorable	Favorable	Desfavorable
Grupo I (21)	12	9	1	0
Grupo II (16)	8	8	1	6
Grupo III (29)	6	23	1	11
TOTAL (66)	26	40	TOTAL (20)	3

CUADRO III

EVOLUCION SEGUN LA LATERALIDAD HASTA 1957

	LADO DERECHO		LADO IZQUIERDO	
	Favorable	Desfavorable	Favorable	Desfavorable
Grupo I (9)	6	3	7	6
Grupo II (2)	1	1	8	13
Grupo III (14)	2	12	4	23
TOTAL (25)	9	16	TOTAL (61)	19

del derecho, lo que es una frecuencia izquierda netamente más importante que en nuestra estadística, donde hay 61 localizaciones izquierdas por 25 derechas).

Al cabo de tres años de observación de sus 39 enfermos, MAGNIN y LE TACON aprecian 12 muertes, 14 enfermos en estado alarmante, uno ha sido operado de neumonectomía y 12 están en un buen estado relativo con trastornos respiratorios manifiestos continuos, agravados por episodios de retención. Es éste un pronóstico más grave cuando coexistían lesiones pulmonares activas.

P. CHADOURNE y cols. estudiaron, en 1952, la evolución de 20 casos de estenosis cicatricial de los grandes bronquios. Han visto que 16 estenosis cicáticas muy estrechas han ocasionado 11 evoluciones graves que han exigido nueve veces la neumonectomía; una, la broncoplastia; el último caso, demasiado grave desde el punto de vista general, no pudo ser operado. Otros tres enfermos han tenido una evolución favorable bien tolerada, pero su pronóstico es incierto a causa de las lesiones parenquimatosas concomitantes.

Los dos últimos casos son más favorables: uno, sin síntomas desde hace varios años, y el otro, poco perturbado a pesar de la exclusión fisiológica del pulmón al otro lado de la estenosis. Las evoluciones desfavorables han sido en total 14 de 16, lo que es una cifra muy considerable.

Añaden a estos 16 casos otros cuatro de estenosis poco intensa en diafragma lateral, que son muy bien toleradas por lo menos en tres de ellos.

P. TROCMÉ y CARRÉ, en 1952, han observado 10 casos de estenosis cicatricial del bronquio principal izquierdo: una sola muerte por infección supurada, una muerte por evolución tuberculosa y dos muertes por insuficiencia cardíaca de origen pulmonar; los otros seis casos se encuentran en buena situación en 1952 después de evoluciones que se escalonan de siete a dieciocho años. Es ésta una serie aparentemente halagüeña, pero en la que aparece la complicación del cor pulmonale crónico, complicación habitual de todas las afecciones respiratorias de larga duración que afectan a los recambios gaseosos.

* * *

Pueden oponerse a las bases de esta demostración algunas consideraciones críticas. La fecha de comienzo no es la misma para todos los enfermos y varía de un mes a más de nueve años, y esto por dos razones: por un lado, las demostraciones endoscópicas de las estenosis cicáticas de los bronquios principales se han obtenido durante un período que va de 1938 a 1947, pero más de las tres cuartas partes en el curso de los años 1944, 1945, 1946 y comienzo de 1947.

La segunda razón es que es imposible en la gran mayoría de nuestros enfermos fijar el co-

mienzo anatómico preciso de la estenosis cicatricial; esto parece ya muy difícil en los casos donde la endoscopia ha demostrado la ulceración causal de la estenosis cicatricial y todavía más para los numerosos casos donde la primera demostración endoscópica ha sido la estenosis cicatricial.

Aunque el conjunto de las cifras dadas no es estadísticamente comparable, tampoco están fallecidas por otros factores, salvo por el exceso de duración, lo que hace resaltar, por lo menos, un factor de retraso mínimo, menos erróneo en realidad que el retraso máximo generalmente utilizado en la mayor parte de estudios análogos.

Clasificar cada enfermo desde el comienzo endoscópicamente controlado de la estenosis cicatricial de uno de sus bronquios principales habría sido, desde otro punto de vista, una base inexacta; esto no hubiera permitido hacer resaltar, en el conjunto, el factor muy importante de las mejorías terapéuticas.

También parece desprenderse de la compilación de nuestras observaciones que las estenosis cicáticas de los bronquios principales no llevan siempre un pronóstico desfavorable; en particular, las estenosis parciales no circulares y poco cerradas son compatibles con una supervivencia prolongada libre de toda traba patológica; este es el caso de dos de los enfermos del grupo I, cuyo estado se mantiene excelente al cabo de diez años, y lo mismo ocurre con cuatro enfermos de CHADOURNE.

La diferenciación de los tres grupos según el valor fisiológico del parénquima pulmonar pone en evidencia diferencias pronósticas que confirman un hecho previsible. Así, las evoluciones favorables parecen mucho más frecuentes cuando las lesiones pulmonares han sido yuguladas espontáneamente sin intervención de cuidados médicos y asimismo cuando las atenciones médicas han llegado a una estabilización radiológica satisfactoria.

	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Excelentes.....	6	3	1
Buenos.....	7	6	6
Evoluciones.....	13/22	9/23	7/41
Favorables.....	13 (60 %) ?	9 (40 %) ?	7 (17 %) ?
Total: 29/86 (33 por %) ?			

Las evoluciones desfavorables evaluadas para cada uno de los dos grupos de cinco años evidencia la influencia aparentemente neta de la isoniazida, a la cual debe atribuirse el descenso de la curva de agravación entre 1952 y 1957, puesto que estas evoluciones han pasado de 63 en 1952 a 58 en 1957 (fig. 3).

Pero el detalle de las diferentes evoluciones desfavorables demuestra la aparición de nuevos casos mortales, a pesar de una disminución de la inclinación de la curva de muertes (fig. 4).

	Grupo I	Grupo II	Grupo III
Dudosos...	0	2	5
Malos...	0	0	1
Muertos...	3	8	26
Operados...	6 (1 †)	4	2 (1 †)
Evoluciones...	9/22	14/23	34/41
Desfavorables...	¿ (40 %) ?	¿ (60 %) ?	¿ (83 %) ?
Total: 57/86	¿ (67 %) ?		

* * *

El conjunto de los hechos que han sido comunicados debe incitar a proponer el único tratamiento curativo de las estenosis cicatriciales de los bronquios principales: el tratamiento quirúrgico, a pesar de la eficacia de las medicaciones antiinfecciosas, y esto por dos razones:

— La primera se deduce del detalle de las observaciones pertenecientes a cada grupo: en el *grupo I*, el menos desfavorable, se han producido evoluciones graves; eran imprevisibles y no parecen fáciles de yugular, incluso en 1958.

— La segunda razón es la calidad notable de la acción de los cirujanos, tanto por la benignidad habitual de sus intervenciones como por la economía tisular obtenida por las técnicas conservadoras, en particular las que conllevan la resección de la estenosis cicatricial seguida de sutura anastomosis.

A esta proposición quirúrgica puede objetarse que sólo han sido operados 12 de nuestros enfermos; para explicar este pequeño número de intervenciones conviene referirse a diez años atrás, cuando la ausencia de medicamentos activos sobre el bacilo de Koch no incitaba a probar demasiado a menudo actitudes peligrosas desde el simple punto de vista de la disemina-

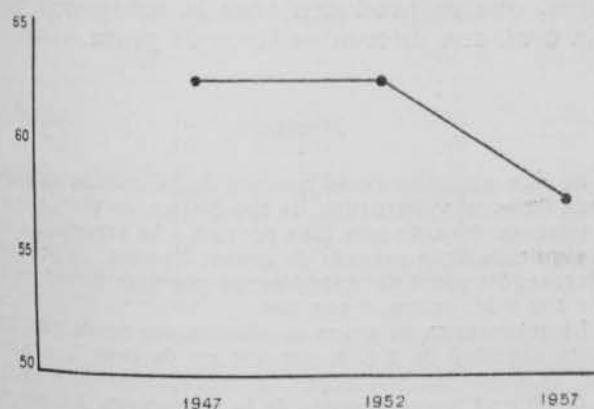


Fig. 3.—Evoluciones desfavorables (total). Las evoluciones desfavorables son más frecuentes cuando no se ha podido influir satisfactoriamente por las terapéuticas sobre las lesiones pulmonares; pero estas evoluciones desfavorables no son despreciables en los grupos I y II.

ción tuberculosa, como la experiencia lo ha demostrado en una enferma cuyo último signo de actividad tuberculosa, por lo demás muy pasajero, se remontaba a más de dos años antes de la operación y que murió de generalización tuberculosa.

Además, la mayor parte de estos enfermos fueron enviados para una simple consulta bron-

oscópica; en un número importante, nuestros consejos quirúrgicos formulados por escrito no consiguieron convencer a los enfermos ni a sus médicos.

Desde 1947, por el gran número de casos de estenosis cicatricial de los bronquios principa-

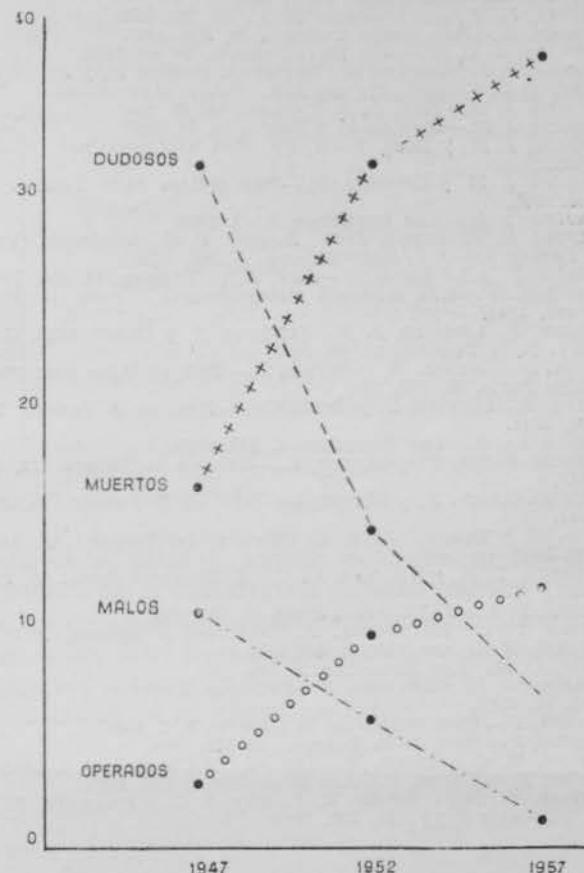


Fig. 4.—Evoluciones desfavorables (detalles).

les observados por nosotros, se han seguido más a menudo nuestros consejos quirúrgicos; han sido operados un mayor número de enfermos siguiendo técnicas variadas: exéresis broncopulmonares, exéresis pulmonares económicas con tratamiento directo de la estenosis bronquial por broncoplastia desde 1950 y posteriormente por resección-anastomosis.

Incluso en 1958, en enfermos insuficientemente explorados previamente, no es raro demostrar estenosis cicatriciales de los grandes bronquios; la información ofrecida por estos estudios pronósticos nos es muy útil para establecer indicaciones terapéuticas y para hacer apreciar a los enfermos el valor concreto de nuestros consejos.

RESUMEN.

Las estenosis cicatriciales de los bronquios principales de 86 enfermos seguidos durante diez años han dado 29 evoluciones favorables (9 excelentes y 20 buenas). El resto, desfavorables. Se estudia la influencia de sexo, edad y lado de la lesión en esta evolución y se concluye que el único tratamiento eficaz es el quirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

- AMEUILLE, P. y LEMOINE, J. M.—Etudes de pathologie bronchique. Livraria Luso Espanhola. Lisboa, 1948.
- ARCHIBALD, H., JUDD y HAMBURG, P. A.—J. Thoracic Surg., 12, 225, 1943.
- BUGHER, J. G., LITTING, J. y CULP, J.—Amer. J. Med. Sci., 193, 515, 1937.
- CHADOURNE, P., IOANNOU, L., DUCHET-SUCHAUX, L. y PINELLI, A.—Les Bronches, 2, 274, 1952.
- DAVIDSON, M.—Dis. Chest, 41, 7, 1947.
- GEBAUER, P. W.—J. Thoracic Surg., 19, 604, 1951.
- GYSELEN, A.—Rev. Belge Tuberc., 38, 208, 1947.
- HAWKINS, J. L. Jr.—Am. Rev. Tuberc., 39, 46, 1939.
- KOURILSKY, R., FOURESTIER, M., MILLE, BRILLE, D. y PITON, A.—Rev. de la Tuberc., 10, 609, 1946.
- LEMOINE, J. M.—Rev. de la Tuberc., 11, 49, 1947.
- LEMOINE, J. M.—Rev. de la Tuberc., 14, 74, 1950.
- LEMOINE, J. M. y ROSE, Y.—J. Fr. Méd. et Chir. Thor., 4, 254, 1950.
- LEMOINE, J. M. y CHAUDET, M.—Rev. Suisse de la Tuberc., 8, 418, 1951.
- LEMOINE, J. M.—Les Bronches, 2, 43, 1952.
- MCINDOE, R. B., STEELE, J. D., SAMSON, P. C., ANDERSON, R. S. y LESLIE, L.—Am. Rev. Tuberc., 5, 268, 1939.
- MAGNIN, F. y LE TACON, J.—Rev. de la Tuberc., 11, 100, 1947.
- MARTINET, P.—Les sténoses tuberculeuses. Thèse de Toulouse, 1948.
- MATHEY, J., LEMOINE, J. M., RENAULT, P. y OUSTRIERES, G.—Rev. de la Tuberc., 15, 68, 1951.
- MEYER, A., BRUNEL, M. y SOULAS, A.—Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris, 63, 968, 1947.
- MEYER, A., LEFEVRE, P. y SOULAS, A.—Rev. de la Tuberc., 11, 213, 1947.
- MONTANINI, N.—Les Bronches, 2, 152, 1952.
- MOUNIER-KUHN, P. y MEYER, L.—Rev. de la Tuberc., 11, 64, 1947.
- MOUNIER-KUHN, P. y MEYER, L.—Rev. de la Tuberc., 11, 378, 1947.
- OLIVA, C. y TOMAY.—Arch. di Chirurg. del Torace, oct.-déc., 723, 1956.
- RAFFERTY, T. N. y SHIELDS, D. C.—J. Thoracic Surg., 12, 225, 1943.
- SAMSON, P. C.—J. Thoracic Surg., 6, 561, 1937.
- SAMSON, P. C., BARNEWELL, J., LITTING y BUGHER, J. C.—J. Am. Med. Ass., 108, 1850, 1937.
- SMIDT, C. M.—Les Bronches, 2, 296, 1952.
- SECRETAN, J. P. y ZUIDEMA, P.—Schweiz. Zeitschr. f. Tuberk., 3-1, 78, 1946.
- STEINER, P.—Rev. Suisse de la Tuberc., 3, 1, 1946.
- STEINER, P.—Rev. de la Tuberc., 10, 159, 1946.
- SWEANY, H. C. y BEHM, H.—Dis. of the Chest, 14-1, 1, 1948.
- TROCMÉ, P. y CARRÉ, G.—Les Bronches, 2, 270, 1952.
- TUTTLER, W. M., O'BRIEN, E. J., DAY, J. C. y PHILLIPS, F. J.—J. Thoracic Surg., 11, 299, 1942.

SUMMARY

Cicatricial stenoses of major bronchi in 86 patients followed up for 10 years have run a favourable course in 29 cases (excellent in 9, good in 20). The course was unfavourable in the remaining cases. The influence of sex, age and side of lesion on the course are studied. It is concluded that the only effective treatment is surgical.

ZUSAMMENFASSUNG

86 Fälle mit Bronchialstenose durch Vernarbung der wichtigsten Äste wurden 10 Jahre hindurch beobachtet und bei 29 ein günstiger Verlauf verzeichnet (9 ausgezeichnet und 20 gut), während beim Rest der Krankheitsverlauf ungünstig war. Es wird der Einfluss von Geschlecht, Alter und Seite der Läsion auf den Krankheitsverlauf studiert und daraus gefolgert, dass die chirurgische Behandlung die einzige wirksame darstellt.

RÉSUMÉ

Les sténoses cicatricielles des bronches principaux de 86 malades, suivis pendant 10 ans, ont

donné 29 évolutions favorables (9 excellentes et 20 bonnes). Le reste défavorable. On étudie l'influence du sexe, âge et emplacement de la lésion dans cette évolution, et on conclut que l'unique traitement efficace c'est le chirurgical.

EFECTO INMEDIATO DE LA SOBRECARGA DE GRASA SOBRE LAS FRACCIONES LIPOIDEAS DEL HIGADO Y DEL PLASMA

J. M. LINAZASORO y M. CRIADO.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas. Sección de Bioquímica. Madrid.

INTRODUCCIÓN.

Han sido múltiples los trabajos aparecidos en estos últimos años sobre la naturaleza, grado de saturación de la grasa de la dieta y su influencia en los niveles de colesterol en el plasma y el hígado y su posible relación con la arteriosclerosis, tanto clínica como experimental, problema este último del que no nos vamos a ocupar. Al repasar toda esta literatura sorprenden dos hechos: por un lado, lo poco estudiado que está el mecanismo por el que actuarían los ácidos grasos, y por otro, la falta de atención prestada a las modificaciones que puedan experimentar otras fracciones lipoideas. En el presente artículo se comunican las variaciones inmediatas de estos valores, que se producen tras la sobrecarga por vía oral, con diferentes tipos de grasa.

MÉTODICA.

Se han utilizado ratas machos de la colonia estabilizada de nuestro Instituto, de 150-200 gr. de peso, que se mantienen durante seis días previos a la experiencia en la siguiente dieta privada de grasa: Caseina, 20 por 100. Glucosa, 20 por 100. Almidón, 54 por 100. Levadura, 2 por 100 y M. salina, 6 por 100.

La sobrecarga de grasa se efectúa por sonda gástrica en la cantidad de 2 c. c. por 100 gr. de peso. Las ratas son anestesiadas con nembutal intraperitoneal a las 2, 4, 6, 12 y 24 horas después de la sobrecarga. La sangre se extrae por punción de la vena cava inferior; el hígado extirpado se pesa en su totalidad, tomando una parte para las determinaciones químicas. Los ácidos grasos, tanto del hígado como del plasma, han sido determinados por el método de BRAGDON¹, la colesterolina por una modificación del método de ZAK² y los fosfolípidos por el método de KING³.

RESULTADOS.

1. Experiencias con sobrecarga de tocino.

En el cuadro I se recogen las medias obtenidas en las determinaciones tras la sobrecarga