

RECIENTES ADQUISICIONES EN MEDICINA INTERNA
EN RELACION CON: CARDIOLOGIA, DERMATO-
LOGIA, GASTROENTEROLOGIA, INMUNOLOGIA,
NEFROLOGIA Y NEUMOLOGIA*

VII

NEUMOLOGIA

DR. MIGUEL JIMÉNEZ

EN EL TERRENO neumológico hay muchas adquisiciones tan importantes que se tiene la obligación de señalar al tratar de actualizar el tema, que me voy a limitar a mencionar y hacer algunas breves consideraciones al respecto.

En primer lugar un factor muy importante para poder valorizar los avances neumológicos lo constituye los conocimientos modernos sobre anatomía del aparato respiratorio. La revisión anatómica de arterias, venas, bronquios y su agrupación por segmentos pulmonares, ha sido radical, al grado de crear un concepto diferente del que se mencionaba clásicamente hace algunos años. Se entiende por segmento pulmonar "una porción de tejido ventilado por un bronquio que desemboca en un tronco lobar, cuyo orificio es visible al broncoscopio, irrigado por una arteria propia, separado de los elementos adyacentes por tabiques conjunto-elásticos y que puede ser extirpado quirúrgicamente por disección de los elementos de su hilio.

El pulmón derecho con sus tres lóbulos presenta 10 segmentos y el izquierdo con dos lóbulos 8 segmentos.

El conocimiento de las zonas de proyección de estos segmentos sobre la superficie torácica tiene importancia clínica pues nos permite localizar los signos físicos recogidos al segmento pulmonar que los produce, lo que deberá ser ratificado o rectificado por el examen radiológico.

La placa radiográfica pósterio-anterior no permite la localización segmentaria por la superposición de las imágenes por lo que para esto es indispensable la radiografía lateral; que realiza este estudio con toda precisión.

Todos estos conceptos nos han ayudado a comprender mejor la patología, a interpretar las radiografías localizando con más precisión la topografía lesional y muy especialmente a practicar una mejor cirugía con bases anatómicas exactas.

Los estudios sobre histología pulmonar han perfeccionado el conocimiento sobre el lobulillo pulmonar primario, su doble irrigación sanguínea: nutricia y funcional, etc., estudios que continúan en la actualidad.

Del mejor conocimiento anatomo-histológico pulmonar se deriva la gran importancia que ha adquirido la anatomía patológica: biopsias, citología exfoliativa, piezas resecaadas, necropsias, etc. y con su valiosa ayuda, el diagnóstico de los padecimientos neumológicos se ha afinado notoriamente. Creo de interés señalar algunos hechos de observación de la actual experiencia nacional realizados en el Servicio de Patología del Sanatorio de Huipulco: Se ha encontrado, que el repetido concepto de epitelización de las lesiones cavitarias tuberculosas, equivalente al de cicatrización o curación, es falso, al demostrar que es un fenómeno de regeneración de metaplasia epidermoide a partir de la unión broncocavitaria, que cubre solo parcialmente el interior de la lesión excavada, existiendo en todos los casos lesiones de tuberculosis activa, histológica y bacteriológicamente comprobadas. Otras observaciones recientes señalan la alta frecuencia con que la tuberculosis pulmonar ocasiona un aumento de presión en la circulación menor, así como la presencia constante en pulmones tuberculosos, de enfisema retráctil, ocasionado por la existencia de fibrosis alrededor de los nódulos y las lesiones cavitarias. También se ha demostrado que en un gran porcentaje de casos de tuberculosis pulmonar, existen lesiones granulosas y focos de hialinosis y que en la reinfección tuberculosa se encuentran afectados los ganglios linfáticos mediastinales (complejo secundario).

En el campo de la bacteriología se han profundizado los estudios de las diferentes cepas de micobacterias tuberculosas atípicas, que han sido divididas por Runyon en cuatro grupos:

- Grupo 1. Fotocromógenos.
- Grupo 2. Escotocromógenos.
- Grupo 3. Nofotocromógenos.
- Grupo 4. De crecimiento rápido.

No detallaré las características especiales de estos grupos, haciendo mención solamente de que muchas de estas cepas son resistentes a los antibióticos y quimioterápicos habituales, por lo que su efectividad sólo se puede determinar por medio de pruebas de susceptibilidad. Existen algunos pacientes que han sido tratados con éxito por medio de la quimioterapia, y otros por la quimioterapia y resección pulmonar o colapso. De ahí nace la importancia de clasificar las cepas atípicas del bacilo tuberculoso humano, por lo que respecta al pronóstico. Prevalecía la opinión de que los individuos con esputo que contienen micobacterias atípicas no son fuente de contagio, pero estudios posteriores indican que la transmisión puede ocurrir, por lo que es necesario una mayor serie de observaciones para establecer definitivamente el peligro de contagio.

Las contribuciones más recientes sobre fisiología pulmonar han sido muy numerosas y de gran significación clínica, permitiendo en la actualidad, al internista y al cirujano del tórax, valorizar la situación de sus pacientes mediante pruebas funcionales que determinan con gran exactitud la ventilación pulmonar, la capacidad de difusión de los gases y el estado de la circulación pulmonar, lo que ha constituido un gran avance en muchos aspectos del campo de la neumología.

Diversas exploraciones especiales, manejadas por manos experimentadas, han enriquecido nuestro armamento de diagnóstico: el cateterismo cardiovascular, la angiocardioneumografía y la broncografía selectiva. La biopsia pulmonar y la toracotomía exploradora han ganado terreno en los últimos años. La primera es un procedimiento que servirá en muchos casos de diagnóstico difícil para aclarar la situación mediante una pequeña e inocua intervención quirúrgica. La toracotomía exploradora permite abrir la cavidad torácica y realizar la observación directa y la palpación de las zonas patológicas y siempre deberá practicarse con una orientación diagnóstica y en gran número de los casos viene a constituir el primer tiempo de una intervención quirúrgica más amplia. Está indicada cuando con los métodos habituales de exploración clínica no se ha logrado un diagnóstico completo de cualquier formación tumoral.

El panorama de varios padecimientos neumológicos ha sido modificado por el advenimiento de los medicamentos modernos.

Es un hecho frecuente de observación que la tuberculosis pulmonar la estamos diagnosticando, cada vez con mayor frecuencia, en personas de edad superior a los 50 años, lo que antes constituía un verdadero hallazgo excepcional. No es raro observar casos de pleuresía tuberculosa primitiva en personas de edad muy avanzada por lo que el médico general debe estar prevenido para modificar el criterio que existía respecto a la frecuencia de la etiología de este padecimiento, en relación con la edad del enfermo.

Las neumonías bacterianas han disminuido ostensiblemente y las que se presentan, exteriorizan cuadros clínicos muy variados, no así las neumonías atípicas por virus, cuya frecuencia se ha exagerado y su resolución terapéutica continúa siendo un problema.

Las infecciones broncopulmonares producidas por hongos se han incrementado considerablemente y se han logrado algunos adelantos en su tratamiento.

Otros padecimientos cuya frecuencia ha aumentado en forma ostensible son: las bronquitis crónicas y el enfisema pulmonar, cuyos estudios de investigación y experimentación continúan en plan internacional y siguen siendo motivo de serios problemas terapéuticos y de un pronóstico muy severo y el carcinoma broncogénico cuya frecuencia ascendente es motivo de preocupación general. A este respecto la acción carcinogénica del humo del tabaco ha sido ampliamente demostrada. Seguramente que este aumento depende de que se cuenta en la actua-

lidad con mayores facilidades para su diagnóstico y como consecuencia de la mayor duración de la vida en los momentos actuales.

El mejor conocimiento de un numeroso grupo de enfermedades sistémicas, que dan lugar a manifestaciones pleuropulmonares, han enriquecido el campo de la patología. Estas manifestaciones tienen algunas características comunes: son procesos de tejido intersticial, bilaterales, difusos, con lesión valvular y dan lugar clínicamente a una disnea muy marcada, cianosis y tos. Se clasifican en:

- a) Padecimientos metabólicos, como la neumonía lipoidica endógena, la mucoviscidosis, la amiloidosis, etc.
- b) Padecimientos hemáticos: la hemosiderosis, la leucemia, la mononucleosis infecciosa.
- c) Padecimientos alérgicos: el asma, el síndrome de Leoeffler.
- d) Padecimientos de la colágena: lupus eritematoso disseminado, esclerodermia, periarteritis nodosa.
- e) Padecimientos del sistema linfático: la sarcoidosis, y los linfomas malignos.

En la misma forma se ha aumentado el número de las neumoconiosis como por ejemplo la Beriliosis, cuyo diagnóstico se hace exclusivamente por biopsia pulmonar.

Se han descrito nuevas entidades nosológicas, Rosen, Castleman y Liebow han descrito con el nombre de proteinosis pulmonar una enfermedad cuya característica es presentar los alveolos ocupados por un material proteínico.

La microlitiasis pulmonar descrita por Phur sobre cuya patogenia no se ha unificado la opinión. La fibrosis pulmonar intersticial difusa o síndrome de Hamman Rich. Ultimamente se han descrito en Estados Unidos casos de neumonía intersticial de células plasmáticas.

En el campo de la terapéutica se ha avanzado enormemente en los últimos años; en otras palabras estamos viviendo una época de gran auge medicamentoso, muy especialmente en el terreno fisiológico, cuya principal causa podemos resumir en el siguiente concepto: la aparición de la resistencia bacteriana a los antibióticos y quimioterápicos más usuales, más eficaces y mejor conocidos que ha hecho que el neumólogo esté pendiente de la aparición de nuevas drogas que puedan sustituir en su eficacia a las primeras, cuya acción efectiva en muchos casos no es tan rápida como lo era hace algunos años.

A este respecto mencionaré los nuevos medicamentos antituberculosos que están siendo experimentados clínicamente en la actualidad en el Sanatorio de Huipulco:

La piriznamida, que es un quimioterápico cuyos resultados preliminares fueron objeto de mi última comunicación a esta Academia.

La ethionamida preconizada por la escuela francesa.

La capreomicina, un nuevo antibiótico muy semejante a la estreptomina que

actúa sobre los gérmenes estreptomicino-resistentes, y el isoxyl derivado de la carbalinida, medicamentos a los que agregaré el ethambutol el cual están experimentando en Estados Unidos y que haremos en nuestro país en un futuro próximo.

La asociación de corticoesteroides con la terapéutica antituberculosa bien conducida es aceptada universalmente, las tuberculosis de las serosas y en las formas agudas de la tuberculosis pulmonar.

Es criterio universalmente aceptado, que en la actualidad la tuberculosis es una enfermedad tributaria del tratamiento médico y que solamente las lesiones residuales, dan paso a la indicación quirúrgica, que cada día se limita más cuando se aplica a tiempo y correctamente un buen tratamiento higiénico-dietético y medicamentoso. Niego categóricamente la intervención quirúrgica primaria en tuberculosis pulmonar y en los casos en que apremie la intervención, por razones muy especiales, siempre deberá ir precedida y seguida de una correcta terapéutica médica.

Proceder en otra forma es en la actualidad poco científico y poco ético; asimismo deseo señalar el incremento del tratamiento ambulatorio de esta enfermedad, aplicable principalmente en países con escaso armamento antituberculoso y cuyos resultados, muy satisfactorios, son comparables a los del tratamiento clásico habitual.

La colapsoterapia gaseosa, el neumotórax intrapleurar y el neumoperitoneo terapéuticos, continúan utilizándose en la tuberculosis pulmonar, con grandes variantes, según las diversas escuelas fisiológicas del mundo; ejemplo: la escuela italiana aplica el neumotórax con mucha frecuencia, en cambio los norteamericanos prácticamente lo han desechado. Nosotros, a pesar de haber limitado sus indicaciones, ya que muchas de ellas han sido cubiertas por el actual tratamiento medicamentoso, lo usamos con relativa frecuencia. De una manera general, son procedimientos que, cuando se asocian correctamente, continúan siendo de gran utilidad terapéutica.

También es necesario señalar los grandes adelantos que ha tenido la cirugía torácica gracias a los mejores cuidados pre y post-operatorios, a los avances de la anestesia, a las transfusiones, al mejor manejo del balance electrolítico y a los medicamentos modernos, lo que ha permitido intervenciones que antes nunca se hubieran intentado. Pero este marcado adelanto constituye un peligro cuando no existe un buen criterio para la indicación operatoria, al realizar intervenciones innecesarias, guiadas solamente por la rapidez para la resolución de un caso, concepto que aunque debe tenerse en consideración, siempre debe estar supeditado a otros de más valor que no viene al caso considerar. Dos tipos de intervenciones abarcan la mayoría de las actuales indicaciones operatorias en la tuberculosis pulmonar: la toracoplastia clásica costo-vertebral y las resecciones pulmonares. Estas últimas también se aplican, casi exclusivamente, en la patología pulmonar no tuberculosa.

Es de interés señalar que se han limitado mucho las indicaciones de la neumectomía en tuberculosis y por regla general se prefiere la lobectomía a las segmentectomías, en vista de las menores complicaciones post-operatorias.

Se ha adelantado mucho en cirugía traqueal y se trata de buscar en el terreno quirúrgico, la resolución del problema que significa el pulmón enfisematoso (padecimiento irreversible) sin resultados satisfactorios hasta la fecha.

En lo referente a la profilaxis de la tuberculosis, todavía continúa en primer término la bioprofilaxis con la vacuna BCG que sigue aplicándose a pequeñas y grandes colectividades con las medidas y cuidados habituales. La quimioprofilaxis o sea la utilización de un quimioterápico para este fin, está actualmente muy en boga, con el uso de la hidracida del ácido isonicotínico a la dosis de 10 a 20 miligramos por kg. de peso y por día y que se usa en los casos de viraje reciente de la reacción tuberculínica (profilaxis secundaria) o en individuos anérgicos que estén cercanos a una fuente de contagio (profilaxis primaria) mientras no pueda aplicarse la vacuna BCG, que tarda 6 a 8 semanas en desarrollar la alergia.

Esto es en pocas palabras lo que, en el escaso tiempo disponible, se puede decir de los adelantos en el campo de la neumología.