

COMENTARIO OFICIAL

DR. ALEJANDRO CELIS¹

EN LA ACTUALIDAD interesa profundamente al mundo médico el estudio de la bronquitis crónica y del enfisema obstructivo, lo que se hace patente por el número de trabajos científicos cuyo objetivo es la investigación en estos padecimientos; hemos revisado el Index médico y encontramos que de 1966 a 1967 se publicaron 194 trabajos sobre bronquitis crónica y 402 sobre enfisema pulmonar.

La dedicación especial del Dr. Galland al estudio del enfisema pulmonar obstructivo, se ha manifestado por la elaboración de una serie de comunicaciones científicas sobre este padecimiento; son cinco trabajos los que yo conozco, en los que se abordan las bases del diagnóstico clínico, electrocardiográfico y funcional del enfisema obstructivo y además su coexistencia con la cardiopatía coronaria.

Ha despertado en mí un gran interés la lectura y el estudio cuidadoso de esta última comunicación del Dr. Galland y col. por su valor intrínseco en nuestro medio y, además, porque ha sido el motivo para volver a revisar la bibliografía y nuestra casuística de un padecimiento, como el enfisema pulmonar obstructivo, que nos ha interesado particularmente y que ha sido objetivo de trabajos en la institución donde laboramos.

Hemos estudiado en la Unidad de Neumología del Hospital General la bacteriología y la imagen broncográfica de la bronquitis crónica, el diagnóstico radiológico de la exacerbación bronquial y, con angioneumografía, la circulación pulmonar en el enfisema.

El enfisema, objetivo del estudio del doctor Galland y cols., tiene en la actualidad una gran importancia por su frecuencia e incremento progresivos; los datos estadísticos siguientes apoyan la afirmación anterior.

¹ Académico numerario. Hospital General de México. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

En Sidney, Australia, McLean menciona en autopsias un 2.6% como causa de muerte y un 4.15% como causa contribuyente; Turlbeck en 138 autopsias no seleccionadas, afirma un 6.5% como causa de la defunción; en Inglaterra la bronquitis crónica y el enfisema dan una mortalidad actual de 45 a 65 por 100,000 habitantes, cifra que es igual a la del carcinoma broncogénico, tres veces más alta que la tuberculosis y ocho veces más que la neumonía.

La experiencia del Hospital General en enfisema puede valorarse por los siguientes datos estadísticos: en la Unidad de Patología de 1953 a 1963 se realizaron 5,519 autopsias y se encontró que 909 casos murieron con o por enfisema pulmonar, es decir, un 16.4%. En el archivo de la Unidad de Neumología se dispone de 142 casos clínicos y en el departamento de pruebas funcionales, de 1,340 estudios; en 134 de ellos se hace diagnóstico funcional de enfisema, lo que representa un 10.2% del total estudiado.

Sin embargo, en nuestro medio, son discutibles los datos de autopsia en enfisema, porque no se usan las técnicas indicadas e indispensables para estos estudios, como son insuflación del pulmón con aire o medios fijadores a presión controlada y examen de cortes impregnados con sulfato de bario. No conocemos ningún estudio morfológico del enfisema en México realizado con estas técnicas.

Han prevalecto dos criterios para el estudio del enfisema, uno morfológico o estructural y el otro funcional; este último pretende reconocer y valorar el padecimiento por la alteración funcional que acarrea y establecer, con estas bases, el pronóstico, el tratamiento y la valoración de los distintos procedimientos terapéuticos.

El simposio Ciba efectuado en Londres (1958) sobre la terminología de los pade-

cimientos obstructivos, definió el enfisema, con un criterio morfológico exclusivo, como la dilatación más destrucción de los espacios aéreos más allá del bronquiolo terminal; se agregó en la definición un dato funcional, que es la elevación de la relación VR/C.P.T., lo que en realidad es un índice de sobredistensión, que puede existir o no en el enfisema obstructivo. La definición anterior ha sido aceptada en términos generales por la American Thoracic Society. Con este criterio estructural se tiende a identificar el enfisema en la clínica por las alteraciones de la morfología del tórax y sobre todo con el estudio radiológico; es conveniente señalar que el diagnóstico morfológico o estructural, dado por el estudio radiográfico, tomográfico o angioneumográfico es discutible en muchas ocasiones; los datos radiográficos pueden faltar o ser difíciles de interpretar; en la placa radiográfica de un enfisema avanzado se superponen varias alteraciones patológicas, como son la sobredistensión, fácil de apreciarse, la destrucción, difícil en ocasiones de captar, la hipertensión pulmonar, datos que corresponden a la bronquitis crónica o a la de exacerbación bronquial, etc.; distinguir en una placa o en un estudio radiográfico completo, los datos que identifican cada uno de estos procesos no es fácil como habitualmente lo suponen algunos radiólogos y médicos no especializados.

La finalidad del trabajo del Dr. Galland y col. ha sido valorar la magnitud del enfisema por el grado de insuficiencia respiratoria, identificable por las presiones de los gases en sangre arterial. Lo que nos parece de la mayor importancia de la comunicación que comentamos, es el criterio funcional con el que fue elaborada; criterio que creo debe ser conocido y divulgado. Son del mayor interés e importancia los siguientes puntos del trabajo: el diagnóstico del enfisema apoyado en el estudio funcional; la clasificación basada en los parámetros de los gases en la sangre arterial; se afirma la importancia diagnóstica, pronóstica y terapéutica de la existencia o no de insuficiencia respiratoria en el enfisema; es válida la afirmación de

que lo que adquiere la mayor importancia en clínica es la alteración de la función respiratoria, y que interesa más al clínico la PAO₂, PACO₂, SaO₂ y el pH, que el grado y la extensión de los cambios morfológicos pulmonares y torácicos apreciables en la radiografía. Se señala y discuten la coexistencia de hiperventilación e hipoxia (esta podría actuar a través del glomus carotídeo), la relación de la acidosis compensada o descompensada con la saturación de la sangre arterial y la relación de los parámetros de gases en sangre arterial con el índice V/Q, C.C. E.M.F., con la hipoventilación y la capacidad de difusión.

Los argumentos siguientes apoyan al concepto fundamental expuesto por los autores del trabajo. En su iniciación, el enfisema se debe primordialmente a una alteración funcional y, secundariamente, se presenta la alteración estructural; ambas progresan, pero no sincrónicamente, y nunca o casi nunca, hay una relación íntima entre la alteración funcional y estructural; Monroe (1957) afirma que existe una divergencia absoluta entre diagnóstico clínico y autopsia; Bates y Christie informan de casos de hipoxia e hipercapnia con poca alteración morfológica; Hentel reporta casos de bronquitis crónica, mínimo de enfisema, con hipertensión pulmonar y cor pulmonale; Baldwin y Harvey afirman que no hay correlación entre enfisema estructural, datos clínicos y la dilatación o hipertrofia de ventrículo derecho; la insuficiencia respiratoria, la anomalía en las presiones de los gases en sangre depende fundamentalmente de la relación V/Q y entre ésta y el enfisema estructural hay una gran divergencia; tal parece que en estos casos no funciona el reflejo hipóxico-vascular que evita que pase la sangre por territorio no ventilado y la desvía hacia los que están bien ventilados.

Creo que las razones anteriormente expuestas afirman la solidez y la actualidad del concepto funcional en el que los autores basaron la comunicación presentada; mis felicitaciones al Dr. Galland y colaboradores.