

COMENTARIO OFICIAL

DR. ALEJANDRO CELIS¹

LA EMBOLIA y el infarto pulmonar presentan en la actualidad algunos aspectos que realzan su importancia y que plantean problemas cuyo estudio ha sido el objetivo de una extensa bibliografía extranjera y de relativamente pocos trabajos en nuestro país.

Estos aspectos son los siguientes:

I. Alta frecuencia de hallazgos de embolia e infarto pulmonar en los protocolos de necropsia, pues alcanza índices que varían de 13-15% (Coon-Collier); en el Hospital General el Dr. Manuel Altamirano de la Unidad de Patología de la U.N.A.M. informa que en 7,914 autopsias, hay un 9.7% de muertes con o por embolia pulmonar y Town menciona en traumatizados hasta 26% y Kimsey de 50-75% en cardiopatías. En el Peter Bent Brigham Hospital se le señala como la causa más frecuente de muerte.

II. Existe un incremento indiscutible del padecimiento: Spencer cita en 1934 3.8%, en 1943 10% y en 1962, 15.1%. En el Hospital General, el Dr. Carlos Pacheco, por el año de 1950 señala una incidencia de 3 casos por mil, y como se ha dicho, en la actualidad es de 9.7% (1968).

III. Coon y Collier señalan 43% de muertes inútiles, es decir, de enfermos con padecimientos no mortales, en los que accidente embólico ha sido la causa de la muerte.

IV. Es también un conocimiento adquirido que la gran embolia masiva, mortal, es precedida frecuentemente por infartos, determinados por émbolos pequeños desprendidos de la cola del trombo venoso o cardíaco. El diagnóstico del infarto que precede y de la localización del émbolo puede evitar estas muertes.

V. Por último creemos en la afirmación de Churchill "que en ningún padecimiento hay tal discrepancia entre los hallazgos necróticos y el diagnóstico clínico"; en efecto hay un por ciento alto de error que para Carlotti es de 50% y para Neuhof de 68% en embolia masiva mortal.

VI. Como sucede con todos los padecimientos, el diagnóstico de embolia pulmonar aumenta en frecuencia y se acerca a las cifras reales cuando el clínico conoce y plantea su probabilidad. Desde que en el Hospital General estamos preocupados por identificar los accidentes tromboembólicos pulmonares, la frecuencia de su diagnóstico ha ascendido y ya cuenta como una de las posibilidades que deben plantearse ante cuadros agudos pulmonares.

Son estos los motivos que mueven a médicos e investigadores para afinar los métodos clásicos de diagnóstico, clínico, radiológico y electrocardiográfico y a buscar otros y así se han agregado al estudio hemodinámico, al angioneumografía total o selectiva, el gamagrama pulmonar, las enzimas séricas y el estudio radiológico del sistema venoso para identificar cuando lo hay, el sitio de partida del coágulo ocluyente.

En la embolia aguda, a los métodos ya citados se agregan en los últimos años una serie de datos demostrables con la exploración funcional pulmonar, como son insaturación de la sangre arterial, hiperventilación, anomalías en los cambios gaseosos, alza del gradiente de presión del CO₂ alveolocapilar, baja de compliance, y de capacidad de difusión, hipertensión pulmonar y broncoconstricción.

Acercas del diagnóstico con base funcional de la embolia crónica sólo conocemos el trabajo de Nadel y cols. (1968) quienes estu-

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

dian 8 pacientes y concluyen en la necesidad del estudio funcional en todo paciente con disnea de esfuerzo en el que se sospeche oclusión arterial pulmonar; en su bibliografía no citan trabajos anteriores sobre el tema.

En nuestro medio, el Dr. Galland y sus colaboradores se han interesado, desde hace algunos años, en la patología cardiopulmonar y particularmente en los accidentes vasculares pulmonares, interés que se ha traducido, ante esta Corporación, por un trabajo anterior sobre el diagnóstico gamagráfico de la embolia pulmonar y con el que comentamos inicia el estudio funcional del paciente con embolia pulmonar crónica, llevando como objetivo establecer, a través de una casuística suficiente, el valor del método para el diagnóstico y un juicio crítico sobre lo afirmado en otras publicaciones.

El trabajo del Dr. Galland tiene como base una casuística importante, pues se estudian funcionalmente 50 pacientes, en los que el diagnóstico de embolia crónica se ha basado en métodos ya juzgados y la batería de pruebas pulmonares funcionales empleadas es suficiente para llenar su objetivo.

Creo que las conclusiones del trabajo que comento son justas y equilibradas, porque la gran variación de los resultados obtenidos y la falta de una alteración importante y constante de una o varios parámetros, respaldan la afirmación de que no es aceptable que los datos de la exploración funcional, por sí solos, sean capaces de afirmar o negar la obstrucción vascular crónica pulmonar; pero creemos, y así lo esboza el Dr. Galland, que agregados estos datos funcionales a los otros métodos ya juzgados, significan un progreso para la identificación de un padecimiento, que como hemos afirmado anteriormente, presenta serios problemas para su diagnóstico.

Por otra parte, Duner y cols. han sentado

las bases del pronóstico a largo plazo del paciente que sobreviven a la embolia aguda y demostrado que no presentan secuelas funcionales importantes en reposo, pero sí alteración de sus parámetros en ejercicio y que este pronóstico depende fundamentalmente del estado cardiovascular previo a la embolia. El trabajo que comentamos representa una experiencia distinta y hace ver la persistencia de la obstrucción vascular y de alteraciones funcionales que es importante conocer.

Nuestro aporte al estudio funcional del pulmón infartado ha consistido en lo siguiente: desde hace tiempo hemos iniciado y continuamos trabajando en una investigación cuyo objetivo ha sido estudiar dinámicamente el pulmón embolizado; el método de trabajo ha consistido en determinar infarto por medio de émbolos de Ivalon en la preparación cardiopulmonar de Starling; se hace estudio cinematográfico con película a color de la preparación y así hemos podido apreciar la falta de distensión de la zona infartada en contraste con el resto del pulmón, el que conserva su dinamismo integral; es decir, hemos demostrado "de visu" la baja de compliance, dato identificable por la exploración funcional respiratoria en la embolia aguda.

Para elaborar este comentario me ha sido necesario hacer una revisión bibliográfica, aunque sea somera y analizar con todo cuidado una experiencia realizada en nuestro medio sobre el diagnóstico funcional de la embolia aguda y crónica, tema de actualidad y que nos preocupa a los que trabajamos en Neumología o en Patología cardiovascular.

Por estos motivos agradezco al Dr. Galland la oportunidad de comentar su trabajo y lo felicito por el tema abordado y por el desarrollo de su investigación.