

Referatas de Revistas

«LES BROUCHES» - Vol. XIII - n.º

XII CONGRESO DE LA ASOCIACION INTERNACIONAL PARA EL ESTUDIO DE LOS BRONQUIOS

2.ª Ponencia «LAS ETIOLOGIAS PROFESIONALES CRONICAS»

K. DE VRIES, N. ORIE, J. GOEI, R. BOOLJ-NOORD y A. ZUIDERWEG
(Gronningen). Página 263

LA BRONQUITIS CRONICA NO PROFESIONAL

Ante la imposibilidad de dar una definición esencial de la bronquitis crónica sugieren los A. A. reunir la bronquitis crónica, el asma y el enfisema en un mismo grupo de «afecciones respiratorias no específicas», separando cada una de ellas entre sí, así como de la bronquitis asmática crónica y de la bronquitis crónica con enfisema según la existencia de tos y expectoración por un lado y de estrechez bronquial reversible o irreversible por el otro. A pesar de ello, por la existencia de casos clínicos que pueden pasar de un cuadro a otro, es difícil indicar exactamente sus límites, por lo que se recomienda servirse del nombre genérico antes indicado.

En una encuesta realizada sobre 3.000 personas procedentes de una clientela particular de un médico de cabecera en un pueblo agrario del N.E. de los Países Bajos encuentran los autores un porcentaje del 6%. Los varones dan un porcentaje global mayor que las mujeres, excepto en el grupo de edad comprendido entre los 20 y los 40 años, elevándose posteriormente hasta un máximo de 12% en los hombres en el grupo comprendido entre 60 a 69 años, mientras las mujeres dan cifras muy similares en los diversos grupos de edad.

Como factores endógenos en la etiopatogenia de la bronquitis crónica, señalan los A.A. una parte constitucional estimulada por la tendencia a la sensibilización alérgica y a la reacción exagerada ante los estimulantes no específicos o hiper-reactividad, que puede medirse mediante las determinaciones volumétricas tras inhalaciones de histamina y acetilcolina según Tiffeneau.

Los A.A. estudian dicha hiperreactividad en 500 sujetos jóvenes, encontrando valores más bajos en los afectos de la bronquitis crónica asmática, con elevación de la hiperreactividad en las horas de la noche.

Se inclinan a considerar la hiperreactividad como fenómeno primario, dándole carácter fundamental en la etiopatogenia de las afecciones respiratorias crónicas no específicas señalando que hacen falta ulteriores estudios para conocer exactamente la relación entre una hiperreactividad general y la estudiada ante la histamina y acetilcolina.

Finalmente se hacen algunas consideraciones respecto a la relación entre la bronquitis crónica y otras enfermedades crónicas pulmonares como tuberculosis, enfermedad de Besnier-Boeck, síndrome de Hamman-Rich y neumoconiosis.

Este importante capítulo de la patología tráqueo bronquial ha sido objeto de una Ponencia del XII Congreso de la Asociación Internacional para el Estudio de los Bronquios, dividida en cuatro Co-ponencias, y en las que S. EKESTROM se ocupa del «Tratamiento quirúrgico de la rotura traumática traqueal y bronquial», H. KRAUSS de «Las lesiones traumáticas de la tráquea y bronquios», J. DOR, LE BRIGAND y E. FORSTER, del «Tratamiento de las roturas traqueo bronquiales. (Región cervical y traumatismos abiertos excluidos)» y por último A. DUMONT y L. GREETER de «Las lesiones traumáticas de la tráquea y bronquios».

Los autores en este documentadísimo trabajo hacen un estudio de la patogenia, mecanismos de rotura, anatomía patológica de las lesiones traqueobronquiales traumáticas, fisiopatología de los mismos, y por último del tratamiento, quirúrgico y no quirúrgico, en las diversas fases evolutivas por las que puede pasar un traumatizado de tráquea y bronquios.

Muy interesante es el capítulo dedicado a la sintomatología de los traumatizados traqueobronquiales, y de las secuelas de los mismos.

Concluyen con tres reglas principales:

1.^a Reconocer o por lo menos no desconocer, una rotura traqueobronquial en todo traumatizado de tórax.

2.^a Proporcionar al paciente traumatizado una hematosis y un equilibrio cardio-respiratorio convenientes.

3.^a Reparar lo más rápido posible la rotura traqueobronquial.

Y resaltan el interés principal de la broncoscopia como medio diagnóstico, de la necesidad de un diagnóstico precoz, que conduzca a una terapéutica eficaz, a partir del momento en que las medidas salvadoras de drenaje que un neumotórax bajo tensión y de una traqueotomía han sido tomadas y que la primera fase de «schov» se ha atenuado.

Expuesto todo ello con gran claridad y sencillez, se puede afirmar que en estos cuatro trabajos, se halla comprendida toda la patología de los tratamientos traqueobronquiales.