

REFERATA DE REVISTAS

LES BRONCRES. — Vol. XIII, n.º 6. — Comunicaciones presentadas al XIII Congreso de la A.I.E.B.

Comunicaciones a la I Ponencia. «Los Bronquios en la Sarcoidosis».

F. LLOT, J. L. LEMOINE y J. CHRETIEN (París). «Estudio Endoscópico e histológico de los bronquios principales en la sarcoidosis.»

En 123 casos de sarcoidosis se practicaron broncoscopias apreciando como imagen más frecuente la existencia de zonas inflamatorias en ambos lados (78 %) o en un solo lado (22 %). Las zonas infiltradas con hipersecreción se localizaron preferentemente en bronquios principales y en las carinas superiores y medias.

Las tomas de biopsia dieron mayor porcentaje de positividad practicándolas sobre las zonas antes indicadas, aumentando las positivities al aumentar el número de tomas. Por ello recomiendan los autores hacer por lo menos dos tomas y una de ellas preferentemente en el bronquio derecho en la carina del medio, si ésta está engrosada.

Comparando los resultados obtenidos en estas biopsias con los obtenidos por otros autores con la biopsia preescalénica de Daniels, observan resultados similares, alrededor de 62 %, por lo que prefieren el medio endoscópico más sencillo y menos traumático. En caso de negatividad recomiendan acudir a la biopsia de ganglio o de un sarcoide cutáneo y finalmente al Daniels, que siendo una verdadera intervención quirúrgica puede dar lugar a cicatrices viciosas.

P. M. STEINER (Lausana). «Valor de la biopsia de mucosa bronquial para el diagnóstico de la sarcoidosis.»

Encuentra un porcentaje de positivities de 50 % en sus estudios anatomo-patológicos sobre mucosa bronquial en los casos dudosos de sarcoidosis, apreciando broncoscópicamente imágenes de granulomas subepiteliares en forma de granos amarillentos.

H. SIGHART (Viena). «Diagnóstico broncológico de la sarcoidosis mediastino-pulmonar.»

Entre 7.000 broncoscopias encuentra el autor 30 casos de sarcoidosis, logrando el diagnóstico mediante tomas de mucosa bronquial, aun en casos con indemnidad macroscópica.

E. CARLENS (Estocolmo). «Métodos biópsicos en los casos de sarcoidosis intratorácicos.»

Recomienda el autor practicar biopsia endobronquial solamente en los casos en los que se sospeche la existencia de broncoestenosis. En los restantes casos practica biopsia de ganglios cervicales en los casos en los que se encuentren a la palpación y en los casos negativos preconiza la práctica de mediastinoscopia directa con biopsia consecutiva. De este modo la operación de Daniels queda como proceder empleado con una frecuencia cada día menor.

J. M. MAILLARD (Lausana). «El broncoespasmo manifestación poco conocida de la enfermedad de B.B.S.» La afectación bronquial de la sarcoidosis queda la mayor

parte de las veces en silencio clínico, pues la tos y la disnea son traducción en la mayor parte de los casos de la afectación intersticial difusa. Sin embargo en cuatro casos ha podido encontrar el autor la existencia de un broncoespasmo exteriorizado mediante estudios espirográfico simple y tras aerosol broncodilatador, que se explica por la existencia de edemas de mucosa, alteraciones de la secreción e infecciones sobreañadidas, que indican que los nódulos sarcoidóticos alteran elementos vasculares y nerviosos bronquiales comprometiendo la dinámica bronquiolar.

H. FRIEDEL (Magdeburgo). «Los bronquios en las sarcoidosis.» Encuentra escasas positivities (27 %) mediante las biopsias endobronquiales, mientras que por la mediastinoscopia encuentra un 100 por 100 de positivities, por lo que concluye recurrir a la mediastinoscopia como árbitro en todos los casos en los que precisa un diagnóstico diferencial.

W. SCHIESSLE, G. KÖNN, K. WURH y H. REINDELL (Friburgo). Resultados de 469 bronoscopias sistemáticas con biopsia de carina y biopsias por punción trasbronquial o trastraqueal de gánglios mediastínicos en enfermos hospitalizados por sarcoidosis de B.B.S.»

Agrupando los enfermos por la clasificación de los tres estadios radiológicos, encuentran los autores que en el estadio I (fase ganglio mediastínica) los resultados eran positivos en un 42 %, en el estadio II (fase pulmonar) en un 80 % y en el estadio III (fase de transformación fibrosa) en un 63 %. Los resultados así obtenidos son mejores que los registrados por la biopsia de Daniels, explicando los autores que estos resultados brillantes comparados a los obtenidos por otros investigadores se deberían al hecho de haber realizado biopsia profundas llegando hasta el cartílago. Dada la inocuidad de la punción trasbronquial y trastraqueal dan prioridad a la exploración endobronquial, la que permite además la vista macroscópica del árbol bronquial, así como la toma de secreciones bronquiales para su estudio bacteriológico.

El estudio de los datos obtenidos ha permitido confirmar que la sarcoidosis mediastino pulmonar afecta inicialmente los gánglios hiliares antes de extenderse a los grandes bronquios vecinos, propagándose la afección por vía linfática desde las capas profundas de la mucosa bronquial a la capa epitelial superficial.

F. CARDIS (Lausana). «Sarcoidosis.»

Como conclusión de los diversos trabajos presentados sienta CARDIS las siguientes conclusiones: Seguimos ignorando la etiología de la sarcoidosis a pesar de la gran similitud histopatológica entre tuberculosis y sarcoidosis; la biopsia bronquial es el elemento más útil para el diagnóstico siempre que se realicen tomas copiosas y múltiples aunque la mucosa sea broncoscópicamente normal (de este modo se obtienen positivities de alrededor de 2/3 aun después de la curación radiológica de la enfermedad); la mediastinoscopia de Carlens representa un procedimiento que conduce a un mayor porcentaje de positivities, pareciendo destinada a suplantar la biopsia de Daniels y finalmente cree que los diferentes métodos de investigación no se oponen unos a otros sino que se complementan, debiendo de acudir en algunos casos a la punción biopsia hepática y a la biopsia de músculo.

II Ponencia. — Citología de la secreción bronquial.

U. BUCHER. La «Citologie de la Secretion Bronchique».

El autor en esta Ponencia al XIII Congreso de la Asociación Internacional para el Estudio de los Bronquios, hace un estudio completo sobre la citología en el esputo, resaltando la rareza de su utilización en el diagnóstico de las afecciones no

tumorales del aparato respiratorio, indicando que la causa radica en la dificultad de obtener secreciones bronquiales en estado puro, lo cual se vence con el lavado de las expectoraciones. También el uso de broncoscopios especiales que eviten contaminaciones.

Una vez obtenido el esputo bronquial, el autor describe una serie de cuadros en los que clasifica los esputos, por su citología, y así secreciones bronquiales neutrófilas, despiertan la sospecha de una infección, mientras que el aumento de eosinófilos, va aparejada a la ausencia de bacterias. Es interesante la eosinofilia como característica de los estados asmáticos. Hay aumento de macrófagos en los cuadros bronquiales irritativos (fumadores, estados postinfecciosos, tumores). Destaca el paralelismo entre la tasa de macrófagos en las secreciones bronquiales y la de los monocitos en sangre. La existencia de siderófagos indica estasis pulmonares, sobre todo cuando se presentan en acúmulos. También se encuentran diseminados en la bronquitis crónica y en otras afecciones pulmonares. Los lipófagos, no son característicos de la pulmonía oleosa, sino que también en las neumonías crónicas necrosantes se expectoran. En las afecciones virásicas y en el asma bronquial se encuentran células epiteliales cilíadas. Describiendo los signos de degeneración de las células epiteliales cilíadas, que son patognomónicos de los procesos virásicos, y conocidos con el nombre de «ciliocytophthorie» o C.C.P.

F. DELPORTE. «Cytologie de la Secretion Bronchique.»

El autor de esta Ponencia, presentada en el XIII Congreso de la A.I.E.B., celebrado en Zurich en el mes de mayo de 1963, después de una serie de consideraciones generales acerca de los diversos métodos empleados para la obtención de muestras de secreciones bronquiales, se refiere a las técnicas corrientes empleadas para la preparación de los frotis y de los cortes de inclusión, y de una serie de técnicas especiales, que permiten mejorar considerablemente el estudio de la citología bronquial.

A continuación el autor, describe los elementos normales del árbol bronquial, los elementos menos frecuentes en las secreciones (hematíes y células metaplásicas) y los elementos atípicos (células neoplásicas).

En los cortes de inclusión, describe todos los elementos que pueden encontrarse, y la importancia de esta técnica en el orden diagnóstico.

La estadística de este autor, empleando estas dos técnicas conjuntamente, abarca más de 1.000 exámenes de secreciones bronquiales y las conclusiones que deduce de su empleo son francamente animadoras en orden al diagnóstico de los tumores broncopulmonares.