

SIGNOS CLINICOS Y PRUEBAS FUNCIONALES EN LAS BRONQUITIS CRONICAS

DR. GUZMÁN BLANCO

La Coruña

Los problemas de la bronquitis crónica comienzan por su definición; nosotros, en general, para seleccionar los enfermos presentados aquí, seguimos la de FLETCHER o la del *Medical Research Council* publicada en «The Lancet», abril del pasado año. Aunque no nos parece que pueda tomarse la definición en su totalidad, ya que en lo referente a la expectoración, no podemos tomar muy en serio la sutileza de los ingleses al decir que los enfermos que tosen y no expectoran deben etiquetarse de «*Tos seca crónica*». GALY, en el reciente libro de DENOLIN-ORIE y SADOUL, también se inclina porque debe existir secreción bronquial para ser llamados bronquitis; y añade que, si tienen disnea y no expectoran, debe ser ASMA y si expectoran y carecen de disnea, ECTASIAS. Naturalmente, en términos generales.

En un artículo reciente, el Dr. LEMOINE aboga porque puede perfectamente existir bronquitis crónica demostrable y no tener expectoración el enfermo. Aparte de las razones que da el autor, nosotros creemos que si se acepta la existencia de bronquiectasias secas (hallazgos broncográficos en individuos que no expectoran), no existen para negarlo en los bronquíticos.

De todos modos, como además las ideas de FLETCHER se han aceptado casi con unanimidad, nosotros hemos elegido nuestros enfermos entre aquellos que expectoraban con anterioridad a dos años de la fecha de la exploración y por lo menos tres meses cada año o tres semanas consecutivas varias veces en el mismo año. Aunque la mayoría expectoraba diariamente.

Eran casi todos jóvenes y no habían tenido disnea apreciable de modo paroxístico; o sea que podía descartarse por la edad y los signos espirográficos que existiese enfisema y que fueran asmáticos por la historia clínica.

No se utilizaron broncodilatadores o constrictores durante las pruebas que presentamos, sino que se realizó el espirograma directamente; o si tenían mucha expectoración y tos, se hacía un tratamiento cuidadoso durante un período prudencial con antibióticos, drenaje postural, etc.

Yo no soy un experto en exploraciones funcionales, ni tampoco creo que lo mejor es enemigo de lo bueno; por eso me parece deberían existir Centros dedicados a la exploración funcional respiratoria dotados de aparatos con los que pudiera realizarse pruebas funcionales complejas y completas. Sin embargo, creemos que al menos por ahora resulta muy difícil, dada la escasez de estos centros, enviar a un enfermo con molestias no muy importantes a una ciudad alejada de su domicilio habitual.

En marzo de 1959 se publicó en «Le Poumon et le Coeur» un interesante artículo del Dr. DUBOIS DE MONTREYNEAUD. Interesante por los signos espirográficos poco conocidos que analiza y por el espirografo que utiliza.

Nosotros hemos podido adquirir un espirógrafo LODE, como el del autor francés, aunque más reciente, provisto de un ventilador y ocho velocidades.

Queremos hacer constar que en el libro de DENOLIN, cuando se refieren a pruebas comparativas entre la neumotacografía, la espirografía y la auscultación, encuentran discrepancias importantes; al auscultar a un individuo que presente ruidos sobreañadidos, nos parece que su espiración está sumamente alargada. En cambio, individuos sanos no producen ese efecto al no auscultar más que el murmullo normal. Dando la impresión que apenas existe intervalo entre el final de la espiración y la inspiración siguiente. Cosa que el neumotacograma no comprueba.

Los signos que DUBOIS DE MONTREYNEAUD estudia como más interesantes en los bronquíticos crónicos son los que él llama «Tiempo Suplementario Espiratorio» (T. S. E.) y «Tiempo de Apnea Espiratoria» (T. A. E.); el primero se refiere al tiempo que tarda el individuo en expulsar el aire desde el primer segundo hasta la completa espiración, dada en el espirograma al llegar la línea de espiración a alcanzar el nivel de iniciación de la inspiración previa. Todo ello referido a la prueba del volumen máximo espiratorio. El segundo signo se refiere al tiempo que el individuo, una vez alcanzada la espiración máxima, se mantiene sin iniciar la inspiración siguiente, o sea, una línea totalmente horizontal en el espirograma.

En nuestros enfermos de bronquitis crónica encontramos que, siendo el espirograma normal, se observa que las cifras de T. S. E. pueden ser cortas o largas, aunque con poca variación. Pero, en cambio, el T. A. E. es siempre muy corto; a veces ni siquiera existe intervalo alguno entre el fin del descenso de la curva espiratoria y la iniciación de la inspiración. Después de repetir las pruebas varias veces, podemos conseguir mejorar con el entrenamiento la capacidad vital; pero persiste el cortamiento del Tiempo de Apnea Espiratorio.

Desde luego, nos ha sorprendido las cifras que da el Dr. MONTREYNEAUD, para nosotros excesivamente largas, de hasta 20 segundos o más, como prueba de buena hematosi; pero indudablemente en los bronquíticos crónicos por nosotros explorados, en un alto porcentaje de Tiempo de Apnea Espiratoria (T. A. E.) se encuentra anormalmente acortado.

Se presentan varios espirógramos demostrativos.