

Del broncoscopio a la fibrobroncoscopia

J. López Mejías

Sevilla

Pocas veces se puede simbolizar con tan pocas palabras, y éstas referidas a determinados instrumentos, la evolución de una especialidad. Con la nebulosidad mágica y entrañable que encarnan los símbolos puede decirse que el broncoscopio rígido y el fibrobroncoscopio y la introducción de su uso en la neumología, vienen a representar la evolución de este acúmulo de saberes, conceptos y procedimientos que constituyen esta especialidad.

De forma más concreta y anticipando el desarrollo del tema: el broncoscopio rígido puede tomarse como emblema de la primera fase o fase descriptiva o de implantación de la neumología y el fibrobroncoscopio el de la fase actual, o fase adulta de ampliación y desarrollo.

El broncoscopio fue utilizado inicialmente por especialistas de garganta. Sólo por citar a algunos, mencionaremos a Killian, Chevalier-Jackson, Soulas, Mounier-Kuhn, etc. El gran trabajo sobre la tuberculosis bronquial de D. Manuel Tapia se hizo, además de sobre bases clínicas y radiológicas, sobre los datos broncoscópicos que aportaban las broncoscopias que en el Sanatorio del Caramulo efectuaba el Dr. Costa Quinta, que era un especialista en ORL.

A partir de los datos que fueron suministrando estos autores y de otros que procedían de la clínica y la radiología, los neumólogos empezaron a caer en la cuenta de que la patología bronquial, identificable a través de la broncoscopia (y de la broncografía), permitía una explicación más lógica, más sencilla y más verdadera de buena parte de las enfermedades respiratorias y una interpretación más racional de sus síntomas y signos.

Por ello y junto a otros progresos que se venían llevando a cabo, especialmente en la exploración funcional respiratoria, que fue la gran compañera de la broncología, ésta, es decir el estudio de los bronquios a través del broncoscopio rígido impulsó el desarrollo pujante de la neumología. Esta época fue un período estimulante: cada broncoscopia, cada broncografía (y entonces se hacían bastantes) nos adentraban en un terreno lleno de sorpresas.

Creo que la divulgación de la broncoscopia puede ser un ejemplo de cómo la introducción de una técnica puede modificar un pensamiento e impulsarlo, en este caso el de la medicina neumológica.

Como cabía esperar, los que desarrollaban este pensamiento, es decir, los neumólogos, se apoderaron de

la técnica. La broncoscopia pasó a ser patrimonio casi exclusivo de los neumólogos y cirujanos torácicos. Como la broncoscopia rígida no era fácil de realizar, surgieron unos subespecialistas, los broncoscopistas o broncólogos (especialistas en técnicas broncoscópicas, que denominó el BOE), cuya destreza, real o supuesta, permitía subsanar algunos de los inconvenientes que la técnica presentaba.

Con todo esto la broncoscopia y la broncología, por supuesto, se convirtieron en la espina dorsal que apoyaba el desarrollo de la neumología. Me parece significativo el que en Europa se desarrollara la *Association Internationale pour l'Etude des Bronches* (AIEB) antes que ninguna sociedad puramente neumológica y que en España fuese la sección española de la AIEB, impulsada por los Dres. Tapia, Castilla, Coll Colomé y Blanco Rodríguez la que sustituyó, sin grandes aspavientos a la Sociedad Española de Tuberculosis en la tarea de impulsar la neumología. Quizás sea una impresión mía la de creer que por entonces la existencia de técnicas broncológicas, junto con un gabinete de exploración funcional respiratoria, eran condición indispensable y suficiente para la concepción de un servicio de neumología.

Por muy fructífera que sea una técnica, tiene sus limitaciones e inconvenientes y también tiene su techo. Entre las primeras estaba su mala tolerancia: era difícil que un enfermo aceptase más de una endoscopia a menos que se le realizase con anestesia general, lo que complicaba el procedimiento. Era evidente, además, que la exploración debía limitarse a los bronquios gruesos. Por último, la broncoscopia no podía responder a todas las preguntas que iba planteando el desarrollo de la neumología. Ni ésta, ni la exploración funcional podían ofrecernos datos sobre procesos que iban empezando a cobrar interés, tales como la sarcoidosis, las inflamaciones pulmonares o el tromboembolismo pulmonar. Era evidente que la neumología que se apoyaba en el broncoscopio rígido estaba alcanzando su techo.

La aparición, a finales de la década de los sesenta, del fibrobroncoscopio supuso un cambio considerable y beneficioso. Por una parte facilitó la utilización de la endoscopia e incluso hizo más aceptable su uso reiterado en un mismo enfermo, porque no era una técnica tan molesta. Por otro lado, su campo de acción fue mayor que el del broncoscopio rígido y permitió, finalmente, la utilización complementaria de

procedimientos como el lavado alveolar, el cepillado distal, el catéter ocluido o el catéter telescópado, que permitían obtener datos del parénquima pulmonar.

Estos procedimientos vinieron a dar un matiz nuevo a la endoscopia: el de su empleo posible, no sólo como procedimiento diagnóstico, sino también como método de investigación y en esta etapa permanecemos todavía. La valoración de los datos obtenidos en el lavado alveolar, por ejemplo, es en la actualidad objeto de investigación aunque haya una buena parte de ésta cuyo valor es esencialmente clínico.

Por otra parte, su mejor tolerancia permitió que la broncoscopia con fibrobroncoscopio dejase de ser una técnica exploratoria que sólo podía estar, con garantías, en manos de personas con un gran hábito en la exploración, para pasar a realizarse, con algún entrenamiento, por parte de médicos, esencialmente neumólogos, con menos dedicación. Esto significa que se ha reducido el papel de los broncólogos. Podemos decir que la fibrobroncoscopia ha "democratizado" la endoscopia respiratoria. Las indicaciones de la broncoscopia rígida se han reducido a muy pocas: la extracción de algunos cuerpos extraños, la terapéutica endobronquial, sobre todo con láser, algunas hemoptisis importantes y poco más.

Estos cambios han reducido la importancia de la significación de la broncología en la neumología: ya no representa el papel de espina dorsal de su desarrollo al que nos hemos referido anteriormente. Esto ha sido posible en gran parte porque su papel de informarnos de alteraciones morfológicas se ha cumplido. En gran parte también porque el interés clínico e investigador de la neumología se ha desplazado hacia otros temas y porque para aclarar estos temas la endoscopia es sólo uno más de los métodos que pueden utilizarse y, con frecuencia, sólo un método operativo, pero no fundamental.

Creo que puede ser significativo el que por los mismos años en los que apareció el fibrobroncoscopio, la sección española de la AIEB dejase paso a la SEPAR; que poco después desapareciese la misma AIEB y, consiguientemente, la revista *Les Bronches* que era su órgano de expresión y que poco a poco se fuesen dando los pasos necesarios para la aparición de la Sociedad Europea de Neumología. Todo esto indica una tendencia: la de que la neumología, en toda su amplitud, fuese desplazando a la broncología, como después de todo parece justo.

Por todo ello es por lo que me parece que la fibrobroncoscopia puede tomarse como el emblema de la nueva neumología; un símbolo de una decadencia. La fibrobroncoscopia, aunque con gran utilidad, no tiene el papel fundamental en el desarrollo del saber neumológico que tuvo el broncoscopio rígido.

El paso de la neumología inicial a la actual no ha sido, ni es sencillo. Presenta los problemas de crecimiento habituales del paso de la adolescencia a la edad adulta.

Lo fundamental es que en este paso se plantean nuevos problemas para cuya resolución los recursos

anteriores son insuficientes. Para resolverlos, y también para plantearlos, es preciso recurrir a métodos que proceden de otros campos de la medicina y aún de la biología que el neumólogo no puede dominar por completo, a no ser que tenga una dedicación muy polarizada. Con esto me refiero a una gran variedad de temas que ocupan en la actualidad la parte más importante de las revistas de neumología, donde los temas dedicados a la broncología y a la exploración funcional respiratoria han ido disminuyendo hasta casi desaparecer. Estos temas van desde la regulación de la ventilación a la valoración de la fuerza de los músculos respiratorios; desde la TAC y la MRI a la microbiología y desde cada una de estas técnicas a la inmunología, cuyos límites me da la impresión de que se están ampliando, a la importancia del sistema no adrenérgico-no colinérgico en los bronquios y quizás en el parénquima y por último, y es lo más actual, a la biología molecular y el cultivo de tejidos cuyos logros empiezan a recogerse en el *American Journal of Respiratory Cell and Molecular Biology*. No tengo excesivo rubor en confesar que los temas tratados en esta revista son, al menos para mí, de difícil comprensión.

La consecuencia es que en la actualidad se requiere un abanico de recursos y de conocimientos cada vez más amplio y que es más difícil o imposible dominar o incluso manejarlos con soltura y solvencia. Para mí y supongo que para muchos, es difícil separar en muchos de estos temas lo que es investigación de lo que es clínica.

Creo que esto plantea a la neumología actual problemas de interés: a diferencia de lo que ocurría hasta finales de los sesenta, cada vez se ve más claro que hay que elegir entre la dedicación extensa y la dedicación en profundidad, en buena parte en la clínica, pero sobre todo en la investigación, aunque se trate sólo de investigación clínica. La solución que parece más viable es la de la colaboración con quienes puedan ayudar en los temas que se elijan: radiólogos, citólogos, neurólogos, intensivistas, inmunólogos, etc. Hay algo que los neumólogos seguirán o deben seguir teniendo: la clínica que es, sin duda, la clave de la medicina. Lo malo es que no podemos quedarnos simplemente con la clínica; ésta debe ir recibiendo toda la información que pueden proporcionarle los demás medios e ir modificándose.

La consecuencia de este planteamiento es que me parece probable que sea necesaria una transformación evolutiva de los servicios de neumología y de la asistencia neumológica en general. No me parece este el momento adecuado para insinuar cuáles pudieran ser, a mi juicio, las líneas de esta evolución.

Mi impresión diagnóstica es que este proceso no es grave, sino una crisis de crecimiento, como decía antes. Confío en que la vitalidad de la neumología española consiga la superación de esta crisis, aunque sea, como sucede siempre, para llegar a otras, a nuevos problemas que requieren nuevas soluciones: eso es lo que siempre ocurre en la vida, en la ciencia y en el arte de la medicina.