

TRAQUEOBRONQUITIS CRÓNICA: CLÍNICA

Dr. JOSE TURELL GUMA

DENTRO del intrincado problema de las tráqueobronquitis crónicas, podemos definir a éstas de un modo general diciendo que son un síndrome catarroso permanente de irritación bronquial con tos, expectoración y, a veces, disnea y hemoptisis, y que se nos presenta en la clínica como la evolución crónica de una intensa bronquitis aguda mal curada o presentarse desde su comienzo solapadamente crónica, sobre la cual se insertan, de vez en cuando, brotes inflamatorios agudos que lo agravan.

Como el título reza clínica de las tráqueobronquitis crónicas (T.B.C.), no vamos a hacer capítulo aparte para estudiar la anatomía patológica, etiopatogenia, radiología, aspecto broncoscópico, etcétera, sino que nos limitaremos a hacer una relación sintética de las distintas formas clínicas, para así tener una base sobre la cual indicar cuál debe ser la actitud del médico a adoptar cuando se enfrenta por primera vez con un bronquítico crónico que tose, expectora y se ahoga, para llegar al diagnóstico diferencial del tipo de

bronquitis crónica que aqueja, y consecuentemente, a una terapéutica razonada y eficaz. Sólo entonces haremos alusión, si cabe, sobre algunos aspectos anatomopatológicos, radiológicos, broncoscópicos, etc.

Pero antes de seguir con el tema, nos interesa aclarar un concepto que en clínica no acostumbra a diferenciarse debidamente. Y es el concepto de catarro bronquial y el de bronquitis.

Cuando una noxa llega al nivel del bronquio, por la vía que sea, aérea, hemática, por contigüidad, se pueden producir dos tipos de reacciones, dependiendo de la intensidad del insulto. La reacción catarral simple y la reacción inflamatoria.

1.º La reacción catarral se caracteriza: a) Por una reacción *mucosa*, con aumento de la secreción de moco por actividad de las glándulas mucíparas y de la transformación de las células del epitelio bronquial en células mucíparas caliciformes. b) por la *reacción vascular*, caracterizada por la ingurgitación de los capilares del

corion, con extravasación del plasma sanguíneo y, por lo tanto, por hiperemia y edema de la mucosa; y c) por la *reacción motora*, espasmo de los músculos bronquiales.

2.º La reacción inflamatoria se caracteriza porque a la reacción catarral se le suma la infiltración leucocitaria de la pared del bronquio y sólo entonces, cuando aparecen estos elementos de la inflamación (es decir, la infiltración leucocitaria), podemos hablar de verdaderas bronquitis, que si éstas son intensas y afectan a toda la extensión de la pared del bronquio y del peribronquio, constituyen las bronquitis murales, que son ya irreversibles; por formarse en los infiltrados inflamatorios, tejido conectivo cicatricial, perdiendo el bronquio su vitalidad y elasticidad, siendo esto una de las causas más frecuentes de bronquiectasia.

Todos estos conceptos tienen suma importancia para, como luego veremos, enjuiciar el tratamiento de las bronquitis crónicas.

CLASIFICACION DE LAS BRONQUITIS CRONICAS

Para hacer un estudio clínico de las bronquitis crónicas (B.C.), la mejor clasificación es la etiológica, y así podemos dividir las en: bronquitis secundarias a procesos catarrales rinofaríngeos, bronquitis específicas, bronquitis por irritación de gases y polvos, bronqui-

tis crónicas secundarias a alteraciones orgánicas y metabólicas y bronquitis alérgicas.

1.º *Bronquitis secundarias a procesos catarrales rinofaríngeos.*

— Una de las causas más frecuentes de bronquitis crónica son los brotes de rinofaringitis agudas descendentes. JIMÉNEZ DÍAZ ha descrito una forma de rinofaringitis, llamada por él «el catarro habitual descendente», en el sentido que la reiteración de *poussées* agudas rinofaríngeas acaban sensibilizando la mucosa tráqueobronquial por las bacterias que las producen y engendrando catarros bronquiales espásticos crónicos, e incluso llegan, si existe una disposición alérgica constitucional, a verdaderas crisis asmáticas.

Los focos sépticos de la rinofaringe, que son causa más frecuente de bronquitis crónica, son: sinusitis, vegetaciones adenoideas, pólipos, amigdalitis y sólo curan o mejoran cuando son tratados debidamente estos focos.

2.º *Bronquitis específicas.* Se agrupan dentro de este nombre aquellas B.C. producidas por un germen específico. Hay que distinguir: la B.C. tuberculosa, la sífilítica, las micóticas y la espiroquetosis bronquial o enfermedad de Castellani.

a) De los dos grandes grupos de B. tuberculosas, uno, el que va acompañado de procesos tubercu-

losos pulmonares, y otro, el que evoluciona como una B. tuberculosa aislada, sólo nos interesa remarcar aquí este último, pues puede plantear problemas de diagnóstico diferencial con otros tipos de B. C.; y que el pensar en ella, las hemoptisis con que suele evolucionar, la broncoscopia y la búsqueda y hallazgo del bacilo tuberculoso, nos dará el diagnóstico.

b) La bronquitis sifilítica es sumamente rara en la actualidad. Nunca se presenta como una forma aislada, sino con lesiones broncopulmonares y aun predominantemente pulmonares. Nosotros, con seguridad, sólo hemos visto un enfermo con sífilis pulmonar, no bronquial, con una forma esclerogomosa, que remitió con tratamiento específico, dejando amplias bandas fibrosas en ambos campos pulmonares.

c) Las bronquitis micóticas son rarísimas en nuestros medios. No sé cómo BLANCO, RUBINSTEIN y otros han podido agrupar en sus publicaciones tantas micosis broncopulmonares.

Desde luego, casi nunca se presenta en forma aislada bronquial, sino que, concomitantemente, hay lesiones pulmonares. Si ante una B.C. que evoluciona con esputos hemoptoicos y febrícula, no se ha podido encontrar la etiología, es preciso buscar el hongo mediante cultivos en el medio de Sabouraud.

d) La broncoespiroquetosis de Castellani, descrita por este autor en Ceylan en 1905, se presenta en su forma crónica (puesto que existe una forma aguda no tan frecuente) como un síndrome de B.C. que evoluciona con intensas hemoptisis. Yo no creo que entre nosotros se haya visto esta forma. El diagnóstico, si se trata de una persona que procede de tierras asiáticas y se ha podido descartar otra etiología, se hará por el hallazgo de la *espirocheta bronquialis* en los esputos del enfermo, que no debe confundirse con cualquier espiroqueta saprofítica de la boca.

3.º *Bronquitis por irritación de gases y polvos.* Dentro de este grupo se incluyen las de tipo profesional en los obreros de ciertas industrias por inhalación de vapores, amoníaco, etc., y en los soldados de la primera guerra mundial, por inhalaciones de gases de combate, yperita, fosgeno, difosgeno, etcétera; cuando se inhalan en gran cantidad producen una bronquitis aguda, tóxica, intensa, con sensación de asfixia, dolor retroesternal, tos y expectoración serosanguinolenta abundante, que incluso puede conducir a la muerte por asfixia.

Si ello se supera, conduce generalmente a una bronquitis crónica, puesto que se asocia un proceso infeccioso por bacterias del árbol bronquial.

Si la inhalación no es intensa, pero constante y reiterada, se

mantiene un catarro bronquial crónico por irritación, en el sentido que lo definíamos al principio.

Este catarro bronquial crónico se produce también en los obreros de industrias donde se trabaja en atmósferas polvorientas: polvos de sílice, carbón, amianto (abes-tosis), cáñamo, etc., constituyendo las bronquitis crónicas que acompañan a las neumoconiosis.

También pueden producirlo otros polvos, y así pasa en los molineros, aserradores, en industrias de lana, algodón, en mozos de establo, etc. Pero algunos de estos polvos pueden actuar no tan solamente por su acción mecánica irritativa sobre la mucosa bronquial, sino que en ciertos individuos con disposición constitucional alérgica sensibilizar a la mucosa y dar lugar a bronquitis alérgicas y verdaderos asma.

En este grupo igualmente debemos incluir el catarro bronquial de los fumadores, el de los alcohólicos y el de los oradores o grandes habladores, cuyo mecanismo irritativo es distinto en cada caso y que no podemos entretenernos en describir.

4.º *Bronquitis crónicas secundarias a alteraciones orgánicas y metabólicas.* Dentro de este importante grupo, un tanto intrincado, debemos mencionar:

a) La bronquitis consecutiva a toda clase de *esclerosis pulmonar* de la etiología que sea: tuberculo-

sa, luética, neumoconiótica, etc.

b) La bronquitis consecutiva al *enfisema* puro, senil o toracógeno, Sabemos también que la bronquitis crónica aboca fatalmente al enfisema y, a veces, ante un viejo bronquítico crónico con enfisema, no es fácil discriminar (si no conocemos de antemano al enfermo) qué es lo que ha sido primero, si la bronquitis o el enfisema.

c) La *bronquitis de los cardíacos* es debida al extasis circulatorio en el pulmón, pues, igual que el edema pulmonar, hay un edema en los bronquios, el cual puede ser subagudo y se nos presenta entonces en la clínica como una bronquitis crónica. Se da principalmente en las cardiopatías valvulares aórticas, más rara en la mitrales, fácil de diagnosticar en ambos casos. No tanto cuando es un viejo en el que a su antigua bronquitis crónica banal de fumador se asocia, por ejemplo, un factor de extasis circulatorio pulmonar por claudicación del ventrículo izquierdo debido a esclerosis del miocardio. Estas bronquitis sólo mejoran con los tonos cardíacos.

d) En las bronquitis de los *nefrópatas* (como en la esclerosis renal primitiva o en la secundaria a nefritis crónica) existe retención de cloruros y de urea, que son eliminados por el bronquio a manera de emunctorio de sustitución. La sal irritaría las glándulas y la

mucosa bronquial, dando lugar a un aumento de secreción mucosa. Se trataría de un catarro bronquial y no de verdadera bronquitis.

e) La bronquitis de los *trastornos metabólicos*, tal como la *obesidad* y la *diabetes*, más que ser causa real de bronquitis son factores coadyuvantes que condicionan y mantienen una bronquitis crónica. Así, en los bronquíticos con obesidad ésta ayuda al mantenimiento de la misma por dos mecanismos: uno, la plétora abdominal con elevación intensa de los diafragmas, facilitando el éxtasis circulatorio pulmonar y dificultando el drenaje bronquial, y otro mecanismo es que en casi todos los obesos existe un trastorno del metabolismo acuoso reteniendo grandes cantidades de agua; por esta razón estos bronquíticos mejoran con una cura de adelgazamiento y deshidratante con diuréticos mercuriales.

La diabetes, con el aumento de la tasa de glucosa en la sangre y los tejidos, puede ser un factor importante en el mantenimiento de una bronquitis crónica al favorecer la infección bronquial. Algunas veces se descubre la diabetes en clínica por la persistencia de una bronquitis crónica, que al descubrirse y tratar la diabetes cura completamente la bronquitis.

f) *Las tráqueobronquitis hemorrágicas en el curso de las diá-*

tesis hemorragiparas se deben incluir en este grupo de bronquitis crónicas secundarias a trastornos orgánicos. Hemos tenido ocasión de observar dos casos típicos. Se caracterizaban porque ambas enfermas iban acompañadas de una intensa positividad de la prueba del lazo (RUMPEL-LEEDIE) de un tiempo de sangría alargado 10-12 minutos y una baja acusada en el número de plaquetas. La prueba terapéutica con vitamina C., rutina, extractos hepáticos, etc., largamente sostenida, curó el síndrome.

En una de las enfermas que dejó el tratamiento prematuramente, se presentó de nuevo el cuadro hemorrágico, acompañado nuevamente de las pruebas positivas que habían desaparecido con el tratamiento. Aunque no se hizo broncoscopia para observar la posible placa hemorrágica o el broncolito aflorando en la luz bronquial, vecina a una calcificación hiliar; por radiología no se observaban calcificaciones hiliares en ninguna de las dos enfermas.

Creemos, pues, que en algunas de las tráqueobronquitis hemorrágicas, en las cuales no se encuentra ninguna causa que las explique (pues, como opinan la mayoría de autores, no hay que ver en la tuberculosis el origen común de todas las T.B. hemorrágicas), se debe buscar y explorar una posible diátesis hemorragipara enmascarada.

Hecha esta relación sintética de las bronquitis crónicas, veamos cómo podemos llegar al diagnóstico diferencial de cada una de ellas.

Diagnóstico diferencial de las bronquitis crónicas

Cada día estamos más convencidos de que existen especialidades médicas creadas un tanto artificialmente por los propios médicos, para así tener un conocimiento más profundo de un tipo de enfermedades de un órgano o aparato determinado y adquirir unas técnicas para descubrirlas y ponerlas de manifiesto; pero hemos de convenir que la patología es única y que si queremos hacer un diagnóstico diferencial y catalogar un tipo de bronquitis crónica, precisa ante todo tener un conocimiento profundo de la patología general y pensar más como internistas que como verdaderos especialistas, si no queremos errar el diagnóstico y hacer una terapéutica disparatada.

A nuestro juicio, tres son los pilares fundamentales para ello: primero, un interrogatorio extenso y minucioso; segundo, la exploración del enfermo, y tercero, los exámenes de laboratorio.

1.º El *interrogatorio*. Una historia bien hecha, precisa y detallada, es la antesala del diagnóstico. Los antecedentes familiares, el régimen de vida, la profesión, los padecimientos sufridos en el

curso de la vida, etc., pueden por sí solos ser la clave del diagnóstico.

2.º La *exploración*. Cuando vamos a explorar a un bronquítico crónico que hemos interrogado, pocos datos de interés nos suministra la exploración del aparato respiratorio.

Todas las formas de B.C. tienen un síndrome común de tos y expectoración. La disnea, y más raramente la cianosis, sólo aparecen en las formas complicadas con enfisema y esclerosis pulmonar. La hemoptisis se da en formas especiales, como hemos visto, que por sí sólo nos orientarán en el diagnóstico.

La *tos* es más acusada en ciertas horas del día, generalmente por la mañana, su intensidad depende de muchos factores, si se halla en una *poussée* aguda hay más tos; en invierno por la acción del frío y la humedad, es mucho más intensa; y en las bronquitis avanzadas, con enfisema, la tos es constante y penosa, provocando intensa disnea al final de las crisis.

La *expectoración* es un dato importante a explorar; no basta con lo que nos cuenta el enfermo. Es preciso medir la cantidad y, sobre todo, observar el aspecto, puesto que la simple visión nos puede orientar en el diagnóstico. Si ésta tiene el aspecto de un esputo perlado, mucoso a veces, con típicos

moldes bronquiales, de aspecto anacarado, ya podemos asegurar que estamos en presencia de una bronquitis alérgica; tal se da en lo que antes se había llamado el catarro seco de Laennec; si es mucopurulento poco nos orientará, pues éste es común a muchos tipos de bronquitis; pero si es verdoso numular, que se adhiere fuertemente en el fondo de la escupidera, casi podemos asegurar que existe una complicación bronquiectásica.

En la *inspección* de un bronquítico crónico no complicado con enfisema, el aspecto del tórax es normal; si existe aquél, el tórax presenta el aspecto típico globuloso o bien el llamado tórax piriforme.

La *auscultación* es igual en todos, roncós y sibilancias por ambos campos pulmonares y algún estertor húmedo bronquial subcrepitante, no consonante, que siempre indica una afectación de bronquios más finos.

La *radiología* es también poco demostrativa, salvo un refuerzo de las líneas vásculo-bronquiales y una imagen retículo-aérea más o menos acusada, no existe nada más. Si hay enfisema, la claridad de los campos pulmonares, la horizontalidad de las costillas, la amplitud de los espacios intercostales y el descenso e inmovilidad diafragmática nos lo descubrirá.

Pero la exploración de un bronquítico crónico no debe terminar aquí; es preciso hacer una exploración general del enfermo, ver cómo

está su aparato circulatorio, explorar su funcionalismo renal, descubrir si es un diabético o puede presentar un estado de los que MARAÑÓN ha llamado prediabético, si es un hipertenso u obeso, si existe un grado acentuado de anemia. Todo ello mediante la exploración clínica y con la ayuda de los exámenes de laboratorio, para descubrir si existen factores que nos expliquen la causa principal o las concausas que condicionan o mantienen aquella bronquitis crónica.

3.º *Laboratorio*. Por lo tanto, la práctica de una curva de glucemia, de una urea en sangre, de un hemograma, así como el examen completo de esputos, será de importancia capital en el diagnóstico diferencial de la B.C.

También en ciertas bronquitis crónicas la práctica de una broncoscopia puede tener utilidad definitiva para el diagnóstico.

Con todos estos elementos que hemos expuesto, debemos llegar a un diagnóstico diferencial etiológico e intentar catalogar el bronquítico en alguno de los grupos que hemos expuesto en la relación sintética que hemos mencionado. Esforzarnos en descubrir la causa o las varias causas que pueden mantener una bronquitis crónica es hacer algo práctico y positivo para estos enfermos, porque con ello podemos emprender una terapéutica adecuada e intentar la curación o cuando menos, si anatómicamente ya no es posible, me-

jorar su síndrome, finalidad principal del médico.

A este propósito recordemos lo que decíamos al principio sobre el concepto de catarro bronquial y de bronquitis, al intentar ahora enjuiciar el tratamiento de un catarro crónico.

Es fácil comprender la posibilidad de curación cuando el síndrome que vamos a tratar es un catarro bronquial. Basta muchas veces conocer la causa para suprimirla, evitando que la noxa llegue al nivel del bronquio, para obtener una curación definitiva del catarro, por tratarse aún de un proceso reversible.

Pero en las bronquitis crónicas, inveteradas, de largos años de duración, que al principio podrían tratarse de simples catarros, pero que la persistencia de la causa, produciendo lesiones mínimas en el epitelio y posibilitando la infección por las bacterias del árbol bronquial, producen ya fenómenos inflamatorios. Al igual también en aquellas bronquitis crónicas, aunque sean recientes, de poco tiempo de evolución, pero que su génesis haya sido una bronquitis aguda severa, supurativa por gérmenes de gran virulencia con afectación intensa de la pared bronquial y peribronquitis, se encuentran alteraciones anatómicas, *ya irreversibles*. En el peribronquio la organización conjuntiva fibrosa cicatricial se retrae, favoreciendo la dilatación bronquial; en el corion

existe una hiperplasia conjuntiva, que disloca el armazón elástico y muscular, perdiendo la pared su vitalidad y ectasiándose; además, existe una hiperplasia glandular intensísima, a expensas de las glándulas mucosas y el epitelio cilíndrico se ha metaplasiado, en poliédrico estratificado.

Cuando se llega a esta fase anatómica, las bronquitis crónicas son incurables; lo más que podemos hacer por ellas es curar con antibióticos el brote agudo cuando se presenta, extirpar focos rinofaríngeos si son causa de estos brotes; recomendar, sobre todo en invierno, los climas templados y secos, para aminorar la expectoración; si es un obeso o diabético, tratarlo debidamente para evitar otros factores que favorezcan el incremento de su bronquitis, pero pocas cosas más. Poco a poco y de manera indefectible, el bronquítico crónico camina hacia el enfisema y la esclerosis pulmonar, con su sintomatología propia de disnea de esfuerzo y cianosis, que cada vez se va acentuando más hasta convertir al enfermo en un ser inválido, siendo el final de los mismos la asistolia derecha, con toda su sintomatología, que desde WHITE conocemos con el nombre de *cor pulmonale*. Antes, una de las terminaciones del bronquítico crónico era, en el momento de un brote agudo, la complicación bronconeumónica que hoy, gracias a los antibióticos, no suele ni debe verse nunca.

Vemos, pues, que el médico tiene que esforzarse, si puede, en tratar al bronquítico crónico en sus fases iniciales, antes de que las lesiones sean ya irreversibles.

No queremos dar normas para el tratamiento de las B.C., puesto que existe una lección en que se darán con toda clase de detalles, pero sí que queremos remarcar que si, por ejemplo, la administración de unas autovacunas pueden ser útiles en una bronquitis rino-faríngea descendente, con sensibilización bacteriana, para yugular o bloquear (para usar palabras de KOURILSKY) la evolución de una

B.C., son completamente absurdas e inútiles, si se dan a un bronquítico crónico con pared bronquial destruída, ectasiada y con peri-bronquitis.

Todos los tratamientos usuales pueden tener utilidad, desde la última droga o aparato broncodilatador, pasando por los balsámicos, autovacunas, aerosoles..., hasta el último antibiótico de turno, pero a condición de que la indicación sea precisa, justa y adecuada al tipo de bronquítico crónico con que uno se enfrenta y a su momento evolutivo, si no se fracasará rotundamente.