

BRONQUIECTASIAS

Mullisaca Mamani Freddy Esteban ¹
Tito Ramirez Erika ²

RESUMEN

Las bronquiectasias son una enfermedad crónica inflamatoria progresiva e irreversible de los bronquios, que pueden afectar a una parte del pulmón o bien a su totalidad. En base a su etiopatogenia los dos tipos principales de bronquiectasias son de origen congénito y de origen infeccioso, siendo estos últimos los más frecuentes.

Las bronquiectasias se caracterizan por destruir los componentes musculares y elásticos de las paredes bronquiales produciendo una gran cantidad de esputo muco-purulento de predominio matinal. El cuadro clínico evoluciona a hemoptisis de tipo masiva que puede comprometer la vida del paciente a lo cual se añade broncorrea, la cual se asocia a cambios posturales. El tratamiento consiste en controlar las infecciones y las obstrucciones de la vía respiratoria por medio del uso de antibióticos y bronco dilatadores. Ante la manifestación de una hemoptisis amenazante se indica el tratamiento quirúrgico.

PALABRAS CLAVES

Bronquiectasias, broncorrea, hemoptisis.

DEFINICION

Las bronquiectasias son dilataciones anormales y permanentes de los bronquios cartilaginosos que afectan generalmente bronquios de tamaño mediano, acompañándose de pérdida de los componentes estructurales de la pared bronquial muscular y elástica.¹

ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia de las bronquiectasias involucra enfermedades que destruyen las estructuras de soporte de la pared bronquial. En general la

obstrucción y las infecciones de los bronquios son las causas principales de las bronquiectasias, también están implicados los factores de tipo hereditario.²

Bronquiectasia de origen hereditario o congénito

Las bronquiectasias de origen congénito aparecen como consecuencia de malformaciones, que afecta principalmente al cartílago bronquial. Entre las bronquiectasias de origen congénito podemos citar al Síndrome de Kartagener y el Síndrome de Williams Campbell³.

También se observan bronquiectasias en los defectos inmunológicos humorales como la agamaglobulinemia, la cual produce broncomegalia y traqueobroncomegalia, además la deficiencia de IGA.⁴

Bronquiectasias adquiridas o secundarias

Las bronquiectasias son consecutivas a procesos inflamatorios infecciosos que alteran la estructura normal de la pared bronquial. No obstante, se originan por la inhalación de partículas o gases nocivos.⁵

- **Bronquiectasias de origen infeccioso**

Son consecuencia de infecciones, entre los más sobresalientes tenemos a la Tuberculosis pulmonar y a la neumonía. En las producidas por origen bacteriano tenemos a aquellas donde el germen implicado es el *Staphylococcus aureus* y *Klebsiella*. En las de origen viral se encuentran los adenovirus y el virus de la influenza.^{1,5}

- **Bronquiectasias de origen no infeccioso**

Se caracterizan por exposición a sustancias tóxicas como el amoníaco, sílice, baquelita; éstas provocan una respuesta inflamatoria intensa a nivel bronquial.⁶

La obstrucción bronquial es frecuente en los tumores intraluminales y en las endobronquitis, especialmente la tuberculosa, ante obstrucción parcial puede aparecer un enfisema obstructivo seguido de la formación de bronquiectasias.²

¹Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

En general, en las bronquiectasias se observa la destrucción del tejido bronquial con pérdida de tejido elástico, muscular y cartílago; el epitelio bronquial pierde sus cilios o se tornan disquinéticos, disminuyendo su acción propulsora, alterándose así la eliminación bacteriana, como consecuencia existe acumulación de material mucopurulento espeso en las vías respiratorias periféricas, donde suelen ocluirse o transformarse en tejido fibroso; las glándulas bronquiales y mucosas se hipertrofian, los vasos sanguíneos aumentan de tamaño incrementando las anastomosis entre la circulación arterial y bronquial, este incremento de la vascularización de la pared bronquial causará una hipertensión pulmonar.^{1,6}

CUADRO CLÍNICO

Debido a que las bronquiectasias tienen diversa etiología, el inicio del cuadro clínico es variable. En general las bronquiectasias comienzan con tos persistente, matinal, como resultado de las secreciones acumuladas durante la noche; la tos húmeda o productiva, se presentará en todos los casos excepto en las lesiones que se producen en el segmento posterior y apical del lóbulo superior, las cuales se encuentran drenadas por gravedad.²

Otra manifestación característica, es la broncorrea de tipo matinal, de olor fétido asociada a los cambios posturales; también se presenta hemoptisis por erosión de los capilares o por la anastomosis entre las arterias bronquiales y pulmonares. Es frecuente en los procesos avanzados la fiebre recurrente y el dolor pleural, las sibilancias, la disnea, cianosis y la acropaquia.^{1,6}

Entre las complicaciones usuales tenemos:

- Al absceso pulmonar, debido a la acumulación de material purulento que conlleva a una necrosis del parénquima pulmonar.
- Absceso cerebral, por diseminación hematogena bacteriana.
- Empiema como consecuencia de la infección del líquido pleural.
- Fístula bronco pleural, que se produce por una disfunción anatómica o funcional del parénquima.
- Supuración bronco pulmonar.

- Dedos en "palillo de tambor" en aquellas bronquiectasias de larga evolución.
- Neumonías recurrentes.⁷

Particularmente los niños que presentan bronquiectasias de tipo congénito presentarán muchas veces retraso del desarrollo, episodios repetidos de infecciones respiratorias y de neumonía.

En cuanto a las diversas formas incluidas en las bronquiectasias de origen hereditario estas pueden tener diferente evolución en cuanto a su manifestación clínica.³

Síndrome de Kartagener. El cuadro clínico comienza en la infancia y se desarrolla durante la vida adulta; las primeras hemoptisis se producen en la tercera o cuarta década de la vida, son frecuentes los procesos de neumonía; en cuanto a las complicaciones se destaca la pérdida de la audición por la obstrucción crónica de las trompas de Eustaquio y la otitis media recidivante.³

Síndrome de Williams Campbell. El cuadro clínico se inicia en el primer año de vida con tos y sibilancias, erróneamente son considerados pacientes asmáticos; durante la infancia continúan las infecciones del tracto respiratorio superior, son frecuentes la acropaquia y estertores. En cuanto a sus complicaciones manifiestan disnea de reposo, insuficiencia respiratoria, muchos desarrollan deformidades torácicas como tórax en tonel y en quilla.³

TRATAMIENTO

El tratamiento tiene por objetivo controlar la infección, reducir las secreciones y las obstrucciones de las vías aéreas evitando así futuras complicaciones.

El tratamiento consisten en:

Antibioticoterapia. Para realizar un correcto empleo de los antibióticos tenemos que contar con un antibiograma, determinándose el uso de antibióticos en función al tipo de germen encontrado, los medicamentos de elección empíricos pueden ser: cotrimoxazol, amoxicilina, penicilina, ciprofloxacina..⁶

Fisioterapia Respiratoria Convencional. Se realiza en los pacientes drenajes bronquiales, la

percusión-vibración torácica, la tos eficaz y la espiración forzada.⁴

Drenaje autógeno. Corresponde al control respiratorio con el fin de alterar la frecuencia y la profundidad de la ventilación.⁴

Respiración de ciclo activo. Combina el control de la respiración, la expansión torácica y la técnica de espiración forzada.⁸

Bronco dilatadores. Que son capaces de relajar la musculatura de los bronquios para así ensanchar su luz. Se administra en casos de obstrucción al flujo aéreo.⁴

Mucolíticos. Como la acetilcisteína con una concentración de 2 ml al 20%, se utiliza para reducir la viscosidad de las secreciones del tracto respiratorio.⁸

El tratamiento quirúrgico. Se somete solo en casos de hemoptisis masiva amenazante que no actúen ante el tratamiento, sea esta una enfermedad localizada o generalizada.⁴

BIBLIOGRAFÍA

1. Brounwald E. Medicina Interna de Harrison. Madrid España. Mc Graw.hill. 2002 :1740 - 1743
2. Paisas. Neumología. URL disponible en: <http://es.scribd.com/doc/2659508/Neumologia-de-los-Paisas>. Fecha de acceso 5 de agosto del 2001.
3. Fishman P. Tratado de neumología. México. Mc Graw hill.1983:1148-1162
4. Farreras V. Medicina interna. España. Elsevier. 2004: 751-754
5. Pinto Morales E. Neumonía. La Paz Bolivia, ediciones Muellas, 1994:114– 119.
6. Bers M, Benkow R. El Manual del Diagnostico y Tratamiento de Merck. Madrid España. 2002 : 587-591
7. Céspedes E. Protocolo de Neumología. La Paz Bolivia: Laboratorios Vita. No cuenta con año de edición. 219 – 224
8. Litter M. Farmacología. Ed. El Ateneo. Buenos Aires Argentina. 1984:322.327.