

MESA REDONDA

Martes 9 de diciembre. Hora 15

TEMA:

ENFISEMA PULMONAR

COORDINADOR:

Dr. PABLO PURRIEL

PONENTES:

Definición y concepto. *Dr. Pablo Purriel.*

Análisis epidemiológico. *Dres. R. Morelli, D. Laborde y F. Dalmas.*

Patología del enfisema pulmonar. *Dr. H. Klempert.*
Clínica. *Dr. Dante Tomalino.*

Signos radiológicos. *Dr. M. González Maceda.*

Estudio bacteriológico. *Dra. Mary Ramos de Orlando.*

El electrocardiograma. *Dr. L. Korytnicki.*

Fisiopatología y estudio de la función respiratoria.
Dr. C. Pommerenck.

Rehabilitación respiratoria. *Dra. L. Mesías.*

Tratamiento médico. *Dra. Olga Muras.*

La anestesia. *Dra. María Julia Salsamendi.*

La cirugía. *Dr. Valentín Crosa Dorado.*

DISCUSION

DEFINICION Y CONCEPTO

Dr. PABLO PURRIEL

Existe un conjunto de neumopatías crónicas no específicas, cuyo común denominador es una dificultad de la expulsión de aire debido a causas orgánicas y funcionales. Esto configura un síndrome obstructivo.

Tales procesos se denominan “neumopatías crónicas obstructivas”. Pueden ser reversibles: asma; o irreversibles: bronquitis crónica y enfisema.

Más de una de estas entidades puede estar presente en el mismo enfermo, creando una semiología compleja e intrincada.

No siempre es posible por la clínica, radiología o estudio funcional, diagnosticar el estado anatómico (bronquitis o enfisema) de un síndrome obstructivo y el clínico debe conformarse con la simple enunciación de éste.

Enfisema.—Entidad creada por Lænnec. Es opinión unánime la de emplear un concepto anatómico de la definición: “distensión y alteración estructural de los componentes respiratorios, ubicados más allá del bronquiolo terminal”.

Tal estado modifica las condiciones físicas y el volumen del parénquima, que aumenta considerablemente el tamaño, cambia la forma del continente y perturba la cinemática de los componentes toracopulmonares, creando serios trastornos estáticos y dinámicos.

Lænnec observó que el pulmón de enfisema *es grande* (distendido), *rígido* (pérdida de la elasticidad), *blanco* (isquémico).

Tales alteraciones se evidencian en la clínica por: a) alteraciones morfológicas, aumento de diámetro torácico, alteraciones dinámicas, hipomovilidad; b) trastornos ventilatorios: disnea espiratoria; c) pruebas funcionales, cuyas más importantes alteraciones son: en los volúmenes estáticos, aumento del aire residual (VR); en los dinámicos, disminución del volumen espiratorio máximo segundo (VEMS); un estudio funcional más completo aporta otras pruebas de interés; d) la radiología permite en ciertas circunstancias identificar la entidad. Puede ser completada por angio y scanning.

En los períodos avanzados, el pulmón deja de cumplir su función fundamental: aportar oxígeno para una correcta saturación y eliminación de anhídrido carbónico. Aparece la insuficiencia respiratoria por hipoventilación con hipoxia e hipercapnia.

Cabe la posibilidad que la enorme disminución de capilares cree un obstáculo en la pequeña circulación, que hipertrofie el ventrículo derecho y lo lleve a un menoscabo de su función (*cardiopatía neumógena*).

El patólogo mostrará los diferentes tipos anatómicos y en ello se verá que en algunas oportunidades cabe la indicación quirúrgica.