

La disnea de origen respiratorio*

Dr. OCTAVIO RIVERO

LA DISNEA ES uno de los síntomas principales del aparato respiratorio. Acompaña con frecuencia a diversos tipos de insuficiencia pulmonar y puede ser reversible cuando se eliminan las causas que la producen.

El aparato respiratorio y el cardiovascular se encuentran íntimamente ligados desde el punto de vista funcional y la disnea puede ser un síntoma común a ambos; no obstante, en cualquier caso, la presencia de este síntoma representa la dificultad del aparato respiratorio de proveer al organismo de oxígeno suficiente para llenar sus requerimientos funcionales.

La disnea puede ser objetiva o subjetiva según que se manifieste por datos perceptibles a la exploración, o que solo consista en una sensación manifestada por el enfermo, en forma de "sensación de dificultad respiratoria", como la ha definido Wright.

La disnea puede ocasionarse tanto en la insuficiencia pulmonar primaria, es decir en los casos en que el padecimiento es primitivamente pulmonar, como en la insuficiencia de origen cardíaco. Los mecanismos extra-respiratorios de disnea no son motivo de esta presentación.

En la insuficiencia pulmonar de tipo ventilatorio, tanto en la forma restrictiva, que es el caso del asma bronquial, como en la forma obstructiva, la manifestación inicial más frecuente es la disnea. En ocasiones toda la evolución del proceso se construye alrededor de este síntoma como en el enfisema pulmonar, en el que la pérdida de la elasticidad toracopulmonar ocasiona insuficiencia ventilatoria tanto obstructiva, por retención de secreciones, como restrictiva por espasmo bronquial agregado; en este caso, la disnea, como el padecimiento mismo, es un síntoma irreversible. En otras ocasiones la disnea es reversible como en el caso de un cuerpo

Tema del symposium de Disnea. Escuela Nacional de Medicina.

extraño intrabronquial o en la obstrucción por edema de la glotis que al ceder hace recuperar al paciente su capacidad ventilatoria normal.

En la insuficiencia pulmonar de tipo alvéolo-respiratorio la disnea no es un síntoma inicial, pero puede presentarse cuando la extensión del proceso ha ocasionado disminución de la elasticidad pulmonar, cuando el insuficiente intercambio gaseoso a nivel del alvéolo ocasiona trastornos de anoxemia importante o cuando la retención de CO_2 produce acidosis respiratoria. La retención de CO_2 , en pequeñas cantidades, es estimulante del centro respiratorio aunque en grandes dosis ocasiona depresión del mismo.

Desde el punto de vista clínico la disnea puede estar condicionada al esfuerzo, encontrando disnea de grandes, medianos o pequeños esfuerzos, siendo naturalmente más grave cuando menor sea el esfuerzo que la desencadena. Es importante considerar el entrenamiento del sujeto al esfuerzo, pues mientras para un atleta puede ser patológica la disnea presentada ante un ejercicio, ésta puede ser normal para un sujeto no entrenado.

Cuando la disnea se presenta al colocarse el sujeto en decúbito se denomina ortopnea, que generalmente traduce el aumento de una congestión pulmonar preexistente al fluir una cierta cantidad de sangre de las extremidades y del abdomen hacia la circulación pulmonar.

Los casos más graves de disnea están representados por la disnea continua; en ella el sujeto en reposo es incapaz de adquirir con su aparato respiratorio el oxígeno suficiente para sus funciones basales. En la insuficiencia ventilatoria de tipo obstructivo, mientras la obstrucción es más alta, más se ocasiona este tipo de disnea.

No puede ni debe plantearse globalmente un tratamiento para la disnea. Es obvio que el paciente que la sufre va a ser mejorado con oxigenoterapia en cualquiera de sus formas de aplicación, pero lo más importante es reconocer la causa de la misma y tratarla etiológicamente.

Ante una obstrucción laringea una traqueotomía será de inmediato beneficio; la extracción de un cuerpo extraño intrabronquial por endoscopia será útil en algunos casos, o la distensión de un pulmón colapsado por neumotórax espontáneo en otros.

De este modo, la disnea puede ser mejorada o suprimida en un paciente cuando el proceso que la ocasiona es simple y reversible como en los mencionados. En tanto que en otros casos será el síntoma, o uno de los síntomas de un proceso avanzado y complejo, que como en el caso ya mencionado del enfisema obstructivo, es generalmente irreversible.

REFERENCIAS

1. Comroe: *Clinical physiology and respiratory functional tests.*, 1956.
2. Motley H., L.: *Physiology of respiration with reference to pulmonary diseases.* Am. Jour. of Surg. 89: 106-117, 1955.
3. Motley H., *Pulmonary function measurements.* Am. Jour. of Surg. 88 : 103-116, 1954.
4. Bjorkman, S.; Bruce, T.; Carlens C., E. S.; Honson, H. E., y Voggl, L. G.: *Function tests in pulmonary surgery.* Am. Jour. of Surg. 89: 1, 1955.
5. Bjork, V. O.: *Cardio pulmonary function tests.* Jour, of Thor. Surg. 26: 67.