

CASO PRESENTADO POR LOS DRES. ARSENIO DE LA TORRE Y
ARTURO TERAN COSTALLE

(Sesión del Centro de Estudios sobre Tuberculosis)

C. A. 56 años de edad. Casado, con seis hijos sanos, todos vivos, cuyas edades están comprendidas entre los 15 y los 5 años. Agricultor. Tabaquismo y alcoholismo moderados. Nacido en Riobamba, habiendo residido en Huigra y Machachí, de donde viene últimamente a esta ciudad, para curar sus dolencias.

Anamnesia familiar: Padres muertos sin conocer la causa. La esposa sana y viva.

Anamnesis personal:

a) Anterior: blenorragia, tifoidea, disenteria, paludismo. Hace 14 años fue operado de un tumor cutáneo en la región sacra; igual tumoración localizada en el tercio superior, región externa del muslo izquierdo, motivó una nueva intervención. A este nivel la cicatriz operatoria extensa, de color rosado intenso, eczematosa, está adherida a los planos más profundos. Brotes urticaríales repetidos, subíctericia conjuntí- val afebril, constipación esporádica. Repetidos procesos catarrales caracterizados por tos, ronquera de la voz. En la actualidad conserva buen apetito y buen sueño. Refiere el paciente que en el año 1916, convivió con un individuo sospechoso de padecimiento tuberculoso de los pulmones.

b) Actual: Comienzan sus dolencias hace 7 años. La aparición cronológica de los síntomas es la siguiente: tos pertinaz, con crisis de agudización, que todavía persiste, aunque con más benignidad, espectoración mucosa, mucopurulenta, nunca hemática. Enflaquecimiento paulatino con pér-

dida lenta de la capacidad para el trabajo. Dolores dorsoto- rácicos sin caracteres especiales, localizándose en la región ínterescápulo vertebral, que se acentuaban con la flexión y extensión del tronco y se atenuaban con el decúbito. Meses atrás ya aparece disnea de esfuerzo. La voz comienza a en- ronquecer de manera estable hace 4 meses, a la vez que parece disfagia para los sólidos. Crisis de palpitations precordiales, algunas veces angustiosas.

Con la impresión de una dolencia crónica de los órganos respiratorios ínterorácicos, sometemos al enfermo al examen somático:

Estado psíquico: normal. Decúbito: sentado y recostado en almohadones. Facies sin caracteres especiales. Denota ligero enflaquecimiento. 24 respiraciones por minuto, sin acusar dificultad de respirar. Cráneo sin datos especiales.—Conjuntiva palpebral pálida.—Pupila, párpados, globo ocular: nada especial. Nariz: normal.—Boca: piorrea. Cuello: se aprecia la laringe muy sobresaliente, desviada a la derecha, adosada al esternocleidomastoideo del mismo lado; a la palpación se constata el signo, y además se nota dificultad de colocarla en la línea medía; tiene movimientos a la deglución. La fosa supraclavicular derecha borrada, no así la izquierda que es profunda. No ganglios ni ingurgitación venosa, ni dolor. Tampoco signo de Olíver Cardarelli. Pequeño quiste sebáceo en la nuca.

Tórax: Región anterior: A la inspección encontramos; latido en la región mamaria derecha, y no en la opuesta. Apreciase fuerte retracción ínspiratoria en los espacios intercostales 6, 7 y 8 derechos, en la zona axilar, fenómeno apenas demostrable en el lado izquierdo. Fosa de Morenheím derecha, más excavada que la del lado opuesto. Reducción notable de la amplitud respiratoria del hemitorax derecho. Ninguna modificación notoria en la forma del tórax.

A la palpación: se constata el choque de la punta car- dial a la derecha y no a la izquierda. Frémito acentuado en el hemítórax derecho, en toda su extensión. Denótase reducción de los espacios intercostales derechos, a partir del 8. Atrofia del pectoral mayor. La línea costo espino ilíaca de Ortner, igual en ambos lados.

Percusión: Oscurecimiento difuso de la sonoridad pulmonar en el lado derecho; en la región subclavicular y supraclavicular del mismo lado se encuentra matidez timpánica,



TRAQUEA FUERTEMENTE DESPLAZADA A LA DERECHA. SU BORDE DERECHO ES SOBREPASADO POR EL DEL NEUMCNOCELE.

sin ruido de «Olla cascada» ni Wíntrích. En el hemítórax izquierdo hiperresonancia. El área cardíal se delimita con dificultad; pero, aproximadamente sus 7?, están a la derecha de la línea medioesternal.

Auscultación: Corazón: ritmo acelerado sin modificaciones cualitativas apreciables de los ruidos.—Campos pulmonares: en el lado derecho: el murmullo vesicular es débil por fuera del corazón, pero a medida que se asciende a la clavícula se aprecia un soplo bronquial espiratorio, que, en la región subclavicular se torna en una franca respiración an- fórica, Broncofonía y pectoríloquía afona muy manifiesta, sin caracteres an- fóricos, en zonas ya citadas más arriba. Rales crepitantes y subcrepítantes, abundantes con las grandes respiraciones, en toda la extensión del pulmón derecho, dotados de consonancia. En el pulmón izquierdo, respiración bronco- vesicular, sin modificaciones de la voz auscultada, y con escasos rales subcrepítantes de pequeñas burbujas.

Región posterior: La ectoscopia de Weis demuestra la localización del borde inferior del pulmón en el 11, 9 y 7 espacios, en la línea paravertebral, escapular y axilar posterior, en el lado derecho, no así en el izquierdo donde el fenómeno es difícilmente apreciable. Ningún cambio en la estática de los hombros y escápula. Espacios interescapulo- vertebrales iguales. Compruébase la disminución de la amplitud respiratoria en el hemítórax derecho. Palpación: Iguales modificaciones del frémito que en la región anterior. Ultimos espacios intercostales derechos, dísmínúidor en su amplitud. Percusión: Krónig derecho apenas apreciable; el izquierdo disminuido notoriamente y perfectamente percutible. El límite hepato pulmonar fijo; el límite inferior del pulmón izquierdo, excursióna tres centímetros. En el hemítórax derecho las mismas modificaciones percutorías que en la región anterior; en la región supraespinoza, matidez timpánica. La zona ín- terescapulo vertebral izquierda, submate. En el resto del hemítórax izquierdo hiperresonancia:—Auscultación: para el pulmón derecho iguales modificaciones que en la región anterior: debilitamiento del murmullo vesicular en la región de la base y en la mitad inferior de la R I E V y aparición de soplo an- fórico en la región apical; con iguales rales y modificaciones de la voz. En el hemítórax izquierdo: lo mismo que en la región anterior, salvo intensa respiración bronquial en la R I E V respectiva.

Regiones axilares: la derecha participa de las modificaciones auscultatorias de las regiones colindantes, siendo menos perceptible el anforismo. A la percusión igualmente obscura, sin matidez timpánica en el hueco axilar. La región izquierda sin datos de interés.

Abdomen: sin detalles que merezcan consignarse.

Genitales y extremidades: normales.

Comentarios Clínicos y Semiólogicos: Del examen clínico se deduce la existencia de dos grandes síndromes: uno pleuropulmonar, localizado en el hemitórax derecho; y otro mediastinal. Las lesiones del hemitórax derecho se denuncian por los siguientes signos: angostamiento de determinados espacios intercostales, fuerte retracción respiratoria de los mismos, fijeza del límite pulmonar inferior y disminución de la amplitud respiratoria del hemitórax; matidez, frémito vocal exagerado, rales crepitantes y subcrepitantes, murmullo vesicular debilitado en algunas zonas y respiración anórica en la parte alta del lóbulo superior. Podemos concluir en una Paquípleuritis parcelaria y Bronconeumonía a pequeños focos con Caverna del lóbulo superior. El síndrome mediastinal está compuesto por órganos dislocados: dextrocardía, tráquea desviada a la derecha, disfagia y voz bitonal, sin que existan síntomas de compresiones vasculares, de tumor medias- tinal o de Mediastinitis Crónica. (El abombamiento de la fosa supravicular derecha podría deberse *a una hernia del vértice pulmonar). Trátase por lo tanto de una Dextroposición mediastinal. Debemos descartar de inmediato la existencia de Síndrome Atelectásico del Pulmón Derecho, como causa de la desviación mediastinal. Sí bien existe pleuritis plástica, no es tan extensa como para determinar tal dislocación; sin embargo, una Pleuritis Mediastinal Retráctil, posible en este caso, puede contribuir a fraccionar el Mediastino. Estenosis Carcinomatoso o sífilítica de los bronquios, pneu- motórax o derrame pleural izquierdo, no existen. Quédanos solamente por analizar el Fíbotórax como causa del mediastino en dextroposición. En 1925, Ch. Víncentí define como tal a «toda desviación en masa, total o parcial y durable, bajo el efecto de lesiones pulmonares, de los órganos situados entre los dos pulmones». Lógicamente, de esta definición se deduce el carácter retráctil, atrófico, de las lesiones parenqui- matosas. En estado normal, dice Bard: «El volumen más



**ESOFAGO CON MEDIO DE
CONTRASTE, DESVIADO A LA
DERECHA, CLARIDAD DEL
NEUMOCELE**



SE INDIVIDUALIZA PERFECTAMENTE EL NEUMONOCÉLE
Y UNA CAVERNA SUBCLAVICULAR

grande del pulmón derecho es compensado en el izquierdo por el volumen del corazón, y el mediastino ocupa una posición medial; cuando la equivalencia habitual de los volúmenes se rompe, el corazón y el mediastino se desplazan hacia el lado donde se encuentra un menor volumen». De aquí, Víncenti ha extraído su teoría explicativa del fíbotórax, que lo transcribo íntegramente: «El mediastino es normalmente móvil, pero mantenido en su lugar por la presión equilibrada de las dos cavidades torácicas, fijado en alto y en bajo por la tráquea y los ligamentos frenopericárdicos, será depresible como un velo poco extendido, pero adherente en sus puntos de inserción. El equilibrio roto por una depresión debida a una causa patológica, el velo será atraído en las inspiraciones del pulmón y rechazado en las espiraciones; pero, sí a esta depresión se le agregan las diferencias de volumen del lado sano y del lado enfermo, estas diferencias permanentes crearán un desplazamiento anatómico durable, el mismo aumentado además, por la atracción parenquimatosa». Bard pone al Fíbotórax entre las formas postpleuríticas de su clasificación (neumonías y bronconeumonías pleurógenas), A esto debemos oponer los 84 casos de fíbotórax estudiados por Víncenti, sin que exista en alguno de ellos verdadera atracción pleural, y en cambio, verdadera retracción pulmonar, a la cual considera como el «primum movens» del proceso.

Los fíbotórax se clasifican de la siguiente manera:

- a) Espontáneos: totales, incompletos y parciales.
- b) Artificiales: por neumotorax, derrames pleurales.

El Fíbotórax es una posibilidad de curación de tuberculosis pulmonar. Sus accidentes son benignos desde el hecho que no se operan comprensiones arteriales, venenosas y nerviosas. Conviene dejar que continúe la atracción; el mediastino comprime más el pulmón enfermo, reduce su movilidad; se puede ayudar con freníectomía.

En consecuencia, el único proceso capaz de explicar la dextroposición del mediastino, en el presente caso, de acuerdo con las lesiones encontradas en el pulmón derecho, es el Fíbotórax.

Estudio radiológico: Se observa una dextroposición cardial y mediastinal. La tráquea y el esófago se encuentran fuertemente desplazados hacia el lado derecho.

Hemitórax izquierdo: Normal.

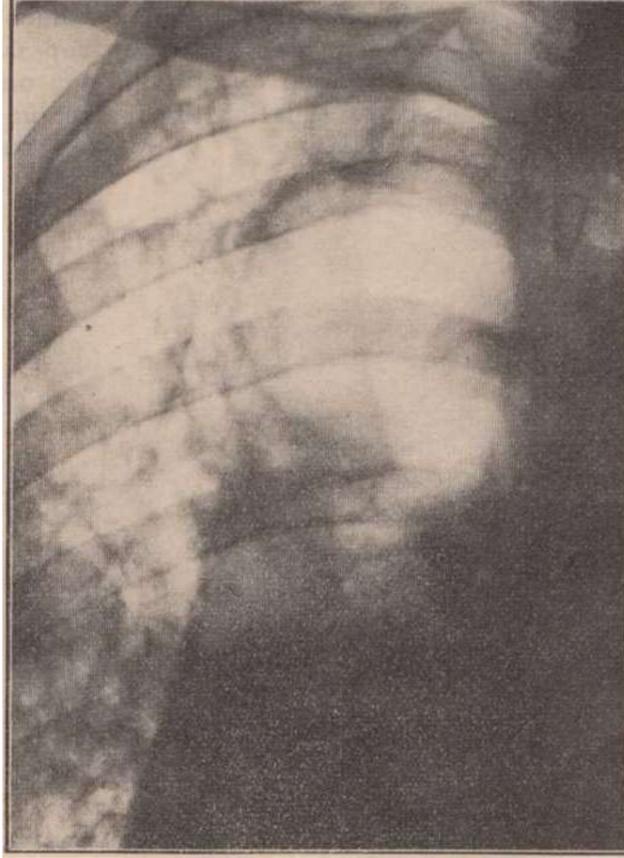
Hemitórax derecho: En el pulmón derecho: infiltración acínosa extendida a todo su campo; Caverna de mediano tamaño en el vértice; la pleura está engrosada. En la región yuxtamediastinal se encuentra una claridad ampulosa, limitado por un contorno grueso y bien limitado, contorno que se localiza hasta un nivel que sería cortado por la línea claviclar media, es decir, que ha avanzado en forma pronunciada sobre el pulmón derecho. Limitado por este contorno se constata la existencia de una porción de parenquima pulmonar sano; este dato llama enormemente la atención, ya que todo el pulmón derecho se encuentra infiltrado.

Estos primeros datos me han inducido a practicar las radiografías penetrantes, radiografías sobreexpuestas, con antídifusor, a la manera de Aguirre y Enquin; en ellas observamos una claridad yuxtamediastinal superior, que se pronuncia intensamente en el lado enfermo; arranca por un contorno nitido de la segunda articulación condroesternal izquierda, cruza la claridad traqueal, ensanchada y desviada hacia la derecha; este contorno se separa, cada vez más, de la línea media, describiendo una curva de convexidad derecha, la cual tiende a cerrarse, formando casi un círculo a nivel de la quinta vértebra dorsal. Nótese que en el interior de esta claridad se puede individualizar perfectamente la tráquea, cuyo contorno derecho se halla sobre pasado, por el contorno de la claridad que nos ocupa.

Por los datos obtenidos, podemos concluir:

a) Se trata de un infiltrado tuberculoso, cavitario, acompañado de paquipleuritis; un verdadero fibrotórax, con dextroposición mediastinal.

b) La claridad yuxtamediastinal superior, constituye un neumonocele, antero superior, por tracción. Su contorno derecho, grueso y bien marcado, estaría constituido por el revestimiento pleural de la hernia mediastinal y del pulmón enfermo, es decir, lo constituyen cuatro hojas pleurales. Estos neumonocelos se presentan en el curso de procesos pleuropulmonares tuberculosos crónicos unilaterales y con acentuada tendencia fibrosa. Los procesos esclerógenos y atelectaciantes son susceptibles de producirlos. La hernia se efectúa a través de los llamados puntos mediastinales débiles, los cuales han sido bien estudiados por Nitsch. La falta de relación entre el volumen del pulmón enfermo y



**EL NEUMONOCELE SE DESTACA NITIDAMENTE
DE LA CLARIDAD TRAQUEAL**

la capacidad del hemitórax que lo contiene, produce un desequilibrio entre las tensiones elásticas de ambos pulmones; se intensifican la depresión endopleural y la acción centripeta del pulmón sano, el que atraviesa por el punto débil mediastinal anterosuperior, constituyendo la hernia mediastinal. Hemos observado que el contorno del pulmón izquierdo rebasa el contorno traqueal derecho, lo cual nos sirve para considerar que no se trata de un simple desplazamiento del mediastino con invasión no hemiaria del hemitórax derecho, por el pulmón izquierdo, sino se trata de un verdadero NEUMONOCELE.