

Neumotórax Espontáneo en la Tuberculosis

—Por el Dr. Martín A. Ruines B.

Aprovecho esta oportunidad para, relatar el caso siguiente: El día 25 de junio del corriente año, a las nueve de la mañana, al pasar visita en compañía de mi estimado amigo, el Dr. Cáceres **Vijil**, en el Primer Servicio de Medicina, Sección de Señoras, del Hospital General, nos llamó poderosamente la atención los lamentos y quejidos de la enferma que ocupaba la cama número 14 en la Sección de Bacilosas. Impresionados por estos lamentos nos aproximamos al lecho de la enferma, quien nos dice: "ME DIO CALENTURA CON FUERTE ESCALOFRIÓ, ADEMÁS TENGO DOLOR AGUDO EN EL COSTADO DERECHO, EN EL PECHO, PARECE QUE ME HAN DADO UNA PUÑALADA Y APENAS RESPIRO, CREO QUE PRONTO MORIRÉ".

En vista de este dramático cuadro pusimos una inyección de morfina y practicamos! examen físico en la enferma de referencia: A la inspección apreciamos: el hemotórax correspondiente al lado enfermo, dilatado e inmovilizado; en la palpación: abolición de las vibraciones vocales; en la percusión: sonoridad aumentada o timpánica, y en la auscultación: abolición del murmullo vesicular, además de acusar fatiga por la dificultad para respirar, pues el menor movimiento aumenta considerablemente la disnea angustiosa que está sufriendo. Efectivamente el cuadro de la temperatura acusaba una elevación térmica de 39.5, además de observar un reporte radiológico, que literalmente dice: "INFILTRACIÓN DE TODO EL HEMITÓRAX DERECHO CON CAVERNA EN EL CAMPO SUPERIOR. INFILTRACIÓN EN LA PARTE MEDIA DEL CAMPO PULMONAR IZQUIERDO". Con todos estos datos formulamos el diagnóstico de "**NEUMOTORAX EN EL HIPOCONDRIO DERECHO**" sobrevenido en forma espontánea; diagnóstico que fue confirmado por el examen radiológico. Esto nos hizo recordar a LAENNEC, quien decía: "Cuando, en un hombre cuyo pecho suena más de un lado que del otro, se ausculta bien la respiración del lado menos sonoro, mientras que en el otro no se escucha del todo, se puede asegurar que está afectado de **NEUMOTORAX**". En el reservorio del recuerdo aparece GALLARD, quien dice: "La abolición de las vibraciones vocales, la hipersonoridad y la ausencia- de murmullo vesicular, constituyen la **TRIAIDA CLASICA DEL NEUMOTORAX**".

Pocos días después aparece otro caso similar en el mismo Servicio.

De lo expuesto, deducimos, que el estudio del NEUMOTORAX ESPONTANEO, sigue siendo de actualidad y de interés en nuestro medio, pues es una de las complicaciones que con alguna frecuencia observamos en la evolución de la tuberculosis pulmonar.

Deseando conocer la causa de este fenómeno la curiosidad científica nos obligó revisar algunos estudios relacionados con el tema de referencia y encontramos que fué ITARO el primero que describió esta complicación, el año de 1803, siendo este autor quien creó el término "**NEUMOTORAX**", al describir los derrames aéreos pleurales y sus relaciones con la tuberculosis. DOWEL describió el primer caso de neumotórax espontáneo de evolución benigna, en un hombre aparentemente sano. GALLIARD trazó el cuadro clínico del neumotórax benigno en sujetos aparentemente sanos, lo llamó "**NEUMOTORAX DE LOS CONSCRIPTOS**". LJUNGDAHL en 1918, hizo un completo estudio etiopatogénico, y rechazó el plan del enfisema como productor de la ruptura pleuropulmonar, se mostró partidario de la etiología tuberculosa, y llegó a aceptar como lesión anatómica suficiente para la producción del neumotórax, la alteración de la pleura. LEREBoulLET en 1930, rechazó la tuberculosis como factor etiológico. El mismo año, SERGENT y PIGNOT atribuyeron la producción del neumotorax a la ruptura de cicatrices tuberculosa córticopleurales. PETRINI aceptó con etilogía la tuberculosis reciente con tendencia destructiva.

Lo anteriormente expuesto demuestra claramente que la minoría de autores no aceptan el factor tuberculoso como origen del neumotórax espontáneo, sin embargo, la mayoría de autores dicen: "La tuberculosis puede ser agente causal del neumotórax espontáneo en las distintas edades de la vida, con una frecuencia que ha sido establecido por las estadísticas. Así lo denuncian la experiencia de todos los que tratan y observan esta, clase de enfermos y las autopsias". De todos los neumotorax son tuberculosos el 90% para WEST, el 78% para BIACH, el 66% para HAYASHI y el 62% para SAUSSIER.

Estos neumotórax, que reconocen como causa etiológica la tuberculosis, pueden hacer su aparición en distintos momentos del proceso evolutivo de esta afección. La mayoría de autores, nos dicen: Las formas de tuberculosis que con más frecuencia se complican con neumotórax son las agudas en sus etapas iniciales, y cuando aparecen en las crónicas, por lo general se trata de una reagudización del proceso tuberculoso por un brote evolutivo. La ruptura visceral produce en el primer tiempo el paso del aire a la cavidad pleural, con los síntomas antes citados, ésto constituye, clásicamente, el primer período, o de **NEUMOTORAX PURO**. En pocos días la pleura se infecta, y se produce un derrame líquido serofibrinoso, cuya abundancia es apreciable, este fenómeno marca el segundo período o de **HIDRONEUMOTORAX**. Finalmente, la misma causa engendra, en la mayoría de los casos, la infección del derrame, lo cual constituye el tercer período, el **PIONEUMOTORAX**. Algunas veces apreciamos neumotorax en los **NEUMOTORIZADOS**, sobre todo cuando se interesa el pulmón en el momento de hacer la insuflación, apreciamos también esta complicación en la práctica del **NEUMOTORAX BILATERAL**.

El examen radiológico además de confirmar el diagnóstico clínico de esta afección determina con precisión todos los tipos de NEUMOTORAX, que según su extensión serán totales o parciales, y según su grado de colapso serán completos o incompletos, además de indicar su sitio, pues estos neumotórax pueden localizarse en el vértice, en las cisuras, en el mediastino, en la base, o entre el pulmón y la pared.

El cuadro clínico observado en nuestro caso: dolor, tos y disnea, de intensidad creciente, sofocante e insoportable, nos permitió catalogarlo COMO NEUMOTORAX ESPONTÁNEO, A VÁLVULA, cuya patógena continúa en la oscuridad; sin embargo, algunos autores, entre otros CARDIS, pretenden explicar su mecanismo de la manera siguiente: para que el neumotórax sea a válvula es necesario que la comunicación pleuropulmonar esté localizada en tejido sano o poco alterado y que no se comunique directamente con el bronquio. El mismo autor sintetiza así la diferencia anatómica y funcional que existe entre las fistulas bronquiales causantes de neumotorax:

1°—Fístulas en tejido enfermo: son broncopleurales más que parenquimatosos; son de doble sentido, de allí que no provoquen sofocación; son infectantes de la pleura.

2°—Fístulas a válvula: se producen por desgarro del parénquima sano; funcionan en un sentido, de allí que resulten sofocantes; infectan raramente la serosa.

Clínicamente, como dijimos, su cuadro es agudo y rápido; es una excepción que cure espontáneamente; casi siempre estos enfermos mueren por insuficiencia respiratoria y cardíaca.

Julio 20 d© 1945.

Fundada en 1900 J.

M. Agurcia, Sucesores

El más completo surtido de Vacunas, Sueros, Serobacteriñas y ampollas de toda clase. Aparatos de cirugía y productos químicos de las marcas más acreditadas. CUALQUIER PATENTADO AMERICANO O EUROPEO.

Señor Médico: cuando necesite algún producto raro llame al Teléfono 11-08.

TREINTA Y OCHO AÑOS DE EXPERIENCIA HONRADA Y DE MEJORAMIENTO. *Esquina Nor-Este del Parque Central. Tegucigalpa, Honduras,*
