

## SÍFILIS PULMONAR ATÍPICA

Por el **Dr. José GÓMEZ**

**MÁRQUEZ h.**

El tema de la sífilis del pulmón, no es desde luego nuevo entre nosotros; muchos colegas han tenido ya ocasión de observar casos de esta naturaleza y hasta algunos, como los Doctores y consocios Manuel Larios y Humberto Díaz, han hecho descripciones detalladas de estos casos y están publicados en nuestra Revista. Sin embargo, el número de los casos reportados es siempre relativamente pequeño, las formas bajo las cuales se presenta es bien diferente de unos a otros; todo ello, y el interés que tiene la localización pulmonar de la lúes desde el punto de vista del diagnóstico diferencial, motivan esta comunicación.

El enfermo que nos ocupa, es S. E., de 39 años de edad, natural de San Buenaventura y se presentó en la Policlínica el 9 de octubre del pasado año. En su anamnesis próxima figura únicamente que hacía un mes y medio, había tenido una pirexia precedida de escalofríos, que continuó en los días siguientes; concomitantemente, tos con expectoración mucopurulenta. El proceso febril cedió a los 22 días espontáneamente pero la tos ha continuado y a ella se han venido a agregar además disnea de reposo y adinamia bien marcadas. Sus antecedentes personales así como la bien anamnesis familiar no ofrecen ningún interés.

Al examen general del enfermo encontramos que se trata de un individuo de 1.76 m. de altura, con panículo adiposo extraordinariamente reducido y que pesa únicamente 120 libras. Tinte subictérico generalizado; hombros encogidos hacia adelante con marcado incurvamiento del tórax; el abdomen abombado presenta una ascitis libre de mediano volumen con circulación suplementari de la pared que abarca toda la mitad derecha del abdomen. Las piernas considerablemente aumentadas de volumen, presentan un edema bastante duro, que deja fóvea a la presión del dedo.

El examen de aparatos da los siguientes datos:

Ap. circulatorio

Pulso: 124 por minuto; igual, pequeño y despresible. Corazón normal.

Tensión arterial: Max: 105 Min: 88

---

Que el desprendimiento entre nosotros cura espontáneamente merced a unos focos de c... se forman alrededor de las bolsas, hasta tal punto que en el curso de ocho años no ha habido necesidad de llevar a cabo una sola operación de desprendimiento.

**Ap. digestivo**

Como anormal únicamente lo relacionado con la exploración hepática. Esta nos muestra, que el límite superior del hígado está en el quinto espacio intercostal derecho en la línea medio-clavicular, pero por su parte inferior, sobresale unos tres traveses de dedo por debajo del reborde costal y es posible palpar allí una masa algo dura, francamente dolorosa y mate a la percusión.

**Ap. respiratorio**

Pulmón derecho: Espiración soplante y pectoriloquia áfona en el vértice; en los dos tercios inferiores, disminución del murmullo vesicular y estertores crepitantes abundantes.

Pulmón izquierdo: Matidez y disminución del murmullo vesicular en todo el campo pulmonar.

**Aps. urinario, genital y sistema nervioso ...**

Normales. Sistema

ganglionar

Infarto de los ganglios inguinales, supraepitrocleares, **axi-**lares y submaxilares de ambos lados.

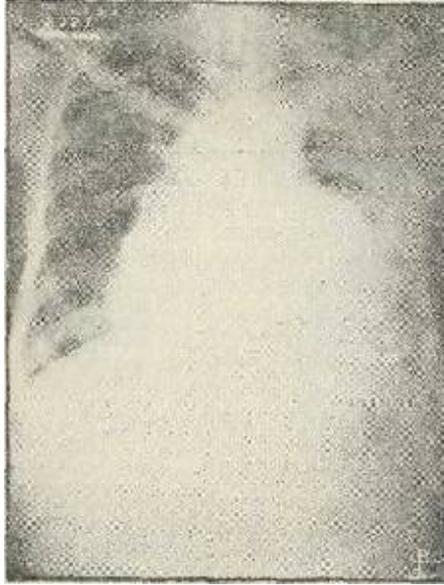
Después de hecho el examen físico del enfermo, hacemos el diagnóstico de extensa infiltración probablemente tuberculosa de ambos pulmones. Con este diagnóstico, se envía al Departamento de rayos X. Y se ordena un examen de esputo investigando Bacilo de Koch.

En honor a la verdad, hemos de decir que hasta ese momento, no sospechamos en este caso, nada que se saliera de la rutina diaria y esperamos tranquilamente a que tanto los Rayos X como el Laboratorio confirmaran nuestro diagnóstico clínico, con el fin de evaluar hasta donde sería posible establecer una **terapéutica**.

Vino a sacarnos de nuestra indiferencia el Doctor Larios, I quien nos **llamó** para enseñarnos la radiografía que hoy tengo el gusto de mostrarles a mi vez, y de la cual el Doctor Larios, dio el siguiente informe:

"Tórax asimétrico. Hay desviación del mediastino y de la tráquea hacia la derecha. Campo pulmonar derecho presenta viejas lesiones del vértice, en la base congestión. El pulmón izquierdo muestra atelectasia del vértice y la mitad superior. En la mitad inferior se nota una sombra densa, de borde externo redondeado y el interno se confunde con la sombra cardíaca. El corazón está desviado hacia la derecha. Estos cambios indican un proceso de consolidación de la base izquierda con un proceso obstructivo de la parte superior que se traduce **por** atelectasia. Respecto a la I

etiología se debe pensar en el orden de posibilidades, primeramente en la tuberculosis, un neoplasma bronquial y la lúes. El neo explicaría muy bien la desviación de órganos la atelectasia y la sombra densa tumoral. La lúes no tiene cuadro característico."



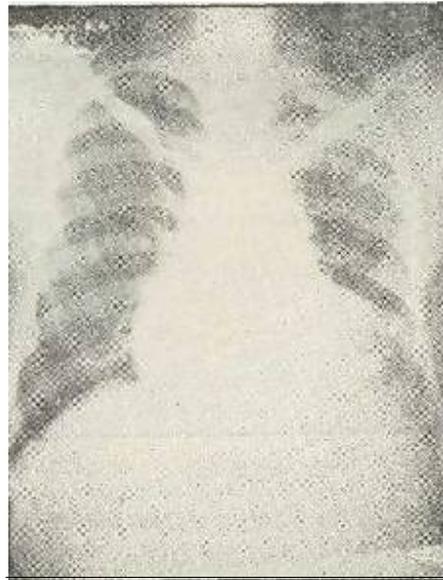
(Fig. 1.)

El resultado de los demás exámenes complementarios, no da nada interesante por lo que a la crina, a las heces y al recuento globular se refiere. El examen de sangre por reacción de Kahn fue positivo más tres y *el* esputo fue repetidamente negativo por Bacilo de Koch, a pesar de que las muestras eran magníficas para tal examen.

En estas circunstancias, teniendo en cuenta el cuadro radiológico tan atípico, la negatividad del esputo, se empezó a pensar en que podía tratarse de un neo pulmonar. Sin embargo, como hacer el diagnóstico era sinónimo de abandonar al enfermo al curso de su enfermedad que forzosamente debía de ser fatal, y teniendo en cuenta el examen de Kahn, se le aconsejó un tratamiento específico intenso.

El paciente, cuyo estado iba empeorando por momentos, aceptó la terapéutica. Se inició ésta con cianuro de mercurio y Neo-Arsán, llegando de las primera? a una dosis total de 30 cgr. y 5 grs. del segundo. El resultado se dejó ver pasada la primera semana y fue realmente dramático: disminuyó considerablemente la disnea, la tos se calmó, se desematizaron las piernas, desapareció la ascitis, el estado general mejoró notablemente y empezó el aumento de peso. Este que era de 120 libras subió al terminar

el tratamiento a 145. Posteriormente se le hizo una cura de bismuto, usando el producto Stabisol; se intentó una cura de yoduro potásico pero hubo intolerancia para el medicamento y fue necesario suspenderlo. Actualmente el enfermo está en magníficas condiciones físicas, restablecido completamente desde el punto de vista del examen clínico. Por lo que a la parte radiológica se refiere, el cambio favorable ha sido notable como se puede observar en esta segunda radiografía, de la cual informó el radiólogo lo siguiente:



(Fig. 2).

"Se observa franca regresión de las lesiones observadas en la radiografía anterior. La sombra tumoral de la base izquierda ha desaparecido observándose en su lugar un espesamiento de la pleura diafragmática con adherencias en formas de estrias fibrosas. La atelectasia del vértice izquierdo y las lesiones congestivas de la base derecha también han desaparecido. La desviación del mediastino ha disminuido considerablemente. Persiste todavía algo de desviación mediastinal y espesamiento de la pleura en el vértice izquierdo. En vista de la evolución y modificación radiológica de las lesiones se descarta la posibilidad de una etiología neoplásica y se acentúa más la impresión de la etiología luética."

El cuadro que acabamos de relatar, nos parece que puede considerarse, por la forma magnífica en que cedió a la terapéutica específica, por los hallazgos radiológicos y por los datos del La-

boratorio, como un caso de sífilis pulmonar pseudotumoral, debiendo agruparse entre los llamados pseudocirróticos, como dice Stokes, en su libro, "Modera Syphüologie," porque las lesiones pulmonares al comprimir la vena cava inferior, provocan un serio obstáculo a la circulación del retorno y en consecuencia dan lugar a la congestión hepática, a la ascitis, a la circulación suplementaria de la pared abdominal y al edema de las piernas. Sin embargo, por muy interesante que pueda parecer la publicación de un caso más de sífilis pulmonar, de cuadro atípico, como es éste, creemos que no está ahí la importancia del problema. Lo que juzgamos como realmente fundamental, es que se haga hincapié una vez más en el hecho de que la lúes pulmonar no es un cuadro tan excepcional como se pudiera creer, y por lo tanto hay que intentar encontrarla entre los diversos cuadros pulmonares que a diario se nos presentan. Ya hace bastante tiempo, corno dijimos en un principio, los Doctores Larios y Díaz, publicaron trabajos muy interesantes sobre este problema. El primero de ellos daba cuenta de una serie de estudios particularmente interesantes, sobre varios casos, de los que daba la historia detallada de cuatro, en los cuales los individuos en cuestión presentaban cuadros que tanto desde el punto de vista clínico como radiológico debían hacer pensar en la tuberculosis, pero que no obstante tenían exámenes de esputo negativos, con una reacción de Kahn constantemente positiva. A todos estos enfermos se les aplicaba el tratamiento específico y curaban; el autor dice desde luego, que no era posible hacer afirmaciones absolutas, sobre la etiología de tales estados en vista de la ausencia de autopsias, pero que la prueba terapéutica parecía ser bastante concluyente. Por su parte, el Doctor Humberto Díaz, presentó el estudio de un caso de sífilis pulmonar de forma esclerósica.

Para nosotros, el asunto de la sífilis pulmonar en nuestro medio, es particularmente interesante. Creemos firmemente que todo caso pulmonar crónico, cuya etiología tuberculosa no pueda ser sentada de una manera rotunda, tanto por los medios clínicos, radiológicos y bacteriológicos, debe ser incluido entre los sospechosos lúes, imponiéndose su investigación en razón de nuestras posibilidades en este sentido. Para ello, es preciso tener en cuenta una vez más, el *valor* solo relativo que tiene la reacción de Kahn y similares; no estará de más recordar lo que todos sabemos: que una serorreacción de esta naturaleza, cuando es positiva, afirma (salvo algunas excepciones), la presencia de lúes más o menos latente pero que el resultado negativo no niega absolutamente nada. En consecuencia que un determinado cuadro pulmonar no tuberculoso, puede ser sifilítico aunque las reacciones serológicas lo nieguen aparentemente. Quizá podrá parecer pueril, insistir tanto en esto, pero *es* muy cierto, que con demasiada frecuencia, el médico general da una importancia decisiva al examen del Laboratorio, menospreciando tal vez los hallazgos de la clínica y los resultados del tratamiento de