

*Notas de semiología**Trabajo original*

El Dolor Torácico

Por el Dr. Herbert Hofmann

El dolor constituye un valioso elemento diagnóstico, y su valor estriba en que nos hace pensar en los distintos cuadros nosológicos. En esta nota me ocuparé del "dolor torácico".

El dolor torácico, puede dividirse en dolor que se refiere a la envoltura externa, llegando a comprender hasta los elementos osteomusculares y dolor que corresponde al referido por los órganos colocados por dentro del límite anterior, sin incluir aquí a las afecciones culpables de dolores situados en o entre ambos límites.

En este artículo se excluirán los dolores provenientes del corazón, que por su índole y características, son patrimonio de un capítulo enteramente especial.

—o—

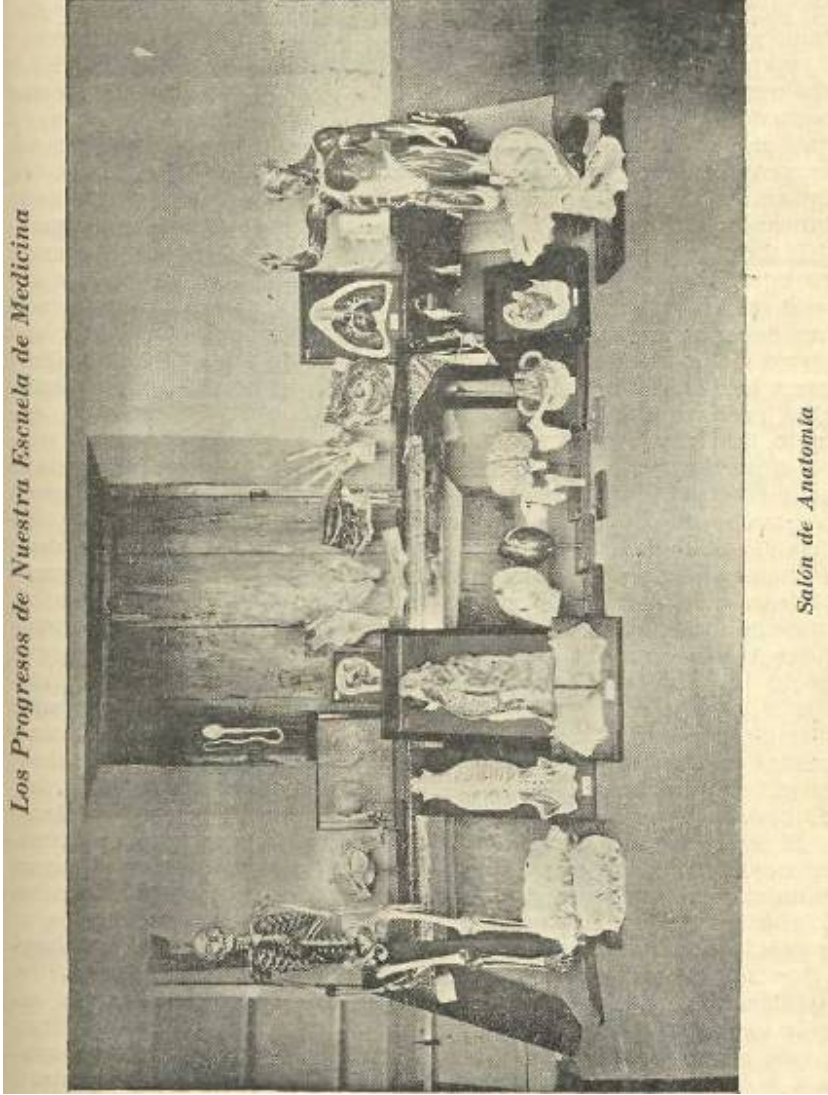
El dolor comprendido en el primero de los grupos, puede tener como fuente: a la piel, la musculatura, los nervios intercostales, las fascias, el tejido conjuntivo subpleural, las costillas y la glándula mamaria.

Las afecciones dolorosas de la piel del pecho, carecen de interés especial para el médico práctico, mientras no se refieran a las zonas de Head, cuya referencia si no se acompaña de la descripción de la afección orgánica, resulta inoportuna en este lugar. No obstante, debe citarse de acuerdo a observaciones hechas por muchos autores, que

los dolores en estas zonas pueden ser tan intensos, como para que los enfermos eviten instintivamente todo contacto con la piel.

Algunos enfermos de coledocistitis y con hiperestesia refleja de la piel del abdomen superior y del tórax inferior derecho, llegan a mantener el brazo derecho constantemente separado de la parrilla costal, porque el contacto de este originaba grandes dolores. Dejando aparte semejantes casos, relativamente muy poco frecuentes, los dolores de la piel no desempeñan un papel muy interesante para el práctico, ya que las afecciones localizadas puramente sobre el cutis, pertenecen al dominio del dermatólogo. No obstante no deberá olvidarse a la *erisipela* aislada del tórax, la que muy a menudo puede deberse a eczemas crónicas (o no) frecuentemente del pliegue submamario. El rubor, el edema, el dolor a la presión, el rodete periférico y la delimitación geográfica de la piel sana, así como la inflamación consensual de los ganglios linfáticos, y la fiebre facilitan rápidamente el diagnóstico. El dolor cutáneo bien puede ser nada más que un síntoma accesorio de una afección general, tal como sucede con la enfermedad de Dermum o adiposidad dolorosa, o de los lipomas simétricos o de la neurofibromatosis. Finalmente, los dolores cutáneos pueden constituir una manifestación

Los Progresos de Nuestra Escuela de Medicina



Salón de Anatomía

se fácilmente por la constatación de una afección primaria pulmonar, y la preexistencia clara de síntomas pulmonares. No podrá bagarse únicamente en la idealización estricta del dolor y de la hinchazón, en el caso de la supuración perípleurítica, ya que los mismos síntomas puede dar el empiema perforante, y el primero también en el empiema enquistado sin perforación. Mucho más importante es la falta de todo síntoma pulmonar, especialmente de tos; pero la disnea precoz e intensa, ocurre en ambas afecciones por igual, debido al dolor motivado por el acto respiratorio; además falta toda desviación de los órganos mediastínicos a pesar de la gran disminución de los ruidos, y del abombamiento extenso de la pared: mientras que en el empiema de necesidad por lo general siempre tiene un pequeño sitio de perforación y fluctuación marcada. Hoy en día, el cuadro radiológico facilita y asegura el diagnóstico y mucho más aun del empiema no perforante suspendido.

Las manifestaciones flogósicas locales faltan sólo en la *perforación de una caverna tuberculosa* a través de las partes blandas. La perforación de la piel, se produce en una forma indolora. La piel se abomba sin reacción, coloreada lividamente, se acompaña de crepitación franca y pueden percibirse frecuentemente rales, y sonidos timpánicos cuando el tumor se reduce a la presión. Por lo indoloro de la afección, no está lejos la confusión con una hernia pulmonar. La crepitación es fina en la hernia pulmonar; la localización fa-

vorita de la perforación es en el 1° a 3° espacio intercostal anterior en la tuberculosis pulmonar, mientras que la hernia pulmonar se manifiesta de ordinario en el espacio supraclavicular o en el 6° a 9° espacio intercostal anterior, facilitando este dato el diagnóstico aun cuando se trate de una hernia espontánea no traumática, debido a aumentos de presión intratorácica, en paredes anormalmente complacientes.

Y precisamente las hernias pulmonares son de interés para el internista.

Tampoco es difícil el diagnóstico de la *actinomycosis* migratoria de origen bronquial, pulmonar o pleural, y que llega a las partes blandas de la envoltura torácica. En este caso se trata de un proceso infiltrativo, crónico progresivo que va de la profundidad a la superficie. La formación de focos flegmonosos múltiples subpleurales, explican la multiplicidad de las puertitas de salida a partir de la profundidad, y que se dirigen hacia la superficie, para irrumpir a través de la piel, bajo la forma de numerosos orificios fistulosos, y en el pus que drena (como quizá antes ya en el esputo), se pueden hallar los granos amarillos y el hongo actinomicos.

El dolor brusco en el pecho, con dificultad respiratoria puede deberse a otra afección cutánea o mejor dicho subcutánea, el extenso *hematoma subcutáneo*. Sólo tiene importancia para el clínico cuando aparece espontáneamente (hemopatías, especialmente la leucemia mielóide). También el *aneurisma aórtico*, puede dar lugar a dolores

en la *piel*, quejándose algunos enfermos de una sensación de frío doloroso en la zona precordial entre el borde esternal izquierdo y la línea mamilar del mismo lado. No necesita insistirse que el dolor común pueda deberse a la erosión del esternón por el neurisma o la erosión de las costillas, así como dolores reflejos materializados en las zonas cutáneas de Head, y dolores del seno. Sin embargo, los aneurismas del arco aórtico especialmente, rara vez ocasionan dolores muy intensos, sino más comúnmente moderados, cuando después de la perforación local lenta de la cubierta torácica por el saco alcanzan a la piel, y distienden a esta última. El abombamiento anormalmente marcado, la pulsación intensa, y la **imagen** radiográfica (límites difusos) llamarán nuestra atención.

Donde el enfermo, o mejor dicho, la enferma suele quejarse de dolor es en la *glándula mamaria*, que durante el examen demuestra ser el sitio doloroso. De las enfermedades orgánicas de esta (exceptuando al carcinoma y a la mastitis), existe una, la que interesa especialmente al clínico, la *hipertrofia mamaria*, sea cual fuere su origen, que da lugar a la sensación de un tiroeamiento doloroso. Igual efecto produce toda hipertrofia transitoria (embarazo, lactancia) o duradera (infiltración leucémica

o aleucenica, adiposidad). En la infiltración de los senos también desempeña un determinado rol, el dolor por exceso de fatiga de los planos musculares. Una adecuada suspensión de la mama, suprime o atenúa el dolor. En lo referente al carcinoma mamario, el dolor no es necesario para hacernos pensar en él, pues al contrario constituye un síntoma aberrante, cuando no aparece como acceso, originado dolores lancinantes que se irradian hacia el brazo y que aparecen especialmente cuando está localizado en el cuadrante superior externo, del seno. La constatación de un nódulo duro, sensible, relativamente inmóvil (adherido al tejido glandular circundante), y de configuración irregular, eventualmente con el pezón mamario retraído y humedecido por una serosidad pegajosa o hemorrágica, apoyarán valiosamente el diagnóstico. En casos raros se observa el carcinoma de la mama del hombre; igualmente pueden originar sensaciones dolorosas en la mama, las metástasis lenticulares, originadas por vía linfática que desde el tamaño de una cabeza de alfiler, hasta el de una lenteja palpable producen al parecer una presión sobre los nervios cutáneos.

La *involución mamaria senil* y presenil, también puede ocasionar dolores. Exceptuando a todas las afecciones dolorosas de las mamas, que caen dentro del

dominio de la cirugía, el clínico deberá precaverse de los dolores mamarios que son parte de una *neurosis*, de estados neurasténicos e histéricos. En esta última es conocida la hiperestesia cutánea exquisita, ya sea del mame-lón o de la mama, ya sea bilateral o unilateral y que a la compresión o al tacto, aun el sólo contacto de la camisa, origina extraordinarios dolores. Otros estigmas y síntomas psíquicos asegurarán el diagnóstico de hiperestesia e hiperalgesia mamaria histérica.

En la neurastenia, y especialmente en el histerismo, puede existir una forma diferente de dolor mamario, la *mastodinia*, que no es más que la expresión de una neuralgia intramamaria, a menudo tenaz intercostalgia, acompañada de hinchazón de la mama. Dolores urentes, lancinantes, punzantes, terebrantes o tensivos pueden presentarse en accesos: la hiperestesia cutánea marcada, la constatación de los puntos dolorosos a la presión (esternal vertebral, axilar), la coexistencia de determinada afección mamaria anatómica, que no rara vez es causante de mastodinias deuteropáticas, facilitan el diagnóstico.

Semejante mastodinia o hiperestesia mamaria se halla con relativa frecuencia en la llamada histeria imitativa. La portadora del dolor, es una persona afecta o cercana a una enferma de un carcinoma mamario y la neurosis latente se manifiesta en este caso bajo la forma de una sensación dolorosa mamaria local.

Dentro de los dolores mamarios, han de mencionarse las sen-

saciones molestas hasta dolorosas de los senos, frecuentemente en uno más intenso que en el otro, que se presentan en algunas mujeres durante, antes y aun después de la *menstruación*, durante o al comienzo del *embarazo* o durante la *menopausia*, acompañados a veces de una real hinchazón de la mama, perfectamente perceptible y que debe atribuirse a las conexiones de la glándula mamaria con el ciclo genital.

Finalmente merecen citarse los dolores a veces urentes de la *arterioesclerosis* de las arterias mamarias. También pueden ser portadores de neuralgia de los nervios *intercostales torácicos*. Aquí también puede aplicarse el principio de que conviene pensar en presencia de dolores bilaterales en su origen orgánico por lesión de las raíces nerviosas. Su origen habrá que buscarse en la vértebra, articulaciones vertebrales y contenido del canal vertebral. La neuralgia intercostal, siempre hará recordarnos y descartar previamente a los tumores extramedulares espinales o tumores vertebrales, o meningitis crónicas, o lesión de la raíz nerviosa por afecciones de los órganos vecinos: costillas (el goma por ejemplo), pleura (neoformación), órganos mediastínicos (aneurisma de la aorta torácica, descendente, por ejemplo), o carcinoma bronquial. Finalmente afecciones del sistema nervioso debidos a causas infecciosas o metabólicas, diabetes, gota, malaria, constipación crónica, anemia, clorosis, etc. En estos casos pueden faltar perfectamente los puntos dolorosos.

Nuralgias intercostales, que

aparecen en forma de acceso, que corresponden al recorrido de la 11ª costilla especialmente de su extremo anterior derecho, deberán siempre hacer pensar en la *coelitis*.

En algunos casos de *angina de pecho auténtica*, además de los dolores retroesternales típicos, pueden existir dolores en los primeros espacios intercostales, así como *neuralgias de los intercostales* más bajos pueden recordar y ser signos del *aneurisma de aorta torácica*. El origen de estos dolores podría deberse a la oclusión de los orificios correspondientes al origen de las arterias intercostales, dentro de la pared aórtica.

Un dolor intercostal muy intenso, es el acompañante corriente del *herpes zoster*. La distribución del dolor, especialmente sobre un espacio intercostal, su expansión en cinturón sin exclusión selectiva de los espacios intercostales únicamente, la erupción y su disposición especial así como la formación de cicatrices después de las ampollas dan al diagnóstico una dirección definida.

Pero también en el *herpes zoster*, especialmente cuando no se ha desarrollado bilateralmente, no deberá descuidarse el pensamiento de que en casos nada raros, puede constituir, la manifestación parcial de una *neuri-*

tis radicular secundaria. Así, por ejemplo, un carcinoma vertebral (dorsal, secundario), puede expresarse con un herpes. También puede ser consecuencia de afecciones mediastínicas, como por ejemplo el aneurisma aórtico, o intoxicaciones (arsenical o CO₂).

El herpes zoster puede deber su origen a una enfermedad de *los ganglios interovertebrales*, pudiendo aparecer por ende, sin irritación de las raíces nerviosas, raramente en accesos o constantemente, con localización especial latero-posterior, a altura variable concomitante a la distribución del territorio nervioso correspondiente al foco primario.

Todos los procesos que disminuyen el espacio del conducto raquídeo, todas las afecciones compresoras de la columna raquídea ósea, aunque sean raras, deben tenerse en cuenta aquí.

Como síntomas inicial de la *esclerosis múltiple*, puede interpretarse la irritación de las raíces interespinales, en aquellas neuralgias intercostales, acompañadas de cefalea, dolores neurálgicos diversos y dolores articulares. Si el comienzo de la afección reviste un carácter agudo, fácil es imaginarse la difícil situación en que se hallará el médico.

De importancia diagnóstica.

son algunas formas poco frecuentes del *tabes dorsal*, con dolores antes de los nervios intercostales. El carácter fulmíneo de los dolores que aparecen por accesos, y los demás signos que acompañan al *tabes*, quitan todas las dificultades diagnósticas. Generalmente estos dolores suelen preferir a los espacios intercostales inferiores.

Por la vía linfática y por la vía nerviosa, pueden explicarse los dolores *neuralgiformes*, que acompañan a los dolores del cuello, en la fosa infraclavicular y que se presentan en las enfermedades del *maxilar inferior* y de *los cuñetes*.

La sensación dolorosa en *cinturón*, puede deberse al *tabes*. Este dolor en cinturón, puede radicar más alto, a la altura del tórax. Puede ser hemitorácico, como puede abarcar toda la circunferencia. Si este es el único síntoma que refiere el enfermo, el diagnóstico suele ser bastante laborioso. También puede el enfermo referir dolores epigástricos, que el cirujano, merced a la condición anatómica invitante, clasifica de hernia epigástrica, con su correspondiente proposición terapéutica. En caso de este tipo, el enfermo tenía pupilas desiguales, con reacción perezosa a la luz, existía lúes en los antecedentes y tratamientos efectuados a su debido tiempo. El paciente se queja actualmente de sensación de adormecimiento en la zona precordial y especialmente a la altura del mameón izquierdo. Existe una ligera hipoestesia, que junto al comportamiento pupilar y los datos anamnésticos hace pensar en *tabes*. La afección evolucio-

nó progresivamente con dolores moderados en un principio, y con el tiempo el diagnóstico se amplió en el sentido de una taboparálisis, ya que los síntomas psíquicos no podían dar lugar a mayores dudas.

Sensaciones en cinturón, suelen registrar los *neurasténicos*; más siempre antes de asegurar esta variedad, conviene agotar el examen neurológico, a pesar de la presencia de *estigmas* de neurastenia; pues además de la *tabes*, toda una *serie* de afecciones medulares puede acusar parestesias y dolores en cinturón. hemorragias meníngeas, lúes medular, meningitis crónicas en todas sus variedades, tumores de toda índole y evolución, siringomielia, esclerosis múltiple crónica, neuritis luética, y aun la poliomieltis aguda puede acompañarse de dolores dorsales y pectorales junto o independientemente a dolores en las extremidades.

Si estas sensaciones aparecen bruscamente, con sensación intensiva de cinturón, debe recordarse a otra serie de *afecciones agudas* de la medula, como: la esclerosis múltiple aguda, la hematomielia, la mielitis aguda, y embolia o trombosis de las arterias medulares. Como regla se acompañan además de una parálisis o paresia aguda de la vejiga y trastornos del esfínter anal, disipando todo género de dudas, respecto a la patogemia de los dolores.

Sensaciones en cinturón *progresivas* pueden hallarse en las afecciones de la columna vertebral propiamente dicha, como puede ser, por ejemplo, en la espondiloartritis anquilopoyética.

También en las afecciones puramente óseas, que originan el achatamiento de los cuerpos vertebrales; ejemplo: la osteomalacia. Finalmente debe citarse a *la arterioesclerosis de las arterias de los cordones posteriores*, cuadro que se caracteriza por el cansancio anormal, debilidad y espasticidad de las extremidades al deambular, faltando la *disbasia dolorosa* intermitente. El signo de Babinsky aparece con el movimiento y desaparece con el reposo; el pulso de las arterias pedias existe; además de la exaltación de los reflejos tendinosos, eventualmente debidos a la arterioesclerosis de las arterias periféricas o centrales, acompañado eventualmente de otros síntomas, dolores gastralgiformes, angina de pecho o enterálgicos.

El dolor en cinturón, como es fácil concebirlo, puede constituir un síntoma importante de la expresión clínica de un *proceso retromediastínico*, que comprime las raíces eferentes. Así un *aneurisma* aórtico colocado en el hiatoaórtico del diafragma, se manifiesta por dolores en cinturón colocados a la altura de la inserción diafragmática, y que suelen presentarse con los movimientos del cuerpo, y especial-

mente por el decúbito dorsal, estando repleto el estómago.

Una causa similar suele existir en aquellas sensaciones "molestas" o toda sensación en cinturón, localizada, a nivel de las falsas costillas, y de la que se quejan los pacientes de *aortitis luética*. Probablemente se debe a una *arteritis de las arterias intercostales*, o bien un angostamiento del origen de éstas, al desprenderse de la aorta torácica, sea a ambos lados, sea unilateralmente; las gradaciones de las sensibilidad van desde las molestias indefinidas hasta el dolor franco e intolerable. Los dolores intercostales, correspondientes al territorio del 6^o intercostal izquierdo anterior, pueden llegar a irradiar por detrás del esternón y al brazo, y simular perfectamente los dolores anginoideos. También aquí, una esclerosis del orificio de origen de la arteria intercostal, debería recordarse como etiopatogenia.

La sensación del cinturón, que se presenta por accesos, con dolores lancinantes, fulmiantes, tebrantes o urentes, alternados con dolores pectorales, con y sin dolor asociado dorsal, y braquial, nos recordará al *tabes cer-*

vical, tan fácil de olvidar. Pero el tabes dorsal puede originar otros dolores torácicos, aparte de la mentada sensación ríe cinturón. Conocidas son las *parestias yuxtacardiales*, especialmente yuxta apicales, sensaciones de frío, "como si soplara un viento helado" sobre la región citada, síntoma frecuentemente inicial o concomitante. También suelen acompañar al tabes dolores cutáneos, como si la piel de la región cardíaca fuera pellizcada Intensamente.

Muy diferentemente se basa la sensación de cinturón originada por el *tétano tónico* o *clónico del diafragma*. Aquí el dolor referido corresponde a las inserciones del diafragma proyectadas sobre la periferia de la envoltura torácica. El tétano clónico se exterioriza por el *singulto* o hipo, el que al prolongarse durante un tiempo largo, varios días sin interrupción, puede originar intensísimos dolores en el cinturón, aparte del dolor epigástrico. Este caso puede observarse en parte, en las afecciones abdominales, que irritan a los reflejos del nervio frénico, por ejemplo: la vejiga anormalmente distendida de los prostáticos, o de los que no lo son, en las metropatías, y también puede presentarse en las irritaciones nerviosas centrales, del nervio frénico, a consecuencia de enfermedades cerebrales o medulares (encefalitis, hipo epidémico), y **también** en ciertas noxas tóxicas, como ser la intoxicación alcohólica crónica, la uremia con su singulto crónico, le septicemia. También puede ocurrir en las lesiones anatómicas del nervio frénico o sus ramas como las que pueden de-

berse a las mediastino pericarditis con cicatrices exuberantes: también los aneurismas de la aorta torácica, en los que los anatomopatólogos no dejan de hallar la concomitante mediasinitis gomosa cicatricial o cicatricial pura. Ha de recordarse aquí también el hipo de los neuropatas (histeria), y el de los estados caquéticos y anémicos (neuritis frénica, neuromielitis).

Igualmente se presenta el singultus tetánico, allí donde existe una inflamación directa de las serosas que recubren al músculo diafragma; así suele ser uno de los signos de peritonitis, cuando ataca primariamente a la serosa diafragmática inferior o secundariamente a consecuencia de una generalización. Más rara vez suele ser signo de una pleuritis diafragmática.

Difícil de reconocer con seguridad, y casi únicamente reconocible a la pantalla es la contracción tónica del diafragma como signo acompañante del tétano, y de la tetania. Suele presentarse también en el reumatismo muscular y articular, secundario a los resfríos, y también en la histeria. En los casos **francos**, el enfermo es presa de dolores en cinturón bruscamente, a la altura de la inserción diafragmática. Aparece disnea y cianosis intensa, se abomba el abdomen, y los órganos torácicos, descienden. Ataques discretos de este tipo, no son raros en la histeria. Recordar a la neumonía lobar de cualquier tipo, que puede originar o acompañar a una neuritis o mejor dicho, peritonitis frénica a cualquier altura. Las epidemias gripales y consiguientemente las diafrag-

mitis agudas o pueden ser consecuencia de esta última. En ambos casos se hallan dolores intensos de duración sumamente variable, a la altura del diafragma, en forma de cinturón, y también pueden ser dolores pectorales, o dorsales "como si reventara el pecho". Estos dolores que aquejan al enfermo impiden la excursión respiratoria normal. Es fácil pasarla por alto durante una *neumonía* o una *colecistitis*. Pero también puede ser independientemente la causa o la consecuencia de una pleuritis diafragmática aguda, o en forma más o menos aguda ser la consecuencia de una pleuritis diafragmática tuberculosa. Lo diagnóstico más fáciles de hacer, o mejor dicho, los errores más frecuentes, son los rótulos de *colecistitis* y *úlcera del antro pilórico*. Para evitarlos contribuye la investigación de los puntos dolorosos del frénico y el examen roentgenológico.

También la *fatiga acentuada*, y el *ejercicio exagerado*, puede originar dolores torácicos, con sensación dolorosa, en cinturón.

Dolores torácicos, no son nada raros, en las deformaciones de éste, lo más frecuentemente a consecuencia de las *escoliosis* de la columna vertebral, que lesiona a los nervios intercostales.

El *ulcus* de la pequeña curva-

dura puede dar dolores unilaterales (y también bilaterales) de los espacios intercostales, especialmente del lado izquierdo. Igual vale para la *colecistitis* y la *colecistitis*. Las afecciones *pancreáticas* originan dolores.

Los dolores torácicos pueden tener su asiento en la *musculatura*, sea en los grandes músculos superficiales, o en los profundos. No deberá olvidarse nunca, que los dolores pectorales siempre harán recordar a la *angina de pecho*. Otra afección que deberá tenerse presente, es la *supuración subpectoral*.

Se tendrán presente aquellos cuadros de dolores torácicos intensos, con disnea pronunciada, acompañados de escalofríos y alta fiebre. El médico siempre tiende a catalogarlo como a un proceso agudo de las vías respiratorias. La enfermedad puede evolucionar sin que lleguen a constatarse positivos signos por parte del pulmón y pleura, el cuadro general sigue invariable con un tinte discretamente séptico, fiebre alta y disnea. Más adelante se produce un leve abombamiento del hermitórax anterior, especialmente del territorio pectoral, discretísimo edema cutáneo, intensísima sensibilidad a la presión. También se presenta dolor al intentar la adducción o rotación interna del brazo, mo-

vimiento que necesita de la contracción activa del músculo pectoral mayor. El diagnóstico de supuración subpectoral será confirmado por el cirujano. Semejantes estados *flegmonosos* subpectorales pueden ser consecuencia de una desapercibida infección de las glándulas sudoríparas axiliares, o de la infección de un dedo, seguida o no de supuraciones axiliares, acompañada o no de la llamativa e inconfundible linfangitis ascendente. Esta última puede ser tan insidiosa en su presentación, falta de rubor, dolor, etc., y evolucionar tan lenta y desapercibidamente que la puerta de entrada queda totalmente olvidada.

También puede suceder la combinación excepcional de un empiema y del flegmón subpectoral, lo cual será tema de difícil solución para el diagnóstico. Al comenzar estas afecciones, existiendo únicamente los signos generales, y la disnea intensa, nada difícil es dejarse seducir por el diagnóstico de "neumonía central."

Alí donde la musculatura es la única portadora del dolor que aqueja al enfermo, es relativamente fácil caracterizar al cuadro por la sensibilidad local a la presión del músculo o de los grupos musculares y, por otro parte, por la exaltación del dolor a la contracción activa o pasiva del músculo afecto. A veces están atacados únicamente los músculos torácicos, y otras secundariamente sólo y especialmente los de las extremidades; de este solo detalle fluye el diagnóstico con facilidad. Una participación extensa de los músculos torácicos, origina intensa dis-

nea (y donde existe participación diafragmática, hasta muerte por asfixia). Naturalmente que al examen puramente superficial, puede fácilmente concluirse un diagnóstico errado. Semejante participación muscular hará pensar por ejemplo en la *polimiositis* aguda, y en la *triquinosis* aguda y a veces también en la enfermedad de *Weil* y en ciertos estados reumatoides. En otros casos puede estarse en presencia de dolores musculares pectorales exclusivos, como suelen presentarse en los gimnastas; o dolores que ocurren a consecuencia de la *tos*, debida a cualquier otra causa (como después de una prolongada bronquitis, enfisema pulmonar, coqueluche, etc). También en determinados oficios: sastres, costureras, zapateros, dentistas, existe no sólo la participación muscular, sino que también dolores pectorales, esqueléticos y aun nerviosos. Finalmente los dolores pectorales, así como los del dorso, etc., pueden representar únicamente el signo de *cansancio* y *fatiga* general.

Dolores pectorales exquisitos pueden hallarse también en el reumatismo de los músculos pectorales y en la *pleurodinia*. De tratarse de los músculos superficiales, se caracterizan por la sensibilidad a la presión de la musculatura y por los dolores a los movimientos, lo que facilita el diagnóstico. Según algunos autores, también la formación de nudosidades y el factor causal, facilitarían (*cansancio*, frío) igualmente el diagnóstico. Semejante *cansancio* puede deberse igualmente a un aumento

lor notablemente por la compresión nerviosa. En la pleurodinia, no se observará (mialgia) ninguna de estas variantes. Aplicando corriente farádica con electrodo húmedo, observaremos que en la mialgia, cesa el dolor por la faradización. El dolor a la presión, local, no es de mayor utilidad diagnóstica excepto los puntos dolorosos definidos de la neuralgia. Es frecuente el dolor a la presión en la mialgia intercostal, y no es menos raro en la pleuritis seca.

No obstante, en conjunto podría decirse que el dolor que abarca varios espacios intercostales habla más a favor de pleuritis que de intercostalgia. Lo que es de valor decisivo es indudablemente el frote pleural, pues la fiebre puede ser idéntica en el reumatismo muscular agudo como en la pleuritis fibrinosa, y ambas pueden coincidir aún, en su orientación etiológica, ya que pueden ser la consecuencia de un reumatismo articular agudo. De modo que, mientras los frotos no estén instalados con toda claridad, corresponde muñirse de la mayor circuspección. Púedese estar en presencia de una fina crepitación a nivel de la zona dolorosa; crepitación constante a la inspiración, como expiración y persistente después de los golpes de tos. Bien puede ser ésta

nada más que la expresión de la crepitación atelectásica consiguiente y mantenida **por** la respiración excesivamente superficial, y que a pesar de la mejor voluntad del enfermo no es más profunda al dolor ocasionado. Así, por ejemplo, sería muy fácil diagnosticar una pleuritis fibrinosa, al examinar a un enfermo que presente: crepitación inspiratoria y expiratoria fina (confundida con frotos pleurales), dolor intenso en forma de puntada de costado que abarca el hemitórax lateral inferior. Dolor que persiste durante largo tiempo, que se exagera al respirar profundamente, con temperatura febril y aun con una hemoptisis insignificante en un anciano. Sin grandes esfuerzos para explicar el mecanismo, se supone que un infarto pulmonar puede haber sido, la causa en un sujeto arteroesclerótico y discretamente miofibrósico. No obstante esta serie de síntomas correlativos, no dejará de pensarse en la neuralgia intercostal sin puntos dolorosos a la presión a consecuencia de un *carcinoma* inicial de la columna vertebral. Vemos, pues, que sólo un examen completo de la columna y de las costillas puede evitar semejante error. Especialmente aquí los movimientos del tronco, darán la clave,

alejándonos de la pleuritis, como explicación suficiente del dolor. El dolor de los músculos torácicos puede ser también un signo de *neurastenia*. Los pacientes acuden al médico, con el temor de una afección cardíaca. Un punto importante aquí es el aumento del dolor, al mover al músculo, y su atenuación durante la deambulación del paciente. En el *tétano*, refieren dolores torácicos los enfermos, los que erróneamente se rotulan de pleuralgias.

Aquí puede también referirse la mialgia correspondiente a la iniciación de las enfermedades infecciosas agudas, como sucede con la *encefalitis epidémica* o en la *gripe*. Tampoco es raro que el *escorbuto* comience con dolores musculares, donde también los derrames sanguíneos a nivel del límite condrocostal origina dolores torácico.

Asimismo las infecciones sépticas crónicas, pueden exteriorizarse con dolores miálgicos torácicos. Un dolor persistente durante meses a nivel del pecho, acompañado de fatiga general, transpiraciones nocturnas, dolores articulares periódicos, con fluxión de alguna articulación y dolor definido de la musculatura pectoral, bien puede ser nada más que consecuencia de piorrea alveolar.

Y no sólo la inflamación fibrinosa, sino que cualquier tipo de inflamación pleural puede dar lugar a dolores torácicos. La pleuritis tuberculosa aguda, se caracteriza por la insignificancia del dolor o la casi falta total de este mismo. En cambio,

la pleuresía purulenta, se manifiesta con constante y persistente dolor intenso. Sólo el empiema para y meta-neumónico constituyen una excepción aquí. La *pleuritis adherente hiperplástica* puede dar dolores torácicos especialmente en la posición horizontal del paciente; (del lado enfermo por el abombamiento del diafragma, y del lado sano por la apertura y dilatación del ángulo pleural y la tensión de las adherencias pleurales), puede llegar el enfermo por esta razón a la *clinofobia*.

Aparte de la peripleuritis ya descrita, el dolor de la envoltura torácica puede partir de otro elemento constitutivo de la pared: los *huesos*. Aquí nos referimos únicamente a las costillas, vértebras y esternón. *

Los huesos mencionados pueden ser presa de periostitis aguda, (ostiomielitis, tuberculosis crónica (caries, osteoperiostitis luética o actinomicótica, de neoplasias primitivas (mielomas) o secundarias (por extensión de vecindad o bien metásticas). Sin entrar a analizar este enorme capítulo, sólo vale insistir en que aquí bien puede iniciarse el dolor muy bruscamente, y que hace casi imposible los movimientos respiratorios. También puede la *insuficiencia vertebral* originar dolores pectorales.

Finalmente dolores vertebrales y esternales y costales, pueden constituir la manifestación parcial de afecciones óseas universales, entre las que deben recalcarse la: osteoporosis, la osteomalacia, el raquitismo, los neoplasmas múltiples primarios o secundarios, el mieloma óseo. Es-

tos dolores, se exageran igualmente como los musculares, por las **tos**, el estornudo, etc., o bien pueden aparecer por primera vez con motivo de ellos. También la *leucemia mieloide crónica* puede en algunos casos comenzar con fuertes dolores a la presión y percusión, especialmente del esqueleto del tronco. Por ejemplo, el enfermo comienza quejándose del dolor que le ocasiona quitarse el saco; aquí la leucemia puede manifestarse también con insignificantes dolores subjetivos localizados en el esternón y costillas; el dolor a la percusión y a la presión recién los pone de manifiesto posteriormente. Especialmente el esternón suele ser sitio de elección dolorosa especial, como igualmente no lo es menos de origen primario o secundario. Anemia aplástica, trombopenia, anemia perniciosa, anemias secundarias graves. También nunca falta casi en la leucemia aguda, esclerosis, y en

las afecciones piohémicas, y por lo tanto en la endocarditis séptica. Se presenta igualmente en el envenamiento agudo por el fósforo, y en algunas ocasiones en la enfermedad de Basedow. No solamente las modificaciones localizadas en la medula ósea se traducen por dolor, sino que también las de las paredes, y así tenemos en la pared posterior del esternón en primera línea a los gomas, neoplasmas malignos, abscesos fríos, erosión por aneurisma, etc.; modificaciones todas que al examen objetivo señalan una matitez esternal acentuada. La calcificación del cartílago costal puede percibirse como dolorosa y constatarse radiológicamente.

Dolor en la región de apófisis xifoides, constituye en forma especial del dolor torácico. Ha de pensarse en una afección de la sincondrosis del proceso ensiforme con el cuerpo del esternón.

y puede ocurrir esto en la diátesis reumática, como manifestación parcial del reumatismo ordinario o del gonorreico. Recuérdese también a las condritis y las pericondritis de la apófisis xifoides, comúnmente acompañadas de dolor a la presión y discreta fluxión local, de probable origen específico.

Dolor localizado detrás del esternón suele referirse en la aortalgia y en la angina pectoris.

Las afecciones esofágicas y del cardias pueden originar también dolores. Si estos dolores se presentan al ingerir alimentos, no es difícil recordar al carcinoma esofágico; aun cuando éste no se localice al mismo nivel, sino que bastante más arriba. El dolor puede condicionarse por un estado espasmódico reflejo. Y un tumor pilórico puede originar un cardioespasmo reflejo y dar así ese tipo de dolor.

Dolores retroxifoideos son referidos frecuentemente por enfermos con *gastroptosis*, quizá por la distensión del cardias especialmente post-prandial, y al bajar las escaleras. También pueden hallarse dolores en esta región, en las afecciones *diafragmáticas*, a consecuencia de las contracciones reiteradas de éste. Representan el ejemplo de los dolores de los maseteros al comenzar trismus. Epigastralgia, dolores tirantes en las extremidades, sudores profusos e insomnio, suelen ser un signo de valioso de *tétano*.

Dolores localizados objetiva y subjetivamente existen en las afecciones de la articulación *esternoclavicular*, o de la articulación del esternón con la primera costilla; excepcionalmente de los cartílagos condrocostales más inferiores, pueden aparecer tanto en el reumatismo poliarticular agudo como en el gonorreico. La fluxión local, el dolor, la coloración de la piel, los síntomas generales y finalmente el examen radiológico, llevan al diagnóstico, en aquellos casos excepcionales, en los que estas articulaciones sean las primeras o únicas afectas. Dolores de localización análoga existen en la misma región si la articulación *esternoclavicular* es lesionada mecánicamente, como puede serlo por un aneurisma aórtico, del tronco innominada o de la clavícula.

El dolor retroesternal hace recordar ante todo al *músculo cardíaco*, y a la aorta (esclerosis aórtica, aortitis aguda o crónica, y la insuficiencia aórtica o esclerosis de las arterias coronarias; más rara vez una pericarditis aguda o crónica, y en casos excepcionales la arteritis del tronco innominado). La angina del pecho verdadera, por sí sola es un capítulo especial; no obstante, alguna de las afecciones antecitadas, suele confundirse con esta última, especialmente porque muchas originan el dolor en ataques bruscos.

Como causa posible de dolores lateroesternales debería citarse también la *trombosis* especialmente la *tromboflebitis* de la *cava superior*, con su dolor en constricción retropectoral. estasis de las venas superiores, cianosis y edema del territorio afluyente, y sobre todo dilatación amplia de las colaterales extremas del tórax y de la vena epigástrica.

El dolor en la parte superior del esternón puede coincidir con el *aneurisma aórtico*, sin que exista una erosión del hueso, así como pueden originarlo todas las afecciones mediastinales. *Afecciones de los ganglios antemediastínicos retroesternales* corresponden a este grupo, así como la *tuberculosis de los ganglios mediastinales*, las que dan un dolor (correspondiente al dolor interescapuloespinal a la altura de la 4-6 vértebra cervical), subjetivo a la presión y sobre todo a la percusión, en una zona limitada del esternón. También las afecciones agudas e *inflamatorias o purulentas* de los ganglios citados deberán tenerse en cuenta; así como también a la *antracosis* de los ganglios brónquicos con *perforación* en la tráquea, o bronquio principal. Aquí especialmente desempeña un rol diagnóstico importante, a más de la macidez, sobre el esternón superior, o lateralmente a éste, la individualización de la sombra radiológica, acompañada del dolor espontáneo sobre el manubrio del esternón o su proximidad lateral, con sensibilidad dolorosa a la presión y a la percusión y fundamentalmente el examen microscópico del esputo de estas manifestaciones agudas o subagudas de bronquitis pútri-

das con transición hacia el absceso o gangrena pulmonar; la expectoración negra granulosa tiene el pigmento libre, fácil de ver al microscopio.

Semejante *irrupción* de un ganglio mediastínico puede ocurrir no solamente dentro de un bronquio, sino que especialmente por parte de los ganglios mediastinales posteriores, puede producirse dentro del *esófago*. Es lógico que aquí esto ocurre sin mayores fenómenos, en latencia. por así decirlo, y llega a atraer la atención hacia sí bajo el disfraz de un divertículo esofágico de tracción. Sin embargo, si a esto se asocia una infección, o bien, si los ganglios estaban ya infectados desde un principio, entonces estaremos en presencia de: dolor retroesternal e interescapulovertebral, eventualmente con sensibilidad a la percusión de los apófisis espinosas, vertebrales, tos refleja, disfagia dolorosa localizada detrás del manubrio esternal o del apéndice xifoides y ocasionalmente puede acompañarse de parálisis del nervio recurrente, a más de una anisocoria. Pero sobre todo en presencia en la boca de masas purulentas, fétidas, caseosas sanguinolentas, por las mañanas y sólo en posición horizontal, y para cuya presencia no existen razones por parte de las cavidades bucales ni nasales. Esto son puntos de apoyo en favor de la posibilidad muy precisa de diagnosticar una afección de los ganglios mediastinales, con *comunicación esofágica*.