

Esclerosis pulmonar causada por pleuresía crónica, confundiendo con cáncer primitivo del pulmón

Observación: P. A. de 29 años, soltera, oficios domésticos, originaria de Santa Rosa de Lima, ingresa al 2º Serv. de M. de mujeres del Hospital General el 26 de Julio de 1937, quejándose de dolor en el estómago y en el costado izquierdo.

Historia de la enfermedad:

Refiere que hace cerca de un año y medio después de darse un baño, le sobrevino un vómito de sangre, que durante 22 días continuó arrojando sangre, con fuerte calentura, la que le duró 8 días, y dolor intenso en el estómago, el que mantuvo fijo igual tiempo para irradiarse luego hacia el costado izquierdo y mantenerse desde aquella época hasta la actual en la misma forma, observando mejorías pasajeras durante ese tiempo; manifiesta no haber tenido tos en aquella fecha, y que la sangre que arrojaba era negra.

9 meses después volvió a tener otro vómito de sangre menos intenso que el primero, el que le obligó a tomar cama; el vómito fue acompañado de tos y fuertes calenturas, permaneciendo en cama 4 días, dedicándose después a sus ocupaciones habituales.

Estado actual:

Actualmente el dolor de que antes se quejaba ha permanecido íntegro, principiándole como siempre en el epigastrio e irradiándose hacia el pezón iz-

quierdo y espalda; le aparece indiferentemente a cualquier hora del día o de la noche, sin tener ninguna relación con la tos, ni con la ingestión de alimentos y comparándolo con una estocada con sensación de quemadura.

Se queja de tos, la que mantiene durante todo el tiempo, yendo acompañada de expectoración muco-purulenta, dicha tos hace 3 meses que la tiene, teniendo algunas veces esputos hematoicos. Se queja además de cierta dificultad a la respiración cuando se acuesta del lado derecho, de lo contrario permanece tranquila; últimamente le van apareciendo vómitos después de ingerir los alimentos, más o menos luego.

Fuera de los accesos hemorrágicos que fueron acompañados de temperatura, se ha mantenido apirética casi todo el tiempo.

Antecedentes personales:

No recuerda haber padecido de ninguna otra enfermedad; tuvo dos hijos, uno es sano y el otro murió de diarrea.

Antecedentes hereditarios:

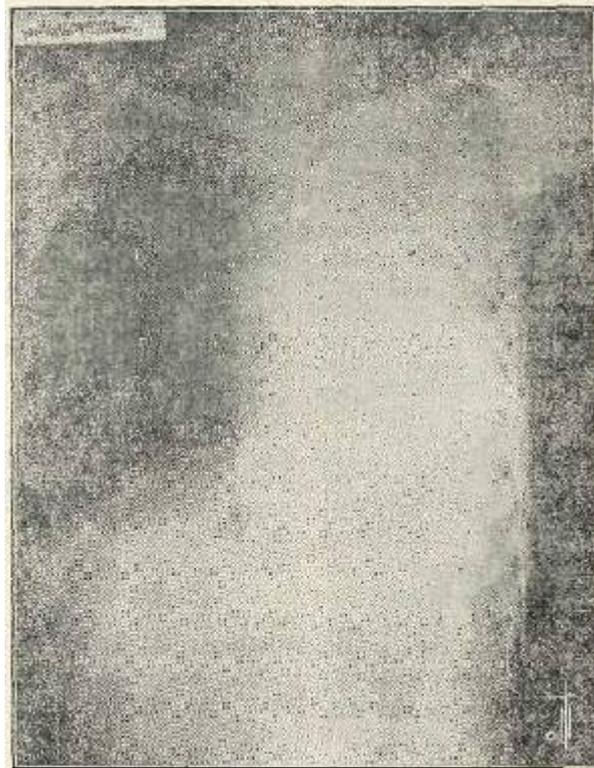
Su padre vive, es sano, la madre murió; no recuerda la causa.

Antecedentes colaterales:

Sin importancia.

Examen: Síntomas subjetivos.

Fuera de la tos, disnea, hemoptisis, temperatura y vómitos, se queja además de debilidad ge-



neral, pérdida de fuerzas, falta de apetito, insomnio, palpitaciones, opresión en el pecho, estreñimiento, ronquera y dificultad para tragar, amenorrea.

Examen físico: Inspección.

Enferma de constitución débil en la que se nota la influencia extenuadora de la enfermedad de que adolece, faces que indi-

ca sufrimiento, con placidez de la piel y sequedad.

Aparato digestivo: Con el dolor, el estreñimiento y la dificultad actual para tragar.

Aparato circulatorio: Aparentemente normal.

Aparato génito-urinario: Aparentemente normal.

Sistema nervioso y órganos de los sentidos, normales.

Aparato respiratorio:

Tórax: Inspección: Mayor ascenso del hombro derecho a la inspiración, el izquierdo casi nulo; aplanamiento del hemitórax izquierdo y disminución de su amplitud; hundimiento de las apófisis espinosas, 4°, 5°, 6° y 7° y excavación de los huecos supra e infra espinosos; todo esto por detrás; hacia adelante excavación de los huecos supra e infraclaviculares.

Palpación:

Mayor amplitud del vértice pulmonar derecho; izquierdo casi nulo. **Completamente** abolida en sus dos tercios inferiores. Vibraciones vocales aumentadas en la V₂ superior, **hemotórax** izquierdo, abolidas mitad inferior.

Percusión:

Hemotórax derecho, sonoridad normal, hemitórax izquierdo macidez absoluta, desde su vértice a la base; Espacio Semilunar de Traube mate, retintín metálico.

Auscultación:

Respiración, francamente soplate vértice izquierdo, murjnull vesicular abolido base **izquierda**, presencia de pectoriloguía áfona y retintín metálico; pulmón derecho respiración so-

plante. de respiraciones por minuto: 24.

Exámenes Radiológicos: Dos exámenes pulmonares practicados con diferencia de un mes, vieron por resultado la presencia de una sombra total del hemitórax izquierdo, lo que daba la impresión de una carnificación del pulmón izquierdo, sospechándose cáncer primitivo de dicho pulmón, Desviación de la traquea hacia la izquierda.

La radiografía del aparato digestivo dio el resultado siguiente: El bario se detiene en el tercio superior donde hay una dilatación. Debajo de ésta hay un estrechamiento y acodadura de concavidad hacia la izquierda. El esófago en su tercio inferior es normal. Se sugiere la inyección de lipiodol en los bronquios para despistar un cáncer. Se practica esta inyección y el lipiodol no pasa a los bronquios.

Estómago caído, dilatado. El fondo del estómago alcanza el nivel de las crestas ilíacas.

Angulación del duodeno: No se observan signos de úlcera o cáncer.

Exámenes de Laboratorio:

Exámenes repetidos de esputo, negativos por B. de' Koch.

Examen por Kahn, negativo.

Recuento globular: Anemia moderada.

Orina, normal. Heces, negativo.

Tratamiento: *Quinina*, caco-dilato de Soda, Sueros fisiológico y glucosado, aceite alcanforado, pociones **espectorantes**, papeles absorbentes, etc, etc.

Cada día fue acentuándose la dificultad para deglutir, al extremo de no pasar ni los líquidos y consiguientemente fue caquecitizándose y el dolor cada vez mayor, mantenida con opiáceos, últimamente sólo morfina, la voz fue apagándose más y más y falleció el 29 de Enero de 1938 a las 2 a. m.

Autopsia: Aparato cardio vascular: Apéndices auriculares aumentados de volumen. Cantidad moderada de líquido cetrino en el pericardio. No se pudo observar otra cosa.

Aparato digestivo: Esófago comprimido en la región media, pero no modificado.

Hígado y bazo aumentados de volumen, los demás órganos de apariencia anormal.

Aparato respiratorio: **Pulmón** derecho normal. Pulmón izquierdo: *de* color apizarrado y adherido por fuerte bridas pleurales.

Pleura inflamada, pero no conteniendo ningún líquido. Este **pulmón** daba la impresión de una masa sólida que al ser cortada demostró estar formada por una esclerosis **total**, dejando resumir de trecho en trecho pequeñas cantidades de pus.

Anatomía patológica: Este examen dio por resultado un aumento marcado del tejido fibroso y conjuntivo y una esclerosis generalizada de todo el pulmón, infiltrado totalmente de células

migratorias. En algunas zonas los alvéolos conserbaban una estructura rudimentaria y se observa en parte infiltración purulenta semejante a la de la bronconeumonía. No se observan indicios de neoplasma. Hay antracosis moderada.

El caso anterior es muy interesante, pues al punto de vista clínico, se nos presentaban varias hipótesis, siendo la de cáncer primitivo del pulmón izquierdo la *más* verosímil. La radiología hacía inclinar nuestro criterio hacia el mismo fin; pero fue la autopsia y la anatomía patológica quien aclaró nuestras dudas.

Es claro que la causa de esta esclerosis pulmonar no fue debida a la tuberculosis, el pulmón derecho estaba **perfectamente** sano y jamás fue encontrado el bacilo de Koch. No pudo ser la Sífilis, pues ni en sus antecedentes, ni en su reacción reveló nada al respecto.

Fuera de otras causas que *fueron* sobrando, quedan las infecciones de origen pleural, como causa de **esclerosis** pulmonar, nuestra enferma debió haber tenido un proceso de pleuresía, el cual poco a poco fue invadiendo el pulmón quizás al principio produciendo focos de bronconeumonía y después la esclerosis pulmonar, **la** cual al extenderse hacia dentro comprimió el esófago, produciendo inanición y caquexia a causa de las cuales falleció nuestra enferma.

Antonio VIDAL.

Tegucigalpa, D. C, 25 de **abril** de 1933.