

A propósito de las falsas imágenes de pleuresía mediastínica

por el doctor

V. Marín

de Barcelona

J. B., de 30 años, casado. Trabaja de aprestador.

Ingresa en la sala de San Antonio, cama número 32 (Servicio del Dr. Reventós), en el Hospital de San Pablo.

Como antecedentes importantes, no podemos señalar ninguno, ya que el enfermo hasta la hora de su enfermedad actual siempre se había encontrado bien. Tan sólo unos resfriados de repetición, con escasa tos y expectoración, y a los que el enfermo no dió nunca importancia, ya que no lo molestaban para nada ni tuvo nunca que dejar el trabajo por ellos.

Ningún antecedente familiar.

Historia actual:

Hace unos 8 días que tuvo, según dice el enfermo, un disgusto familiar.

Se mete en cama, y a la mañana del día siguiente nota temperatura y dolor en el costado derecho. El síntoma dominante es el dolor. El costado derecho comienza a abultarse con dolor en punzadas, más temperatura, escalofríos, saburra lingual, oliguria, cefalea y anorexia.

Continuando el síndrome y sobre todo el dolor, es llamado el médico, quien aconseja al enfermo el ingreso en el Hospital.

El día que entró en el Hospital, comienza a toser y expectorar como en uno de aquellos resfriados tan frecuentes en él.

Ingresa en un servicio de Cirugía, donde le hacen una punción exploradora en el abulta-

miento del costado derecho, extrayéndole solamente sangre. En estas circunstancias, no sabemos por qué motivos, el enfermo es trasladado a nuestra Sala.

Exploración:

Puede observarse a simple vista un abultamiento del costado derecho del tórax, bastante acentuado. Movilidad respiratoria reducida. Respiración francamente abdominal. Este abultamiento va de la axila derecha hasta casi la fosa ilíaca derecha. Piel enrojecida. El enfermo tiene mal aspecto general, facies terrosa, subdelirio, temperatura de 39. Pulso 120. Lengua seca.

Por palpación:

Tumoración de consistencia renitente, depresible, con formación de foveas que desaparecen pronto. Por palpación profunda puede apreciarse una cierta fluctuación. Toda la palpación es dolorosa, pero en mayor intensidad en la parte baja correspondiente a las últimas costillas.

En el abdomen: Depresible en el costado izquierdo y demostrando una cierta defensa muscular en el lado derecho. No es doloroso.

Urinario: Oliguria, orina oscura con indicios de albúmina. Sangre negativa. Sedimento sin ningún elemento patológico.

Corazón: Taquicardia (120). Tonos cardíacos normales.

Pulmones: En el lado derecho: Respiración disminuida en los dos planos anterior y posterior. Ningún ruido adventicio. Percusión dolorosa. Excursión costal limitada. Lado izquierdo: Los mismos datos de exploración en el plano anterior, pero en el plano posterior, hacia la base, se oyen estertores finos y un soplo inspiratorio. Toda esta zona es mate.

La sintomatología citada se presenta como velada y da la impresión como si entre el oído y los fenómenos estetoacústicos perceptibles hubiera una capa de pulmón sana.

Radiografía:

Lado derecho: Puede apreciarse una mayor amplitud de la sombra muscular (Fig. I, a), de la pared.

Líneas broncovasculares marcadas y una ligera opacidad en todo el pulmón comparado con el lado izquierdo.

Pulmón izquierdo: Llama la atención en seguida, la sombra triangular que se puede observar dentro del área cardíaca; sombra recortada y bien definida que no corresponde a ningún límite cardíaco y de forma triangular, ocupando el seno-frénico. (Fig. I b.).

Verdaderamente sorprendidos por esta imagen, sospechamos una pleuresía mediastínica, ya que la situación y la imagen no pueden ser más correspondientes a este diagnóstico, con fenómenos de vecindad en el resto de pulmón sano que le rodea.

Para poder situar la pleuresía decidimos hacer una radiografía transversa, que no he acompañado a esta comunicación porque no suministra ningún dato, ya que no pudo apreciarse ningún detalle dada la opacidad y espesor de capas orgánicas que tenían que atravesar los rayos. En vista de este resultado hacemos una radiografía oblicua izquierda anterior. (Fig. 2.)

En esta radiografía tampoco pueden apreciarse datos que puedan orientarnos en el sentido de colocación de la sombra de mediastino que se aprecia en la fig. I. No hay manera de establecer la situación de la imagen que nos preocupa. Datos más precisos dió la radioscopia, que demostró que era posterior.

En posesión de todos estos datos, dirigimos nuestra atención a lo más urgente en este enfermo, que era la tumoración del costado derecho, dejando, por decirlo así, olvidada la pleuresía mediastínica.

Punción exploradora en el punto que parece de máxima fluctuación, que no da resultado.

Nueva punción en línea axilar posterior y más profunda que la anterior, que da un pus cremoso, amarillo, bien ligado e inodoro. Por examen microscópico del pus en coloraciones con azul de metilo y Gram, se aprecia una bacteria coco en cadencia y abundantísimos glóbulos de pus.

Bacilo de Koch negativo en el pus y en el esputo.

Sedimentación globular, 48-96.

Fiebre, oscilando entre 38-39.

Examen de sangre:

Polinucleares neutrófilos	84 %
Polinucleares eosinófilos	1 %
Polinucleares basiófilos	0 %
Linfocitos	12 %
Monocitos	3 %

Hematías, 410000; Leucocitos, 16000.

Se establece el diagnóstico de flemón difuso y de una pleuresía mediastínica izquierda. (4-5-34).

Se desbrida el flemón, colocando un drenaje en tubo que hace descender la temperatura al día siguiente, para no volver a aparecer hasta el día 16 en que marca 38. Aparece nuevamente el dolor en el costado derecho, saburra lingual y quebrantamiento general.

Explorada la herida se descubre una retención que se evacua el día 19, cediendo la temperatura esta vez definitivamente y quedando apirético, siendo dado de alta el día 3 de junio.

El día 25 de mayo se le hace una nueva radiografía para observar la sombra mediastínica, y cuando creíamos ver la imagen anterior, nos encontramos con verdadera sorpresa con la imagen de la Fig. 3.

Desaparición de la imagen de la pleuresía mediastínica (?). Se percibe correctamente la línea diafragmática. Únicamente en el borde derecho de la sombra cardíaca puede apreciarse una línea curva (Fig. 3, a) que sobrepasa el borde vertebral y que puede ser el residuo del proceso en cuestión.

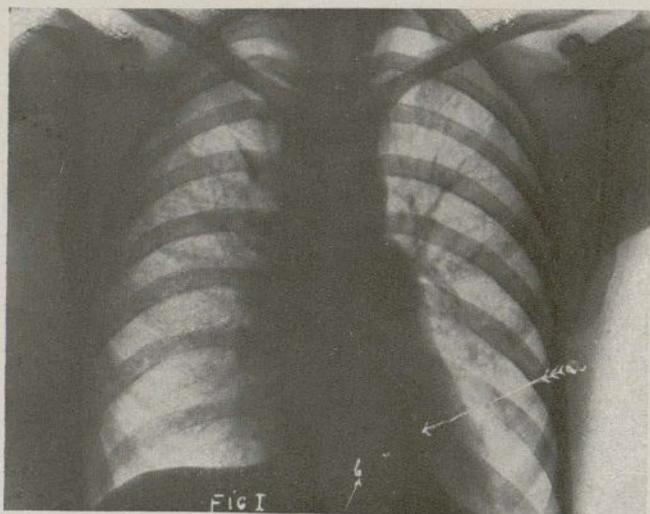


Figura 1



Figura 2

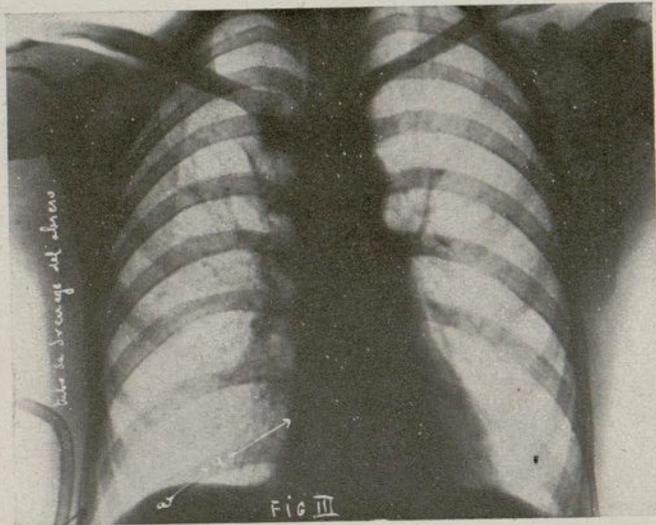


Figura 3

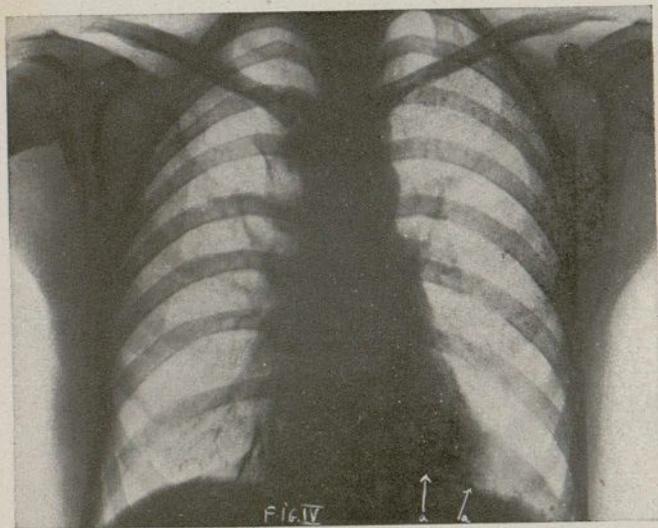


Figura 4

En vista de este resultado, cabe preguntar:

¿Es posible que una pleuresía mediastínica se resuelva tan perfectamente?

Aunque no sepamos el tiempo de evolución, ¿puede desaparecer tan rápidamente?

¿Son dos procesos relacionados en este caso particular?

¿Es la traducción de uno de sus *resfriados* de que nos habla en su historia?

Hay que considerar que después de la desaparición de la sombra, puede observarse la perfección de la línea del diafragma. ¿No habría dejado ninguna espina o adherencia en el caso de tratarse de una pleuresía mediastínica?

En la cuestión tiempo, no hay que perder de vista que hay al mismo tiempo tos y expectoración, aunque escasa, que se inicia al tiempo de su ingreso en el Hospital y que antes de ello (días antes) no había observado ninguna molestia, datando su proceso respiratorio sólo de unos días.

Por comparación con otro caso observado en la visita, y al ver la marcha rápidamente resolutive del proceso, pensamos en un hecho pleuroneumónico en una zona en que pudieran existir bronquiectasias que explicasen los resfriados de repetición que refiere el enfermo, y a tal efecto se hace al enfermo una radiografía previa instilación de lipiodol.

Esta instilación resultó laboriosísima, pues debido a unos reflejos laríngeos irreducibles, no hubo manera de hacer correctamente la instilación. A pesar de todo, en

la radiografía (fig 4) y en la zona correspondiente a la sombra de la fig. 1, pueden observarse dos sombras típicas de bronquio dilatado (bronquiectasias), cuya reactivación pudo dar lugar a la formación de un proceso pleuroneumónico localizado en el seno cardifrénico izquierdo y susceptible de confundir por su aspecto radiográfico con una pleuresía mediastínica.

El presente caso no tiene otra pretensión que aportar un dato más para la mejor aplicación de los métodos de exploración para la adquisición del diagnóstico perfecto, sin intentar siquiera hacer ninguna conclusión, ya que sería completamente anticientífico, con un apoyo tan trivial como es la observación por mi parte de un solo caso.

RESUM

Descriv l'autor un cas de falsa imatge de pleuresia mediastínica en una bronquiectàsia reactivada que donà lloc a la formació d'un procés pleuroneumònic.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit un cas de fausse-image de pleurésie médiastinique dans une bronchiectasie réactivée qui a donné lieu à la formation d'un procès pleuro-pneumonique.

SUMMARY

The author describes a case of false-image of mediastinic pleuresy in a reactivated bronchiectasy which has casued the formation of a pleuropneumonic process.