ATELECTASIA EN EL CURSO DEL NEUMOTORAX

Por los Dres.

JORGE PEÑA CERECEDA

Médico-Jefe del Sanatorio "Los Guindos".

ROMILDA BANFI BRUZZONI y JULIO MENEGHELLO RIVERA.

Médicos del Sanatorio "Los Guindos".

I. G., de 5 años de edad, ingresa al Sanatorio de "Los Guindos" el 27 de Julio de 1938 por una radioscopia que muestra un pequeño derrame derecho, una cisuritis y una condensación pulmonar del mismo lado. No hay antecedentes personales ni hereditarios por tratarse de una niña abandonada.

El examen físico revela un estado general bueno, regular desarrollo del panículo adiposo y de la musculatura. Se com-

Radiografía N.º 1

prueba, además, una condensación de carácter pleural en la mitad inferior derecha: macidez, disminución de las vibraciones vocales y del murmullo vesicular. La primera radiografía de fecha 27-VI-38 (Radiografía N.º 1), señala grandes masas

ganglionares en la región paratraqueal derecha con sombra de infiltración pulmonar del tercio medio derecho y velamiento de la base del mismo lado producida por una cisuritis inferior, visible en posición lateral. Sedimentación 35-55 mm. Pequeñas alzas térmicas aisladas.

Seis meses después, la radiografía señala una disminución considerable de las masas ganglionares y de la sombra observada en el tercio medio derecho; al mismo tiempo se aprecia una normalización de la temperatura y un descenso de la sedimentación a 15-35 mm. Peso estacionario. La sintomatología clínica pulmonar se mantiene más o menos igual.

Radiografía N.º 2

En Abril de 1939, cerca de un año después de su ingreso al Sanatorio, se observan sombras irregulares con caracteres de infiltración tuberculosa en la región paravertebral inferior derecha con imágenes cavitarias en las vecindades del hilio. (Radiografía N.º 2).

La observación clínica durante este tiempo (un año) manifiesta alzas térmicas de dos a tres días de duración, que se suceden con cierta frecuencia y que corresponden a estados catarrales del rinofarix. La baciloscopia es negativa y la curva de peso estacionaria. El examen clínico pulmonar señala, además de los síntomas ya descritos, estertores de distintos calibres

que aumentan con la tos, en la mitad superior derecha y que se comprueban con intermitencias durante dos meses.

En vista de esta sintomatología y de un aumento de la sedimentación a 35-64 mm., se decide efectuar el neumotórax, ya que se piensa en una lesión reblandecida y progresiva, el 8 de Mayo de 1939. Los resultados de este tratamiento fueron los siguientes: se obtiene una cámara de aire más amplia en la parte inferior del pulmón, que va disminuyendo paulatinamente hacia arriba, para desaparecer totalmente en el vértice. Con las primeras insuflaciones se produce una hernia del mediastino y una desviación de los órganos mediastinales hacia la izquierda. Una nueva insuflación hace aparecer una

Radiografía N.º 3

sombra homogénea, muy densa, en el lóbulo superior derecho, limitada por la cisura, la que se observa desviada en forma oblicua de arriba abajo. Es de advertir que sólo se insuflaron cantidades de aire de 300 cc. como máximo. (Radiografía N.º 3).

La aparición de esta lesión coincide con alzas térmicas elevadas e irregulares, que se mantienen por unos 15 días. Además se comprueba tos seca y ligera disnea. En estas condiciones se extrae el aire insuflado y aparece en la radiografía siguiente una extensión de la sombra del lóbulo superior cuyo límite inferior se hace irregular. Al mismo tiempo aparecen

sombras irregulares con caracteres de infiltración tuberculosa en la región paravertebral inferior derecha. Según el informe radiológico, se observan nuevamente las imágenes cavitarias en las vecindades del hilio. (Radiografía N.º 4). Nuevas baciloscopías resultan negativas, incluso un cultivo. La sedimentación aumenta bruscamente de 10-20 mm. a 95-115 mm. y

Radiografía N.º 4

aparecen alzas térmicas que desaparecen dos meses después. Esta imagen radiológica persiste en radiografías posteriores durante 7 meses. Al cabo de este tiempo, o sea, en Febrero de 1940, se observa una desaparición de esta lesión diseminada del pulmón derecho y una tendencia de la cisura a hacerse horizontal. Las demás lesiones casi han desaparecido, con excepción de una sombra difusa de la región peribiliar con persistencia de la caverna ya descrita.

Junto con esta regresión radiológica se aprecia una mejoría evidente de la sintomatología clínica: aumento de peso de tres kilos, disminución de la sedimentación a 12-35 mm., normalización de la curva térmica y negatividad de tres cultivos. La última radiografía, practicada en Febrero de 1941, casi 3 años después de su hospitalización y casi 2 años después de iniciado el neumotórax, nos muestra una gran disminución

de la sombra del lóbulo superior derecho con persistencia de una cisuritis superior que siempre se mantiene oblicua.

Comentario.—Debemos considerar en esta observación dos aspectos fundamentales: en primer lugar el diagnóstico de la lesión primitiva que motivó la colapsoterapia gaseosa y en segundo lugar el carácter de la lesión que apareció posteriormente.

Radiografía N.º 5.

Respecto al primer punto, estimamos que se trata de una lesión exudativa, reblandecida y de carácter progresivo a juzgar por la persistencia de la sintomatología clínica y radiológica. El colapso estaba, a nuestro juicio, bien indicado, por las circunstancias anotadas. Desgraciadamente, se obtuvo un neumotórax contraelectivo por sínfisis pleural de la mayor parte del lóbulo superior, junto con la desviación del mediastino hacia la izquierda y la aparición de la sombra homogénea que hemos descrito en el lóbulo superior derecho y que corresponde seguramente a una atelectasia. Los fundamentos de este diagnóstico son los siguientes:

- 1.—Su aparición brusca sin sintomatología clínica (hallazgo radiológico).
- 2.—Oblicuidad de la cisura.
- 3.—Aspecto homogéneo de la lesión (en vidrio esmerilado).

4.—Desaparición de la sombra poco tiempo después de la extracción del aire del pulmón.

En cuanto a la causa determinante de esta atelectasia, estimamos que se ha producido una acodadura de un bronquio importante con motivo de la desviación del mediastino provocada por el neumotórax. Esta acodadura habría determinado un proceso inflamatorio local que sería el punto de partida de la obstrucción posterior, probablemente por exudados en el interior del bronquio.

En cuanto a la interpretación de las lesiones que se observaron en la parte inferior del pulmón después de la extracción del aire, creemos que se trata de atelectasias parcelares debidas a obstrucciones de bronquios pequeños por la movilización de exudados en bronquios de mayor calibre. La aparición de atelectasias en el curso del neumotórax terapéutico no es rara, aun cuando éste no llegue a ser hipertensivo sino hipotensivo como en este caso. Se le ha asignado a la atelectasia un papel preponderante en el mecanismo del neumotórax electivo por autores como Alexander (1928), Ameuille y Trocmé (1926) y Castex en Argentina (1935). Por otra parte, se conocen desde hace algunos años los llamados muñones opacos que han sido parangonados con las atelectasias. En Uruguay, Sarno, Piaggio Blanco y García Capurro han demostrado, por medio de la broncografía, el origen atelectásico de tales muñones opacos. Julio Palacio y Egidio Mazzei en Argentina, han llegado a idénticas conclusiones por medio de la pleuroscopia.

Nuestra observación correspondería a una atelectasia de esta naturaleza, aunque el mecanismo de la acodadura bronquial, que nosotros hemos invocado, no ha sido descrito como determinante de los muñones opacos, sino más bien los exudados bronquiales o coágulos sanguíneos. Por otra parte, los autores mencionados sostienen que estas lesiones evolucionan hacia la fibrosis pleuro-pulmonar.

Debemos hacer notar que los casos de muñones opacos que se han descrito, corresponden a adultos; mientras que nuestra observación se refiere a una niña de 5 años, en la cual el mecanismo de la acodadura es más fácil de comprender por la fragilidad del sistema bronquial en esta edad.

Iguales consideraciones podemos hacer respecto a la tendencia a la fibrosis de estas lesiones en el adulto y en el niño. La cronicidad de una atelectasia está en relación directa con la causa que la produce y en el caso que nos ocupa, el obstáculo al paso del aire, motivado por la acción del neumotórax

sobre un sistema bronquial tan frágil como es el del niño, cedió con relativa facilidad al hacerse la extracción del gas de la pleura, no alcanzándose a producir, por consiguiente, la fibrosis pulmonar sino en mínima parte, como lo demuestra la última radiografía (Radiografía N.º 4).