Servicio de Fisiología
"Hospital Arriarán".
Sanatorio "Los Guindos"
del Consejo de Defensa del Niño.

LA ATELECTASIA PULMONAR EN EL NIÑO Y SUS RELACIONES CON LA TUBERCULOSIS PRIMARIA

(Continuación)

Por los Dres. JORGE PEÑA CERECEDA, ERNESTINA PEÑA D.
y LUCILA CAPDEVILLE.

OBSERVACION CLINICA N.º 2.—Servicio de Tuberculosis 5009.—H. Arriarán.

I. S.—1 año 9 meses. Ingreso: 5-X-42.

ANTECEDENTES.—Madre tuberculosa. No acusa antecedentes personales.

ENFERMEDAD ACTUAL.—Desde hace dos meses, presenta tos, respiración quejumbrosa y decaimiento en forma intermitente.

Al examen general se encuentra pálida, decaída. Afebril.

Peso: 6.700 Kg. Sedimentación. 22-39 mm/h. Pirquet: Positivo.

Al examen pulmonar, encontramos macidez y respiración soplate en el campo izquierdo. Estertores gruesos y medianos en el tercio inferior derecho. La radiografía 36778, del 6-X-42 (figura 3-1), muestra una sombra homogénea, densa, que ocupa casi todo el hemitórax izquierdo, dejando libre un pequeño espacio en el vértice. Ligera desviación del mediastino a la izquierda.

Continúa con tos. Ligeras febrículas. Rinofaringitis leves con frecuencia. El examen pulmonar no presenta variaciones.

BRONCOSCOPIA.—3-XI-42. Tráquea y bronquios con secreción mucopurulenta abundante. A nivel de la bifurcación se ve la mucosa roja y al parecer ligeramente tumefacta, sobre todo a nivel de la embocadura del bronquio izquierdo. No se pueden dar más detalles por intranquilidad de la niña. (Dr. Parada).

Radiografía 37442 del 16-XI-42 (figura 3-2). Se observa un aumento de la sombra descrita, tanto en intensidad como en extensión, que ahora ocupa la totalidad del hemitórax.

Contrae una coqueluche en el Servicio, que agrava el cuadro con la aparición de fiebre alta, tos y edema de la cara. El examen clínico pulmonar da sibilancias en ambos campos. No se logra apreciar otros signos. Después de 16 días de diagnosticada la coqueluche, fallece.

Se envía a la autopsia con el diagnóstico de Coqueluche, Atelectasia, Neumonía caseosa?

AUTOPSIA 596 (Dra. E. Peña).

Examen macroscópico.—Deformación torácica consistente en sollevantamiento y abombamiento del hemitórax izquierdo, especialmente en la región antero-lateral inferior. Pleuresía purulenta enquistada izquierda, con paquipleuritis fibrosa adhesiva de toda la cara externa (200 cc.) con pus algo espeso, amarillo verdoso. (Fig. 3-3).

Bronquitis aguda mucopurulenta. Atelectasia crónica. Neumonía crónica de la totalidad del pulmón izquierdo. Enfisema casi total, y zonitas de atelectasia por obstrucción bronquial del borde anteroinferior del lóbulo medio y de la base del pulmón derecho. (Pulmón de aspecto coqueluchoso).

Hiperplasia discreta y tuberculosis caseosa parcial de un ganglio intertráqueobronquico izquierdo, situado entre las primeras ramificaciones de los bronquios mayores.

En la autopsia se comprueba que no hay obstrucción, retracción, ni compresión bronquial por el ganglio antes descrito, sino que la compresión se ha ejercido probablemente por ganglios paratraqueales izquierdos, del volumen de un frejol, hiperémicos y por el derrame pleural ya mencionado.

Nota.—En este cadáver no se ha encontrado macroscópicamente lesiones de tuberculosis en los pulmones, ni tampoco generalizaciones tuberculosas miliares.

Líquido pleural.—Investigación de neumococo negativa. Estaba invadido por los *Proteus* y demás gérmenes cadavéricos.

Examen microscópico.—Pleura parietal izquierda. Hay un engrosamiento fibroso de la pleura que alcanza casi medio centímetro de espesor, formado por tejido conjuntivo fibroso adulto, de gruesas fibras entrecruzadas e infiltradas de linfocitos en forma difusa, siendo más intensa esta infiltración a nivel de los vasos.

Hay zonas numerosas con vasos de neoformación llenos de sangre y en la superficie de la pleura hay, en general, una necrosis del tejido, en la que persisten algunos vasos de neoformación llenos de sangre e infiltración linfocitaria intensa de algunas zonas y en muchas otras presencia de polinucleares degenerados.

Resumiendo.—En esta pleura hay lesiones crónicas de paquipleuritis y superficialmente una pleuritis aguda purulenta. En el corte examinado no encontramos lesiones tuberculosas.

Pulmón izquierdo.—Corte de la cara lateral y superior vecina al vértice. —En estas zonas encontramos también lesiones de paquipleuritis que en uno de sus bordes está en franca organización y en el otro, las lesiones son idénticas

FIGURA N.º 3. — OBSERVACION CLINICA N.º 2

1) Atelectasia de casi todo el hemitórax izquierdo. Queda libre una pequeña zona en el vértice. Mediastino desviado a la izquierda. 2) La sombra se ha extendido a todo el hemitórax y se ha hecho más densa. 3) a) Se aprecia la paripneumonitis y la cavidad del empiema; b) Al corte puede verse la atelectasia de un color más oscuro.

FIGURA N.º 4. — OBSERVACION N.º 2

Autopsia 596. Microfotografía del pulmón izquierdo. a) (aumento mediano) Atelectasia crónica en las vecindades de los tabiques fibrinosos; b) (aumento mayor). Se aprecia el epitelio cúbico de los alvéolos.

a las descritas en la pleura parietal. Tampoco hemos encontrado en la pleura lesiones de tuberculosis. Esta preparación, observada con aumento menor, tiene una disposición lobulillar constituida por verdaderos tabiques fibrosos que parten de la pleura, dirigiéndose hacia el interior. Hay bandas fibrosas formadas por tejido conjuntivo adulto y, además, hay fibrillas y vasos numerosos de paredes delgadas, repletos de sangre.

Estudiando estos lobulillos, constituidos propiamente por alvéolos, encontramos las lesiones siguientes: los alvéolos están situados inmediatamente por debajo de la pleura y muchos también en el interior del corte; pero, los que están en relación con los tabiques fibrosos ya descritos, aparecen plegados y semiplegados. Su epitelio es francamente cúbico y todos ellos se observan vacíos (Figs. 4 a y b).

Hay otros alvéolos plegados o semiplegados, de epitelio plano, que también están vacíos. En otras zonas hay de preferencia alvéolos que contienen sangre, linfocitos, células endoteliales descamadas escasas y líquido de edema. Los alvéolos con edema puro son escasos. Por último hay alvéolos que contienen únicamente células endoteliales descamadas de la pared alveolar, algunas de las cuales están hiperplasiadas, pero en general con sus núcleos bien coloreados. En muchas paredes alveolares hay capilares dilatados, repletos de sangre. En este corte, no encontramos lesiones de enfisema.

Bronquios.—En el corte hay pequeños y medianos; unos y otros presentan lesiones de bronquitis aguda purulenta y lesiones de peribronquitis.

Resumiendo.—Aparte de las lesiones de la pleura ya mencionadas, encontramos en el parénquima pulmonar, lesiones francas de atelectasia, que podemos catalogar de crónicas y lesiones polimorfas de alveolitis descamativa, hiperémica, edematosa e inflamatoria y además lesiones agudas de bronquitis y peribronquitis como se observa en la coqueluche.

En general, las paredes alveolares presentan un aumento de tejido conjuntivo fibroso, que es más denso en algunas zonas, especialmente en las vecinas a los tabiques fibrosos antes mencionados y a los bronquios.

CONCLUSION.—Pleuresía purulenta enquistada izquierda. Paquipleuritis fibrosa adhesiva izquierda. Atelectasia crónica.

Comentario.—En esta niña debemos considerar dos aspectos fundamentales para precisar la patogenia de la atelectasia. Por una parte el empiema del lado izquierdo y por otra, el exudado mucopurulento del árbol bronquial. No creemos que los ganglios descritos en el protocolo de autopsia hayan desempeñado un papel de importancia en la producción de la atelectasia, porque su tamaño era relativamente pequeño y su situación en las ramificaciones de los bronquios mayores no explica la producción de una atelectasia masiva como la observada en este caso. La secreción mucopurulenta y las lesiones de bronquitis y peribronquitis aguda corresponden seguramente a la coqueluche.

Queda por considerar el papel que ha desempeñado en la patogenia de la atelectasia el empiema pleural. Dada su extensión y su localización, creemos que el empiema ha determinado una atelectasia por compresión, que podríamos incluir en el grupo de las llamadas amyzicas por Westenhoefer (18) y sobre las que ya nos hemos referido más arriba.