

NOTAS CLINICAS

TROMBOSIS DE LOS TRONCOS VENOSOS SUPERIORES DERECHOS Y CARCINOMA BRONQUIAL

Comentarios a un caso clínico.

Presentado a una de las sesiones clínicas del Instituto.

T. CERVIA.

Director del I. P. T. del Hospital Insular Central.
Santa Cruz de Tenerife.

CASO CLÍNICO.

Enfermo D. D. G., de 29 años en 18-II-1933, que lo vi por vez primera, y de 52 años ahora (1956). Padre, tiene 93 años y todavía vive. Madre, muerta del corazón a los 82 años. Fueron siete hermanos: uno, murió pequeño; otro, a los 19 años, de tifus, y los demás viven saludables. Casado; mujer saludable, ha tenido cuatro hijos: uno, muerto al nacer; los demás, bien. Hombre del campo; agricultor.

No recuerda infantiles. Estuvo en Cuba una corta temporada, de donde regresó en 1928; durante el tiempo que estuvo allí, no padeció nada. A poco de regresar a Tenerife, episodio febril identificado como tifoidea.

Vino a mi consulta en 1933 con catarro desde hacía un año, con tos emetizante, expectoración espesa y dolorimiento general. La exploración torácica resultó normal. Se le puso tratamiento, cediendo sus molestias parcial, pero suficientemente.

Luego lo vi en 1938, 1939 y 1945 por cosas similares, pero especialmente por molestias en espalda a la marcha, hormigueos en los dedos, molestias epigástricas y sobre todo en brazo izquierdo. Nada de disnea al esfuerzo; hace vida normal y activa, aunque no camina demasiado; ni fuma, ni trasnocha, etc.

En 1945 continúa con la misma preocupación, pues las sensaciones "raras" en hemitórax izquierdo se acentúan, diciendo le llegan al epigastrio (donde el corazón, dice, "le da saltos" a veces) y suben por todo el lado izquierdo a la cabeza, cara, etc. Tiene además picazón en ano y moco en la deposición. Nada disnea entonces ni nada catarral. Pesa 73 kilos, y su exploración torácica, clínica y radiológica es normal.

Por 1952 vuelven los catarros, y las molestias izquierdas, atenuadas, se exacerban, localizándose más en epigastrio, con expulsión de gases que le alivian y estreñimiento que va estableciéndose progresivamente, más alteraciones parestésicas en extremidades superior e inferior izquierda.

En 1955, pelota en garganta, que dice le taponan la nariz, oídos y los movimientos de la cabeza, con expulsión por nariz de un moco muy pegajoso. Gran preocupación con clara situación de angustia. Varias medicaciones han fracasado. Pesa 70 kilos. Es un sujeto más bien rubicundo, pero triste y deprimido. La exploración torácica y abdominal son normales; en radioscopia, ambos diafragmas están un poco elevados y son muy móviles y el cayado aórtico ligeramente ensanchado, más en proyección oblicua que en la frontal. La tensión arterial es de 12-7. Con tratamiento de antibióticos, sedantes, testovirón-depot, ribonucleótidos, etc., mejora grandemente y gana unos kilos. Pero al abandonar el tratamiento vuelve otra vez al desánimo y las parestesias; sigue bien del catarro y molestias de cabeza y duerme

bien, pero la sensación de plenitud epigástrica, los gases, la flojedad sexual y la tristeza injustificada. La exploración clínica y radiológica es idéntica.

A pesar de la reiteración del último tratamiento, continúa cada vez más flojo, preocupado y deprimido. En junio de 1955 nuevas exploraciones: serología de lúes, negativa; V. S., 35 mm., y azotemia, 0,52. Vive angustiado. Sensación de calor en la sangre de noche y como "fogaje" por todo el cuerpo. Continúa pesando 70 kilos. La exploración clínica es normal. A radioscopia se observa la pequeña prominencia derecha y posterior de la aorta; se hace un tránsito esofágico con bario, observando en O. A. D. una pequeña detención a nivel del cayado, así como en cardias, a lo que no se le atribuye mucho valor. Se insiste en el tratamiento general.

El 3 de febrero de 1956 nueva exploración, análoga a las anteriores. Está un poco más optimista, pues tiene menos gases y menos molestias.

A los pocos días de esta fecha hizo un esfuerzo intenso con el brazo derecho y ocho o diez días después se notó hinchazón en el brazo, el cual se puso morado, soplandosele el cuello a la derecha, sobre todo si se inclina adelante, produciéndosele entonces peso y dolor de cabeza. Le amanecen los párpados hinchados e incluso cree que también la cabeza, pues por las mañanas el sombrero le entra dificultosamente en ella, aunque a poco de levantarse ya se le va pasando este efecto. El brazo derecho no le duele. Está muy aprensivo. La tensión arterial (13-9) y el índice oscilométrico es igual en ambas extremidades superiores. La extremidad superior derecha está efectivamente hinchada y su hombro tiene evidente circulación colateral.

Se sospecha la posibilidad de una trombosis de la vena axilobclavia derecha y la flebografía confirmó plenamente este diagnóstico (fig. 1). El tiempo de protrombina era normal.



Fig. 1

Se le pone tratamiento médico, estudiando la posibilidad quirúrgica, hablando incluso con alguno de nuestros cirujanos; pero el enfermo, al conocer nuestro diagnóstico por escrito, sin contar con nosotros se marcha con un amigo suyo a Barcelona, dejando incluso en mi poder sus radiografías. Allí, y después de consultar a algún otro colega, se orienta definitivamente hacia el ilustre doctor MARTORELL.

Según referencia, éste, en su primera observación, confirma nuestro diagnóstico; pero luego reitera la ex-

ploración, remitiendo finalmente el siguiente informe llegado a mi poder: "Después de practicar nuevo estudio flebográfico al enfermo, se puede observar que la obliteración alcanza la propia vena cava y que posiblemente esta obliteración tuviese origen neoplásico. Descubierta operatoriamente la vena cava por vía transpleural y por esterno-clavículo-costectomía, se halló el pulmón derecho adherido a una tumoración dura de consistencia neoplásica y de extirpación imposible. Se practicó biopsia y resección del tronco braquiocéfálico derecho. Del estudio histológico parece desprenderse se trata de un cáncer bronquial. Es posible mejore temporalmente como consecuencia de esta resección del tronco braquiocéfálico."

Hace muy pocos días estuvo nuevamente el paciente en mi consulta. Se encuentra mejor, pero no bien; el brazo dice lo ha tenido casi inútil, pero ya lo va manejando mejor; no ha perdido fuerza en él (medida con dinamómetro); la cabeza vuelve a sentirla pesada y los ojos "turbios"; está anorético y pesimista. Pesa 67,8 kilos. Presenta una gran cicatriz quirúrgica en plano anterior del tórax. La tensión arterial es 13-8. En la radiografía simple de tórax (fig. 2) se observa amputación



Fig. 2.

del tercio interno de la clavícula, del borde derecho del esternón y de unos centímetros en la tercera costilla por delante; la sombra del hilio derecho tiene más definido su carácter neoplásico y el diafragma derecho aparece elevado (y a radioscopia, inmovilizado), siendo de nueva observación esto último. La imagen en O. A. D. es análoga a la anterior.

ALGUNOS COMENTARIOS CLÍNICOS.

Se nos ocurren algunos comentarios clínicos que resumiré brevemente.

La influencia del médico y el ambiente sobre el enfermo.—Este enfermo ha mostrado la confianza suficiente para seguirnos durante veintitrés años largos. No obstante, en este intervalo, y a pesar de ella, sin duda por no encontrar suficiente mejoría, por la misma enfermedad ha consultado, que sepamos, por lo menos con ocho médicos más. Es digno de notar cómo al iniciar cualquier nuevo tratamiento experi-

mentaba más o menos alguna esperanzada mejoría para perderla con más o menos rapidez. También es notable cómo en los momentos decisivos atiende más las sugerencias de profanos que la de los médicos, en quienes acostumbra confiar. El médico de su pueblo, por quien muestra gran confianza y amistad, tampoco tomó parte en esta determinación.

Relación entre molestias y enfermedad.—Hemos visto este paciente muchos años manifestando cosas bronquiales discretas, pero persistentes, molestias en hemitórax y otras partes, siempre del lado izquierdo (el contrario al de su enfermedad actual), y ha luchado tanto con su meteorismo, reflejado principalmente en epigastrio, sufriendo una evidente situación de depresión y angustia, que se fué acentuando con el tiempo.

Y nos preguntamos: ¿Se quejó tanto hipervalorando sus molestias por sus características psíquicas? ¿O estaban estas características condicionadas precisamente a la persistencia de estas molestias?

A pesar de sus características banales y sin hallazgos netos a exploraciones, probablemente incompletas, pero reptidas, resultó al fin con algo orgánico, muy orgánico: una neoplasia como telón de fondo a una trombosis de los troncos venosos superiores derechos. Pero, ¿desde cuándo la tenía? ¿Tuvo este proceso alguna relación con su expectoración permanente, aunque insignificante, de la que ya ni hablaba por estar acostumbrado? ¿O el proceso se injertó simplemente sobre una situación anterior, banal a estos efectos?

La trombosis venosa. El síndrome mediastínico.—Se comprobó objetivamente que existía una oclusión trombótica de la vena axilobclavaria que se extendía hasta la misma cava superior en relación con una tumoración bronquial subyacente. La afectación de la vena cava superior, que forma parte del clásico síndrome del mediastino superior y anterior, está pura y aislada, e incluso mitigada, pues sin duda la oclusión no llega sino hasta por encima de la desembocadura de la vena ázigos, con lo que se ahorran los síntomas más tormentosos y ostensibles. Para ser un síndrome mediastínico más completo falta la afectación arterial, la respiratoria y la nerviosa, ausente en nuestro caso por ahora. (Ya hemos visto cómo apareció últimamente la afectación frénica.) Y en cuanto a la misma cava, clínicamente es muy incompleto el síndrome, pues no existe cianosis, ni edema en esclavina ni casi otra afectación de cabeza que la funcional, producida pasajeramente por el decúbito; el edema de la extremidad superior derecha es evidente, pero no muy acentuado y sin cianosis, y la circulación colateral apenas contornea el hombro y el tercio superior del brazo. Los síntomas orgánicos del estasis de cabeza faltan casi completamente. Ya

hace años publicamos un caso de síndrome mediastínico completo, con predominio caval típico, completamente diferente del caso actual.

Estos síndromes mediastínicos o cavales, completos o no, no son tan infrecuentes como parecen. Generalmente son debidos a tumoraciones mediastínicas o a proliferaciones ganglionares de tumoraciones, generalmente broncopulmonares, aunque también puedan ser debidas a otras causas como tiroiditis, etc. Según CALKINS, el 40 por 100 de los síndromes de vena cava superior son debidos a neoplasias (de ellas, el 80 por 100 carcinomas bronquiales, puesto que el 10-15 por 100 de estas neoplasias hacen esta localización, opinión que a nuestra impresión no compartimos). La afectación del vaso en estos casos puede ser por compresión externa del tumor o los ganglios, por invasión intraluminal y muy raramente por trombosis primitivamente parcial.

En nuestro caso, la localización del tumor, probablemente en el segmento pectoral o anterior del lóbulo superior derecho, periféricamente en el sentido subpleural, justifica la falta de síntomas puramente respiratorios y la compresión no completa, sino parcial y de refilón por contacto y adherencia a la cava, a menos de tratarse de uno de los casos primitivamente trombóticos que, aunque raro, también es verosímil.

El carcinoma bronquial.—El carcinoma bronquial, ¿desde cuándo lo tenía? Revisando la historia, ya en abril de 1955 nos había llamado la atención el cayado aórtico en su borde derecho, y sobre todo en oblicua, con algunas induraciones nodulares que todavía persisten. Incluso hicimos un tránsito con bario, pero no nos pareció valorable nada de esto.

Todos sabemos cómo aumenta la frecuencia del cáncer broncopulmonar y cómo debemos estar siempre alerta frente a él, pues su presentación acostumbra ser atípica simulando los más diversos procesos. Alguien dijo, creo que OVERHOLT, que estas neoformaciones tenían el privilegio de que gracias al despistaje antituberculoso en masas de sanos, se podía diagnosticar antes que las de otras localizaciones y todavía sin síntomas clínicos. En mi experiencia de varias decenas de millares de exploraciones de este tipo, he tenido esta oportunidad varias veces, pero siempre, así y todo, lo fueron en forma avanzada, envueltas en síntomas banales o sin ellos.

En el presente caso no existía ningún síntoma más que el vascular, fuera de su síndrome bronquial de tantos años, ahora mejor que nunca, aunque persistente. Por cierto que omitimos la discusión de la expectoración tan espesa y mucosa que ha tenido siempre por ser una cuestión colateral. Casos como el presente no son, ciertamente, frecuentes. ROSEMBLOON comunicó en 1949 un caso similar; BARJON tiene otro análogo. Pero cuando empieza esta localización, lo

frecuente es hacer un síndrome mediastínico más completo y masivo. Por el informe quirúrgico, esta tumoración estaba adherida, de pequeño volumen y, como se ve, asintomática.

La ubicuidad de estas neoplasias, y sus formas clínicas tan variadas, hace sospecharlas siempre, tras cualquier proceso torácico, en las personas de más de cuarenta años (e incluso antes), aunque tengan otro diagnóstico conocido, sobre todo si evoluciona con cierta torpidez. Un proceso agudo que no se resuelve pronto y bien, un absceso de pulmón, una simple tos pertinaz, una "gripe" o catarro que no cede, un asma que sin más antecedentes se presenta en un adulto..., todo esto y muchas cosas más pueden disimular y servir para exteriorizar una de estas neoplasias, además de los casos silenciosos y latentes que se descubren casualmente y los que se expresan en manifestaciones extratorácicas insospechadas.

En efecto, aunque muchos de estos enfermos acuden de entrada a la Clínica Respiratoria con su tos, su expectoración hemoptoica, su síndrome bronquial o pleural, sus dolores torácicos, etcétera, ¿cuántos no se orientan hacia la Cardiológica por su disnea permanente o paroxística, su síndrome cava o simplemente de entrada? ¿O a la Neurológica (6 por 100 según TAYLOR) por una metástasis cerebral, por afectación de plexo braquial o simpático cervical o por simple y anodina polineuritis? ¿Y a la Laringológica por una parálisis de recurrente? ¿O a la Ortopédica o Reumatológica por una fractura espontánea de hueso, dolores articulares o la conocida osteoartropatía hipertrofiante neumática o los dedos en palillo de tambor? ¿Y en la Endocrinológica, con su ginecomastia y otras alteraciones? ¿O a la Clínica Interna, llevados por su pirexia, estado tóxico, anémico o consuntivo, e incluso por algunos síntomas abdominales? De casi todas estas formas tenemos experiencia personal e incluso documentación clínica. Pero no es ésta ocasión de hacer una descripción de la clínica de estas neoplasias, de las que se ocuparán otros compañeros en el próximo Symposium de Cáncer.

La afectación mediastinopulmonar clásica acostumbra ser diferente del cuadro presentado por nuestro enfermo, pues al contrario que en él lo común es que sea masivo, progresivo y rápidamente extensivo y evolutivo. ROUBIER añade a estas características una grande y transitoria radiosensibilidad.

Influencia del traumatismo.—¿Qué relación tuvo el traumatismo sufrido por el enfermo con la trombosis? A nuestro juicio, fué el determinante de la exteriorización de un síndrome que ya se venía labrando lentamente. Es indudable que la trombosis de la vena cava existía previamente en relación con la neoplasia, pero para nosotros el traumatismo determinó el alargamiento del fenómeno trombótico hasta las venas axilosubclavia.

La trombosis de este último tronco, en relación casi siempre con traumatismos, ha sido muy bien sistematizada por MARTORELL en 1952 con el nombre de "Trombosis venosa axiloclavicular primitiva", con el que deberían sustituirse las numerosas otras denominaciones con que se conoce, entre las cuales el mismo MARTORELL recuerda las siguientes: tromboflebitis por esfuerzo del miembro superior, trombosis primaria de la vena axilar, trombosis idiopática de la vena axilar, edema agudo o subagudo del brazo, trombosis benigna del miembro superior, trombosis traumática de la vena axilar, venoespasma traumático, claudicación venosa intermitente, estasis venoso del brazo, tromboflebitis autóctona del miembro superior, síndrome de Paget-Schroetter, etc.

A nuestro juicio, nuestro enfermo exteriorizó su proceso con un cuadro típico de éstos, determinado por el factor traumático, el cual facilitó la extensión hasta la vena axiloclavicular de la trombosis parcial compresiva de su vena superior. No cabe confundirse en nuestro caso con las trombosis axiloclaviculares de los asistólicos

(pues nuestro enfermo no era un asistólico), ni con la trombosis axiloclavicular de los poliglobulicos (tampoco era un poliglobulico), ni con los edemas de compresión mediastínica (la flebografía prueba objetivamente la trombosis y existe el antecedente traumático aunque la afectación mediastínica coopere), ni con los edemas del carcinoma metastásico de axila (que no existe), ni con la poliflebitis (pues no hay ninguna vena inflamada, etc.). A todas luces, el enjuiciamiento de nuestro caso nos parece el correcto.

RESUMEN.

Caso iniciado con una trombosis de la vena axiloclavicular derecha, de probable determinación traumática, en el que se demostró que la trombosis se extendió hasta la vena cava superior en relación con una neoplasia bronquial inextirpable e insospechada hasta entonces, en un sujeto con molestias indefinidas y estado depresivo durante más de veinte años y en frecuente revisión médica.

UN CASO DE ENFERMEDAD SIN PULSO

(Enfermedad de Takayasu).

M. JIMÉNEZ CASADO y A. MONCADA MONÉU.

Del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas
Director: Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Aunque ya BROADBENT, en 1875, encontró un enfermo con ausencia bilateral de pulsos en las extremidades superiores, fué el oftalmólogo japonés TAKAYASU, en 1908, quien describió de forma más completa este síndrome, que a partir de entonces se conoce bajo el nombre de "enfermedad de Takayasu" y que posteriormente ha sido llamado "Pulseless disease", o enfermedad sin pulso, por SHIMIDZU. Su patogenia parece corresponder a una obliteración de las arterias originadas en el arco aórtico cuya naturaleza está lejos de aparecer clara.

Por tratarse de una enfermedad extremadamente rara, creemos interesante la presentación de este caso observado por nosotros, que es el tercero descrito en nuestro país (los anteriores corresponden a las publicaciones de MARTORELL y FABRÉ y de ANTÓN y RAMÍREZ GUEDES).

CASO CLÍNICO.

J. C. F., natural de Málaga, de cincuenta y seis años de edad, casado, que refiere la siguiente historia:

Hace tres años comenzó a apreciar en ocasiones sensación de mareo, con inestabilidad que le obligaba a ampliar la base de sustentación y buscar un sitio de apoyo,

que le duraba unos segundos. También por entonces notó gran cansancio al andar, que no le obligaba a pararse, pero apareciéndole a los 100-200 metros un dolor no intenso en la zona externa de ambos muslos, que se acompañaba de gran sensación de calor y hormigueo.

A veces tenía nublamiento fugaz de la vista, más intenso y frecuente en O. D. que en O. I.

Continuó con estas molestias, y al año de comienzo apreció, al hacer un movimiento brusco con el cuello, dolor en región cervical y mareo intenso, y a partir de entonces se añade a lo anteriormente señalado una molestia con los movimientos laterales de la cabeza y con la elevación de los brazos al afeitarse, peinarse, etcétera, gran cansancio y pesadez en ambas extremidades, que le obliga a descansar cada poco tiempo.

Tiene sensación de frío, apreciando, aun con buena temperatura ambiente, gran frialdad en dedos de manos y pies sin que se le pongan pálidos. Con gran frecuencia se despierta por la noche con hormigueo intenso en ambas manos, que le pasa pronto.

Ultimamente observa de forma constante una borrosidad central en O. D., con buena visión en la periferia.

Hace unos tres años tuvo, durante 2-3 meses, sensación de peso y opresión en región esternal, sin irradiación y de duración variable, que desapareció pasado ese tiempo y no le ha vuelto a repetir.

En la actualidad continúa con las molestias descritas y un gran cansancio general, apreciando casi constantemente una especie de peso gravoso en ambos hombros y brazos.

A la exploración física se observaba a un sujeto bien constituido, con coloración hiperpigmentada de la piel, en buen estado general, muy excitable y preocupado por su enfermedad.

Boca y faringes: Normales. No adenopatías en cuello. Ligero dolor a la movilización del cuello, especialmente en los movimientos de rotación.

Respiratorio: Normal a la auscultación y percusión. Corazón: Tonos puros en punta. Soplo sistólico en foco aórtico, que también se oye en el yugulum.

Abdomen: Normal, sin hígado ni bazo palpables.