

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS SOBRE LAS IMAGENES PATOLOGICAS DE BASES PULMONARES

M. CASTILLO GÓMEZ.

Teniente Médico, Alumno de la especialidad.

Hospital Militar "Gómez Ulla". Clínica de Aparato Respiratorio.

Jefes: Doctores ALIX y WILHELM.

Las bases pulmonares, al estar separadas por el diafragma de la cavidad abdominal, plantean problemas de diagnóstico diferencial no sólo con los procesos localizados en dichas bases, sino también con otros localizados en abdomen. Es preciso que pensemos en estos procesos abdominales por muy manifiesto que resulte el cuadro clínico y radiológico en pro de la localización respiratoria, única forma de poner en práctica las técnicas exploratorias que directamente nos llevan al diagnóstico.

Queremos insistir en que no nos referimos al caso en el cual, bien por la clínica o exploraciones encaminadas, tengamos la menor sospecha de su origen abdominal, sino a aquel otro en que ante un proceso que por sus características nos impresione como "del pulmón", las exploraciones dirigidas en este sentido no nos conduzcan a un diagnóstico. Es en este momento cuando precisamente debemos plantearnos la posibilidad de su origen abdominal y poner en marcha las técnicas con que contamos para su diagnóstico.

Presentamos un caso nuestro de "relajación diafragmática" y el camino que tuvimos que recorrer para llegar a su diagnóstico, insistiendo sobre las dificultades con que tropezamos y la serie de diagnósticos diferenciales que nos pueden plantear un proceso de tales características, y al mismo tiempo nos sirve para advertir al especialista de aparato respiratorio que en sus manos el examen contrastado del conducto gastrointestinal y el neumoperitoneo pueden resultar técnicas de gran utilidad en el diagnóstico de estos procesos toraco-abdominales.

CASO CLÍNICO.

E. S. M., de cincuenta y siete años.

Antecedentes familiares.—Carecen de interés.*Antecedentes personales.*—De pequeño, a la edad de cinco años, neumonía. Fiebres paratíficas en la guerra. Hace diez años, dolor epigástrico con eructos, regurgitaciones ácidas y profusas diarreas, al que calificaron de duodenitis. Cedió en un mes con un régimen alimenticio, no volviendo a tener más molestias. No es fumador.*Enfermedad actual.*—En octubre pasado, con ocasión de la epidemia, tuvo la gripe, obligándole a guardar cama un total de quince días por el proceso y la convalecencia. Se incorporó a sus ocupaciones, pero quedándole una tos muy seca y persistente que a duras penas conseguía arrancar una escasa expectoración mucosa y muy viscosa. En uno de los golpes de tos arrojó unos esputos hemoptoicos, por lo que consulta a su médico de cabecera. En el examen radioscópico le aprecia sombra densa que ocupa toda la parte pulmonar izquierda, borrando

los senos costodiafragmáticos. Con este informe, y por ser militar, nos lo envía para su estudio.

Exploración.—El día 8 de enero pasado llega a nosotros y nos encontramos ante un sujeto de buena estatura, buen estado de nutrición y con piel y mucosas de buena coloración.

En la exploración del aparato respiratorio observamos que la movilidad del hemitórax izquierdo se encuentra disminuida. Hay disminución de las vibraciones vocales, matidez en base izquierda con silencio respiratorio y algunos roces pleurales. La auscultación cardíaca es normal.

A continuación se procede a hacer una radioscopia, encontrándonos una sombra densa, homogénea, sin estructura, que ocupa toda la base izquierda, llegando por arriba hasta el cuarto espacio intercostal, y por debajo, borrando los senos, se continúa sin solución de continuidad con los órganos abdominales. Visto en distintas incidencias se llega a idéntico resultado.

Ante esta imagen se piensa en pleuresía y se practican repetidas punciones, no lográndose extraer ningún elemento para el diagnóstico.

Se le manda hacer radiografía, que vemos al día siguiente, 9 de enero (fig. 1). No añade nada nuevo a la

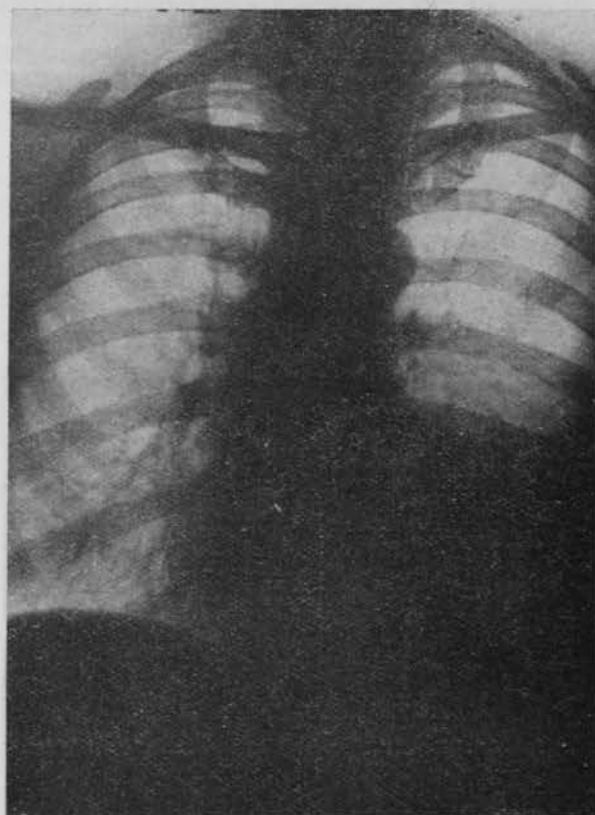


Fig. 1.

conclusión radioscópica, excepto un contorno redondeado en el ángulo superior e interno de la imagen patológica.

Surgen varias hipótesis diagnósticas: ¿Quiste hidatídico? ¿Proceso neoformativo? ¿Atelectasia? ¿Absceso? Y se prosigue el estudio.

El recuento de elementos sanguíneos y la fórmula leucocitaria, normales. La velocidad de sedimentación es 15 milímetros a la primera hora y 40 a la segunda. La reacción de Cassoni, aunque el laboratorio nos informa de reacción positiva intensa (+++), en diálogo con el enfermo llegamos a la conclusión de que es dudosamente positiva.

La broncoscopia es normal, excepto una desviación del bronquio izquierdo. En el mismo acto se practica lavado bronquial, cuyo análisis citobacteriológico, realizado en el Instituto de Higiene Militar, nos dice encontrarse flora habitual y ningún elemento celular patológico.

Se hacen tomografías, que tampoco nos aportan ningún dato de valor; sólo permiten ver algunas zonas claras muy difusas en la zona opaca, que persiste con la misma intensidad en todos los planos.

El examen citológico de esputos, realizado por el doctor PUCHOL, encuentra los elementos habituales y ninguna célula atípica.

Agotados todos los métodos exploratorios se decide hacer una punción transparietal de la masa tumoral. El contenido del extremo de la aguja es analizado por el doctor PUCHOL, cuyo informe dice tratarse de tejido pulmonar con componente inflamatorio.

El hecho: 1.º De ser un proceso, al menos clínicamente benigno, ya que no afectaba al estado general del enfermo ni había modificación en la sombra pulmonar. 2.º Haber aparecido después de una gripe con el informe del analista en favor de un proceso inflamatorio. 3.º El encontrar en los últimos exámenes radioscópicos algunas zonas de aclaramiento, nos hace adoptar el diagnóstico provisional de neumonitis postgripal, no resuelta totalmente o en vías de resolución, que evoluciona torpemente hacia un proceso de curso crónico, tipo neumonía crónica o neumonía lipoidea.

No obstante, se decide vigilarle dentro de veinte días. El 1 de marzo llega a nosotros con el buen estado general de siempre y la radioscopia y radiografía no ofrecen ninguna modificación con respecto a las anteriores.

Tratando de hacer un diagnóstico, pues el que habíamos hecho provisionalmente no nos dejaba muy satisfechos, pensamos que tal vez pueda ser un proceso digestivo, tipo hernia o relajación diafragmática, y en este sentido se orientan las investigaciones.

Se hace, primero, una radiografía anteroposterior muy penetrante (fig. 2), que nos muestra zonas de aclara-



Fig. 2.

miento muy anfractuoso de contenido aéreo. En la radioscopia de estómago, con contraste, se encuentra un estómago con buen tono, pero ptósico. Se hace un tránsito intestinal y la radiografía anteroposterior, por sus deficientes condiciones técnicas, sólo permite difícilmente ver un asa intestinal que forma el contorno superior de la sombra y que se continúa con otra asa que descien-

de por el lado derecho. En la lateral (fig. 3) se ven asas intestinales que penetran en el tórax, alcanzando hasta el cuarto espacio intercostal: estas asas son el colon transversal que forma el límite superior y por debajo se encuentra el colon descendente y el intestino delgado.

Llegamos a la conclusión que nuestro enfermo tiene una eventración o relajación diafragmática.

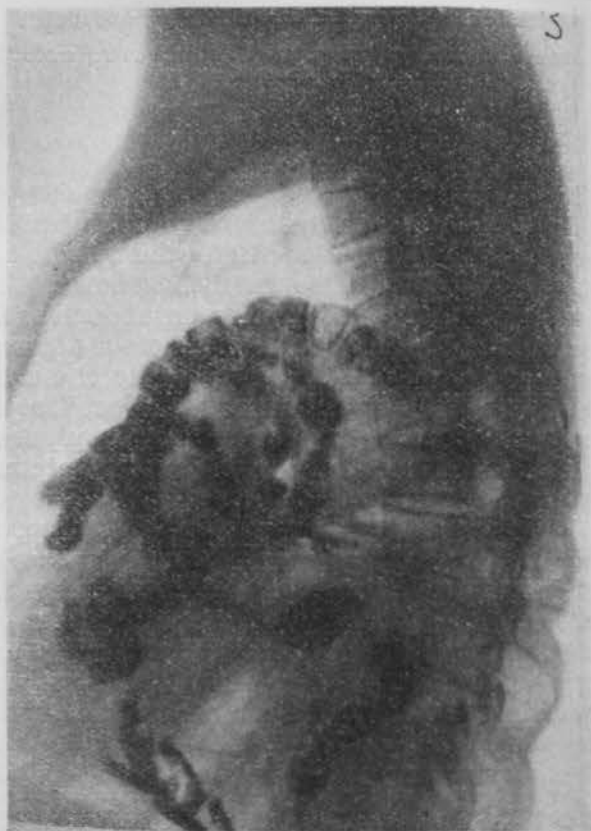


Fig. 3.

COMENTARIOS.

El diagnóstico en nuestro caso no resultó nada fácil: a él se llegó después de una serie de conjeturas y después de haber agotado todos los medios de exploración a nuestro alcance desde el punto de vista respiratorio.

Veamos las posibilidades diagnósticas que sugiere una sombra de base pulmonar de idénticas características:

1.º Una sombra de base densa, sin estructura, y que ocupa los senos, nos hace pensar en *pleuresía*. Tratando de aclarar el diagnóstico en este sentido se realiza una punción exploradora, que en nuestro enfermo los repetidos intentos que se hicieron nos dieron punciones blancas, con lo cual se rechaza el diagnóstico de colección líquida.

2.º La segunda posibilidad que nos sugiere es la de *quiste hidatídico* con participación pleural o atelectasia periquística. En su favor se encuentra un contorno redondeado que aparece en la parte más interna y superior de la opacidad y, en contra, que el número de eosinófilos es normal y que la reacción de Cassoni nos deja con dudas, ya que a pesar del informe del laboratorio, francamente positiva, en conversación con el enfermo llegamos a la conclusión de que es débilmente positiva (reacción precoz y

fugaz). En apoyo de nuestra forma de pensar, en contra de quiste estaba el que en posteriores exámenes radiológicos encontramos algunas zonas de aclaramiento de la sombra (posible vaciamiento quístico) y, sin embargo, el enfermo ha continuado con su escasa expectoración y en ningún caso ha sufrido un aumento tumultuoso que nos haga pensar en una vómica.

3.º La característica radiológica del proceso plantea la posibilidad de un *absceso de pulmón*, pero no hay ningún dato a su favor, ya que cursaba sin fiebre, ni expectoración, buen estado general y fórmula leucocitaria normal.

4.º Se piensa en un *proceso tumoral maligno*, primitivo o secundario, con componente pleural o atelectásico. En contra de ello están todos los datos tanto clínicos como de exploración (buen estado general, broncoscopia y citología del lavado bronquial y esputos negativos).

La evolución también abona en este sentido, ya que el buen estado general continúa y en la evolución de la sombra radiológica no encontramos la menor modificación en sentido de malignidad.

5.º La evolución clínica de nuestro caso encajaría mejor dentro de los *procesos tumorales benignos*. La impresión radiológica no corresponde a ninguno de ellos, ya que los de localización periférica adoptan una forma más o menos esférica y los centrales por obstrucción bronquial pueden dar imágenes atelectásicas que no se confirma por examen endoscópico.

6.º No hay que olvidar ante imágenes radiológicas de estas características los *procesos atelectásicos*. La atelectasia es un estado pulmonar patológico que se asocia a muchas afecciones respiratorias y por tanto se impone el buscar la causa o enfermedad asociada que la produce. Una neoplasia no es nuestro caso, ya que hemos rechazado este diagnóstico en las consideraciones acerca de los procesos malignos. La tuberculosis como causa productora de atelectasia en sus múltiples formas de atelectasia aguda, crónica, por neumotórax, etc., no corresponde, ya que, como vemos, no hay datos para pensar en la etiología fímica del proceso. Lo que sí es cierto y conviene insistir en ello es que ante una sombra con estas características en un sujeto de edad la necesidad de practicar la broncoscopia, ya que en más de la mitad de los casos las neoplasias broncopulmonares registraron en el período inicial la atelectasia de un territorio bronquial, de donde la importancia del conocimiento de estas atelectasias zonales o lobulares para el diagnóstico precoz de las neoplasias.

7.º Las formas anatomoclínicas de la *tuberculosis de la base* son, según TAPIA, formas infiltrativas, nóduloinfiltrativas diseminadas, las esencialmente cavitarias, las neumónicas y bronconeumónicas y las formas con predominio atelectásico. La tuberculosis bronquial actuará por mecanismos puramente obstructivos originando una compresión del bronquio por un ganglio,

perforación del ganglio en el bronquio y la obstrucción de éste por el caseum, bronquitis tuberculosa vegetante con la obstrucción bronquial consecutiva.

En nuestro caso no hay ningún dato, ni clínico, ni de laboratorio, ni endoscópico, para pensar en su origen tuberculoso.

8.º Los *procesos inflamatorios parenquimatosos agudos o crónicos*, a veces dan sombras lobulares de localización basal. En los casos agudos la sintomatología nos hace pensar en neumonía lobular o en bronconeumonía. Pero hay formas atípicas de evolución en la que estos procesos sufren una organización conjuntiva con adiposis y descamación del epitelio alveolar, convirtiéndose el pulmón en una masa compacta y retraída. El hecho de que esta evolución se presente con más frecuencia en las neumonitis gripales nos hizo pensar en un proceso de este tipo por cuanto nuestro enfermo contaba que tuvo la gripe cuando la epidemia.

9.º Las *esclerosis pulmonares* de localización lobar adoptan unas características de opacidad que hay que tener en cuenta. A ella se llega por procesos inflamatorios crónicos o de resolución tórpida o por acción de agentes tóxicos o irritantes y estos factores hay que valorarlos al hacer el diagnóstico. Sombras análogas puede dar el infarto de pulmón en su forma de producción crónica que se observa en cardiopatías con estasis productoras de pequeños infartos, que la mayoría de las veces pasan inadvertidos, y que sólo se manifiestan por un aumento de la expectoración hemoptoica.

10. Hay *procesos tumorales de origen mediastínico*, pero de propagación o localización basal pulmonar, que ofrecen opacidades con análogas características, bien por sí mismas o por compresión de bronquios y producción de atelectasias. Los tumores ganglionares casi todos ellos pertenecen a procesos sistematizados en los que el diagnóstico puede hacerse por biopsia de algún elemento del sistema que sea accesible. Aunque los tumores no ganglionares suelen tener una localización alta (timomas, bocios aberrantes), hay otros que a veces pueden tener una localización baja, apareciendo como procesos parenquimatosos de base tales como el neurinoma y los quistes dermoides. Este se puede diagnosticar por la aparición en la radiografía de zonas densas correspondientes a formaciones óseas y dentarias.

11. Por último, siempre hemos de tener en cuenta los *procesos de origen abdominal*. No nos referimos a los casos de diagnóstico evidente en los que la separación entre lo pulmonar y lo digestivo es clara por aparecer un límite de separación formado por la cúpula diafragmática en todo su contorno, sino que llamamos la atención sobre aquellos otros en los que por existir por encima de la línea diafragmática una reacción pleural de vecindad la delimitación no es neta.

Los procesos abdominales que con mayor frecuencia dan imágenes engañosas de sombras pulmonares son los siguientes:

En el lado derecho, los *quistes hidatídicos* de la cara superior del hígado, que como único dato presentan una elevación de la cúpula diafragmática. Si éstos se complican, perforan el diafragma y se abren en pleura o dan una reacción pleural diafragmática de vecindad, se borra el contorno diafragmático y entonces tenemos la incertidumbre de su localización exacta.

Los *abscesos subfrénicos*, casi siempre consecutivos a perforación de estómago o vesícula, van acompañados de sintomatología ruidosa, pero con menos frecuencia el comienzo es tórvido, atípico, y son estos abscesos los que plantean problemas de diagnóstico difícil con sombras de base, tanto más si son de evolución torácica con mucha sintomatología pulmonar y muy escasa abdominal.

Las hernias y eventraciones de lado derecho son menos frecuentes que las del izquierdo a causa del hígado, que dificulta su formación.

En el lado izquierdo hemos de tener en cuenta los abscesos subfrénicos con las mismas características que los del lado derecho. Los *tumores de bazo*, las *hidronefritis* y los *tumores renales* plantean los mismos problemas.

La *hernia y relajación diafragmática* a veces se presentan con reacciones pleuríticas de vecindad que dificultan su diagnóstico, como en nuestro caso. Es fundamental la distinción entre ambas, ya que aquélla tiene tratamiento quirúrgico y ésta no lo tiene.

La hernia diafragmática es el prolapso de los órganos situados en la cavidad abdominal a través de una falla o defecto del tejido muscular. Las hay falsas, que carecen de saco herniario (pleura y peritoneo), poniéndose en contacto directo el pulmón con los órganos abdominales, y verdaderas, las que tienen saco herniario, casi siempre se producen a través de orificios de tránsito del diafragma.

La relajación o eventración, por el contrario, es la dilatación del diafragma que cede a la presión de las vísceras y se relaja, llegando las cúpulas a veces hasta las primeras costillas, es me-

nos frecuente que la hernia y se localiza más en el hemidiafragma izquierdo que en el derecho, siendo el estómago y el colon los órganos más comúnmente desplazados.

Para los que defienden el origen congénito la relajación se formaría por alargamientos excesivos de las fibras musculares originados por perturbaciones en el desarrollo embrionario. Otros admiten un origen secundario a parálisis, distensión por gases o retracción, que al actuar de forma continuada producen pérdida de tono, adelgazamiento y dilatación.

El diagnóstico diferencial con la hernia podrá establecerse con seguridad en favor de la relajación cuando el diafragma quede nítidamente tendido por encima de los órganos abdominales desplazados y los contornos del estómago, colon o hígado estén por debajo de forma que nunca es atravesado por ellos, como ocurre en las hernias.

El diagnóstico directo se hace mediante el empleo del neumoperitoneo, que permite distinguir la cara inferior del diafragma (perfil, espesor, presencia de adherencias), y por el examen contrastado del conducto gastrointestinal.

En nuestro enfermo se trata de una relajación, ya que el diafragma envuelve sin solución de continuidad todo el contenido y está formado por el colon transversal y descendente y parte del intestino delgado. El estómago se vió en radioscopia por debajo de su posición normal.

CONCLUSIONES.

Dos conclusiones pueden extraerse de este caso clínico:

1.^a Ante una sombra situada en las bases pulmonares de difícil o dudoso diagnóstico, ante la que hayamos agotado todos los procedimientos exploratorios, pensar en procesos abdominales, y, entre éstos, en los más frecuentes, que son la hernia y la relajación diafragmática.

2.^a Recordar al especialista de aparato respiratorio que el empleo en estos casos del examen contrastado del tubo gastrointestinal y el neumoperitoneo son técnicas muy valiosas, las únicas que nos permitirán hacer un diagnóstico.