

## ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser beschreibt die einfache Handhabung zur Einführung des Trokars der endokaver-nösen Aspiration nach Monaldi, wie sie im Tu-berkulosekrankenhaus Rohrbach durchgeführt wird.

## RÉSUMÉ

L'auteur décrit un simple procédé pour introduire le trocart dans l'aspiration endocavitaire de Monaldi, qui est celui que l'on suit à l'hôpital de Tuberculose de Rohrbach.

# NOTAS CLÍNICAS

## UN CASO DE QUISTE HIDATÍDICO DEL MEDIASTINO

J. M. ROMEO ORBEGOZO

Clinica médica de la Facultad de Medicina  
(Director: PROF. JIMÉNEZ DÍAZ)

En los últimos días del mes de febrero pasado tuvimos ocasión de estudiar el siguiente enfermo, cuya historia y comentarios clínicos exponemos a continuación:

Se trataba del enfermo M. P. M. de 60 años de edad, de profesión carpintero, natural de Navas del Madroño (Cáceres), con domicilio habitual en Veganevilla (Cáceres). Quejábese de disnea de esfuerzo, desde hace año y medio, atribuyéndolo a ser muy fumador.

*Enfermedad actual.* — Empezó desde hace año y medio, notando que de tarde en tarde, con ocasión de grandes esfuerzos se fatigaba, más de lo que en él había sido corriente. Esto fué acentuándose poco a poco hasta llegar al estado actual, en que esfuerzos ligeros le fatigan de una manera extraordinaria con una gran sensación de ahogo. Por ello se ha visto obligado a abandonar su trabajo y a pesar de todo sigue con su gran fatiga, que ya la tiene hasta en reposo absoluto. No ha tenido nunca dolores ni palpitaciones y cree que tampoco fiebre. Se acuesta siempre sobre el lado derecho, con la cabeza alta, pues si lo hace en decúbito supino o con la cabeza baja y sobre todo del lado izquierdo, nota una gran sensación de ahogo. Cuando lleva ya un rato en la cama, puede descansar, incluso sin almohada. Siempre ha sido tosedor, lo que atribuye al uso excesivo del tabaco, expectorando con facilidad un espuma amarilloverdoso. La tos no se ha acentuado con su proceso actual, aunque dejando de fumar se nota algo aliviado. Desde hace unos tres meses viene notando que la cantidad de orina eliminada en las veinticuatro horas ha disminuido considerablemente, con orinas sucias, como turbias y con mucho poso y al mismo tiempo que se le hinchan ligeramente las piernas y los párpados. Cuando se agacha nota un dolor como de tirantez en la región lumbar y no puede levantarse si no recurre a apoyarse con los brazos en la silla. Al levantarse bruscamente nota en ocasiones como si se le fuera la cabeza e incluso hasta sensación fuerte de mareo. No ha tenido cefaleas, ni ha perdido vista. Tiene, a veces, parestesias en las yemas de los dedos de ambas manos y en los labios, que los nota fuertemente amoratados.

Tiene buen apetito, le sienta bien lo que come y va bien de vientre. No ha perdido peso. Nada anormal en la anamnesis por parte de los restantes órganos y aparatos.

*Antecedentes familiares.* — Los padres murieron muy ancianos. Ha tenido cuatro hermanos, que también han muerto de edad avanzada. Su mujer, que vive sana, ha tenido un aborto y después tres hijos, que viven sanos.

*Antecedentes personales.* — Gripe en 1918. Hace quince años se le quedó la mano izquierda casi insensible, atribuyéndolo al roce fuerte de un grueso palo que lanzó. Muy fumador. Niega enfermedades venéreas.

*Exploración.* — Se presenta ante nosotros un sujeto alto, de constitución atlética, en muy buen estado de nutrición. El enfermo se halla presa de una gran disnea de tipo mixto inspiratorio y espiratorio, costándole gran trabajo hablar y evitando hacer toda clase de movimientos que le exageran la disnea. Tiene un tinte moreno de piel e intensa cianosis de labios, orejas y mucosa bucofaríngea, que se le acentúa aún más cuando se le tiende en la cama. Ligero edema de conjuntivas. Miosis sin reacción a la luz ni a la acomodación, con ligero enoftalmos y disminución de la hendidura palpebral en ambos ojos. Boca séptica, en la que faltan abundantes piezas. Estasis yugular con salto vascular arterial y venoso.

*Tórax.* — De tipo enfisematoso, en tonel. Por percusión se pudo apreciar en plano posterior una zona de matidez paravertebral, que comienza a nivel del tercio superior de ambas escápulas y llega hasta las bases pulmonares, de forma redondeada y de unos 12-15 centímetros de diámetro. En plano anterior, zona de matidez paraesternal derecha, a nivel de los primeros espacios intercostales y de forma ovalada, con su diámetro mayor en sentido longitudinal. Se ausultan estertores secos y húmedos de medianas y grandes burbujas en ambos planos, especialmente en las bases, excepto en las zonas de matidez a la percusión, en las cuales no se percibe el murmullo vesicular.

*Corazón.* — Por percusión se aprecia que la zona de matidez cardíaca se halla cubierta por parénquima pulmonar. El corazón late a un ritmo acelerado (120 pulsaciones al minuto) y por auscultación se percibe un desdoblamiento del primer tono en todos los focos. La presión arterial en el momento de la exploración era de 9/5.

*Abdomen.* — No se aprecia nada anormal en su exploración. El tamaño del hígado y del bazo no parece estar aumentado. La presión en hipocondrio derecho no se acompaña de aumento del estasis yugular.

*Sistema nervioso.* — No se encuentra nada anormal en su exploración, así como tampoco en los restantes órganos y aparatos, a excepción de un discreto edema en ambas piernas.

El enfermo traía un análisis de orina en el cual no se apreciaba nada anormal. En cambio, un análisis de sangre que acompañaba al anterior demostraba una cifra de leucocitos de 14.000 por milímetro cúbico y la fórmula acusaba 84 neutrófilos, de ellos 4 en cayado, con un metamielocito, 14 linfocitos y un eosinófilo. La velocidad de sedimentación era de 7/16, índice de 7,5 milímetros. En el análisis de esputos se leía: esputos mucopurulentos, consistentes, de color ligeramente verdoso; no contenían partículas sólidas ni estrías de sangre; al examen microscópico se encontraron numerosos polinucleares y algunas células grandes de epitelio bronquial; flora bacteriana no muy abundante; está representada por algunos cocos Gram positivos (estafilococos), escasos bacilos y diplocacilos Gram negativos, encapsulados, neumobacilos, algunos cocos Gram positivos (tetrágenos), diplococos Gram

negativos (*micrococcus catarralis*) y otros gérmenes sin significado especial patológico; no se encontraron bacilos de Koch, no obstante la detenida investigación; tampoco se han encontrado fibras elásticas.

Antes de su ingreso en la Clínica se le practicaron al enfermo un análisis de sangre, otro de orina y una investigación radiológica de tórax. En el análisis de orina tampoco se encontró nada anormal. El análisis de sangre dió una cifra de cuatro millones y medio de hematies, 84 por 100 de hemoglobina



Fig. 1

y 0,93 de valor globular; no se encontraban alteraciones en la serie roja, 10.100 leucocitos, 81 neutrófilos, de ellos 14 en cayado, eosinófilos, 0; basófilos, 0; monocitos, 6 y linfocitos, 13. La velocidad de sedimentación fué de 4-20, índice siete milímetros.

En la radiosкопia de tórax se veía una formación yuxtapiéndose con la silueta cardíaca en el lado derecho de contornos nítidos y angulados, no pulsátil, que se confunde con la silueta cardíaca. En el lado izquierdo se apreciaba una reacción hilar. En la posición completamente lateral, la masa antes citada se confundía con la silueta cardíaca, permaneciendo libres los espacios ante y retrocardíaco. En la radiografía (figura 1), se comprobó los datos obtenidos en la radioscopya, pudiéndose percibir, además, un estasis vascular muy marcado en ambos campos pulmonares, con una zona densa en el vértice derecho en sentido vertical, muy próxima al mediastino. Las regiones hiliares se hallaban fuertemente engrosadas, en especial la izquierda, en la cual se veía una gruesa adenopatía inmediata al cayado aórtico. Toda la trama vascular se encontraba marcadamente reforzada y en el parénquima de ambos campos se percibían sombras de densidad no muy intensa, de forma bien redondeada o irregular y de tamaño más bien pequeño e inferior al de un guisante.

Computando los datos clínicos y radiológicos es indudable que en el presente caso se trataba de una tumoración de mediastino. Pero naturalmente con este diagnóstico no podíamos quedarnos y era necesario en lo posible tratar de esclarecer la clase de tumoración mediastínica que padecía el enfermo. Se planteó de primera intención el diagnóstico diferencial entre un linfosarcoma y un linfogranuloma, pero por fin nos declaramos partidarios del lin-

granuloma, en vista de la leucocitosis con marcada neutrofilia que demostraban sus dos análisis de sangre y las pequeñas sombras que presentaba en ambos campos pulmonares, que interpretábamos como lesiones linfogranulomatosas del parénquima pulmonar. De todas formas, nos extrañaba que tratándose de un linfogranuloma no presentase este enfermo ni una sola adenopatía ni aumento del tamaño del bazo; pero como en ocasiones esta asociación no ocurre, no nos desvió de nuestra línea diagnóstica y decidimos ingresar al enfermo con el fin de someter al mismo a un tratamiento con rayos X, que en el caso de ser verdadero nuestro diagnóstico sería la terapéutica adecuada, y, además, por la radiosensibilidad del tumor nos aclararía el diagnóstico diferencial.

Ingresó, pues, el enfermo y desarrolló en pocas horas un cuadro grave de insuficiencia circulatoria total, progresivamente creciente, y murió a las treinta y seis horas de su ingreso, a pesar del tratamiento intenso con tónicos cardíacos que se le hizo. Durante su estancia en la sala, no tuvo más temperatura que 37,2° y el ritmo del pulso osciló entre 100 y 120 pulsaciones al minuto.

El informe de la autopsia (doctor ARTETA) dice lo siguiente:

Cadáver de un hombre en regular estado de nutrición, con coloración azulado oscura de la cara, labios, extremos distales de las manos y pies. Cabeza: Tronco basilar con placas de color amarillo, que hacen resalte en la luz del vaso. Cuello: Intensa replección de sus vasos venosos. Tórax: Extensas y difusas adherencias en el lado derecho. En el plano anterior, entre el borde anterior del pulmón y pericardio existe una masa alargada en sentido longitudinal, de forma ovoidea, adherida a pulmón de un lado y al pericardio del otro, formando cuerpo con ambos. Hendida una gruesa cápsula fibrosa, se individualiza un contenido de vesículas en forma de granos de uva, contenido en líquido transparente, como agua de roca. La cavidad tiene aproximadamente las dimensiones de un puño cerrado, comprime aurícula derecha, arteria pulmonar derecha y bronquio del mismo lado. Ganglios mediastínicos de color rojo negruzco, muy aumentados de tamaño, muy blandos, mostrando su parénquima a la sección un aspecto semejante a la pulpa esplénica. Bronquios: Pueden seguirse con la tijera hasta sus ramificaciones más distales. Tumefacción y repleción vascular de la mucosa, que ofrece un aspecto aterciopelado y contiene un abundante flujo purulento. Pulmón derecho: Contienen sus lóbulos inferiores escasa cantidad de aire; de las boquillas bronquiales seccionadas, por expresión, rezuma abundante pus. Pulmón izquierdo: De la superficie de sección, por expresión, rezuma abundante cantidad de líquido espumoso y de los bronquios seccionados, pus. Corazón: Dilatado a expensas fundamentalmente del ventrículo derecho; seccionado, superficie del ventrículo izquierdo con manchas alternantes blanquecinas y rojizas; reducida su cavidad por propulsión del tabique interventricular. Ventrículo derecho: De paredes espesadas, superficie interna con resalte muy marcado del enrejado trabecular, muy dilatada su cavidad. Aorta: Dilatada, de paredes espesadas; orificios de las coronarias con placas duras, amarillentas, que hacen resalte en la superficie. Aorta ascendente y cayado: abundantes placas, unas de color amarillo, otras blancas nacardadas, muy duras, prominentes en la superficie. Orificios de los grandes vasos del cuello y trayecto de éstos, con placas de igual aspecto. Aorta descendente y abdominal, con placas semejantes y algunas ulceraciones conteniendo una papilla amorfada. Abdomen: Mucosa esofágica con algunas venas dilatadas, prominentes en la luz del esófago. Hígado: Aumentado de consistencia; superficie de sección mostrando retículos de trabéculas amarillas imbricados con otros de color rojo oscuro.

*Diagnóstico anatómico.* — Quiste hidatídico pulmonar. Bronquitis crónica. Atelectasia del pulmón derecho. Conges-

tión y edema del izquierdo. Dilatación e hipertrofia predominante del ventrículo derecho. Degeneración tiroide. Arteriosclerosis. Congestión y degeneración adiposa del hígado. Varices esofágicas.

Como se desprende de los hallazgos en la necropsia, la tumoración mediastínica que provocó todo el cuadro clínico y la muerte de dicho enfermo era un quiste hidatídico del mediastino. Las posibilidades diagnósticas que nosotros teníamos en este sentido eran nulas, ya que a un quiste hidatídico del mediastino no hubiéramos llegado, más que en el caso de haber podido demostrar que el diagnóstico probable que habíamos hecho resultaba falso y esto no pudo hacerse por la prematura muerte del enfermo. Ante la realidad escuetta de los hechos nos explicamos perfectamente toda la sintomatología clínica exhibida por el enfermo. Si juzgamos de la antigüedad del quiste por el espesor de su cápsula y el tamaño, no deja de llamarnos la atención la perfecta acomodación de los órganos vasculares del mediastino al obstáculo mecánico que suponía el quiste. Todos los demás síntomas se explican también perfectamente por la localización del quiste sobre la aurícula derecha, aunque sorprende que comprimiéndola no presentara este enfermo más síntomas debidos a dificultad en la circulación de la vena cava inferior y vena cava superior. Las manchas parenquimatosas del pulmón y las reacciones biliares no eran más que consecuencia del estasis motivado por el desfallecimiento del ventrículo derecho y este mismo estasis fué el terreno para el asiento de una infección bronquial permanente, que justifica su leucocitosis y neutrófilia; la densa cápsula del quiste quizás condicionaría la no existencia de eosinofilia.

Hemos presentado un caso de quiste hidatídico del mediastino y si lo hacemos es simplemente con el objeto de presentar una curiosidad clínica, pero no como medio de enseñanza, pues la localización mediastínica de tales quistes es tan extraordinariamente rara que ante un caso de tumoración mediastínica pensar en la hidatidosis conduciría más a confusiones y errores que a aciertos diagnósticos, siempre y cuando no se hubieran descartado las otras posibilidades etiológicas.

## NEURINOMA DEL NERVIO MEDIANO

A. RAVENTÓS MORAGAS

Habíamos ya terminado el trabajo sobre neurinoma del cubital (en colaboración con el doctor R. ROCA DE VIÑALS), cuando vimos este segundo caso de neurinoma que sucintamente vamos a relatar.

Enfermo J. N., de Puerto de la Selva. Cincuenta años de edad.

*Antecedentes patológicos familiares y personales.* — Sin importancia.

*Enfermedad actual.* — Hace más de un año que nota calambres en la mano, que a veces, según qué trabajo hace, se

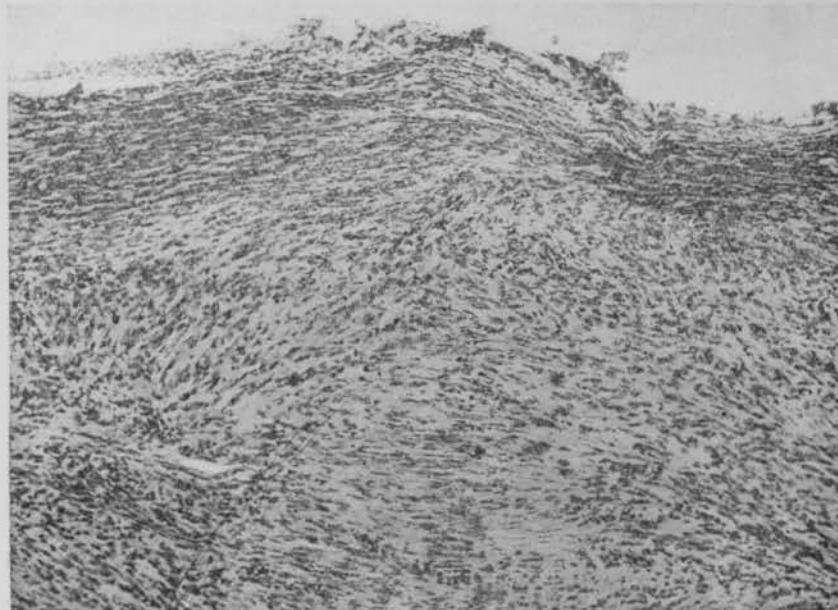


Fig. 1. — Caso 2.<sup>o</sup> J. N. - Neurinoma del mediano. (Preparación y microfotografía del Dr. J. RUBIÓ). Véase en este campo, y en la porción inferior y central del corte, el aspecto típico de «empalizada».

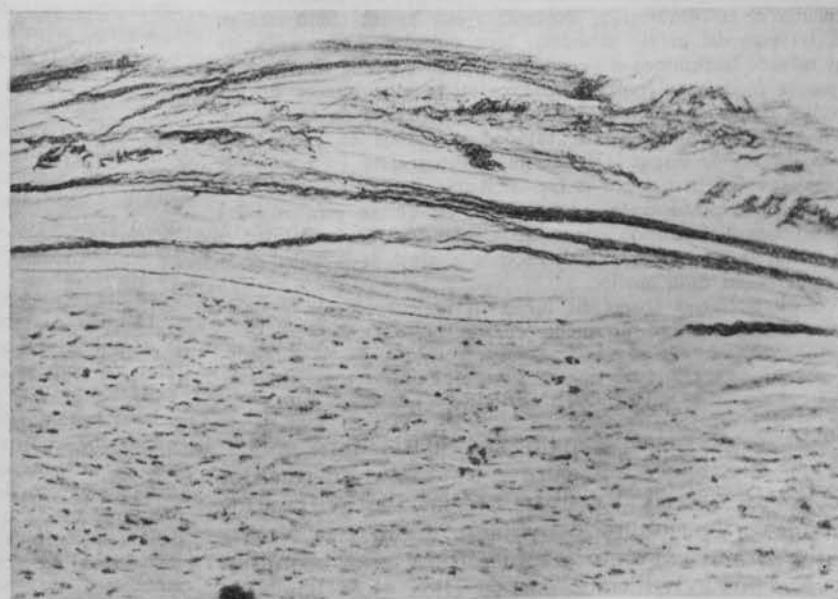


Fig. 2. — Caso 2.<sup>o</sup> J. N. - Véase como algunas fibras nerviosas surcan la periferia del tumor.