

miedo a la reacción febril (pues tenía que atender a su hija), solicitó se le administrase la vacuna por vía oral.

A consecuencia de un enfriamiento recibido, se sintió indispuesta, le tomaron la temperatura llegando a 39.5°. Toma una aspirina y la temperatura en vez de decrecer asciende; al verla nosotros al día siguiente, al hacerle el interrogatorio, se pudo apreciar, además de una fuerte cefalea, una punta de costado.

A la exploración: 40° de temperatura, macidez en hemitórax izquierdo. A la auscultación, se le aprecia un típico y característico soplo tubárico en el sitio del dolor, con todo el cortejo sintomático, por lo que la diagnosticamos de neumonía y principiámos el tratamiento con Dagenan, 12 comprimidos al día, un balsámico con quinina por vía parenteral y revulsivos. En vista de que en el transcurso de los días, sólo se apreciaban descensos de temperatura matutinos, de medio grado y elevaciones verpertinas de medio a un grado, sin variación alguna del cuadro, reforzamos el tratamiento sulfamídico, administrándole además del Dagenan por vía oral. Sulfatazol endovenoso, un gramo diario y suero antineumocócico. Como permaneciera el cuadro estacionado durante dos días más, suprimimos sulfamidas y administramos Glucoetanol y Solvochin y como a los ocho días, aunque desaparecida la localización pulmonar, la temperatura siguiera lo mismo y apreciásemos en pilar anterior izquierdo del velo del paladar, una angina de Duguet, dispusimos se hiciera una aglutinación en sangre de la enferma, resultando positiva al 1/600 al bacilo de Eberth y negativo para los paratíficos A y B, así como también para bacilos coli y micrococcus *melitensis*. También se le hizo un recuento globular dando 4.100.000 por mm. c. de hematíes y 14.800 por mm. c. de leucocitos.

En vista de lo cual, instituímos nuevo tratamiento con Yodismut (por el procedimiento ya expresado) Myokombin, Cebión y Cortirón como coadyuvantes ya que el caso lo requería, principiando la lisis desde la segunda ampolla de Yodismut y al llegar a la cuarta, permanecía apirética la mayor parte del día, sólo apreciándose por las tardes, ligeras elevaciones febriles, y terminando el tratamiento a la quinta ampolla, durando la enfermedad 25 días.

R. B. G., de 14 años. Antecedentes hereditarios y personales sin importancia. Principia a notarse con fiebres, que atribuyendo al paludismo la tratan en su casa con quinina y en vista que la fiebre no cede, a los 14 días recurren al médico. Al verla nos encontramos al hacerla la exploración, nada en aparato respiratorio y circulatorio; lengua saburral amarillenta, bazuqueo en fosa iliaca derecha, temperaturas altas y sostenidas. Disponemos se haga una aglutinación, resultando positiva al bacilo de Eberth al 1/400 y negativa a los demás. Se inicia el tratamiento con Yodismut, piramidon en los períodos hiperpiréticos. Como se observase una cierta tendencia a las epistaxis, le administramos Cebión, ampollas de 2 c. c. diarias. Se le administró una caja de Yodismut o sea seis ampollas y la fiebre siguió estacionada con sus ligeras oscilaciones, por lo que no insistimos nuevamente con más.

A los 30 días de estar tratándola y a pesar de administrarle una ampolla diaria de Cebión, tuvo una enterorragia abundantísima, seguida de lipotimias, llegándose a temer un desenlace fatal, pues se juntaban las tensiones máxima y mínima, pudiendo conseguir se aumentase el caudal hídrico y con ello, hacer que se fuesen disipando todos los recelos; a los 10 días, la enferma pudo ya abandonar el lecho, durando por lo tanto unos 40 días, desde que principiámos a verla y unos 55, desde que principió la fiebre, pero durante todo el tiempo, permaneció con el sensorio completamente despejado.

Por consiguiente, todo lo que tenemos que decir del Yodobismutato de quinina es:

1.º Que no hemos visto ni un solo caso de complicaciones, que se puedan atribuir a contraindicación medicamentosa, a pesar de haberla utilizado en niños de cuatro años.

2.º Acorta de un modo extraordinario el curso de la enfermedad.

3.º En los casos que no ha influenciado en cuanto a duración, no obstante el enfermo no ha presentado el estupor tan característico.

4.º Mientras no se llegue a la obtención de una medicación específica, aconsejamos a los demás compañeros, lo administren tan pronto como lleguen a diagnosticar clínicamente la enfermedad, sin esperar a que el laboratorio nos solucione las dudas, ya que se pierde un tiempo precioso, teniendo en cuenta que es una medicación inocua y a tiempo a toda hora de rectificar si el laboratorio nos demostrase lo contrario.

5.º Que es una medicación, tanto más eficaz cuanto antes se la utilice.

## SÍNDROME INFILTRATIVO FUGAZ Y HEMOPTOICO, OCASIONADO POR LA PENETRACIÓN EN VÍAS AÉREAS, DE GUSANOS ANÉLIDOS

L. SAGAZ

Director del Sanatorio Nacional Antituberculoso de Jaén

Los síndromes pulmonares pseudotuberculosos, han dado origen a numerosas publicaciones que estudian y discriminan los diversos síntomas en el aspecto del diagnóstico diferencial. Entre éstos, suelen valorarse preferentemente el síndrome radiológico y el hemoptoico, ya que de ellos muchas veces se deduce la orientación y el error diagnóstico.

Los casos que a continuación se estudian, tienen como síndromes basales, estos dos citados. En ellos, se daban imágenes radiológicas pseudolesionales y aparecen acompañadas del síndrome hemoptoico.

El interés principal, no radica en este último síndrome, ya que sería una mera repetición a apén-dice, lo que pudiéramos decir respecto a ello; siendo tema bien apurado por todas las publicaciones surgidas sobre él.

Más interés tiene el aspecto que se refiere a la producción de imágenes radiológicas similares a las descritas como infiltrados fugaces con o sin eosinofilia. Tema que también ha sido objeto de importantes publicaciones a las que pretendemos sumar esta modesta aportación.

Expondremos en primer lugar los dos casos clínicos y haremos a continuación las sugerencias oportunas.

CASO 1.º. — Enfermo M. M. M., de 38 años, natural de A. (provincia de Jaén). Casado, de profesión agricultor. Su posición social es suficiente y su género de vida, higiénico.

Antecedentes familiares. — Sin importancia.

Antecedentes personales. — Durante la guerra, malas condiciones de vida; una neuritis del ciático; algunas bronquitis. En los últimos años ha estado bien, realizando su trabajo de modo normal e intenso.

Enfermedad actual. — Comienzo brusco en forma de hemoptisis persistente, acompañada de dolor de costado derecho, malestar y fiebre no elevada, cefalea, etc.

La hemoptisis era, como se señala, persistente, del tipo de la bocanada pequeña y otras veces esputo solamente. No obedecía a ninguna medicación.

Sintomatología subjetiva. — En aparato respiratorio: tos

pertinaz acompañada siempre de emisión sanguínea; ligero dolor costal, sobre línea mamilar en dirección de la cisura; ligera disnea inspiratoria (sin acusar sofocación hemoptoica).

Aparato digestivo, normal, buen apetito, ligero estreñimiento.

Restantes aparatos, sin ningún otro síntoma patológico; sólo hay un déficit de ventilación nasal.

**Exploración.** — Individuo de constitución atlética, de buen aspecto, bien conformado y nutrido. Talla, 1,715 m. Tórax ancho, sin atrofas ni retracciones, etc. Ligera disminución de movilidad derecha. Ligero dolor subjetivo en este costado y sobre cisura; tipo de respiración, mixto, 18 respiraciones por minuto. Punta cardíaca, normal, 100 pulsaciones; presión arterial, 12-6; temperatura, 37,2°.



Fig. 1

**Exploración torácica.** — Respiración algo vicariante, alguna burbuja húmeda en vías respiratorias altas; ligera disminución de murmullo en región interescapular derecha con algún estertor húmedo. No hay roces ni soplo. Vibraciones normales. No

hay modificación de importancia de la auscultación de la voz.

Otros aparatos, normales.

**Exploración radiológica.** — En la radioscopia, según se muestra en la figura 1, se aprecia una sombra de contorno borroso, de densidad mediana, situada en región paravertebral derecha, al parecer sobre cisura superior derecha. Se aprecia en ella un núcleo central más denso. El hilio está separado netamente del resto de la imagen, sin que haya modifi-

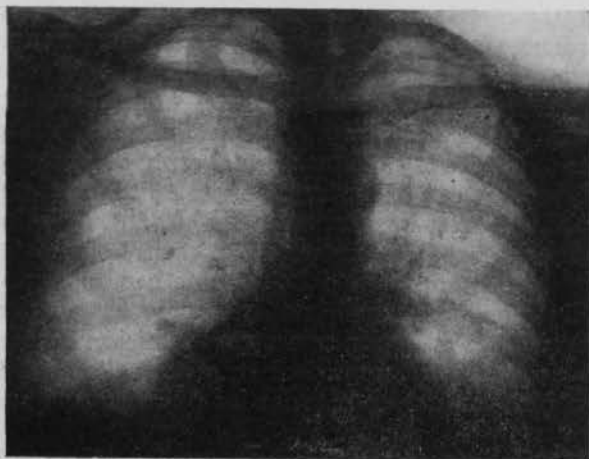


Fig.

cación en él, de tipo patológico, sólo las induraciones e imágenes vasculares ordinarias. La trama broncovascular inferior derecha está destacada, por estar al parecer ocupados estos bronquios. Hay ligera disminución funcional. El mediastino está centrado.

Ante este cuadro agudo y dada la intensidad del síndrome hemorrágico, sobre todo por su persistencia, se indica la necesidad de encamamiento y realizar colapsoterapia.

Se instaura un neumotórax de tipo hemostático, que se realiza en un par de sesiones, lográndose el colapso completo del pulmón derecho, como se puede apreciar en la radiografía (fig. 2). A pesar del tratamiento y eficacia del colapso, la hemoptisis persiste casi de modo análogo, siendo su característica principal su frecuencia, pues media poco tiempo entre esputo o bocanada, sin que existan pausas. No obstante, es bien tolerado el síndrome y la temperatura no se eleva, ni apenas pulso y respiración.

Se completa la exploración, que por las circunstancias de agudeza no se habían podido realizar, con los siguientes datos de laboratorio.

Examen de esputos: baciloscopia negativa (no se le da mucho valor por las características del esputo).

Reacción tuberculínica-mantoux, negativo.

V. sedimentación, 12 mm. a la hora.

Hematíes, 3.650.000; hemoglobina, 80 por 100. Hemograma: N. 71/E. 1. L. 19. M. 9.

Tiempo de coagulación y hemorragia, normales.

Orina, normal.

Sigue manteniéndose el colapso hemostático, sin que ceda la hemorragia, empleándose además, la medicación ordinaria, coagulantes, etc.

Esta rebeldía característica o destacada, que le impide inclusive el descanso, por no cesar ni de noche la tos, va acompañada de sensación de cuerpo extraño interno, con movilidad y cosquilleo, siendo el estímulo provocativo.

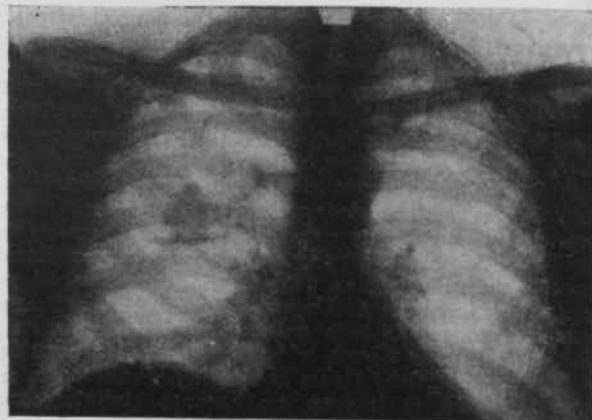


Fig. 3

Ante el fracaso de lo realizado, se hace un intento de exploración de vías altas, aunque no creemos en un error diagnóstico, dada la existencia de imagen pulmonar. Pese a la hemoptisis, se hace previa anestesia local con novocaina o cocaína, un intento de exploración laríngea, no apreciándose ninguna anormalidad.

Después de la exploración laríngea, cesa un poco la hemorragia, pero más tarde vuelve y la sensación de estorbo se hace más alta, acompañada igualmente de cosquilleo o movilidad interna.

Se piensa entonces en la posibilidad de que sea el causante del síndrome un gusano anélido-Hirudo (sanguijuela), que justificaría plenamente el síndrome hemorrágico tenaz, dejándonos en duda la imagen pulmonar, que tiene características morfológicas lesionales, según se puede apreciar en la segunda radiografía realizada previa extracción de aire y expansión del pulmón colapsado (fig. 3).

Es nuevamente llevado a observación con esta indicación diagnóstica, de una posible sanguijuela fijada en este momento en región subglótica o traqueal alta, pues como antes decíamos, las molestias subjetivas se referían más altas que anteriormente.

El otorrinolaringólogo adjunto a nuestro servicio, extrae previa la anestesia local ordinaria, un gusano Hirudo (sanguijuela), de unos 5 a 6 cm. fijado en la región subglótica.

El síndrome hemorrágico cede casi por completo y sólo elimina algún coágulo pequeño durante este día y luego desaparece por completo.

Se provoca la reexpansión pulmonar del pulmón derecho, por absorción del aire de la cámara de neumó y se aprecia que la imagen persiste todavía, si bien parece algo menor.

El enfermo abandona el servicio voluntariamente, sin que podamos retenerle, para completar la observación de la imagen.

**CASO 2.º.** — L. P. S., natural de V. de R. (provincia de Jaén). Varón, de 28 años, casado, profesión agricultor. Posición y género de vida, buenos.

Es asistido en nuestro consultorio privado.

**Antecedentes familiares.** — Negativos, un cuñado en la actualidad, T. P., pero sin contacto con él.

**Antecedentes personales.** — Algún catarro banal.

**Enfermedad actual.** — Comienzo brusco en plena salud, de tos con expectoración hemorrágica, que al principio es nasal también y luego se hace claramente torácica. Es muy persistente o constante, acompañada de eliminación de sangre más bien poco coagulada. Hay sensación de cosquilleo traqueal de cuerpo extraño. No hay dolor ni malestar, salvo la intranquilidad propia del síndrome.



La sintomatología restante es negativa (no fiebre, ni disnea, etcétera).

Exploración: Individuo asténico, algo desnutrido. Talla, 1,680; peso, 63 kilogramos; bien conformado. Tórax alargado sin alteraciones. Movilidad, normal. Tipo respiratorio abdominal, 17 al minuto. Taquicardia de 102 (parece emotiva). Punta cardíaca, normal. Presión A. 13:6.

En tórax, a la auscultación, ligero soplo bronquial subclavicular derecho, algún estertor fino húmedo inspiratorio, en esta zona, plano anterior, hacia tráquea. El resto de la exploración y aparatos, acusa normalidad.

Exploración radiológica. — Alguna induración hiliar, así como alguna arborización hacia bases. En campo infraclavicular derecho, se aprecia una sombra blanda de tipo infiltrativo, algo alargada, con alguna arborización de tipo bronquial, que se dirige hacia hilio derecho. Su tamaño aproximado es de 3 a 4 cm. en su eje mayor.

Ante este cuadro, nos inclinamos a pensar, en un primer momento, en un infiltrado infraclavicular de comienzo y dispusimos los exámenes complementarios de laboratorio. Pero la persistencia de la tos y de la hemorragia, con su carácter de esputo o bocanada pequeña, sin intervalos de descanso, así como la sensación de cuerpo extraño que acusaba el enfermo, nos recordó el caso primero y le indicamos que previamente fuera observado por el otorrinolaringólogo. Éste, previa anestesia local, con solución de cocaína, en forma de toques y de pulverización laríngea ligera, ya que la persistencia de la tos y la viveza del reflejo le hacía difícil la exploración; no obstante, es realizada no apreciándose más que la presencia de sangre que procede de vías aéreas, sin que se descubra el presunto Hirudo.

Vuelve al consultorio con este informe, sin que por él se pueda descartar la posibilidad u orientación diagnóstica señalada.

Se insiste en la necesidad de un estudio complementario de laboratorio y radiográfico, así como si persiste la hemorragia y el síndrome, sea preciso hacer colapsoterapia hemostática. Pensando ante todo en el dato radiológico, que nos hace dudar en el diagnóstico diferencial.

No olvidando el caso primero, le prescribimos que haga unas pulverizaciones con solución de novocaina y que fume algo. Le prescribimos igualmente la medicación hemostática acostumbrada.

Al día siguiente, vuelve el padre todo gozoso, a confirmar nuestro diagnóstico, de localización en vías aéreas de una sanguijuela, la cual había sido eliminada aquella noche, con un golpe de tos. Ésta, medía unos 6 a 7 cm (nos la trajo en un frasco), y había sido un suceso local su expulsión, ya que el hecho de la hemorragia, había sido igualmente público.

Le indicamos la conveniencia de realizar las exploraciones pendientes, pero como el enfermo había cesado de sangrar y se consideraba curado, se incorporó al trabajo y lo perdimos.

Los casos clínicos expuestos nos sugieren distintas ideas y observaciones que vamos a exteriorizar.

Dividiendo nuestra atención, como al principio señalábamos, por un lado en lo que se refiere al síndrome hemoptoico, podríamos adjuntar o repetir (ya que no hemos encontrado datos bibliográficos detallados respecto a esta patogenia), a cuanto se ha escrito sobre este síndrome, tanto en el aspecto clínico como en el del diagnóstico y tratamiento. No es este nuestro propósito principal y nos limitamos por ello sólo a consignarlo como para ser tenido en cuenta, que de hecho se hace en los medios rurales, por la frecuencia de las localizaciones faríngeas o laríngeas, de estos gusanos.

El otro aspecto, más importante a nuestro juicio, de los casos estudiados, es su faceta pseudoleisional, o más bien, de la producción de un síndrome radiológico que morfológica y cronológicamente está al lado del grupo descrito como "Infiltraciones fugaces". A esta denominación, se añadió desde el principio, el síndrome eosinofílico (desde los estudios de LÖFLER), pero este carácter no aparece en

el primero de nuestros casos, que pudo ser comprobado, y nos falta la observación del segundo.

El estudio anatomopatológico de algunos de estos infiltrados con eosinofilia, sirvió de colaboración o aclaración para su patogenia. En este aspecto se han descrito los siguientes:

El infiltrado tuberculoso, unas veces con reacción hiperérgica, otras originado como consecuencia de una reacción paralérgica.

Aquellos otros originados por respuesta alérgica ante estímulos como el polen, etc., por ejemplo, los descritos por ENGEL, en Shanghai, achacables al *ligustrum*. Los imputables a la penetración de larvas de ascárides en el tejido pulmonar, demostrado experimental y personalmente por KOINO.

Los que aparecen conjuntamente con los síndromes asmáticos.

Los seudoneumónicos o neumonías atípicas.

A éstos, pero sin los caracteres señalados de la eosinofilia, pero sí con la morfología de los mismos, podemos añadir en parte los de nuestros casos, por la relación patogénica de la acción del gusano, o bien considerarlos únicamente como lesiones atelectásicas aparecidas en relación con los mismos. Descartada en absoluto por los datos de laboratorio, cuando se pudieron obtener, y sobre todo por la evolución, la patogenia o participación tuberculosa, sólo nos quedan las restantes a valorar, fijándonos en primer lugar por su similitud, con las descritas por la penetración de larvas de ascárides en tejido pulmonar.

Comprobado experimentalmente el paso por vía sanguínea desde intestino a pulmón, se admite, que en éste, se produciría, bien por estímulo mecánico, reacciones inflamatorias perifocales, o bien habría que tener en cuenta como factor alergizante y eosinófilo, el factor tóxico de la larva.

En nuestros casos, hay que tener en cuenta que la presencia es solamente en vías aéreas gruesas, ya que el gusano por su tamaño y por la vía de penetración, que es la aérea, no puede descender hasta alvéolo y menos aún a *septum*, como las larvas de los ascárides.

Que el factor tóxico de sus venenos, conocidos como anticoagulantes, no lo hemos podido comprobar, ya que no había alteración de la coagulación ni de la hemorragia, así como de la respuesta eosinofílica, que no aparecía. Por tanto, el sujeto, no reaccionaba humoralmente, a pesar de la posible absorción de algún veneno, en el punto de fijación del gusano.

La imagen radiológica, infiltrativa o pseudoinfiltrativa, hay que atribuirla más bien al factor atelectásico, bien por la obstrucción que el propio gusano en la fase de su fijación profunda obstruyera un bronquio, como parece por las radiografías del caso primero.

Otra explicación que reúne las mayores posibilidades, es que la causa de la imagen sea la obstrucción que se puede producir por la sangre en toda hemoptisis, dando lugar a las conocidas imágenes de siembra posthemoptoica, o a las manchas de sangre que describió BORZAG y otros.

El factor atelectásico, tan manejado últimamente

para explicar las modificaciones de las imágenes infiltrativas y de las lesiones cavitarias, etc., es suficiente para explicar igualmente nuestros casos, tanto más cuanto que aun para los descritos como infiltrados fugaces eosinófilos, como aquellos que se atribuyen a patogenia asmática, hay que tener en cuenta que para su producción, podrá haber influido poderosamente la reacción alérgica, pero en la imagen no será despreciable la participación para su formación, del factor obstrucción bronquial ocasionado por el edema de la mucosa, o su secreción, o espasmo.

Que ello es posible, lo conocemos no sólo por las descripciones numerosas, sino porque hemos podido observar estas imágenes también en relación con simples estímulos mecánicos.

En este aspecto, podemos referir un caso curioso observado por nosotros y no publicado hasta ahora, por faltar el dato radiográfico.

Se trataba de un compañero que acudió a nuestra consulta por aquejar molestia y dolor en región subclavicular izquierda y paratraqueal. Había también algún esputo manchado. La sintomatología y antecedentes eran negativos.

La imagen radioscópica era la de un infiltrado o infiltración más bien en región paratraqueal izquierda sin respuesta hilar.

Preocupados ante la importancia del síndrome, invitamos a completar la observación al compañero, al cual le chocaba la presencia de la imagen, en relación con su sensación de completa salud. Logramos no obstante repetir la observación a las 48 horas y la imagen había desaparecido. Sorprendidos por ello, indagamos cuidadosamente la posible patogenia de aquella imagen, y fué atribuída a un esfuerzo físico, realizado soplando muy violentamente por un tubo (sin que hubiera penetración de líquidos). Es posible, al menos nuestra explicación fué ésta, que el esfuerzo intenso y prolongado, provocó la congestión aguda, e inclusive hemorrágica de la mucosa, originando una atelectasia parcial que más tarde se reabsorbió.

Volviendo al estudio de nuestros casos, creemos que las imágenes pseudoinfiltrativas que aparecen por la penetración de gusanos intrabronquiales, deben ser producidas por este mecanismo atelectásico, bien originado por el gusano mecánicamente, o con la colaboración de la inflamación provocada por la herida del punto de fijación, o más bien, por la misma sangre en su papel obstructivo e irritativo.

Como se ha podido observar, la imagen persiste después de desaparecido el gusano y haber cesado la hemorragia, no pudiendo concretar la total duración por la interrupción de la observación.

En relación con el aspecto del diagnóstico diferencial, se ve que por la imagen radiológica que acompaña a veces a estos casos, puede dar lugar a errores de cierta resonancia, así como aciertos también favorables. Hemos de realizar siempre que sea posible la exploración más completa del enfermo y si fuera posible, o aconsejable, la de las vías aéreas altas.

Se podrá pensar en esta posibilidad patogénica, cuando el enfermo proceda de ambiente o lugar apropiado. El comienzo brusco sin sintomatología, y sobre todo, la persistencia de la tos acompañada de expulsión de sangre, no en gran cantidad de cada vez, pero sí sin intermitencias. La sensación de cuerpo móvil con cosquilleo, no habrá que despreciarla.

Como tratamiento, al no poder hacer broncoscopia (que en medio de un síndrome hemoptoico, sospechoso de tuberculosis, es exploración que repugna clínicamente), se puede intentar, si hay datos de orientación hacia esta patogenia, las pulverizaciones con soluciones anestésicas, por ejemplo, como en nuestros casos, con cocaína o novocaína, que si penetran en bronquios, pueden descender y adormecer el parásito y luego ser expulsado en algún golpe de tos.

Igualmente es conocida y empleada la acción tóxica del tabaco sobre estos gusanos, habiendo dado resultado también en algún otro caso de localización subglótica. Se desprenden y pueden ser expulsados con la tos.

En el caso primero la anestesia lo movilizó y más tarde al ascender pudo ser extirpado. En el segundo caso, igualmente la anestesia y las pulverizaciones así como tal vez el tabaco lo movilizaron y fué expulsado con la tos.

Insistimos en el interés que presentan la asociación de la localización con la imagen radiológica típicamente lesional por su morfología, que inclusive para el primer caso, por estar sobre cisura superior derecha nos apoyaba con la clásica observación de SABOURIN, como de segura patogenia fímica. La localización alta de la sombra en región subclavicular derecha también daba motivo a un error diagnóstico. Por todo ello creemos de algún interés esta exposición, así como las sugerencias que surgen de su estudio.

## RESUMEN

Se exponen dos casos de síndromes infiltrativos radiológicos, con hemoptisis, ocasionados por penetración bronquial de gusanos del género *hirudo-sanguijuela*. Se recuerda la patogenia de los infiltrados fugaces con eosinofilia, sobre todo, los imputables a larvas de ascárides.

Se hacen las consideraciones oportunas, diagnósticas y terapéuticas, y se estudian los diversos componentes del síndrome, en relación con la formación de la imagen radiológica.

## BIBLIOGRAFÍA

En relación con los infiltrados fugaces eosinófilos, se encuentra puesta casi al día en el trabajo de S. J. LEITNER: *Klinik und pathogenese der flüchtigen, hyperergischen (eosinophilen), lungeninfiltrate*; *Ergb. Tbkfschng.*, 10.

ALIX-ROF CARBALLO. — *Rev. Clín. Esp.*, 13, 121 y 201, 1944 (en estos trabajos igualmente se recoge casi toda la bibliografía citada).

ALMANSA DE CARA. — *Rev. Clín. Esp.*, 15, 39, 1944.

JIMÉNEZ DÍAZ, C.; ARJONA, E. y ALÉS, J. M. — *Rev. Clín. Esp.*, 11, 316, 1943.