

Un Caso de Mediastinitis Aguda-indurativa

Por el Dr. Marcial Cáceres **Vijil**

Melchor **Rosales**, de 33 años de edad, casado, carpintero, nacido en Silca (Departamento de Olancho) y vecino en la ciudad de Olanchito, fue admitido en el Departamento de Tuberculosis de esta ciudad el primero de Octubre de 1945.

Historia.—En agosto del mismo año se le inició su enfermedad con tos, expectoración muco-purulenta y elevaciones térmicas intermitentes de carácter vespertino, no precedidas de escalofríos y acompañadas de diaforesis nocturna abundante. Los síntomas anteriormente enumerados se acompañaron en breve plazo de anorexia, enflaquecimiento y astenia. Al mes de iniciada la afección, la expectoración adquirió el carácter hemotóico, durando así dos días.

Antecedentes personales.—Infancia: sarampión. Adulto: disentería, ictericia. Hace cuatro años: neumonía derecha.

Antecedentes hereditarios.—Sin importancia.

Funciones orgánicas **generales**.—Sed normal, anorexia, evacuaciones normales, micciones normales. Aparato digestivo, normal. Aparato circulatorio: normal. Aparato respiratorio: tos con expectoración mucopurulenta, y en ciertas ocasiones hemotóica, ligera disnea. Órganos de los sentidos: normales. Sistema Nervioso: insomnio, astenia.

Condiciones generales de vida: regulares, alimentación relativamente sana. Ha fumado e ingerido bebidas alcohólicas en cantidad moderada.

Estado presente.—Individuo de estatura elevada, pánicula adiposa escasa, arquitectura ósea normal, musculatura medianamente desarrollada, no presenta edemas ni exantemas, no hay úlceras por descúbite.

Parte especial. — **Examen** de aparatos.

Aparato digestivo.—Boca: labios normales; dentadura incompleta, algunas piezas en mal estado, lengua, amígdalas y faringe, normales. Abdomen depresible, estómago e intestinos normales, bazo e hígado, normales.

Aparato circulatorio.—Corazón normal; la punta late en el 5^a espacio intercostal izquierdo por fuera de la tetilla. Ruidos cardíacos normales. Pulso con una frecuencia de 80 por minuto. Presión arterial: Mx. 122, Mn. 72

Aparato respiratorio.—Tórax normal, incursiones costales, normales; tipo respiratorio tóraco abdominal, con una frecuencia de 24 respiraciones por minuto. Inspección: ligera disnea apreciable por la depresión del hueco supra-externa¹, durante la inspiración. Palpación: ligero aumento de las vibraciones vocales en el

vértice derecho. Percusión: submacidez en el vértice derecho y parte superior del espacio interescapulo vertebral derecho. Auscultación: respiración prolongada y soplante, estertores crepitantes y pecteriloquia áfona en el vértice y en el espacio interescapulo-vertebral derecho.

Sistema nervioso: normal.

Genito-urinario: normal.

Sistema ganglionar: normal.

Exámenes complementarios:

Radiografía tomado el 2 de octubre de 1945 "Tórax asimétrico por retracción costal del hemotórax derecho. Sombra medias-tínica y bases de contornos regurales. Lado derecho: se observan sombras difusas en parte confluentes extendidas del primer al tercer espacio **intercostal** anterior. Lado Izquierdo: Negativo. Impresión: Proceso Tuberculoso del lóbulo superior del pulmón derecho. Clasificación. 2.

Examen de esputo efectuado el día 3 de octubre de 1945, resultó positivo por Bacilo de Koch.

Diagnóstico: Proceso Tuberculoso del **lóbulo** superior derecho. Tipo Gaseoso.

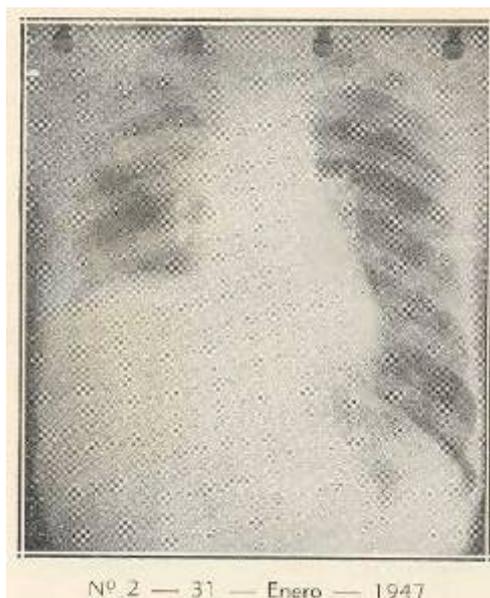
Tratamiento: Se inicia Neumotórax terapéutico en el lado derecho el día 6 de octubre, siendo abandonado dicho tratamiento un mes después, por inefectivo, según **radiografía** del 25 de octubre de 1945, que dice "En comparación con la radiografía tomada el 2 de octubre de 1945 se observa en el lado derecho neumotórax artificial con colapso del lóbulo inferior, en el lóbulo superior el pulmón no se ha colapsado por impedirlo **sínfisis** pleural. El ángulo ceto-Frénico se encuentra **ligeramente** velado por una **sombra** homogénea. Recomendaciones: Suspender el tratamiento por ineficaz".

El 14 de noviembre del mismo año se le practica una sección del nervio frénico derecho, observándose una parálisis efectiva del **hemidiafragma** del mismo lado; el 29 del mismo mes y año se inicia tratamiento de Neumoperitoneo terapéutico.

En estas condiciones, se practica nuevo examen radiológico el día 28 de diciembre de 1945 con la Impresión siguiente: En comparación con la radiografía tomada el 25 de octubre de 1945 se observa: reexpansión del pulmón derecho: hay sombra homogénea extendida desde el tercer espacio intercostal anterior a la base. Hay elevación del hemidiafragma derecho. Se observa cámara de aire sub-diafragmática bilateral debida a neumoperitoneo terapéutico. Impresión: hay derrame pleural derecho.

Con el tratamiento prescrito, se observó una mejoría rápida de los síntomas funcionales que acusaba el enfermo; después desapareció la tos, la anorexia y las temperaturas y el estado general mejoró notablemente, aumentando de peso y de fuerzas.

A principios de diciembre de 1946 notó el paciente cierta opresión en el pecho y dificultad para respirar en la posición de



decúbito dorsal, al grado de que fue imposible continuar las insuflaciones del neumoperitoneo, porque el enfermo no podía estar en dicha posición ni un minuto. A los pocos días estos trastornos aumentaron al grado de manifestarse en la posición de pie. Una fluoroscopia pulmonar tomada en esa fecha no nos reveló nada anormal en el tórax.

El 20 de noviembre de 1946, nota el enfermo que su cara le ha amanecido hinchada, sucediendo lo mismo con el cuello y pared torácica anterior; esta inflamación fue aumentando progresivamente; al mismo tiempo aparecieron variaciones venosas en la cara anterior del tórax, circulación venosa completa meritaria en dicha región e ingurgitación de las venas del cuello y dolor sobre *el* esternón.

Al practicarle examen físico del tórax se encuentra a la inspección: disnea de reposo, la pared anterior del tórax se presenta edematosa, cianótica, en variaciones y circulación venosa complementaria; el edema se extiende por la cara anterior del tórax, cuello y caía y a la palpación es algo duro, indoloro y no deja fovea. A la percusión del tórax se observa macidez absoluta por delante, rodeando y ampliando la macidez precordial, pero por debajo de la punta no existe dicha macidez. La auscultación de los pulmones no nos dio ningún dato **útil**. Los ruidos cardíacos estaban normales y solamente algo apagados.

Un nuevo examen radiológico practicado el día 23 de noviembre de 1946 dio el siguiente resultado. En comparación con la última radiografía tomada, se observa desaparición de la cámara de aire subdiafrágica, por abandono del neumoperitoneo: el derrame de la base derecha ha desaparecido, dejando como secuela

una sínfisis pleural derecha. Se observa gran sombra homogénea de 13 cm. en diámetro transversal en la región mediastinal, la cual parece continuación de la sombra cardíaca. En vista de que el paciente presenta disnea, edema del cuello y de la cara, debido a compresión venosa y además circulación complementaria de la región anterior del tórax, del carácter agudo del proceso y los caracteres de la sombra mediastínica, se formula el siguiente diagnóstico de presunción: Mediastinitis aguda.

Se practican exámenes complementarios de laboratorio con el siguiente resultado: Glóbulos rojos: 3.900.000, Glóbulos blancos: 7,850. Polinucleares Neutrófilos: 69%. Basófilos 0%. Eosinófilos: 5%. Linfocitos grandes 7%. Linfocitos pequeños 19%. Hemoglobina 70%.

Examen de orina: normal.

Heces: negativo.

Se instituye tratamiento inyectándosele 200.000 Unidades de Penicilina, reposo, y lienzos calientes en la región torácica, ventosas, etc.

El 12 de diciembre de 1946 un nuevo recuento globular dio cifras sensiblemente iguales a las anteriores.

El estado del paciente continuó estacionario durante este tiempo. El día 18 del mismo mes se presenta a la clínica con aumento notable del edema del cuello y de la cara y además edemas blandos indoloro de todo el miembro superior derecho y región maleolar del mismo lado, que había aparecido el día anterior en forma brusca.

Antes síntomas tan alarmantes se decide enviarlo al Hospital General para su debido tratamiento con el diagnóstico de Mediastinitis aguda.

Interno en el Hospital comenzó a edematizarse el miembro superior izquierdo, alcanzando a los tres días un volumen igual al del lado derecho.

Un examen radiológico de pulmones practicado el día 21 de diciembre de 1946 dio el resultado siguiente: Se observa en primer lugar una gran masa lobulada que ocupa el sitio del mediastino. En el lado derecho hay una sombra de infiltración de tipo fibroso en el campo medio. El resto del parenquima presenta atelectasia generalizada y la cúpula diafragmática esta muy elevada (¿frenicentomía?) Impresión: la sombra del mediastino puede ser: a) una mediastinitis. b) Un linfoma. c) Un linfosarcoma. La infiltración del pulmón parece de origen bacilar".

Se instituye tratamiento a base de reposo, bolsas calientes en la región torácica, inyección de 1 centigramo de morfina con 10 c. c. de aceite alcanforado durante 9 días y aplicaciones de radioterapia profunda en las regiones anterior y posterior del tórax en número de 8 en cada región con un campo de 10 x 15 cm., 250 Kilovoltios, miliamperaje de 10 en cada sesión y con un tiempo de irradiación de 4 minutos y 40 segundos cada vez.



A. los 1 días de iniciado el tratamiento, la disnea mejoró, desapareciendo luego totalmente; los edemas de la cara, cuello, tórax y miembros superiores fueron desapareciendo poco a poco hasta desaparecer completamente al cabo de 12 días de iniciado dicho tratamiento.

El examen de una placa radiográfica tomada en el Departamento de Tuberculosis dio el resultado siguiente: "La sombra mediastínica es casi normal. El hilio derecho está denso. La infiltración tuberculosa del pulmón derecho ha mejorado notablemente.

CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS

Nuestra primera impresión diagnóstica al examinar al paciente y observar su placa radiográfica fue la de una Mediastinitis aguda, tomando en cuenta lo rápido de su período evolutivo, a pesar de que como ustedes han podido observar en el curso de la lectura de esta observación, el paciente no acusó ningún síntoma infeccioso, es decir no hubo escalofríos, ni fiebre y los recuentos globulares blancos practicados en dos ocasiones fueron siempre normales. También pensamos al principio en una Mediastinitis tuberculosa, pues tomamos en cuenta el terreno tuberculoso del paciente, ya que la tuberculosis puede invadir o desarrollarse en cualquiera de los grupos de ganglios mediastínicos, siendo indudablemente los más afectados los ganglios traqueales y bronquiales, y resulta de la extensión del proceso tuberculoso de las estructuras próximas pulmonares o pleurales; pero, descartamos también

esta impresión por ser más frecuente en los niños que en los adultos, por ser un proceso crónico, ya que los ganglios mediastínicos tienen tendencia a hacerse caseosos y luego purulentos, siendo esto el origen de abscesos crónicos del mediastino y además no hubiera cedido el proceso tan rápidamente con el tratamiento prescrito. Descartamos desde el principio un tumor del mediastino: benignos como los lipomas, condromas, adenomas o malignos como el sarcoma, el linio-sarcoma o el carcinoma, por la historia del paciente y la evolución rapidísima de la dolencia, ya que hacia 20 días habíamos controlado a fluoroscopia su neumoperitoneo y no habíamos encontrado nada de anormal en la estructura mediastínica. La hemorragia mediastínica en la mayoría de los casos es producida por perforación de la aorta o una de sus ramas y desde luego es casi imposible diagnosticarla durante la vida. El enfisema mediastínico resulta ocasionalmente de inflamaciones del mediastino, ganando el aire acceso al mediastino a través de perforaciones de la tráquea o de un bronquio o haciendo camino desde el cuello por debajo de la fascia cervical profunda; también descartamos esta lesión, pues uno de los síntomas principales es el enfisema subcutáneo del cuello, síntoma que no presentaba el paciente, y los signos físicos son diametralmente opuestos a los que presentaba el enfermo: tono alto, timpánico a la percusión sobre el mediastino y en algunos casos desaparición de la macidez cardíaca y además la radiografía demuestra aire en el mediastino. Otra afección con la cual necesariamente tendríamos que hacer el diagnóstico diferencial es la pleuresía mediastínica: esta afección es rara, sus causas más frecuentes son la neumonía, las adenopatías tráqueo-bronquiales y los tumores malignos del pulmón y del mediastino, casi siempre es purulenta y va acompañada de fiebre y otros síntomas infecciosos.

Dejando a un lado la mayoría de las afecciones enumeradas, llegamos a la conclusión diagnóstica de que nuestro paciente adolecía de una Mediastinitis aguda, seguida de una hiperplasia rápida de tejido fibroso—mediastinitis indurativa—con adherencias y compresión de los grandes vasos; pues el paciente presentaba disnea, principalmente en decúbito dorsal, lo que nos hace pensar en una mediastinitis anterior—cianosis, tos, dolor torácico, dilatación de la venas superficiales, edema de la cara y miembros superiores, circulación venosa complementaria en la región anterior del tórax, los signos físicos enumerados en esta observación, el carácter de su sombra mediastínica a los Rayos X y por último la resolución admirable del proceso con las aplicaciones de radioterapia profunda, pues es de todos conocidos la manera sorprendente de ceder a esa terapéutica, las hiperplasias fibroides.