

La Semiología del Espacio Interescapular

*Síntesis de la conferencia **pronunciada** por el Dr. C. Fonso Gandolfo*

SUMARIO:

- i.*—Espacio **interescapular** al estado fisiológico.
ii.—El espacio **interescapular** al estado patológico.
ÍIII. —**Adenopatía** traqueobronquica.

La anatomía normal de los ganglios linfáticos del mediastino debe estudiarse clasificándolos por grupos, en relación con el espacio que **ocupan** en el **mediastino** y en su relación con los órganos vecinos, para poder así comprender la fisiopatología de los síntomas que producen, estableciendo el diagnóstico diferencial, clínica y radiográficamente. No~ ocuparemos de los ganglios que se encuentran agrupados cerca de la parte terminal de la tráquea, y el origen de los gruesos bronquios, por ser los **que** más netamente presentan alteraciones., que se manifiestan con caracteres bien definidos.

La tráquea, en su parte inferior, al bifurcarse en los gruesos bronquios, derecho e izquierdo forma tres ángulos bien diferenciados. El grupo lateral derecho ocupa el ángulo formado por el borde derecho de la tráquea, y el borde superior del bronquio derecho. Este conjunto ganglionar recibe el nombre de ganglios pre-tráqueobronquiales dere-

chos. El del lado izquierdo, circunscripto por el borde izquierdo de la tráquea y el borde superior del bronquio izquierdo, se denomina pre-tráqueo-bronquico izquierdo. De estas dos agrupaciones ganglionares, la más importante es la derecha, por ser sus diámetros de mayor tamaño y encontrarse en mayor número: 4 a 6 para el lado derecho, 3 a 4 para el lado izquierdo. Los dos bordes antero-inferiores de los bronquios izquierdo y derecho forman un ángulo, ocupado por una serie de 10 a 12 ganglios que reciben el nombre de inter-tráqueo-bronquiales. De éstos, la mayor parte se disponen alrededor del bronquio derecho.

Si anatómicamente están bien diferenciadas, funcionalmente están en íntima relación entre sí y además tienen conexiones con las cadenas ganglionares que descienden del cuello. Siguiendo el trayecto del nervio recurrente comunican con el grupo de los ganglios mamarios internos y cada uno de los tres grupos diferentes comunica, por intermedio de los conductos linfáticos, con las cadenas que siguen a los bronquios y bronquiolos hasta la cuarta división, la más pequeña y más profundamente enclavada en el parénquima pulmonar.

Se comprende que el aumento

patológico de estas masas ganglionares y su infección traerán como consecuencia compresiones, excitaciones y lesiones de vecindad en los órganos vecinos, siendo dignos de notar el grupo de los inter-tráqueo-bronquiales, por su relación, hacia adelante, con el pericardio, y hacia atrás, con el conjunto de órganos vascular-nerviosos del mediastino posterior.

Los estudios anatómo-patológicos de la primo infección tuberculosa explican el por qué del infarto pulmonar que se observa en el mediastino de los niños o adultos enfermos de tuberculosis, donde puede localizarse radiográficamente el chancro de Gohn. La adenopatía que acompaña a la lesión es unilateral y corresponde al grupo ganglionar donde desembocan los linfáticos de la región afectada.

Se designa con el nombre de espacio interescapular la región limitada por los bordes internos de los omóplatos, y dos líneas horizontales, ficticias, que pasan la superior, por la espina del

omóplato y la inferior por el ángulo del mismo.

Se circunscribe así un cuadrilongo en sentido vertical. Tenemos para estudiar aquí, por inspección, la columna vertebral, las costillas y los espacios intercostales. A veces la atrofia unilateral de los músculos de la región, que se traduce por la presencia de la escápula alada, hace que uno de los bordes se presente excavado, tomando el aspecto de un verdadero hueco. Los puntos dolorosos de la columna vertebral deben hacernos pensar siempre en tuberculosis, cáncer o neurodocitis, esta última de bastante frecuencia en los tuberculosos pulmonares. También la columna puede ser asiento de tumores, en su mayoría más o menos sólidos. Otras veces la columna está deformada por escoliosis, cifosis, etc que modifican substancialmente la **simiología** de la región, haciendo difícil la interpretación física y radiológica.

La palpación nos ofrece, además de los puntos dolorosos, el

estudio de las vibraciones vocales, aumentadas **fisiológicamente** en la mitad derecha de esa zona. Las vibraciones pueden estar amplificadas por transmisión de las regiones vecinas. Los cánceres de mediastino posterior destruyendo las costillas, pueden dar signos a la palpación, aunque es siempre **la** radiografía la que aclara el diagnóstico. El cáncer pleural trae., cuando es avanzado, una deformidad completa del tórax, que se **incurva** generalmente, hacia el lado enfermo, haciendo más pequeños los espacios intercostales del lado enfermo en oposición con los del lado sano.

La percusión de esa región debe ser suave, pues la profunda haría vibrar los órganos huecos profundos —bronquios gruesos y tráquea, — cuando están desviados, por retracción, en el lado enfermo, o por desplazamiento, en el lado sano. Al percutir esa zona a nivel del 5^o espacio intercostal, percutimos el **hilio**. Este, por delante, está enmascarado por el corazón y las lengüetas pulmonares que tapizan por delante la cara interna del tórax. Por detrás, en cambio, el hilio es ampliamente accesible a la percusión y a la auscultación. Si tenemos en cuenta que la línea superior de esta zona pasa por la tercera vértebra dorsal y la línea inferior por la octava, la zona media corresponde a la proyección topográfica del hilio, la parte más importante de la región interescapular.

La sonoridad, **fisiológicamente**, está ligeramente disminuida por percusión suave. La auscultación ofrece el murmullo vesicular reforzado y la expiración a veces soplante. La conformación del tórax y las partes blandas que lo recubren puede hacerlo más o menos perceptible, pero lo que tiene valor fundamental es la igualdad en ambos lados de **la** columna **vertebral**. Del murmullo vesicular a la respiración soplante, **inspiratoria y expiratoria**, todo se puede encontrar fisiológicamente, a condición de que sea simétrico. Cuando la respiración es desigual, toma de inmediato un importante valor semiológico. En los niños de tórax estrecho, de respiración pueril, hace a veces pensar en **los soplos de la adenopatía traqueobronquica**.

La auscultación de la voz se percibe, en esta región, vibrante, notándose también normalmente, la voz cuchicheada, pero sin distinguir las sílabas que forman la palabra. Si **la pectorila** quía es áfona, ya es un signo patológico. También **la** tos se ausculta vibrante y a veces con resonancia metálica: es la vibración fisiológica de los tubos huecos: tráquea y bronquios.

La exploración radiológica sobre todo en oblicua, da normalmente, un espacio claro entre la columna vertebral y la sombra del corazón y los grandes vasos. En los derrames pleurales de mediana cantidad, es en el borde inferior de la zona interescapular-

lar donde se ausculta el soplo pleurítico y donde se percute el triángulo paravertebral de Garland.

La inspección da los datos ya consignados. La palpación ofrece **resultados** inconstantes. Las vibraciones vocales están a veces abolidas y otras exageradas, dependientes de **la** permeabilidad de los gruesos bronquios o de los procesos neoplásicos o inflamatorios que los rodean. En la **adenopatía** traqueobronquica, las vibraciones se encuentran aumentadas a nivel del **hilio**. En el niño, nosotros **las** solemos buscar con un lápiz o un estetoscopio desprovisto de pabellón auricular, para tomarlas en **pequeños** campos. No olvidar que tienen más valor esas modificaciones cuantí son unilaterales.

La percusión no se modifica ni en las estenosis bronquiales **ni** en **las** **mediastinitis** sifilíticas, ni en las bronquitis crónicas o agudas; pero, cuando el tejido inflamatorio, denso, produce una mediastinitis crónica, o en las adenopatías **traqueobronquicas** —tuberculosas, **coqueluchosas,**

cancerosas,— en los tumores diversos mediastinales, incluido el sífiloma, y en la enfermedad de Hodking. la percusión ofrece **una** submatitez o matitez bien marcada que contrasta con la hiposonoridad del resto de la región. La auscultación puede presentar modificaciones del soplo bronquial normal, que es reemplazado por soplos intensos, inspiratorios y expiratorios, que, en las adenopatías tuberculosas, lo mismo que en la forma gangliopulmonar, se irradian en semicírculo alrededor de la zona del hilio y van perdiendo poco a poco su intensidad, irradiándose en forma de abanico, teniendo por centro el hilio. A veces ese soplo brónquico se transforma **en tubario y**, aunque se escucha en los dos tiempos, es más intenso en la expiración. Caracteriza las compresiones **brónquicas** poco compactas que envuelven al **bronquio** como si fuera un "manchón". A veces estos ganglios infartados y caseificados entran en el parénquima como si fueran una cuña, abriéndose en los bronquios pequeños o en el

tejido pulmonar que los rodea, formando las tuberculosis **gangliopulmonares**.

Otras veces el soplo bronquial es reemplazado por soplos **pleuríticos**, cavernosos o anfóricos.

Pocas veces la presencia de un soplo pleurítico es índice de un proceso que no sea una pleuresía libre en la gran cavidad. Sin embargo, se le ha señalado en algunas congestiones pulmonares produciéndose en este caso como la propagación hacia el hilio riel soplo de congestión. En estas condiciones es excepcional.

Cuando el derrame es muy abundante y el pulmón ha sido apretado como un muñón alrededor de un **bronquio** grueso, al hacerse compacto trasmite el soplo bronquial, pero debido al espesamiento pleural y a la pequeña capa de líquido interpuesta en el repliegue posterior de la pleura, el soplo tubario no se oye bajo el oído, sino alejado, tomando los caracteres de un soplo cavitario. Si hay un poco de secreción al nivel del bronquio, tendremos signos **cavitarios** sin **cavidad**. En casos extraordinarios de bronquiectasias de tipo sacciforme o fusiforme, por este mismo mecanismo, el soplo cavitario puede tomar un timbre metálico, y **auscultarse** un soplo anfórico.

Cuando del interrogatorio de un enfermo se ha obtenido el dato de viejo tosedor, con expectoración abundante, sobre todo a las mañanas, al cambiar de posición durante la noche, etc.,

llegando a eliminar vómicas o pseudovómicas, con conservación del estado general, enfisema, dedos en palillo de tambor, y en la región inter-escapular-vertebral el soplo bronquial fisiológico es alejado, con broncofonía, pectoriloquia simple o áfona, debemos pensar en las bronquiectasias.

La auscultación de la voz ofrece normalmente una broncofonía y una pectoriloquia simple. En el niño, la pectoriloquia áfona constituye, para d'Espine, el signo patognomónico de las adenopatías traqueobrónquicas.

La radioscopia nos permite observar los movimientos hiliares, sobre todo en las sacudidas de tos que, en los bronquiales crónicos es característica, bajo el aspecto de una masa dura que se sacude como un cuerpo único, sólido, en ambos territorios pulmonares. Permite ver las desviaciones, adenopatías, derrames, etc. La ocupación del espacio libre, por delante de la columna, en posición oblicua, es de gran valor diagnóstico.

La radiografía no solamente nos ofrece mayor claridad, sino también nos permite hacer comparaciones más o menos alejadas, sobre el carácter de la enfermedad. Una tráquea desviada hacia el lado enfermo, justifica una sonoridad anormal en el hilio de ese lado. El mediastino retraído habla en favor de **viepos** procesos y la retracción hacia el lado sano nos hace pensar en tumores mediastinales.

derrames, etc. Los bronquios, en el niño, son permeables a los rayos X, no así los senos venosos, bien perceptibles cuando hay dificultad en la circulación de retorno, como ocurre en las adenopatías traqueobrónquicas. Los antecedentes de alcoholismo, tabaco, sífilis y tuberculosis hacen los bronquios más opacos, con procesos de peribronquitis. La coqueluche da imágenes bronquiales en los niños, tanto más neta cuanto más grave es la infección. Produce, además, durante la convalecencia de las formas graves, infartos ganglionares de los tres territorios descritos: adenopatías simples que se transforman con facilidad en tuberculosas, que se acompañan o no de tisis brónquicas. Las formas ganglio-pulmonares se diagnostican clínicamente, pero la radiografía les ofrece su confirmación. Generalmente es unilateral, aunque puede invadir todos los ganglios y ambos pulmones. Las neoplasias y los tumores benignos pueden ocupar la zona, lo mismo que la aorta en los aneurismas de la descendente,

pericarditis, enfermedad de Hodking, etc.

La adenopatía traqueobrónquica

La coqueluche, clásica, frustra o larvada, produce alteraciones del árbol bronquial y hasta enfisema de los alveolos pulmonares que preparan el terreno para otras enfermedades infecciosas, a causa de la desnutrición producida por la tos emetizante, la falta de sueño reparador, etc. Una de las secuelas más frecuentes es la adenopatía traqueobrónquica, que se produce, unas veces, como primo-infección y otras, por el despertar de viejas lesiones hasta entonces latentes, en el organismo sensibilizado.

Esta adenopatía traqueobrónquica, no solamente se observa como secuela de la coqueluche en los niños, sino también en los adultos jóvenes. No es la coqueluche la única causa que las produce, pero siendo una de las más importantes, justo es que profundicemos su estudio al tratar de] espacio interescapular.

Aceptada unánimemente en los niños, la adenopatía traqueobrónquica masiva, tuberculosa,

nuido en número e intensidad, se observa que el niño, que venía desnutriéndose, comienza a tener temperatura. Esta puede presentarse en forma de febrícula con remisiones matinales o de fiebre alta que pasa a 39°, con remisiones de más de un grado. El examen de la región **interescapular** ofrece; gran soplo hilar que se propaga en forma de abanico, una respiración a veces debilitada en el resto del pulmón, signo de d'Espine, broncofonía y matites paravertebral con exageración de las vibraciones vocales. La **matitez** conviene certificarla percutiendo con el dedo bien adaptado, en forma vertical. Se prestará mayor valor si se encuentran, más pronunciados, en una zona **interescapular**. Que en otra los síntomas que enumeramos.

En el examen radiológico se nota el aumento de la zona del **hilio**, tanto en posición frontal como en posiciones oblicuas, y, con Mery. se pueden distinguir cinco estados diferentes:

I-Adenopatía traqueobronquial simple, con ganglios del tamaño de una almendra al de una avellana. Los contornos son limpios.

2- Adenopatía, congestión y periadenitis; block opaco, hilar, en el que no se disocia la zona vascular de la ganglionar. La claridad brónquica ha desaparecido. Algunos ganglios están caseificados y en su periferia se nota congestión del tejido celular vecino.

3-Adenopatía con extensión parenquimatosa. Constituyen en realidad tuberculosis gangliopulmonares. Al block opaco hilar se agrega una zona oscura que contrasta con el resto de la imagen pulmonar.

4-Adenopatía con calcificación. Son pequeñas manchas, muy opacas, de contornos netos, a veces irregulares y anfractuosos. Suele haber en la radiografía muchos ganglios más o menos alejados.

5- Adenopatía mediastinal " voluminosa. Es un tumor ganglionar formado por una gruesa masa de contornos policíclicos sin periadenitis; su observación es rara y cuando se encuentra, se modifica favorablemente con la radioterapia.

O. F. Noguera.

ha sido discutida en el adulto. Después de los estudios de Borrel en Francia y los nuestros, en Buenos Aires, corresponde ampliar el horizonte de las tuberculosis traqueobrónquicas en el adulto, en lo que tienen de común y diferente con las formas gangliopulmonares.

No todo está suficientemente aclarado en cuanto a la adenopatía de los adultos. Para **Rist** hay una diferencia anatomopatológica: las adenopatías del niño son típicas, con ganglios grandes, esclerosos y con periadenitis. Los del adulto son de menor volumen, sin esclerosis, caesificación *ni* periadenitis. **Microscópicamente** los ganglios de los niños son foliculares y caseosos, y los de los adultos no. León Bernard sostiene haber encontrado en la masa **ganglionar** de los adultos, ese aspecto de castaña cocida característico de la adenopatía traqueobrónquica infantil. De *ello* saca dos conclusiones:

1- Las lesiones pulmonares del adulto no provocan caseificación de los ganglios tráqueo-bronquiales.

2- En el adulto no se observa la caseosis ganglionar de las tuberculosis de los niños.

Por un espejismo, León Bernard explica esta diferencia por el concepto de la alergia de la primo-infección (Ranke), mientras que explica la falta de la lesión masiva caseosa, en el **adulto**, por el concepto de la reinfección. Es esta misma explicación

la que aclara el concepto.

Clínica y radiográficamente —y la autopsia lo demuestra— hay casos indiscutibles; el concepto de la primo-infección explica el por qué de *la* lesión del adulto, similar a la del niño. La tuberculosis ganglio-pulmonar se explica de la misma manera, aunque en ella influya, a veces, no la reinfección, sino la infección masiva por vía aérea.

A veces estas adenopatías tienen una resolución **favorable**. Son las formas ganglionares mediastínicas, de cuyo diagnóstico se ha hecho un verdadero abuso; otras veces, invaden por contigüidad el pulmón y se transforman en ganglio-pulmonares, y, por último, son capaces de vaciar en órganos vecinos su sustancia caseosa, sembrando tuberculosis o afectando al esófago, los bronquios o la pleura. Se han señalado también generalizaciones de procesos como el señalado por Nobecourt, en un enfermo de 38 años que, después de un estado semifébril de 5 o 6 días, entra en apirexia, muriendo unos meses después de una granulía y encontrando en la autopsia voluminosos ganglios traqueobronquiales.

La invasión tuberculosa de los ganglios traqueobrónquicos se manifiesta, en primer lugar, por síntomas generales: adelgazamiento, pérdida de apetito, temperatura. Esto es común para el niño y el adulto. En los enfermos afectos de coqueluche, cuando ya las quintas han pasado o dismi-