

*Instituto Modelo de
Clínica Médica*

(Buenos Aires)

Los derrames Pleurales de los cardiacos

*Conferencia pronunciada por el
Profesor Goyena*

(Versión taquigráfica corregida
por el autor.)

Junto con los antecedentes que hemos recogido en este enfermo, y con los datos obtenidos en el examen practicado en la clase práctica (síntomas y signos físicos, análisis, radiografías, etc.), estamos en condiciones de poder ocuparnos del diagnóstico. N03 faltaba la interpretación del electrocardiograma, el cual nos demuestra dos hechos fundamentales que nos interesa conocer: por una parte, hay en el complejo auricular una onda P alta, que la primera derivación sobre todo, se presenta netamente doble, hay dos elevaciones en lugar de una, es decir que hay una *preponderancia auricular* y que existe un *asincronismo en el funcionamiento de las aurículas*. Dos circunstancias, pues, a considerar, porque responden a la lesión existente en el orificio aurículo-ventricular izquierdo, a cuyo nivel llegamos el otro día a la conclusión que había fenómenos de estenosis; la aurícula izquierda trabaja intensamente, y trae como consecuencia de la producción de esa onda- especial en el electrocardiograma.

Recuerden también que, además del arco aórtico, vimos un arco pulmonar saliente, que se extiende hacia abajo, y que se puede deber, en parte, a un en-

sanchamiento de la aurícula. Ahora bien; en los enfermos que tienen lesiones adquiridas, no se llega a ver esas enormes aurículas que es frecuente encontrar en los sujetos que tienen una estenosis congénita del orificio aurículo-ventricular izquierdo.

En este caso es indudable que hay esa predominancia auricular; pero hay otra circunstancia digna de tenerse en cuenta si observamos el resto del trazado). Por el aspecto de las ondas correspondientes al complejo ventricular, en primera, segunda y tercera derivación, hallamos que hay una preponderancia de corazón derecho.

Es interesante hacer notar que este enfermo parece que tuvo hace años un ataque de edema de pulmón; y estamos acostumbrados a ver que el edema de pulmón se produce en aquellos sujetos en quienes hay una falla, un desfallecimiento del ventrículo izquierdo, lo que da lugar a la producción de las éstasis pulmonar brusca y del edema. Es necesario recordar también, que puede producirse ese estancamiento brusco de la pequeña circulación, en los sujetos que tienen una estenosis mitral; el edema del pulmón en la estenosis mitral no es raro. En ese caso,

la lucha contra el obstáculo para el mantenimiento de un relativo equilibrio en la pequeña circulación, está a cargo del ventrículo derecho y muy especialmente de la aurícula izquierda, la cual puede, en ciertas circunstancias, lo mismo que el ventrículo, desfallecer. Ese desfallecimiento o falla en el funcionamiento auricular traerá consiguientemente un mayor estancamiento en la circulación menor, y es ese uno de los factores patogénicos que puede invocarse, capaz de determinar un estancamiento brusco y el edema de pulmón, que se acompaña generalmente de una congestión que ya existe por éstasis venosa.

Ya he dicho que en los enfermos que tienen estacionamiento en la pequeña circulación por obstáculo mitral, se producen fenómenos congestivos con facilidad, y además, como consecuencia de esa dificultad, se facilitan allí las infecciones, produciéndose esas *poussées* típicas de los mitrales.

En este enfermo, con una bronquitis permanente de muchos años, con mucha expectoración, vemos, por el examen radiográfico, que hay además, peri-bronquitis (bronquios con paredes gruesas, espesadas.) No vemos grandes arborizaciones vasculares que nos permitan decir que hay lesión de los vasos; pero la *hipertensión en la pequeña circulación*, que se exterioriza por el reforzamiento del segundo tono (que encontramos tan intenso), por el *cuadro electrocardiográfico*, por los *procesos congestivos existentes*, esa hipertensión — digo, — ese estado de estasis,

tiene que repercutir forzosamente sobre el tronco vascular principal, la arteria pulmonar, que se deja dilatar y nos da esa sombra que se ve en la radiografía, en la parte correspondiente a la arteria pulmonar. De manera que hay una serie de circunstancias que se suman.

Si a todo esto, dependiente de los fenómenos de estenosis, se añaden los signos de insuficiencia que hemos encontrado en el orificio mitral, hallamos que, a las circunstancias que determinan el estacionamiento y que reune el reflujo que viene del ventrículo a la aurícula, dificultando más aún el funcionamiento cardiaco.

El enfermo tiene expectoración hemoptoica, tiene disnea, y ha tenido también desfallecimiento de su corazón, desde hace un par de años, sobre todo a base de fenómenos de estasis generalizado, con edemas, etc. Ante estos hechos concretamos un diagnóstico bajo el punto de vista circulatorio y decimos: enfermo reumático antiguo con lesiones miocárdicas seguramente, que hizo también una endocarditis y luego un proceso cicatricial, que dejó una doble lesión del orificio mitral, lesión que fue más o menos bien tolerada. En general, la tolerancia de estos procesos depende, en gran parte, del estado del miocardio, y por eso es que hay sujetos que han sido reumáticos y han quedado con lesiones cardíacas, que toleran bien durante años. La lesión cardíaca se compensa, y esa compensación hace que el enfermo pueda seguir su vida

en buenas condiciones por mucho tiempo.

En otros casos, por el contrario, las manifestaciones de insuficiencia del miocardio son mucho más precoces, sencillamente porque la localización del proceso infeccioso reumático ha sido mayor a nivel del miocardio, dejando allí lesiones más estables, más extensas e intensas, y entonces ese miocardio está en condiciones de inferioridad, que hacen que falle más fácilmente.

A todo ello se une, en este enfermo, su bronquitis crónica, con su peribronquitis y con la repercusión del proceso sobre la pequeña circulación, ya alterada por las lesiones cardíacas determinantes de todo el cuadro que presenta.

Pero hay aquí algo que tiene mucho interés: este sujeto, que había tolerado su lesión durante años — lo que demuestra que el miocardio había sido poco lesionado — de un tiempo a esta parte comienza a temer *disnea intensa*, y entra al servicio en las condiciones que nos ha referido. A su ingreso, encontramos en él un derrame pleural del lado derecho, que se punza cuando lugar a la salida de cierta cantidad de líquido. Se efectuaron radiografías, y en la última de ellas se ve la persistencia de una serie de sombras, localizadas especialmente del lado derecho, que nos permiten establecer claramente si se trataba puramente de líquido. Lo que nos interesa, entonces, es lo siguiente: *enfermo cardíaco, con una lesión más, o menos compensada, que hace un derrame pleural que lo lleva a un estado de insuficiencia cardíaca.*

Ahora bien; "derrame pleural en un enfermo cardíaco" parece una cosa simple y que sólo se puede referir a casos como éste. En todas partes se hallan descritos los derrames de los cardíacos, asistólicos, el conocido y viejo hidrotórax uni o bilateral, que es uno de los derrames serosos que se producen en los cardíacos. Sin embargo, esto representa sólo un primer caso; un enfermo que entra en asistolia, a quien se examina y se encuentra líquido en los dos lados, o bien de un solo lado. Pero puede ocurrir entre los caracteres del líquido sean diferentes, como veremos luego. Hay, pues, otros tipos, lo que nos lleva a profundizar la cuestión, porque es interesante conocer bien estos hechos y la razón de ser de los derrames, que se presentan en circunstancias diferentes, y sin embargo, o bien se vinculan, cuando no deben ser vinculados a la cardiopatía, o bien se desconoce la estrecha relación que hay entre un proceso pleural y un proceso cardíaco. Puede ser relación simplemente de causa a efecto, pero puede ser también relación etiológica.

Yo presento varios casos. El primero que acabo de citar: enfermo que entra en asistolia, en el que se encuentra, por un examen prolijo, la existencia de un derrame del lado derecho.

Otras veces es un enfermo cardíaco, que ha tenido reumatismo — como el enfermo presente — que ha tolerado perfectamente bien su lesión, habiendo quedado con una insuficiencia mitral con soplo suave. Un buen día el enfermo, a raíz de un estado gri-

pal, por ejemplo, o bien de *na* proceso séptico amigdalino, hace temperatura y se produce en él un derrame más o menos acentuado, generalmente no mucho, del lado derecho preferentemente. Al examen detenido se encuentra en el sujeto un estado cardíaco compensado, al cual se ha agregado un proceso cardíaco más grave, una endocarditis séptica, y el enfermo portador de esa endocarditis séptica ha hecho un derrame pleural de su base derecha, como consecuencia de una embolia séptica. En una palabra: es *un enfermo cardíaco que hace un derrame pleural*.

Otras veces se trata de un enfermo, como el que tuvimos en la cama 11 de la sala Montes ele Oca, con una mediastino pericarditis tuberculosa, en el cual se hace un derrame pleural enorme, como consecuencia de la estasis producida por la dificultad circulatoria debida a la lesión existente.

En otros casos, se trata de un enfermo con un proceso cardíaco, una estenosis o una insuficiencia mitral, por ejemplo, y ese sujeto hace un derrame pleural, *derrame que no tiene nada que ver con el proceso cardíaco*. Se ha tratado una pleuresía serofibrinosa de origen tuberculoso, ajena a la lesión cardíaca. En este caso, no hay, pues, vinculación entre uno y otro proceso (el cardíaco y el "pleural"). Sin embargo, son procesos que más tarde se vinculan más estrechamente, y más de una vez van a llevar el enfermo al médico, como consecuencia de desórdenes cardíacos, a pesar de que la vinculación entre una y otra etiología

y patogenia no exista.

De todas 'maneras, hay una cuestión fundamental a resolver' cuando se está en presencia de un enfermo que hace un derrame pleural, lo fundamental, en primer término, es saber la calidad del derrame; establecer, entonces, si es un enfermo que tiene un derrame consecutivo a su estado cardíaco, o bien un enfermo que ha hecho una verdadera pleuresía, y que tiene un líquido exudado. Tal cuestión se puede presumir, y a veces resolver, por el estado general del enfermo, porque puede ser un enfermo infeccioso, y entonces es lógico pensar que responda al estado infeccioso.

En el enfermo nuestro, por ejemplo, hay 10.000 glóbulos blancos con 70 % de polinucleares (reacción flogósica). Hay, pues, un proceso inflamatorio. Si el líquido es un exudado, tendremos una reacción de Rivalta positiva, una cantidad de albúmina mayor, menor cantidad de glucosa, etc. El transudado, en cambio, tiene una cantidad de glucosa que se aproxima a la de la sangre. Tendremos, además, el examen citológico, que nos dará la existencia mayor de elementos blancos, mono o polinucleares. Esa es la gran diferencia, fundamental desde el comienzo. En nuestro enfermo, el examen del líquido dio Rivalta positiva. 93 por mil de albúmina, y todos los caracteres que indican a un exudado. Cuando se ha hecho el diagnóstico de derrame, se sabe ya que hay que facilitar la evacuación del mismo, y que si se trata de un enfermo en asistolia todavía reductible,

puede mejorar con esa evacuación.

Los exudados son más interesantes, bajo el punto de vista del diagnóstico y de la interpretación y tratamiento a seguir.

En primer lugar, en un enfermo que tiene un exudado pleural, con una cantidad pequeña de líquido, si se trata de un sujeto que está en insuficiencia cardíaca, con congestión de base, los signos percutorios, palpatorios y aún los auscultatorios pueden faltar. Es así que si se percute, se nota una submatitez o matitez, que puede deberse a un proceso congestivo pulmonar. A la auscultación, no hay ausencia de ruidos respiratorios ni ruidos sobreagregados. Si queremos buscar el famoso signo del desnivel o el viejo signo de Auenbrugger, es difícil de hallar. El otro signo a buscar, haciendo inspirar profundamente al enfermo al tiempo que se percute, se nota que se modifica el sonido al inspirar; es un procedimiento sujeto a error, porque si el diafragma desciende, baja el nivel del líquido; de manera que la línea del nivel puede modificarse no habiendo líquido. En cuanto al desnivel auscultorio tiene una importancia relativa; sin embargo, muchas veces es sólo la auscultación la que permite hacer el diagnóstico.

Cuando se producen los exudados pleurales, es generalmente por el mecanismo, de la embolia. La estrechez mitral, por ejemplo, enfermedad embolizante como decía Huchard, da lugar a la producción de coágulos, que se localizan en la aurícula. Las embolias de la estrechez mitral son sobre todo y fundamental-

mente arteriales. Es lógico que así suceda, desde el momento que los coágulos van de la aurícula al ventrículo izquierdo, y luego a la aorta y a la gran circulación. Si consideramos el corazón derecho, se hacen embolias pulmonares, con los consiguientes infartos pulmonares; y cuando éstos llegan a hacerse subpleurales, dan el cuadro clásico de los infartos con reacción pleural: dolor intenso con disnea y expectoración hemoptoica; pero pueden faltar esos signos o manifestarse en forma tan atenuada que pasan desapercibidos.

Es indudable pues la existencia de pleuresías en enfermos cardíacos, pero pueden presentarse los exudados en y por distintas circunstancias: 19 *Pleuresías en cardíaco latentes.*

— Un enfermo hace una pleuresía serofibrinosa con su cuadro clásico. Ese sujeto, en un momento determinado, tiene un síncope. La investigación de los antecedentes permite establecer que ese enfermo había tenido anteriormente un reumatismo y que existe en él lesiones miocárdicas o endocárdicas.

Otro enfermo portador de un derrame pleural — generalmente bien tolerado en sujetos sanos, —■ hace una insuficiencia cardíaca; manifiesta, pues, reacción, signos cardíacos. A veces es una estrechez mitral que se desconoció hasta ese momento. Otras veces es un proceso miocárdico el que va a dar lugar a la insuficiencia cardíaca. Y, por otra parte, lo que decía Huchard, lo más interesante en este asunto son aquellos enfermos en quienes se hace una punción pleural

tándolos, se pudo llegar por lo menos a presumir, con bastante fundamento, la existencia del tipo de derrame enquistado. Generalmente, y quizá en gran parte como consecuencia de la posición de los asistólicos en la cama, la colección líquida se hace con más tendencia hacia adelante que hacia atrás, sin ponerse en íntimo contacto con la pared anterior, pero lo suficiente para atelectasiar la lengüeta pulmonar que está por delante.

Estudiando este asunto hace muchos años, Merklen, como demostración de la influencia postural en la ubicación del derrame, hablaba de un caso en que se produjo este tipo de derrame hacia la parte anterior. Era una lavandera, y él decía que la posición inclinada en que trabajaba era un factor importante para que la ubicación del líquido se hiciera hacia adelante. Lo real es que por detrás no se nota ningún signo, ni ausencia de vibraciones, ni matitez absoluta, ni signos auscultatorios, etc.

Hay algo que llama la atención: *la elevación del límite hepato-pulmonar*. Es claro que olvidando o ignorando ciertas cosas, y desde el momento que en los asistólicos hay hepatomegalia, se cree que es el hígado simplemente. Pero hay que recordar que el gran hígado de los asistólicos desciende, de manera que debe llamar la atención la existencia de esa elevación del límite hepátapulmonar.

Hay además otro signo de gran valor que no se debe olvidar: *la resistencia enorme que opone el tórax del lado derecho a la comprensión antero-posterior*. Cuando uno toma la elas-

ticidad torácica, se encuentra que la resistencia está muy exagerada, dando, a veces, la sensación de que se comprimiera un tronco de árbol.

En realidad, no hay otros elementos de juicio que los enunciados. La localización profunda del líquido, en la base pulmonar, por encima del diafragma, significa una dificultad grande para abordar la colección, y si por casualidad, o sospechando la posible existencia del líquido a ese nivel, se hace una punción, no se saca nada porque la punción generalmente se hace mal. En cambio, cuando la punción se hace como debe hacerse, se tiene la sorpresa de ver la gran cantidad de líquido que se extrae. Yo no sé en este enfermo cuál era la situación y localización del líquido, pero pienso — por lo que en muchas oportunidades he visto evolucionar ante mis ojos — lo que decía antes: un derrame que ha comenzado por ser enquistado en la base, *ha* llegado a abrirse camino a la gran cavidad, y ya entonces se hizo fácilmente diagnosticaba. Como he dicho, esos derrames se hacen perfectamente, del lado derecho. Yo he tenido oportunidad de ver muchos casos parecidos y sólo recuerdo haber encontrado uno del lado izquierdo. Facilita algo el diagnóstico el hecho de encontrar la obscuridad percutoria por delante, aunque en ocasiones el espacio de Traube puede faltar. El caso a que me refiero era una enferma que no parecía tener derrame, y sin embargo se extrajo dos litros de líquido. -El colega que la atendía quedó sorprendido. Se ha tratado de dar una explicación a

la predilección del derrame por el lado derecho, y es muy posible que la primitiva explicación de Renon sea la verdadera: se hace más frecuentemente a la derecha, por la disposición casi vertical de la rama derecha de la arteria pulmonar, que es como una continuación del tronco de la misma arteria. Es más difícil — como sostenía Peter — que la perihepatitis pueda determinar una reacción pleural de base. Pero de todas maneras, el hecho es que allí se produce, y que el derrame de ese tipo tiene consecuencias serias para los enfermos, puesto que se dificulta enormemente el tratamiento. Cuando nos ocupemos del tratamiento de estos estados, en una clase próxima, hablaremos con más detenimiento de esta cuestión, pero por lo pronto puedo decir que, una vez hecho el diagnóstico del probable derrame enquistado suprafragmático, debe hacerse la punción inmediatamente. Esta merece dos palabras. Como decía anteriormente, no se debe hacer la punción que se efectúa en los enfermos con derrame pleural; en este caso particular, debe hacerse tratando de abordar el derrame localizado profundamente, lejos de la pared, y que *obliga forzosamente a atravesar toda la parte del pulmón que se interpone entre ésta y el líquido*. De manera que, si se hace la punción por detrás, no llegamos con facilidad al derrame; debe calcularse la elevación hepática en el límite que se percibe, y se elige entonces un espacio intercostal, para llegar al sitio, debajo de la base del pulmón, entre éste y el diafragma donde se encuentra el líquido.

Es necesario punzar con una aguja larga. Yo utilizo la aguja de punción lumbar, con la que se hace la punción *inclinando la aguja hacia adentro y abajo*, y punzando en la parte lateral del tórax: en esa forma y dirección se atraviesa una parte de pulmón. Al hacer progresar la aguja, llega un momento en que empieza a salir líquido, y hay ocasiones en que salen cantidades de 1.500 c. c. y aún más. Es curioso ver cómo los enfermos, a la par que va saliendo el líquido, se van aliviando en sus fenómenos subjetivo y funcionales; la disnea disminuye, hay sensación de bienestar, y el sujeto llega hasta poderse recostar completamente en la cama. La señora a quien le saqué dos litros de líquido — era una viejita de cerca de 70 años — cada vez que tenía, fenómenos de insuficiencia, me mandaba llamar para que la ranchara.

A este enfermo se le ha punzado tres o cuatro veces; el líquido se reproduce y es necesario volver a punzar.

Yo creo haber llenado mi objeto al hacer el diagnóstico en este enfermo, instituyendo el tratamiento correspondiente; y al insistir sobre *la primordial importancia que ha tenido en sus manifestaciones el derrame pleural enquistado supradiafragmático*, muy probable en su comienzo. Es necesario antes que nada, tratar que el líquido no se reproduzca. Es claro que si las circunstancias patogénicas persisten — la producción de embolias, por ejemplo, — el líquido se reproducirá. Pero en caso contrario, a veces se consigue disminuir la exudación de la serosa.