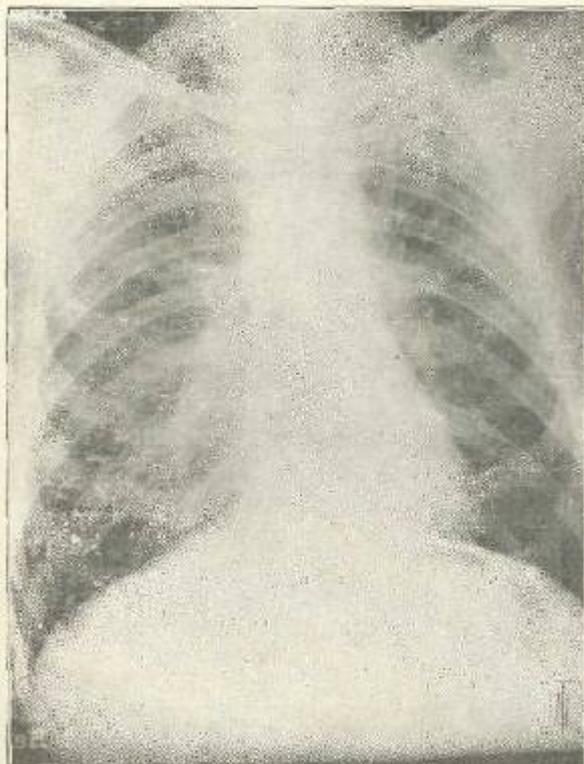


Sobre el aspecto radiológico de la sífilis pulmonar



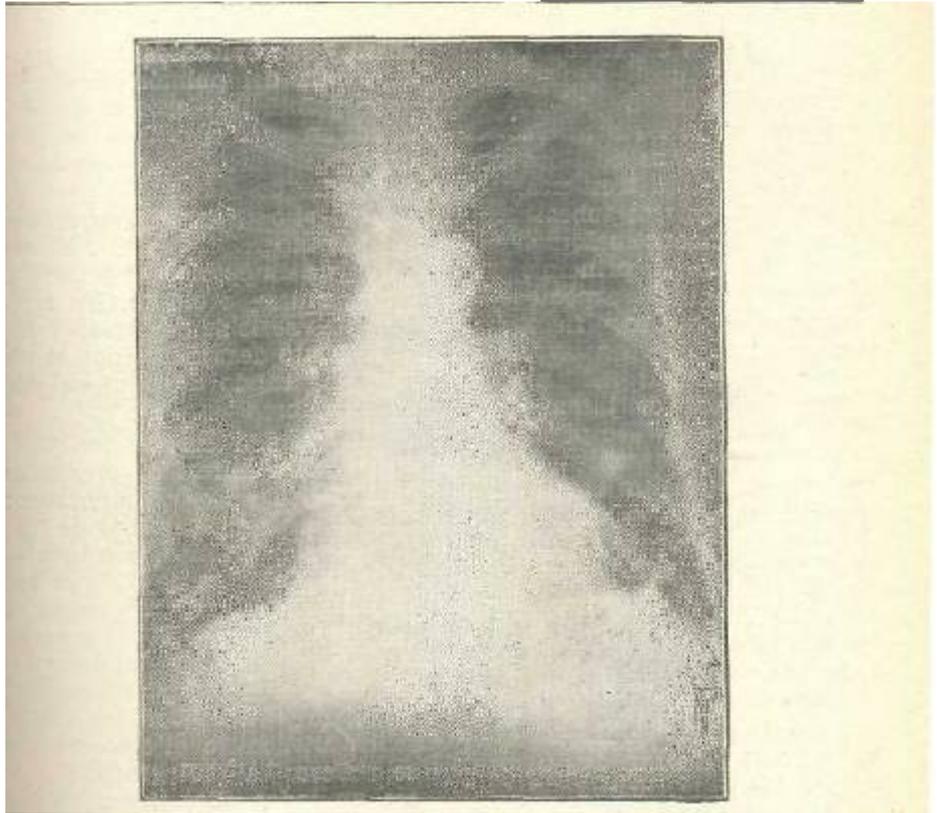
Sin embargo, en un número (bastante reducido por cierto) de casos, se ha puesto todo empeño en esclarecer el diagnóstico y ya sea por la negativa del esputo en condiciones que era materialmente imposible no encontrar el bacilo de Koch como por la notable mejoría obtenida con el tratamiento específico, se ha llegado a la conclusión de que no se trata de tuberculosis. Se tratará de sífilis pulmonar?. A esta pregunta no podemos externar una respuesta categórica y definitiva por las razones que más adelante enumeraremos, pero sí podemos hacer algunas consideraciones que nos justificaran en nuestro criterio de pensar en la sífilis como la causa de estas afecciones oscuras.

Es sobre estos casos estudiados detenidamente y observados por un tiempo suficientemente largo para poder apreciar el efecto del tratamiento específico que basamos este pequeño trabajo. En el mes de junio del año pasado, nosotros presentamos dos casos ante la Asociación Médica Hondureña. Como esta comunicación aún no ha sido publicada, estos dos casos junto con dos más que hemos observado últimamente sirven de base para el presente trabajo.

Caso No. 1. — Hombre de 54 años que sufre desde hace más de dos meses de tos, expectoración abundante, fiebre moderada que cede a la quinina, diarrea y pérdida de peso. Al examen físico se encuentran diseminados estertores mucosos en ambas bases, submatidez del vértice izquierdo. Su aspecto hace pensar desde luego en la tuberculosis. La radiografía (Fig. No. 1)

muestra una fibrosis moderada y generalizada de ambos campos pulmonares y en el vértice izquierdo una infiltración que cubre una área como de dos centímetros de diámetro. Comunica esta área con el hilio por una faja formada por estrías longitudinales que se extienden a manera de cinta desde el hilio hasta la región infraclavicular y vértice. Diagnóstico radiológico: Fibrosis pulmonar, infiltración localizada al vértice izquierdo. El enfermo expectoraba abundantemente, esputos mucopurulentos sin fetidez. La fiebre cedió esta vez, así como las anteriores, a la quinina, las diarreas cedieron a la emetina, pero la tos y la expectoración persistieron hasta que se le inyectaron tres ampollas de neosalvarsán. El enfermo era un antiguo específico en quien la reacción de Kahn, a pesar de tratamiento anterior, permanecía positiva. — Se la practicaron 15 exámenes de esputo sin encontrar bacilo de Koch, ni amibas, ni hongos. Hemos observado a este enfermo durante varios meses y hemos podido comprobar la mejoría que produce el tratamiento específico en la tos y en la expectoración.

Caso No. 2. — Hombre de 62 años que sufre de tos desde hace seis meses. La tos va acompañada de abundante expectoración muco-purulenta sin ningún mal olor. No hay fiebre. Ha perdido el apetito, pero su peso permanece en lo normal. Lo esencial en su historia clínica es un chancro 20 años atrás que nunca se trató. Hasta hace seis meses ha gozado de excelente salud que le permite dedicarse a su



años de oficio zapatero, sin antecedentes que hagan hacer pensar en tuberculosis, chancro a la edad de 23 años que fue tratado por 3 series de Neosalvarsán. Desde hace tres meses sufre de tos, dolores sutasternales y fatiga al hacer cualquier ejercicio. La tos al principio seca produce ahora expectoración abundante. No hay fiebre. El examen físico es negativo, no se notan estertores de ninguna clase, corazón de tamaño normal, la aorta parece aumentada de diámetro. La radiografía (fig. 3) nos muestra infiltración difusa limitada a pequeñas áreas del vértice izquierdo y parte media del pulmón derecho, fibrosis generalizada de ambos campos pulmonares, dilatación aórtica. Esputo negativo por bacilo de Koch. El esputo es muco-purulento, abundante, sin flora microbiana. Reacción de Kahn $-f- -j- -f- -j-$ La tos ha desaparecido desde que se inició el tratamiento específico; el dolor es mucho menos.

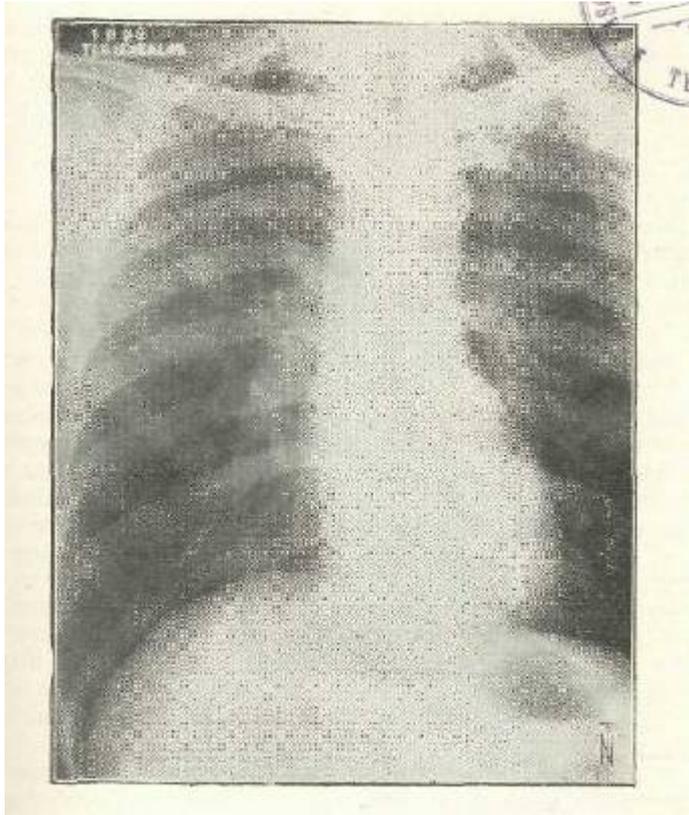
Caso No. 4. — Mujer de 42 años. Surge desde hace cuatro años de tos y ataques de disnea nocturna. En tres ocasiones ha sufrido de pequeñas hemoptisis, dolor de costado y fiebre. Ha perdido 15 libras de peso en el último año. Como antecedentes importantes detalles que ha tenido tres abortos y que un examen de sangre practicado en 1926 dio un resultado positivo.

Como único tratamiento recibió seis inyecciones de cianuro de mercurio. El examen físico hace pensar en la tuberculosis por el adelgazamiento. Macidez de la parte media del pulmón izquierdo, estertores mu-

cosos y sucrepitantes de la parte media del pulmón izquierdo con egofonia. Estertores diseal-nados en el pulmón derecho. Micro poliadenitis generalizada. Reacción de Kahn $-f- -j- -f- -j-$ Esputo negativo por bacilo de Koch (10 veces). El esputo es hemoptoico al principio, luego muco-purulento. Ha recibido una serie de Salvarsán y dos de bismuto desapareciendo la tos y aumentando de peso en dos meses 6 libras.

Resumiendo diremos que nuestros cuatro enfermos presentan un cuadro muy característico: todos ellos son sífilíticos de larga duración en los que sobrevienen los síntomas de tos con expectoración abundante negativa al bacilo de Koch. Todos presentan una reacción fuertemente positiva y el tratamiento específico produce admirables resultados en cuanto al síntoma tos se refiere' La radiografía muestra en todos ellos, fuera de las lesiones de infiltración que ofrecen cierta variación, una fibrosis generalizada, la aorta aparece dilatada. En ninguno de ellos pudo encontrarse el bacilo de Koch en repetidos exámenes del esputo.

Tenemos dos datos importantes que nos hagan dudar de la tuberculosis en estos casos: la ausencia de B. Koch en el esputo y el hecho que el tratamiento específico ha hecho desaparecer el síntoma principal como es la tos. Podríamos asegurar que las lesiones radiológicas observadas son debidas a una sífilis pulmonar? No podemos contestar categóricamente esta pregunta, ya que para ello necesitaríamos demostrar en la mesa de autopsias



de tejido intersticial (esclerosis), producen la imagen característica de la forma de que hablamos a saber: densas estrías que partiendo del hilio se irradian a todo el parenquima. Es la fibrosis, generalizada algunas veces, circunscrita en otras a una determinada área del pulmón. Liebman compara estos cordones a dedos de guante. Cuando a la bronquitis se añade un proceso de peribronquitis, debido a mayor deposición de tejido intersticial peribronquial, las sombras son más densas, pero siempre en forma de cordones irradiando del hilio hacia la periferia. Esta es la forma más común y nuestros cuatro casos presentan todos ellos un proceso de fibrosis generalizado.

2o. — Neumonía y bronconeumonía sífilítica. Se manifiesta por una infiltración del parenquima en forma de sombras irregulares de variable forma y densidad. La mayoría de las veces se trata de verdadera infiltración grumosa abarcando uno o varios lóbulos pulmonares imposible de distinguir radiológicamente de la infiltración grumosa tuberculosa.

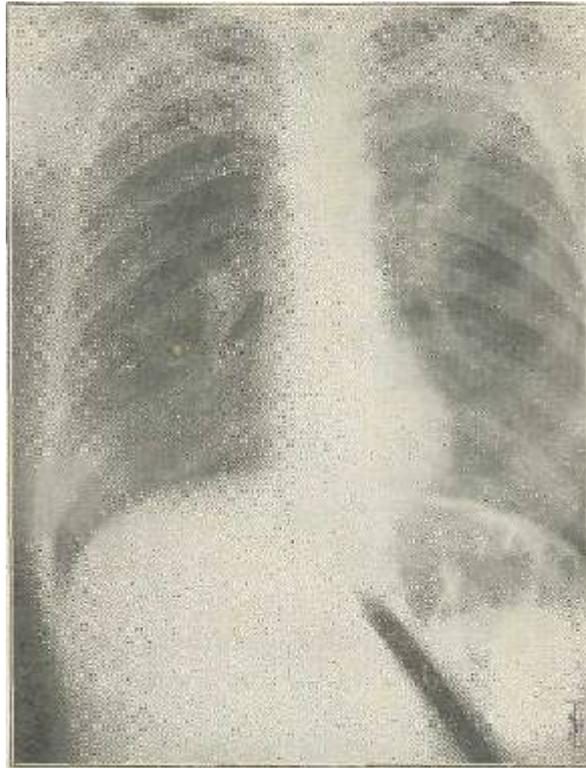
Menos frecuente es la forma neumonía pura en la cual la sombra es densa, uniforme, de bordes nítidos, abarcando todo el lóbulo; una verdadera hepatización pulmonar anatómicamente idéntica a la neumonía alba de los recién nacidos. Esta forma pneumónica se distingue de la neumonía lobar común o crupal porque la sombra es más densa, sus bordes menos nítidos y su forma no es triangular como en esta última. A menudo ocurre en ambos pulmones. No

hay sitio de predilección para las neumonías y bronconeumonías sífilíticas, con frecuencia se las encuentra en las bases, pero pueden presentarse también en la parte superior del pulmón.

3o. — El goma pulmonar. Es la forma más rara, su número puede ser de uno a varios, sus dimensiones (Liebman, Schinz) varían desde pequeños nodulos miliares hasta las grandes formaciones de tipo tumoral. El tumor aparece en la placa como sombra densa, irregularmente circular, de contornos difusos. El tejido parenquimatoso puede presentar una neumonía ya terstical o bien aparecer perfectamente normal o aun enfisematoso lo que hace resaltar mas la sombra tumoral. Aquí la dificultad estriba en la diferenciación con los tumores malignos, cáncer, sarcoma, etc., cuyas imágenes semejan.

Estas son, a grandes razgos, las tres formas radiológicas de la sífilis pulmonar en los adultos. Rara vez se presentan puras, a menudo se encuentran formas mixtas en las que se observa los varios tipos combinados.

Qué modificaciones efectúa el tratamiento antisifilítico sobre la imagen radiológica? La literatura sobre sífilis pulmonar es muy escasa y más aún aquella que trata sobre la regresión de las lesiones desde el punto de vista radiológico. Revisando la literatura de hace unos diez años uno encuentra aquí y allá informes de casos en los que se hace mención la desaparición de las imágenes radiológicas, por ejemplo el caso de Allison.



Otros autores mencionan muy de paso este punto y algunos insisten en la tardanza en desaparecer que muestran las lesiones. La imagen de fibrosis generalizada parece persistir a pesar del tratamiento.

En conclusión diremos que el criterio para el diagnóstico de la sífilis pulmonar sigue siendo la posibilidad de excluir una tuberculosis frente a una afección sifilítica comprobada y el efecto del tratamiento específico sobre los síntomas y sobre el estado general del enfermo. Respecto a las imágenes radiológicas si bien es cierto que pueden agruparse en tres tipos distintos, de-

bemos advertir también que estas modalidades no son exclusivas de la sífilis ya que la tuberculosis puede presentarse bajo la forma de una fibrosis o de una infiltración neumo o bromconeumónica y los tumores semejan el goma sifilítico,

Nuestros cuatro casos podrían ser considerados como sífilis pulmonar ya que todos ellos dan una historia clara de infección sifilítica, el esputo ha sido repetidas veces negativo por bacilo de Koch y el tratamiento específico ha producido la mejoría de los síntomas,

Manuel Larios.
Tegucigalpa, febrero de 1938.