

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Tomo IX

San José, Costa Rica, Abril de 1950

No. 192

Año XVI

Neumofibrosis Intersticial *

(¿Nueva entidad clínica?)

Por los Dres.

R. Cordero Zúñiga y C. Urcuyo Gallegos

En el Bulletin of John Hopkins Hospital de Marzo 1944 N° 3 vol. LXXIV-pág. 177 y siguiente se describen 3 casos de una entidad clínica y anatomopatológica caracterizada por una fibrosis difusa progresiva de los tejidos intersticiales del pulmón con adelgazamiento de las paredes alveolares y cuadro clínico caracterizado por tos, disnea, cianosis de instalación rápida y evolución progresivas, con insuficiencia respiratoria y cardíaca finales. Posteriormente en la misma revista de Abril 1945-N° 4, vol. LXXVI-pág. 163 y siguientes se agrega un nuevo caso con las mismas características de los anteriores. En la hoja Tisiológica de Montevideo Uruguay Sept. 49 N° III Tema IX pág. 207 y siguiente se describen 2 casos más de la misma entidad que serían los VIII-IX que se han reportado hasta la actualidad.

En los casos descritos el cuadro clínico tuvo una evolución progresiva hasta la muerte en el curso de unos meses, se caracterizó por tos seca al principio, posteriormente muco-purulenta con accesos muy penosos, disnea rápidamente progresiva hacia la ortopnea y cuadro de insuficiencia ventricular derecha con edemas y ascitis.

En la exploración física cianosis, dedos hipocróticos, estertores subcrepitantes en ambos campos pulmonares, taquicardia, ritmo de golpe, en un caso fibrilación auricular; hígado de estasis. La presión arterial se mantuvo normal.

Los exámenes de Laboratorio: Orina, esputo, hemograma, serología sanguínea y química sanguínea fueron normales. Los datos radiológicos se caracterizan por un proceso difuso de las Tramas Bronco vesculares, que sugirieron imágenes bronconeumónicas o tuberculoso de tipo fibro productivo.

En el electrocardiograma llama la atención las inversiones de la onda T, el bajo voltaje de los accidentes y la desviación del eje a la derecha.

* Trabajo presentado en el Centro de Estudios Médicos "Ricardo Moreno Cañas" en su reunión N° 5 del 24 de febrero de 1950.

El cuadro clínico llama la atención al Staff Médico del John Hopkins Hospital y de los Médicos Uruguayos que hacen reporte por las características clínicas y los hallazgos anatómo-patológicos que establecen una nueva entidad cuyo diagnóstico diferencial según nuestro criterio tiene que establecerse con los procedimientos piógenos agudos del pulmón, con la tuberculosis miliar o fibrosa, con la lúes pulmonar, periarteritis nodosa de la localización pulmonar; la carcinomatosis del pulmón y el esclero enfisema maligno de tipo juvenil.

Presentamos un caso que tiene las fundamentales características clínicas, radiológicas, y electrocardiográficas de esta entidad coincidiendo también en la *obscuridad etiológica que no ha sido resuelta* en los trabajos presentados, así como también la negatividad de los exámenes complementarios de Laboratorio.

Historia Clínica:

Antecedentes no patológicos: alcoholismo y tabaquismo negativos, ha trabajado muchos años en imprenta y en este aspecto es de interés anotar que en ocasiones trabajan con tinta que impregnaba el ambiente de trabajo. Antecedentes patológicos: Ble-norragia hace más de 20 años, luéticos negativos, serología siempre negativa. Tifoidea hace 10 años. Antecedentes respiratorios no ha tenido. Hereditarios y familiares sin valor clínico. Enfermedad actual: Se inició en Setiembre de 1949 con catarro nasal y tos seca en un principio, frecuente y por accesos muy penosos sobre todo nocturnos, en esa condición permaneció el mes de Setiembre, y en Octubre se inició disnea que fué rápidamente progresiva hasta la ortopnea que se instaló en el curso de 2 semanas, la tos se acompañó entonces con esos síntomas y en Noviembre en que fué visto por primera vez persistían, siendo la disnea y la tos muy intensa. A la exploración, se encontró un paciente objetivamente disneico cianótico, con yugulares ingurgitadas y con 35 respiraciones por minuto.

La exploración física mostró: paciente normocéfalo con hiperemia conjuntival, dientes con algunas caries, yugulares ligeramente ingurgitadas. Tórax: el área precordial dentro de límites normales a la percusión; ruidos cardíacos rítmicos a 120 por minuto sin soplos, con ritmo de galope. En la cara posterior del tórax aumento discreto de la sonoridad subescapular, estertores subcrepitantes en las interescapulo-vertebrales. Abdomen: hígado ligeramente doloroso a 3 cm del borde costal. Miembros superiores: dedos hipocróticos con cianosis ungueal, miembros inferiores: edema malolear moderado.

Una radiografía de tórax muestra imagen de esclerosis pul-

monar con diámetros cardíacos dentro de límites normales y arteria pulmonar ligeramente abombada.

Un electrocardiograma que se tomó el 2 de Diciembre muestra ritmo sinusal con frecuencia de 100/m.

PR: 017 eje 90°

Onda P acuminada en D 2-D 3 y VF negativa en VL

Complejo QRS: en los límites del bajo voltaje con muy marcada disminución en DI; Segmento ST: sin alteraciones.

Onda T: de bajo voltaje en D 1 D 3-VL-VF y de V 2 a V 5 isoelectrica D 2 y VI (una), descripción electrocardiográfica de Corpulmonale según las características señaladas por el Dr. Sodi.

Los exámenes de Laboratorio: incluyendo serología por tues, múltiples exámenes de esputo por B. K hongos y células neoplásticas, hemograma, química sanguínea, y eritrosedimentación, han dado resultados negativos.

En el curso del tratamiento, que ha sido múltiple y según la modalidad evolutiva de la enfermedad, los edemas regresan, el hígado disminuye de volumen en la actualidad (18 Febrero) persiste tos seca que sigue siendo por accesos, la disnea de decúbito ha desaparecido y se presenta únicamente en forma discreta al realizar los ligeros esfuerzos que efectúa en la actualidad. La exploración física indica un ritmo cardíaco de 80 minutos sin galope y los estertores subcrepitantes han desaparecido, en el electrocardiograma se nota que la morfología del accidente P se ha normalizado lo mismo que hay aumento del voltaje de la onda T.—No se ha logrado hacer control radiológico.

El caso expuesto presenta idénticos caracteres a los señalados por los americanos y uruguayos con la salvedad de la evolución actualmente favorable que tiene el caso. En aquéllos el padecimiento llega irremisiblemente a la muerte en el curso de unos cuantos meses (que variaron de 1 a 8). Nuestro paciente lleva 6 meses y la buena evolución que presenta creemos se orienta hacia la cronicidad o a la curación. Al comentar las posibilidades etiológicas los autores señalan como hipótesis el factor alérgico, un factor químico irritante, o una entidad producida por virus, ninguna de las cuales ha sido comprobada.

De acuerdo con la clasificación de las fibrosis pulmonares dada por los autores uruguayos catalogamos a este caso como una fibrosis diseminada idiopática evolutiva subaguda.

Desde el punto de vista de la semiología cardiológica creemos ubicar el padecimiento como un caso de Corpulmonale subagudo en apoyo del cual abogan el electrocardiograma y el cuadro clínico de insuficiencia derecha a marcha subaguda.