1
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

C/14

- INFILTRADO INICIAL TUBERCULOSO POST-PRIMARIO

SU RADIOLOGIA

Tesis de Doctorado

de:

Juan Natalio Condorelli

- Año 1948 -

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Sr. Interventor:

Dr. Carlos I. Rivas;

Sr. Srío. de la Intervención:

Dr. Victor M. Arroyo.

Sr. Pro-Secretario:

Sr. Enrique I. Rossi.

Guarda Sellos:

Dr. Faustino J. Legón.

- - - - -

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Sr. Delegado Interventor:

Dr. Vicente H. Cicardo.

Sr. Secretario:

Dr. Héctor J. Basso.

Sr. Pro-Secretario:

Sr. Rafael G. Rosa.

- - - - -

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Profesores Honorarios

Dr. Ameghino Arturo

" Rophille Carlos

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.-

Profesores Titulares

Dr. Argüello Diego M.- Cl. Oftalmológica

" Baldassarre Enrique C.- F.F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés E.- Anatomía y F. Patológica

" Caeiro José A.- Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F.- Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio.- Toxicología

" Carreño Carlos V.- Higiene Médica y Preventiva

" Christmann Federico E.- Cl. Quirúrgica

" Cicardo Vicente H.- Física Biológica

" D'Ovidio Francisco R.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis

" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

" Floriani Carlos.- Parasitología

" Gascón Alberto.- Fisiología

" Gandolfo Herrera Roberto.- Cl. Ginecológica

" Girardi Valentín C.- Ortopedia y Traumatología

" González Hernán D.- Cl. de Enf. Infecciosas y P. T.

" Irigoyen Luis.- Embriología e H. Normal

" Lambre Rómulo R.- Anatomía Descriptiva

Dr. Lyonnet Julio H.- Anatomía Topográfica

" Loudet Osvaldo.- Cl. Psiquiática

" Maciel Crespo Fidel A.- Semiología y Cl. Propedéutica

" Manso Soto Alberto E.- Microbiología

" Martínez Diego J.J.- Patología Médica IIa. cátedra

" Mazzei Egidio S.- Clínica Médica

" Montenegro Antonio .- Cl. Genitourrológica

" Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica N. Y P.

" Obiglio Julio R.- Medicina Legal y D. Médica

" Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica

" Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica la. cátedra

" Rossi Rodolfo.- Clínica Médica

" Sepich Marcelino J.- Cl. Neurológica

" Stoppani Andrés O.M.- Química Biológica

" Uslenghi José P.- Radiología y Fisioterapia

" ~~Cerazzi~~ Eduardo S. ~~Patología Médica - la. cátedra~~

" ~~Cervini~~ Pascual R. ~~Clínica Pediátrica y Puericultura~~

Profesores Titulares Interinos

~~Dr. Cerazzi Eduardo S. Patología Médica - la. cátedra~~

~~" Cervini Pascual R. Cl. Pediátrica y Puericultura~~

Profesores Adjuntos

Dr. Aguilar Giraldes Delio J.- Cl. Pediátrica y Puericul.

" Acevedo Benigno S.- Química Biológica

" Andrieu Luciano M.- Clínica Médica

" Bach Víctor Eduardo.- Clínica Quirúrgica

" Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria

" Baile Mario Raúl.- Clínica Médica

- Dr. Bellingi José .- Pat. y Cl. de la Tuberculosis
- " Bigatti Alberto.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Briasco Flavio J.- Cl. Pediatría y Puericultura
- " Calzetta ~~M~~aul V.- Semiología y Cl. Propedéutica
- " Carri Enrique L.- Parasitología
- " Caselli Eduardo G.- Cl. Pediatría y Puericultura
- " Castedo César.- Cl. Neurológica
- " Castillo Odena Isidoro.- Ortopedia y Traumatología
- " Ciafardo Roberto.- Cl. Psiquiátrica
- " Conti Alcides L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Correa Bustos Horacio.- Cl. Oftalmológica
- " Curcio Francisco I.- Cl. Neurológica
- " Chescotta Néstor A.- Anatomía Descriptiva
- " Dal Lago Héctor.- Ortopedia y Traumatología
- " De Lena Rogelio E.A.- Higiene y Medicina Social
- " Dragonetti Arturo R.- Higiene y Medicina Social
- " Dussaut Alejandro.- Medicina Operatoria
- " Echave Dionisio.- Química Biológica
- " Fernández Audicio Julio César.- Cl. Ginecológica
- " Fuertes Federico.- Cl. Infecciosas
- " García Olivera Miguel Angel.- Medicina Legal
- " Garibotto Román G.- Patología Médica
- " Giglio Irma C. de.- Cl. Oftalmológica
- " Giroto Rodolfo .- Cl. Genitourológica
- " Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica
- " Guiza Héctor Lucio.- Cl. Ginecológica
- " Ingratta Ricardo N.- Cl. Obstétrica
- " Iascano Eduardo Florencio.- Anatomía y F. Patológica

Dr. Logascio Juan.- Patología Médica

- " Loza Julio César.- HigieneyMedicina Social
- " Lozano Federico S.- Clínica Médica
- " Manguel Mauricio.- Clínica Médica
- " Marini Luis C.- Microbiología
- " Martínez Joaquín D.A.- Semiología y Cl. Proped.
- " Matusevich José.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Meiliñ Elías .- Pat. y Cl. de la Tuberculosis
- " Michelini Raúl T.- Cl. Quirúrgica IIa. Cat.
- " Morano Brandi José F.- Cl. Pediatría y Pueric.
- " Moreda Julio M.- Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio.- Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo.- Patología Quirúrgica
- " Negrete Daniel Hugo.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis
- " Pereira Roberto F.- Cl. Oftalmológica
- " Prieto Díaz Herberto.- Embriología e H. Normal
- " Prini Abel.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Polizza Amleto.- Medicina Operatoria
- " Ruera Juan.- Patología Médica
- " Sánchez Héctor J.- Patología Quirúrgica
- " Taylor Gorostiaga Diego J.J.- Cl. Obstétrica
- " Torres Manuel María del C.- Clínica Obstétrica
- " Trinca Saúl E.- Cl. Quirúrgica Cat. IIa.
- " Tropeano Antonio.- Microbiología
- " Tolosa Emilio.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmundo O.F.U.- Semiología y Cl. Proped.
- " Vázquez Pedro C.- Patología Médica

Dr. Votta Enrique A.- Patología Quirúrgica

" Tau Ramón.- Semiología y Cl. Propedéutica

" Zabludovich Salomón.- Clínica Médica

" Zatti Herminio L.M.- Cl. de Enf. Infecciosas y P. T.

- - - - -

PADRINO DE TESIS

Prof. Dr. José Bellinzi

- 10 -

- A mis padres -

INFILTRADO INICIAL TUBERCULOSO POST-PRIMARIO

SU RADIOLOGIA

Es axiomatico el anhelo médico de alcanzar el diagnóstico preciso de las enfermedades en las primeras etapas de su iniciación, por cuanto ello involucra mayores posibilidades de curación.

En tuberculosis este concepto tiene realidad en un grado superlativo, pues las dificultades terapéuticas crecen en la inmensa mayoría de los casos, por no afirmar en todos a medida que la afección avanza.

Descubrir la tuberculosis en su verdadero comienzo es, en estos momentos, el hecho hacia el cual se concentra la atención mas sostenida de la lucha antituberculosa. La tisiología - como manifestara Cetrángolo - le ofrece muchísimas posibilidades a la sociedad, pero la sociedad no toma para su defensa todo cuanto ella le brinda.

Palabras que adquieren dolorosa realidad, al comprobarse que no se ha realizado aún el catastro radiográfico universal, requerido insistentemente por todos los tisiólogos y organismos de lucha antituberculosa. Dicho catastro para que adquiera real eficacia y cumpla plenamente su misión, debería efectuarse en todos los grupos sociales, sin excepciones y en lapsos no mayores de doce meses; sobre entendiéndose que en los lugares que ofrecen más posibilidades a las contaminaciones el examen radiográfico debería ser realizado con mayor frecuencia.

Con este recurso, y casi solamente con él, podíamos

alcanzar a descubrir, por medio de las nuevas concepciones radiológicas, en los estadios realmente iniciales, este verdadero flajelo que tantas vidas cuesta a la humanidad, precisamente en los momentos en que la vida debería manifestarse en sus más vigoroso esplendor.

Orientada en este sentido la lucha antituberculosa, nos ofrece dos condiciones sumamente favorable: hallar el proceso en su fase de tuberculosis cerradas, con lo cual se impediría la propagación por contagio y las grandes posibilidades terapéuticas que la tuberculosis presenta en ese período.

Para hacer una revisión del problema y llegar al momento radiográfico actual, debemos recordar las palabras de Sayé (citado por Sayago) (1), cuando dice: la labor del dispensario ha demostrado que el llamado "diagnóstico precoz de la tuberculosis", es un diagnóstico tardío, poniendo en evidencia lesiones en la mayoría de los casos destructivas o anatómicamente avanzadas. Y como, según el mismo autor, la fase clínica inicial se manifiesta dos o tres años después de producida la lesión pulmonar cuya existencia puede ser revelada por la radiografía, es que se propugnan los exámenes radiográficos periodicos, los cuales, efectuados en grupos o comunidades aparentemente sanas, han demostrado la existencia de tuberculosis inaparente en individuos infectados, cuyas lesiones habrían pasado inadvertidas al examen clínico, a la vez que, en exámenes repetidos delataron las primeras perturbaciones en personas cuya radiografía anterior había sido normal.

Estas formas de tuberculosis han sido llamadas inaparentes por Sayé, a quién seguimos en partes, dado que solo pueden ser descubiertas por la exploración radiográfica.

Las tuberculosis cuyo primer síntoma clínico se había manifestado dos meses antes del examen roengenológico, ha sido clasificado con criterio anatomo radiográfico del siguiente modo y con el siguiente porcentaje en 120 casos por B. Rocco (citado por Sayago) (1)

Tipo anátomo radiológico	Número	%
Nodular	16	13,3
Nodular ulcerado	21	25,0
Neumónico	15	12,5
Neumónico ulcerado	40	33,3
Mixto	4	3,3
Mixto ulcerado	14	11,6

De estos casos, 68, de acuerdo al autor, acusaron hemoptisis como primer síntoma siendo consideradas como provisionales por la precocidad con que patentizaban la lesión, pero 49 de ellas ya presentaban imágenes cavitarias.

Estos datos confirman pues las afirmaciones de Sayé en el sentido de que las formas llamadas iniciales son en realidad tardías, es decir, tuberculosis en etapas avanzadas del proceso, y que las formas inaparentes son asintomáticas en sus mayores guarismos.

De ello se deduce que el medio para descubrir las lesiones, en el estado de latencia evolutiva desde los momen-

tos de la inoculación infectante hasta el primer síntoma clínico y que comprende un tiempo de dos a tres años, no puede ser otro que el análisis radiográfico practicado sistemáticamente.

Braeuning fué uno de los primeros en llamar la atención sobre casos que, después de obtener radiografías con evidentes lesiones, hallaba en radiografías anteriores clasificadas como normales, pequeñas manifestaciones las que demostraban que la enfermedad ya se encontraba en evolución desde mucho tiempo antes. Estas lesiones no eran otra cosa que:

Elementos nodulares exudativos de pocos milímetros.

Elementos lineares o cordonales.

La investigación radiológica periódica en ciudades o en zonas predispuestas, deben ser realizadas paralelamente al estudio alérgico-tuberculínico, con el objeto de poder dilucidar conjuntamente con las condiciones epidemiológicas. La etapa dinámica evolutiva a la que pertenece tal o cual observación.

Siguiendo las ideas de Braeuning (ya citado) debe estudiarse el comienzo de la tuberculosis en el adulto sobre las bases siguientes:

1ro. Estudio radiográfico y reiterado, para obtener en lo posible el "doble documento radiográfico" de sano a enfermo.

2do. Realización de las pruebas tuberculínicas conjuntamente con el estudio radiográfico de la población, para lograr el documento radiográfico correspondiente al viraje alérgico del individuo.

Naturalmente este estudio habría de efectuarse en la totalidad de la población y cuando las circunstancias lo imposibilitaran podría llegarse inclusive a la imposición obligatoria por lo menos en los medios cuyas condiciones económicas y epidemiológicas así lo requieran , por existir en ellos las mayores posibilidades de contagio.

El estudio realizado sobre las bases ya expuestas permite documentar que raramente el infiltrado precoz es verdaderamente una forma de comienzo de la tuberculosis.

Las formas obtenidas en radiografías tomadas desde el estado de salud al de enfermedad nos demuestra que se trata de un proceso infiltrativo focal tanto menor cuanto mas temprana es la radiografía en relación al pasaje de sano a enfermo.

Puede también obtenerse una imagen cordonal, nodular o neumónica con densidades mas o menos acentuadas; ser únicos o múltiples y contener o no espelunca y de contornos mas o menos circunscriptos o difusos. Se localizan en primer lugar en la región infraclavicular siendo en segundo término apicales e hiliares.

Todos ellos deben referirse a casos en los cuales se hayan obtenido radiografías desde los momentos en que las pruebas tuberculínicas fueron positivas y en casos cuando se posean placas sin indicios de lesiones anteriores al viraje tuberculínico.

Teniendo en cuenta este segundo grupo, es decir aquellos en los cuales se tenía una radiografía de poco tiempo antes

de producido el viraje tuberculínico, se han logrado las siguientes imágenes de la tuberculosis pulmonar del adulto, en sus verdaderos comienzos, o sea, dentro del lapso de los primeros doce meses de producida la infección.

- A) "Infiltrados mas o menos densos, de contornos mal definidos o nebulosos. De topografía ápico-clavicular y con ligera o ninguna reacción del hilio correspondiente. (Estos infiltrados, hallados en una investigación sin referencia a la condición alérgica serian definidos como casos típicos de infiltrado precoz)
- B) "Infiltración hiliar de densidad variable, de contornos mas o menos difusos o nebulosos hacia afuera que simulan la adenopatía hiliar, acompañada de reacción perifocal, siendo necesaria la radiografía de perfil o transversa para excluirla y especialmente las oblicuadas y aún las tomografías.
- C) "Tumefacción hiliar simple por lo general unilateral. Suele ser uno de los hallazgos mas frecuentes después de la aparición de la alergia, sobre todo en los documentos radiográficos que se obtienen entre estudiantes de Medicina en ocasión del viraje de la alergia.
- D) "Infiltración ganglio-pulmonar con el tipo del complejo primario, no siempre bien diferenciado, y con su polo ganglionar que por lo general no alcanza un desarrollo llamativo.

Todos estos problemas que hemos mencionado nos demuestran en forma evidente lo difícil que es frente a un radiograma que presenta una infiltración tuberculosa (incipiente

o evolucionada) para rotularla como sombra primaria o post-primaria.

Adelantamos que esta es la división que nos parece mas oportuna, ya que nos permite conjuntamente con conocimiento del estado biológico que es fundamental poder diferenciarlos, permitiéndonos eliminar toda la gran serie de nombres y sinónimos que solo se prestan para la confusión. Esto último se refiere a los nombres de "infiltrado inicial", "pretísico", "precoz", etc.

Como es nuestro interés no sentar enseñanzas ni conclusiones y si facilitar el entendimiento mutuo con sencillez, es que adiptamos en lo que sigue ya que es el objeto del presente trabajo, las siguientes denominaciones:

Infiltrado inicial primario e

Infiltrado inicial post-primario.

Sólo no ha de detener el estudio de las formas rioidiológicas post-primarias. Recordemos que Redeker hace muchos años definió al infiltrado precoz en la siguiente forma: es una formación infiltrativa de neoformación, con reacción perifocal en un pulmón no tísico hasta ese momento.

Como vemos se deja bien establecido que se trata de una forma fresca con indemnidad lesional en ese pulmón y en el opuesto.

La modificación biológica que trae aparejada la primoinfección, nos brinda un elemento valiosísimo para el diagnóstico diferencial de estos dos grandes grupos en que hemos dividido las formas iniciales permitiéndonos una definición que completa a nuestra entender la arriba mencionada: es una

formación infiltrativa de neoformación con reacción perifocal en un pulmón ya alérgico. (Bellingi).

El catastro de las colectividades que para nuestra suerte se insinúa cada vez más y con mayor intensidad, nos ha permitido adquirir una serie de conocimientos nuevos que obligan a rever problemas antiguos y crear otros nuevos.

Muchos autores entre los que podemos mencionar Sweany y Sayé (2) han demostrado con seria documentación, la atipia con que suele presentarse la primoinfección, sobre todo desde la adolescencia en adelante. Es así como hemos podido ver a infiltrados progresivos y ulcerantes y primoinfección, que antes hubieramos rotulado con ligereza como un infiltrado precoz. Por su aspecto y evolución no cabía otro diagnóstico.

El autor citado en primer término ha podido demostrar en estudios de catastro en Chicago que el treinta por ciento de los adultos jóvenes presentaban lesiones de primoinfección, de las cuales, el cincuenta y siete por ciento recordaban en todo a lo que hasta ese entonces llamabamos lesiones de reinfección. Desde este momento y frente a conceptos tan fundamentales ha nacido en el espíritu de los médicos y especialmente de los tisiólogos el estudio más cuidadoso de estas formas con esperanzas de un ordenamiento mas juicioso.

En este sentido también nos hemos encarrilado nosotros y frente al caso individual, nos alejamos de la ligereza de antes, hacemos la lectura semiológica de la radiografía con detenimiento, involucrando los mas infimos detalles; después tratamos de incluirla en la etapa dinámico evolutiva y por último analizamos en igual forma el estudio clínico, procu-

rando en lo posible sacar provecho de los hechos acumulados.

Recién estaríamos en condiciones de llegar acaso al diagnóstico efectivo, no sin confesar que en la gran mayoría de los casos él no es posible,

Esta interesante cuestión será enormemente beneficiada con la implantación del catastro en su evolución progresiva y universal.

Si bien es cierto que en muchos casos la ausencia de secuelas, el empastamiento del órgano hiliar y aún la de otras adenopatías intratorácicas pueden ayudar en el diagnóstico, sabemos que no son sino simples elementos de orientación, pero no de seguridad. Se prueba aquí una vez más que el simple elemento radiológico no es el todo para sentar definitivamente un diagnóstico. Será imprescindible para llegar a él, el auxilio de los demás complementos que la clínica nos brinda en toda su amplitud y especialmente el conocimiento del estado biológico anterior. La complejidad de la interpretación de todos estos casos lo ha dejado entrever inteligentemente Sayá cuando al hablar de la primoinfección dice que ella es valedera solamente en función del tiempo y de medio, conceptos estos que nos eximen de un comentario mayor.

Existe además a nuestro entender y esto hay que valorarlo profundamente, y es que a medida que se avanza en edad, el poder de reparación tisular es menor lo cual nos enseña que muy difícilmente podamos superponer casos parecidos cuando son de edad muy diferente. Podría ser esta una explicación de peso para los casos de los infiltrados primarios ul-

cerante y progresivos que se observan en los adultos (Bellin-
gi).-

Hechas estas salvedades, que estan lejos de querer agotar problema tan complejo, vamos a tratar en lo que sigue, de mostrar y de acuerdo a nuestra experiencia, cuales son las formas radiológicas de los infiltrados iniciales post-primarios.

Suponemos desde ya que todas estas sombras patológicas ocurren en un organismo alérgico cualquiera sea su intensidad.

No vamos a cometer el error de entrar en discusiones escolásticas que desde los clásicos hasta nosotros han citado a esta forma de tuberculosis como de patogenia endógenas, exógenas, etc.,.

Vamos a recordar si el trabajo publicado por Raul Vaca-
rezza y Benjamín Enkin en los Anales de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis (3), referente a un ordenamiento en los procesos post-primarios, a la cual nos adherimos por su claridad. Se habla allí de auto-infección super-infección y re-infección. La auto-infección sería la que acontece a partir de gérmenes provenientes del propio organismo, contemplándose que ello puede acaecer por exacerba-
ción temprana o mediata es decir por los elementos del complejo primario que conservan aún su actividad y la tardía o
lejana que sería mas rara y que podría deberse a una reactivación in situ, o a la difusión por vía linfática (generalmente retrógrada) o hemática pero siempre proveniente de focos anteriores.

En este caso y tratándose de una exacerbación temprana veríamos algunos de los componentes del complejo cuando éste no ha regresado en su totalidad, reencenderse con características múltiples. Podría darse este caso y sirva ello de ejemplo en un ganglio como el ázigos, que ya en regresión mostrará en un determinado momento su aumento de volumen con reaparición de la sintomatología clínica.

En la tardía podría verse la formación de un nuevo infiltrado en alguno de los elementos del complejo. Sería el caso de la formación de un infiltrado alrededor del afecto primario calcificado por ejemplo:

Indiscutiblemente que son mucho más frecuentes las implantaciones en el pulmón de los gérmenes venidos del exterior. En la sobreinfección esta nueva implantación se produce cuando aún subsiste con suficiente vitalidad la infección preexistente; y en la reinfección esta última se encontraría biológicamente envejecida o fenecida.

Vemos también aquí que para el desarrollo de estos infiltrados post-primarios juega un papel fundamental el estado biológico anterior.

Suponiendo, para llegar en forma mas cómoda al objeto de nuestro deseo, que ha sido satisfecho el estudio completo e incluido por supuesto, el estado biológico, vamos a describir las características radiológicas principales de las formas que nos ocupan. Hemos dejado expresa constancia que el diagnóstico precoz de estas formas es en realidad siempre tardío. Lo asintomático en etapas acaso prolongadas nos de-

muestra que su reconocimiento en los períodos del comienzo solo es posible cuando se hace el estudio radiológico seriado y periódico a través de la vida de los individuos que integran la colectividad humana.

Estas lesiones que son muy pequeñas, muchas veces están fuera del alcance del ojo humano. Comienzan como un pequeño infiltrado alveolar que puede alcanzar, en lo referente al tamaño, desde la mínima expresión radiográfica hasta el de una moneda de cinco centavos. Estas minúsculas lesiones pueden escapar al ojo mas avisar o confundirse con elementos anatómicos normales u otros procesos. Esto no está diciendo que el diagnóstico en el primer momento es sumamente difícil y lo que generalmente llamamos infiltrados iniciales son las etapas ya evolucionadas en su período de estado y aún en sus fases próxima a la terminación.

Tenemos la impresión de que no existe en nosotros el debido acostumbramiento para descubrir lo que realmente es un infiltrado inicial.

No debemos esperar la aparición de síntomas y mucho menos los ya llamativos como es la hemótesis para elaborar un diagnóstico. Sería de desear llegar al mismo en ese período en que el bacilo determina su primera etapa de inflamación inespecífica o en el momento inmediato con su especificidad, cuando sabemos que las lesiones son muy pequeñas y aun no destructivas.

Ignorámos si ello puede ser posible, pero de cualquier manera, si exigimos con rigor el estudio cuidadoso de toda

radiografía y mucho mas aún cuando se trate de individuos provenientes de fuentes infectantes o sospechosas. Es así como en el estudio seriado pueden sorprenderse estos infiltrados en su real momento de comienzo. Encaradas las cosas de esta manera no dudamos que la tuberculosis entraría en una etapa más feliz ya que el conocimiento de estas formas, bien llamadas por Sayé preclínicas, nos permitirían además de un diagnóstico precoz, un tratamiento igualmente precoz, exitoso talvez en el cien por cien de los casos.

Para no pecar de incompletos y aunque este no es el objeto que pretendemos abordar en esta oportunidad, la vacunación con el B.C.G. universal y periódica encauzaría esta enfermedad hacia una era más promisoría.

Y hablando de vacunación B.C.G. quién sabe hasta donde puede ella conducirnos frente a los infiltrados primarios y post-primarios vistos los resultados revolucionarios vertidos últimamente por la escuela Brasileña y que son ya del dominio médico general (4) .

Suponemos radiográficamente que las lesiones mas incipientes deben presentarse con carácter micronodular único o múltiple, o bien nodular, de contornos difusos como corresponde a toda lesión fresca. Estas formas a las que llamamos mínimas (aclarando que mínima radiográficamente correspondería a una sombra que no llega a tener casi nunca un centímetro de diámetro) podrían permanecer en este estado o bien progresar.

El componente anatómico que corresponde a un núcleo caseoso único o múltiple, no constituye el solo la lesión, ya

que sabemos que existe el acompañante obligado de la reacción perifocal. Esta minúscula lesión que convierte la zona de normal en anormal, necesita bastante tiempo para su formación y mucho más aún para convertirse en lo que podríamos llamar un infiltrado en su período de estado. Este hecho es de suma importancia porque al mismo tiempo que nos demuestra una cualidad casi propia del proceso tuberculoso, nos sirve además para diferenciarla de los demás, y especialmente de las sombras fugaces pulmonares. (Bellingi)

Las lesiones que mas generalmente estan a nuestro alcance son de mayor tamaño. En este aspecto las hemos visto desde el de una avellana hasta aquellos que toman todo un lóbulo, considerando pues que pueden darse todos los grados intermedios. En nuestro concepto y sin la pretensión de destruir el de la lobitis, mejor llamada lobulitis, a la que se ha querido dar el carácter de una forma particular sostenemos que no se trata sino más que de una infiltración inicial de tamaño en la que el infiltrado verdadero puede ser mínimo y la reacción colateral muy grande o bien darse el caso de una atelectasia lobar.

No puede hablarse de tal o cual forma en los infiltrados como cosa común sin tenerse en cuenta la reacción diferente que prestan los ~~diversos~~ componentes anatómicos del pulmón, como así mismo de la presencia o no de atelectasia.

La ubicación preferida de los infiltrados tuberculosos es el campo superior y los hemos visto mas a la derecha que a la izquierda.

Se señala el ápice o la región subclavicular como las

preferidas. Ello no quita que puedan ubicarse en otras zonas, como son la intercleidohiliar, el hilio o parahilio, la basal citadas en orden de preferencia. La razón de estas localizaciones es aún motivo de discusión. Se ha hablado de distintas condiciones de circulación, de alergia local, etc. Ultimamente William Dock (5) se ha ocupado del asunto y ha podido establecer la razón que existe entre la posición erecta del hombre y la localización apical de la tuberculosis en los campos superiores. Sin entrar en mayores detalles se demuestra que como la presión arterial del tercio cefálico del pulmón es nula cuando el individuo está vertical, por lo que se infiere que la formación de líquidos intersticiales o linfa es nula. Las condiciones de defensa son menores y el metabolismo gaseoso en esa zona esta seriamente perturbado, por lo que el bacilo tuberculoso encuentra allí condiciones muy favorables para su germinación y desarrollo.

Siguiendo con la ubicación y sin desconocer toda la serie de nomenclaturas clásicas y modernas, preferimos por su sencillez hablar simplemente de localizaciones en el campo superior, medio e inferior, aclarando que entendemos por situación en el campo superior desde el extremo ápice hasta una línea horizontal que pasa a ras de la extremidad anterior de la segunda costilla; el medio desde esta última hasta una línea horizontal que pasa a la altura de la cuarta e inferior, desde esta última hasta la extremidad caudal.

En lo referente a forma vamos a tener dificultades si nos referimos estrictamente al real comienzo de los infiltrados post-primarios.

Ya hemos dicho y volvemos a repetir que por lógica son pequeños y de aspecto infiltrativo. El crecimiento y evolución posterior son los que darán la forma con que lo vemos habitualmente.

Hemos visto individuos portadores de una lesión pequeña, de siete a ocho milímetros de diámetro más bien redondeadas (nodular) de borde imperfecto que en su evolución posterior se mantiene en igualdad de condiciones o precozmente se ulceran. Estos mismos a veces progresan lentamente en superficie y profundidad, sin perder su forma más o menos circular y terminando o no por la ulceración. Pueden observarse en ellos puntos únicos o múltiples de mayor densidad.

Estos infiltrados nodulares, en algún momento pueden perder su forma, asistiéndose a la emanación a partir de sus bordes, de prolongaciones estriadas o cordonales; otras veces se circunscriben y opacifican y si es que estaban ulceradas disminuyen sus dimensiones formando la cavidad empastada la cual es capaz de mantenerse durante mucho tiempo sin variar de aspecto.

Con las reservas del caso diríamos que esta es una forma de curación, pero no dejamos de reconocer también la posibilidad al igual que en las demás de su evolución tisiógena.

No debe confundirse este infiltrado nodular con el infiltrado redondo tuberculoso a quien sin entrar a considerar, sostenemos que es una cavidad empastada.

Otro tipo de infiltrado son los de aspecto infiltrativo o neumónico que ^{son} a decir verdad, los que vemos más frecuente-

mente.

Esta infiltración neumónica sabemos que es variable en tamaño, en su densidad radiográfica y en su limitación. Algunos son muy tenues, pequeños, medianos o grandes, que dejan ver a su través los elementos normales del órgano neumónico (trama vascular normal); en ocasiones dejan también transparentar pequeños nodulillos, en escaso número, que pueden corresponder tanto a elementos hemáticos como linfógenos o bien ser los núcleos caseosos del mismo. En su evolución vemos que son los que con más rapidéz desaparecen, lo que no quita y también lo hemos visto, que sean capaces de ser objeto de una tuberculosis evolutiva.

El infiltrado neumónico denso y homogéneo es un aspecto de observación cotidiana. Raramente es redondeado, sus contornos pueden ser o no precisos y cuando está bien delimitado en uno de sus bordes es porque tiene contacto pleural.

Este borde hítido se ve frecuentemente sobre la cisura horizontal. En ciertas ocasiones pueden ser dos los bordes, correspondientes uno a una de las cisuras y el otro al contacto que aparentemente aparece en la radiografía dorsoventral en la parte externa; pudiendo ocurrir también que todo un lóbulo se vea comprometido (lobulitis) siendo en orden de frecuencia el superior derecho y luego el medio del mismo lado.

Aconsejamos en estos casos como en todos los demás infiltrados las radiografías, por lo menos en dos posiciones, preferible frente y perfil, para concebir la forma y ubicación verdaderas. Ya es bien conocido el hecho que para la deli-

mitación lobular son necesarias esas dos posiciones, por lo cual no vamos a insistir.

Esta forma neumónica es de evolución variable y según ella serán los aspectos radiológicos, así vamos como en muchos casos se mantienen con todos sus caracteres regresando en periodos diferentes de tiempo; en otros, la sombra progresa, pudiendo ser asiento de cavidades únicas o múltiples que se destacan como cavidades mas o menos delimitadas de diversos tamaños, capaces de ofrecer dudas que obligan a hechar manos de técnicas especiales (planigrafía). Hay que recordar que el proceso tuberculoso comprende por igual alveólos o bronquios de distinto orden siendo estos últimos capaces de determinar mecanismos obstructivos que pueden hacer aparecer elementos de enfisema, también de variable tamaño, conducentes en muchas ocasiones a la interpretación de espeluncas. Ellos pueden adoptar un carácter fantasma y es así como aparecen desaparecen o adquieren un tamaño inusitado. No podemos olvidar también que la cercanía del proceso a la pleura puede determinar la reacción de esta serosa en forma localizada con depósitos de fibrina que aumenta la densidad del infiltrado y determina en ocasiones la formación de aros o anillos que simulan cavidades.

Las formas nodular y neumónicas también pueden asociarse, de manera que infiltrado y nódulos se entremezclan, no siendo raro la presencia de cavidades.

En algunas ocasiones hemos visto un conglomerado de nodulillos limitados a un pequeño sector, generalmente en el campo superior, mas a la derecha que a la izquierda, que

recuerdan a la siembra zonales, districtuales o parcelares descripta por Gamma y Salloti (9), a partir de los cuales en la evolución posterior se observa la formación de un infiltrado mas o menos homogéneo, pero que con la radiografía penetrante, dejan ver su primitivo *substratum* micronodular. Puede inferirse para ellas, como lo dicen D'Ovidio y Bellin-
gi (6) a una posible patogé-
nia hemática. Pueden estos nodu-
lillos ser uniformes en lo que a forma y tamaño se refiere, lo que los acercaría más a su origen hemático, o bien ser de-
siguales, apareciendo al lado de los pequeños otros mayores. Anotamos además el hecho del predominio de los pequeños.

Este somero estudio que hasta el momento llevamos he-
cho estaría en un todo de acuerdo con la clasificación anto-
mopatológica de Sayago y Gomez Casco (1) cuando hablan de
las siguientes formas:

Nodular

Nodular ulcerado

Neumónico

Neumónico ulcerado

Mixto

Mixto ulcerado

Esta clasificación, que nos parece acertada, sin afán
de crítica, creemos que puede completarse de acuerdo a la
opinión de Bellin-
gi en el sentido de que las formas antes
mencionadas hay que hacerle el agregado de la presencia o
no de atelectasia aneumatosis, ya que sabemos que con rela-
tiva frecuencia son un acompañante de los procesos tubercu-
losos pulmonares.

Igualmente y en la opinión del mismo autor, no puede dejar de señalarse a la forma pleural, ya que no siempre las pleuresías han de estar vinculadas a la primo infección o a las tuberculosis hematógenas.

Si aceptamos el mecanismo de autoinfección, en algunas oportunidades, aparte de la reactivación de cualquier foco que son capaces de adoptar algunas de las formas estudiadas merece recordar la reactivación que puede ubicarse sobre el elemento ganglionar en ausencia de otras lesiones a simple vista. Esto lo hemos visto y una de estas observaciones figura en el presente trabajo.

En resumen diríamos que desde el punto de vista radiológico tenemos las siguientes formas: (Bellingi)

Nodular	)	
Nodular ulcerada	) $\frac{1}{2}$	
Neumónica	)	Con o sin atelectasia
Neumónica ulcerada	)	
Mixta	)	
mixta ulcerada.	)	

Micronodular

Micronodular ulcerada

Pleural

Ganglionar

Todos estos infiltrados que hemos recordado hasta aquí, ofrecen también variantes radiológicas por su manera de evolucionar. Los nodulares y neumónicos son de tendencia pro-

gresiva y es así como los vemos en su curso ulcerarse, dar siembras, etc. Otras veces sin ser malignos en extremo y sin formar cavidades se mantienen largamente con evolución crónica y torpida, e inmutables a través del tiempo en las serie radiográfica. Pecaríamos de incompletos si no dijéramos que muchos de estos infiltrados ofrecen un a evolución fugaz. No dudamos de que los hay y tenemos pruebas de ellos, aunque claro está que su interpretación no deja ocasionalmente de ofrecer ciertas dudas con el gran grupo de los infiltrados inespecíficos, máxime que como ellos curan totalmente sin dejar la más mínima secuela.

La variedad ganglionar que acontece en un individuo ya alérgico y desvinculado en el tiempo de la primoinfección, aparece en uno de ellos en cualquier sitio siendo mas común el axigox. Esta gangliomegalia que aumenta progresivamente de tamaño, no es nunca tan grande como la que se ven en el curso de la primoinfección. Puede permanecer como cosa única o bién dando lugar a elementos cordonaes que emergen del mismo y asociándose a veces a formaciones parenquimatosas. Podría pensarse aquí en una reinfección ganglionar endógena con linfangitis retrógrada posterior.

Cuando los infiltrados se ulceran las cavidades que determinan pueden tener formas variadas pero indiscutiblemente predominan las redondas. Cuando la caverna es muy pequeña (cavernula) puede deberse a ulceración de la infáltración mínima aludida al comienzo de la descripción la cual puede no verse, no solo por sus escasas dimensiones sinó también por la poca reacción parietal. En estos casos puede prestar

ayuda la radiografía estereoscópica. La espelunca en sus componentes (borde, inferior gaseoso, nivel líquido, bronquio de avenamiento, etc.) debe ser bien analizada. La presencia de un borde o halo importante nos hace pensar en atelectasia, estando en favor de ella la lisura del interior cavitario. Por otro lado en los casos de colapsoterapia gaseosa tenemos la prueba del fenómeno aludido al observarse un neumotórax paradójal, que reproduce sobre la zona atelectasica cavitaria al conocido con el nombre de districtual de Epifanio.

Las cavidades de los infiltrados, como las que se observan también en otras lesiones tuberculosas, pueden no cambiar de tamaño, forma, cuando se las colapsa, lo que puede ser dividido a su pegamiento como acontece cuando se encuentran cerca de la superficie pleural. Las radiografías en incidencias múltiples, frente y perfil, o tomografía, pueden aclarar la cuestión. Otra causa por la cual la cavidad mantiene su forma puede ser el soplamiento que origina el bronquio de avenamiento cuando el se encuentra en estenosis. Este bronquio puede no ser muy visible, pero generalmente lo es viandose como en un extremo de la cavidad, con mucho el semiarco inferior ofrece una prolongación con tendencia hacia el órgano hiliar en la cual pueden estudiarse diversos detalles. Se lo ve como dos líneas mas o menos gruesas que limitan un espacio claro y que en su unión a la espelunca forman un conjunto parecido a una raqueta. Cuando las paredes del bronquio se observan en esta forma puede hablarse con razón de una verdadera pan-bronquitis.

En otras oportunidades a partir del infiltrado las pro-

longaciones hacia el hilio se hacen en forma de verdadero haz dentro del cual se pueden o no distinguir los bronquios. Estos últimos, por fin, pueden presentarse como dos líneas paralelas no muy separadas muy ténues, pero que pueden ser accesibles a la mirada experta, más aún con el auxilio de la lupa.

Todas estas formas de comienzo que hemos ido viendo hasta el momento son con mucho únicas, pero no es excepcional el caso de observación de dos o más. Es la tan conocida cuestión de los infiltrados que los textos antiguos llamaban "infiltrados hijos" o los modernos que los rotula como "los mal llamados infiltrados hijos". Solo vamos a decir que cuando ellos estan presentes obedecen a la misma patogénia cualquiera sea su cronología, pues puede ocurrir que aparezcan al mismo tiempo o uno después del otro. Cuando estamos frente a estos últimos, la evolución puede ser la misma o bien diferente. Queremos con ello significar que ambos, por ejemplo, pueden regresar, pueden ulcerarse, etc. o bien uno ulcerarse y desencadenar una tisis, y el otro regresar con restitución total.

Cuando entre los dos infiltrados media un espacio de tiempo importante y mucho mas si el primero se ha ulcerado, no debemos dejar de pensar, que el más reciente sea consecuencia de una siempra broncógena limitada y fértil.

Las formas que hemos pasado revista como así también las que no hemos mencionado, pueden determinar la reacción de un ganglio o grupo de los mismos tanto más cuanto más joven es el individuo. La confusión con una lesión primaria se-

rá tanto más posible, pero tenemos el convencimiento de que el infarto ganglionar, aunque mas frecuentemente ligado a la etapa primaria, se desarrolla en los demás períodos denámico-evolutivos de la tuberculosis.

Hasta aquí hemos pasado revista a una serie de sombras pulmonares que nos ha sido dable observar entre los enfermos concurrentes al Hospital y Dispensario. Cabe suponerse que todas nuestras observaciones han sido estudiadas en forma completa, es decir, con el exámen físico, de laboratorio, etc, completadas con la encuesta social.

De otro modo no sería posible llegar al diagnóstico de presición, puesto que el simple documento radiográfico, aún observado en serie, es insuficiente para llevarnos a una conclusión categórica.

Hubicados frente al cliché radiográfico, solo podemos hablar de formas patológicas pulmonares, hacer la descripción semiológica y en base a nuestros conocimientos médicos hacer la disquisición diagnóstica. En mérito a la honestidad llegaremos siempre a la conclusión de que estamos frente a una "sombra pulmonar".

Conocido lo antes dicho, vamos a citar algunas sombras que por su aspecto pueden simular en un determinado momento, un infiltrado inicial tuberculoso post-primario.

En grupo vamos a mencionar a los infiltrados fugaces no tuberculosos o inespecíficos (7). Sabemos que ellos son sombras de u opacidades que tienen como características no dar síntomas o ser poco llamativos, de aspecto infiltrativo, variable desde el tamaño modular al lobar siendo lo mas

característico su poca duración, ya que desaparecen en días o semanas. Obedecen a múltiples etiologías (gripal, sarampinoso, tifoideo, enfermedades alérgicas o parasitarias, etc.

Para su reconocimiento y diferenciación, diremos que en las radiografías de estos enfermos asistimos entre las cuarenta y ocho y setenta y dos horas, a la formación de un velo tenue que refuerza la trama normal, por posible bronquitis y peribronquitis, y que conjuntamente con la ingurgitación del hilio, nos hace pensar en la participación vascular. Vemos pues que en dos o tres días el infiltrado se halla constituido y en un plazo variable de 3 á 21 días y a veces un poco mas desaparece totalmente y sin secuelas.

Si recordamos que el infiltrado inicial tuberculoso post-primario necesita para llegar a su período de estado varios meses y que para su desaparición igual período de tiempo o años, nos parece innecesario entrar en mayores detalles diferenciales. Por otro lado y en nuestra experiencia, los infiltrados fugaces que hemos visto han sido basales lugar éste no muy frecuente para la tuberculosis.

La neumonía genuína, merece también su recuerdo porque en determinadas circunstancias, puede obligar al diagnóstico diferencial aún frente a clínicas tan diferentes. Sabemos que en extensión este proceso puede adoptarse desde una forma mínima, en lo que a su expresión anatomo radiográfica se refiere, hasta la llamada masiva, capaz de ocupar todo un hemitórax. La más frecuente es la lobar o pseudolobar. Su localización mas común el lóbulo superior y zona paravertebral en el niño, y la basal en el adulto, aunque pueden darse situa-

ciones atípicas.

Limitándonos exclusivamente a la neumonía mas típica, no siempre el práctico tiene oportunidad de sorprenderlas radiográficamente, por su corta duración o por el empleo actual de los sulfamidados y antibióticos, que son de indiscutible éxito para su regresión mas precóz. En los casos en que ha sido posible observarla, el radiograma nos muestra una sombra de aspecto infiltrativo variable en su densidad, y las pocas que hemos observado han sido suficientemente densas y sus contornos generalmente nítidos por invadir todo un lóbulo, De aquí el porque se dice que una parte del proceso es el verdaderamente neumónico y el resto atelectásico. No hacemos mención de los casos complicados que llevan al derrame y a la supuración. La clínica en su observación cuidadosa es la que hace el diagnóstico especialmente si tenemos en cuenta la etiología y evolución tan diferente. La localización superior puede en algunas circunstancias confundir, pero las dudas quedarán aclaradas en el correr de los días ya que en el caso de la neumonía al décimo día, se asiste a la resolución total, con discretísimas secuelas micronodulares o cordonaes que también rápidamente desaparecen, no ocurriendo como ya hemos expresado repetidamente con el infiltrado tuberculoso.

Mencionamos también a las supuraciones no tuberculosas especialmente a los abscesos y la gangrena de pulmón primitivo o secundarios, siendo de clínica y radiología tan diferentes, solo nos parece de interés frente al tema referirnos unicamente a la forma infiltrativa del absceso que con su

cavernización precóz es capaz de confundirnos con el infiltrado inicial tuberculoso excavado. No siempre el absceso con esta modalidad es poseedor de una clínica aclaratoria, pues nos basta recordar que muchas veces los hemos visto neumotorizados al ser considerados erróneamente como tuberculosos.

Insistiremos una vez más que estos abscesos solo pueden diferenciarse con formas muy evolucionadas del infiltrado inicial fímico ya que su extensión al presentarse es grande y su potencial evolutivo mucho mayor que en el caso del proceso tuberculoso. A pesar de todas estas consideraciones, en muchas circunstancias es el estudio clínico global el único capaz de establecer su diferencia.

El hembolismo pulmonar, consecuencia de enfermedades de la vena, del corazón, y de otras afecciones no cardiocirculatorias son capaces de determinar en el pulmón sombras muy variables en su forma, ubicación y tamaño. Mazzei y colaboradores (8) describen las siguientes: el lobular, el triangular de base externa o interna, el redondeado, alargado en franja y la infiltrativa etc.

De todos ellos la de más interés en nuestro caso es la infiltrativa en la cual, pueden observarse densidades desiguales con un núcleo central más opaco.

Debemos confesar en nuestra modesta experiencia que en muy contadas circunstancias los hemos visto con la forma que los clásicos las han señalado. En cambio en la endocarditis y especialmente en las tromboflebitis, hemos observado esta

complicación pulmonar preferentemente en campo medio y base, mas a la derecha que a la izquierda, como sombras infiltrativas no muy densas, irregulares y de contornos mal delimitados.

Como ya hemos hecho para las otras entidades mórbidas aquí el estudio y conocimiento del enfermo en toda su amplitud clínica nos llevará hacia el diagnóstico.

Es de real interés el diagnóstico diferencial con el cáncer de pulmón, cuando este es reciente, ya que al motivo principalísimo que constituye la diferencia entre ambos, se agrega el de poderle reconocer al blastoma en este momento, acaso el único capaz de dar cierta chance curativa al cirujano. Descubrir al cáncer cuando este se presenta complicado (atelectasia lobal o masiva, supuración, empiema, caverna neo-plásica corrosión cortical etc.) no ofrece dificultades desde el punto de vista diagnóstico y por otro lado, equivale a un descubrimiento tardío. Son las pequeñas sombras alejadas de los grandes bronquios las que ofrecen por su aspecto infiltrativo inicial, posibilidades de confusión con la tuberculosis. De aspecto uniforme, crece lentamente y cuando contacta con elementos óseos como la costilla, la corroe y destruye lentamente.

Este infiltrado neoplásico es como hemos dicho, un aspecto que se da cuando se desarrolla en las zonas alejadas de los grandes bronquios y especialmente cerca de la superficie pleural. Por ello precozmente dan dolor y corrosión costal. Siempre debemos obtener radiografías de frente y de perfil.

Comprendemos que diferenciarlo en este momento es tarea a veces difícil y de no existir algún hecho particular radiográfico que nos encauce hacia el camino certero, será la clínica con la broncoscopia, el laboratorio, inclusión del esputo repetido, el examen a fresco del mismo, la punción transtorácica o la toracotomía exploradora, etc., la encargada de ponernos en la buena senda .

No vamos a continuar porque escapa a los límites de nuestros propósitos con el diagnóstico diferencial, ya que si nos atenemos estrictamente al concepto anatomo radiológico de la tuberculosis inicial, a su evolución y desarrollo, aún sin la intervención de la clínica y el laboratorio es muy posible que nos acerquemos a su verdadero diagnóstico. Interpretadas como simples sombras debemos confesar que la clínica y el laboratorio son las que nos acercarán a la verdad.

No queremos finalizar sin decir una vez más, que todas las formas a las que hemos pasado revista, son en su gran mayoría sombras patológicas pulmonares de diagnóstico tardío, ya que las estrictamente iniciales son muy pequeñas y escapan a los exámenes comunes pues son asintomáticas, siendo en cambio hallados en virtud de un examen fortuito o de los estudios de catastro. Ello nos enseña que para el beneficio de todos se debe intensificar el catastro de las colectividades supuestas sanas y proceder con método en la buena lectura de las radiografías.

Casuística

Observación N° 1.-

C. E. 32 años, con antecedentes cargados en lo referente al ambiente. Esposo y Hermano fallecido por tuberculosis - Alérgica consulta por precaución. Exámen Clínico negativo. En la radiografía correspondiente se observa: parenquima pulmonar en general normal; elementos residuales calcificados sobre hilio izquierdo; en el P.D. sombra pequeña redondeada de 5 milímetros de diámetros sobre el ángulo que forman el arco anterior de la segunda costilla y el posterior de la séptima . Interpretamos este caso como una forma verdadera de tuberculosis inicial post-primaria.

Observación N° 2.-

Ch. A. 28 años. Hijo de padre tuberculosos Alérgicos-
Concorre por precaución. Ausencia de síntomas llamativos -
Exámen clínico negativo - Radiografía N° 1 pulmón izquierdo
normal. P.D. sombra pequeña cavitaria del tamaño de una mo-
neda de cinco centavos ubicada en el tercio externo entre
los arcos anteriores de 4a. y 5a. costilla y en la intercep-
ción con el arco posterior de la 8a. En la evolución poste-
rior se asiste al empastamiento de la cavidad como lo mues-
tra la radiografía posterior. Interpretamos como un infiltra-
do inicial post-primario con excavación ultraprecoz.

Observación N° 3.-

P.E. 26 años. Es enviado al servicio para su estudio pulmonar por tener una conjuntivitis flictemular - Antecedentes y examen clínico negativo - Alergico - Estudio radiográfico - Ambos pulmones en general normales. En el campo superior derecho se observa una pequeña sombra oval de tres por cinco milímetros sobre el tercio externo de la tercera costilla arco posterior. Corresponde esta observación a un infiltrado verdaderamente inicial post-primario.

Observación N° 4.-

C.J. 32 años. Con antecedentes importantes de ambiente (novio fallecido por tuberculosis) consulta por precaución - Exámen clínico negativo - Alérgica - Estudio radiográfico P. I. normal. P.D. Se observa una imagen cavitaria del tamaño de una moneda de cinco centavos en el campo superior, Visible sobre el ángulo que forman en el tercio externo los arcos anteriores de la primera y segunda costilla y la clavícula. Diagnóstico: infiltrado inicial post-primario cavitado precozmente

Observación N° 5 .-

F. E. de.- 29 años con embarazo de 4 meses, consulta por aparición de tos espasmódica muy molesta. Sin antecedentes. Exámen clínico negativo - Alérgica. Lavado bronquial positivo para el shock por inoculación.

Estudio radiológico: Radiografía N° 1 - P.I. normal
Piel: en el campo superior, en el tercio externo, sobre los arcos posteriores de 2a. tercera y cuarta costilla imagen micronodular, a nódulos blandos con hipercalvidades muy pequeñas.

Radiografía N° 2: Sobre la zona enferma se ven los mismos elementos pero en menor número y la aparición de una pequeña cavidad del tamaño de una moneda de cinco centavos bien visible sobre un cuadrilátero que forman los arcos anteriores de primera y segunda costillas y los posteriores de tercera y cuarta.

Corresponde a una forma de comienzo en la que el diagnóstico no ha sido suficientemente precoz por lo que podemos decir que se trata de una forma inicial post-primaria en su período de estado.

Observación N° 6.-

P.A .- 19 años , consulta por expectoración hemoptoica -
Exámen clínico negativo. Lavado bronquial positivo a la
prueba directa. Estudio radiográfico. P.I. Normal, P.D. en
el campo superior entre los arcos anteriores de primera y
segunda costilla imagen micronodular a una excavación de
forma oval de siete por doce milímetros.

Corresponde a un infiltrado inicial post-primario ya
evolucionado y en su período de estado.

Observación N° 7.-

E. B. 24 años. Sin antecedentes . Se descubre su afección en exámen de catastro para ingresar a los Ferrocarriles del Estado. No había signos generales ni funcionales.

Exámen clínico negativo - Lavado bronquial positivo a la prueba directa. Estudio radiológico. Radiografía N° 1 - P. I. Normal - P.D. Se observa una cavidad de doce milímetros de diámetro rodeada por un lado atelectásico muy uniforme y de 5 milímetros y ubicada entre la terminación de los arcos anteriores de segunda y tercera costilla. Radiografía N° 2 , en el sitio lesionado la espelunca se ha reducido y empastado, observándose además un neumotorax completo.

Corresponde a un infiltrado inicial post-primario excavado en su período de estado.

Todas estas observaciones han sido gentilmente cedidas por el servicio de la Sala 6a. del Hospital San Juan de Dios de la Plata.-

CONCLUSIONES

- 1°..) llamamos formas iniciales post-primarias a toda sombra patológica tuberculosa pulmonar en su etapa de comienzo y ocurrente en un organismo alérgico.
- 2°..) El infiltrado inicial post-primario es asintomático desde el punto de vista clínico y se lo descubre por lo tanto en ocasión de un exámen casual o en los estudios de catastro.
- 3°..) Corresponden ellos a sombras mínimas de pequeña extensión, generalmente micronodulares o nodulares, no mayores de un centímetro de diámetro.
- 4°..) Su crecimiento es extremadamente lento, necesitando por lo tanto meses o años para presentarse en su período de estado.
- 5°..) Este período de estado corresponde a lo que por lo general se designa erróneamente con los nombres de infiltrado precóz, pretísico o inicial (Tapia) etc.
- 6°..) El diagnóstico diferencial no ofrece dudas si se tiene en cuenta su crecimiento lento, evolución, el estado biológico anterior, complementos clínicos, procedencia, y el estudio del medio.
- 7°..) No abrimos juicios con respecto a la creencia general de que los infiltrados de esa etapa son de tendencia progresiva ya que al expresarse así se involucran a formas que a nuestro entender son evolucionadas o en su período de estado y no a las formas mínimas verdaderamente iniciales detalladas en el presente trabajo.

- 8°.) Por el hecho de constituir formas corradadas su hallazgo involucra menores posibilidades de contagio para la colectividad, cumpliéndose al descubrirlas con uno de los postulados de la profilaxis.
- 9°.) Por ser estas formas verdaderamente preclínicas, la terapéutica bien orientada permite el éxito en la inmensa mayoría de los casos.
- 10°.) Como es el catastro o el examen de salud, el único procedimiento capaz de ponerlos en evidencia, es necesario que esta buena disciplina se insinúe paulatinamente con carácter obligatorio y periódico.

- - - - -

BIBLIOGRAFIA CITADA

- 1º) l. Sayago y Gomez Casco.- Iniciación de la Tuberculosis en el adulto. Revista Panamericana de Medicina y Cirujía. Tomo I - Nº 1 - Pag. 30 á 61. Julio, Agosto, Setiembre 1947.-
- 2º) Luis Sayé .- Curso de Perfeccionamiento 1940. Apuntes. Inedito.
- 3º) Raul Vacarezza y Benjamín Enkin.- La Morbilidad Tuberculosa sobrevenida en los jovenes sanos Tuberculino positivos. Anales de la Cátedra de Patología y Clínica de la Tuberculosis. Volumen VIII - Nº 2 - Pag. 207 y 229.-
- 4º) Arlindo de Assis.- Vacunación B.C.G. Concurrente. Symposium sobre B.C.G. Decimocuarto mitin anual Amecan College - Chicago Illinois - Junio 17 - 20-1948. Inedito
- 5º) W. Dock .- Apical localization of Pthisis. American Review of Tuberculosis. Volumen LIII - Nº 4 Pag. 297 - 305.-
- 6º) Francisco R. D'Ovidio y José Bellingeri.- Tuberculosis Pulmonar Hematógena. Relato oficial Priemer Congreso Argentino de Fisiología 3 - 6 noviembre de 1947.-
- 7º) Francisco Quijano.- Sombras Fugaces no Tuberculosas de Pulmón. Tesis de Doctorado 1945. Universidad Nacional de La Plata.-
- 8º) Egidio Mazzei - Diego Taylor Gorostiaga y Elyeser Ma-

galhes.- El Embolismo Pulmonar . Anales de la Facultad de Ciencias Médicas. de La Plata - Tomo XII - 1945 - Pag. 10 - 159.-

9ª) C. Gamma, y A. Salotti.- Formas Miliare Regienale Da Tuberculosi Pulmonare. Minerva Médica Anno XXIV - Tomo 1 - N° 4.-

10º) José Bellingi.- Formas Iniciales de Tuberculosis - Apuntes de Clases - Inédito - Año 1947 - 48-

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1) Manuel Tapia.- Formas Anatomoclínicas, Diagnóstico y Tratamiento de la Tuberculosis Pulmonar 1941- Artes Gráficas Porto.

2) C. Díez Fernandez.- La Tuberculosis Pulmonar en el Niño - y en el Adulto. Manuel Marín y G. Campos. Editores Madrid.

3) C. Gimenez Diaz.- Lecciones de Patología Médica 1935 . Editorial Científica Médica.

4) L. Gianneret.- La Tuberculose de L'Enfant. Editorial Baillere París 1915.

5) A. Omodei Zorini.- Atlante Anatomico-Radiológico della Tuberculosi Pulmonare. Roma 1940.-

6) W. Neuman .- Clínica de la Tuberculosis Pulmonar en el Adulto. Editorial Labor. Barcelona 1934.-

7) Aloysio de Paula.- Tuberculosis Inaparente - La Prensa Médica Argentina. Vol.XXXIII - Agosto 1941 -N°31 - pag.1571-1721 y 1787.-

- 8) Fernando D. Gomez.- La Tuberculosis Primaria y de Reinfección del Adulto. Su significado clínico. Epidemiológico y Social. Hoja Tisiológica 1946. N° 4. Pag. 420.
- 9) P. Purriel y A.A. Piaggio.- Lesiones Iniciales de la Tuberculosis Pulmonar del Adulto. Hoja Tisiológica - Tomo V - Diciembre 1945 - N° 4 pag. 398.-
- 10) J.C. Etcheverry.- El comienzo y desarrollo de la Tuberculosis Pulmonar. Según Mamros y Hedwall Hoja Tisiológica - Tomo I. Diciembre de 1941 - N° 4 pag. 291.-
- 11) J.C. Etcheverry.- Tuberculosis Primaria, Secundaria y Terciaria. El hombre según E. Ranke. Traducción y Resumen extenso. Hoja Tisiológica Junio 1942 - Tomo II - N° 2 - pag. 131.-
- 12) J.C. Etcheverry.- Conceptos de H. Braeming sobre el comienzo de la tuberculosis pulmonar en el adulto. Hoja Tisiológica N° 2. Tomo I - Junio 1941 pag. 145.-
- 13) C. Pana y G. Torelli.- Sulla morfologia anátomo radiologica di alcuni caratteristici noduli tubercolasi primari del pulmone. Annali dell' Instituto "Carlo Forlanini" Luglio- Agosto- N° 78 pag. 621.-
- 14) P. Amenille - A. Saenz et G. Canetti.- Tuberculose abortive et reinfection Tuberculose. La Presse Medicale - N° 53 Junio 194 pag. 505.
- 15) Fernando D. Gomez y Cleopatra Epifanto.- Formas de

INICIACIÓN de la tuberculosis.- Hoja Tisiológica Tomo V
Junio 1945 - Nº 2 pag. 135.-

- 16) A. R. Gines - E. Gould y B. Drechman. - La Tuberculosis pulmonar inaparente en relación a los tipos constitucionales de Sigaud - Hoja Tisiológica Tomo V - diciembre 1945. Nº 4 pag. 444.-
- 17) Gumersindo Sayago y Luis Cano Gironda. - La infección tuberculosa en el medio familiar supuesto sano. Temas de tisiología - Cuaderno XIII- XIV- pag. 121.-
- 18) Orrego Puelmo - Rogelio Erazo - Rafael Lorca y Pedro Renard. - Formas de iniciación de la tuberculosis en el adulto - Aparato Respiratorio y Tuberculosis. Año XI - 1946 - Nº 4 pag. 280.-
- 19) Raul F. Vacarezza, y Benjamin Enquist. - La reinfección tuberculosa fértil- La Prensa Médica Argentina. Vol. XXXIII - Setiembre 1946. Nº 39 pag. 1948.-

Aut. 1949
Enquist

Vacarezza