

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

- PLEURESIAS HEMORRAGICAS CANCEROSAS -

Padrino de Tesis:

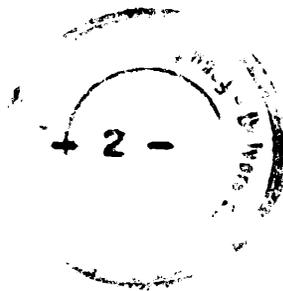
Dr. Luciano M. Andrieu

Tesis de Doctorado

de

JUAN CARLOS ZARLENGA

- AÑO 1952 -



MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES:

RECTOR:

Profesor Dr. Luis Irigoyen

VICERRECTOR:

Dr. Pedro Guillermo Paternosto

SECRETARIO GENERAL INTERINO:

Don: Victoriano F. Luaces

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Don: Rafael G. Rosa.

CONTADOR GENERAL: Horacio J. Blake.

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

Prof. Dr. Rodolfo Rossi

Prof. Dr. José F. Molfini

Prof. Dr. Pedro Guillermo Paternosto

Prof. Dr. Carlos María Harispe

Prof. Dr. Horis del Prete

Prof. Dr. Benito Perez

Prof. Dr. Eugenio Mordegli

Prof. Silvio Mangariello

Prof. Arturo Cambours Ocampo

Ingeniero Carlos Pascali

Dr. Obdulio F. Ferrari

Ing. Ag. René R. E. Thiery

Ing. Ag. José María Castiglioni

- - - -



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES:

DECANO:

Prof. Dr. Pascual R. Cervini

VICEDECANO:

Prof. Dr. Rodolfo Rossi

SECRETARIO:

Prof. Dr. Flavio J. Briasco

Oficial Mayor a Cargo de Prosecretaría:

Sr. Rafael Lafuente

- - - -

CONSEJO DIRECTIVO:

Prof. Dr. Diego M. Argüello

Prof. Dr. Inocencio F. Canestri

Prof. Dr. Roberto Gandolfo Herrera

Prof. Dr. Hernán D. González

Prof. Dr. Rómulo R. Lambre

Prof. Dr. Víctor A. Bach

Prof. Dr. Victorio Nacif

Prof. Dr. Enrique A. Votta

Prof. Dr. Herminio L. M. Latti

Prof. Dr. Julio R. A. Obiglio.

- - - -



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA/

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisoo

" Greco Nicolás V.

" Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M.- Cl. Oftalmológica

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

" Bianchi Andrés C.- Anatomía y F. Patológicas

" Caeiro José A.- Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F.- Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio.F.- Toxicología

" Carreño Carlos V.- Higiene y M. Social

" Cervini Pascual R.- Cl. Pediátrica y Puericult.

" Corazzi Eduardo S.- Patología Médica Ia.

" Christmann Federico E.B.- Cl. Quirúrgica IIa.

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

" Echave Dionisio.- Física Biológica

" Errecart Pedro L.- Cl. Otorrinolaringológica

" Floriani Carlos.- Parasitología

" Gandolfo Herrera Roberto I.- Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto.- Fisiología y Psicología

" Girardi Valentín C.- Ortopedia y Traumatolog.

- Dr. González Hernán D.- Cl. de Enf. Inf. y P. T.
- " Irigoyen Luis.- Embriología e H. Normal
- " Lambre Rómulo R.- Anatomía Ia.
- " Loudet Osvaldo.- Cl. Psiquiátrica
- " Lyonnet Julio H.- Anatomía IIa.
- " Maciel Crespo Fidel A.- Semiología y Cl. Proped.
- " Manso Soto Alberto E.- Microbiología
- " Martínez Diego J.J.- Patología Médica IIa.
- " Mazzei Egidio S.- Cl. Médica IIa.
- " Montenegro Antonio.- Cl. Genitourológica
- " Monteverde Victorio.- Cl. Obstétrica
- " Obiglio Julio R.A.- Medicina Legal
- " Othaz Ernesto L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Rivas Carlos I.- Cl. Quirúrgica
- " Rossi Rodolfo.- Cl. Médica Ia.
- " Sepich Marcelino J. Cl. Neurológica
- " Uslenghi José P.- Radiología y Fisioterapia

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilar Giraldes Delio J. Cl. Pediatría y Pueric.
- " Acevedo Benigno S.- Química Biológica
- " Andrieu Luciano M.- Cl. Médica Ira.
- " Barani Luis Teodoro.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Bach Víctor Eduardo A.- Cl. Quirúrgica Ira.
- " Baglietto Luis A.- Medicina Operatoria

- Dr. Baila Mario Raúl.- Cl. Médica 2da.
- " Bellingi José.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis
- " Bigatti Alberto.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Briasco Flavio J.- Cl. Pediátrica y Puericult.
- " Calzetta Raúl V.- Semiología y Cl. Propedéut.
- " Carri Enrique L.- Parasitología
- " Cartelli Natalio.- Cl. Genitourrológica
- " Castedo César.- Neurológica
- " Castillo Odena Isidro.- Ortopedia y Traumatolog.
- " Ciafardo Roberto.- Cl. Psiquiátrica
- " Conti Alcides L.- Cl. Dermatosifilográfica
- " Correa Bustos Horacio.- Cl. Oftalmológica
- " Curcio Francisco I.- Cl. Neurológica
- " Chescotta Néstor A.- Anatomía Ira.
- " Crocchi Pedro A.- Radiología y Fisioterapia
- " Dal Lago Héctor.- Ortopedia y Traumatología
- " De Lena Rogelio E.A.- Higiene y M. Social
- " Dragonetti Arturo R.- Medicina y H. Social
- " Dussaut Alejandro.- Medicina Operatoria
- " Dobric Beltrán Leonardo L.- Pat. y Cl. de la T.
- " Fernández Audicio Julio César.- Cl. Ginecológ.
- " Fuertes Federico.- Cl. de Enf. Infec. y P. T.
- " Garibotto Román C.- Patología Médica 2da.
- " García Olivera Miguel Angel.- Medicina Legal

- Dr. Giglio Irma C. de. O Cl. Oftalmológica
- " Girotto Rodolfo.- Cl. Genitourológica
- " Gotusso Guillermo O.- Cl. Neurológica
- " Guixá Héctor Lucio- Cl. Ginecológica
- " Gorostarzu Carlos María C.- Anatomía IIa.
- " Ingratta Ricardo N.- Cl. Obstétrica
- " Imbriano Aldo Enrique.- Fisiología Psicología
- " Lascano Eduardo Florencio.- Anatomía y F. Patol.
- " Bogascio Juan,- Patología Médica Ira.
- " Loza Julio César.- Higiene y M. Social
- " Lozano Federico S.- Cl. Médica Ira.
- " Mainetti José María.- Cl. Quirúrgica Ira.
- " Martini Juan Livio.- Cl. Obstétrica
- " Manguel Mauricio .- Cl. Médica 2da.
- " Marini Luis C.- Microbiología
- " Martínez Joaquín D.A.- Semiólogía y Cl. Proped.
- " Matusevich José.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Meilij Elías.- Pat. y Cl. de la Tuberculosis
- " Michelini Raúl T.- Cl. Quirúrgica 2da.
- " Morano Brandi José F.- Cl. Pediátrica y Pueric.
- " Moreda Julio M.- Radiología y Fisioterapia
- " Nacif Victorio.- Radiología y Fisioterapia
- " Naveiro Rodolfo.- Pat. Quirúrgica
- " Negrete Daniel Hugo.- Pat. Médica

- Dr. Pereira Roberto F.- Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto.- Embriología e H. Normal
(a car. del Curso)
- " Prini Abel.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Penín Raúl P.- Cl. Quirúrgica Ira.
- " Polizza Amleto.- Medicina Operatoria
- " Ruera Juan.- Patología Médica Ira.
- " Sánchez Héctor J.- Patología Quirúrgica
- " Taylor Gorostiaga Diego J.J.- Cl. Obstétrica
- " Torres Manuel M.del C.- Cl. Obstétrica
- " Trinca Saúl E.- Cl. Quirúrgica 2da.
- " Tau Ramón.- Semiología y Cl. Propedéutica
- " Tosi Bruno.- Cl. Oftalmológica
- " Tropeano Antonio.- Microbiología
- " Tolosa Emilio.- Cl. Otorrinolaringológica
- " Vanni Edmundo O.F.U.- Semiología y Cl. Propedéutica
- " Vázquez Pedro C.- Patología Médica 2da.
- " Votta Enrique A.- Patología Quirúrgica
- " Zabudovich Salomón.- Cl. Médica 2da.
- " Zatti Herminio L.M.- Cl. Enf. Infec. y P. T.
- " Roselli Julio.- Cl. Pediatría y Puericultura
- " Schaposnik Fidel.- Cl. Médica 2da.
- " Caino Héctor Vicente.N.- Cl. Médica Ira.
- " Cabarrou Arturo.- Cl. Médica Ira.

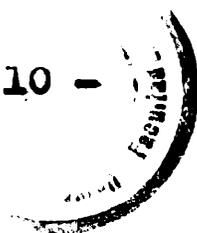
PLEURESÍAS HEMORRÁGICAS CÁNCEROSAS

DEFINICION. Ante todo, es necesario establecer la diferencia existente entre estos procesos y el hemotórax: mientras en los primeros la serosa pleural sufre un proceso inflamatorio que es el que condiciona el derrame, en el hemotórax, éste está dado por la ruptura traumática o espontánea de un aneurisma, de un vaso intercostal, del parénquima pulmonar etc.. La distinción se hace merced no sólo a los antecedentes y al estudio clínico, sino también por el recuento de los elementos formes de la sangre, cuya proporción permanece inalterable no flogísticos, no así en las pleuresías, en las que sufre variaciones de acuerdo a su intensidad y su etiología.- Sin embargo, existen excepciones: algunas pleuresías cancerosas están constituidas por sangre casi pura.-

Clínicamente, en el hemotórax se evidencian signos de hemorragia aguda o disnea por compresión del parénquima pulmonar, mientras que en las pleuresías cancerosas se manifiestan aquellos propios de la inflamación serosa.-

PAATOGENIA

El 65 % de las pleuresías hemorrágicas son ori



ginadas por neoplasias malignas pulmonares, siendo raras las consecutivas a tumores pleurales primitivos.-

Berliner, sobre 120 casos de pleuresías hemorrágicas encuentra a consecuencia de neoplasias, 78; a procesos sépticos 13; 10 a embolias pulmonares; 8 a tuberculosis; 2 a tumores fibromatosos; 2 a leucemia linfoide; 1 a linfogranulomatosis; por anemia e insuficiencia cardíaca 1, y sin determinar 5.- En la Clínica Mayo, sobre 274 derrames, 141 eran neoplásicos.-

En la tercera parte de los tumores pulmonares existen derrames pleurales, hemorrágicos en su gran mayoría; según Jaffé la proporción es mayor, 43 cada 100, habiendo observado en estos casos, que el líquido de punción era serosa en 14 oportunidades, hemorrágicos en 13, purulento en 12 y fibrinoso en 4.-

La característica del derrame varía a menudo de acuerdo al tiempo de la evolución del proceso.-

A pesar que en muchas circunstancias el derrame parece ser consecuencia de tumores pleurales primitivos, es sin embargo secundario a localizaciones óseas, del timo y más frecuentemente de la mama;

muchas veces ha sido imposible a pesar de realizarse minuciosos exámenes clínicos, determinar el foco originario.-

Berliner, sobre 78 tumores malignos productores de pleuresías hemorrágicas, encontró solamente uno primitivo de pleura.- Estos tumores primitivos, son por lo tanto muy raros, adoptando distintas formas: el sarcoma, que alcanza a veces enormes dimensiones, poco invasor y poco metastasiante; aparece con más asiduidad en la infancia.- Es más frecuente el endotelioma, modernamente llamado mesotelioma; nace del epitelio superficial o del endotelio de los vasos linfáticos.- Pueden ser de dos clases: localizados o difusos.- La forma difusa se caracteriza por infiltrar la serosa en forma de placa consistente y extendida, constituida por multitud de nódulos que hacen poca saliencia, de rápido desarrollo y que dan metástasis precozmente; se propaga a veces al parénquima pulmonar por intermedio de la vía linfática, llegando en numerosas oportunidades a infartar los ganglios bronquiales y mediastínicos, y aún a invadir la pleura opuesta.- Dan por lo general estas formas, pleuresías hemorrágicas de gran volumen, y que se reproducen con insólita rapidez

después de ser evacuadas.-

La forma localizada, que a veces por infiltrar la pared torácica puede simular una actinomicosis o un absceso frío, crece lentamente, es poco metastasiante, apareciendo el derrame pleural en un estadio avanzado de su evolución.

Ya hemos dicho que las pleuresías hemorrágicas, son con mucho resultado de la implantación secundaria en la serosa, de una neoplasia que tiene asientos primitivos preferenciales, como ocurre por ejemplo con el pulmón: es a partir de éste, y por intermedio de la vía linfática, que se produce una linfangitis carcinomatosa pleural, que da origen en la mayoría de los casos a una pleuresía hemorrágica y más rara vez a una serofibrinosa.- El cáncer de mama en muchas circunstancias se propaga hacia atrás a través de los numerosos linfáticos que posee la región, invadiendo la serosa pleural; se comprende la importancia que tiene el diagnóstico precoz de ésta neoplasia tanto por su frecuencia como por la capacidad de difusión de algunas de sus variedades.

Los tumores de estómago y de útero son los que siguen en importancia a los anteriores, de acuerdo a la proporción de localizaciones pleurales.- Gene-



ralmente la metástasis es bilateral, y tanto la pleura costal como visceral aparece acribillada de nódulos que varían en tamaño desde una lenteja hasta el de un hueso de cereza; consecuencia de ello es la aparición del derrame hemorrágico.- En muchas de estas situaciones lo que domina el panorama sintomatológico es la localización primitiva, pero no pocas veces la pleuresía hemorrágica señala el comienzo clínico de la neoplasia. Según Dieulafoy, muchas veces el cáncer de pulmón se manifiesta como único indicio de su existencia, por un derrame que no siempre es hemorrágico sino a veces serofibrinoso.

Cuando se compruebe una pleuresía hemorrágica que evoluciona silenciosamente o con dolor en cuello, hombros o brazos o con signos de compresión de órganos, debe pensarse en cáncer pulmonar o tuberculosis.-

SINTOMATOLOGIA

Los signos físicos de las pleuresías hemorrágicas cancerosas no se diferencian sensiblemente de los de las pleuresías serofibrinosas. Por lo tanto, en éstas como en aquellas, encontramos las mismas características semiológicas: abombamiento y excursión retardada del hemitórax correspondiente; mati-

dez, que sigue en su borde superior la clásica línea de Damoiseau, que se hace manifiesta primeramente en el plano torácico posterior; aparición de los triángulos de Garland y de Grocco, reducción o desaparición del espacio de Traube en los derrames izquierdos, desplazamiento hacia abajo del hígado y del bazo; abolición de las vibraciones vocales en la zona de matidez, soplo pleurítico, desaparición del murmullo vesicular etc.-

Es indudable que por ser consecuencia de localizaciones diversas, los síntomas de las pleuresías hemorrágicas se entremezclan con los de las neoplasias que las originan. En las pleuresías hemorrágicas cancerosas, el comienzo está dado, generalmente, por el dolor o punzada de costado, que posee ciertas características que pueden orientarnos: suele ser muy intenso, tenaz persistente, indicando a veces invasión de la pared torácica, del plexo braquial o de alguna rama nerviosa intercostal.- El dolor permanece inalterable aún después de haberse constituido el derrame, cosa inversa de lo que sucede con las pleuresías hemorrágicas de otra etiología; por otra parte no se modifica o se exagera por la extracción de líquido, debido a que la pleura engrosa-

da ha perdido completamente su elasticidad y no pue
de seguir al pulmón en su intento de acercarse a la
pared costal. Existe tos, sin características espe-
ciales. Expectoración sobre todo en aquellos casos,
en los que el tumor primitivo se localiza en pulmón.
La disnea, es en algunos de estos procesos el síntom
a dominante; no guarda siempre relación con la can-
tidad de líquido en la cavidad pleural, la prueba est
á, que continúa inexorable o calma muy poco, a pe-
sar de la evacuación del derrame; esto se debería a
que no obedece totalmente a la compresión del parén-
quima pulmonar por el líquido, sinó también a la a-
telectasia que la neoplasia produce cuando obstruye
la luz de un bronquio. No es nada difícil suponer
que la atelectasia y la inextensibilidad de la pleur
a visceral, condicionen la reproducción tan rápida
del derrame, característica que por otra parte, es
digna de tenerse en cuenta para el diagnóstico. Por
lo general existe fiebre, que a la inversa de lo que
sucede en la generalidad de las pleuresías, es irre-
gular y de escasa intensidad; esta fiebre está con-
dicionada a veces por la retención de coágulos en
la cavidad pleural. Matidez leñosa, que persiste más
o menos inmodificada a pesar de la toracentesis. En

las pleuresias hemorrágicas de los tumores pleurales o pleuropulmonares, se destaca la retracción en apariencia paradójal de la caja torácica, que se produce precozmente y es dolorosa en la mayoría de los casos; esto se acompaña de torsión homolateral y signe de Pitres invertido.-

Por supuesto que en muchos casos y concordando con el tiempo de evolución, hallamos infartación de ganglios supraclaviculares y axilares, edema de cara, brazo y pierna del mismo lado por compresión de venas cavas, etc.-

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de pleuresia hemorrágica cancerosa, se apoya por cierto en los síntomas y signos que se acaban de enumerar, pero es indudable que la radiología y sobre todo el laboratorio, son los que nos pueden aclarar en forma incontrovertible la etiopatogenia. Ya desde el instante de la punción, podemos encontrar indicios que nos orienten:

- 1º) La aguja o el trócar encuentran una resistencia anormal a su penetración en la serosa,
- 2º) A veces hay que puncionar en distintos sitios para conseguir extraer líquido,

3º) El derrame se evacúa con dificultad, gota a gota, por rigidez de las paredes, lo que obliga a usar la aspiración en algunos casos,

4º) La punción puede resultar negativa por obstrucción de trócar por substancia neoplásica, lo que puede aprovecharse para su observación microscópica, y

5º) El derrame se reproduce en gran rapidez.-

La cantidad de líquido en la cavidad pleural puede llegar a ser muy importante: en un caso de Bergmark y Quensel, en dos días consecutivos llegaron a extraerse alrededor de dos litros.-

EXAMEN FISICO DEL LIQUIDO PLEURAL.-

Exámen macroscópico: el líquido de las pleuresías cancerosas, es por lo general turbio y presenta un color que varía de rosado a rojo ciruela o rojo grosella, de acuerdo a su proporción de hematíes. El suero que sobrenada, después de la centrifugación, presenta color rosado debido a la hemólisis, característica a la que se dá importancia diagnóstica.- Es poco fibrinoso y coagula con dificultad, inversamente a lo que en las pleuresías tuberculosas.

Berliner, en 78 casos de pleuresías hemorrágicas encontró las siguientes densidades: en 46

estaba entre 1010 y 1030, en 29 era de 1015, y solamente en tres casos fué menor de 1012. En dos ca sos el líquido era sangre casi pura: 28 % y 35 % de hemoglobina.

ANALISIS CITOLOGICO.- El análisis citológico nos muestra la presencia de: linfocitos, polinucleares, células epiteliales y abundancia de glóbulos rojos. Lo fundamental es el hallazgo de células neoplásicas, que no deben confundirse con las células endo teliales, que se presentan en multitud de derrames de distinta etiología. Las células tumorales se ca racterizan por su polimorfismo, su gran tamaño, 40 a 50 micrones, núcleo marginal y vacuolas: células con forma de sortija de sello (Stadelmann y Pick), se les considera células patognomónicas de metásta sis cancerosas. Sin embargo, son realmente útiles para el diagnóstico, cuando se las encuentra agrupadas; es después de centrifugar y hacer su inclu sión, que se pueden poner mejor en evidencia.-

El número de glóbulos blancos en 34 casos de Berliner era: 3200 por milímetro cúbico término me dio, variando de 60 a 9700. En 19 casos, sumaban alrededor de mil o menos; es de destacar, que en estos casos predominaban en número los linfocitos;

en 12 de los 34 existían más de 15 % de polinucleares, siendo éstos más abundantes, cuando más proporción de sangre posee el derrame.

En un caso la eosinofilia sobrepasó la cifra de 56 %, llegando a proporciones altas en algunas otras oportunidades; se origina a partir de los grandes mononucleares, y su predominancia es fugaz; para poder seguir paso a paso su evolución hay que extraer líquido repetidas veces y con cortos intervalos de tiempo.-

En un primer período encontramos células endoteliales y grandes mononucleares, y poco polinucleares y linfocitos. En un segundo período, los mononucleares cambian su estructura y aparecen llenos de granulaciones eosinófilas, llegando la eosinofilia a su más alto grado en un tercer período; por último, la eosinofilia va disminuyendo rápidamente, restando en definitiva la presencia casi única de los linfocitos, y se nota una extensa citolisis de polinucleares eosinófilos; hay que destacar al margen, que los polinucleares aumentan en proporción directa a la cantidad de sangre que alberga el derrame.

RADIOLOGIA

La radiología puede aportar para el diagnóstico datos importantes, si bien es cierto que la imagen dada por el derrame es exactamente igual en las distintas clases de pleuresías; es, a posteriori de la evacuación del derrame, el momento más oportuno en el que se puede visualizar radiográficamente, la pleura opacificada en forma circunscrita o difusa.- El neumotórax diagnóstico realizado con el enfermo en decúbito lateral del lado sano, puede mostrar un engrosamiento de la serosa pleural que le da irregularidad a la imagen radiográfica. En los casos en que la neoplasia tiene su localización primitiva en parénquima pulmonar, la radiología por sí sola es capaz de aclararnos el diagnóstico, aunque podemos recurrir con ventaja a la broncoscopia, broncografía y lavado bronquial, que prestan una ayuda tan valiosa.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.-

El diagnóstico diferencial de las pleuresías hemorrágicas cancerosas debe hacerse en primera instancia con las bacilares. Estas pueden ser agudas, formas que evolucionan hacia la curación en la gran mayoría de los casos; serían en su iniciación sero-fibrinosas pero por fragilidad de los capilares de

neoformación se convertirían en hemorrágicas. Otra variedad es la paquipleuritis hemorrágica, en la que no se sabe con certeza si es el bacilo de Koch el que interviene en su producción.-

Resulta a menudo escabroso realizar el diagnóstico diferencial: la ausencia de linfocitosis local y de bacilos nos da derecho a negar rotundamente la etiología bacilosa; a su vez, la distinción entre las células endoteliales modificadas y las tumores, puede hacerse imposible. La edad juvenil del enfermo, los antecedentes personales y familiares sospechosos, la presencia de fiebre prolongada, nos podrán orientar hacia la pleuresía bacilosa; contamos en éstos casos con la ayuda que nos proporcionan las radiografías repetidas, la baciloscopia, la inoculación al cobayo. Por otra parte si encontramos signos de neoplasia en un enfermo de más de 30 años, apirético, que va entrando progresivamente en caquexia, con presencia de células poligonales en el sedimento de líquido de punción, con reproducción fácil del derrame, etc., podremos pensar fundamentalmente en el origen tumoral de la pleuresía.

Los infartos de pulmón, dan origen en muchos casos a pleuresías hemorrágicas, habiendo o no in-

suficiencia cardíaca; cuando se producen derrames repetidos en un insuficiente cardíaco, hay que sospechar su origen neoplásico.

La fiebre reumática da origen a derrames los que se caracterizan por poseer mucha fibrina, por lo que su coagulación es precoz. A veces aparece antes que las localizaciones articulares y responden fácilmente al tratamiento salicilado.

En la fiebre tifoidea suelen aparecer al comienzo, pero son raras; se les denomina pleurotifus, siendo más frecuentes en la declinación de este proceso.-

En la brucelosis, la pleuresía puede ser una manifestación aislada o consecutiva a una localización pulmonar; es unilateral casi siempre, y de poco o mediano volumen de líquido serohemorrágico o hemorrágico.

En las leucemias y en las esplenomegalias pueden también aparecer.

En las insuficiencias hepáticas y en las cirrosis aparecen frecuentemente pleuresías.-

En la sífilis es rara la aparición de pleuresías hemorrágicas; es excepcional que se produzcan después de la colapsoterapia.-

Aparece a veces constituyendo parte del síndrome de Meigs.

En todos estos casos, la diferenciación con las pleuresías hemorrágicas cancerosas, se hace con relativa facilidad, merced a los antecedentes y al cortejo sintomático de dichas pleuresías.-

EVOLUCION Y PRONOSTICO

La evolución y el pronóstico de las pleuresias hemorrágicas cancerosas depende en parte de las alteraciones orgánicas que ellas mismas provocan, e por las anemias a veces intensas que se producen a consecuencia de las repetidas evacuaciones del derrame, que deben realizarse a título de terapéutica; pero lo que gobierna predominantemente el curso del proceso, es en general, el desarrollo y la evolución de la neoplasia que dió origen a la pleuresía hemorrágica.-

TRATAMIENTO

El tratamiento de esta afección es eminentemente sintomático; recurriremos a la toracentesis cuando el volumen del derrame produzca trastornos graves por compresión.- Por la tendencia a su reproducción rápida, es conveniente no evacuar demasiado pronto y limitarla a 100 hasta 500 cc.- Para sedar

el dolor, que suele ser muy intenso y persistente, administraremos analgésicos comunes en primera instancia, llegando a los opiáceos y aún a la alcoholización o sección quirúrgica de los intercostales, cuando aquellos resulten ineficaces.- La inyección endopleural de novocaína, produce en muchos casos gran sedación del dolor y la disnea; las inhalaciones de oxígeno y la radioterapia suelen ser eficaces para combatir esos mismos síntomas.-

- - - -

CASUISTICA

Sala I.- Servicio: Dr. Rodolfo Rossi.-

Enferma de 72 años, española, casada.-

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: padre fallecido a los 52 años por neoplasia; madre a los 82 años ignorando la causa.- Eran 10 hermanos de los cuales 4 fallecieron, uno por un proceso infeccioso, uno alienado, una hermana por hemorragia cerebral a los 72 años y otra a los 50 años, de cuyo deceso desconoce el origen.- Los restantes hermanos han alcanzado edades avanzadas: 84, 86, 78, 76 y 70 años.- Son sanos.-

ANTECEDENTES PERSONALES: no recuerda enfermedades de la infancia. Menarquia a los 12 años; menstruaciones indoloras, de regular abundancia, ciclo 4/28 Casada a los 21 años con esposo sano; ha tenido 8 embarazos; un aborto espontáneo de 3 meses, un hijo falleció de diabetes a los 9 años y una hija de meningitis aguda a los 13 años.- Los demás hijos sanos.- La menopausia se produjo a los 42 años, sin trastornos concomitantes.-

Alimentación mixta sin restricciones; exoneración intestinal diaria.- Desde hace alrededor de 8 años tiene poliurea y polidipsia, e inversión

del ritmo urinario.-

ENFERMEDAD ACTUAL: hace 4 meses comienza caracterizada por deposiciones líquidas, 2 veces por día, sin cólicos, cuadro que regresó con un día de tratamiento médico.- Casi simultáneamente aquejó disnea de esfuerzo, notando además edema maleolares; en reposo no tenía disnea; durante varias noches tuvo calambres en la pantorrillas, que también se producían con el esfuerzo; algunas veces, fué atacada por dolores nocturnos en hombro izquierdo, especialmente al mover el brazo; la disnea fué progresando paulatinamente, hasta ser de reposo, necesitando en los últimos tiempos adoptar la posición de ortopnea.- Le fué instituído un régimen hiposódico y tratamiento cardiotónico.-

ESTADO ACTUAL: enferma apirética, en decúbito lateral izquierdo preferentemente. Evidente desnutrición.-

Sistema muscular y óseo: sin anormalidades.-

Cabeza: conjuntivas rosadas, las pupilas reaccionan bien a la luz y a la acomodación.

Cuello: fosas supraclaviculares excavadas, no se palpa tiroides,-

Tórax: asimétrico, tiraje supra e infraclavicu

lar en hemitórax derecho.- Excursión muy disminuída en hemitórax izquierdo, muy amplia en el opuesto.- Percusión: matidez en hemitórax izquierdo, que abarca en su totalidad, la zona torácica posterior anterior y axilar.- En hemitórax derecho, hipersonoridad.- Auscultación: murmullo vesicular y vibraciones vocales abolidos en lado izquierdo.- Sople suave espiratorio en axila del mismo lado.-

Murmullo vesicular intenso en hemitórax derecho.-

APARATO CIRCULATORIO: pulso regular, tenso.- Ten-

sión arterial: Mx: 16.- Mn: 9.- Tonos normales.-

ABDOMEN: blando, indoloro, simétrico.- No existe agrandamiento hepático.- No se palpan bazo y riñón.-

SISTEMA NERVIOSO: no presenta anormalidades.-

De su estado actual se deduce la presencia de dos afecciones dominantes: su diabetes y su derrame pleural izquierdo.-



Radiografía N° 1.-

EXAMEN RADIOGRAFICO.- Radiografía N° 1: se destaca la presencia de una opacidad difusa que abarca todo el hemitórax izquierdo por lo que no se visualiza la trama pulmonar en ninguno de sus sectores; la separación entre los distintos arcos costales está disminuída: retracción costal; la tráquea está evidentemente desviada hacia el lado derecho. Hiper claridad del campo pulmonar derecho.



Radiografía N° 2.-

Practicada dos días después, previa evacuación parcial del derrame, revela aclaramiento de vértice y zona marginal de pulmón izquierdo; persisten la retracción costal y la desviación traqueal hacia el lado derecho.-

Del estudio radiográfico podemos extraer una importante conclusión; la presencia simultánea, aparentemente paradójal, de derrame pleural y retracción torácica, abonan la sospecha de la etiología neoplásica del proceso.

EXAMEN DEL LIQUIDO PLEURAL.-

Examen físico:

Color: amarillo citrino turbio, teñido de sangre.

Densidad: 1018

Indice de refracción: 1,34237

Exámen químico

Prótidos: 36,30 grs. o/oo

Exámen citológico:

Hematíes: 6.800 por mm³

Elementos nucleados: 1950

Fórmula citológica:

Polinucleares : 3

Linfocitos: 7

Células: 90

Las células en casi su totalidad son formas
epiteliomatosas con actividad mitósica.-

ANALISIS DE SANGRE:

Glucemia : 3 gramos

Wasserman: negativa

Kahn standard y presuntiva: negativas

ANALISIS DE ORINA:

Glucosuria: 5,72 o/oo

Densidad: 1040

No se observan cilindros ni hematíes

HEMOGRAMA:

Glóbulos rojos: 5.300.000 por milímetros cúbicos

Hemoglobina: 13,60 gramos por ciento

Valor globular: 0,91

Glóbulos blancos: 7.400 por milímetro cúbico

Fórmula leucocitaria relativa:

Neutrófilos: 78

Eosinófilos: 2

Basófilos: 1

Linfocitos: 17

Monocitos: 2

Un nuevo exámen de líquido pleural, hecho poco tiempo después, revela su modificación con atenuación de su carácter hemorrágico:

Exámen físico:

Color: citrino turbio. No coagula ni forma fibrina

Densidad: 1018

Índice de refracción: 1,34275

Exámen químico:

Prótidos: 38,6 0 gramos o/oo

Exámen citológico:

Elementos celulares: 4600 por milímetros

Fórmula citológica:

Linfocitos: 3,60

Polinucleares: 0,40

Células: 96

Aproximadamente el 95 % de la células son formas tumorales correspondientes a adenocarcinoma metastásico.-

EVOLUCION: La enferma fué entrando en caquexia progresiva, produciéndose su deceso, cuando ya se asistía en su domicilio, por lo que fué imposible realizar la necropsia.- Por esta circunstancia, no pudo precisarse la localización del tumor primitivo, que el examen clínico no había podido revelar.-

Sala I.- Instituto Gral. San Martín.- Servicio: Dr.

Rossi - Enferma de 36 años, argentina, casada.-

ANTECEDENTES HEREDITARIOS: padres viven y son sanos.- Tuvo dos hermanas: una falleció por tuberculosis pulmonar; la otra vive y es cardiópata.-

ANTECEDENTES PERSONALES: nacida a término. Lactancia materna. Locuela y deambulación normales. Padece coqueluche a los 6 y sarampión a los 9 años. Aparición de menarquia a los 11 años, con ciclo 6/30, regulares, indoloras. Casada a los 22 años con esposo sano. Tiene 5 hijos, todos vivos y sanos. Niega abortos. Hace dos años, descubre en su mama izquierda, una pequeña tumoración del tamaño de una nuez, que fué creciendo paulatinamente, al mismo tiempo que iba retrayendo los planos superficiales. Era indolora en si, pero la enferma recuerda haber acusado dolorimiento difuso en hombro y espalda del mismo lado. Transcurren 9 meses, en que a pesar del consejo médico le resta importancia a su padecimiento, hasta que por último concurre a un servicio hospitalario, donde mediante una intervención quirúrgica, se procede a la extirpación de la mama afectada por el proceso. Después de la operación, vuelve periódicamente para su revisión; luego de

un cierto tiempo, comienza a notar dolor de escasa intensidad en la región supraclavicular izquierda, zona en la que la enferma advierte una pequeña tumoración, ocurriendo lo propio en región cervical posterior; debido a estas circunstancias, se le hacen 10 aplicaciones de radioterapia.-

ENFERMEDAD ACTUAL: durante el transcurso de este tratamiento, aqueja un dolor difuso en hemitórax izquierdo, que se caracterizaba por aumentar en intensidad con la tos y las inspiraciones profundas. Tuvo muy poca tos, muy espaciada en su aparición, sin expectoración concomitante. Disnea progresivamente en aumento. En vista de la persistencia de los síntomas, es internada en el servicio.-

ESTADO ACTUAL: enferma de hábito asténico, apirética, preferentemente en decúbito lateral izquierdo. Marcada desnutrición. Panículo adiposo muy escaso.

Sistema muscular: hipotónico e hipotrófico.-

Cabeza: conjuntivas bien coloreadas. No hay alteraciones pupilares.-

Cuello: adenopatías marcadas en región supraclavicular y axilar izquierdas.-

Tórax: asimétrico, retracción costal en hemitórax

izquierdo. En región torácica anterior izquierda, se evidencia cicatriz operatoria con ausencia de la mama del mismo lado.-

APARATO RESPIRATORIO: frecuencia 24 por minuto.

Percusión: gran disminución de excursión de base izquierda con matidez desde la séptima dorsal.

Auscultación: desaparición del murmullo vesicular en la zona de matidez, aparición de soplo espiratorio suave.-

Aparato circulatorio: pulso regular, igual, hipotenso. Frecuencia: 74 por minuto. Tonos normales, no se auscultan soplos.

Abdomen: simétrico, blando, depresible.-

SISTEMA NERVIOSO: reflejos normales. No existen otras anormalidades.-

EXAMEN COMPLEMENTARIOS/-

El análisis de sangre practicado al día siguiente de su internación, reveló:

Glucemia: 0,90

Urea: 0,22

Wasserman negativa

Kahn standard y presuntiva: negativas

EXAMEN DEL LIQUIDO PLEURAL:

Exámen físico:

Color: amarillo verdoso, hemorrágico. No coagula ni forma casi fibrina.-

Densidad: 1018

Índice de refracción: 1,34350

Exámen químico:

Prótidos: 40,70 gramos o/oo.

Examen citológico:

Elementos figurados por milímetros cúbico

Hematíes: 32,400

Células y leucocitos: 1.050

Equilibrio leucocitario celular:

Neutrófilos: 3

Eosinófilos: 1

Basófilos: 2

Linfocitos: 84

Células: 10

Las células son en su mayor parte elementos endoteliales, observándose además escasas células epiteliomatosas.

ANALISIS DE ORINA:

Exámen físico:

Color: amarillo

Aspecto: ligeramente turbio

Densidad: 1.014

Sedimento: escaso

Exámen químico:

Glucosa: no contiene

Albúmina: " "

Urea: " "

Cloruros: 6 o/oo

Urobilina normal

Exámen microscópico:

Células epiteliales: regular cantidad

EVOLUCION: la enferma fué dada de alta, con tratamiento, mejorada. A pesar de ello, y realizando un encadenamiento de su cambiante sintomatología a través del tiempo, podemos sintetizar la evolución del proceso: su comienzo, marcado por la aparición en su mama izquierda de una tumoración maligna, que se desarrolló impunemente por espacio de muchos meses, la tardía intervención quirúrgica, demora motivada por la absoluta despreocupación de la enferma, la infartación ganglionar consecutiva y por último, la presencia de la pleuresía hemorrágica, como rojo telón que se cerrara trás el último acto de la tragedia.

CONCLUSIONES

- 1º) La gran mayoría de las pleuresías hemorrágicas cancerosas son consecuencia de la implantación secundaria de neoplasias, que tienen asiento preferente en parénquima pulmonar.-
- 2º) A veces, los exámenes clínicos más acabados, son incapaces de determinar el foco originario.
- 3º) Los signos físicos de las pleuresías hemorrágicas cancerosas son en la generalidad de los casos, extraordinariamente parecidos a los de las otras pleuresías.-
- 4º) La simultánea presencia de derrame pleural y retracción torácica nos puede guiar firmemente a pensar en su etiología neoplásica, como así también la reproducción rápida del derrame después de la toracentesis.-
- 5º) El laboratorio, por intermedio del análisis citológico, es el instrumento más eficaz para asegurar en forma incontrovertible el diagnóstico; es de destacar que no siempre es posible hallar en el líquido de punción pleural, las células características; en éstos casos, la curva eosinófila puede ser de utilidad.
- 6º) El diagnóstico diferencial debe hacerse funda-

mentalmente con las pleuresías bacilares; en un número importante de casos, se crean con ese motivo, arduos problemas muy difíciles de resolver.-

- 7º) El pronóstico de las pleuresías hemorrágicas cancerosas, es extremadamente sombrío; solamente en aquellos raros casos de tumor primitivo pleural circunscripto, la cirugía puede obtener algún éxito; por lo tanto, el tratamiento de ésta afección es eminentemente sin tomático.-

--- oo ---



BIBLIOGRAFIA

- R. DASSEN.- Tratado de Patología Médica- Tomo III.
1948).-
- A. SYLA.- Patología y Clínica de las enfermedades
del aparato respiratorio- (1947).-
- E. H/ RUBIN.- Enfermedades del tórax. (1947).
- J. IGARZABAL.- Tratado de Patología Quirúrgica.-
Tomo III.- (1946).
- R. COOPE.- Enfermedades del tórax.- (1946).
- A. NIJENSOHN.- Clínica Sumaria.- N° 25.-
- I. NATIN.- Terapéutica Clínica. Tomo IV. la. parte.
(1949).-
- A. RODAS/- Clínica Sumaria.- N° 25.-
- J. de FILIPPI.- El cáncer del pulmón.- (1938)
- KIRSCHNER y NORDMANN.- Cirugía.- Tomo V. (1945)
- C. DA RIN.- Terapéutica Clínica.- Tomo IV. la. par
te.- (1949).
- N. CELAYA.- H. BISI.- F. MARTINEZ.- Patología Médica
Tomo I.-
- S. ZABLUDOVICH.- Pleuresías hemorrágicas.- La Pren-
sa Médica .- (17 Abril 1947).-
- O. FUSTINONI.- Tratado de Patología Médica.- Tomo III
(1948).-
- E. P. SAUER.- Enfermedades del tórax.- (1947).

RAVAULT y colab.- Rev. de la tuberculosis.- (Nº.5-
6).- (1947).-

V.M. MAGRINI.- Rev. de la A.M.A.- (30 Junio 1944).

J. W. ROBIAS.- Tumores primitivos de la pleura.
(1928).-

D.FERNÁNDEZ LUNA.- Rev. de la A.M.A.- (30 Mayo 1947)

L.H. HOGHBERG y colab.- Enfermedades del tórax.-
(1947).-

F.LUCCHESI.- Rev. de la A.M.A.- (30 Junio 1944).

M. BANUELOS.- Manuel de Patología Médica.- Tomo
III.- (1943.-

W. BOYD.- A Text Book of Pathology.- (1944).-

I. MALDONADO.- Rev. de la A.M.A.- (1944).-

Kang

Seu 41 folhas
[Signature]



[Signature]

RAFAEL LAFUENTE
OFICIAL MAIOR A
CARGO DE LA PROSECRETARIA

16-5-62