

Un cáncer de la pleura.

Comienzo por dar a esta honorable asamblea una disculpa porque en su oportunidad no haya podido presentar mi trabajo de reglamento: ahora lo hago con entero gusto aunque sea con el carácter de trabajo extraordinario.

El tema no es de los que generalmente deben escogerse, puesto que por ser hecho muy poco común no es de los que dan enseñanza de interés; pero creo que el caso clínico debe ser conocido por su importancia intrínseca, que entiendo no es despreciable.

La observación es de aquellas tan instructivas que por ser casi una sorpresa de anfiteatro dejan honda huella en la memoria y obligan al médico a tenerlas presentes aun en circunstancias poco parecidas. Paso a relatar la historia.

Cándida Ramírez, de 36 años, de Querétaro, fué sana y no refiere antecedentes hereditarios ni personales relacionados con su actual padecimiento.

A fines de diciembre pasado, a causa de un enfriamiento le apareció un dolor en el epigastrio que le irradiaba hacia el hemitórax derecho y gradualmente se extendió a todo el tórax en un mes y medio. Muy poco después del principio de su mal comenzó con tos que la hacía expectorar en corta cantidad un esputo transparente, algunas veces blanco y otras amarillento. Como a las dos semanas de que enfermó le apareció taquipnea que la obligaba a estar sentada constantemente.

Al principio tuvo fiebre, que no volvió a sentir.

De sus otras funciones nada hubo que anotar de importancia.

La enferma representaba la edad que dijo. De buena constitución, poco pálida, no violáceas la piel ni las mucosas. Le quedaba de su miembro inferior derecho un muñón, pues se le amputó en el tercio medio del muslo, no por neoplasma alguno. Siempre permanecía sentada e inclinada sobre almohadas en que apoyaba los miembros superiores para ayudar a los músculos respiratorios.

La forma del tórax era la del inspiratorio permanente, sin asimetrías ni deformaciones. Existían movimientos paradójicos tanto en la forma supraesternal como en los espacios intercostales inferiores.

Se percibían mejor las vibraciones provocadas en el hemitórax derecho. La ampliación era mayor en el izquierdo. Se provocaba dolor por la presión en todo el tórax.

Estaba macizo casi todo el lado torácico, y sólo en la región escapular estaba oscuro, contrastando esto con la claridad del izquierdo. Existía triángulo paravertebral.

Faltaba el murmurio vesicular en todo el lado derecho, en donde había macicez, y en el lugar de la obscuridad había soplo brónquico débil. Del lado izquierdo la respiración era vicariante. La voz del lado derecho, broncofónica.

El número de respiraciones osciló al rededor de 60 por minuto.

La area precordial se encontraba en su sitio sin algo anormal. El pulso era débil, igual, rítmico y latía 116 veces por minuto.

Se le hizo una punción exploradora y una evacuadora en la parte maciza inferior al mes de padecer, extrayéndosele un líquido suerosanguinolento en cantidad de 200 c. c. Después de la punción las condiciones de la enferma cambiaron muy poco.

Durante los quince días que duró en observación, que añadidos al mes que duró enferma en la calle suman cuarenta y cinco, que aparecen como duración total del padecimiento, casi no cambió el cuadro clínico. Pasó en el mismo estado el funcionamiento de sus distintos aparatos o sistemas, o por lo menos las alteraciones fueron de muy poca importancia: por ejemplo, durante tres o cuatro días tuvo oliguria, en otros (muy pocos) diarrea. El síntoma penoso, constante y que le aumentó mucho en los últimos días de su vida fué el dolor del epigastrio. La pelipnea se exageró también en los últimos días; entonces también existió algo de cianosis, aumentó la palidez y hubo algo de demacración. Sus facultades mentales no se alteraron. Murió la enferma sofocada.

En la necropsia se encontró: al abrir el abdomen el hígado rechazado hacia el interior, congestionado, y al abrir el tórax una masa grande que ocupaba totalmente el hemitórax derecho, dejando al pulmón reducido a un volumen muy pequeño y casi en atelectasia. El neoplasma era lobulado, frágil, íntimamente adherido a las paredes de la cavidad de las que no pudo desprenderse sin romperlo. La presión que el neoplasma ejercía en todas direcciones explica la que se manifestaba haciendo descender al hígado.

En la pared posterior del pulmón izquierdo se encontró otro núcleo de la misma especie, sin adherencia con la pleura parietal, circular, como de 20 centímetros de diámetro y como de 4 de altura; se advertían los tabiques que en la superficie simulaban como ataduras. En los demás órganos había señales de una infección aguda; en el riñón, etc.

El diagnóstico macroscópico y microscópico es de sarcoma de la pleura, primitivo.

El primer comentario que se ocurre consiste en considerar cómo en un individuo de la edad de nuestra observada y de su constitución, fué a presentarse un neoplasma de la naturaleza mencionada. El sarcoma y el epiteloma que son los cánceres menos raros aparecen después de los 40 años.

El segundo hecho que llama la atención es la rapidez de la evolución del padecimiento. Ya se han citado casos de carcinomas pulmonares que duran quince días, un mes o un mes y medio; pero se trata de carcinomas miliares que tienen su lugar de desarrollo en el parenquima, y en nuestro caso se trató de un neoplasma pleuropulmonar que tarda por lo menos seis meses en evolucionar.

Ha habido ocasiones en que una infección aguda determina la muerte de un enfermo portador de un cáncer de la pleura; en nuestro caso hubo señas en varios órganos de tal infección; aunque hay que tener en cuenta las dimensiones del tumor o, más propiamente, de los tumores, para poder asegurar que la vida no era posible ya por falta de campo para la hematosi.

México, abril 28 de 1915.

G. ESCALONA.