

A propósito de un caso de cuerpo extraño de los bronquios *

Por el Dr. MANUEL ORTEGA CARDONA

Hace cinco años fué llevado un niño al Sanatorio Valdés para explorar su tórax, por medio de los rayos X, tratando de descubrir en las vías respiratorias la tapa posterior de una pluma fuente que el enfermo había introducido de manera accidental y que se sospechaba ser la causa del padecimiento. Efectivamente, aunque con no poco trabajo, pudo localizarse el cuerpo extraño en el bronquio derecho en medio de una sombra de condensación pulmonar inflamatoria. Interesado con el caso tomé algunos datos que en síntesis son los siguientes: el enfermo estaba sufriendo de un proceso neumónico atípico durante un mes aproximadamente; un día, al presentarse el médico a hacer su visita reglamentaria, la madre le refirió que hacía algún tiempo el niño tenía en la boca la tapa posterior de una pluma fuente, y que ésta se le había "pasado" produciendo de pronto algo de tos y ya en los días posteriores ninguna molestia; la madre no había dado al accidente ninguna importancia y, aun cuando lo refirió al médico, agregó que ella no pensaba que aquello tuviera ninguna relación con la enfermedad de su hijo. Muy distinta fué la opinión del médico, el Dr. D. Luis Garduño Soto, quien inmediatamente ordenó el estudio radiográfico, mediante el cual se precisó la causa del padecimiento. El enfermo fué enviado al Dr. Chevalier Jackson, quien hizo la extracción del cuerpo extraño.

Este caso me impresionó grandemente, pues me hizo conocer cómo la introducción de un cuerpo extraño en las vías respiratorias puede efectuarse sin provocar ruidosos fenómenos de asfixia y tos, los cuales a mí me parecían obligados y tan aparatosos que fácilmente se obtendría el dato para la orientación diagnóstica. Meditando sobre ello, llegué a la conclusión práctica de que en todo caso de proceso neumónico, especialmente si éste es atípico, hay que pensar en la posibilidad de un cuerpo extraño en las vías respiratorias, e investigar con insistencia el antecedente, pues por la escasa intensidad de los fenómenos primeros, el enfermo y los familiares no le dan importancia o lo olvidan por completo. Esto

* Trabajo de turno leído en la sesión del 12 de julio de 1939.

me sirvió para poder establecer el diagnóstico en el caso que voy a relatar, el que además de comprobar y afirmar mi conclusión práctica sacada del caso anterior, me sugiere algunos comentarios que juzgo de interés.

La historia clínica de mi enfermo es la siguiente: Carlos. . . , de cinco años de edad, comienza a estar enfermo, en forma violenta sube la temperatura a 40 grados, tiene ligera tos y el examen somático no revela ningún signo. Al día siguiente comienza a aparecer en la región infraescapular derecha, una zona mate y posteriormente un soplo. El principio brusco, la fiebre continua y elevada y los signos somáticos, me parecen suficientes para pensar en una neumonía lobar aguda. Al quinto día de enfermedad la temperatura se vuelve remitente, en las mañanas es de 37.5 centígrados, al mediodía comienza a ascender llegando en la tarde a 40 grados, es seguida de sudor profuso, y en la noche baja para volver a alcanzar en la mañana siguiente la cifra de 37.5 centígrados y seguir con el mismo ciclo. Se mandó practicar un estudio hemoleucocitario, que sólo puso de manifiesto como único dato de interés la presencia de 20,000 leucocitos por m.c. La leucocitosis estaba acorde con la idea de un padecimiento neumónico; pero la curva térmica hacía pensar en un proceso atípico y desde este momento, con el recuerdo del caso a que antes me he referido, comencé a preguntar con insistencia si el niño había tragado un cuerpo extraño. Mi pregunta la repetía todos los días y la madre siempre negaba, pero fué tal mi insistencia que según supe después, la madre llegó a molestarse de esa pregunta mía que consideraba enteramente fuera de propósito.

Unos días después, la temperatura era francamente intermitente, por la mañana menos de 37 grados, al mediodía calor-frió y elevación de temperatura que alcanzaba de 39 a 40 grados, seguida de sudor profuso y baja de la temperatura, para quedar apirético durante la noche.

El enfermo presentaba accesos constantes de tos de intensidad nada común, durante los cuales las venas del cuello se ingurgitaban en forma excepcional; en la región infraescapular derecha persistía una zona con signos clínicos evidentes de anormalidad, pero que variaban de uno a otro día; ya se encontraban fenómenos de condensación: aumento de vibraciones, obscuridad a la per-

cusión, soplo, broncofonía; ya signos de lesión pleural: disminución de vibraciones, oscuridad a la percusión, disminución y aun abolición de ruidos respiratorios. Nada raro que a consecuencia de un proceso neumónico se forme un derrame pleural, generalmente purulento en el niño, y la curva térmica junto con los signos clínicos pleurales, me hacían temer la formación de un derrame purulento, pero al día siguiente desaparecían los signos pleurales para dar lugar a los de condensación pulmonar. Para resolver el problema se hizo una radiografía en la cama del enfermo, con un aparato portátil; en ella se apreció una sombra en la base del pulmón derecho, debida a condensación pulmonar y ausencia de derrame pleural. A pesar de mi sospecha de la existencia de un cuerpo extraño en los bronquios y de mi insistente pregunta, que como queda dicho llegó a causar molestia a la madre del enfermo, al hacer la radiografía y estudiarla con el radiólogo, olvidé totalmente la idea del cuerpo extraño, y éste pudo pasar inadvertido pues, sirva esto de disculpa, en la radiografía era poco visible.

El cuadro clínico siguió con los mismos caracteres: accesos de tos intensos y tenaces, signos de lesión de la base del pulmón derecho y fiebre intermitente de tipo supurativo. Practiqué una prueba de Von Pirquet, la que resultó negativa.

Como a las dos semanas de haber comenzado el padecimiento la fiebre comenzó a ceder y en pocos días el niño quedó apirético, los fenómenos físicos se fueron desvaneciendo y sólo persistían los accesos de tos.

Aproximadamente un mes después el niño me fué llevado al consultorio; no había vuelto a sufrir fiebre, el aspecto del enfermo era saludable, pero persistía la tos en accesos, lo que motivó la consulta.

Practiqué un examen muy minucioso del tórax, poniendo como es natural especial cuidado en la base del hemitórax derecho, y no pude encontrar ningún signo anormal.

Dos días después fuí llamado a la casa a atender a una hermanita que tenía sarampión; al día siguiente, al presentarme a visitar a la sarampionosa, me encontré con que el niño motivo de esta comunicación había vuelto a ponerse enfermo y violentamente la temperatura había alcanzado 40 grados; no presentaba

fenómenos catarrales, no había signo de Koplik, la fiebre era muy alta y el tiempo insuficiente para poder pensar en un contagio de sarampión. Al día siguiente comienza a hacerse aparente una zona oscura y un ligero soplo en la base del hemitórax derecho, con lo cual hice el diagnóstico de una neumonía del mismo tipo y en el mismo sitio del proceso anterior; efectivamente en los días siguientes estaba constituido un cuadro igual al descrito anteriormente. Volví una vez más a mi pregunta de que si el niño había tragado algo y esta vez antes de que la madre tuviera tiempo de negar, el enfermo tomó la palabra y dijo: Sí, una chinche. La madre no daba crédito a lo dicho por el niño, pero hice llamar a las hermanas y éstas me dijeron que hacía ya mucho tiempo el niño tenía una tachuela de tapicero en la boca y de repente les dijo que se le había ido; no provocó acceso de sofocación ni tos, se le dijo después lo sucedido a la mamá, pero ésta, ante la falta de síntomas, nunca dió crédito a lo dicho por los niños y hasta había olvidado el accidente. Haciendo preguntas pude averiguar que la fecha probable de la introducción del cuerpo extraño era anterior a cuatro o cinco meses. Con este dato pedí la radiografía, en la que pude descubrir la imagen del cuerpo extraño alojado en el bronquio medio del lado derecho.

El diagnóstico estaba hecho y el tratamiento se imponía. Se hicieron otras radiografías esa misma tarde y, al día siguiente, el Dr. Abraham Ayala González hizo con habilidad la extracción del cuerpo extraño. Al llevar al niño a la sala de operaciones notamos que el exantema del sarampión comenzaba a aparecer en las regiones mastoideas; en los días que siguieron el sarampión evolucionó sin ninguna cosa particular, quedando después el niño completamente curado. Lo he vuelto a ver posteriormente y goza de cabal salud.

Comentarios:—Un dato de gran interés práctico es la posible persistencia de un cuerpo extraño en los bronquios que no provoca la menor reacción durante un tiempo a veces muy largo; en mi enfermo, aunque no pudo precisar exactamente la fecha de introducción, por los datos que pude tomar, creo que fué anterior a los accidentes alrededor de tres meses. Jackson relata en su libro el caso de un niño que “tragó” una porción de botón de camisa y dos años después tuvo un proceso neumónico seguido de

empiema; posteriormente, durante ocho años estuvo sufriendo con intervalos de mejoría, fiebre intermitente precedida de calostro, expectoración purulenta y sangrienta, con mal estado general, por todo lo cual le fué diagnosticada tuberculosis pulmonar, a pesar de repetidos y cuidadosos análisis de esputo, en los que nunca se llegó a demostrar el bacilo de Koch. Ocho años tardó en descubrirse radiológicamente el cuerpo extraño, que fué inmediatamente extraído; cuatro meses después de la extracción, el enfermo completamente curado ingresaba a la Universidad y dos años más tarde ganaba el campeonato de tennis de Colorado.

Entre los muchos e interesantes casos que relata Jackson en su libro, encuentro otro en el que además de la permanencia silenciosa del cuerpo extraño en el bronquio, se asemeja a mi caso en haberse manifestado por dos procesos neumónicos, de los cuales el primero terminó por curación que se mantuvo por largo tiempo. Se trataba de un sujeto de 26 años; antes de su padecimiento "tragó" un botón de camisa que permaneció 24 años sin dar síntomas; a este tiempo tuvo neumonía que curó, persistiendo la aparente salud durante un año, después del cual tuvo otra neumonía que terminó con absceso del pulmón y pio-neumotórax.

Cuando el cuerpo extraño se introduce en las vías respiratorias y se detiene en la laringe, da origen a violentos accesos de tos y sofocación; pero si el intruso pasa rápidamente hasta los bronquios, la tos es un accidente trivial y la tolerancia del bronquio permite que las manifestaciones se retarden, haciendo que el accidente de la introducción sea olvidado, tal como aconteció en mi caso; de donde saco una enseñanza de gran interés práctico y es: que en todo proceso neumónico, especialmente si es crónico y alérgico, hay que pensar en la posibilidad de un cuerpo extraño, y a pesar de las negaciones del enfermo y familiares, buscarlo por medio de una o varias radiografías, y digo varias, por ser cosa averiguada y sobre la cual insiste Jackson repetidas veces, que es frecuente que algunas radiografías, aunque impetables desde el punto de vista fotográfico, no logran evidenciar un cuerpo extraño aun siendo éste de metal.

Otro detalle que me impresionó hondamente es la tos que sufre mi enfermo; puedo afirmar sin temor de equivocarme que nunca había sido testigo de tos semejante, los accesos eran con-

tinuos, tenaces, intensos, con formidable ingurgitación de las venas del cuello; tanto más llamaron mi atención, cuanto que, en las neumonías infantiles es frecuente su evolución sin tos o si acaso muy ligera, especialmente hacia el período final.

Independiente del síntoma tos, hubo en mi enfermo otras particularidades que ameritan breve comentario; una es la evolución clínica del padecimiento y otra los signos de exploración somática.

Aunque la neumonía es ordinariamente el tipo de padecimiento cíclico, de corta duración y de curva térmica característica, se describen neumonías atípicas y de duración prolongada; en estas formas la temperatura puede tener los mismos caracteres que en la forma ordinaria, con la única diferencia de su duración, o puede ser intermitente, dando en este caso un cuadro clínico absolutamente igual al que presentaba mi enfermo.

No hay para los cuerpos extraños de los bronquios un cuadro clínico especial, y así como en mi caso se ha manifestado por dos procesos de neumonía atípica, con fiebre intermitente y separados ambos por un mes de apirexia y aun desaparición de los signos físicos, otras ocasiones se manifiestan por procesos pulmonares crónicos, con fiebre intermitente, precedida de calosfrío, seguida de sudores y desnutrición general, lo que hace pensar en la tuberculosis pulmonar evolutiva.

En lo que concierne a los signos somáticos, ya queda anotado en la historia clínica cómo variaban de uno a otro día, apareciendo alternativamente los de condensación pulmonar y los de derrame pleural; estas variaciones, que no dejaban de turbarme, tienen explicación obvia. Existía en realidad una condensación pulmonar demostrada por los signos somáticos y la radiografía; pero la causa original de esta condensación radicaba en el bronquio, asiento del cuerpo extraño. Ahora bien, cuando dicho bronquio estaba permeable, se hacían evidentes los signos de condensación pulmonar; pero cuando el bronquio quedaba obstruido, ya fuera por secreciones, edema de la mucosa o las granulaciones inflamatorias a que dan origen los cuerpos extraños en los bronquios, los ruidos respiratorios, bloqueados por la obstrucción, no podían pasar por la zona enferma y los signos eran los correspondientes

a una lesión pleural. Algo semejante a lo que sucede en la esplenoneumonía de Grancher, en la cual, a pesar de la ausencia real de derrame pleural, los signos de exploración somática hacen pensar en él.

Un caso de duplicidad del apéndice *

Por los Dres. GUSTAVO BAZ y TOMAS G. PERRIN

Sin ser común ni frecuente, no es de gran rareza el hallazgo de restos de un no reabsorbido conducto onfalomesentérico —ya en su normal punto de arranque ileal, ya ectópico, libre o adherido a órganos abdominales diversos—, así como formaciones diverticulares polipoides en puntos diferentes de la superficie externa del tubo intestinal desde el duodeno hasta el recto; muy especialmente a lo largo del apéndice vermiforme.

Pero en tales formaciones diverticulares (hecha excepción de la de Meckel), su forma generalmente hemisférica, ovoidea o esferoidal y sus atipias estructurales: ausencia de capas musculares o irregular disposición de éstas, bastarían para no identificarlas con el apéndice cecal. Sin contar con que el mayor número de divertículos yuxtá o paraapendiculares, no son verdaderas dismorfas fetales sino falsas o adquiridas, condicionadas por tablicaciones en viejos procesos supurativos del apéndice.

El divertículo de Meckel sí puede presentar una estructura intestinal regular u ordenada, comparable a la apendicular; pero su alejamiento de la base del apéndice vermiforme es tal, que la menor distancia entre ambas implantaciones de que tenemos noticia es de treinta y cinco centímetros.

Por todo esto creemos de algún interés la presente observación, en la que dos formaciones de aspecto y estructura apendiculares, sin indicio alguno de lesiones supurativas o disecantes anteriores, se encontraban paralelas y contiguas divergiendo apenas en su base, ya que ésta correspondía a dos segmentos diferentes, aunque próximos, del tubo intestinal.

La señorita T. P., de 23 años de edad, con padres y hermanos sanos y sin antecedentes patológicos de importancia para nues-

* Trabajo de turno leído en la sesión del 9 de agosto de 1939.

a una lesión pleural. Algo semejante a lo que sucede en la esplenoneumonía de Grancher, en la cual, a pesar de la ausencia real de derrame pleural, los signos de exploración somática hacen pensar en él.



Un caso de duplicidad del apéndice *

Por los Dres. GUSTAVO BAZ y TOMAS G. PERRIN

Sin ser común ni frecuente, no es de gran rareza el hallazgo de restos de un no reabsorbido conducto onfalomesentérico —ya en su normal punto de arranque íleal, ya ectópico, libre o adherido a órganos abdominales diversos—, así como formaciones diverticulares polipoides en puntos diferentes de la superficie externa del tubo intestinal desde el duodeno hasta el recto; muy especialmente a lo largo del apéndice vermiforme.

Pero en tales formaciones diverticulares (hecha excepción de la de Meckel), su forma generalmente hemisférica, ovoidea o esferoidal y sus atipias estructurales: ausencia de capas musculares o irregular disposición de éstas, bastarían para no identificarlas con el apéndice cecal. Sin contar con que el mayor número de divertículos yuxta o paraapendiculares, no son verdaderas dismorfias fetales sino falsas o adquiridas, condicionadas por tabicaciones en viejos procesos supurativos del apéndice.

El divertículo de Meckel sí puede presentar una estructura intestinal regular u ordenada, comparable a la apendicular; pero su alejamiento de la base del apéndice vermiforme es tal, que la menor distancia entre ambas implantaciones de que tenemos noticia es de treinta y cinco centímetros.

Por todo esto creemos de algún interés la presente observación, en la que dos formaciones de aspecto y estructura apendiculares, sin indicio alguno de lesiones supurativas o disecantes anteriores, se encontraban paralelas y contiguas divergiendo apenas en su base, ya que ésta correspondía a dos segmentos diferentes, aunque próximos, del tubo intestinal.

La señorita T. P., de 23 años de edad, con padres y hermanos sanos y sin antecedentes patológicos de importancia para nues-

* Trabajo de turno leído en la sesión del 9 de agosto de 1939.