

"El Estertor Latente" en el diagnóstico de la Tuberculosis Pulmonar

Por el Dr. Ricardo Vargas Iriarte

Trabajo presentado a la Facultad de Medicina, para el Concurso de Agregación.

INTRODUCCION

Seguramente no es ya la época en que deba plantearse controversia acerca de la importancia que tiene cada uno de los métodos usualmente empleados para hacer el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar y, menos aún, parangonar el valor de la radiografía pulmonar con el del puro y simple examen clínico; todos los que nos ocupamos en el diagnóstico y tratamiento de aquella enfermedad, diariamente tenemos oportunidad de apreciar cómo son de limitados, en ciertos casos, los signos físicos en comparación con las imágenes radiográficas.

No obstante, será siempre oportuno insistir en el hecho de que la pobreza de los signos físicos corresponde en un elevado porcentaje de los casos a un examen semiológico superficial, por el criterio, cada día más en boga, de que disponiendo de un auxiliar tan valioso como el que proporcionan los rayos X, constituye poco menos que una pérdida injustificada de tiempo dedicar a la exploración semiológica la paciencia y el tiempo necesarios para apreciar, pongamos por caso, la existencia de una espasticidad muscular del esterno-cleido mastoideo o de otros grupos musculares, o para delimitar la extensión de una zona de submatidez, o para esforzarse por diferenciar los caracteres acústicos de un estertor o para determinar la aparición de ruidos adventicios, cuando éstos no son apreciables en el primer momento o procediendo muy a la ligera. No es dudoso que cualesquiera de esos signos fí-

sicos y un sinnúmero mayor, traducen, cuando son puestos en absoluta evidencia y convenientemente analizados, la lesión anatómo-patológica que está alterando las condiciones físicas normales de un territorio pulmonar y, más aún, pueden dar la pauta que permite presumir el grado que haya podido alcanzar tal lesión: es evidente, efectivamente, que no son similares los signos físicos que origina un infiltrado puramente exudativo, de naturaleza tuberculosa, que una destrucción parenquimatosa por necrosis y excavación, de la misma índole tuberculosa.

A pesar de la generalización de los equipos radiológicos y de las facilidades cada día mayores para adquirirlos, será todavía considerable el número de médicos que se verán obligados a ejercer su profesión sin esa ayuda y que tendrán que hacer sus diagnósticos atendidos solamente a los datos que el examen semiológico de sus enfermos pueda suministrarles. De ahí que, sin desconocer, como sería absurdo pretenderlo, que no es posible en muchos casos realizar el diagnóstico de la tuberculosis pulmonar en muchas de sus formas y principalmente en las incipientes, sin la ayuda del examen radiológico, considere que el médico general, con cuánta mayor razón el especialista, deba esforzarse por sacar todo el fruto que un buen examen clínico puede dar. Porque así lo considero es por lo que en la cátedra de Tisiología que me ha correspondido dictar en la Facultad de Medicina, me he esforzado siempre por hacer resaltar ante los estudiantes este aspecto puramente semiológico de la especialidad.

Por encima de las anteriores hay otra consideración cuya trascendencia interesa por igual al médico y al paciente que se halla bajo su dirección: me refiero a la decisión que en materia de terapéutica haya de tomar el médico especialista en tuberculosis en cada uno de los casos colocados bajo su responsabilidad. Determinar cual haya de ser la línea de conducta más aconsejable entraña una gran responsabilidad; todos sabemos que existen, por ejemplo, formas de tuberculosis esencialmente resolutivas, que regresan por completo y curan sin más tratamiento que el puramente indispensable para rodear al organismo de todos los recursos naturales en orden a su recuperación contra la infección tuberculosa y que someter a un paciente que sufra de una de estas formas de tuberculosis a un tratamiento de neumo-tórax artificial, pongamos por caso, es cuando menos, esclavizarlo por un tiempo excesivamente largo a las mortificaciones que acarrea

semejante terapéutica cuando en lapso menor y sin tales molestias hubiera podido conseguir su curación.

Decidir si ha de adoptarse una operación más o menos mutilante o un neumo-tórax con los inconvenientes anotados y los riesgos que tiene, no por infrecuentes despreciables, o si ha de emplearse la quimioterapia, cuyos beneficios en el campo de la tuberculosis últimamente han despertado para este género de terapéutica un entusiasmo en cierto modo justificable. O si el paciente apenas debe someterse a un reposo estricto y prolongado o a una simple y prudente observación, son dilemas que el médico especialista tiene que contemplar a cada paso y en cuya resolución ha de ser tan decidido como prudente, como quiera que en ese momento puede estar jugando su prestigio y, lo que es aún más grave, puede estar echando a perder un caso que, convenientemente tratado, hubiera podido salvarse. Siempre me ha parecido que únicamente cuando el médico ha podido rodearse de los datos suministrados conjuntamente por la clínica, por los rayos X y por el laboratorio puede estar autorizado para definir su conducta terapéutica en relación con un caso dado de tuberculosis pulmonar y seguramente en elevado número de situaciones semejantes serán los datos que la clínica le dé, los que vienen a conformar mejor su criterio y a aconsejarle el derrotero más seguro; prescindir de ellos, en todo caso, me parece que es cometer un error a veces de consecuencias imperdonables.

Sirva lo anterior como justificación del tema que he escogido para este trabajo. Aun cuando verdaderamente sería de un grande interés no limitar su extensión a la descripción de uno solo de los signos físicos de los muchos que suelen ser constantes cuando un proceso patológico viene a modificar las condiciones fisico-anatómicas normales del parénquima pulmonar y contribuyen en forma verdaderamente valiosa a facilitar el diagnóstico de las afecciones pulmonares y, en el caso particular que contemplamos, de la tuberculosis pulmonar, ello puede ser motivo de una preocupación ulterior, cuando mayor experiencia, acopio de datos estadísticos y otros elementos de juicio, permitan establecer con mayor precisión cuáles son los signos que verdaderamente vale la pena tener en cuenta para poder llegar, sin muchas probabilidades de errar al diagnóstico de la localización bacilar en el pulmón y a la determinación más probable del grado anatomopatológico que haya podido alcanzar.

Hemos de limitarnos, ahora, a la descripción de uno de esos signos, el “estertor latente”, que apenas si se menciona en los textos que se ocupan de la semiología o de la descripción de las diversas formas de tuberculosis pulmonar, o que ni siquiera se tiene en cuenta en ellos, pero que, cuando se ha tenido oportunidad de buscarlo insistentemente y de familiarizarse con él, representa uno de los signos físicos tal vez más importante para el diagnóstico precoz de la Tuberculosis pulmonar.

La descripción de ese signo, la técnica que debe emplearse para buscarlo y ponerlo en evidencia y la presentación de algunos casos ilustrativos, constituyen el fundamento de este trabajo, cuyo complemento ulterior será la demostración, ya con cifras estadísticas, de la verdadera frecuencia con que puede esperarse que se presente. En relación con este último punto de vista he de conformarme, por ahora, a presentar los datos que he podido encontrar después de consultar el mayor número de escritos que me ha sido posible obtener al respecto, y que ciertamente no son numerosos; pero es que en estos tiempos, según queda ya dicho, disponemos de medios cuya eficacia para el diagnóstico es mayor y la utilidad práctica de describir las imágenes radiológicas de la Tuberculosis pulmonar incipiente, por ejemplo, tampoco se parangona sin detrimento para la clínica, con la de describir un signo físico que facilite el diagnóstico de la misma entidad. A pesar de lo cual, mantengo mi convencimiento de que muchos de los estudiantes que han podido familiarizarse con tal signo y que forzosamente tendrá que prescindir de los recursos modernos para auxilio de sus diagnósticos, lo van a encontrar de bastante utilidad.

EL “ESTERTOR LATENTE”

Entendemos por “estertor latente” aquél que solamente se pone en evidencia cuando se utiliza la tos para determinar su aparición en tanto que se realiza la auscultación de una zona pulmonar determinada. Es éste un sonido que tiene características acústicas definidas y por regla general el único que se hace presente en las formas de tuberculosis incipiente o, para emplear un término bastante en boga, debido al empleo cada vez más generalizado de la clasificación impuesta por la Asociación Nacional Tuberculosa Americana, en la tuberculosis pulmonar mínima o moderadamente avanzada. Dicho sonido se oye, por supuesto, en tu-

berculosis que ha lesionado zonas más extensas de territorio pulmonar que aquéllas que la citada clasificación permite dentro de los límites impuestos a este tipo de tuberculosis; como la concepción que se tiene en cuenta para la clasificación americana es mucho más radiológica que anatomo-clínica, hemos de aclarar, asimismo, que el "estertor latente" puede oírse y frecuentemente se oye en territorios pulmonares que sobrepasan ampliamente, desde el punto de vista lesional, la pura y simple infiltración exudativa que constituye la primera etapa anatomo-patológica de la lesión tuberculosa y en los cuales el bacilo de Koch, en su proceso destructivo, ha causado zonas más o menos importantes de necrosis, de caseificación o, como consecuencia de los anteriores, ha conducido a la rarefacción del parénquima y a la aparición de esa lesión tan típica de la tuberculosis y que, desde el momento en que se comprueba, impone ya pronóstico tan reservado a la enfermedad no tanto por los síntomas verdaderamente graves y aún mortales que puede causar sino porque su existencia, dada la escasa tendencia a la regresión espontánea, representa un constante peligro de diseminación de la enfermedad hacia territorios pulmonares vecinos o alejados: nos referimos, como es obvio a la caverna.

En todo caso lo que interesa hacer resaltar es que cuando la tuberculosis pulmonar se encuentra muy limitada, desde el punto de vista de su extensión, o ha causado apenas una infiltración sin mayor destrucción del parénquima, desde el de la concepción anatomohistológica, pueden ya ponerse de presentes, o, mejor dicho, pueden ya hacerse aparecer, los estertores que una vez claramente percibidos, indican sin lugar a dudas la existencia del proceso tuberculoso. Hemos de agregar que sería cuando menos ingenuo pretender hacer el diagnóstico basados exclusivamente en ese signo acústico: es claro que si se le está buscando es porque otros síntomas, principalmente los que caracterizan a la toxemia tuberculosa y los funcionales, por discretos que sean, y suelen serlo mucho, han colocado al médico sobre la pista del diagnóstico. Su comprobación le indicará que no se hallaba errado y, cuando la utilización de los rayos X sea posible, la imagen en la pantalla o en la película le confirmará que la zona en donde fueron escuchados esos sonidos corresponde efectivamente al territorio pulmonar lesionado, al menos con aproximación bastante grande.

Hemos de agregar que, según decíamos anteriormente, el

“estertor latente” es el único ruido adventicio, con exclusión de todos los demás, que se oye en la mayoría de los pacientes que sufren de Tuberculosis pulmonar en sus períodos incipientes y suele ser también el único apreciable en casos de enfermedad avanzada. Parece probable que estertores de muy débil intensidad se produzcan durante la respiración forzada, tanto en los casos de lesiones incipientes como en los que han causado avanzadas alteraciones del parénquima, pero el hecho es que tales estertores permanecen inaudibles hasta que se utiliza la tos para que se revelen a la auscultación.

CARACTERES ACUSTICOS DEL “ESTERTOR LATENTE”

Más adelante hemos de ocuparnos de la técnica que debe emplearse para la auscultación del “estertor latente”. Digamos ahora unas palabras acerca de los caracteres que, acústicamente, permiten ponerlo en evidencia.

No entraremos ahora a hacer una diferenciación respecto de los caracteres físicos de los diversos ruidos adventicios descritos en todos los libros de semiología pulmonar. Simplemente, para poder ser más concisos, recordaremos que la infiltración tuberculosa es netamente inflamatoria y como tal causa un exudado intra-alveolar y en los bronquiolos, que se caracteriza por riqueza en fibrina; este solo hecho establece una diferencia con respecto a otros tipos de infiltración, que tiene su traducción en los sonidos que se originan en el sector pulmonar en donde ha tenido la acumulación de tal exudado; es perfectamente claro que el estertor que se produce allí, en donde el pulmón ha sido consolidado más o menos considerablemente pero de todos modos en forma importante, tendrá una tomalidad relativamente elevada y podrá transmitirse con relativa facilidad conservando sus caracteres originales: es decir que corresponderá generalmente al estertor comúnmente descrito como “consonante” y seguramente será un estertor “crepitante” si su sitio de origen está en los alveolos, como es lo que sucede más constantemente; sin embargo, el estertor latente puede originarse también en los bronquiolos; de ahí que, excepcionalmente, aparezca en forma de silbilancia.

De todas maneras la sensación acústica que produce da la impresión de sequedad, más bien que de humedad, precisamente por la riqueza en fibrina del exudado, que aglutina y consolida,

muy al contrario de lo que ocurre, pongamos por caso, con la sensación de franca humedad que producen los estertores que se originan en las congestiones pulmonares debidas a una insuficiencia cardíaca. El estertor latente no tiene tampoco, ni la homogeneidad, ni la constancia y regularidad de aquellos.

Posiblemente la mejor manera de determinar un sonido que tenga semejanzas suficientes con el estertor que nos hemos esforzado por describir consiste en humedecer las yemas de los dedos índice y pulgar con glicerina, esperar unos momentos para que comience a secarse la glicerina, juntarlos luego bien próximamente al oído y separarlos entonces bruscamente. Mejor que cualquiera descripción, la sencilla maniobra anteriormente esbozada, permitirá formarse una concepción acerca del estertor fino, más bien seco, poco sonoro, que se ausculta en la forma que luego detallaremos.

TECNICA PARA DETERMINAR LA APARICION DEL "ESTERTOR LATENTE" !

Desde luego no trataremos de describir la técnica para la AUSCULTACION pulmonar; solamente procuraremos explicar la mejor manera de proceder para que, cuando se realiza la auscultación, se haga presente el signo que consideramos importante para descubrir zonas pulmonares lesionadas por la Tuberculosis, aún en períodos incipientes de la enfermedad,

Como atrás ha quedado establecido, tal signo no se hace presente sino cuando se utiliza la tos mientras se realiza la auscultación. Pero la tos no debe utilizarse en una forma caprichosa, porque entonces no presta la ayuda que, convenientemente empleada, ofrece. A este respecto, conviene establecer que el paciente puede ser dirigido para que tosa en cualquier momento del ciclo respiratorio; además, el enfermo, voluntariamente y conforme a las instrucciones que se le den, es capaz de imprimir a la tos modificaciones en cuanto a la intensidad, tonalidad, calidad y duración de ese acto. Todos esos caracteres o cualidades de la tos tienen mucha importancia, según lo que a continuación se expresará.

El zenith de la fase inspiratoria corresponde precisamente al final de la inspiración y representa el punto en que ordinaria-

mente ocurre el reflejo de la tos. La tos, en este momento, es sonora y de carácter explosivo y más bien oscurece u oculta la presencia de ruidos adventicios; debe, por lo tanto, esquivarse como arma para el diagnóstico. Por supuesto, estertores latentes pueden originarse, en ciertos casos, cualquiera que sea la posición de la tos con relación al ciclo respiratorio; más aún, esto puede acaecer en casos de que solamente presentan muy escasos y localizados estertores latentes; en todos los casos, sin embargo, tales adventicios se hacen mejor perceptibles si la tos se "inserta" al final de la expiración. Es este el punto de mayor interés y sobre el que conviene hacer hincapié: solamente cuando se hace toser al paciente al final de la fase expiratoria de su ciclo respiratorio, ese acto presta eficaz ayuda para el diagnóstico.

Efectivamente, en ese momento el aire suplementario es expelido con la tos inmediatamente se origina una reacción fisiológica consistente en una inspiración de carácter amplio y profundo, que se inicia inmediatamente después de finalizada la tos. Tal inspiración, con los caracteres que acabamos de asignarle, es indispensable para que aparezcan los estertores latentes, inaudibles en otras condiciones. Una inspiración débil o retardada, no sería útil a este fin; además, al final de la expiración el mecanismo que gobierna la tos se encuentra dificultado y por lo tanto la tos que se produce en ese momento carece de intensidad y es un tanto "zacudida", dos nuevos rasgos que son excelentes para la demostración de los estertores. El mecanismo que muy posiblemente interviene para que se originen los estertores y que más adelante trataremos de explicar, justifica la inserción de la tos en el momento del ciclo respiratorio en que la presión intra-torácica es mayor. En algunas circunstancias no es posible verificar la auscultación de la manera descrita; ocurre ésto, principalmente, cuando no se consigue obtener de parte del enfermo la colaboración indispensable para que las cosas se sucedan como se ha dicho, por más que se insista con él para que no vaya a toser, ni trate de hacerlo, sino después de haber realizado la exhalación del aire expiratorio. Con todo, la tos, aun cuando aparezca en la fase inspiratoria, puede ser útil para la determinación de estertores en determinadas circunstancias: hemos visto cómo si el aire suplementario ha sido exhalado completamente mediante un esfuerzo expiratorio la tos no es ya posible, puesto que el acto de toser representa, en sí mismo, una fase de la expiración.

Para poder toser, por lo tanto, el paciente necesita inspirar

y si la inspiración corresponde, o mejor dicho, se insinúa en la fase ascendente del ciclo respiratorio, también contribuye útilmente a la finalidad expuesta; quiere ello decir que en aquellos casos en que la técnica de elección no puede realizarse, debido principalmente a la falta de colaboración del paciente, lo mejor es procurar que verifique un cierto número de toses breves y sacudidas, sin que entre ellas medie ningún movimiento de inspiración. Esta tos sucesiva permite también la exhalación del aire suplementario y en los casos antedichos su utilización representa la única manera de provocar la aparición de los estertores.

Se comprende que las condiciones en que se produce en su esencia, son semejantes a las que tienen lugar cuando se procede en la forma primeramente descrita para buscar, por auscultación, los estertores latentes.

MECANISMO DE PRODUCCION DEL "ESTERTOR LATENTE"

No resulta propósito fácil de cumplir éste de explicar claramente el mecanismo que interviene para que se originen, no ya los estertores de que nos hemos venido ocupando sino, en general, los ruidos adventicios que se auscultan en las diversas condiciones que alteran de manera patológica el parénquima pulmonar; lo decimos porque al consultar las distintas maneras como explican los autores su manera de originarse se halla bastante divergencia entre ellos; por ejemplo, suele decirse que el estertor crepitante representa sencillamente el ruido que se produce al despegarse las paredes alveolares aglutinadas por el exudado que se ha acumulado en el interior de los alvéolos mismos; pero resulta evidente que si existe exudado en su interior, mal pueden encontrarse adheridas sus paredes. Por supuesto, no deseamos alargarnos al presentar las explicaciones que más generalmente se aceptan en relación con el mecanismo de producción de los ruidos pulmonares adventicios ni las objeciones que en contra de ellas parecen de mayor fuerza; el ejemplo anterior es uno de los muchos que podríamos traer a cuento.

Superfluo tal vez no sea, sin embargo, demorarnos en decir cuál es el sitio más probable en donde se producen los ruidos adventicios usualmente auscultados en condiciones patológicas, sin entrar a establecer su mecanismo sino en el caso del estertor la-

tente, con todo y lo sujeta a error que la interpretación que ofrecemos como más posible para este caso pueda estar bien.

Los estertores roncales y sibilantes se producen en los bronquios o en los canales aéreos superiores, por presencia, en tales sitios, de mucosidades tenaces; los crepitantes, de alta tonalidad, audibles durante la fase terminal de la inspiración, se originan con toda probabilidad en el atrio, en el sáculo, en los conductos alveolares y, quizás, en el alvéolo. Los estertores finos, también de timbre elevado pero más húmedos que los crepitantes, audibles en toda la fase inspiratoria, parecen nacer en los bronquiolos; los estertores de burbujas medias y gruesas aparecen unas veces durante la expiración que precede a la tos, durante la tos y, en general en todos los momentos del ciclo respiratorio: su sitio de origen más probable lo constituyen los canales bronquiales; serán tanto más finos cuanto más estrecho el conducto bronquial en donde nazcan y viceversa.

Atrás dejamos analizados los caracteres acústicos del estertor latente, que lo aproximan al estertor crepitante por algunos de aquéllos y al de burbujas finas o moderadamente gruesas, por otros, pero a nuestro modo de ver más próximo al primero que a los demás. En cuanto a su mecanismo de producción, la más comúnmente aceptada es la que lo explica por la separación de las paredes colapsadas de los bronquiolos más pequeños y de los alvéolos situados en las áreas atelectásicas presentes constantemente en los focos tuberculosos. Lo que no resulta claro, de acuerdo con esa interpretación, es la posibilidad de que tal separación de las paredes se realice durante la fase expiratoria; nos atenemos por lo mismo, más bien a la explicación que del fenómeno del H. A. Bray, del Ray Brook Hospital, a quien, por lo demás, hemos seguido muy de cerca en este trabajo; dicho autor la hace de la manera siguiente: "hacia el final de la expiración la glotis es voluntariamente obturada y la presión intra-pulmonar, por contracción poderosa de los músculos expiratorios, se aumenta. Este repentino aumento de la presión intra-pulmonar separa las paredes colapsadas de los bronquiolos y de los alvéolos en el área atelectásica. Una vez que la permeabilidad de tales estructuras se ha establecido, el estertor se produce por medio de la tos, que coloca en vibración las secreciones patológicas contenidas dentro de los bronquiolos y de los alvéolos. Los estertores pueden oírse solamente durante la fase inspiratoria o, en algunas circunstancias,

durante la tos o en la rase expiratoria que sigue inmediatamente a aquélla”.

Hay casos en que el procedimiento que estudiamos no puede emplearse con éxito; es claro que todas aquellas condiciones que impiden obtener un aumento de la presión intra-torácica, requisito indispensable para que se produzca el estertor latente, según ha quedado establecido, se hallan entre aquéllos. Las afecciones de la laringe, que no permiten la reunión de las cuerdas vocales por existencia de ulceración, por formaciones tumorales, por paresia o parálisis muscular etc., constituyen un ejemplo ilustrativo.

Antes de finalizar, diremos que el procedimiento debe usarse con grandes precauciones en caso de reciente hemoptisis.

Por otra parte, se comprende que todas aquellas afecciones torácicas o abdominales en el curso de las cuales el dolor se acenúa con la tos contraindican o cuando menos dificultan el empleo del método; a guisa de ejemplos citaremos los casos en que exista lesión de los huesos o de las articulaciones del tórax, la pleuresía aguda, la neuralgia intercostal, las afecciones abdominales agudas.

Por último, recordemos que los tumores del mediastino cuando adquieren tamaño más o menos considerable estrechan la luz de la tráquea o de los bronquios gruesos y que en tales circunstancias sería inútil tratar de utilizar la técnica descrita para poner de presentes los estertores latentes, como lo sería también en todos los pacientes que, por una u otra causa, sufran de disnea intensa.

ALGUNOS DATOS ESTADISTICOS

Me ha parecido de interés transcribir algunos datos que he podido encontrar en un trabajo realizado por el Dr. H. A. Bray en el Hospital del Estado de Nueva York para Tuberculosis pulmonar incipiente, ya que ellos nos pueden servir para apreciar la importancia que tienen los signos físicos y entre éstos los estertores, latentes o no, para el diagnóstico de la Tuberculosis pulmonar.

CUADRO Nº 1

**SITIO DE LA ENFERMEDAD EN 131 CASOS DE TB INCIPIENTE
CON SIGNOS FISICOS POSITIVOS:**

Localización de la lesión	Incidencia	%
Cima derecha	39	29,77
Cima izquierda	27	20,64
Cimas derecha e izquierda	41	31,29
Base derecha	6	4,58
Base izquierda	5	3,81
Cima y base derechas	5	3,81
Cima derecha y base izquierda	4	3,05
Cima y base izquierdas	3	2,29
Cima izquierda y base derecha	1	0,76
Totales	131	100,00

CUADRO Nº 2

**INCIDENCIA DE ESTERTORES EN 139 CASOS DE
TUBERCULOSIS INCIPIENTE**

	Positivo	Negativo	Toles
Examen físico	131	8	139
Incidenca de los estertores	115	24	139
Porcentaje de incidencia	82,73	17,27	100

CUADRO Nº 3

**CARACTER DE LOS ESTERTORES EN 115 CASOS DE TB
INCIPIENTE**

Localización de la lesión	Incidencia	%
Estertores finos	78	67,84
Finos y medios	14	12,19
Medios	18	15,65
Medios y gruesos	2	1,73
Finos y sibilantes	2	1,73
Medios y sonoros	1	0,86
Totales	115	100,00

CUADRO N° 4

INCIDENCIA DE ESTERTORES ANTES Y DESPUES DE LA TOS EN
115 CASOS DE TUBERCULOSIS PULMONAR CON ESTERTORES

Estertores	N° de casos	%
Sin la ayuda de la tos	27	23,47
Solamente después de la tos	88	76,53
Totales	115	100,00

CUADRO N° 5

INCIDENCIA DE ESTERTORES ANTES Y DESPUES DE LA TOS
EN 87 CASOS DE TB MODERADAMENTE AVANZADA,
CON ESTERTORES

Estertores	N° de casos	%
Sin ayuda de la tos	63	72,50
Solamente después de la tos	24	27,50
Totales	87	100,00

De acuerdo con los cuadros anteriores, el autor concluye:

- 1.—En tuberculosis, el sitio de elección es el ápice.
- 2.—Los estertores ocurren con gran frecuencia.
- 3.—El estertor predominante en la enfermedad incipiente es el estertor fino y seco; el sibilante, el estertor sonoro y grueso ocurren relativamente con rareza.
- 4.—El estertor latente es el estertor inicial de la Tuberculosis incipiente en la gran mayoría de los casos.

HISTORIAS

Antes dijimos que no era nuestro propósito, al realizar este trabajo, el de adelantar un estudio estadístico acerca del valor que el signo físico que en él estudiamos pueda tener en orden al diagnóstico de la Tuberculosis pulmonar; aun cuando sería extraordinariamente interesante poder decir, por ejemplo, de cien casos de tuberculosis pulmonar incipiente cuántos han presentado

estertores latentes a la auscultación y, en realidad sólo en esa forma podría precisarse el valor que tal signo tiene y, por ende, el crédito que deba dársele como auxiliar en el diagnóstico de las infiltraciones bacilares, queremos nuevamente poner de presente que ahora y en forma deliberada nos hemos limitado a hacer un estudio relacionado con los demás aspectos del mencionado signo auscultatorio, que a nuestro modo de ver tienen también mucho interés: más tarde, quizás, podamos complementarlo en la forma comentada.

Las historias clínicas que en seguida presentamos son apenas casos ilustrativos de enfermos a quienes se les escuchó el estertor latente cuando fueron examinados por vez primera: representan por lo mismo ejemplos de formas casi todas incipientes de tuberculosis pulmonar descubiertas por medio de la auscultación y comprobadas radiológicamente o por otros medios de diagnóstico.

Con el fin de no hacer demasiado extensas las historias que presentamos, nos limitamos a hacer una breve síntesis de los datos más importantes en relación con cada uno de los casos.

HISTORIA N° 1

Srta. M. Q.

Natural de Bogotá.

Edad: 18 años.

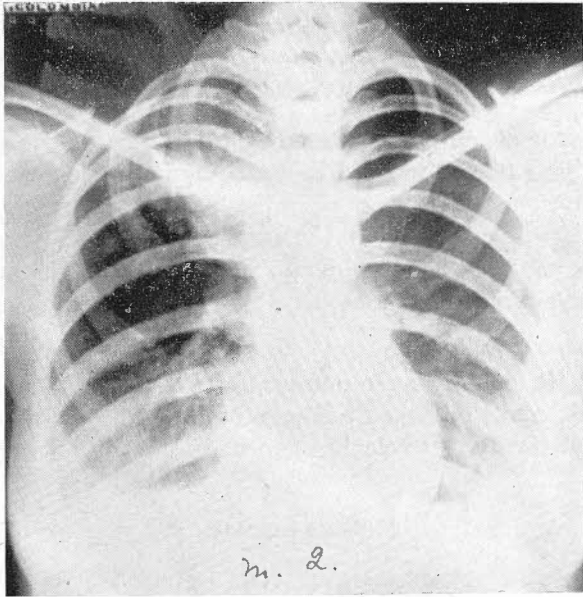
Antecedentes familiares: El padre sufrió de Tuberculosis pulmonar para la que fue tratado por largo tiempo por medio de neumo-tórax artificial.

Historia de la enfermedad: Gozó de aparente buena salud hasta unos veinte días antes de consultar, por cuyo tiempo comenzó a toser insistentemente, a perder peso y a presentar sudores nocturnos profusos; ha tenido expectoración escasa, de aspecto más bien mucoso y hemoptoica la víspera de su consulta, realizada el día 11 de octubre de 1949.

Examen de la enferma (signos físicos del aparato respiratorio): Tórax de tipo asténico; Espasticidad de los músculos del cuello en el lado derecho; menor sonoridad a la persecución de la clavícula del lado derecho; respiración de tipo bronco-vesicular en el tercio superior del hemitórax derecho; estertores latentes, revelados con el carraspeo y la tos débil, en la región omo-vertebral derecha e infra-clavicular del mismo lado.

Examen radiológico: Revela un infiltrado tuberculoso del tipo de "infiltrado precoz" en el vértice y región intraclavicular del pulmón derecho.

Examen bacteriológico: Se hicieron dos frotos de esputo que no revelaron bacilos de Koch al examen directo. (Lab. Muñoz, informe N° 48.816, oct. 17/49.) Circunstancias especiales no permitieron adelantar la investigación del bacilo en exámenes con concentración, lavado gástrico etc.



Radiografía N° 1 (Historia N° 1)

Diagnóstico: Tuberculosis pulmonar mínima.

Comentario: Aun cuando el examen bacteriológico no reveló bacilo de Koch en un examen directo del esputo, el antecedente de contagio familiar, los signos físicos y generales y la radiografía pulmonar estaban todos en favor del diagnóstico de Tb pulmonar; la enferma fue sometida a una observación regular, a tratamiento con estreptomina y reposo y ulteriormente, en vista de la aparición de una imagen cavitaria en medio del infiltrado, a un tratamiento con neumotórax artificial. Sus condiciones son hoy muy satisfactorias.

HISTORIA N° 2

Sr. H. M.

Natural de Bogotá.

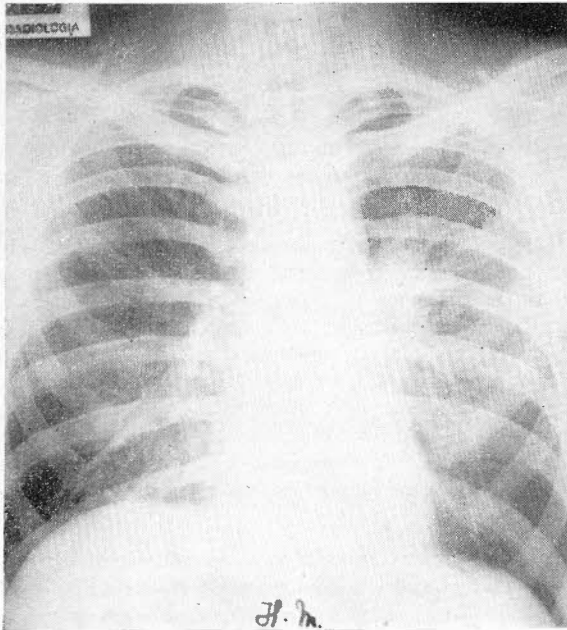
Edad: 22 años.

Antecedentes familiares: No existe ningún antecedente que favorezca la sospecha de un contagio familiar.

Historia de la enfermedad: Gozaba de buena salud y estudiaba en una Universidad en Buenos Aires, en donde residía desde hacía algunos meses, cuando a fines del mes de septiembre de 1949 se presentó un estado febril intenso, acompañado de decaimiento general y de pocos síntomas funcionales relacionados con el sistema respiratorio; trasladado a una clínica se procedió a estudiarlo más detenidamente y fue así como un estudio radiológico demostró la existencia de un infiltrado pulmonar incipiente. Se le instituyó un tratamiento con neumo-tórax artificial. Poco tiempo después se trasladó a Bogotá.

Fue examinado por vez primera en el mes de diciembre del mismo año.

Examen del enfermo: (signos físicos del aparato respiratorio). Tórax de conformidad normal; espasticidad del trapecio izquierdo; limitada zona de sub-matidez en la zona omo-vertebral superior izquierda. La auscultación reveló, como único dato positivo, la presencia de "estertores latentes", revelados por la tos en la región infra-clavicular izquierda y en la región omo-vertebral



Radiografía N° 2 (Historia N° 2)

superior del mismo lado. Es de anotar que cuando fue examinado este paciente había perdido casi completamente su cámara aérea de neumo-tórax y el pulmón se encontraba muy cerca de la pared costal.

Examen radiológico: Revela un infiltrado que se extiende en forma dispersa desde el polo superior de la zona hiliar hacia arriba y hacia afuera, abarcando prácticamente toda la región cleido-hiliar izquierda.

Examen bacteriológico: Un examen bacteriológico del esputo, realizado en el Laboratorio del Dr. L. Kliman (Buenos Aires) el día dos de octubre de 1949 reveló en frotos directos hasta 8 bacilos de Koch por campo microscópico. Un examen practicado ulteriormente en Bogotá (Dbre. 1949) fue negativo para B. de Koch.

Diagnóstico: TEC pulmonar incipiente (mínima).

Comentario: Cuando el enfermo fue examinado por vez primera, poco tiempo después de su llegada a Bogotá, prácticamente no presentaba ningún signo físico distinto de los estertores latentes. Ha continuado su tratamiento con neumo-tórax artificial y sus condiciones actuales son muy satisfactorias.

HISTORIA Nº 3

Srta. L. R.

Natural de Fresno.

Edad: 21 años.

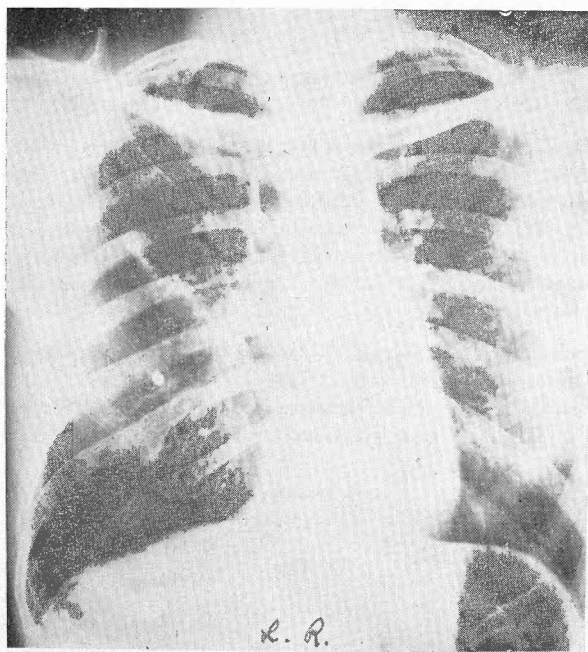
Antecedentes familiares: La madre sufre de asma; exámenes radiológicos que se le han practicado han permitido confirmar que no existen en ella lesiones de Tb pulmonar. Ninguna otra persona de la familia presentan síntomas que hagan pensar en la Tb pulmonar.

Historia de la enfermedad: Aun cuando desde su época de colegiala su peso fue siempre notoriamente inferior al que le correspondiera normalmente, no presentó síntomas generales ni funcionales en relación con su sistema respiratorio hasta el mes de febrero de 1949; por esa época y con ocasión, según relató la enferma, de una gripa, comenzó a toser insistentemente y a expectorar secreciones muco-purulentas en cantidad escasa; asimismo se presentaron sudores nocturnos y una declinación de su estado general con marcada astenia; pocos días después de que se hicieron presentes los anteriores síntomas un día, en las primeras horas de la mañana, aparecieron unos pocos esputos hemoptoicos. Este síntoma la alarmó y por esa razón se presentó a consulta el 5 de marzo del mismo año.

Examen de la enferma: (signos físicos del aparato respiratorio). Tórax de conformación asténica; espasticidad del esterno-cleido y trapecios derechos. A la suscultación el único dato positivo fue el revelado por la presencia de "estertores latentes", desencadenados por la tos en la región infra-clavicular derecha y en la zona omo-vertebral superior del mismo lado.

Examen radiológico: Se puso de presente la existencia de un infiltrado retro- e infra-clavicular, en medio del cual parece existir ya una zona de rarefacción (caverna incipiente); todo esto en el lado derecho; es también apreciable una imagen alargada en el sentido oblicuo, de apariencia fibrosa y colocada a la altura del arco anterior de la tercera costilla; se aprecian discretos

y dispersos nódulos fibrosos y algunas calcificaciones, una de ellas muy neta, en relación con la extremidad anterior de la cuarta costilla. La apariencia radiológica del pulmón izquierdo es satisfactoria.



Radiografía N° 3 (Historia N° 3)

Examen bacteriológico: Un examen directo del esputo para B. de Koch, verificado el día 9 de marzo de 1949 (N° 195.429, Lab. Almánzar Sánchez) dio resultado negativo.

Diagnóstico: TEC pulmonar moderadamente avanzada, con sintomatología discreta.

Comentario: Aun cuando la presencia de lesiones productivas más bien confluentes en el tercio superior del pulmón derecho, no permite clasificar este caso entre los verdaderamente incipientes, tales lesiones en realidad no tienen importancia mayor en cuanto a la severidad de la Tb; no así la lesión situada en la zona alta del mismo pulmón que tiene todos los caracteres de una francamente evolutiva y grave: el único signo físico que le reveló fue el hallazgo de "estertores latentes". Como después de una observación prudencial, se observara ya una mejor delimitación cavitaria en medio del infiltrado descrito, se procedió a realizar un neumotórax derecho; la situación de la paciente es hoy perfectamente satisfactoria.

HISTORIA N° 4

L. E. A.

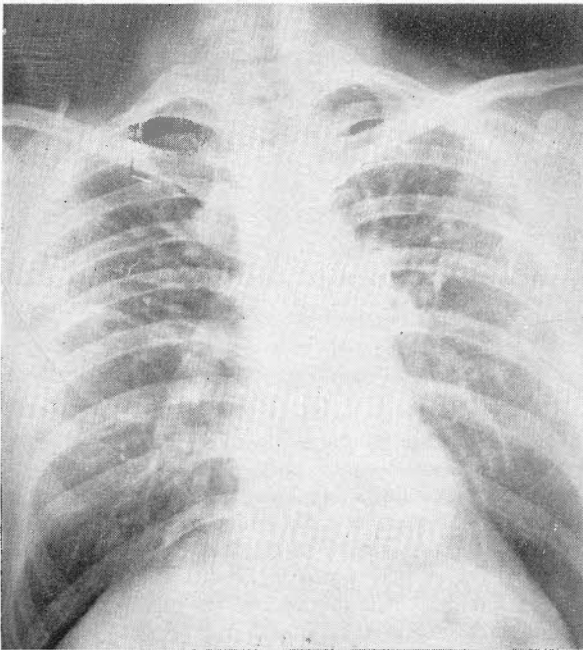
Natural de Cúcuta.

Edad: 28 años. Prof. Abogado.

Antecedentes familiares y de contagio: No hay ninguno que merezca especial atención.

Historia de la enfermedad: No tiene recuerdo de haber sufrido, en ninguna época de su vida, de episodios respiratorios que puedan hacer sospechar una Tb pulmonar: recientemente graduado, se le ofrece una oportunidad para hacerse cargo de un puesto oficial; para cumplir con el requisito del certificado pulmonar resuelve hacerse practicar un examen detenido del aparato respiratorio, principalmente por haber apreciado en los últimos tiempos un poco de cansancio y dolores torácicos.

Examen del enfermo: (Signos físicos del aparato respiratorio). Tórax de conformación normal. Discreta espasticidad en relación con los músculos del cuello: la percusión da un sonido de tonalidad un poco más baja que la usual en las bases (suplencia ?).La auscultación revela murmullo de tipo bronco-



Radiografía N° 4 (Historia N° 4)

vesicular hacia el tercio superior de ambos pulmones. Con la tos provocada se oyen numerosos estertores "latentes" en el tercio superior del hemi-tórax izquierdo (dorso).

Radiografía: En ambos campos pulmonares se aprecian imágenes nodulares más o menos dispersas; tales imágenes se hacen mucho más confluentes en el ángulo cleido-hiliar derecho y en la región infra-clavicular izquierda.

Diagnóstico: TB pulmonar moderadamente avanzada, con sintomatología nula.

Comentario: Este caso es típico de una TB pulmonar de tipo productivo y sin sintomatología general; la ausencia absoluta de expectoración no permitió realizar examen bacteriológico del esputo y el paciente rechazó la intubación para investigaciones en el contenido gástrico. El único dato preciso, en relación con los hallazgos físicos revelados por el examen clínico, fue el descubrimiento, muy neto, de "estertores latentes" en el tercio superior del pulmón izquierdo.

En consideración al tipo esencialmente productivo de esta Tuberculosis, no se ha considerado necesario verificar colapso-terapia; el paciente se halla sometido a vigilancia periódica.

HISTORIA Nº 5

H. O.

Natural de Bogotá.

Edad: 23 años. Estudiante.

Antecedentes familiares y de contagio: El padre murió de edad avanzada (arterio-esclerosis); la madre vive y es sana. Cuatro hermanos alentados.

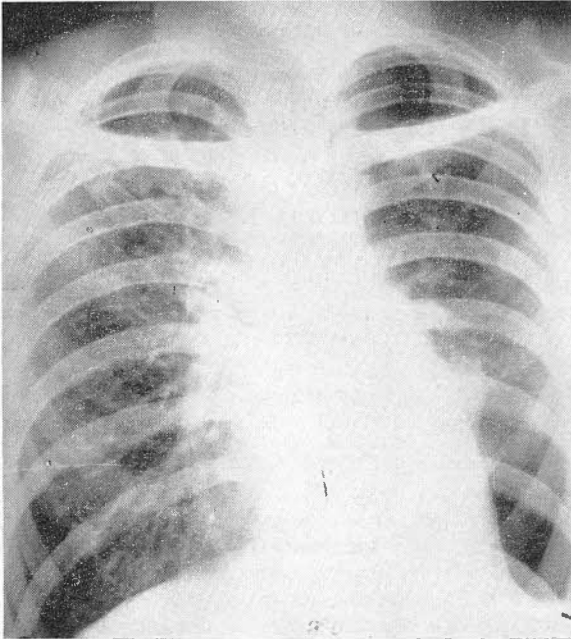
Historia de la enfermedad: Cuando cursaba cuarto año de Odontología en la Facultad Nacional en el año de 194 , acudió en consulta al Servicio Médico Universitario a causa de pérdida de peso, astenia, sudores nocturnos, y expectoración abundante; examinado entonces, le fue reconocida una Tb pulmonar, confirmada tanto clínicamente como por exámenes radiológicos y de laboratorio; en esa época se pusieron de manifiesto lesiones de tipo caseo-neumónico, excavadas, y que habían invadido los dos tercios superiores del pulmón izquierdo.

El paciente abandonó sus estudios y se sometió, aparte del régimen de vida consiguiente, a un tratamiento por neumo-tórax izquierdo. Con este tratamiento se obtuvo una gran mejoría, con desaparición de todos los síntomas que presentaba el enfermo; después de un control riguroso en el año de 1948 se le autorizó para que ingresara de nuevo a la Facultad, manteniéndole su neumo-tórax izquierdo. Logró terminar sus estudios y graduarse en 1949, en condiciones de salud muy satisfactorias y sin que en el transcurso del tiempo relatado hubiera existido ningún síntoma que indicara recrudescencia de sus lesiones o aparición de otras. A fines de 1949 se le presentó oportunidad para

trabajar en su profesión en Puente Nacional. En contra del consejo que se le dio, aceptó el puesto que se le brindó y se trasladó al citado lugar, aun cuando concurriendo quincenalmente para la continuación de su neumotórax izquierdo.

Cinco meses habían transcurrido desde que llevaba esa vida profesional activa cuando en una de sus citas para aplicación del neumotórax refirió que, de diez días para atrás, había tosido moderadamente y, de vez en cuando, expectorado secreciones de aspecto muco-purulento. Examinado clínicamente se comprobó la existencia de estertores "latentes" puestos de presente con la tos provocada, en la región omo-vertebral superior derecha y en la región infra-clavicular del mismo lado. Se ordenó una radiografía.

Examen radiológico: Confirmó la existencia de una infiltración, muy discreta, en la región infraclavicular derecha, de aspecto exudativo.



Radiografía N° 5 (Historia N° 5)

Comentario: En este caso, la presencia de los estertores latentes fue el indicio primero de que se estaba iniciando una bilateralización de un proceso tuberculoso que se encontraba bastante bien controlado por medio de un neumotórax. El paciente no abandonó su actividad sino algún tiempo después de descubierta su nueva lesión pulmonar: entre tanto, el proceso siguió su curso y llegó a determinar una excavación considerable. Se ha tratado con anti-bió-

ticos (estreptomocina y Pas,) se mantenido el neumo-tórax izquierdo y creado un neumoperitoneo. En la actualidad es notoria la mejoría del paciente y la regresión de su última lesión.

HISTORIA Nº 6

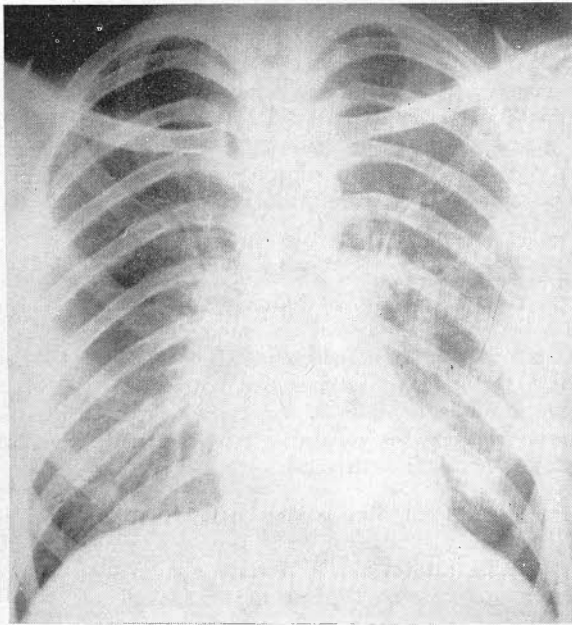
O. L.

Natural del Socorro. Estudiante.

Antecedentes familiares y de contagio: Ningún antecedente en favor de un contagio familiar. Cursa primer año de Medicina.

Historia de la enfermedad: A fines del año de 1948 comienza a notar decaimiento acompañado de sudores nocturnos, que el paciente atribuye al exceso de estudio a que debió entregarse por ese tiempo; sin embargo, casi simultáneamente y después de un estado gripal, persiste tos acompañada de escasa expectoración muco-purulenta. En estas condiciones se decide a consultar.

Examen del enfermo: (signos físicos del aparato respiratorio). El único dato positivo hallado mediante la exploración física consiste en la presencia de estertores que se oyen únicamente con auxilio de la tos provocada en el tercio medio del hemi-tórax izquierdo (zona inter-escápulo-vertebral).



Radiografía Nº 6 (Historia Nº 6)

Radiografía: Pone en evidencia la existencia de una infiltración discreta, de apariencia exudativa, situada en la región para-hiliar superior izquierda.

Laboratorio: Después de homogeneización de los esputos a la soda se encontraron escasos bacilos ácido-alcohol resistentes). Lab. A. Salgar, boletín N^o 93.613, Dic. 23 de 1948.

Diagnóstico: TBC pulmonar mínima con escasa sintomatología.

Comentario: Proceso bacilar incipiente cuya única manifestación clínica estaba constituida por la existencia de estertores "latentes" en el tercio medio del pulmón izquierdo. El enfermo sigue un tratamiento con neumo-tórax izquierdo y se halla en condiciones muy satisfactorias.

HISTORIA N^o 7

I. de P.

Natural de Bogotá.

Edad: 34 años.

Antecedentes familiares y de contagio: Ninguno de interés en relación con su actual enfermedad.

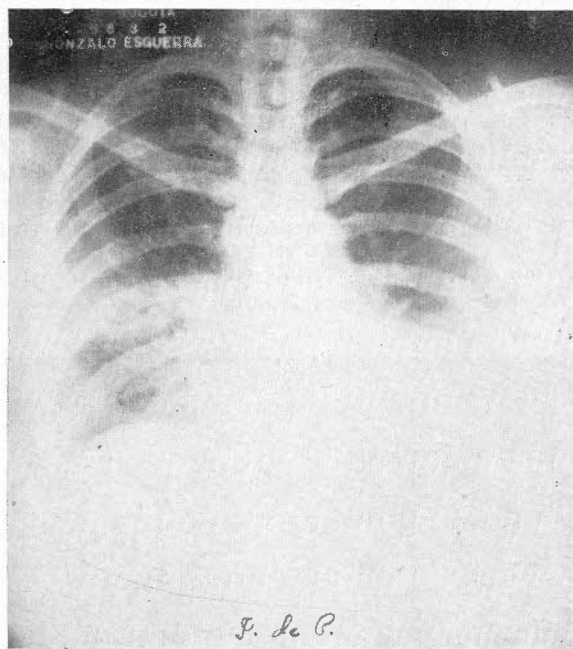
Historia de la enfermedad: Gozó de excelente salud y llevó vida activa hasta fines del año de 1948. Con ocasión de una fuerte gripa, según relata la enferma, que adquirió recientemente llegada de la costa atlántica en donde permaneció por espacio de varios días y se sometió a intensas radiaciones solares en la playa, comenzó a toser en forma muy constante al propio tiempo que se hizo presente una expectoración no muy abundante; dos días antes de consultar el 14 de diciembre de 1944, aparecieron dos o tres esputos hemoptoicos. Por su cuenta y preocupada por este último síntoma hizo practicar un examen bacteriológico del esputo que dio resultado positivo para B. de Koch. (formas escasas, N^o 1 de la escala de Gaffky).

Examen de la enferma: (signos físicos del aparato respiratorio). A la palpación se parecía espasticidad de los músculos del cuello y del trapecio, del lado derecho. La percusión es normal en ambos hemi-tórax. La auscultación revela una respiración de tipo bronco-vesicular en la base del hemi-tórax derecho; con ocasión de los actos inspiratorios normales no se oyen ruidos adventicios en ninguno de los hemi-tórax pero con el carraspeo y la tos provocada se oyen numerosos estertores, de tonalidad más bien elevada en la zona infra:scapular interna del hemi-tórax derecho.

Radiografía: (Dic. 1944). Revela una zona de infiltración, relativamente confluyente y de apariencia exudativa, en la base del pulmón derecho; hacia la parte superior de dicha infiltración se aprecia una imagen vacuolar que parece corresponder a una caverna de reciente formación.

Diagnóstico: Tuberculosis pulmonar moderadamente avanzada, con sintomatología discreta.

Comentario: Se trata, en este caso, de una tuberculosis pulmonar que llama la atención por su localización en una zona basal del pulmón, no obstante



Radiografía N° 7 (Historia N° 7)

que corresponde a una Tb de reinfección. Clínicamente el único dato cierto de la infiltración parenquimatosa fue la aparición de estertores "latentes", despertados con la tos provocada.

HISTORIA N° 8

E. C.

Natural de Bogotá.

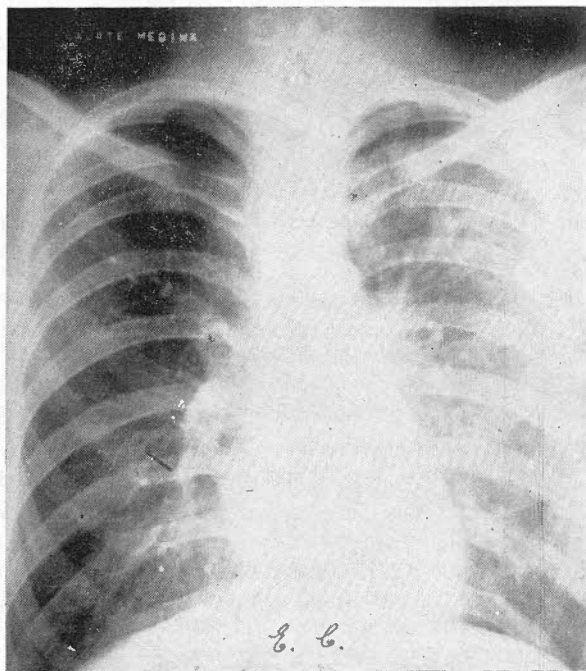
Edad: 23 años.

Antecedentes familiares y de contagio: Padres vivos y aparentemente alejados. Una hermana murió de TB pulmonar cuatro meses antes de revelarse la enfermedad de esta paciente.

Historia de la enfermedad: A pesar de convivir con la hermana tuberculosa y de haber tenido oportunidad de hacerse examinar sus pulmones, de acuerdo con el consejo que en ese sentido se le diera, por no creerse afectado por tal

enfermedad pues no había acusado ningún síntoma que se la hiciera sospechar llevaba una vida un tanto disipada cuando intempestivamente se presentó, el día 14 de octubre de 1946, una hemoptisis de relativa abundancia. Ese mismo día acudió a hacerse verificar un examen pulmonar.

Examen del enfermo: (signos físicos del aparato respiratorio). La auscultación del paciente puso de manifiesto la existencia de estertores provocados con la tos y el carraspeo y localizados en la región infra-clavicular izquierda y en la zona supra-espinal interna del mismo lado; asimismo se oyeron estertores de burbujas medias y gruesas en la base del mismo hemitórax izquierdo y en la del derecho, que se consideraron ocasionados por la sangre que hubiera podido ser aspirada, canalicularmente, hacia esos territorios pulmonares. Los demás procedimientos de exploración clínica se mostraron negativos.



Radiografía N° 8 (Historia N° 8)

Radiografía: (octubre 16/46). Revela la existencia de un “infiltrado precoz” de aspecto exudativo, localizado en la región infra-clavicular izquierda; en medio de la imagen infiltrativa se aprecia una zona vacuolar que parece corres-

ponder a una caverna en formación. Transparencia normal del resto de ese pulmón y del opuesto.

Diagnóstico: TBC pulmonar moderadamente avanzada con sintomatología severa.

Comentario: La enfermedad se puso en evidencia por la hemoptisis. Los signos físicos convincentes de la infiltración parenquimatosa estuvieron representados, solamente, por los estertores "latentes". La repetición de la hemorragia determinó la creación de un neumo-tórax compresivo de emergencia; con él se obtuvo un colapso completo del pulmón lesionado, desaparición de los síntomas de la enfermedad y recuperación progresiva del paciente que hoy mantiene su neumo-tórax y lleva una vida de actividad más bien moderada. La rapidez con que hubo proceder no permitió realizar otros exámenes, considerados, por lo demás, de poca utilidad confirmada como estaba la enfermedad por los antecedentes y por los signos físicos y radiológicos.

HISTORIA N° 9

C. M.

Natural de San Gil.

Edad: 24 años.

Antecedentes familiares y de contagio: No existe ninguno que merezca particular atención.

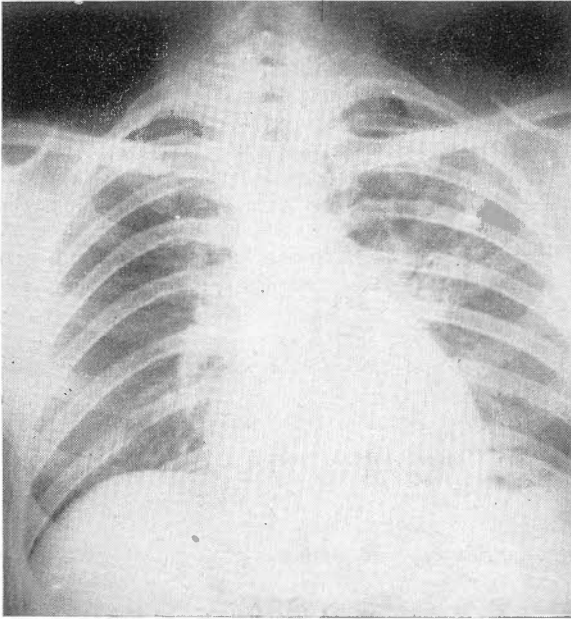
Historia de la enfermedad: Estudiante de tercer año en la Facultad de Odontología, por el mes de marzo de 1947 se presentó tos persistente, a veces seca y otras acompañada de expectoración muco-purulenta que el enfermo creyó debidas a un estado catarral; aun cuando no existieran otros síntomas, se presentó a consulta en el Servicio Médico Universitario.

Examen del enfermo: (Signos físicos del aparato respiratorio). Examinado por primera vez en el citado Consultorio médico, se pudieron apreciar muy característicamente, estertores despertados con la tos provocada y localizados tanto en la región infra-clavicular derecha como en la región omo-vertebral superior del mismo lado. La exploración física del paciente se mostró negativa con los demás procedimientos clínicos; se realizó una investigación de B. de Koch en el esputo que, previa coloración adecuada, reveló escasos bacilos ácido-alcohol resistentes. Asimismo se procedió a practicar una radiografía pulmonar que mostró una zona de infiltración no muy confluyente, de apariencia exudativa, extendida en toda la zona infra-clavicular, izquierda en el ángulo cleido-hiliar se observó una imagen sospechosa de corresponder a una caverna en formación, cosa que no comprobaron exámenes ulteriores.

Diagnóstico: TBC pulmonar mínima, con sintomatología moderada.

Comentario: Se trata, en este caso, de una forma incipiente de TB pulmonar que originaba muy escasa sintomatología general y que solamente se

revelaba por la existencia de estertores "latentes". El enfermo ha sido tratado con neumo-tórax artificial izquierdo; se halla en condiciones favorables; después de controles minuciosos se le ha autorizado para reanudar sus estudios.



Radiografía N° 9 (Historia N° 9)

HISTORIA N° 10

E. V. V.

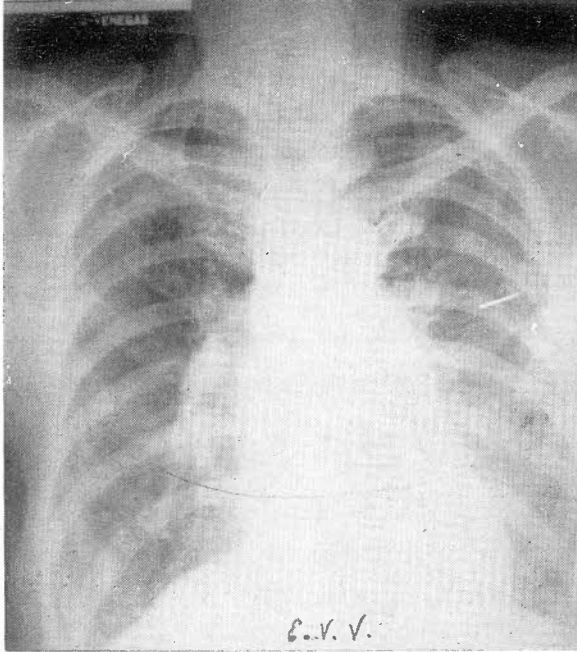
Natural de Bogotá.

Edad: 33 años.

Antecedentes familiares y de contagio: No existe ninguno que llame particularmente la atención y que tenga relación con su actual enfermedad.

Historia de la enfermedad: Con el fin de llenar los requisitos indispensables para ocupar un puesto en una dependencia Universitaria es examinada en el consultorio del Servicio Médico Universitario; no relata ningún síntoma que haga sospechar la existencia de una TEC pulmonar en evolución. Pero al practicarle auscultación pulmonar se descubren estertores que aparecen al hacer toser a la paciente al final de la espiración y que se localizan de manera preferencial en la región infra-clavicular derecha así como también en la sura-espinosa interna del mismo lado; se ordena una radiografía y un examen bacteriológico de esputo que, después de concentración, pone de presencia la existencia de bacilo de Koch (número 2 de la escala de Gaffky).

Radiografía: (febrero 18 de 1944). Revela un infiltrado, preferentemente exudativo, en la región infra-clavicular del pulmón derecho; en el resto de este pulmón y en el opuesto hay discretos nódulos dispersos.



Radiografía Nº 10 (Historia Nº 10)

Diagnóstico: TBC pulmonar mínima con sintomatología discreta.

Comentario: Bien sea porque la enferma tuviera interés en ocultar los síntomas de su enfermedad o porque realmente no le hubieran llamado la atención, por lo discretos, lo cierto es que al examinar la enferma, sin prevención alguna con respecto a la TB pulmonar, el hallazgo de estertores latentes puso sobre la vía del diagnóstico, que se confirmó plenamente después.

HISTORIA Nº 11

J. J. G.

Natural de Pamplona.

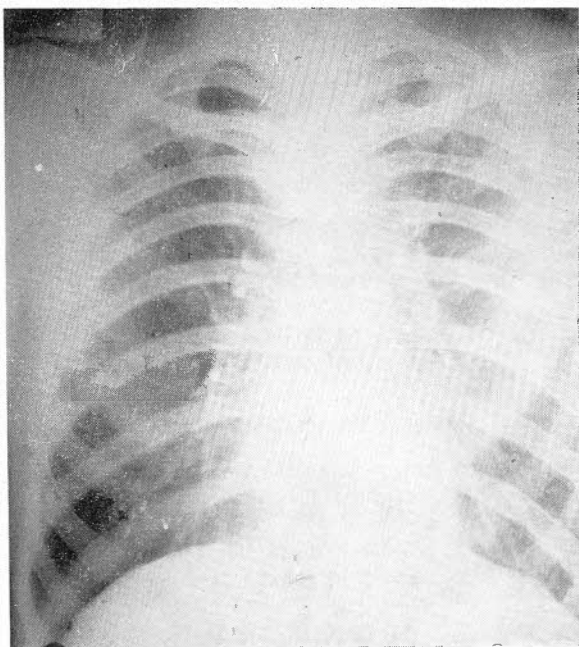
Edad: 42 años.

Antecedentes familiares y de contagio: Carecen de importancia, en relación con su actual enfermedad.

Historia de la enfermedad: Consulta en los primeros días del mes de junio de 1947 porque desde un tiempo acusa desaliento, que es más notorio al despertar y en las primeras horas del día; asimismo ha acusado sudores nocturnos, pero que no han sido profusos. Tose moderadamente y casi siempre la tos es seca: solamente de vez en cuando se acompaña de expectoración de aspecto más bien mucoso.

Examen del enfermo: Es apreciable una moderada espasticidad en relación con los músculos del cuello, en el lado derecho; la auscultación revela una respiración de tipo bronco-vesicular en el tercio superior del hemi-tórax derecho, apreciable tanto en el dorso como en el pecho; en la región infra-clavicular la expiración es muy prolongada y casi soplada.

Al auscultar al enfermo durante los actos respiratorios normales no se oyen ruidos adventicios pero al hacerlo toser al final de la expiración aparecen estertores de tonalidad alta en la región infra-clavicular derecha y en la zona supra-espinosa interna del mismo lado. Se ordena una radiografía pulmonar.



Radiografía N° 11 (Historia N° 11)

Radiografía: (Junio 13 de 1947). Pone en evidencia una zona de opacidad discreta, localizada en la región infra-clavicular, de contornos difusos.

Examen del esputo: Examen directo: negativo para B. de Koch (junio 14 1947, Lab. E. Caballero).

Comentario: El examen clínico revoló, como dato positivo cierto, estertores latentes localizados en el pulmón derecho y en relación como una imagen radiológica muy sugestiva de corresponder a un proceso bacilar. Se determinó realizar un tratamiento a base de reposo, sin colapsoterapia. Después de tres meses de observación la lesión evolucionaba favorablemente. Más tarde el enfermo fue perdido de vista.

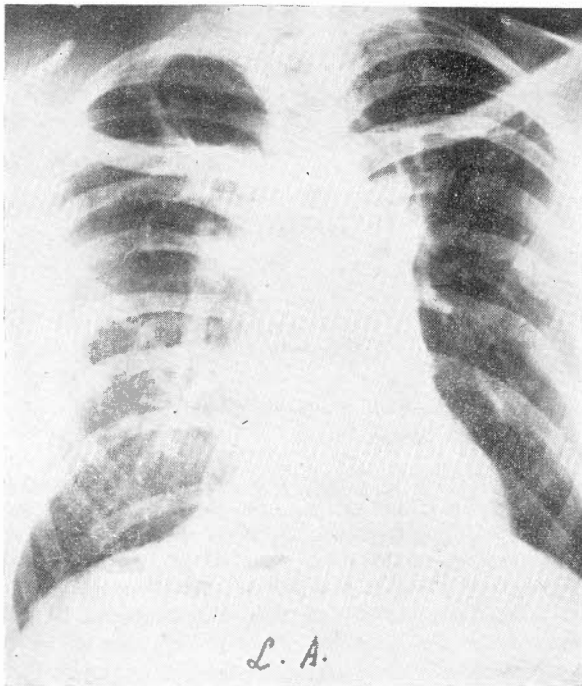
HISTORIA Nº 12

L. A.

Natural de Armenia.

Edad: 22 años.

Antecedentes familiares y de contagio: Solamente hay algunos datos sospechosos en favor de un contagio familiar, proveniente de un pariente que vivió por largo tiempo en casa del enfermo.



Radiografía Nº 12 (Historia Nº 12)

Historia de la enfermedad: cursaba primer año de Arquitectura en la Universidad Nacional y en el mes de mayo de 1942 comenzó a toser insistentemente al propio tiempo que notaba notoria disminución de su peso; tales síntomas lo llevaron a consultar al Servicio Médico de la Universidad, en donde le fue practicada una radioscopia pulmonar que reveló lesiones casco-neumónicas localizadas preferentemente en el tercio superior del pulmón izquierdo. Comprobada la etiología Tuberculosa con examen del esputo, positivo para B. de Koch, abandonó sus estudios y se sometió a tratamiento con neumotórax artificial. Sostuvo su tratamiento por cinco años ininterrumpidos; hallándose en condiciones muy favorables y controlada al parecer completamente su enfermedad, aceptó un puesto que le obligó a llevar una vida en extremo activa y que soportó aparentemente bien al comienzo; no obstante, en junio de 1948, a causa de reaparición de la tos y de una pérdida de peso moderada (el paciente llevaba un control cuidadoso de su estado general) se presentó a consulta. El examen clínico solamente reveló la existencia de estertores latentes localizados en la región infra-clavicular interna del lado derecho.

Radiografía: (agosto 8 de 1948). Pone de presente una zona de infiltración localizada en la zona infra-clavicular interna (ángulo cleido-hiliar) y algunos nódulos dispersos en el resto del campo pulmonar. En el pulmón izquierdo se aprecian algunos nódulos, de aspecto productivo, dispersos.

Diagnóstico: TB pulmonar residual izquierda infiltrado reciente en el pulmón derecho.

Comentario: Cuando el enfermo consultó por temor de una recrudescencia de su antigua tuberculosis pulmonar izquierda, la presencia de estertores latentes en el pulmón opuesto indicó esa nueva localización, confirmada radiológicamente.

HISTORIA Nº 13

A. R. P.

Natural de Cunday.

Edad: 19 años.

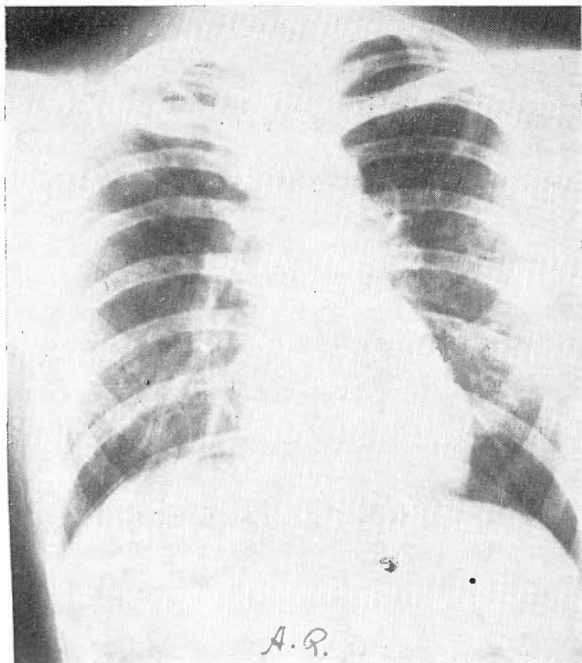
Antecedentes familiares y de contagio: Ninguno de especial interés en relación con su enfermedad actual.

Historia de la enfermedad: Desde hace bastante tiempo sufre de estados gripales frecuentes acompañados casi siempre de tos y expectoración; en el mes de febrero de 1949 y después de uno de tales episodios gripales ha persistido la tos que es más molesta al despertar y en las primeras horas de la mañana; de manera inconstante ha tenido sudores nocturnos; asimismo ha notado que pierde la voz cuando conversa por un rato más o menos largo, síntoma que acusa desde unos quince días antes de consultar pero que en los cuatro últimos ha sido más aparente.

El día 2 de marzo aparecieron tres esputos hemoptoicos, lo que alarmó a un hermano suyo que lo llevó en consulta al día siguiente.

Examen del enfermo: (Signos físicos del aparato respiratorio: Hipotrofia del escaleno y trapecio, en el lado derecho; sub-matidez del espacio de Kroenning y de la clavícula en el mismo lado. Respiración de tipo bronco-vascular en la cima pulmonar derecha. La auscultación no revela ruidos adventicios con motivo de los actos respiratorios normales pero al hacer toser al paciente al final de la expiración se hacen estallar numerosos estertores, dobles en las regiones supra e infraclaviculares derechas y en las supra-espinosas y omo-vertebrales del mismo lado.

Laboratorio: (marzo 4 de 1949, N° 195.194. Lab. Almanzar-Sánchez)
Espustos: Escaso bacilo de Koch.



Radiografía N° 13 (Historia N° 13)

Radiografía: (marzo 10|49). Muestra una zona de infiltración apical en el pulmón derecho, en medio de la cual se proyecta una imagen clara, sospechosa de corresponder a una caverna. En el resto de este pulmón y en el opuesto hay nódulos dispersos.

Diagnóstico: TB pulmonar moderadamente avanzada con escasa sintomatología.

Comentario: La auscultación, al revelar estertores latentes en el pulmón derecho, indicó la existencia de una lesión pulmonar confirmada radiológicamente.

C O N C L U S I O N :

El presente trabajo no tiene sino la modesta pretensión de hacer resaltar el valor semiológico de un signo físico que se estima como auxiliar importante para el diagnóstico de la Tuberculosis pulmonar, aún en sus formas incipientes.

B I B L I O G R A F I A

- APARATO RESPIRATORIO. F. Martínez. - J. Buconsky (Biblioteca de Semiología).
- PULMONARY TUBERCULOSIS. Keers and Rieden.
- MANUAL PRACTICO DE TUBERCULOSIS INFANTIL. Simón & Redeker.
- PATOLOGIA Y CLINICA DE LAS ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO. Adolfo Sylla.
- TUBERCULOSIS. Pottenger.
- THE LANTED RALE IN THE DIAGNOSIS OF INCIPIENT TUBERCULOSIS. H. A. Bray, M. D. (Ray Brook, Ny).
- BREATH SOUNDS IND INCIPIENT TUBERCULOSIS. H. A. Bray, M. D.
- DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF CHET DISEASES. Linger.
- THE CHEST AND THE HEARD. Myers and Mac Kinlay.
- CLINICAL TUBERCULOSIS. Goldbelg.
- FISIOPATOLOGIA DEL APARATO RESPIRATORIO EN LA TUBERCULOSIS PULMONAR. V. Monaldi.
- RECENT ADVANCES IN RESPIRATORY TUBERCULOSIS. Heaf and Rusby.
- FORMAS ANATOMO-CLINICAS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR. Manuel Tapia.
- EXPLORACION CLINICA Y DIAGNOSTICO MEDICO. Che Greene.
- SEMIOLOGIA GENERAL Y EXPLORACION DEL APARATO RESPIRATORIO. Soriano Jiménez.
- TICE PRACTICE OF MEDECINE.