

## **ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE NEUMONIA PRIMARIA ATÍPICA (\*)**

Archives of Internal Medicine. Noviembre-diciembre. 1945.

Capitán Jacob Grossmann, Med. Corp-Army, U. S. A.

**Etiología.**—Es muy posible que se trate de una afección por virus: inclinan a admitirlo las experiencias hechas en tal sentido. Se habla de la existencia de una forma esporádica, más grave, y de una epidémica, más leve.

**Síntomas.**—Son poco frecuentes las manifestaciones prodrómicas.

a) Iniciación: Más que escalofrios fracos, se observan sensaciones de escalofrío, bruscas y repetidas, fiebre y *cefalea frontal severa*.

Son frecuentes las algias difusas, especialmente las lumbares y de las piernas. Ordinariamente hay manifestaciones infecciosas vagas y un cuadro análogo al de una gripe comenzante.

Al principio de la enfermedad es muy frecuente el dolor torácico que se exagera por la inspiración, empero este síntoma suele aparecer después de la cefalea.

b) Período de estado. Comprende una fase aguda y una de regresión, que pudiera aislarse como un tercer período:

1.—Fase aguda: En ella se sostienen las manifestaciones del principio, más las que se indican a continuación; las sensaciones de escalofrío ceden pronto. Hay fiebre irregular que se sostiene durante toda esta fase (5-7 días). Tos marcada, especialmente en los primeros días; puede ser seca o bien productiva, y en este caso mucosa o con estriaciones sanguinolentas.

La cefalea dura 4-5 días más, se exagera con la tos; posiblemente se deba a hipertensión endocraneana porque se alivia con la punción lumbar. El dolor torácico desaparece al cabo de pocos días.

**Signos físicos:** Postración al comienzo; puede haber congestión cutánea, ocular y faríngea; no hay cianosis.

(\*) Resumen.

Respiración superficial, no hay taquipnea ni verdadera disnea. Bradicardia relativa hasta el fin de esta fase.

Pérdida de peso.

*La pobreza de datos clínicos relativos al pulmón, junto con la magnitud de las manifestaciones radiográficas, constituye un rasgo bastante típico del proceso; posiblemente se deba ésto a que la alteración es principalmente intersticial y no interfiere con la hematosis.*

El examen clínico del pulmón suele no hallar nada en este órgano durante toda la enfermedad, y si lo encuentra, se trata de signos escasos y de aparición lenta. Desde el tercer día pueden encontrarse estertores subcrepitantes finos, especialmente al fin de la inspiración; el murmullo respiratorio puede debilitarse un poco o hacerse algo rudo; los datos percutorios, cuando son positivos, indican lesiones menores y menos densas que las que muestra la radiografía. Después de dos días, los estertores pueden hacerse más fuertes, más húmedos, más gruesos y sumarse con algunos ronquines. *Son poco frecuentes las manifestaciones de consolidación franca*

**Laboratorio:** Recuento rojo normal; *recuento blanco normal* al principio y sólo moderadamente elevado, con predominio linfocitario, entre la 4 y 5 semanas.

*Sedimentación globular acelerada*, que va volviendo a la normal paralelamente a la mejoría radiológica (el autor le atribuye gran valor para controlar la evolución de la enfermedad).

**Radiología:** Es criterio "sine qua non" para el diagnóstico y suele suministrar datos después de 2-3 días de iniciado el proceso. Primero se marca el dibujo bronquial en las regiones hiliares, luego se produce un aspecto moteado del parenquima pulmonar y puede llegar a producirse un oscurecimiento amplio de un campo, sea con aspecto simplemente nublado o con opacidad semejante a la de las congestiones pulmonares, pero que no llega a la densidad de las neumonías lobares, porque en la neumonía atípica se conserva el aire alveolar, ya que el progreso es intersticial. Los lóbulos inferiores se afectan de preferencia.

2.—Fase de declinación o convalecencia: En su curso retrocede el proceso gradualmente, y la absorción de productos patológicos es una explicación de la taquicardia, elevación del número de glóbulos blancos y persistencia de una aceleración (gradualmente decreciente) de la eritrosedimentación. La fiebre cae en lisis. La opacificación del pulmón va regresando, y lo último en desaparecer es el reforzamiento de la imagen bronquial, que puede persistir (lo mismo que el moteado pulmonar) bastante tiempo después de la curación clínica. La pleura puede quedar engrosada.

### Diagnóstico diferencial.

1.—Gripe: es difícil en ausencia de radiografía. En cuanto a las neumonías gripales, el cuadro clínico es más severo, hay cianosis, leucocitosis alta y signos pulmonares más claros.

2.—Neumonía lobar aguda: Principio brusco, síntomas pulmonares francos, cianosis, gran leucocitois neutrófila, radiografía.

3.—Las bronconeumonías difusas, especialmente las de forma progresiva suelen ser más difíciles de diferenciar.

*Tratamiento.*—No cede a las sulfamidas ni a la penicilina; se carece de un agente específico y se acude a medicación sintomática, se ha aconsejado la radioterapia.

Reposo, analgésicos, codeína, expectorantes.

En la convalecencia, alimentación de alto valor calórico y medicación polivitamínica.

*Complicaciones.*—El autor sólo anota engrosamientos de la pleura interlobar y adherencias pleurodiafragmáticas.