

Zumor del mediastino ?

POR EL DR. ERNESTO ODRIOZOLA
Profesor de Clínica Médica en la Facultad de Medicina

Por una de aquellas coincidencias que con tanta frecuencia ocurren en el ejercicio de la clínica, nos toca hoy, al inaugurar nuestras labores del presente año, estudiar un enfermo exactamente comparable al que nos sirvió el año pasado, en idéntica oportunidad. Si alguno de los señores que hoy me escuchan, vió a ese enfermo, siguió su evolución y contempló las piezas anatómicas que de él se extrajeron, convendrá en esa casi perfecta similitud objetiva, que hace del presente caso un ejemplar clínico muy interesante, que despierta la mas viva curiosidad y cuyo preciso diagnóstico no es tan sencillo como podría creerse.

Ya en la lección del año pasado, les decía que estos casos no son raros entre nosotros y el que habla ha tenido la ocasión de observar alrededor de veinte. La apariencia de ellos, es casi siempre mas o menos semejante, y su sentencia de muerte, con una sola excepción, es invariablemente inexorable, sin que valgan para remediarla ni la precocidad posible del diagnóstico, ni los maravillosos adelantos de la cirugía.

Nada, en el aspecto ostensible del enfermo de quien hoy vamos a ocuparnos, revelaría la formidable gravedad de las lesiones que lleva consigo, pues hoy, la serenidad de su fisonomía y su continente, son atributos tan engañosos como traidores. Bastarían ya estas ligeras consideraciones; para que surgieran desde luego en el ánimo de ustedes las dolorosas sospechas de la dolencia que las motiva; pero no quiero, señores, adelantar juicios ni conjeturas, antes que ustedes conozcan la historia documentada del caso.

Se trata de un hombre de 45 años de edad, de raza blanca, natural de Lima, de profesión carpintero; ingresó en el servicio el 26 de Febrero último, ocupando la cama N.º 6 de esta sala.

Sus antecedentes de familia, no son muy nutridos ni de gran importancia: el padre murió de una «disenteria» y la madre de una dolencia del «hígado». Su hermano mayor que él, es sano y otro hermano ha sido operado de «várices», en ambos miembros inferiores.

Ha tenido un hijo que murió de bronco-neumonía, en tierna edad.

Este enfermo dice que es bebedor moderado, pero mejor fumador. Proclama que nunca ha tenido «chancros», pero sin embargo y para consignarlo de una vez, la reacción de WASSERMANN ha sido *positiva*, en él. En su niñez, sufrió de un «sarampión». En su juventud de «gonorreas» repetidas (5 ó 6 veces), complicándose con «orquitis», «adenitis» y «papilomas»; uno que otro resfriado y «paludismo» pasajero.

A la edad de 16 años sufrió un recio golpe: estaba sobre una pared, a una altura de 4 metros de donde cayó sobre el «costado derecho.» Este accidente tuvo, como consecuencia, una pérdida del conocimiento por dos horas y luego una «cojera» por quince días.

A los 20 años fué víctima de otro accidente: estaba sobre una escalera a una altura de 3 metros, cuando resbaló y cayó entre dos escalones, recibiendo un fuerte golpe en la «región lumbar», pero sin consecuencias inmediatas.

Desde esa época hasta la actualidad, ha sido una persona sana. Es en el mes de noviembre del año próximo pasado, cuando comenzó a enfermarse. Fué primero una «disenteria» que curó en poco tiempo. Estando convalesciente de ella, se iniciaron los primeros trastornos de su actual dolencia. En efecto, en el mes de Diciembre último, una tarde, cuando estaba entregado a sus labores cotidianas, sintió un *dolor agudo, punzante* que le impidió continuarlas, porque se repetía con frecuencia. Este dolor apuntó primero en el lado derecho del torax, en su parte superior y atravezaba la región de delante a atrás, con irradiación al brazo del mismo lado; pero después se extendió mas, invadiendo toda la región torácica correspondiente.

Pocos días después, observó que en la piel del pecho, en la zona inferior del torax, aparecieron unas *manchas moradas* a las que no dió importancia.

Con todo, este hombre animoso y de organización enérgica, no se dejó imponer y no quiso abandonar su trabajo, no obstantela intervención de una *fatiga* respiratoria que vino a sumarse a los fenómenos ya indicados.

Días mas tarde, notó una mañana que su cuello estaba «como soplado» y que empezaba también a experimentar alguna dificultad para «tragar». Ya estos trastornos lo pusieron en alarma y entonces ingresó en este hospital el 26 de Febrero último.

Según los datos que hemos recogido de los Dres. VOTO BERNALLES y VALVERDE MATOS, este hombre, cuando entró, tenía su cara *vultosa*, lo mismo que su cuello, que bien merecía el nombre de *pro-consuliano* y el tinte de ambos estaba *recargado*, como delatando *dificultades de la circulación de retorno*. Hoy, como Uds. han podido apreciar, este aspecto se ha modificado, desapareciendo casi, tanto la vultuosidad como la coloración anotada. El reposo en cama, el abandono de sus habituales tareas y el método seguido desde que está en la sala, han sido indudablemente grande parte, para que las cosas se enmienden en la forma que Uds. las ven, sin que apesar de todo, se haya conseguido el restablecimiento de su salud, antes es preciso declarar que los trastornos, de acuerdo con la índole y localización de las lesiones, siguen su curso inexorable.

Como hemos ya dicho, a juzgar hoy por su sola apariencia, tendríamos que convenir en que nada permite descubrir la gravedad de las alteraciones que oculta. Pero cuando se procede a su examen, comienzan a desfilar fenómenos objetivos y subjetivos, que revelan desde luego la gran importancia de las lesiones. Se nota en efecto en la piel del pecho una vasta circulación *venosa*, mas pronunciada á la derecha que á la izquierda y nutridas y finas *varicosidades* en la base del torax; todo lo cual demuestra, como es fácil descubrirlo, una dificultad de la circulación de retorno, por *compresión de la vena cava superior*. También pueden notarse latidos epigástricos.

La percusión señala en la región infraclavicular del lado derecho, una *zona maciza*, de forma rectangular poco mas o menos, verticalmente colocada al lado del esternón, de 4 centímetros de ancho por 7 de alto. No hay latidos en esa zona, ni tampoco en el resto de la región torácica, ni *thrill*. La macicez precordial parece normal, sin que la auscultación revele ruido patológico alguno, ni modificación apreciable de los fisiológicos. Podemos pues adelantar la conclusión de que el exámen del corazón *nada de anormal* advierte. Los gruesos vasos del cuello no se manifiestan ni hay nada tampoco en la exploración del hueco supra-esternal. No hay abovedamiento, no hay *thrill*, no hay latidos en toda la extensión del torax, ni aún en esa pequeña zona maciza incrustada en la sonoridad pulmonar.

La inspección del torax por detrás, no nos arroja luz alguna tampoco; igual cosa decimos de la palpación; pero la percusión del lado derecho, en su zona superior, nos ha sorprendido con una *macicez*, en forma de *faja horizontal*, que se extiende en toda la región

posterior de una anchura de 4 centímetros mas o menos hacia adentro, y que va estrechándose y perdiéndose hacia afuera. No es difícil hacerse cargo de que esta macicez debe tener conexiones con la que hemos descrito en la parte anterior. La auscultación de los pulmones por delante y por detrás, permite descubrir una respiración *ruda* en esa zona maciza que hemos descrito, *sin broncofonía*, pero si se escucha algo de *pectoriloquia áfona*.

Ustedes recuerdan que este hombre sintió como primer indicio de su mal, un *dolor* mortificante en el lado derecho, un poco de *ansiedad y fatiga* y dificultad para *deglutir*. Todos estos fenómenos se calmaron con su ingreso en el hospital; pero ellos han revivido, recrudesciendo en forma *progresiva*, que ya no le dejan reposo. Además ha aparecido una *tos quintosa, espasmódica* cuyas crisis tienden a hacerse mas próximas e intensas.

El exámen del vientre sólo permite descubrir, en el cuadrante inferior derecho una pequeña masa algo dura y elástica, muy movable y poco o nada dolorosa que parece ser ganglionar; encontrándose cosa semejante en el lado izquierdo. Por los demás órganos nada se advierte. Sus digestiones son normales; el vientre funciona regularmente; no hay ictericia ni vómitos; nada hay en la boca, ni en la garganta; los dientes son buenos; no hay ganglios en el cuello; las pupilas son pequeñas, iguales y reaccionan bien a la luz. Hay ganglios apreciables en ambas regiones crurales, mas a izquierda que a derecha.

Ya hemos dicho que la reacción de *WASSERMANN* ha sido *positiva*; pero él niega todo antecedente chancroso.

La presión sanguínea ha sido de 15 como máxima y 8 como mínima con una diferencial de 7, por consiguiente.

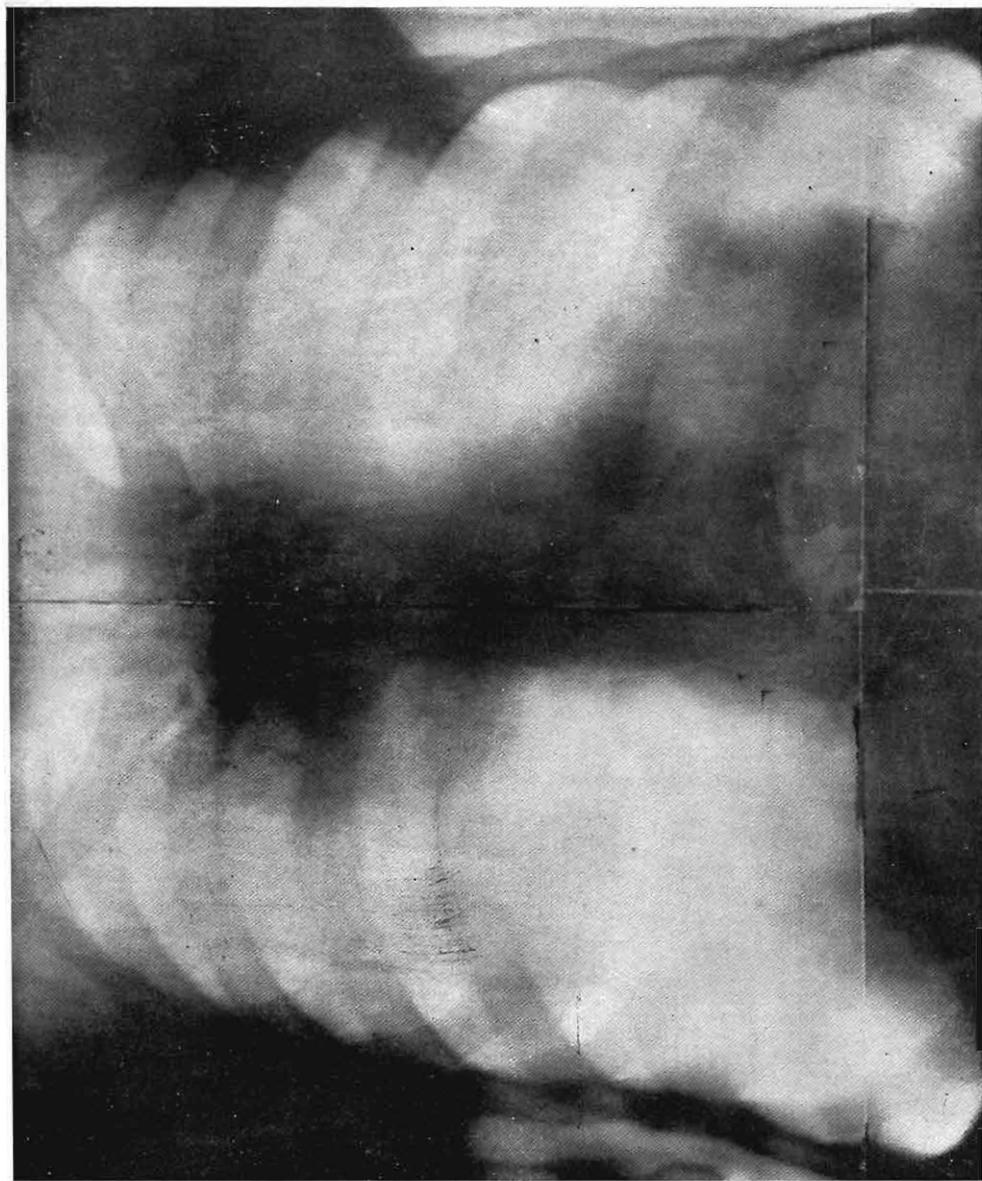
Como este enfermo se quejaba al ingresar, de dificultades de deglución, según ya hemos advertido, se hizo una exploración olivar del exófago, encontrándose sensación de obstáculo a la distancia de 15 centímetros de los arcos dentarios. Vuelvo a repetir que este trastorno, mejorado después de su ingreso, no ha desaparecido, antes vuelve a presentarse con tendencia a crecer.

El análisis de la orina, nada nos ha revelado; la densidad ha sido de 1.010.

Los reflejos patelares y plantares están normales.

Este hombre ha perdido hasta ahora poco de su peso y las noches son ya algo inquietas por el *dolor permanente y exacerbante*, por la *tos*, por la *fatiga*, molestias que van cobrando mayor intensidad y predominio.

Se ha hecho del torax de este enfermo una bella radiografía, ejecutada por el Dr. LUIS BECERRA, que aquí les presentó. Ella va-



Radiografía en la que se puede ver el tumor del mediastino.

le evidentemente toda una descripción. Uds. ven en ella la sombra muy clara del corazón, en la parte inferior, que parece encontrarse dentro de sus límites normales. En la parte superior y dirigida hacia la derecha mas que a la izquierda, se ve otra sombra, bastante amplia, como ustedes pueden reconocer y que corresponde á la derecha a la *macicez* que hemos ya detallado; dentro de esta maza se pueden distinguir pequeñas sombras mas oscuras, de márgenes precisos, que les dán independencia y que parecen ser *ganglios infartados*.

En presencia del cuadro descrito y de la claridad de la radiografía, no es ya difícil adivinar que estamos en presencia de un tumor *del mediastino* que ocupa, como un sector, todo el lado derecho de atrás a adelante, corroborándolo así la *doble macicez* que se descubre en los extremos de ese sector y de la que ya hemos hablado.

El *dolor*, síntoma primitivo y de gran valor en estos casos, la *tos quintosa*, la *fatiga*, la *disfagia*, la *circulación venosa suplementaria*, son todas revelaciones de la *compresión* que el tumor ejerce sobre los gruesos vasos (vena cava superior), sobre los nervios, sobre los bronquios, sobre el exófago y como es fácil suponer, todos ellos tienen que acentuarse, en armonía con los progresos de la neo-formación.

Pero surge ahora un problema fundamental de gran trascendencia, en el orden diagnóstico, que es preciso resolver en este, como en todos los casos, por razones que a ustedes no se les puede ocultar. ¿Estamos en presencia de un tumor *del mediastino* o de un *aneurisma de la aorta*? Cualquiera diría que en este ejemplo, se impone la primera eventualidad, es decir, la de un *tumor del mediastino*; por las razones de que el corazón parece de límites normales, no hay la mas leve impulsión ni *thrill* por ninguna parte, tampoco soplo alguno y la sombra superior de la radiografía no presentaba la mas ligera pulsación. Sin embargo, Señores, no son estas pruebas tan categóricas como parecen. La sintomatología del pobre negro martiniquense cuyas piezas anatómicas les presento, era igual a la de este enfermo. La radiografía indicaba una sombra no pulsátil, fuera de la del corazón. Este individuo había sufrido, por su oficio de buzo, un terrible golpe en el pecho con una columna de hierro lanzada violentamente por el mar. La reacción de WASSERMANN fué también *positiva* en él. Nosotros aceptamos, en vista de la no existencia de soplos ni de *thrill*, ni de pulsaciones de la sombra radiográfica, que estabamos en presencia de un *tumor del mediastino*, tanto más cuanto que el *fracazo* de la medicación antisifilítica había

sido completo. Sin embargo, murió este enfermo y las piezas presentadas y microscópicamente examinadas, nos probaron que no había tumor, sino un *aneurisma* de la aorta en su origen, con coagulación *laminada* que había reconstituído por decirlo así el calibre del vaso, y que no daba lugar por consiguiente ni a *thrill*, ni a soplos ni a pulsaciones de ningún género. El gran desarrollo adquirido ya por la bolsa y la laminación de los coágulos, dan la explicación del ningún éxito obtenido por la medicación específica.

Si nosotros aplicamos estas enseñanzas, al enfermo que estamos estudiando, verán ustedes que hemos tenido razón al decir, desde el principio, que el diagnóstico categórico de este enfermo, no es tan sencillo como parece. La descripción que de él hemos hecho, corresponde evidentemente a la de un tumor del mediastino, pero esto *no se puede asegurar rotundamente, ni con el auxilio de la radiografía*, apesar de que la sombra a que hemos hecho alusión *no era pulsátil*.

De esta conclusión tan formal, podemos sacar una enseñanza terapéutica que debe ser invariable: *en todo síndrome torácico que haga pensar en un tumor del mediastino, se debe emplear desde luego un tratamiento antisifilitico*, por si se trata de un *aneurisma de la aorta sin los fenómenos clínicos que los caracterizan habitualmente*. Y debe procederse así, no sólo por esta consideración, sino por la posible existencia de una *mediastinitis sifilitica*, hoy perfectamente conocida y de la que yo conservo en la memoria un bello ejemplo que el Dr. CARVALLO (padre) tuvo la ocasión de ver conmigo. Era un joven de conocida familia de nuestra sociedad, que presentó los caracteres graves de un *tumor mediastínico* de curso rápidamente progresivo. Recuerdo que cuando el Dr. CARVALLO lo vió, su situación era verdaderamente angustiosa; tenía una cara y un cuello vultuosos, cianóticos, con venas enormemente dilatadas y todo hacía pensar en un próximo fin. Sin embargo, este joven fué sometido a una medicación enérgica y el pretendido tumor del mediastino se fundió como por encanto. Este joven, despreocupado y de carácter negligente, no tuvo la previsión, de someter su mal a un tratamiento periódico y sucumbió algunos años mas tarde de una *meningo-mielitis* de la misma indole, que no se preocupó de atender sino en su última evolución, cuando ya no era posible remediarla ni siquiera mejorarla.

Consecuente con estas enseñanzas y la reacción de WASSERMANN *positiva*, este enfermo, desde que ingresó en el hospital, fué sometido al tratamiento específico. Por desgracia no ha correspondido a él,



Pieza anatomopatológica mostrando el aneurisma en la porción ascendente de la aorta.
(Véase la historia clínica en el N^o. 3 de los "Anales")



Pieza anatomopatológica mostrando en A el foco de osteoperiostitis provocado por la bolsa aneurismática (Véase la historia clínica en el No. 3 de los "Anales").

de manera que estamos reducidos tan solo a los dolorosos recursos de la medicación sintomática, que debe por lo demás aplicarse con toda la generosidad que reclama la pavorosa expectativa de su dolencia, sea un *tumor del mediastino* sea un *aneurisma de la aorta* de la categoría ya indicada.

Para terminar, no debemos dejar sin reseña la circunstancia, de que á este enfermo se le hizo una intradermo-reacción con *tuberculina*, que dió un resultado *positivo*. Apuntamos el hecho sin mas comentarios, advirtiendo sin embargo que durante su permanencia en el hospital, *no se ha registrado* hasta ahora la *fiebre*.

