

# DIAGNOSIS DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR EN SUS PRIMEROS PERÍODOS

Por W. L. RATHBURN

*Teniente, Cuerpos Médicos, Fuerza de Reserva de la Armada de los Estados Unidos*

Desde la época de Laennec se ha hecho muy poco progreso en el desarrollo de los signos físicos como un medio de diagnosticar la tuberculosis. Durante muchos años un gran número de signos que han llevado los nombres de hombres muy expertos han sido dados a conocer como una ayuda para determinar la presencia de la enfermedad tuberculosa intratorácica, sólo para ser descartados como casi inútiles en la mayor parte de los casos, y una discusión de los méritos relativos de estos procedimientos diagnósticos llamados “refinados” conduciría solamente a la confusión. En la mayor parte de los libros de texto se da gran extensión e importancia a los signos físicos que son de un valor dudoso aun en las manos de aquellos que tienen mucha experiencia en la labor torácica. La insignificancia diagnóstica de estos signos como intérpretes de patología pectoral en la tisis durante los primeros períodos ha sido demostrada repetidas veces cuando se han confrontado los descubrimientos en los reconocimientos físicos por medio de fotografías de rayos X. Antes del advenimiento y uso general de los rayos X en la labor torácica, un sinnúmero de personas fueron diagnosticadas como casos de tuberculosis pulmonar debidos a las alteraciones en la nota de percusión y en los sonidos respiratorios, las cuales serían declaradas no-tuberculosas en la actualidad. Parecería pertinente, por lo tanto, poner nuestra fe solamente en los signos y síntomas que puedan confirmar la diagnosis, aun en el caso de que la confrontemos con una serie de fotografías estereoscópicas de rayos X. Los otros signos no se usan con fe por las personas que están en contacto continuo con los tuberculosos y no pueden ser de gran valor para los oficiales médicos de la Armada. Cuando se examina al paciente debería adherirse una rutina definida para la tuberculosis pulmonar con la recomendación del plan siguiente:

Primero. Historia.

A. Exposición.

B. Enfermedad previa.

C. Síntomas, anteriores y presentes.

Segundo. Examen laboratorio.

Tercero. Reconocimiento físico.

Cuarto. Examen de rayos X.

A. *Exposición*.—En mi experiencia con reconocimientos en grupo he encontrado mayor proporción de casos de tuberculosis pulmonar entre las personas que tienen una historia definida de exposición en masa, especialmente durante la niñez, que entre las que ofrecen una historia negativa definida de exposición. Sin embargo sólo cerca de la mitad de los pacientes que ingresan a los sanatorios para tratamiento ofrecen una historia positiva de contacto íntimo con un caso conocido de tuberculosis pulmonar, así es que parecería poco prudente atribuir demasiada importancia a cualquiera historia de exposición a la infección.

B. *Enfermedad previa*.—Solamente las enfermedades que se sabe que tienen una relación definida en la diagnosis de tuberculosis deberían recibir consideración, a saber:

*Pleuritis con efusión*.—Brown y Meise encontraron que el 64 por ciento de 47 casos de pleuritis con efusión mostraron lesiones parenquimatosas pulmonares y el 36 por ciento manifestaciones peribronquiales en los exámenes torácicos de rayos X. Aunque la pleuritis con efusión no es tan importante como una historia de hemorragia pulmonar debería recibir gran consideración y la tuberculosis debería excluirse completamente antes de hacer una diagnosis negativa. Es indudable que muchos de los casos peribronquiales desarrollan la enfermedad parenquimatosa dentro del término de cinco años después del primer ataque.

*La fístula anal* y las diversas lesiones tuberculosas de los huesos, coyunturas, riñones, y del peritoneo son generalmente complicaciones de la tuberculosis pulmonar. La tuberculosis de las glándulas linfáticas está frecuentemente asociada a la tuberculosis pulmonar de los primeros períodos. Una historia de pulmonía, influenza, o absceso pulmonar no tiene relación definida en la diagnosis de tuberculosis, excepto bajo un punto de vista negativo. La mayor parte de los casos de enfermedad pulmonar crónica no-tuberculosa posponen sus síntomas a un ataque de una de estas enfermedades.

C. *Síntomas, anteriores y presentes*.

*Hemorragia pulmonar*.—La hemoptisis es el síntoma más definido de tuberculosis pulmonar. Se debe a la tuberculosis en el 90 por ciento de los casos. Ocurre en cerca del treinta por ciento de todos los casos. Una historia de escupidura de sangre (la tosadura de 1 dracma o más de sangre) es el síntoma más importante, puesto que significa tuberculosis pulmonar en el 90 por ciento de los casos. En otras palabras, las probabilidades de hemoptisis debidas a esta enfermedad son diez contra una. Algunas veces los signos físicos y la fotografía de rayos X son negativos inmediatamente después de una hemorragia pul-

monar, y este hecho ha llevado a muchos al error de hacer una diagnosis negativa con gran precipitación. La explicación más común que se da como la causa de tal hemorragia es “rotura de un pequeño vaso en la garganta o en el bronquio.” El estado de nutrición de un paciente sospechoso casi no tiene ninguna relación con la causa de una hemorragia, y aun en el caso de que el enfermo estuviese bien alimentado este hecho no debería inducirnos a atribuir este síntoma a una cosa distinta a la tuberculosis. La hemoptisis ocurre en cerca del 30 por ciento de todos los casos de tuberculosis pulmonar.

*Tos y expectoración.*—La tos y la expectoración cuando persisten durante un período prolongado son síntomas importantes. Sin embargo estos síntomas a menudo se deben a una enfermedad pulmonar no-tuberculosa, especialmente cuando la secreción viene de los bronquios mayores y de los lóbulos inferiores. Muchos de los casos pulmonares no-tuberculosos de larga duración pospusieron sus síntomas a la epidemia de “influenza” de 1918-1919. Algunos han tosido desde los primeros años de su niñez.

*La Fiebre que, se manifiesta, durante las tardes con proporcion de pulso creciente;* pérdida de peso, falta de resistencia y debilidad; indisposición; dolores en el pecho, particularmente durante los movimientos respiratorios; disnea por esfuerzo ligero; ronquera, sudores nocturnos y dedos en forma de maza, son síntomas importantes; pero debería recordarse que todas estas manifestaciones queden ser motivadas por otras enfermedades y no por la tuberculosis, tales como infecciones focales, absceso de los pulmones y otras formas de enfermedad pulmonar no-tuberculosa. Los síntomas son los indicios más seguros de la actividad de una lesión, pero una diagnosis de tuberculosis pulmonar no debería apoyarse solamente en los síntomas. A menos que el esputo fuese positivo para los bacilos tubérculos deberíamos tener evidencias definidas de signos físicos y de sombras de rayos X antes de llegar a un fallo positivo.

#### EXAMENES DE LABORATORIO

*Examen del esputo.*—Los descubrimientos de bacilos tubérculos en el esputo constituyen la evidencia más segura de la presencia de la tuberculosis pulmonar. Deberían examinarse al menos 10 muestras diferentes de esputo, preferiblemente durante días sucesivos, antes de asumir que un esputo sospechoso sea negativo por los bacilos tubérculos. La ausencia en el esputo de bacilos tubérculos no es una indicación segura de que el paciente no tenga tuberculosis pulmonar.

Los otros ensayos de laboratorio no son dignos de confianza.

Al examinar el tórax es conveniente proceder con los diversos procedimientos en orden definido dejando al final lo que es menos importante. La práctica usual prescrita, a saber, inspección, exploración por medio de las manos, percusión, etc., no es recomendable, puesto que los dos primeros procedimientos rara vez son considerados como puntos de conexión en el encadenamiento diagnóstico. La auscultación de la tos debería ser el procedimiento inicial en la examinación del pecho, puesto que en sus resultados es el más importante de todos. La tos usada por el enfermo debe ser de tal variedad que perturbe la secreción de los bronquios. Debe ser corta o "seca" y no violenta, puesto que la última puede apagar cualesquiera estertores que se hallen presentes. Cuando los estertores no se manifiestan o cuando se oyen muy tenuemente se revelan a veces por una tos que viene casi al fin de la espiración o por una sucesión de esta clase de toses. La tos debería ser auscultada en ambos lados del tórax desde al ápice hasta la base, anteriormente y posteriormente. Los estertores persistentes algo rudos y subcrepitantes que ocurren inmediatamente después de la tos y durante la primera parte de la inspiración indican prácticamente los signos característicos de la tuberculosis pulmonar cuando se encuentran en la parte superior de un lóbulo superior, y se demostrarán en el 98 ó 99 por ciento de los casos al ser confrontados por medio del examen de rayos X. No hay ningún otro signo físico que sea tan importante y debería ponerse completamente a prueba en cualquier persona sospechosa. Estos estertores ocurren en forma de aguaceros y los que se oyen inmediatamente después de la tos y antes de la inspiración son los más importantes.

*El estertor algo rudo y subcrepitante constituye el ancla mayor en la diagnosis física de la tuberculosis pulmonar en sus primeros períodos.* No hay ninguna descripción del estertor subcrepitante que pueda remplazar o compararse a una demostración práctica en un caso de tuberculosis pulmonar. La mayor parte de los médicos pueden dar una descripción perfecta de un estertor subcrepitante, pero un sinnúmero de ellos no pueden reconocerlo en un paciente aun cuando después de la tos están presentes los aguaceros definidos. Ésto se debe generalmente al gran exceso de conocimientos teóricos y a la falta de propia experiencia en los casos presentes de tuberculosis pulmonar. Cuando el estertor algo rudo y subcrepitante se presenta es perfectamente definido y no requiere ninguna inventiva de parte del examinador para comprenderlo. Toda clase de estertores comprendidos en los ápices o lóbulos superiores y que persisten por largos períodos son importantes, pero no tanto como los que son algo rudos y subcrepitantes. Los estertores tenues sobre la parte superior de un

lóbulo superior significan tuberculosis en cerca del 80 por ciento de los casos. Todos los estertores pierden en significancia a medida que se aproximan a las bases de los pulmones. Los médicos que rara vez vean casos de tuberculosis deberían visitar algunas veces las instituciones donde se trata a tales pacientes, así como auscultar repetidas veces la tos hasta conocer perfectamente los estertores.

*Percusión.*—La alteración relativa en la nota de percusión tiene importancia sólo cuando se presenta en el ápice izquierdo. El entorpecimiento definido relativo en el ápice izquierdo cuando se compara con el del lado derecho indica la presencia posible de tuberculosis pulmonar. El entorpecimiento relativo en el ápice derecho es normal y no es de importancia diagnóstica. Cuando los cambios de percusión son tan ligeros que revisten sólo un carácter sospechoso no debería atribuírseles ningún valor.

*Sonidos respiratorios.*—La auscultación de los sonidos respiratorios no es un procedimiento importante en la diagnosis de la tisis en sus primeros períodos.

Los cambios relativos en los sonidos respiratorios no son de significancia excepto cuando se encuentran en el ápice izquierdo. Los cambios respiratorios definidos relativos en el ápice izquierdo cuando se comparan con los del derecho, tales como prolongación de espiración o asperceza, pueden significar la presencia de tuberculosis pulmonar; mientras que la "sospecha" de un cambio sin estertores no debería recibir gran consideración. Después de estudiar las manifestaciones respiratorias en 124 casos de tuberculosis pulmonar en the New York State Hospital for Incipient Pulmonary Tuberculosis, Ray Brook, N. Y., Bray concluye: "Un estudio de los sonidos respiratorios en el principio de la enfermedad es frecuentemente difícil y engañoso y por este motivo no debería dársele gran importancia en la diagnosis."

*Inspección y exploración por medio de las manos.*—La inspección y la exploración por medio de las manos rara vez ofrecen algún valor cuando se practica la diagnosis en el principio de la enfermedad. Bray y Duerschmuer han demostrado que puede darse sólo poca importancia a la presencia de depresiones supraclaviculares, las cuales anteriormente fueron consideradas ser pruebas seguras de la presencia de la enfermedad del ápice.

#### EXAMEN DE RAYOS X.

Todos los pacientes con signos o síntomas físicos definidos o aun "sospechosos" deberían ser examinados por medio de rayos X. Algunas lesiones activas, particularmente cuando se encuentran lejos de la periferia, así como los procesos más latentes o reprimidos, se demuestran sólo por medio del examen de rayos X. La introducción de los rayos X como un factor en la diagnosis de tuberculosis pulmonar

constituyó el único adelanto importante en este ramo durante el siglo pasado. El médico conservador todavía no quiere "desechar su estetoscópico" y confía solamente en el examen de rayos X. Sin embargo entre las personas empeñadas en la labor tuberculosa se cree generalmente que el Röntgenograma es indispensable en la diagnosis de tuberculosis pulmonar y ningún paciente en quien se sospeche esta enfermedad debería declararse negativo hasta después de haberse efectuado un estudio de rayos X. Ocupa un lugar especial en la diagnosis y su valor depende completamente de la experiencia de los que leen las fotofraffias. Solamente los que tienen una educación especial están en aptitud de dar una opinión definida y por este motivo una discusión de la diagnosis de rayos X no debe tratarse en este artículo.

Aun cuando los signos físicos y los síntomas sean indefinidos y exista solamente una sospecha de la presencia de tuberculosis pulmonar deberían tomarse fotofraffias torácicas de rayos X (preferiblemente una serie de fotografias estereóscopias), puesto que muchas veces se descubren lesiones pulmonares definidas por medio de este método cuando todos los otros signos no han dado ningún resultado. Los rayos X generalmente muestran más patología de lo que es posible demostrar por medio de un examen físico y ésto es especialmente verdad cuando la lesión está situada lejos de la periferia del pulmón, o es latente o reprimida.

En la vida civil el descubrimiento de una lesión pulmonar reprimida o latente requiere de parte del doctor solamente una atenta observacion del caso y el consejo habitual concerniente a las medidas de precaución. Sin embargo, en el servicio, donde un hombre es constantemente llamado para el desempeño de ciertos deberes que pudieran requerir una exposición severa, ejercicio violento y períodos de ayuno, la presencia de una lesión pulmonar reprimida es de primera importancia y un candidato afectado de tal manera no tiene cabida en el plan naval. Los rayos X deberían ser de gran utilidad para eliminar tales riesgos militares.

### CONCLUSIONES

Primera. Los estertores algo rudos y subscrepitantes manifestados por medio de auscultación de tos y que ocurren en la parte superior de un lóbulo superior son los signos físicos más seguros en la diagnosis de la enfermedad pulmonar en sus primeros períodos. Cuando están presentes, estos estertores significan tuberculosis pulmonar en el 98 ó 99 por ciento de los casos. Los estertores persistentes de cualquier clase son significativos cuando se limitan a un lóbulo superior, pero no son tan importantes como los que son algo rudos y subscrepitantes. Los estertores pierden en valor diagnóstico

bajo un punto de vista tuberculoso a medida que se aproximan a las bases de los pulmones.

Segunda. Las fotografías torácicas de rayos X ocupan un lugar especial y muy importante en la diagnosis de tuberculosis pulmonar. Muchas veces en los Röntgenogramas se encuentran lesiones que no es posible demostrar por medio de examen físico. Las facilidades adecuadas deberían estar a nuestra disponibilidad para fotografiar el pecho e todos los pacientes que muestran signos físicos o síntomas definidos o aun sospechosos.

Tercera. La hemorragia de los pulmones (la tosadura de un dracma o más de sangre) es el síntoma más importante de tuberculosis pulmonar. El noventa por ciento de todas las hemorragias pulmonares se deben a la tuberculosis pulmonar. Debería tenerse presente que la condición general de un paciente, aun siendo excelente, no evita de ninguna manera la tisis, como el factor etiológico en una hemorragia pulmonar.

Cuarta. La pleuritis con efusión, fístula anal, y las diversas lesiones tuberculosas de los huesos, coyunturas, riñones, y del peritoneo muy frecuentemente son complicaciones de tuberculosis pulmonar. La tuberculosis de las glándulas linfáticas frecuentemente está asociada a la tuberculosis pulmonar.

Quinta. Una diagnosis de tuberculosis pulmonar no debería apoyarse solamente en los síntomas.

Sexta. La inspección y la exploración por medio de las manos son procedimientos poco dignos de confianza.

Séptima. Los cambios en la nota de percusión y en los sonidos respiratorios son de importancia solamente cuando se observan alteraciones en el ápice izquierdo.

Octava. Una historia de exposición a infección, aun siendo severa, no debería recibir gran importancia.

Novena. Cuando es posible se recomienda a los oficiales médicos que no conocen los signos físicos de tuberculosis pulmonar un curso en la Escuela Trudeau o un corto servicio en una institución tuberculosa.