

Residencia Sanitaria de la Seguridad
Social Virgen de Lluch Palma de Mallorca
Servicio de Medicina Interna (Dr. R.
Pérez Sotelo).

NEUMONIAS DE EVOLUCION TORPIDA

F. de la Calle del Moral, A. Ladaria Ferrer, A. Morey Molina,
B. Massot Sureda, M. Serra Mas y J.A. Ballesteros Fernández.

Definición

La neumonía crónica es una inflamación pulmonar que dura más de lo habitual, es decir de 4 a 6 semanas. Actualmente no existen datos concretos respecto al momento en que el proceso debe considerarse crónico. Algunos autores como Hegglin¹ lo consideran a partir de los 3 meses; otros autores a partir de las 3 ó 6 semanas².

El criterio anatomopatológico es de que debe existir cornificación para hablar de cronicidad.

Material

Los datos que se describen a continuación se obtuvieron de 10 pacientes. El diagnóstico de neumonía crónica se estableció por los datos clínicos y radiológicos.

Nuestro criterio ha sido el de toda alteración pulmonar más o menos delimitada, de características neumónicas y que llevaba una evolución superior a las 4 semanas; por supuesto quedan excluidos la tuberculosis y las neoplasias. No se han incluido los casos por traumatismos ni las alteraciones secundarias a infartos pulmonares.

Frecuencia

El total de neumonías diagnosticadas en el Servicio de Medicina Interna entre los años 1970-1974 fue de 332. Las que evolucionaron de forma crónica fueron 10, lo cual representa un 3,32 % del total. De estos 10 pacientes 7 fueron hombres y 3 mujeres.

La frecuencia máxima se dio en la quinta y sexta décadas de la vida, tal y como se especifica en la tabla I

Datos clínicos

La anamnesis en estos casos mostraba que eran enfermos que no habían tenido ninguna enfermedad profesional respiratoria. Todos los hombres eran fumadores y había 4 diabéticos (2 hombres y 2 mujeres). Con anterioridad a su ingreso, 8 pacientes habían realizado ya tratamiento con antibióticos y al persistir la imagen radiológica nos eran remitidos con la sospecha de tuberculosis o carcinoma.

Síntomas y resultados de la exploración

Se disponen de la forma que se indica en la tabla II.

La mayoría de los enfermos tenía tos y la expectoración y dolor torácico eran también frecuentes.

La auscultación pulmonar era pobre, y sólo en 5 casos existía disminución del murmullo vesicular y algunos roncus.

Los datos de laboratorio, aparte de las glucemias elevadas en los diabéticos, mostraron aumento de la velocidad de sedimentación en 8 pacientes, siendo el Índice de Katz medio en estos casos de 36. La cifra de leucocitos nunca estuvo elevada, estando en 2 casos por debajo de 5.000 por mm³. No existieron alteraciones significativas en la fórmula leucocitaria.

TABLA I

Edad (años)	N.º de casos
20-29	0
30-39	1
40-49	1
50-59	5
60-69	3

TABLA II

	N.º de casos
Tos	9
Expectoración	6
Hemoptisis	1
Disnea	1
Dolor torácico	6
Fiebre	2

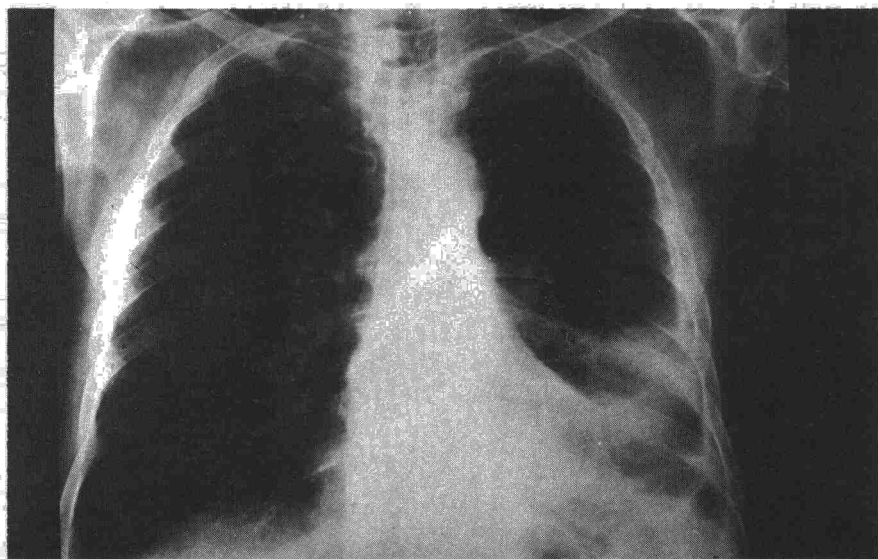


Fig. 1. Imagen neumónica del lóbulo inferior izquierdo a las seis semanas del inicio de la enfermedad.

El espectro electroforético, practicado en todos los casos, fue normal en 8, teniendo 2 de ellos la fracción de alfa-2 globulina elevada.

En todos los pacientes se procedió al cultivo de los esputos y en todos ellos, cuando se procedió a la endoscopia bronquial, también se aspiraron secreciones bronquiales para cultivo. Los resultados bacteriológicos nunca mostraron bacilos de Koch, ni ningún germen predominante; la flora bacteriana hallada siempre fue banal.

Patrones radiográficos

El cuadro radiológico era variado, predominando las afectaciones de un lóbulo (8 casos) (fig. 1), 2 casos segmentarios (figs. 2 y 3).

Las localizaciones fueron las que se expresan en la tabla III.

Existían ya en 4 casos signos de retracción. Las broncografías, que se practicaron en 8 casos, mostraban imágenes de dilataciones bronquiales, de tipo cilíndrico o ampollas, en 6 casos.

Fig. 2. Imágenes en fase de resolución con zonas aéreas centrales en lóbulo superior derecho.



Mediante la endoscopia, que se practicó en 4 casos, con el fibroscopio se apreció edema de la mucosa de los segmentarios o lobares afectados, aumento de secreciones en su luz y signos inflamatorios. Las tomas de biopsia fueron informadas por Anatomía Patológica como mucosa con signos de inflamación, en unos casos aguda y crónica en otros.

Todos los pacientes reseñados fueron tratados con antibióticos desde el comienzo de su enfermedad, si bien de forma inapropiada (dosis bajas o inadecuadas), lo que pudiera explicar la evolución tórpida de este proceso, añadido sin duda al alcoholismo y diabetes de algunos de nuestros pacientes.

Una vez que se estableció el diagnóstico de neumonía tórpida se instauró una terapéutica medicamentosa. En todos los pacientes se prescribió ampicilina alternando a intervalos con otro antibiótico, generalmente tetraciclina. La eficacia terapéutica la valoramos fundamentalmente apoyados en la mejoría radiológica.

TABLA III

	Pulmón derecho	Pulmón izquierdo
Lobulo superior	5	-
Lobulo medio	2	-
Lobulo inferior	-	1
Segmentarios	1 (B6)	1 (B4)

Los controles de estos pacientes mostraron una regresión de las lesiones radiográficas muy lenta, llegando en 9 casos a observarse lesiones durante 5 meses, y en uno de ellos hasta finalizado el sexto mes. Si bien en todos los casos la capacidad para el trabajo era normal, el estudio de la función respiratoria evidenció en 4 pacientes un ligero descenso de la Capacidad Vital, no muy significativas; en ninguno de los pacientes hubo necesidad de recurrir a la Cirugía.

Comentarios

Las neumonías crónicas representan una forma rara de evolución de las agudas. Sobre 332 casos de neumonía observadas en nuestro Servicio, solamente 10 tuvieron una evolución tórpida con evolución superior a las 6 semanas. Estas cifras son similares a las de Battesti⁴ en cuya estadística evoluciona hacia la cronicidad el 3,5 %. Similares datos son

referidos por Wolf y Berndt⁵, para quienes la incidencia oscila entre el 2,4 % y el 4,1 %.

El estudio de nuestros casos permite reseñar que dichas formas son más frecuentes en los hombres y en edades superiores a los 40 años. Todos los hombres eran fumadores, existiendo en 2 de ellos signos de alcoholismo crónico. Diabetes existía en 4 pacientes. No existían antecedentes claros de enfermedad broncopulmonar previa.

Los datos clínicos, que ya figuran descritos con anterioridad, no eran muy elocuentes, siendo la tos el síntoma más constante; la radiología siempre fue significativa así como la endoscopia bronquial y las broncografías⁶.

En cuanto a la evolución larga, creemos que una de las causas fundamentales fue el haber sido incorrectamente tratados con antibióticos, si bien las enfermedades añadidas que representaban algunos pacientes han tenido, evidentemente, su influencia. En esta serie de pacientes es de señalar su buena evolución final, pese a la duración de su neumopatía.

Resumen

Se presenta 10 casos de neumonías de evolución tórpida, señalando las características clínicas, radiológicas, endoscópicas y broncográficas. La anatomía patológica de la mucosa bronquial mostró en algunos casos lesiones inflamatorias agudas o crónicas. Pese a que la evolución fue prolongada, la regresión radiológica existió en todos nuestros casos.

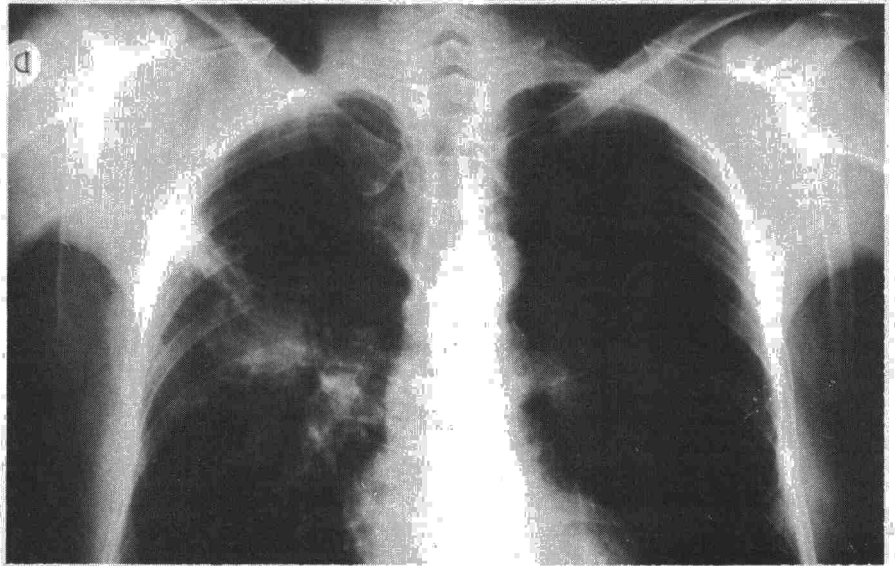


Fig. 3. Imágenes lineares con pequeñas zonas aéreas y de condensación en el seg. 6 del pulmón derecho.

Summary

PNEUMONIAS WITH TORPID EVOLUTION

The authors present 10 cases of pneumonias with torpid evolution, indicating the clinical, radiological, endoscopic and bronchographic characteristics. The pathological anatomy of the bronchial mucous showed in some cases acute or chronic inflammatory lesions. In spite of the fact that the evolution was prolonged, radiological regression existed in all the cases.

BIBLIOGRAFIA

1. HEGGLIN, R.: Die Differential Diagnose nich flüchtiger und unspezifischer Lungeninfiltrate. *Schweiz. Z. Tuberk.*, 18: 266, 1961.
2. GARTMANN, J CH.: Chronische Pneumonie-Lipoidpneumonie-Lungenabszess. *Beitr. Klin. Tuberk.*, 124: 71, 1961.
3. NEUGEBAUER, W.: Die chronische lungenentzündung. *Tub. Bibl.*, 98. J.A. Barth, Leipzig 1961.
4. BATESTI, J.P. y TURIAT, J.: Les formes infiltratives localisées de la pneumonie chronique. *Poumon et Coeur*, 23: 67, 1972.
5. WOLF, H. y BERNDT H. Die chronische pneumonie. *Z. Tuberk.*, 120: 282, 1963.
6. GALY, P. BRUN, J. y LHEUREUX, P.: Valeur diagnostique de la bronchographie dans les pneumopathes à resolution retardée et les pneumonies chroniques, *J. Franç. Méd. Chir. thor.*, 18: 477, 1964.