

**II Congreso Nacional
de la
Sociedad Española
de
Patología Respiratoria**

Barcelona, junio 1969

Comunicaciones
a la
Primera Ponencia

EMBOLISMO
PULMONAR

(Conclusión)

La embolia pulmonar ignorada

Doctor S. Almansa de Cara

En contraposición al cuadro clínico tumultuoso en la embolia pulmonar de la clínica clásica, puede producirse otro tipo de embolismo pulmonar, que pase desconocido, como lo prueba la discordancia demostrada entre el número de embolias halladas en el Departamento Anatómico y los casos registrados en la clínica.

Esto no es una adquisición nueva, pues su conocimiento data de Virchow, al encontrar un 14 por 100 de émbolos pulmonares en su serie de autopsias sistemáticas.

Posteriormente Lubarsch elevó esta cifra al 18 por 100, Möler al 28 y Schoenmakers al 31

Hace poco más de tres años Freiman refiere que en los dos tercios de sus necropsias existían signos evidentes de embolias en las arterias pulmonares sin que tuvieran en vida apariencia clínica. Y Fleischer y Wood afirman que la mayor parte de los casos tenidos por hipertensión pulmonare primitiva o idiopática son manifestaciones de un "cor pulmonale incipiente", desarrollado de un modo paulatino a consecuencia de episodios embólicos recidivantes y silenciosos.

Abundando en este criterio, Catleman, Bland, Ower y otros han publicado casos de "cor pulmonale crónico" resultante de embolias pulmonares inaparentes que denominan "cor pulmonale embólico".

De todo lo precedente nos cabe deducir dos hechos: primero, que la embolia pulmonar es un episodio más frecuente de lo que antes se estimaba y segundo, que en

una proporción no despreciable estas embolias pueden quedar *ignoradas*, por lo menos en la proporción del 6 al 8 por 100, como dijo Jiménez Díaz.

Ante la observación de muchos casos a lo largo de nuestra vida profesional, hemos considerado pertinente abordar esta cuestión, que titulamos en el enunciado.

La embolia pulmonar puede quedar *ignorada*, unas veces por *inadvertida*, otras *confundida* y en ocasiones *enmascarada* por otros procesos patológicos.

Es sabido que el cuadro clínico de la embolia pulmonar depende de varios factores: fuente de embolismo, frecuencia de embolización, calibre de la rama arterial obstruida, tamaño del émbolo que obstruye, grado de estasis pulmonar producido e intensidad de la repercusión ventricular derecha. Es sabido también que en el territorio vascular del parénquima del pulmón existe una riqueza de capilares de reserva, así llamados porque normalmente no funcionan, y está experimentalmente demostrado que se puede excluir hasta el 50 por 100 del hecho vascular, sin que llegue a evidenciarse hasta cierto tiempo el golpe sobre el corazón derecho, y cuando por cualquier proceso patológico se compromete la circulación pulmonar, entran en juego esos capilares de depósito como factor comparativo.

Si el émbolo afecta a ramos lobulares o segmentarios de la arteria pulmonar, los trastornos hemodinámicos son tan atenuados que apenas tienen traducción clínica, y

cuando la tienen, la sintomatología es tan poco evidente que puede pasar *inadvertida*, sin menoscabo de la competencia clínica, incluso a lo largo de episodios recidivantes.

El infacto pulmonar se produce con mayor frecuencia cuando el émbolo ocluye las ramificaciones periféricas, a veces sin suscitar dolor alguno, pudiendo pasar *inadvertido* hasta el punto que muchas cicatrices pleuro-pulmonares son secuelas de infactos cicatrizados que transcurrieron silenciosamente. Otras veces el infacto sólo se manifiesta por unos esputos hemoptoicos, que impresionan al enfermo y le inducen a acudir al médico, quien se coloca al borde del error por no pensar en estas microembolias, y ser *confundidas* con una tuberculosis inicial, como hemos comprobado repetidas veces.

En ocasiones, quizá hoy menos frecuente, hemos podido diagnosticar ciertas valvulopatías mitrales más o menos larvadas, más o menos manifiestas, sometidas a reposo, hidracidas y hasta estreptomícina.

Sin negar la posibilidad de esputos hemoptoicos por diapedesis en el pulmón de estasis de los mitrales, hay que destacar en el tipo hemoptoizante de estas valvulopatías las microembolias desencadenadas por pequeños coágulos originados en el reman-

so de las aurículas, en este caso la derecha. Y el error sube de punto si en la placa radiográfica se observa una imagen granuliforme, que induce a pensar en una seudomiliar poshemoptoica, en una miliar cardíaca, en una diseminación hemática y hasta en una granulia fría, siendo con ellas *confundidos* estos *microinfartos embólicos*.

Otras veces la embolia pulmonar puede aparecer con el disfraz de otras enfermedades pleuro-pulmonares y ser *confundida* con pleuritis exudativa, gripe, neumonitis, infiltrados, neumonía, sobre todo, ya que hay formas con su misma sintomatología: dolor, disnea, fiebre, esputos hemáticos y opacidades radiográficas, confundible con las imágenes neumónicas del triángulo de Weil y Mouriquand, con el aspecto centrifugo biliar de Wiscot.

Puede ser también *confundida* en su forma aguda, cuando el dolor es muy acusado y se localiza de preferencia en el lado izquierdo, con el infarto de miocardio y ángor pectoris.

Y por último, *enmascarada*, cuando el infarto de miocardio se complica de embolia pulmonar, o a la inversa, cuando la embolia pulmonar se acompaña de infarto de miocardio.