

2. La segunda consideración es que hay algunos casos de compresiones probables, por existir una adenopatía paratraqueal maligna en las que la aparición de un episodio de obstrucción bronquial pone de manifiesto esta incompetencia de drenaje de la cava. El caso más demostrativo es el de un enfermo de sesenta y cinco años que tenía una neoplasia de células indiferenciadas en el pulmón derecho, en el que había también un enfisema ampolloso.

El motivo de acudir al médico fue que

había comenzado con un fuerte ataque de disnea con pitos. En el curso de la exploración se pudo comprobar cómo aparte de una disnea de tipo obstructivo bastante intensa aparecieron los signos clásicos de molestias por los anillos y el cuello. Estas molestias cedieron con el tratamiento adecuado de su brote obstructivo bronquial, aunque el carcinoma siguió su curso. La planigrafía mostraba la existencia de adenopatías paratraqueales no muy grandes, pero múltiples.

Procesos mediastínicos ganglionares no tumorales. Su diagnóstico

Doctor R. Navarro Gutiérrez

La riqueza de órganos de todo tipo que caracteriza al mediastino hace que su patología sea compleja, como todo clínico sabe.

Hacer el diagnóstico de un proceso mediastínico, especialmente en sus primeras etapas, es una de las cosas que más puede poner a prueba el arte de un médico.

Sea cual fuere el proceso que en el mediastino de desarrolle, tres son las razones por las que puede hacerse presente en la clínica: por dar sintomatología de volumen (de ocupar sitio); por dar sintomatología de constricción (síndrome de obstrucción); por dar sintomatología de obstrucción vascular (síndrome de la cava superior, por ejemplo), y por los conocidos síndromes nerviosos del frénico recurrente simpático. Para llegar a cualquiera de estas situaciones, el proceso mediastínico ha tenido que recorrer mucho camino, y cuando se nos hace presente, los daños provocados suelen ser muy considerables. Quiere ello decir que el mediastino es una de las encrucijadas orgánicas donde el diagnóstico precoz tiene poco que hacer; salvo en el caso en que el descubrimiento se hace en los reconocimientos sistemáticos del tórax, razón que explica que mucha patología mediastínica

llegue al clínico o al cirujano procedente de la fotoseriación.

De ello se deriva que en los procesos de que yo he de ocuparme aquí, ahora, los procedimientos diagnósticos sean de una extrema pobreza y siempre matizados por la duda.

Una fibrosis pulmonar, sea del origen que sea, puede tener acompañante de hiperplasia ganglionar; una sarcoidosis que se inicia, hace su primera etapa sobre los ganglios del mediastino; una histiocitosis X presenta con frecuencia participación ganglionar. Lo mismo pasa con muchas de las enfermedades provocadas por polvos orgánicos e inorgánicos, y, sobre todo, hoy que la patología respiratoria está muy castigada por los virus, la afectación ganglionar mediastínica es una incidencia frecuente.

La Escuela suiza se ha ocupado de este problema con asiduidad. Yo recuerdo el caso de un estudiante de Medicina alemán, que ahora ejerce en su país, a quien seguí más de dos años la evolución de adenopatías gigantes mediastínicas bilaterales que llegaron a la restitución ad integrum total.

En la patología invernal que seguimos en Valdelatas, es frecuente el hecho de observar participación ganglionar en las virasis torácicas.

De la tuberculosis no es necesario hablar en este cenáculo tan docto.

El problema fundamental para el clínico es establecer el diagnóstico, que sólo puede inferir por recurrencia.

La investigación radiológica es fundamental, con la complementariedad de la tomografía, tanto clásica como axial (profesor Takahashi).

La investigación de laboratorio puede ayudarnos en los diagnósticos apoyándonos en las pruebas tuberculínicas, reacción de Kweim, determinación de crioglobulinas, reacción de Wassermann, espectro proteínico y, en algún caso especial, con biopsia ganglionar obtenida por mediastinoscopia.

Cuando las técnicas de aislamiento del micoplasma y de los virus respiratorios sean más fáciles para el clínico, la ayuda del laboratorio en el diagnóstico de los procesos ganglionares mediastínicos neoplásicos aumentará considerablemente.

Hasta tanto el diagnóstico de un proceso ganglionar mediastínico y el aclaramiento de su etiología, seguirá siendo uno de los problemas más difíciles que se puedan presentar a la sagacidad del neumólogo.

Piénsese, por ejemplo, en la dificultad de separar una hiperplasia ganglionar eológica de una leucemia mielógena crónica, que con tanta frecuencia se presenta entre los cincuenta y sesenta años, como señala Ravel recientemente y que necesita llevar al estudio de la médula ósea para aclarar el diagnóstico. En estos casos la tinción de la fosfatasa alcalina en los neutrófilos puede llevar al diagnóstico.

Piénsese también en las adenopatías de la histiocitosis X, a las que tan completo estudio han dedicado recientemente Arnett, Schulz, Acierno y Pernod, ya que se trata de una enfermedad reticulohistiocitaria en auge en este momento.

Y en el diagnóstico de la participación posible del sistema linfático mediastínico en todas las enfermedades a que antes he hecho referencia.

Y así como en las enfermedades pulmonares, bronquiales y pleurales, y en las circulatorias, los avances de la exploración funcional son de gran apoyo, en los procesos mediastínicos seguimos anclados en la radiología y el laboratorio para nuestras posibilidades diagnósticas.