

# ARCHIVOS DEL HOSPITAL SANTO TOMAS

Director Médico: Dr. DANIEL CHANIS Jr.

---

VOLUMEN III — PANAMA, JULIO - DICIEMBRE DE 1948 — NUMERO 3 y 4

---

## PULMONIA ATIPICA PRIMARIA (1)

### PRESENTACION DE UN CASO

MARIO ROGNONI, D. M.

- y -

ENID C. DE RODANICHE, D. F.

Hospital Santo Tomás, Panamá.

Desde 1939-40 nuestros clínicos han afirmado que en nuestro medio las pulmonías "atípicas" se ven con frecuencia notable. Muchos creen que las formas atípicas son más comunes que la forma clásica, lobar, neumocócica.

Hasta ahora, sin embargo, los estudios bacteriológicos en nuestros casos de Neumonía han sido excesivamente escasos, y nuestras opiniones sobre la etiología de nuestros Neumónicos están basadas sobre la impresión clínica o el aspecto radiográfico.

Los doctores Rodaniche, al investigar desde el punto de vista etiológico un caso de Pulmonía atípica lograron descubrir el primer caso de fiebre "Q" en Panamá (1).

El primer trabajo que llamó nuestra atención sobre la existencia de estas pulmonías "atípicas" fue el de H. A. Reimann y W. P. Havens (2) titulado "Una enfermedad epidémica del tracto respiratorio" y publica-

(1) Recibido para su publicación el 15 de Agosto de 1948.

do en 1940. Estos autores reportan una epidemia de 407 casos de afección inflamatoria aguda de las vías respiratorias observada en Filadelfia en el invierno de 1939. Estos casos habían sido considerados de influenza, pero como en esta epidemia se demostró la ausencia del virus influenzal en los enfermos afectados, los autores llegan a la conclusión de que se trata de una enfermedad parecida a la influenza pero debida a otro agente etiológico.

En los años siguientes (1940-1946) se reportaron casos en número siempre creciente, y en la literatura norteamericana poco a poco le fue quedando a la enfermedad el nombre de "pulmonía atípica primaria", aún cuando el cuadro clínico es bastante típico.

En todo caso hay que hacer hincapié sobre el hecho de que no se trata de una enfermedad nueva aparecida recientemente, sino de una afección que no había sido reconocida por habersele considerado como una manifestación de la infección con virus de Influenza. En otras palabras, lo que hoy diagnosticamos como pulmonía atípica primaria hace diez años era diagnosticado como traqueo-bronquitis o traqueo-bronco-neumonitis influenzal.

Respecto a la ETIOLOGIA la mayoría de los investigadores han orientado sus esfuerzos hacia el aislamiento de un virus específico. Sin embargo a pesar de los resultados de algunos trabajos que favorecen la teoría del origen viral de la enfermedad (2), todavía no se ha demostrado en forma irrefutable la existencia de este agente; y en la actualidad se sigue considerando a la pulmonía atípica primaria como una enfermedad de etiología desconocida.

En cuanto a la EPIDEMIOLOGIA, la enfermedad ha sido reportada sobre todo en forma epidémica en la estación húmeda y fría, aunque no deja de observarse en regiones de clima tropical. Se desarrolla con más frecuencia en escuelas, cárceles, cuarteles militares, afectando con predilección al adulto joven.

En lo que se refiere a Panamá, creemos poder afirmar que no se ha desarrollado nunca en forma epidémica. La mayoría de nuestros casos han sido esporádicos aún cuando no se puede ser categóricos en esta afirmación si se toma en cuenta: 1. que muchos casos pueden ser clasificados como de gripe o Influenza; 2. que posiblemente la Neumonía no se desarrolle sino en número limitado de casos, la gran mayoría puede que desarrolle solamente una traqueitis o traqueo-bronquitis que nunca podría clasificarse como Pulmonía Atípica Primaria y siempre sería clasificada como Influenza hasta tanto no se exija el aislamiento del virus Inflenzal o prueba serológica específica para el diagnóstico de Influenza.

El CUADRO CLINICO es el de un resfriado violento con fiebre, cefalea, enrojecimiento y tumefacción de las mucosas nasal y faríngea. El

paciente a menudo tiene escalofríos pequeños repetidos, tiene la sensación de estar agudamente enfermo, pierde el apetito y presenta muy pronto un síntoma bastante característico: una tos seca, corta, constante. La mayoría de los enfermos consideran esta tos como el síntoma que más les agobia, pues nos les da descanso ni de día ni de noche, no se acompaña a expectoración y no cede a ningún remedio calmante de las tos.

Con frecuencia en esta etapa, el examen físico demuestra muy poco que justifique una tos tan persistente: a la sumo escasos ronquidos sibilantes inspiratorios. El resto del examen físico pulmonar no permite diagnosticar lesiones afuera de una posible traqueo-bronquitis seca cuya existencia se sospecha más por la presencia de la tos que por los hallazgos encontrados.

Por lo general este cuadro de fiebre y tos persiste por varios días y tarde o temprano el médico se ve en la necesidad de ordenar una Radiografía de los pulmones para aclarar el diagnóstico. Si en el examen físico se había tenido la sorpresa de no encontrar nada, ahora en la radiografía a menudo se tiene la sorpresa de encontrar más de lo que uno esperaba, pues con frecuencia se ven opacidades parenquimatosas en tejido pulmonar que permiten al radiólogo afirmar la existencia de un proceso de condensación pneumónica en evolución. Si a esto se agrega la ausencia de leucocitosis y la ninguna respuesta a los tratamientos instituidos, se puede, a este punto diagnosticar el caso como de Pulmonía Atípica.

De tratarse de un caso de Pulmonía atípica primaria, la enfermedad evoluciona en dos o tres semanas, y en la segunda mitad de la segunda semana, cuando el enfermo comienza a mejorar subjetivamente, es cuando se hacen pronunciados los signos físicos de la condensación pulmonar. Mientras tanto, la tos va disminuyendo de intensidad, la fiebre cede en lisis rápida, aparece expectoración mucosa primero, catarral fluída después, el apetito vuelve y al enfermo se le quita la sensación de malestar general que había acompañado la fiebre durante las dos semanas precedentes. El Paciente entra en convalecencia, y en el curso de dos semanas más está completamente restablecido.

Han sido reportadas COMPLICACIONES diversas, como derrames pleuríticos, pneumictorax, leucopenia severa, absceso pulmonar, y empiema (\*). También han sido reportados casos complicados por el desarrollo subsiguiente de bronquiectasis (\*\*). Así también se ha publicado un estudio en que se atribuye a la pulmonía atípica primaria el desarrollo de ulceraciones traqueales o traqueo-bronquiales reconocidas al examen broncoscópico como causantes de hemoptisis (\*\*).

Por lo que a nuestro medio se refiere, no sabemos de ningún caso, de los que aquí hemos considerado como de Pulmonía Atípica Primaria, que haya dado lugar a complicación de ninguna clase.

## PRESENTACION DEL CASO

R. C. joven blanca de 25 años, Nacida en Panamá, estudiante en la Escuela de Enfermería del Hospital Santo Tomás. Hospitalizada el 30 de Junio de 1948, Salió el 24 de Julio del mismo año. (Boleta de Admisión No. 393,217, H. S. T.)

No hay datos de importancia ni en la historia de familia ni en la historia personal de la enferma.

El 23 de junio presentó síntomas de resfriado agudo con inflamación de la rinofaringe y temperatura febril: fue hospitalizada por 3 días, recibiendo penicilina intramuscular en esa hospitalización.

Volvió al servicio del Hospital mejorada, pero esta mejoría no duró más de tres días: al cuarto día presentó repentinamente de nuevo fiebre a 38.0 C., dolor en las espaldas y sobre todo una tos seca, constante que no le daba descanso ni de día ni de noche. Al día siguiente fue examinada por el Dr. M. Rognoni quien encontró: Obstrucción nasal bilateral, temperatura febril de 37.8 C. sin taquicardia, signos bronquiales, muy discretos (ronquidos sibilantes) en ambos campos pulmonares y que aparecían solamente después de tos. Los ojos estaban algo abotagados y congestionados, pero la enferma había estado llorando porque la tos y el malestar la tenían muy asustada. Se diagnosticó Proceso infeccioso agudo a localización traqueobronquial y se ordenó su re-ingreso al Hospital y tratamiento de sulfadiazina 1.0 gramo cada 4 horas, cuatro dosis al día.

### *CURSO EN EL HOSPITAL:*

La paciente siguió agudamente enferma hasta el día 8 de Julio cuando la fiebre cesó la tos cedió y por primera vez se escucharon signos físicos de tipo bronco-neumónico en la base pulmonar izquierda en su aspecto póstero-externo.

De allí en adelante la paciente se mantuvo en cama pero se la consideró convaleciente, sin fiebre con tos húmeda y discreta acompañada de muy escasa expectoración de color blanco y sin ningún malestar especial.

### *CURVA TERMICA:*

La temperatura osciló entre un máximo de 39 con 8 y un mínimo de 37.4. El pulso osciló entre ochenta y ciento veinte por minuto, la respi-

ración se mantuvo entre 20 y 30 minutos. La presión arterial se mantuvo invariable en 110/70. (Figura 1).

H. S. T. No. 10-A

HOSPITAL SANTO TOMAS

Caso No. 393217

Cédula No. B

Nombre R. C.

Edad 25

Sexo M

Cédula No. B

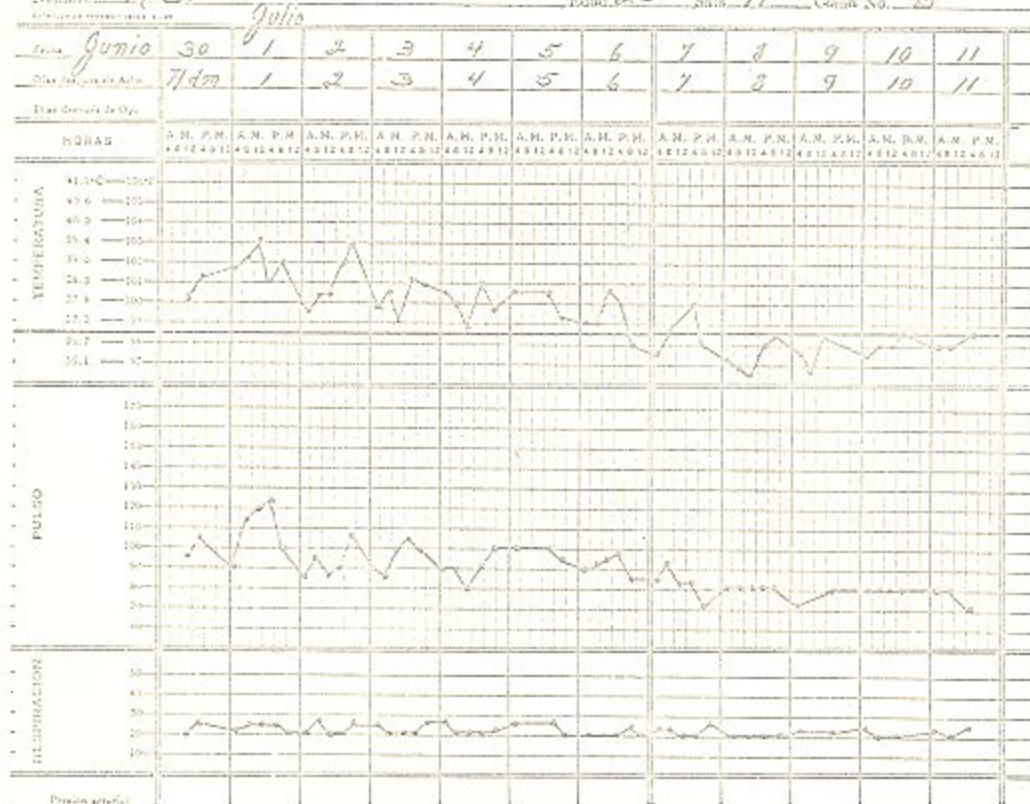


FIGURA I

Cuerca térmica durante los primeros once días de hospitalización.

Se tomaron radiografías del tórax en los días 1, 6, y 14 de Julio. Estas radiografías (véase figuras 2 y 3) fueron interpretadas como sugestivas de neumonitis de la base pulmonar izquierda.

OTROS EXAMENES DE LABORATORIO:

Electrocardiograma tomado el día 14 de Julio mostró ritmo sinusal con frecuencia de 80 por minuto eje eléctrico normal y QRST de configuración normal en las cuatro derivaciones rutinarias en este hospital (I, II, III, IV F).



FIGURA 2.—Radiografía del día 19 de julio, 1968.  
Foco de condensación a tipo de "pneumonitis" en  
la base pulmonar izquierda.



FIGURA 3  
Radiografía del día 15 de julio de 1968 el foco neumoni-  
tico se ha resuelto en forma completa.

Examen de sangre por malaria en gota gruesa dió resultado negativo. (2 de Julio de 1948). Recuento leucocitario dió 8.250 por mmc. el 30 de Junio, 6.000 el 7 de Julio; los neutrófilos se mantuvieron en 70%, los eosinófilos subieron de cero a 5% en ese mismo intervalo.

La orina dió resultado normal el día 5, examen especial el día 6 mostró ocasionales células rojas (hematuria microscópica), el día 15 de Julio el examen dió resultado normal.

Espútos el 6 de Julio en Frotis por bacilos ácidos-resistentes resultaron negativos. Espútos y sangre citratada inoculada en animales el día 6 de Julio resultaron también negativos.

La prueba de aglutininas en frío: Muestras del suero del 7 de Julio Positiva en título de 1 a 32.

Muestra del suero del 14 de Julio Positiva en título de 1a 256.

Prueba de Tuberculina (Parche) dió resultado negativo el 10 de Julio.

#### *EL TRATAMIENTO APLICADO:*

Consistió en sulfadiazina los primeros dos días, penicilina (50.000 unidades intramusculares) cada cuatro horas día y noche del tercero al quinto día.

Acido ascórbico, parenteral (300 miligramos diarios), aspirina, codeína, y mixtura espectorante.

La impresión así del médico curante como de la paciente fué que ninguno de estos remedios ejerció efecto alguno ni sobre los síntomas ni sobre el curso de la enfermedad.

#### *DISCUSION:*

No hay duda que así desde el punto de vista clínico (comienzo con resfriado violento que requirió hospitalización, persistencia de estado inflamatorio naso-faríngeo, desarrollo de tos seca, tenaz, rebelde a los medicamentos, ninguna respuesta a la medicación aplicada, evolución hacia la curación espontánea en el curso de 15-20 días, aparición tardía de los signos físicos pulmonares) como desde el punto de vista radiográfico (condensación pulmonar progresiva de la parte inferior del lóbulo inferior izquierdo con resolución del proceso en el curso de dos semanas) el diagnóstico de Pulmonía Atípica satisface en forma completa. Pero el diagnóstico clínico siempre es incompleto cuando no tiene la confirmación del Laboratorio. Y en este caso, por primera vez, nos fue posible hacer las investigaciones necesarias para poder descartar todo factor etiológico conocido a través de cultivos, exámenes bacterioscópicos, e inoculaciones en animales de la sangre y espútos de la enferma. Al mismo tiem-

po la prueba de las "Aglutininas en Frío", con su positividad a título ascendente en el transcurso de ocho días nos autorizó a formular el diagnóstico definitivo de Pulmonía Atípica Primaria.

#### CONCLUSION:

Hemos presentado un caso de Pulmonía Atípica Primaria por considerarlo como el primer caso en que se practicaron los estudios bacteriológicos indispensables para descartar todas las demás formas de Pulmonía Atípica debidas a agentes etiológicas conocidos.

Queremos hacer hincapié sobre el hecho de que el diagnóstico de Pulmonía Atípica Primaria se viene haciendo en Panama desde hace más de cinco años, y que el motivo de esta presentación es que este es el primer caso en que el diagnóstico no ha sido puramente clínico. Para poder diagnosticar con seguridad la pulmonía atípica como "primaria" es necesario excluir, a través de investigaciones de Laboratorio en Sangre y Espustos del enfermo, toda infección por bacteria, virus o rickettsia conocida. La prueba de Aglutinación en Frío, (así como la de aglutinación del estreptococo MG) no representan pruebas diagnósticas específicas (\*).

#### REFERENCIAS

- (1) Enid C. de Rodaniche, Arcadio Rodaniche: Fiebre Q, reporte de un caso y estudio del agente etiológico. Archivos del Hospital Santo Tomás, Vol. II, Pág. 327 (1947).
- (2) H. A. Reimann, W. P. Havens: An Epidemic Disease of the Respiratory Tract. Arch. Int. Med. 65:138 (Enero, 1940).
- (3) Primary Atypical Pneumonia (Editorial). Ann. Int. Med. 24:727 (1946).
- (4) R. C. Schmitz: Primary Atypical Pneumonia of unknown cause. Arch. Int. Med. 75:222 (1945).
- (5) R. E. Glendy, S. B. Beaser, W. D. Hawkins: Primary Atypical Penumonia of Unknown cause, with unusual manifestations and complications. Arch. Int. Med. 75:30 (1945).
- (6) E. B. Kay: Bronchiectasis following Atypical Pneumonia. Arch. Int. Med. 75:89 (1945).
- (7) E. B. Kay: Ulcerative trachobronchitis following atypical pneumonia. Arch. Int. Med. 76:93 (1945).
- (8) C. L. Spingarn, J. P. Jones: Cold Hemagglutination in Primary Atypical Pneumonia and other common infections.