

COMENTARIOS SOBRE GERIATRÍA

## EL DIAGNÓSTICO DE LA PNEUMONÍA DEL VIEJO

DR. F. MANZANO  
EUENSANTA DE MARTOS (JAÉN)

(Continuación del número anterior)

Presentes las advertencias hechas para no caer en sorpresas, la *exploración*, suele ser negativa en los primeros días, si la neumonía que se inicia, es central. Conforme el foco infiltrativo se hace más extenso, se puede notar a la percusión, macidez de grado variable en ocasiones, con ligera diferencia respecto al lado sano, y a la auscultación, estertores consonantes y estertores húmedos en cantidad. En un caso reciente nuestro, en una anciana de 78 años, con fiebre, disnea, buen sensorio y lengua seca, no pudimos apreciar más que una diferencia ligera a la percusión en base derecha, y si clara disminución del murmullo, con estertores que, ocupaban todo el lóbulo. Según costumbre, no oímos el típico soplo bronquial. Ciertamente, que en la vejez, es más excepcional que en la juventud.

Por lo que respecta a la *localización* de la neumonía, es de un mayor porcentaje en las bases, con relación a los vértices y al lóbulo medio. La forma de presentación apical, lleva casi siempre acompañada, una sintomatología aparatosa en la que dominan las manifestaciones nerviosas, con convulsiones separadas por descansos en estado estuporoso, o unido a un estado de delirio. Cuadro interesante, por la duda diagnóstica que ocasiona. Aun cuando ante todo viejo enfermo, no se pueda apartar de la mente

del médico la posibilidad de una neumonía, en este caso, junto a ella, se impone la diferencia diagnóstica con padecimientos tan distintos como son la uremia, la psicosis infectiva, la epilepsia, tetania, etc. y la posible naturaleza tuberculosa de toda localización apical.

La *exploración radiológica*, percibe también a la hora del diagnóstico, las dificultades de la neumopatía senil. Cuando los focos localizados en lóbulo inferior, ocupan una zona de hepaticación y, no rebasan esa condensación. La neumonía de vértice, y en los casos en que no se aprecia más que el enfisema, es más fácil percibir, por contraste claro-oscuro, los focos neumónicos, ante la claridad que proporciona el enfisema.

Conocida de un modo general la variable sintomatología de la n. v., podemos esquematizar un poco, agrupando las manifestaciones más salientes de cada sistema y, establecer las *formas clínicas*, más fácilmente de encontrar en la práctica.

Las *formas abortivas*, son más propias de la niñez. Son aquellas formas sin más evolución, que ENGEL, en conclusión de sus estudios radiográficos, llamó «neumonia mínima», y aunque cabe la posibilidad, de que se puedan dar en la ancianidad, es lo cierto que estas formas carecen de interés, ante la rareza de que puedan existir en la alta edad.

La *forma latente* es aquella, en que, el paciente, no presenta alteración manifiesta. Son formas larvadas, de curso solapado, en los que el anciano pasea su neumonia atendiendo su trabajo, sin más molestia que le obligue a guardar cama. O, el malestar es tan vago que, le permite su ocupación. Solo un reconocimiento casual, puede descubrirlas. Su gravedad es manifiesta, porque pueden originar una muerte repentina por extensión progresiva, o por repercusión cardiovascular.

*Forma circulatoria*: es la que, la resonancia cardiovascular se destaca con más o menos relieve. La insuficiencia circulatoria con edemas, cianosis, etc. ocupa una preponderancia clínica, por influencia pulmonar sobre el cardíaco, o porque coincida con una cardiopatía anterior. Otras veces, es una taquicardia, una arritmia, o una hipotensión, lo que suele llamar nuestra atención y, ser el hilo conductor que nos lleve al diagnóstico. En

ocasiones, es un colapso vascular agudo, o bien lento y progresivo, por constante descenso tensional y marcada astenia, al que se les unen los demás signos propios de este estado. Entre las distintas maneras de influir la neumonía sobre el aparato cardíaco-vascular, una de ellas es, el síncope cardíaco, de presentación brusca casi siempre fatal, sin trastorno previo que lo anuncie.

En la *forma nerviosa*, los síntomas psíquicos y nerviosos los hemos enumerado más arriba.

*Forma respiratoria*; también hemos indicado sus modificaciones más salientes, con las características de la tos, la expectoración, la disnea y la cianosis.

*Forma digestiva*; sobresale en ella, el aspecto de la lengua tantas veces repetida, mas, si a ella va unida, el decaimiento y malestar general. Una forma diarréica, es rara, pero no imposible. Cabe consignar aquí, al signo ya clásico de LANDOUZI y GRIF-FON. Se expresaban estos autores diciendo: cuando un anciano presenta a la vez malestar general y lengua seca, o bien padece retención de orina o pulmonía.

Las neumonías de los bebedores, las producidas por sumersión, cuerpos extraños y gripe no podemos hacer mención por no ser de nuestra intención y, por imposición de la brevedad; pero sí nos referiremos a la *neumonía por hipostasias*, por ser una forma que entra dentro del diagnóstico que manejamos con igual causa infectiva, y sobre todo, por ser típica de la vejez. Según la frase de ASCHOFF «la neumonía hipostática se da con circulación defectuosa, en regiones ricas en sangre y pobres en aire.» Cuando a un viejo se le obliga a guardar cama de modo persistente, que favorece el decúbito supino, se produce una acumulación pasiva de la sangre por acción de la gravedad en los lóbulos inferiores, y más todavía, en la parte posterior, que determina en esta región, una ventilación insuficiente. Esta congestión favorece el anidamiento microbiano, unido al éstasis sanguíneo y repliegue alveolar que, ausenta el aire existente. En la insuficiencia cardíaca senil, a veces latente ya comentada, es la responsable primordial de este trastorno, incapaz para proporcionar una circulación activa. Por ello, es opinión profiláctica general de los geriatras, (a excepción de MULLER-DEHAN que le considera como un falso

prejuicio el traslado del anciano al sillón, solo aplicable en las neumonías sintomáticas), la de no mantener el anciano en cama mas que el tiempo indispensable, o variándole frecuentemente de postura, o bien incorporándolos o sentándoles en la cama. La agravación de un anciano acostado aún sin fiebre, o la presentación de adinamia, decaimiento, disnea o de síntomas poco definidos, nos pondrán en sospecha de una neumonia por hipostasia y al establecer el tratamiento, atender con más atención a la insuficiencia circulatoria.

Tanto en la forma latente, donde la neumonia se esconde rastrera y cobarde tras una sintomatología inexpressiva, de la que cabe esperar cualquier sorpresa en su *evolución*, como en las formas mejor diagnosticadas, pueden cursar de la manera más variada, ya hacia una resolución pronta en pocos días en los casos más favorables y raros, o más corrientemente, hacia una evolución prolongada que puede terminar ya en la muerte, o en la curación, o en un infiltrado crónico, si antes no da paso a una septicemia neumocócica, (meningitis, endocarditis, etc.) en una supuración pulmonar u otras de tantas complicaciones cual es, una uremia, una insuficiencia hepática, una nefritis hemorrágica, cuando ya el foco neumónico ha remitido con anuria y terminación fatal, etc.

Variedades de evolución que están en relación estrecha con gran número de factores circunstanciales y patológicos del anciano. Es lógico suponer, que no es lo mismo la neumonia que se desarrolla en un anciano de involución normal que la que se desenvuelve en un tarado respiratorio, o complicando una diabetes o una tuberculosis, o acompañando a una bronquitis, a una hemiplejía o a una neoplasia.

#### IV

Al manejar el *diagnóstico diferencial* de la n. v. nos referimos a algunas enfermedades que suelen ser sus mismas complicaciones que al apoderarse del cuadro clínico con mayor resalte, obligan igualmente a una diferenciación diagnóstica.

El *absceso y la gangrena pulmonar* (como un mismo proceso según se estudian hoy) puede ser el estado final de una neumonía que se prolonga. Otras, es una enfermedad primitiva que aparece como factor coadyuvante y de preferencia, en el anciano diabético. La diferencia diagnóstica con la neumonía, es difícil de establecer, mas, cuando en el anciano el absceso suele ser múltiple y no único y, más todavía si no avisa la cantidad de expectoración evacuada por algún bronquio que le sirva de drenaje. Lo que si es demostrado, es la tendencia mayor del pulmón a mejorar en la vejez.

La vómica, la fiebre elevada, el grave estado general de mayor importancia, porque la fiebre puede faltar, junto a la expectoración purulenta a veces intermitente, el análisis de esputos que revela la flora característica, las fibras elásticas, los tapones de DIETRICH, los cristales de leucina y tiroxina, el olor fétido típico de los esputos y del ambiente en que se encuentra el enfermo, y la exploración radiológica hacen posible el diagnóstico.

Igualmente la *infección pleural* puede ser meta o paraneumónica. Son pulmonías que parece que se prolongan, por el empiema que se desarrolla, o es la pleuresia que oculta una neumonía desde un principio. En otras ocasiones la pleuritis es la consecuencia de otras enfermedades pulmonares; es un proceso tuberculoso el que las ocasiona o consecuencia de una neoplasia, o de un infarto pulmonar o tras una atelectasia. Atelectasia que en el viejo, puede dar lugar a un trasudado casi siempre de poca cantidad en el que hay ausencia de gérmenes. Se puede diferenciar de la neumonía porque en la pleuritis, fuera de cronocismos respiratorios, la tos es seca, hay retraso respiratorio del hemitorax afecto, reflejo de GERARD, curva de DAMOISEAU, triángulo de GARDLAND y GROCCO, y desviación mediastínica. A la percusión, la macidez es más alta, sobre todo por detrás. Hay disminución del murmullo vesicular, (las vibraciones vocales habitualmente, están aumentadas en el infiltrado neumónico, si éste no es muy extenso, y disminuidas en el derrame pleural). En caso confuso, da buen resultado la investigación del signo de HOCHHAUS, que se investiga, explorando las vibraciones en el límite superior de la matidez. En el derrame pleural están reforzadas en el límite superior que comprime el pulmón, y no existe, cuando se trata de

un infiltrado neumónico. La radiografía y sobre todo la toracocentesis, nos da el diagnóstico seguro. Si la naturaleza del líquido es serofibrinoso, hay que pensar preferentemente, en un cáncer pulmonar (agotando todos los medios de exploración e investigación), más que en una insuficiencia renal o cardíaca; (hidrotórax) hipoproteinemia y, pleuresia tuberculosa, más rara ésta en la vejez, de escaso volumen, y de rápida tendencia a la organización fibrosa.

También el *edema agudo de pulmón*, por su doble mecanismo infectivo y mecánico (clasificación de JIMÉNEZ DÍAZ) es de fácil y temible aparición en la neumonía.

Como cuadro independiente que diferenciar de la neumonía, es de difícil equivocación.

Su impresión clínica es distinta si atendemos a la cianosis, creciente disnea, y dilatación torácica. El aumento de estertores, no pueden confundirse con la neumonía, si se tiene en cuenta, el carácter del esputo, y el típico respirar ruidoso del estertor respiratorio de «olla que hierve», unido, a las modificaciones de frecuencia y tensión del pulso. Aun, en las formas broncoplégicas en que el anciano no espectora, son suficientes el ruido respiratorio y la creciente axfisia, para sospechar un edema agudo pulmonar.

El diferenciar un *infarto hemorrágico* de pulmón con la neumonía, es plantear un problema de difícil solución en la mayoría de las ocasiones. Dificultad que se acrecienta, cuando en el anciano no se encuentran antecedentes ni coincidentes manifestaciones de trombosis venosa; ni de tromboflebitis. Además como dice CRESPO ALVAREZ, los síntomas clínicos del infarto, no presentan cuadro patognomónico. Los síntomas dolor de costado disnea y hemotipsis, principio brusco, fiebre variable y leucocitosis moderada, son coincidentes e indiferenciables en ambos procesos. La evolución de una aparente neumonía, se desvanece o la ponemos en duda, cuando vemos la aparición coincidentes de una obliteración venosa, o conocemos el antecedente traumático en las extremidades inferiores, o de una intervención quirúrgica. También es factible la aparición de una bronconeumonía, como de un infarto, tras las intervenciones quirúrgicas. A la hora de diagnóstico diferencial, no podemos olvidar, la posibilidad de un

infarto, valorando los síntomas característicos y prolongada observación que, muchas veces nos orienta más, que la exploración radiológica y, el electrocardiograma, de resultados no siempre iguales y de interpretación dispar. Con el tratamiento sulfamídico y de penicilina, tampoco se puede establecer una diferencia marcada, puesto que, si hay muchos casos de infarto que no ceden con dichos medicamentos, en otras ocasiones, se aprecia una influencia favorable, quizá, por actuación sobre la infección concomitante.

Entre las *formas tuberculosas* que, la torpe alergia del anciano, puede manifestar en confusión con la clásica neumonía son: *una, la esplenoneumonía* tuberculosa de carácter infiltrativo, de aspecto totalmente superponible a la neumonía, sin más rasgo diferencial, (tal es su analogía clínica), que, los antecedentes, su evolución y, el no siempre positivo análisis de esputos: y *otra la llamada neumonía caseosa*, más rara, más grave, y aunque difícil, de mejor diagnóstico diferencial que el anterior. La neumonía caseosa, suele comenzar, con febrícula de más o menos intensidad que, remite de continuo, y cada remisión, va acompañada de sudores. La expresión de la cara es muy pálida y no congestionada o cianótica de la neumonía. El sensorio, está despejado junto a su mal aspecto. El esputo, puede salir mezclado con estrías de sangre. La tos, como la disnea y la taquicardia de grado variable, proporcionan casos tan poco manifiestos, como en la neumonía: sin embargo, la palidez, la sudoración con disnea acentuada, la falta de disminución de cloro en la orina, la evolución prolongada en la que se acentúa la gravedad, la masividad neumónica que recuerda el tipo GRANCHER, por la cantidad de caseum que obstruye muchos bronquios, el fracaso terapéutico con sulfas y penicilina, el diagnóstico radiológico, en el que, la sombra es más densa en la periferia, y en los hilios más clara o respetada, por contraposición a la sombra de la neumonía que, es más uniforme en todo el lóbulo desde el hilio hasta la pleura, constituyen datos para aproximarnos con exactitud al diagnóstico.

Cabe también la posibilidad de distinción con el *cáncer bronquial* avanzado, en el caso de una forma invasiva rápida, con signos de atelectasia obstructiva, es fácil simular una neu-

monía. En el cancer bronquial, casi siempre hay, una historia anterior de tos, expectación, de dolores torácicos, hemotipsis, disnea, etc. Aunque no siempre, el estado general suele afectarse desde un principio y, el enfermo refiere en la anamnesis adelgazamiento injustificado, debilitación, cansancio, disnea, etc., que no justifica la auscultación. O se acompaña de una pleuritis, que no deja de tener su valor, o de datos objetivos por broncoscopia, por lavado bronquial y análisis de esputos. La comprobación de adenopatías en zona supraclavicular, y *signo de compresión* mediastínica produciendo edema en esclavina, parálisis del frénico, o sobre las venas, ingurgitación de las yugulares con signo de MOUCKTAR positivo, que, se extiende después al cuello (cuello preconsular) o sobre la cadena simpática, que motiva el síndrome de CLAUDIO BENNARD-HORNER, ya sobre el esófago y disfagia consiguiente, o cardíacos, la afonía, tos, hipo, etc. y, las características radiográficas, son síntomas que, comprobados, hacen desvanecer la posibilidad de una neumonía, pese a la semejanza que pueda dar la exploración física. Una neumonía que no se cura o que recidiva, debe recordar un cancer bronquial.

*Una pericarditis* como consecuencia a una neumonía, a enfermedades sépticas, a una tuberculosis, a un escorbuto, a una enfermedad de BRIGHT o como propagación de una pleuritis y durante su curso, ocasionan muchas veces, por compresión, una zona de matidez o de timpanismo en fosa infraespinal o ángulo de la escápula izquierda, que pueden simular un infiltrado neumónico, si valorizamos también la febrícula que corrientemente le acompaña. Aparte la exploración complementaria, en inclinación del enfermo hacia adelante, etc. precisa siempre el estudio radiográfico.

Los *procesos supraabdominales* de expansión intratorácica, como absceso subdiafragmático, quiste hidatídico supurado, absceso hepático, etc. en los que, además de la macidez, se aprecian signos de condensación basal por compresión pulmonar, no es raro que simulen una pleuresia o una neumonía por el dolor de costado, febrícula, tos, cansancio y disnea. Una historia detenida analizando el principio de enfermedad y antecedentes gástricos, amebianos, etc. el WEINBERG, CASSONI, fórmula leucocitaria, el estudio radiográfico, la falta de expectoración, de disminución

del cloro en la orina y el coincidente o progresivo aumento del hígado, son datos que no abogan en favor de una neumonía. Como diferenciación de si un absceso está debajo o por encima del diafragma se aconseja para los casos dudosos la prueba de FURBRINGER consistente en hacer una punción y observar como sale el líquido: en los casos subfrénicos, el líquido saldrá con menos fuerza en la espiración que en la aspiración, y si el proceso está por encima, será al contrario.

Las *afecciones de vesícula biliar*, plantean problemas dificultosos de diferenciación diagnóstica que conviene tener presentes por ser padecimientos nada excepcionales en la vejez. El relato que MULLER-DEHAN, hace de dos casos vívidos por él, demuestra esa factible interpretación equívoca; una anciana decae sin más síntomas que temperatura subfebril, leucocitosis y tenso y algo sensible el hipocondrio derecho, sospecha una colecistitis purulenta y en la laparotomía se encuentra una vesícula perforada. Unos días más tarde, otra enferma presenta el *mismo cuadro* con dolores epigástricos, sin encontrarse nada en pulmón. La autopsia descubre neumonía en lóbulo izquierdo derecho con pleuresía diafragmática. En este caso deducimos que es tanto más aleccionador cuanto que añadido el dolor epigástrico, parece confirmarse con más exactitud el diagnóstico, comparado con la experiencia del primero. Esta confusión, esa peculiar deformidad clínica y bajorrelieve de la sintomatología del viejo ya comentada que concluye, aun para el médico más discreto, en muchas ocasiones en un diagnóstico erróneo, es la causa, si no de abandono, del poco interés que despiertan las enfermedades de la vejez. Con razón dice JIMENEZ DIAZ que cuando un enfermo nos molesta y empieza a cansarnos es por que no sabemos lo que tiene. Ciertamente que esa veleidad diagnóstica, es el sufrimiento que siempre proporciona toda incertidumbre. Tal contrariedad debe ser estímulo que indague sin tranquilidad y perfeccione la observación y los medios para mejor luchar, porque refugiarse en cómodo abandono es matar el interés, móvil y acicate del estudio y del trabajo que mantienen la evolución progresiva de los conocimientos, y porque es inercia anticientífica improductiva que estaciona el deseo y la emulación.

La llamada *congestión pulmonar* por la escuela francesa,

ofrece poca diferencia clínica con la enfermedad que estudiamos, que no trasciende ni a su tratamiento. Se incluyen dentro de ella, todos aquellos procesos de éstasis sanguíneo pulmonar, con proceso inflamatorio local más o menos extenso, producidos por hiperemia circulatoria, ya por lesiones aórticas, mitrales, cor-pulmonale, cardiopatías, etc. en las que al factor mecánico circulatorio, viene a unírsele un descenso del tono vascular de origen nervioso.

La enfermedad de VOILLEZ no requiere más comentario puesto que no se trata más que de una neumonía acortada.

Hemos visto la relación que en sus distintas formas guarda la *atelectasia* con la neumonía y su variada auscultación según la existencia o no de un componente inflamatorio y de haber o no obstrucción bronquial aun cuando a la percusión se de matidez. La confirmación de una atelectasia por examen radiológico desviación del mediastino hacia el lado atelectásico, imagen en vidrio deslustrado, elevación del diafragma del lado afecto, etc., supone el *indagar su causa* productora, puesto que pueden determinarla más de un padecimiento pulmonar, estableciendo un diagnóstico por eliminación con las neoplasias, la tuberculosis, bronquiectasias, cuerpos extraños, quiste hidatídico, intervenciones abdominales, etc.

Mas, cuando tras estas últimas, suelen aparecer neumonías plurifocales y atelectasias reflejas susceptibles de anidamiento de un foco neumónico.

Las *neumonías gripales*, relativamente poco corrientes, son graves. Presentan intensa disnea, cianosis y, mal estado general. Producen infiltración difusa de ambos pulmones que, suelen terminar en la formación de numerosos y pequeños abscesos. Nos sirve para el diagnóstico, el facto epidemiológico, positividad de la reacción de HIRST, los síntomas típicos de comienzo gripal y, de ser posible, el aislamiento de los virus de la nasofaringe.

El diferenciar otros casos de neumonitis por virus o rickettsias de la neumonía que tratamos, tropieza en la práctica con serias dificultades, por ser cuadros que no presentan signos evidentemente característicos. Por lo general cursan, en asociación bacteriana. Se dan a sospecha, por su evolución, factor

epidemiológico y, --cuando puede hacerse--, investigación de aglutininas en frío, desviación del complemento, etc. A no ser, que el cuadro de una rickettsiosis, de un sarampión, viruela, varicela, etc. nos ponga sobre aviso. Como los producidos por agentes desconocidos, bien en una mononucleosis infecciosa, ya en un eritema polimorfo exudativo, etc.

No podemos dejar de tener presentes las *neumonías sintomáticas* o acompañantes susceptibles de aparecer en el curso de una simple bronquitis que, pronto manifiesta su agravación, en una apoplejía, tuberculosis, carcinoma, las neumonías post-infarto y tras intervenciones quirúrgicas, etc., con dificultades imposibles de vencer para el diagnóstico, tanto para su localización como para su extensión, que precisan buena capacidad de observación, experiencia y dominio clínico, y tener presente, como dice BELTRAN BAGUENAN, saberlas sospechar y adivinar.

De hecho dejamos de referirnos a las neumoconiosis y sífilis pulmonar que si bien pueden abrir paso a una neumonía aguda, su diagnóstico diferencial sería más bien el hacerlo con la neumonía crónica, el cáncer bronquial y la tuberculosis pulmonar.

#### RESUMEN

Comentamos el aspecto diagnóstico de la n. v. anticipando las modificaciones funcionales y orgánicas del aparato respiratorio en la vejez, para mejor dar idea de su atipismo sintomático y diagnóstico. Repasamos su cuadro clínico peculiar y hacemos diferencia con los padecimientos que nos parecen de más fácil confusión; deseando que, su difícil enjuiciamiento, frecuencia y gravedad (pulmonía sin calentura, muerte segura, reza un adagio castellano) provoque un interés que quede siempre fijo en la mente del médico, ante cualquier padecimiento que surja en la alta edad. Si logramos atraer una mirada hacia las causas de los padecimientos en la vejez, rehaciendo un poco el retraso de perfeccionamiento que por injustificable olvido llevan estos estudios, y si neutralizamos el efecto deprimente de aquellos que se arredran ante la opacidad difusa de la clínica senil, se verá satisfecha la finalidad que pretenden estos mal hilvanados renglones.

## BIBLIOGRAFÍA

- MARAÑÓN, G.—Manual diag. etiolog. Espasa Calpe. 1943.
- SLEESWIJK, J. G.—Trat. de Geriatria. Edi. Cient. Médica. 1953.
- CRESPO ALVAREZ.—La Clínica de la Emb. Pulm. Edit. Paz Montalvo. 2.<sup>a</sup> Edi. 1953.
- MALFORD-THEWLIS.—Geriatria. Salvat. 1931.
- BELTRAN BAGUENAN.—Lección de Geriatria. Tomos I y II. Edit. Saber. 1947.
- TREBOR H. HOWELL.—La vejez. Colec. esp. de cien. médicas. 1947.
- JIMÉNEZ DIAZ.—Lecc. de pat. Médica. Tomo VII y I. 1952 y 1940.
- SCHLESINGER, G.—Errores diag. y terapéut. Tomo V. Edit. M. Marín. 1922.
- HERNANDO-MARAÑÓN.—Medicina interna. Tomo I. 2.<sup>a</sup> Edic.
- AGUIRRE, M. y colaboradores.—Orientaciones terapéu. actual. Paz Montalvo. 1953.
- MULLER-DEHAN.—Las enferm. inter. de la vejez. Labor. 1940.
- PONS, P.—Potol. y Clinic. Médica. Tomo III.