

# SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

Jorge Sánchez Huanca.

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN FRANCISCO XAVIER

Edad:.....51 años  
 Sexo:.....Masculino  
 Estado Civil:.....Casado  
 Ocupación:.....Agricultor  
 Fecha de Ingreso:.....16-03-04  
 Fecha de Egreso:.....27-03-04

## MOTIVO DE INGRESO

Paciente ingresa a sala de Medicina Interna por presentar cuadro reagudizado, presentando Taquicardia, taquipnea, dolor en hemitórax derecho, tos con expectoración hemoptoica, edema de miembro superior derecho con dolor e impotencia funcional, disnea de pequeños esfuerzos y dolor en región lumbar.

## ENFERMEDAD ACTUAL

El paciente presenta un cuadro signo sintomatológico de 4 meses de evolución dolor de tipo opresivo en región Cervico-braquial derecho de comienzo progresivo acompañado de edema en esclavina y con impotencia funcional. Posteriormente hace 3 semanas presenta disnea de pequeños esfuerzos, dolor en región lumbar de tipo gravativo que cede con el reposo y disminución del ritmo catártico por lo cual acude a otras instituciones sin llegar a un diagnóstico preciso.

## ANTECEDENTES NO PATOLÓGICOS

Alimentación variada, bebedor ocasional y fumador ocasional.

## ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Refiere enfermedades propias de la infancia: IRAS, EDAS, no alergias.

## ANTECEDENTES FAMILIARES

No relevantes.

## EXAMEN FÍSICO

### Examen General

En posición ortopneica, fascies descompuesta y disneica, psiquismo conservado. Sistema Ganglionar se palpa adenopatías en región supraclavicular derecha, de aproxima-

damente 6 x 6 cm movable, indoloro; Sistema Muscular con buen tono.

## Examen Regional

**Cabeza:** cráneo normocéfalo; cuello asimétrico, presencia de tumoración en región cervico-lateral derecha, lado izquierdo presenta ingurgitación yugular Grado IV.

**Aparato Cardiovascular:** R1 y R2 de intensidad aumentadas, silencios libres.

**Aparato Respiratorio:** entrada de aire disminuida, abolición del murmullo vesicular en hemitórax derecho, se acompaña de matidez y disminución de vibraciones vocales; hemitórax izquierdo, con murmullo vesicular disminuido.

**Abdomen:** plano, blando y depresible, con dolor difuso a la palpación.

**Extremidades:** con edema en esclavina en miembro superior derecho muy doloroso a la palpación.

**Examen neurológico:** Glasgow 15/15, sin signos neurológicos patológicos.

**Signos vitales:** PA = 120/80 mm/Hg.  
 FC = 116x min. ; FR = 40 x min ; T = 37,8 °c.

## DIAGNÓSTICO DE INGRESO

Insuficiencia Respiratoria Aguda en estudio  
 Probable Sx Mediastinal  
 Linfoma en estudio?

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

### Hemograma Completo (16-03-05)

VSG 1hora mm: 22	GB 13000 x mm3
GR: 4280000 mm3	Eosinófilos: 4 %
Hto: 40 %	Basófilos: 0 %
Hb: 13,3 gr. %	Bastonados: 0 %
	Segmentados
	Neutrófilos: 91 %
	Linfocitos: 14 %
	Monocitos: 1 %

**Química Sanguínea (09-03-05)**

Glucosa:	112 mg/dl
Urea:	38 mg/dl
Creatinina:	1,2 mg/dl

**Perfil Hepático (18-03-05)**

Proteínas Totales:	5,3 gr /dl
Albúminas:	2,8 gr /dl
Globulinas:	2,5 gr /dl
Relación A/G:	1,1 LDH: 147 U/L

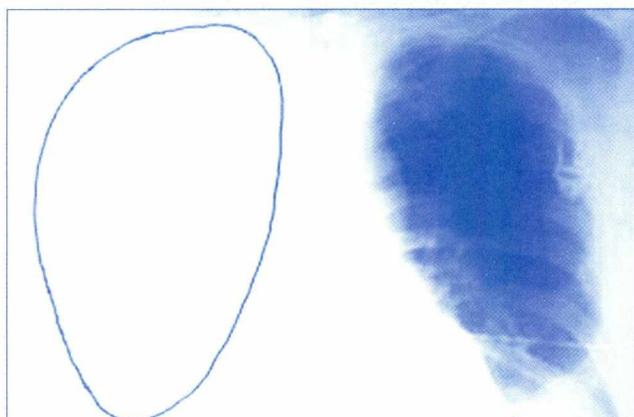
**Coagulograma Parcial (18-03-05)**

Tiempo de Coagulación:	8 min. 30 seg.
Tiempo de Sangría:	1 min. 30 seg.

**Examen Líquido Pleural (18-03-05)**

<b>*EX. FÍSICO:</b>	
<b>Características</b>	<b>Recuento Celular / mm3</b>
Volumen 10 ml	Leucocitos 1000
Color amarillo postcentrifugación	Hematíes 10000
Aspecto opalescente	Recuento Diferencial
Coagulación negativo	Polimorfonucleares: 2 %
PH 8,0	Mononucleares: 88 %
<b>*EX. QUÍMICO:</b>	
Glucosa: 95 mg/dl	
Proteínas: 2,445 mg/dl	
LDH: 316 U/L	
<b>*TINCIÓN DE GRAM:</b>	
No se observan gérmenes	

**- Rayos X de Tórax (16-03-05; 19-03-05; 25-03-05) (fig.1)**



Archivo Imagenología Hospital Santa Bárbara (19-03-05)

**-Examen Ultrasonográfico (17-03-05)**

Derrame pleural derecho masivo.

**ANATOMÍA PATOLÓGICA**

**Examen Anatomopatológico (22-03-05)**

**Material:** Líquido Pleural 3 ml; Diagnóstico: frotis negativo para células neoplásicas.

**Examen Anatomopatológico (29-03-05)**

**Material:** Biopsia Pleural; pleura 2 fragmentos tisulares, Examen microscópico: los cortes muestran tejido muscular esquelético con áreas de tejido fibroconectivo con revestimiento de células mesoteliales atípicas con núcleos atípicos e hiper cromáticos con citoplasmas fusocelulares. Diagnóstico: Cambios compatibles con Mesotelioma.

**INTERCONSULTAS REALIZADAS**

**\*Int. Con Urología (17-03-05)**

Diagnóstico principal: Adenoma de Próstata grado I - II

Se pide: PSA  
ECO renal bilateral + vesico – prostático

**\*Int. Con Neumología (17-03-05)**

Diagnóstico principal: Síndrome Mediastinal

Se pide: 1) ECO pleural  
1) Citología por oclusión leucocitaria, BK y bacteriológico.  
2) Talla pleural

**\*Int. Con Cirugía (17-03-05)**

Diagnóstico principal: Derrame Pleural

Se pide: 1) Avenamiento Pleural.  
2) Biopsia de Pleura

**\*Int. Con UTI (21-03-05)**

Diagnóstico principal:

- Síndrome Mediastinal
- Linfoma no Hodgkin

**\*Int. Con Cirugía (23-03-05)**

Diagnóstico:  
- Derrame Pleural  
- Avenamiento Pleural  
- Biopsia Pleural

**DIAGNÓSTICO DEFINITIVO**

- Mesotelioma Pleural.
- Insuficiencia Respiratoria Aguda.

## TRATAMIENTO

- Dieta cero, luego dieta blanda blanca
- Se realiza toracocentesis diagnóstica obteniéndose 10 c.c. de líquido serohemático.
- PHP (Sol. Fisiologica, Sol. Glucosada).
- Amoxicilina 1g ampolla c/12hrs.V) D/C.
- Ciprofloxacina 500mg 1 comprimido c/12 hrs. (VO) D/C.
- Clonixinato de Lisina 1 tableta (VO) PRN.
- Dioxadol 1 ampolla (IM) PRN.
- Gel bronquial 1 cucharada c/4hrs. (VO).
- Ranitidina 300mg (VO) a hrs. 21:00.
- Se realiza toracocentesis terapéutica se obtiene 2000 ml de líquido serohemático.
- Albúmina Humana 20 % 1 frasco pasar en 4 hrs. En paralelo antes Clorfeniramina 1 ampolla de 10 mg (EV).
- Furosemida 20 mg 1 ampolla c/12hrs. (EV).
- Digoxina 0,25 mg 1 comprimido a hrs. 11:00 (VO).
- Fisioterapia respiratoria con globo.
- Vendaje miembro superior derecho
- Ibuprofeno 200mg 1 comprimido (VO) a hrs. 21:00.

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Sello pleural, se obtiene 5000cc de líquido pleural en primera instancia.

## EVOLUCIÓN

El paciente con una evolución estacionaria, misma que presenta un cuadro de insuficiencia respiratoria al momento del ingreso, se efectúa tratamiento farmacológico de ingreso, el mismo que no muestra resultados satisfactorios, por lo cual se espera resultados de exámenes de gabinete.

Una vez obtenidos los resultados de los estudios solicitados, se procede a efectuar el tratamiento específico, realizando toracocentesis, obteniendo de la misma muestras de estudio para exámenes de fondo; y se procede a la evacuación de una cantidad considerable de líquido serohemático (2000 ml), con fines terapéuticos que coadyuven a ceder la intensidad del cuadro.

Lamentablemente la falta de recursos económicos dentro de la familia del paciente, impedía una terapéutica farmacológica específica; por lo cual se mantuvo al paciente con el tratamiento conservador indicado.

Al octavo día de su internación y por referencia de las pruebas de laboratorio, se indica el uso de Albúmina Humana, con el fin de restaurar los valores de su proteínograma. Al noveno día, se indica tratamiento quirúrgico (sello pleural), obteniendo una importantísima cantidad de líquido serohemático (5000 ml) en primera instancia, y luego de unas horas se obtiene 1700ml en el mismo día.

Aprovechando el acto quirúrgico inicial se obtiene muestra de tejido pleural para examen anatomopatológico, el cual reporta el diagnóstico de mesotelioma pleural.

Alta solicitada; se retira el sello pleural; paciente fallece a las dos semanas de pedir el alta solicitada.

## CONCLUSIONES Y COMENTARIO

- a) El mesotelioma es una neoplasia que puede aparecer en cualquiera de las serosas tapizadas por mesotelio, siendo más frecuente la de la pleura.
- b) En cavidad pleural crece lentamente provocando compresión en pulmón y órganos del mediastino a través de la invasión que genera en un tiempo de lapso prolongado.
- c) Es un tumor raro con incidencia en la población general de uno a dos casos por millón de personas.
- d) Las personas con exposición al asbesto sufren de mesotelioma aproximadamente un 6%.
- e) En el Hospital Santa Bárbara se hizo la revisión de esta patología desde el año 1993; cuando se sugirió y se cumplió regularmente las normas de que toda pleuresia debería ser investigada con un examen histoquímico, citológico y bacteriológico de líquido pleural, y biopsia pleural en los servicios de cirugía y neumología.
- f) En cuanto a la etiología indica la literatura médica, que se atribuye a la inhalación de un grupo de minerales que corresponde al asbesto que se separa en fibras delgadas y que luego se descomponen en polvo microscópico resistente al calor; este mineral es utilizado en muchos productos industriales de construcción y en el consumo general.
- g) El tratamiento comprende:
  - Cirugía
  - Radioterapia
  - Quimioterapia
  - Combinación de los tres

Actualmente se está experimentando terapéuticas con los métodos siguientes: Terapia Fotodinámica e Inmunoterapia.

- h) Los pacientes atendidos en este hospital se hicieron con radioterapia y algunos con pleurodesis, dos de los casos se beneficiaron con cirugía de pleurectomía / decorticación.

A manera de comentario, también incluimos dentro el presente caso, un pequeño estudio estadístico, realizado en el hospital general Santa Bárbara, de la Ciudad de Sucre-Bolivia.

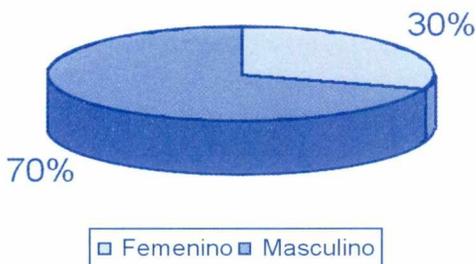
**ESTADÍSTICA DE CASOS DE MESOTELIOMA EN EL HSB 1993-2005**

Sexo	Edad	Procedencia	Ocupación
F	59	Padilla(Ch.)	Labores de casa
M	53	Ocurí(Potosí)	Agricultor
M	60	Río Chico(Ch)	Agricultor
F	58	Aiquile(Cbba)	Labores de casa
M	63	Molle Molle(Ch)	Agricultor
M	81	Chapare(Cbba)	Agricultor
F	64	Sucre	Labores de casa
M	71	Tarabuco(Ch)	Agricultor
M	52	Horno Kasa(Ch)	Agricultor
M	73	Mizque(Cbba)	Ex transportista

**RELACIÓN DE SEXO POR CASOS DIAGNOSTICADOS**

Clase	Número
Femenino	3
Masculino	7

**Relación de sexo por casos diagnosticados**



**RELACIÓN DE CASOS DIAGNOSTICADOS CON LA OCUPACIÓN**

Ocupación	Número
Chofer	1
Ama de Casa	3
Agricultor	6

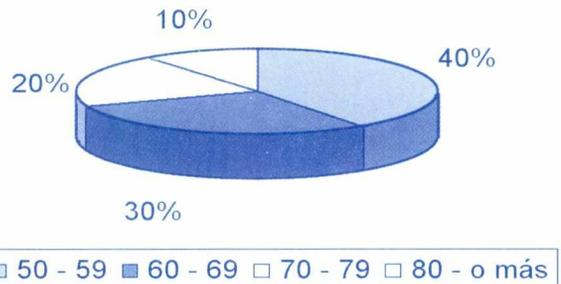
**Relación de Casos Diagnosticados con la Ocupación**



**RELACIÓN DE LA EDAD POR CASOS DIAGNOSTICADOS**

Edad	Número
50 - 59	4
60 - 69	3
70 - 79	2
80 - o más	1

**Relación de la Edad por Casos Diagnosticados**



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

1. McCaughey WTE, Oldham PD. Diffuse mesothelioma: observed variation in histological.
2. Diagnosis.En: Bogovski P, Gilson JC, Timbrell V, Wagner JC, editores. Biological effects of asbestos. IARC Scientific Publications N° 8. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1973; 58-59.
3. Dini S, Santucci S, Biancalani M, Pingitore R, Lopane P, Tosi P, et al. Pleural malignant.
4. Mesothelioma in Tuscany, Italy (1970-1988): I. Anatomico-pathologic aspects. Am J Ind Med 1992; 21: 569-576.
5. Whelan SL, Parlain MD, Masuyer E. Patterns of cancer in five continents. IARC Scientific Publications, N° 102. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1990.
6. Wagner JC, Sleggs CA, Marchand P. Diffuse pleural mesothelioma and asbestos exposure in the North Western Cape Province. Br J Ind Med 1960; 17: 260-271.
7. Nurminen M. The epidemiologic relationship between pleural mesothelioma and asbestos exposure. Scand J Work Environ Health 1975; 1: 128-137.
8. Peto J, Doll R, Howard SV, Kinlen LJ, Lewinsohn HC. A mortality study among workers in an English asbestos factory. Br J Ind Med 1977; 34: 169-173.
9. McDonald AD, McDonald JC. Malignant mesothelioma in North America. Cancer 1980; 46: 1.650-1.656.
10. McDonald JC. Asbestos-related disease: an epidemiological review. En: Wagner JC, Davis W, editores. Biological Effects of Mineral Fibres. IARC Scientific Publications, N° 30. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 1980; 587-601.