

Síndromes pleurales no exudativos ¿por qué desaparecieron de la literatura actual?

Pleural non-exudative syndromes, why did they disappear from current literature?

Oswaldo Suástegui Gama ^a, Lindsay Hernández Alcántara ^b, Sergio A. Contreras Corona ^c

Abstract:

Pulmonary pathology can be studied through pleuropulmonary syndromes; which are alterations that together constitute a group of signs and symptoms related to each other, with a common pathophysiology, these alterations can occur at the level of the pulmonary parenchyma, in the pleura and in the pleural cavity. The way in which these syndromes are classified is in pulmonary and pleural, in turn, pleural can even be subdivided into wet or exudative and dry or non-exudative, this essay is focused on reviewing non-exudative pulmonary syndromes: pachypleuritis, pleurisy and pleural symphysis; since the medical literature in internationally recognized search engines lacks more and more of reports of these.

The lacking result of the search for information in the databases and the analysis of the few results, leads to discover that these syndromes are mentioned as secondary findings in other pathologies, and that despite being originally described as syndromes, its finding is scarce because different variants, since some have a self-limited course and the diagnosis is not possible due to the lack of evidence of them in complementary studies, or on the contrary, they are only evident when a radiographic study is carried out, so which strictly do not meet the criteria to be considered as syndromes.

Keywords:

Pleuropulmonary syndromes, non-exudative pleural syndromes, pachypleuritis, pleural symphysis, pleurisy

Resumen:

La patología pulmonar puede estudiarse a través de los síndromes pleuropulmonares; los cuales son alteraciones que en conjunto constituyen un grupo de signos y síntomas relacionados entre sí, con una fisiopatología común, estas alteraciones pueden ocurrir a nivel del parénquima pulmonar, en las pleuras y en la cavidad pleural. La forma en la que se clasifican estos síndromes es en pulmonares y pleurales, a su vez, los pleurales pueden aun subdividirse en húmedos o exudativos y secos o no exudativos, el presente ensayo está enfocado en hacer una revisión de los síndromes pulmonares no exudativos: paquipleuritis, pleuresía y sínfisis pleural; puesto que la literatura médica en motores de búsqueda reconocidos internacionalmente, carece cada vez más de reportes de estos.

El resultado carencial de la búsqueda de información en las bases de datos y el análisis de los pocos resultados, lleva a descubrir que estos síndromes son mencionados como hallazgos secundarios en otras patologías, y que a pesar de ser de haber sido originalmente descritos como síndromes, su hallazgo es escaso por diversas variantes, ya que algunos tienen un curso autolimitado y el diagnóstico no es posible debido a la falta de evidencia de ellos en estudios complementarios, o por el contrario, solo son evidentes cuando se realiza un estudio radiográfico, por lo cual estrictamente, no cumplen con los criterios para ser considerados como síndromes.

Palabras Clave:

Síndromes pleuropulmonares, síndromes pleurales no exudativos, paquipleuritis, sínfisis pleural, pleuresía

^a Autor de Correspondencia, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1125-1035>, Email: erreapa123@gmail.com

^b Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1524-7674>, Email: lindsay_h_a@hotmail.es

^c Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Instituto de Ciencias de la Salud, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1355-6273>, Email: alta10_puma@hotmail.com

Introducción

Los síndromes pleuropulmonares (SPP) son alteraciones de la cavidad pleural o del parénquima pulmonar que modifican su estado físico y morfológico normal,¹ y que, como definición clásica de síndrome, estos son un conjunto de signos y síntomas relacionados entre sí, es decir, que tienen una fisiopatología común pero que corresponden a etiologías diferentes.²

Los SPP clásicamente se dividen en los componentes pleural y pulmonar (Figura 1), siendo los síndromes de condensación, rarefacción, cavitación y atelectasia, los que corresponden a la patología pulmonar; y los exudativos y no exudativos los que corresponden a la patología pleural. Por último, los síndromes exudativos a su vez corresponden al síndrome de derrame pleural y neumotórax, mientras que los no exudativos (también llamados secos) corresponden a los síndromes de paquipleuritis, pleuresía (o pleuritis seca) y sínfisis pleural.³ (Figura 2)

Se hace la presente revisión enfocada en los síndromes pleurales no exudativos (SPNE) debido a la falta de reportes de estos en la bibliografía médica; al respecto se hizo una búsqueda de información en literatura de habla hispana en las bases de datos y motores de búsqueda de PUBMED, COCHRANE, LILLACS y ELSEVIER, encontrando que la mayor parte de los resultados obtenidos data de fechas a lo largo del siglo XX, por lo que se decide hacer la búsqueda específica en el periodo de tiempo del 2008 al 2018, encontrando un total de 10 resultados de los SPNE, siendo estos, 5 de paquipleuritis, 5 de pleuresía y 0 resultados de sínfisis pleural.

Los SPNE (figura 2), así como el resto de SPP, tienen una integración tanto clínica como radiológica, que serán descritas a continuación a cada uno de los componentes.

PAQUIPLEURITIS

La paquipleuritis (paqui: grueso; pleuritis: inflamación de la pleura), 4,5, es un engrosamiento de la pleura, que puede ocurrir de manera parcial o total, cuya manifestación total puede abarcar el parénquima pulmonar y ser denominado "fibrotórax pleurógeno".⁶ Este síndrome puede manifestarse como secuela de causas infecciosas o traumáticas.^{7,8,9,10}

Con respecto a la exploración física clásica, se encuentra en la inspección, retracción del mediastino con limitación de la movilidad del hemidiafragma afectado y a veces retracción costal; en la palpación, hay una

disminución o abolición de las vibraciones vocales palpables; en la percusión se hallará submatidez o matidez franca; por último, en la auscultación se encontrará disminuido o abolido el murmullo vesicular.⁶

Integración de los SPNE

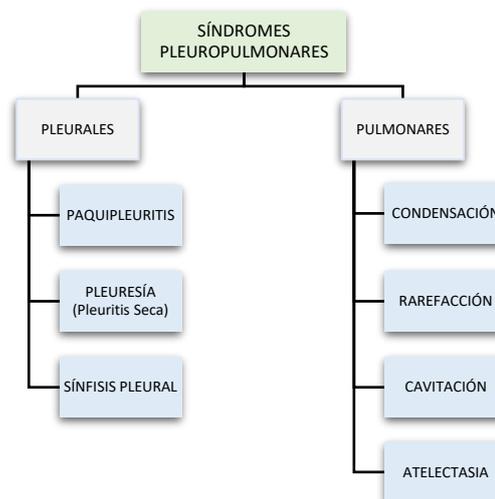


Figura 1. Clasificación de los síndromes pleuropulmonares

Este síndrome tiene como limitante en su manifestación, que solo es evidente clínicamente cuando no es carácter parcial, siendo su hallazgo más frecuentemente asociado a un hallazgo radiográfico.⁶

PLEURESÍA O PLEURITIS SECA

La pleuresía se trata de un proceso irritativo de la pleura que pone en manifiesto la pérdida de deslizamiento normal que existe entre la pleura visceral con la parietal, ocasionando estimulación de los nociceptores presentes en la pleura parietal. Este síndrome puede manifestarse como consecuencia de afecciones pulmonares de causa infecciosa, o de alteraciones que tengan origen en un órgano vecino como adenopatías, osteítis, mediastinitis o incluso por origen traumático, como contusiones, heridas por armas, etc.⁶

Al interrogatorio de síntomas se describirá un dolor intenso, transfixivo, que se exagera con los movimientos respiratorios y con la tos.⁶

Con respecto a la exploración física clásica, se encuentra en la inspección, disminución de la movilidad torácica del lado afectado; en la palpación y percusión no habrá manifestaciones de importancia, mientras que en la

auscultación se encontrará el frote pleural característico descrito como un "rechinido de cuero nuevo" que tendrá lugar tanto en la fase inspiratoria como espiratoria, no se modificará con la tos y se acompañará de dolor.⁶

Por lo general este síndrome es de corta duración, pues se autolimita debido a que la pleura reacciona produciendo un exudado que separa a las pleuras y suprime su roce.⁶

Como excepción a la regla, este síndrome carece de evidencias radiológicas.

SINFISIS PLEURAL

La sínfisis pleural (sin: unión; fisis: cuerpo),¹¹ como su nombre lo indica, se refiere a la unión de dos cuerpos, en este caso la pleura parietal con la visceral, que puede ser total o parcial. Este síndrome es una *consecuencia casi obligada de los procesos inflamatorios de la pleura*.⁶

Carece de manifestaciones clínicas sintomáticas, sin embargo, si tiene lugar en el hallazgo radiográfico.

En los hallazgos radiológicos está la pérdida de los senos costo y cardiofrénicos como sus signos más frecuentes, además del hallazgo del signo de festón de Maingot.⁶

Su hallazgo llega a ser incidental, en la radiografía, así como también en la punción pleural cuando no son evidentes las oscilaciones pleurales. Sin embargo, es de importancia hacer mención que el adosamiento pleural puede llegar a existir sin dar indicios siquiera radiográficos.⁶

CONCLUSIONES

De acuerdo con las características que presenta cada uno de los padecimientos mencionados en este ensayo, ponemos en manifiesto que de hecho no todos los SPNE tienen la cualidad de ser realmente síndromes, puesto que, siendo apegados a la definición, deberían constituir un grupo de signos y síntomas que integran una patología, hecho que no se cumple en la sínfisis pleural, lo que hace que esta tenga poca veracidad en ser considerada un complejo sindromático.

Así mismo, en lo que compete a la neumología, la literatura actual en su mayoría omite la inclusión de estos padecimientos como los complejos sindromáticos que fueron descritos a lo largo del siglo XX y se limitan a ser mencionados como hallazgos secundarios a otras patologías. Como se mencionó anteriormente, incluso no se cumplen los criterios para que uno de ellos llegue a ser un síndrome, además de otras limitantes que se encuentran, como en la pleuritis seca, que, al ser un proceso agudo autolimitado y sin evidencias radiológicas, su diagnóstico es omitido e ignorado por falta de evidencias, resultado similar ocurre con la paquipleuritis,

proceso que si bien, si cumple con todos los criterios para ser un síndrome, su manifestación total no ocurre en patologías de afectación parcial, por lo que su hallazgo a veces limitado únicamente al radiológico.

Se infiere entonces que el poco reporte de casos e incluso la omisión de ellos en las descripciones de la literatura semiológica actual, está justificado en los argumentos aquí planteados, por lo que se sugiere abandonar su uso en la clasificación sindromática actual del estudio neumológico, y solo recordar a manera de prueba anecdótica que, pese a que es muy difícil hallarlos, en casos muy específicos se puede inferir que existen y la prueba es que alguna vez fueron descritos.

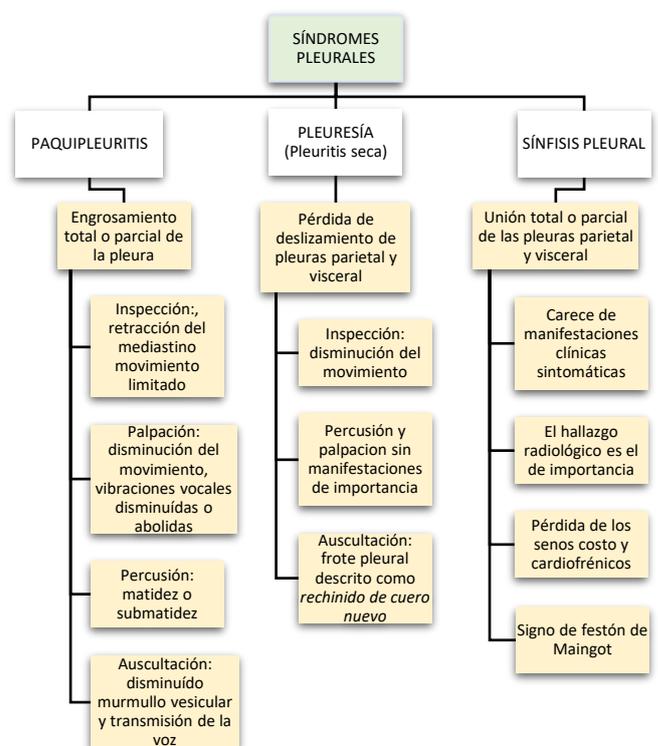


Figura 2. Clasificación de los síndromes pleurales no exudativos

Referencias

- [1] Rivero Serrano O, Navarro Reynoso F. Síndromes físicos y radiológicos pleuropulmonares. En: Rivero Serrano O, Navarro Reynoso F, editores. Neumología. 8va edición. Ciudad de México, Trillas; 2016. p. 91.
- [2] Argente AH, Álvarez EM, Presentación de la obra. En Argente AH, Álvarez EM, editores. Semiología Médica. 2da edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Panamericana; 2017. p. XXVIII

- [3] Revora Gutiérrez F. Síndromos Pleuropulmonares. En: Revora Gutiérrez F, editor. *Semiología del Aparato Respiratorio*. México: Mendez Editores; 2003. p. 171 y 187.
- [4] deChile.net. Etimologías de Chile [Internet]. Chile: deChilenet; 2019 [citado 6 sep 2019]. Disponible en: <http://etimologias.dechile.net/?paqui>
- [5] deChile.net. Etimologías de Chile [Internet]. Chile: deChilenet; 2019 [citado 6 sep 2019]. Disponible en: <http://etimologias.dechile.net/?pleuritis>
- [6] Revora Gutiérrez F. Síndromos Pleuropulmonares. En: Revora Gutiérrez F, editor. *Semiología del Aparato Respiratorio*. México: Mendez Editores; 2003. p. 187-190
- [7] Ramírez-Izcoa A, Sánchez-Sierra L, Alvarado-Chávez L, Godoy Mejía C, Valenzuela Castillo R. Paquipleuritis y empiema loculado izquierdo secundario a neumonía adquirida en la comunidad en adolescente. *Pediatr Panamá* [Internet]. 2015 [citado 03 sep 2019];44(3):13-17.
- [8] Piñel Jiménez L, Ruíz Martín A, Garza Graves M, Martínez Mesa A. Linfoma pleural primario asociado a piotórax. *Rev Esp Patol Torac* [Internet]. 2018 [citado 03 sep 2019];30(3):196-99.
- [9] Carrasquel Valecillos VM, Japa Morales ZR, Hernández Rivero AJ. Uso de toracotomía mínima ampliada y lavado de cavidad pleural en el tratamiento del empiema. *Arch Venez Puer Ped*. 2011;73(1):12-15.
- [10] Ramón García G, Victoria Villareal A, Rosales Uribe E, Dies P, López B, Bracho Blanchet E, et al. Tuberculosis miliar: la reemergencia de enfermedades y la falta de sospecha clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2015 [citado 03 sep 2019]; 72(1):71-79.
- [11] Günther SB. Etimología y Fonética Neohelénica del vocabulario médico. Autoaprendizaje mediante la práctica. *Rev Méd Chile* [Internet]. 2003 [citado 6 Septiembre 2019];(1):1510-1513.