

MANIFESTACIONES PULMONARES DEL LUPUS
ERITEMATOSO DISEMINADO *

DR. JOSÉ MANUEL FALOMIR.

EL LUPUS Eritematoso Diseminado es una enfermedad del tejido conectivo y forma parte del grupo de las llamadas "Enfermedades de la Colágena". Es casi exclusivo de las mujeres jóvenes, se caracteriza por la presencia de lesiones dermatológicas y viscerales, así como por un curso crónico en el que se presentan severas exacerbaciones y terminación fatal.

La lesión característica es una dermatosis eritematosa que ocupa el dorso de la nariz y se extiende a las mejillas en una distribución que semeja las alas de una mariposa. La dermatosis sola constituye el Lupus Eritematoso Discoide Crónico y Localizado; su asociación a lesiones viscerales constituye el Lupus Eritematoso Diseminado.

El cuadro clínico se completa con poliartritis, nefritis, miocarditis y endocarditis; fiebre, anemia y leucopenia; estado tóxico severo y en ocasiones manifestaciones pulmonares y digestivas.

El polimorfismo de la enfermedad hace que el diagnóstico clínico sea difícil. Hargraves¹ y Hasserick² describen en la sangre una célula con características de un polimorfonuclear fagocítico, en cuyo citoplasma se observa una masa amorfa basófila, quedando los segmentos nucleares replegados a la periferia de la célula. Este elemento se encuentra tanto en la médula como en la sangre periférica de los enfermos de Lupus Eritematoso Diseminado y ha contribuido a aumentar considerablemente el número de diagnósticos de la enfermedad.

La etiología de esta enfermedad es desconocida, pero se cree que existe un factor de tipo antígeno-anticuerpo por autoinmunización.

El Lupus Eritematoso Diseminado se conoce desde 1872 cuando fue des-

* Trabajo de ingreso leído en la sesión ordinaria del 1° de octubre de 1958.

crito por Kaposi,³ pero no fue sino hasta 1904, época en que Osler⁴ estableció la relación entre la dermatosis y las lesiones viscerales. Fueron Rakov y Taylor⁵ en 1942 quienes presentaron un caso de Lupus Eritematoso Disemi-

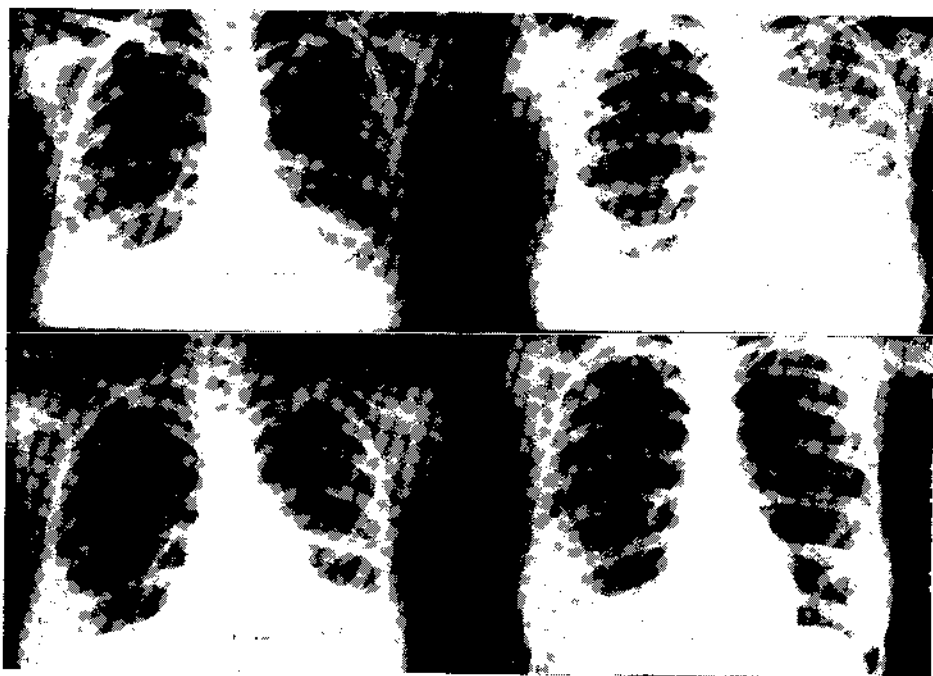


FIG. 1. Caso N° 1. Opacidad de ambas bases pulmonares, por pequeños derrames pleurales. Fina infiltración micronodular del l.s.i. aspecto de vidrio despulido. Hilio izquierdo prominente. No hay adenopatía. Corazón normal.

FIG. 2. Siete días después. Pequeño derrame pleural der. con engrosamiento pleural. Todo el pulmón izquierdo con infiltrado micronodular coalescente. Probable cardiomegalia. Se inicia infiltración en el l.s.d. La paciente presenta muy poca tos y poca disnea.

FIG. 3. Once días después. Regresión de las lesiones en el lado der. Persiste el pequeño derrame. Las lesiones en el lado izquierdo son menos aparentes. Parece existir engrosamiento pleural izq. No se observa cardiomegalia.

FIG. 4. Diez y nueve días después. Sólo una adherencia pleurodiafragmática derecha. Resto normal.

nado, con manifestaciones pulmonares y viscerales severas, sin dermatosis y describieron la lesión pulmonar como parte integrante del cuadro clínico del Lupus.

Baggentoss,⁶ en 1952 describió la lesión anatomopatológica como una neumonía intersticial, atelectasiente con edema basofílico y hemorragias de las paredes alveolares. El tejido conectivo perivascular y peribronquial es el sitio primario del proceso inflamatorio, que lleva a la obliteración del espacio alveolar. Estableció la diferencia entre estas alteraciones y las de la neumonía

o bronconeumonía piogénica o fibrinosa, con organización o sin ella, que frecuentemente constituye la etapa final del padecimiento.

Este mismo autor y sus colaboradores⁷ revisaron 54 casos en la Clínica Mayo. Los hallazgos en la necropsia fueron: Bronconeumonía en el 75.9%.

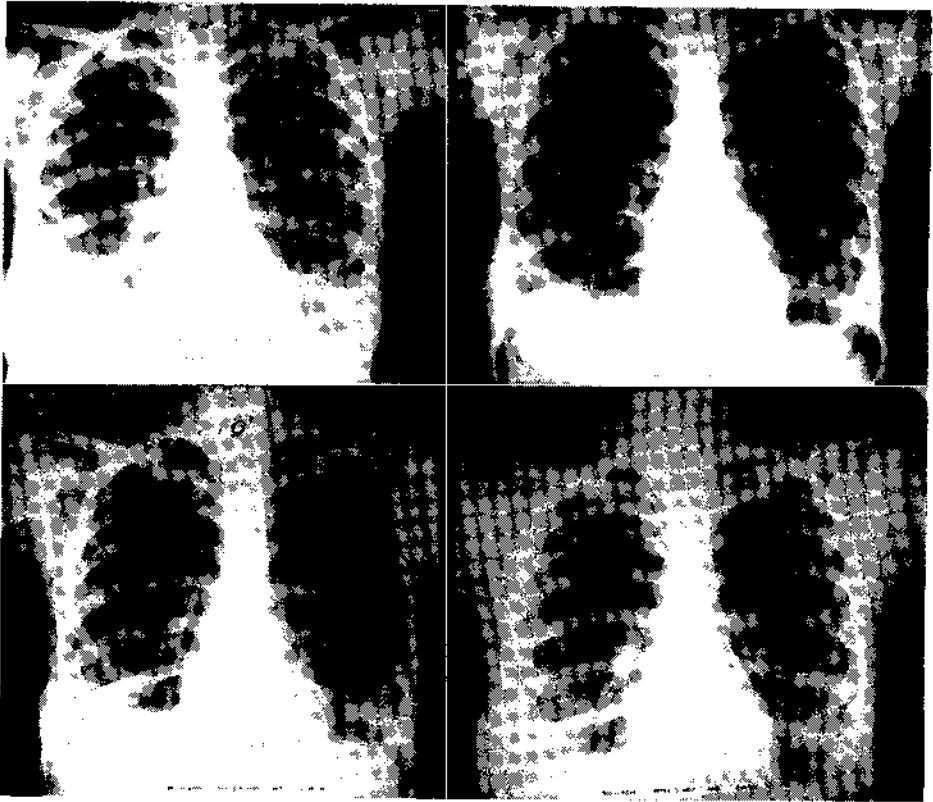


Fig. 5. Mes y medio después. Nuevamente aparece el infiltrado micronodular, con aspecto de vidrio despolido. Probable reacción pleural derecha.

Fig. 6. Veinte días después, sólo hay una discreta infiltración micronodular en el L.E.D. El probable derrame der. ha desaparecido y sólo hay una adherencia pleuro diafrag. der.

Fig. 7. Un mes después. Aún parece existir un fino moteo en el pulmón der.

Fig. 8. Veinte días después. Prácticamente igual al anterior pero con el moteo micronodular en el pul. izq.

hemorragias en el 66.7%, derrames en el 67.7%, edema pulmonar en el 55.6%, neumonía intersticial en el 53.7% y atelectasia en el 44.4%.

Israel⁸ en 1953 revisó 22 pacientes con diagnóstico de Lupus Eritematoso Diseminado y en 20 de ellos encontró lesiones pulmonares.

En la revisión presentada por Harvey⁹ y sus colaboradores en 1954, de 105

pacientes, 46 presentaron lesiones pulmonares y en 20 de ellos dichas lesiones se consideraron como producidas por el Lupus Eritematoso Diseminado. En siete casos en los que se practicó la necropsia, se encontraron lesiones en la pared alveolar, vasculares y perivasculares; así como neumonía intersticial ate-

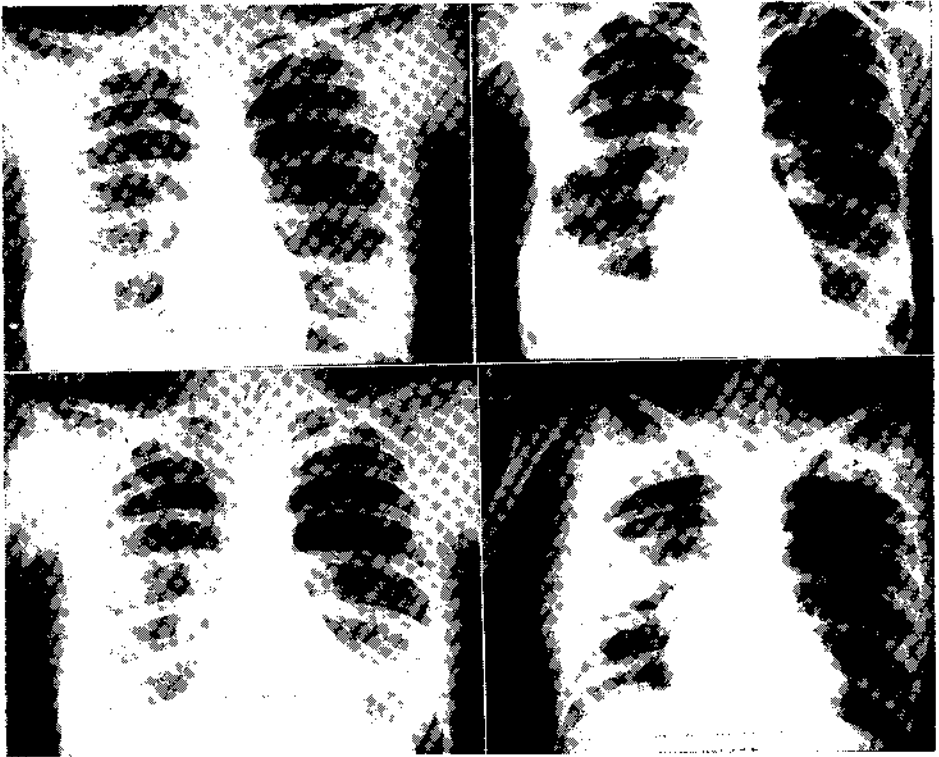


Fig. 9. Treinta días después. Se inicia un grueso infiltrado en el l.s.d. (seg. apical y axilar). Moteo nodular en base der. con derrame pleural. El hilio der. Aumenta de tamaño. El pulmón izq. es normal.

Fig. 10. Dos meses después. Se organiza una condensación neumónica en el l.s.d. adenopatía traqueobronquial der.

Fig. 11. Un mes después. Prácticamente similar al anterior.

Fig. 12. Quince días después. Consolidación neumónica del l.s.d. Imágenes macronodulares en pulmón der. de tipo bronconeumónico. Adenopatía. Engrosamiento pleural derecho Cardiomegalia.

lectasiente, similar a las lesiones anatomopatológicas que se encuentran en la fiebre reumática y en las neumonías alérgicas o antigénicas.

El 58% de los pacientes estudiados por Robles Gil ¹⁰ en 1955, presentaron lesiones pulmonares que él clasificó en cuatro categorías: 1. Pleuritis y pequeños derrames. 2. Lesiones pulmonares micronodulares. 3. Neumonía o neumonitis. 4. Neumonías o bronconeumonías terminales.

Sante y Wyatt¹¹ al referirse a las neumonías antigénicas describen las lesiones pulmonares del Lupus Eritematoso Diseminado desde el punto de vista radiológico, pero las consideran como la etapa final de la enfermedad.

El primer análisis de los hallazgos radiológicos en las lesiones del Lupus Eritematoso Diseminado fue hecho por Thorell,¹² quien revisó 15 casos e hizo hincapié en la existencia de pequeños derrames pleurales, paquipleuritis y pequeñas zonas de atelectasia en placas, situadas en la periferia del pulmón. Mencionó la existencia de infiltrados micronodulares de carácter cambiante y estimó que la existencia de este tipo de lesiones pleuropulmonares es fuertemente sugestivo de Lupus Eritematoso Diseminado.

En la revisión hecha por Moersch, Purnell y Good¹³ de 54 casos estudiados en la Clínica Mayo establecieron una correlación entre las lesiones anatómopatológicas y la imagen radiológica. En 52 de sus pacientes se practicó estudio radiológico en alguna etapa de la enfermedad. El hallazgo más frecuente fue una consolidación neumónica cuya característica principal era la tendencia a cambiar rápidamente de sitio; aparecía y desaparecía con facilidad, sin dejar huella aparente. En diez casos se encontraron derrames pleurales, pequeños y que cambian de un lado a otro del tórax. Sólo tres de sus casos presentaron cardiomegalia. Consideraron que el valor del examen radiológico está condicionado al momento en el curso de la enfermedad en el cual se efectúe el examen. Hacen hincapié en la frecuencia de las lesiones pulmonares en la etapa final de la enfermedad y en el valor de los exámenes seriados. Finalmente concluyen que desde el punto de vista radiológico, la enfermedad colágena deberá sospecharse en las mujeres jóvenes con estado tóxico-infeccioso severo no explicable por otras causas y que presenten lesiones pulmonares de moteado neumónico y pleurales cuya característica fundamental es su cambio brusco.

Fricsay¹⁴ en 1956 revisó 11 casos estudiados en la Universidad de Zurich y la mitad de ellos presentó lesiones histológicas pulmonares características del Lupus Eritematoso Diseminado. Hizo una correlación anatomoclínica y radiológica y llamó la atención sobre la poca importancia de los signos físicos pulmonares en relación con las extensas lesiones demostrables radiológicamente. Las cuales describió como un fino moteado, no mayor que un grano de arroz, de preferencia basal, asimétrico, que cambia de sitio y desaparece con facilidad, y que difícilmente se distingue dentro de la opacidad de la base pulmonar con el aspecto de vidrio despolido y se asocia a pequeños derrames pleurales, también de carácter cambiante. Casi no hay adenopatía mediastinal y en ocasiones existe una discreta cardiomegalia. Estas lesiones las consideró como específicas del Lupus Eritematoso Diseminado y creyó que se deben diferenciar de las lesiones pulmonares congestivas debidas a insuficiencia ventricular izquierda, que su característica fundamental es la facilidad con que desaparecen y cambian de sitio.

En el presente trabajo se revisaron las historias clínicas, exámenes radioló-

gicos e histopatológicos de 13 pacientes estudiado, en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición de enero de 1950 a septiembre de 1958. En todos los casos se pudo comprobar el diagnóstico de Lupus Eritematoso Diseminado, tanto por los datos clínicos, como por la demostración de células L. E. y final-

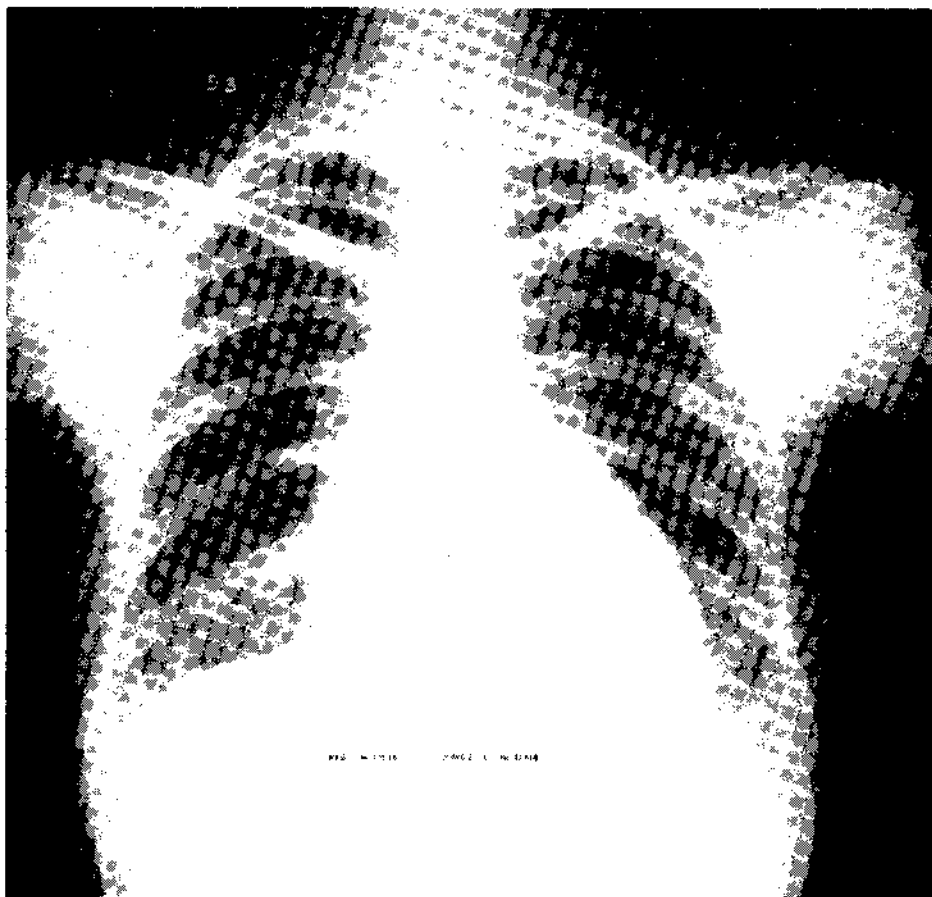


FIG. 13. Caso N° 2. Cardiomegalia moderada e infiltrado bilateral, micronodular.

mente por los estudios histopatológicos que fueron revisados por el Dr. Eduardo Murphy, del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Enfermedades de la Nutrición, a quien hacemos patente nuestro agradecimiento.

Siete de nuestros pacientes presentaron lesiones pleuro-pulmonares demostrables radiológicamente. En seis de ellos se practicó la necropsia, el séptimo murió fuera del Hospital 30 meses después de haber sido dado de alta. En dos

de nuestros casos fue imposible hacer la revisión de los estudios radiológicos por haber éstos desaparecido de nuestros archivos; sin embargo, la descripción de las lesiones pulmonares tal como aparecen en la historia clínica concuerdan con el análisis general del resto de nuestros casos.

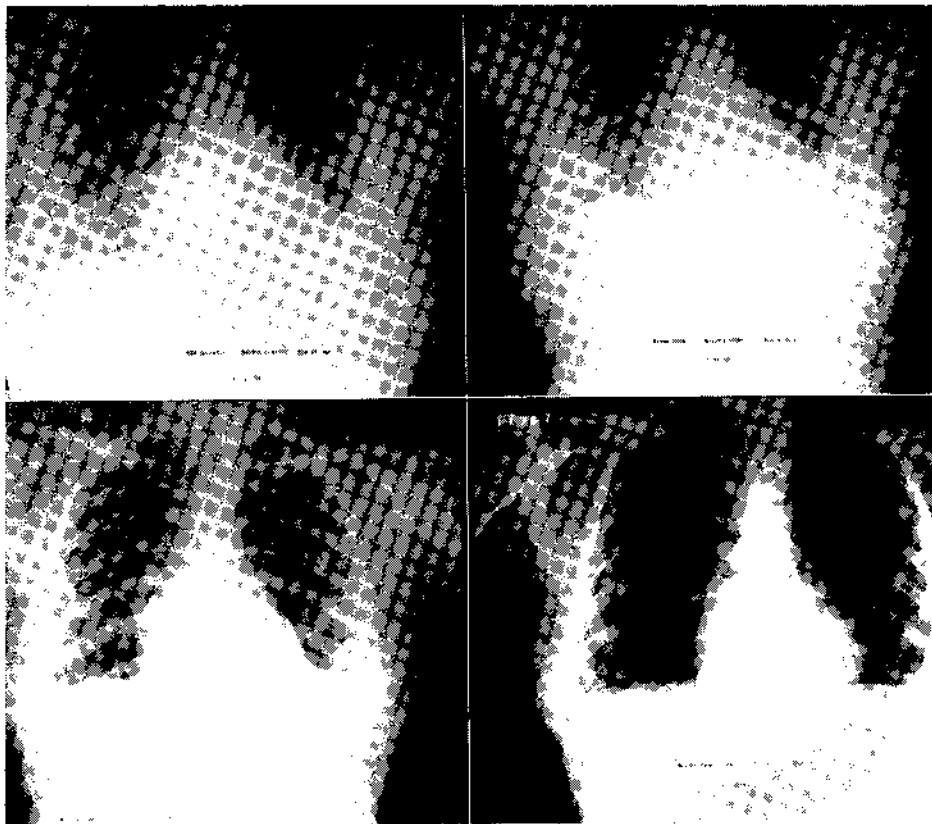


Fig. 14. Caso N° 3. Discreto derrame pleural izquierdo, cardiomegalia moderada y fino infiltrado micronodular en el l.i.d.

Fig. 15. Cuatro días después el infiltrado del pulmón derecho se hace más aparente. Persiste el derrame y la cardiomegalia.

Fig. 16. Quince días después el tórax es prácticamente normal y sólo se observa un discreto engrosamiento de la pequeña cisura derecha.

Fig. 17. Un mes después el tórax sigue con caracteres idénticos a los descritos en la figura 16.

La lesión pulmonar se caracteriza por un fino infiltrado micronodular y coalescente, predominante en los lóbulos inferiores, bilateral o unilateral, que cambia de sitio, desaparece con rapidez, sin dejar huella en el parénquima, aun cuando persiste una discreta pleuritis con derrame o sin él. Solamente en

uno de nuestros casos se observó una pequeña banda de atelectasia, similar a las descritas por Thorel. La infiltración nodular es muy pequeña, de carácter miliar, destacando los pequeños nódulos sobre amplias zonas pulmonares de densidad aumentada con el aspecto de vidrio despulido. En otras ocasiones es sólo un fino moteado con nódulos no mayores de dos milímetros.

En los siete pacientes se presentaron lesiones pleurales que iban de pequeños derrames a zonas poco extensas de engrosamiento pleural.

El carácter fundamental lo constituye la fácil y rápida desaparición de la imagen radiológica, sin estar ésta relacionada con la terapéutica empleada, ya sean antibióticos o H.A.C.T. Las lesiones pulmonares a diferencia de la creencia general no fueron sólo terminales, sino que se presentaron meses y aun años antes del desenlace fatal.

Es posible hacer la distinción entre la lesión pulmonar del Lupus Eritematoso Diseminado que presenta las características antes descritas y la neumonía o bronconeumonía final que marca la terminación del cuadro clínico como se ve en nuestro caso número uno.

En todos nuestros pacientes las manifestaciones clínicas del aparato respiratorio fueron de índole secundaria y no guardaron relación con el estado de los enfermos.

CASO Núm. 1. Enferma C. B. R., de 22 años de edad. Ingresó al H. E. N. el 27-VII-50. Murió a los diez meses de su internamiento. Presentó fiebre, poli-artritis y anemia. Como única sintomatología pulmonar presentó algunos estertores basales. No había dermatosis en "Ala de Mariposa". La reacción de Mantoux fue negativa y en exámenes seriados no se encontró bacilo de Koch. Tenía leucopenia e hiperglobulinemia. No se encontraron células L.E., aun cuando la investigación se efectuó en varias ocasiones. Se consideró como posible tuberculosis miliar dado los hallazgos radiológicos encontrados en la placa tomada a su ingreso (Fig. 1). La enfermedad siguió un curso tormentoso y en las últimas etapas se presentó severa infección amigdalina y neumonía y bronconeumonía final (Figs. 10, 11 y 12). Probablemente pocos casos han sido seguidos con estudios radiológicos por un período de tiempo tan largo. El caso de Rakov y Taylor⁴ aun cuando fue estudiado por espacio de diez meses no se le practicaron estudios radiológicos seriados como al nuestro, que creo representa la historia natural de la imagen radiológica en L.E.D. En la primera etapa aparecen las lesiones pleurales, pequeños derrames cambiantes (Figs. 1, 2 y 3) y el fino infiltrado intersticial, micronodular, que le da al pulmón el aspecto de vidrio despulido (Figs. 1, 2 y 3) y que tiende a desaparecer sin dejar mayor huella (Fig. 4) o a cambiar de sitio (Figs. 5, 6 y 7). Finalmente la aparición de las complicaciones: adenopatía (Figs. 9, 10, 11 y 12), neumonía y bronconeumonía finales. La última placa fue tomada (Fig. 12) seis días antes de la muerte. En la necropsia y en el estudio histopatológico se

encontraron lesiones neumónicas y bronconeumónicas, así como alteraciones vasculares y de la pared alveolar similares a las descritas por Baggentoss.⁵

CASO Núm. 2. Enferma C. O. G., de 32 años de edad, que ingresa al H. E. N. con fiebre, tos seca, dolor intenso en miembros inferiores, numerosos

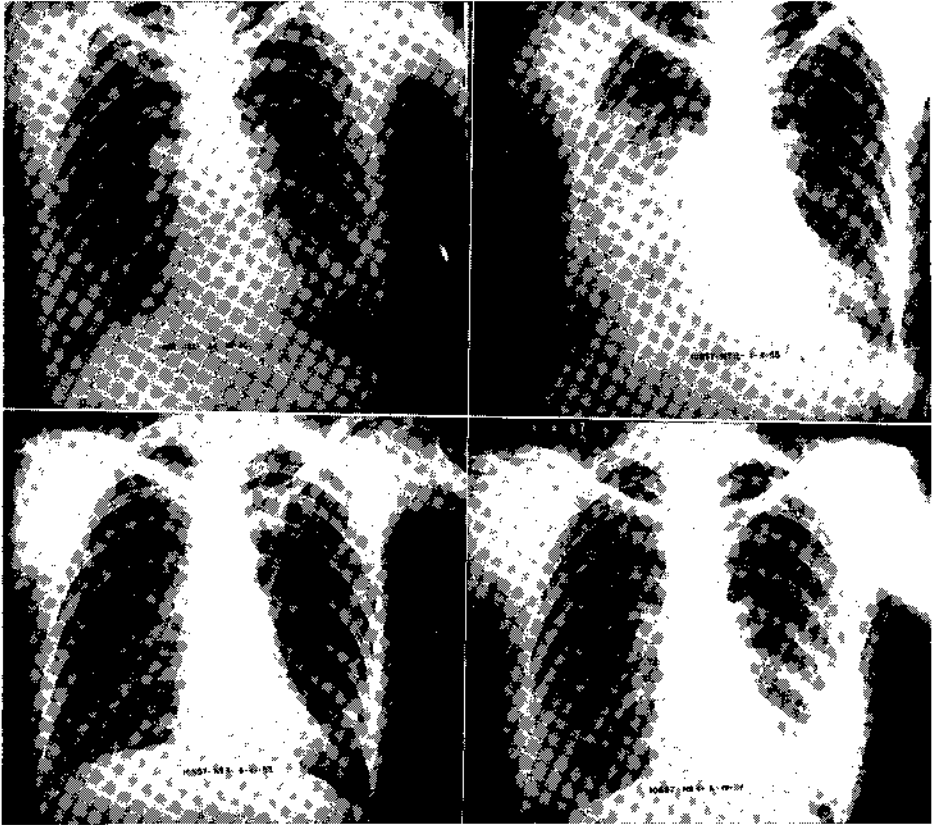


Fig. 18. Caso N° 4. Se observa lesión infiltrativa fibrosa del segmento apical del l.s.d. No hay lesiones intersticiales.

Fig. 19. Tres meses después, condensación de todo el l.i.d. por neumonía de tipo francamente intersticial.

Fig. 20. Un mes después el pulmón derecho es totalmente normal y no quedan huellas del proceso neumónico.

Fig. 21. Cinco meses después neumonía intersticial del l.i.

estertores en las bases pulmonares y dermatosis facial en "ala de mariposa". Además leucopenia, albuminuria, hemoglobinuria e hiperglobulinemia. Se encontraron células "L. E." en sangre periférica y en médula ósea. Falleció a los 25 días de su internamiento. En el examen radiológico practicado a su ingreso se encontró cardiomegalia y un infiltrado micronodular, bilateral, fino y no

coalescente (Fig. 13). La cardiomegalia en el lupus ha sido descrita con cierta frecuencia (11 y 12). Las lesiones pulmonares, si no francamente intersticiales sí pueden tener este aspecto, no son desde luego las encontradas en el edema pulmonar. En este caso el carácter cambiante no se hace aparente, pues el examen sólo fue hecho en una ocasión. Indudablemente en muchos de los pacientes con L.E.D. las lesiones pulmonares típicas no llegan a descubrirse ya que la pobreza del cuadro clínico no lleva al examen radiológico periódico del tórax. En la necropsia no se encontraron lesiones de L.E.D. en pulmón, pero tampoco se halló edema pulmonar. El bazo y el riñón sí presentaron las lesiones típicas del L.E.D.

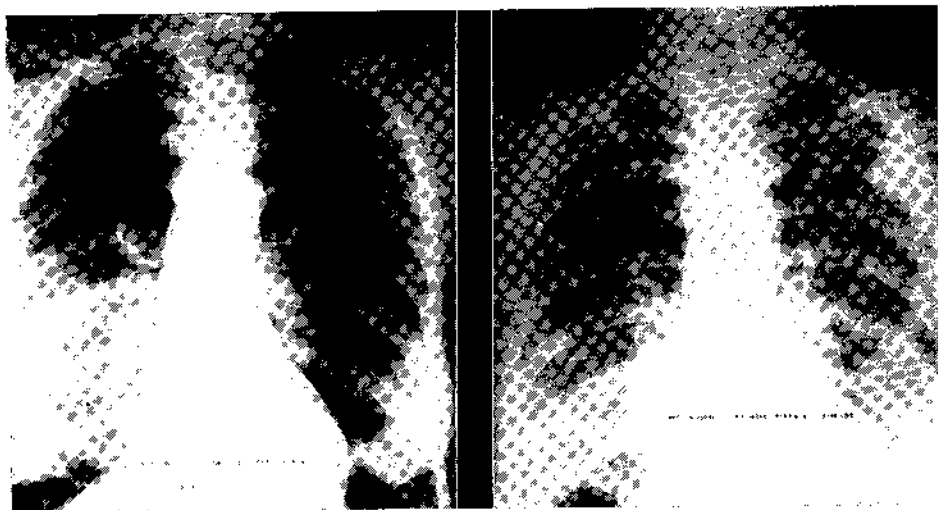


Fig. 22. Caso N° 5. Lesiones pneumónicas intersticiales en el lado derecho acompañadas de discreto engrosamiento de la cisura interlobar. En el lado izquierdo fino moteo micro-nodular muy discreto.

Fig. 23. Las lesiones en el lado derecho son menos aparentes, pero en el lado izquierdo se han extendido a casi la totalidad del pulmón.

CASO Núm. 3. Enferma M. S. L., de 16 años de edad, que ingresa al H. E. N. con dolores poliarticulares, edema palpebral y maleolar, fiebre, tos y eritema en "ala de mariposa". Se encontraron células "L. E.". Falleció a los tres meses de su internamiento. A su ingreso se encontró discreta cardiomegalia, derrame pleural izquierdo y un fino infiltrado micronodular en el l.i.d. (Fig. 14). Cuatro días después el infiltrado se hace más aparente (Fig. 15). Quince días después el tórax es prácticamente normal (Fig. 16) sólo se observa una discreta reacción pleural interlobar. Un mes (Fig. 17) después el tórax persiste con idénticos caracteres. La paciente fallece dos meses después de la última radiografía: no se le hicieron nuevos estudios radiológicos ya que

se había presentado un severo cuadro neurológico y las manifestaciones respiratorias pasaron a un plano secundario.

CASO Núm. 4. I. M. C., paciente del sexo femenino de 46 años de edad. Su padecimiento duró seis años, durante este tiempo fue vista intermitentemente en el H. E. N. Primero se encontraron manifestaciones respiratorias: tos, expectoración, estertores y fiebre. Posteriormente se presentó una dermatosis facial hiperpigmentaria. Se le encontró una zona de infiltración en el l.s.d., la cual se consideró como un proceso fímico no activo, aun cuando dado lo atípico del cuadro fue tratada intensamente con medicación antifímica (Fig. 18). Tres meses después junto con severas manifestaciones poliarticulares se presentó un cuadro neumónico con condensación pulmonar derecha; todo el lóbulo inferior derecho presentó neumonía de tipo intersticial (Fig. 19) en el pulmón izquierdo no se observaron lesiones. Un mes y seis días después el pulmón derecho es totalmente normal, sin que se observen huellas del proceso neumónico (Fig. 20). Durante este tiempo la paciente fue tratada con cortisona. Cinco meses después se presentó nuevo cuadro respiratorio y se observan pequeños nódulos, de tipo intersticial en el lóbulo inferior izquierdo (Fig. 21) este nuevo brote neumónico cedió al tratamiento con esteroides. Una biopsia de músculo demostró lesiones de la pared vascular, tales como se encuentran en las enfermedades del colágeno. Finalmente presentó una dermatosis exfoliativa con grandes ulceraciones; severas manifestaciones neurológicas y murió en colapso vascular. En esta paciente nunca se pudieron demostrar células "L. E." En la necropsia se encontraron lesiones características de enfermedad del colágeno. No se encontró evidencia de lesiones tuberculosas.

CASO Núm. 5. Enferma R. M. B., de 47 años de edad. Historia de derrames pleurales, presenta disnea, tos, fiebre y anemia. No presenta signos físicos a la exploración del tórax, pero la radiografía tomada a su ingreso (Fig. 22) demuestra una infiltración intersticial, micronodular del lóbulo inferior derecho del pulmón. Además de pleuritis interlobar derecha y muy fino moteo micronodular en el lóbulo inferior izquierdo. Se encontraron células "L. E." en sangre periférica. No había lesiones dermatológicas. Se le trató con cortisona y un mes después (Fig. 23) se observa discreta regresión de las lesiones pulmonares en el lado derecho, pero en el lóbulo inferior izquierdo la imagen micronodular fina, se hace mucho más aparente. Posteriormente desaparecen las lesiones pulmonares y la paciente es dada de alta del H. E. N. Regresa a su lugar de origen donde muere meses después. Este caso presenta lesiones radiológicas pulmonares muy semejantes a las descritas en nuestros casos anteriores y nuevamente se presenta la falta de correlación entre la severidad de la lesión radiológica y la poca sintomatología clínica.

El diagnóstico diferencial tendrá que efectuarse entre el Lupus Eritematoso Diseminado y las llamadas neumonías antigénicas, la neumonía urémica, el síndrome de Löeffler y algunas neumonías por inhalación. También habrá que

considerar las lesiones miliarias tales como la tuberculosis y la histoplasmosis. El carácter cambiante de estas lesiones y la respuesta al tratamiento con esteroides; la correlación con los datos clínicos y de laboratorio contribuirán a establecer el diagnóstico correcto.

Al aceptar el concepto de Enfermedades del Colágeno, el diagnóstico diferencial entre las manifestaciones pulmonares radiológicas del Lupus y las de otras enfermedades de este mismo grupo es un poco artificial; ya que tienen un substrato anatómico similar, caracterizado por la lesión del tejido conectivo y las alteraciones vasculares, perivasculares y de la pared alveolar.

No pretende este trabajo establecer una imagen radiológica patognomónica del Lupus Eritematoso Diseminado, pero sí creo que la demostración de lesiones neumónicas, micronodulares, de tipo intersticial y sobre todo cambiantes asociadas a pequeños derrames pleurales y que se presentan en mujeres jóvenes, con anemia, leucopenia y gran ataque al estado general, con dermatosis facial o sin ella deben y pueden contribuir al difícil diagnóstico del Lupus Eritematoso Diseminado.

RESUMEN

Se revisa la literatura sobre las manifestaciones pulmonares del L.E.D., tanto el substratum anatomopatológico como las manifestaciones puramente radiológicas.

Se presentan cinco casos de pacientes con L.E.D. estudiadas en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición y se describen las lesiones pulmonares radiológicas que se encontraron. Se hace hincapié en el carácter, micronodular, intersticial y sobre todo cambiante de las imágenes radiológicas.

REFERENCIAS

1. Hargraves, M. M., Richmond, H., Morton, R.: *Presentation of Two Bone Marrow Elements. The "Tart" Cell and the "L. E." Cell.* Proc. Staff Meet., Mayo Clinic, 23:25, 1948.
2. Haserick, J. R.: *Blood Factor in Acute Disseminated Lupus Erythematosus: The "L. E." Test.* New York State J. Med. 50:2445, 1950.
3. Kaposi, M.: *Neue Beitrage zur Kenntnis des Lupus erythematosus.* Arch. Dermat. u. Syph., 4:36, 1872.
4. Osler, W.: *On the Visceral Manifestations of the Erythema Group of Skin Diseases.* Amer. J. of Med. Sc., 127:1, 1904.
5. Rakov, H. L., Taylor, J. S.: *Acute Disseminated Lupus Erythematosus.* Arch. Int. Med., 70:88, 1942.
6. Bagenstoss, A. H.: *Visceral lesions in Disseminated Lupus Erythematosus.* Proc. Staff. Meet., Mayo Clinic., 27:412, 1952.
7. Bagenstoss, A. H., Olsen, A. M.: *Disseminated Lupus Erythematosus.* Ann. Int. Med., 42:619, 1955.

8. Israel, H. L.: *The Pulmonary Manifestations of Disseminated Lupus Erythematosus*. Am. J. M. Sc., 226:387, 1953.
9. Harvey, A. Mc., Schulman, I. E., Tumulty, P. A.: *Systemic Lupus Erythematosus*. Medicine, 33:291, 1954.
10. Robles Gil, J.: *Lupus Eritematoso Diseminado*. Rev. Inv. C. VII, 1, 1955.
11. Sante, R. L., Wyatt, J. P.: *Roentgenologic and Pathologic observations in Antigenic Pneumonitis*. Am. J. Roent. and R. T., 66:527, 1951.
12. Thorell, L.: *Pulmonary changes in cases of Systemic Lupus Erythematosus*. Acta Rad., 37:8, 1952.
13. Moersch, H. J., Purnell, C. C., Good, A. C.: *Pulmonary changes in Disseminated Lupus Erythematosus*. Dis. Chest., 29:166, 1956.
14. Fricstay, V. M.: *Die Pulmonale Form des Lupus erythematosus disseminatus acutus*. Schweig. Med. Wehnsehr., 86:269, 1956.

EL LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO

COMENTARIO AL TRABAJO DE INGRESO DEL ACADEMICO

DR. JOSE MARUEL FALOMIR*

Por el DR. CARLOS COGUL

CUPLIMENTANDO obligaciones que me corresponden en mi carácter de Presidente de la Sección de Radiología de esta H. Academia, el trabajo de ingreso presentado por el señor Dr. José Manuel Falomir en esta docta corporación, intitulado *Manifestaciones pulmonares del Lupus Eritematoso Diseminado*, tócame comentarlo, lo que constituye para mí un motivo de grata complacencia, primero por la importancia que encierra el artículo y segundo porque se brinda la oportunidad de significar que la representación académica de la Radiología en esta H. Institución cobra mayor vigor al sumarse a ella un nuevo factor como lo es el señor Dr. Falomir, acreditado ya entre nosotros por su personalidad distinguida y a la que se unen méritos que se han tomado en cuenta para concederle un sillón en esta Academia.

Diremos de paso que en la vida profesional son varias las aspiraciones que animan su espíritu y una de ellas lo es, sin lugar a dudas, ingresar a esta corporación ilustre representativa de la Medicina nacional cuyo progreso y evolución, de acuerdo con la naturaleza de sus funciones tócale impulsar a través de sus miembros que han sabido responder en sitios apropiados a su papel de entusiastas prosélitos de la ciencia médica.

Nos presenta el señor Dr. Falomir una versión bastante escrupulosa de lo que debe entenderse por Manifestaciones Pulmonares del Lupus Eritematoso Diseminado desde el punto de vista clínico para presentar después el aspecto radiológico de esta enfermedad, señalando el esfuerzo que requiérese para establecer un diagnóstico acertado, haciendo hincapié en que la asociación de la Clínica y la Radiología, constituye un factor determinante para la elaboración del diagnóstico que resulta tan difícil en otras circunstancias.

Se trata en realidad de un padecimiento no frecuente, en cuyo diagnóstico los datos clínicos son importantes, ya que sin la base clínica tendríamos que

* Leído en la sesión ordinaria del 10. de octubre de 1958.

tropezar con un problema de difícil resolución desde el punto de vista de la identificación del mal; pero aún contando con afortunada labor clínica el tranche radiológico no se podría salvar si en la exploración Roentgen no se insistiera en el clisé de repetición a fin de que las diversas radiografías nos permitan resumir las observaciones para llegar a un diagnóstico seguro, especialmente en lo tocante a la imagen cambiante más o menos característica del Lupus, según observaciones del Dr. Falomir.

Debemos señalar de paso que la Radiología, cada día hace más méritos a través de sus profesantes, para que se le considere no sólo como especialidad técnica, sino como especialidad clínica. El radiólogo moderno es un consumado especialista, con grandes ambiciones de clínico, más por desgracia no tiene tiempo de hacer historias clínicas y sus conocimientos en anatomía patológica son muy limitados. De ello se deduce que en la clientela particular es difícil pensar en las manifestaciones pulmonares del Lupus Eritematoso, pues les enfermos llegan con manifestaciones pulmonares sin historia clínica y sin estudios de laboratorio que llegue a conocerlos el radiólogo y si uno les exige a estos pacientes tan importantes exámenes, pues ya no vuelven y muchas veces el clínico se siente lastimado con que el radiólogo invada sus funciones que consisten en utilizar sus órganos de los sentidos y el interrogatorio para presumir un diagnóstico, el clínico seguirá siendo el director de la escena y el que más a fondo podrá conocer el asunto aprovechando los exámenes de laboratorio y las radiografías.

En el Hospital la cosa es diferente, y desde el punto de vista que nos ocupa es bastante ilustrativa la información de los casos estadísticos de la Clínica Mayo, la mención de autores importantes como Israel y Harvey, porque esto prueba el escrúpulo del Dr. Falomir para considerarlos en su bien logrado estudio en cuyo desarrollo contó con elementos y un buen campo de acción como lo es el Hospital de las Enfermedades de la Nutrición, bien organizado, donde se siguen técnicas avanzadas que han dado renombre a ese nosocomio y en donde la cooperación clínico-radiológica es un hecho. En otros hospitales el problema se complica porque el radiólogo sin orientación clínica y sin la cooperación del anatomopatólogo funciona más que como clínico, como técnico a la hora de hacer las placas y como adivino a la hora de interpretarlas. Por eso en muchos casos el radiólogo debe dudar del valor de ciertos signos cuando estos no han sido debidamente analizados y siempre deberá preguntarse si en un momento dado está agotada su actuación. Hay que recordar lo que afirma Kohler: "en ningún caso debe predominar la idea de que el hallazgo radiológico, solo, basta para decidir una cuestión determinada. Detrás de cada interpretación hay que pensar en la fase siguiente: si la anamnesis y el hallazgo clínico hablan en favor de la misma o por lo menos no contra".

Tiene interés la inclusión de datos estadísticos mencionados por el Dr. Falomir y las citas más destacadas en el estudio del padecimiento como las de

Hargraves y Hosserick, Kaposi, que la describió en 1872, la de Osler que en 1904 afirmó la relación entre las dermatosis y las lesiones viscerales, así como la indudablemente valiosa de Baggentoss que en 1952 estableció la diferencia entre las alteraciones ordinarias de este padecimiento en el cuadro clínico y las de la neumonía o bronconeumonía piogénica o fibrinosa que, como lo asienta el Dr Falomir, constituyen la fase final de esta enfermedad.

Hay que recordar que hay todo un grupo de enfermedades con aumento de la permeabilidad vascular y que dan signos radiológicos en el tórax y entre éstas se encuentra el Lupus Eritematoso Diseminado, en donde la lesión principal es la degeneración fibrinoide del tejido conjuntivo asociada con arteritis necrosante especialmente acentuada en corazón, riñones y pulmón. Las alteraciones de la piel deben considerarse como debidas a la acción tóxica de los agentes sobre la misma.

Así, pues, insistimos en señalar que según denota en su estudio el Dr. Falomir, el diagnóstico es en primer lugar clínico y de confirmación roentgenológica, llamando la atención de que en todos los casos son manifiestas las lesiones pleuro pulmonares que las describe con firmeza de criterio lo que induce a determinar que para ello se basa en su experiencia.

EN RESUMEN:

El Dr. Falomir sintetiza el diagnóstico del Lupus Eritematoso Diseminado en los puntos siguientes:

- 1° Es una enfermedad de la Colágena.
- 2° Se caracteriza por una dermatosis eritematosa manifiesta en la nariz hacia las mejillas, figurando "alas de mariposa".
- 3° Es un padecimiento con poliartritis, nefritis, miocarditis y endocarditis, fiebre, anemia y leucopenia, constitucionales de un cuadro clínico.
- 4° Son evidentes los signos reveladores de lesiones pleuropulmonares.
- 5° Los signos clínicos, asociados a la investigación roentgenológica persistente, basan el diagnóstico tan difícil del Lupus Eritematoso Diseminado. La imagen cambiante es muy importante.
- 6° La incidencia de este padecimiento es principalmente común en la mujer.

Así, pues, el trabajo del señor Dr. Falomir por su claridad, por su extensión, eficiencia y demás circunstancias que en él concurren, debe estimarse una contribución científica plausible y digna de que se le tributen a su autor los mejores conceptos y por su dedicación en el medio radiológico que ha contribuido a cultivar con esmero su ojo de observación, por su criterio científico que puede estimular investigaciones de esta naturaleza.

Por lo demás, es obvio significar nuestros mejores deseos de que su incorporacin le depare una fructífera vida académica.