EMPIEMA EN EL NIÑO CON TRATAMIENTO MEDICO.

Por la Dra. BRUNILDA JIMENEZ

(Correlato sobre el tema: Tratamiento médico-quirúrgico del empiema del lactante)

De los 459 empiemas atendidos en un lapso de 11 años (1930-1941) en el Hospital Manuel Arriarán, sólo 90 casos fueron tratados exclusivamente con el tratamiento médico. De los 369 restantes el 70 % estuvo también algunos días en servicio de medicina con el objeto de mejorar el estado general del paciente. De los 90 casos atendidos sólo médicamente, 55 fueron dados de alta, teniendo que lamentar en cambio, 35 decesos. Sin embargo, hay 8 entre los primeros que llegaron en pésimas condiciones al servicio y fueron retirados por la familia y entre los niños que fallecieron podemos excluir 15 que llegaron en muy mal estado y estuvieron en el servicio desde una hora hasta 4 días. Creemos necesarias estas exclusiones para obtener cifras estadísticas lo más cercanas posibles a la realidad clínica. Diremos entonces que de 67 empiemas de cuyo tratamiento médico podemos sacar conclusiones, fallecieron 20, o sea, el 29,8 %, despreciando 2 decimales 30 %.

Frecuencia en la edad

Haciendo un estudio comparativo para ver el porcentaje de mortalidad teniendo en cuenta sólo la edad del niño, encontramos el mayor número de casos entre los 5 meses y los 3 años de edad (61 casos de 90) siendo también entre estos niños que ocurrió el mayor número de fallecimientos alcanzando el 44.2 %. La cifra más alta de la mortalidad la dan los lactantes de 6 meses a 1 año el 62 %. En los niños más grandes de 3 a más de 10 años encontramos 29 empiemas de 90 con una mortalidad menor, de 27,5 %. Es de advertir que la mayoría de estos niños tenían ya un mal estado nutricional al ingresar al Hospital: 33 con distrofia grave, 42 distrofias y sólo 15 de ellos tenían un buen estado nutritivo.

Localización del empiema

Según nuestra estadística los empiemas son más frecuentes al lado derecho: 56 casos entre 90; 62,27 seguramente porque la neumonía tiene preferencia por ese lado del pulmón y es la enfermedad que en más alto porcentaje produce empiemas. Píotórax localizados al lado izquierdo encontramos sólo 29.

Los 5 restantes eran empiemas bilaterales, fallecieron todos después de una corta estadía en el servicio.

Caracteres especiales.

En cuanto a los caracteres especiales del empiema en sí es más frecuente el píotórax que ocupa la totalidad de la cavidad plural: 62 casos con 27 fallecimientos o sea, 41% de mortalidad. Encontramos enseguida los pñoneumotórax: 15 casos con 4 decesos, 26% de mortalidad. Píotórax enquistado tenemos 13 en nuestra estadística, todos de evolución más o menos benigna, con una mortalidad de 23%.

Enfermedad causal.

Neumonía.—Una de las enfermedades que con más frecuencia determina empiemas, es la neumonía. De nuestros 90 casos, 42 fueron precedidos por esta enfermedad. 49,9 % evolucionaron con relativa benignidad condicionada entre otros factores por la edad, el estado general del paciente y la virulencia del germen patógeno. Son más frecuentes de los 3 años a más de 10 años, 75,8%. En la evolución de estos empiemas el estado general del paciente es una determinante de peso: tanto en los lactantes como en los niños mayores con mal estado general tuvimos más o menos 50 % de mortalidad; en cambio, en aquellos con buen estado nutritivo no falleció ninguno.

Bronconeumonía.—Las bronconeumonías son también noxa frecuentes que precede al empiema sobre todo en los lactantes. De nuestros 90 casos 41 tuvieron como causa una bronconeumonía, o sea 45,5% del total de empiemas. Entre estos encontramos 38, o sea, el 92,4% pertenecientes a niños de 1 a 3 años de edad, alcanzando un 50% de mortalidad. Doce de estos lactantes llegaron con distrofia grave y nueve de entre éstos debían su bronconeumonía a la grave disergia que les produjo trastornos nutritivos a repetición. Al-

canzaron una mortalidad de 75 %. De 21 casos de lactantes con distrofia simple, fallecieron 7, o sea 33 % de mortalidad. Tuvimos sólo 5 casos de lactantes eutróficos con empiemas post-bronconeumónicos, fallecieron 3, o sea, un 60 %. Nos restan aún 7 casos de empiemas en los cuales no nos fué posible determinar la enfermedad que los provocó, por ignorancia de las parientes responsables.

Estado nutritivo.

Como ya hemos visto la conservación del estado nutritivo es uno de los pilares más firmes sobre el cual se basa la curación del empiema. En nuestro estudio los niños que tenían un buen estado general evolucionaron en un tiempo de 60 a 70 días, un 18.7 % de mortalidad cualquiera que fuese el germen patógeno y la enfermedad causante. Aquellos en los cuales el estado general nutritivo era deficiente demoraron de 80 a 90 días en mejorar con 27.52 % de mortalidad. En 32 enfermos cuyo estado general era francamente malo y fueron tratados médicamente se salvaron sólo 3, o sea una mortalidad de 90 %.

Tratamiento médico efectuado.

Lo podemos dividir para estudiarlo en dos grandes grupos:

- 1) Tratamiento médico efectuado para mejorar el estado general del paciente.

- 2) Tratamiento médico hecho in situ por medio de punciones pleurales e inyecciones modificadoras intrapleurales.

- 1) Con el objeto de mejorar el estado general, del enfermo hemos empleado todo un arsenal terapéutico adaptado cuidadosamente a cada especial.

Yatren. Hemos usado las inyecciones intramusculares de yatren en 6 casos acompañados de punciones pleurales evacuadoras. Escogimos para ello niños con buen estado nutritivo; se observó mejoría del estado subjetivo y mejoró el apetito.

Hemoterapias. También este tratamiento lo usamos en la misma categoría de niños con los mismos resultados. Siempre acompañados de punciones terapéuticas. La cantidad y el número de hemoterapias lo condicionan la edad del paciente y su capacidad de reacción.

Trasfusiones. Las transfusiones las hemos empleado especialmente en niños con estado nutritivo malo o deficiente. La reacción del estado general ha sido más intensa y evidente que con los tratamientos anteriores.

Se ha tratado de mejorar el estado general en otros casos aislados, con vacunas antiptiógenas, leche aséptica, suero antineumocócico. Todos estos tratamientos han influido sobre el estado general mejorándolo pero no sobre la evolución del empiema. Tenemos otros casos en los cuales empleamos el Dagenan por vía oral e intrapleural, dada la importancia que este producto tiene en la Terapia actual le dedicaremos un capítulo aparte.

Tratamiento local.

Para actuar sobre el pletórax mismo usamos las punciones pleurales y las inyecciones modificadoras intra pleurales. Las primeras las empleamos con dos fines, diagnóstico y terapéutico. La punción diagnóstica tiene gran importancia clínica y terapéutica, pues nos permite individualizar el germen patógeno que condicionará la evolución y nuestra manera de actuar. En casi la totalidad de nuestros enfermos hemos aplicado la acción de esta punción diagnóstica haciéndola a la vez evacuadora extrayendo la mayor cantidad de pus para disminuir la presión ejercida sobre el mediastino y en parte también la toxicidad del derrame. Ambas punciones las hemos empleado sistemáticamente en casi todos los casos, llegando en algunos hasta 8 punciones evacuadoras. Hemos tenido accidentes graves, mortal en 1, de dos casos: observ. N.º 1.178 y 108 presentadas ya por el doctor Izzo en su trabajo de 1933. En 3 casos de empiema enquistado metaneumónico con un estado general más o menos bueno, el niño de 3 a 5 años no se hizo punción y todos sanaron completamente en un tiempo de 60 días. Como complicaciones hemos observado fístulas pleurales en dos casos y en otro, abscesos metastásicos y septicemia.

Inyecciones modificadoras intrapleurales.—Hemos usado con este fin el Rivanol, la Optoquina y el Dagenan. Tanto con la Optoquina y el Rivanol hemos obtenido fluidificación del pus pleural y una ligera mejoría en los síntomas generales; no hemos observado un acortamiento en la evolución del empiema.

Dagenan.—Lo hemos usado en los empiemas por dos vías, oral y pleural y también en dos grupos distintos de enfermos; alguno que se trató sólo médicamente y otros después de operados.

Dagenan.—Por vía oral en enfermos tratados médicamente, tuvimos 3 casos. En uno de ellos a pesar del tratamiento no se logró dominar la infección que se generalizó a septicemia ocasionándole la muerte. De los otros dos uno es un lactante de 2 años distrófico con un empiema post-bronconeumónico y el otro es un niño de 9 años en buen estado general con un empiema metaneumónico; evolucionaron en perfectas condiciones no alcanzando, en el último caso, el derrame a ser purulento. En todo se dió 25 a 30 centímetros por kilo de peso acompañados de transfusiones y punciones.

Dagenan intra-pleural.—Tratamos 3 casos: uno de ellos fué retirado por la familia en estado grave sin concluir el tratamiento. En los otros dos obtuvimos un éxito sumamente bueno; en uno de ellos lactante de 2 años con distrofia grave y un empiema después de una bronconeumonía gripal. El estado general era francamente malo a la 2.ª inyección de Soludagenan se vió que el cuadro clínico regresaba en su totalidad disminuyendo la secreción del pus pleural.

Los cirujanos han usado el Dagenan antes y después de la operación de empiema. Por vía oral no se ha notado una manifestación real en la evolución, en cambio, el soludagenan por vía intrapleural produce la fluidificación y reabsorción rápida del pus con el acortamiento consiguiente del post-operatorio. (3 casos del doctor Urrutia y del doctor Meneghello) Nuestra escasa casiística no nos permite sacar conclusiones de este tratamiento pero sí queremos dejar constancia de nuestra experiencia, muy favorable con el Soludagenan intrapleural. El doctor Osorio, del Hospital Roberto del Río, ampliará en seguida este tema con una interesante ponencia en que analiza varios casos tratados en ese Hospital.

De los niños operados el 30% llegaron directamente a Cirugía, el otro 70% estuvo en el servicio de medicina en espera de mejorar su estado general. El 52% de estos niños eran distróficos, el 9% llegó en pésimas condiciones y sólo el 29% tenía un buen estado nutritivo. A los enfermos que mantuvimos en el servicio un t.j.m. de 15 a 20 días tratándose con punción y tratamiento médico general hicieron posteriormente un buen post-operatorio. Observamos que los niños, sobre todo distróficos que entregamos al cirujano des-

pués de 30 días, tenían después una evolución más larga y arrastrada.

Conclusiones

1) El porcentaje de mortalidad del empiema en el niño con tratamiento médico, es de 30%.

2) En mi trabajo hay un mayor porcentaje de empiemas en el lactante en contraposición a las cifras encontradas por el doctor Inostrosa, Relator del tema Quirúrgico. Estimamos que esto es debido a que en el lactante el criterio del tratamiento conservador ha primado sobre el quirúrgico debido al mayor porcentaje de mortalidad operatoria observado en el lactante.

3) En los lactantes encontrados la bronconeumonía como enfermedad causante del empiema. En los niños mayores es con más alta frecuencia la neumonía que precede el piotórax.

4) En lo que se refiere a la localización estamos de acuerdo por las conclusiones del Relator Quirúrgico: son más frecuentes al lado derecho. 62,29%.

5) De entre los tratamientos médicos efectuados, los que mejor resultado han dado son las transfusiones y Soludagenan. No permitiéndonos nuestra escasa experiencia sacar conclusiones definitivas, sólo recomendamos seguir su estudio.

5) El tratamiento aconsejable será de pequeñas punciones evacuadoras en los lactantes 30-40 c. c. y de mayor cantidad en el niño mayor, 150-200, acompañados de tratamiento médico con Solugenan intrapleural y transfusiones.

6) Esperamos un plazo máximo de 15 a 20 días de tratamiento médico sobre todo con las distrofias, después de los cuales se entregará al cirujano, si con éste no se obtuvo mejoría.