

Hospital L. Calvo Mackenna
Cátedra Extraordinaria de Pediatría
Prof. A. Ariztia

CONTRIBUCION AL ESTUDIO EN CONJUNTO DE LAS SUPURACIONES PULMONARES EN NIÑOS TUBERCULOSOS

Por los Dres. RAUL MATTE L. y SERGIO IBAÑEZ Q.

Prólogo

Durante el año pasado y en el curso del actual, se han presentado en el Hospital Calvo Mackenna, varios casos que motivaron una larga discusión diagnóstica, de si se trataban de un absceso pulmonar o una caverna tuberculosa como procesos puros, y la influencia que pudiesen tener los procesos supurados pulmonares en un terreno tuberculoso y vice-versa.

Estos problemas nos llevaron a revisar nuestras observaciones con el fin de precisar algunos puntos, en que pudiera basarse el diagnóstico diferencial y la clase de intercorrelación que existe en presencia de ambas lesiones.

Hemos revisado la literatura, pero al parecer estos puntos no han sido dilucidados con respecto a los niños, habiéndose abordado el asunto en relación a los adultos y, por lo tanto la contribución a nuestro estudio ha sido muy escasa.

A continuación pasamos a exponer dos observaciones de cavernas tuberculosas puras, que por la dificultad diagnóstica fueron consideradas alrededor de dos meses como abscesos pulmonares.

CASO N.º 1.—M. G.—Niña de 2 años de edad, que ingresa al Hospital Luis Calvo Mackenna el 7 de agosto de 1942.

Antecedentes hereditarios: Negativos.

Antecedentes personales: Sarampión hace 1 mes. Su enfermedad actual se inicia 1 mes antes, a raíz del sarampión, con alzas térmicas, inapetencia e

irritabilidad. Consulta al Policlínico en donde encuentran signos de condensación pulmonar, por lo cual se hospitaliza.

En el Servicio de Recepción se encuentra una chica febril, con mal estado nutritivo, cuyo examen pulmonar reveló macidez, soplo y frotos en el 1/3 superior del campo izquierdo.

La radioscopia y radiografía demuestran una sombra difusa en la parte media izquierda con sospecha de cavidad en su parte alta: Practicadas las tuberculinas son negativas. El hemograma da leucocitosis de 22.000, y los lavados de estómago al examen directo, negativos para el bacilo de Koch. En estas condiciones el Servicio hace el diagnóstico de neumopatía de curso prolongado con formación de absceso. Se practican 2 curas con Sulfatiazol, sin obtener resultados.

La curva febril se mantiene alta, pero ascendente, buen estado general. Al insistir en las tuberculinas se obtiene un Vollmer positivo y luego un Mantoux 1 x 1000 positivo. Se traslada al Servicio de Fisiología, en donde se instala una meningitis por la cual fallece (2-X-42).

El examen anatómo-patológico informa:

Tbc. generalizada, Leptomeningitis tbc. Proceso tbc. mixto que ocupa todo el lóbulo superior izquierdo. Caverna tbc del tamaño de una nuez que ocupa la parte superior del pulmón izquierdo. Diseminación tbc. discreta bilateral. Pleuritis fibrosa adhesiva en la región dorsal y vértice del lóbulo superior izquierdo.

Comentario.—Chica que inicia su enfermedad después del sarampión. Su sintomatología física pulmonar revelaba una condensación en el 1/3 superior izquierdo. Las radiografías demostraron una sombra difusa en la parte media del campo izquierdo. Para aclarar el diagnóstico se practican series de tuberculinas a repetición, siendo todas negativas.

La investigación del bacilo de Koch en el contenido gástrico, negativo en 5 ocasiones, al examen directo:

A los 20 días de estadía aparece una sombra negativa de cavidad en la parte alta de la infiltración. Un hemograma reveló 22.000 gl. blancos.

Por todos estos antecedentes se diagnostica: Neumopatía crónica no tbc. producida como complicación del sarampión y con formación de absceso. Contribuyó a pensar en este diagnóstico el hecho de haberse observado una franca mejoría del estado general y regresión de las lesiones pulmonares a la pantalla.

Posteriormente, al mes 15 días, las tuberculinas se hacen positivas y se puede observar en la placa radiográfica una sospecha de diseminación en el pulmón opuesto. Además, a esta altura, se pudo conocer el hecho que la niña estuvo en contacto con adulto tbc.

Estos últimos datos hizo pensar en una lesión bacilar, por lo cual se trasladó al servicio de Tisiología, en donde fallece 8 días después a consecuencia de una meningitis.

El diagnóstico anátomo-patológico permitió afirmar la existencia de una tbc. exudativa cavitaria del pulmón izquierdo.

CASO N.º 2.—M. A.—Niña de 4 años de edad, que ingresa al Hospital el 6-XI-42.

Antecedentes familiares y personales: Negativos. Su enfermedad actual se inicia un mes antes de su ingreso con fiebre alta, tos, traspiraciones y gran adinamia. Diagnosticado y tratado como un proceso pulmonar agudo se obtiene escasa mejoría; por lo cual se practica Mantoux que resulta positivo. Se hospitaliza.

A su ingreso se encuentra una niña pálida, enflaquecida, fiebre alta, en agujas y tos intensa.

El examen pulmonar reveló un soplo cavitario intenso en los 2/3 inferiores del pulmón derecho y numerosos estertores subcrepitantes en todo el campo.

La radiografía demuestra sombras difusas en los 2/3 inferiores derechos e imagen de cavidad en la misma zona. Tuberculinas practicadas en el servicio son negativas. Bacilo de Koch negativo en el contenido gástrico. Con estos antecedentes se diagnostica probable absceso pulmonar. Tratada con Sulfatiazol no se obtiene mejoría.

Al continuar los exámenes para establecer el diagnóstico exacto obtenemos en una nueva serie de tuberculina un Mantoux positivo y posteriormente el lavado de estómago da abundantes bacilos de Koch (cultivo).

Ya con el diagnóstico de tbc. pulmonar cavitaria se inicia tratamiento con neumotórax que se suspende en el N.º XI, por aparecer un derrame pleural. Se practica una frenoparálisis derecha, obteniéndose un buen ascenso del diafragma.

Actualmente está en el servicio, permanece afebril, buen apetito, curva ponderal ascendente.

Comentario.—Niña de 4 años de edad que inicia su enfermedad en forma aguda, quedando con tos, enflaquecimiento y fiebre alta en agujas.

Sus síntomas físicos pulmonares y radiológicos permiten comprobar la existencia de una cavidad rodeada de sombras densas en los 2/3 inferiores del pulmón derecho.

A su ingreso y durante los dos primeros meses permaneció con el diagnóstico de absceso pulmonar, basado en los siguientes hechos:

- 1) Iniciación con un proceso pulmonar agudo.
- 2) Tuberculinas negativas.
- 3) Bacilos de Koch negativos.

Sólo después de 2 meses de continua observación se pudo comprobar con seguridad el diagnóstico de tbc. pulmonar ulcerada al encontrarse bacilos de Koch en el lavado de estómago (cultivo) y tuberculinas positivas.

En seguida, una observación de absceso pulmonar puro en un infectado tuberculoso.

CASO N.º 3.—V. M.—Edad: 5 años.

Antecedentes familiares: Negativos.

Antecedentes personales: Sarampión hace 2 años, quedando en malas condiciones generales durante un tiempo largo.

Convivió con un niño que falleció de tbc. pulmonar hace 3 años.

Su enfermedad actual se inicia 4 meses antes de su ingreso, con una coqueluche de 3 meses de duración, notándose un empeoramiento del estado general, pérdida de peso, anorexia, fiebre alta y expectoración que ha ido en aumento y que llama la atención por su mal olor. En una ocasión presentó una pequeña hemoptisis, por lo cual se hospitaliza.

A su ingreso se encuentra una chica muy pálida, disneica, tos intensa con expectoración purulenta hemoptoica. Respiración: 32, Pulso: 128.

En el pulmón izquierdo se encuentra una macidez 1/3 superior, soplo anfrónico, estertores consonantes y rones en la misma región. Dedos en palillo de tambor. Resto negativo.

Sedimentación 65 mm. Tuberculinas positivas. La investigación del bacilo de Koch en la expectoración fué infructuosa en numerosos exámenes, tanto directo, cultivo e inoculación. Tampoco se encontraron fibras elásticas.

Un hemograma da anemia de 3.300.000 y una leucocitosis de 21.000 con desviación hacia la izquierda.

La enfermita continúa con tos intensa, desgarró purulento de mal olor (20 a 30 cc. diarios), fiebre en las tardes.

Una radiografía informa: Sombra densa homogénea que ocupa todo el campo pulmonar izquierdo. Inmovilidad del diafragma de ese lado. Adenopatía paratraqueal derecha.

A los 30 días sobreviene una hemoptisis de más o menos 40 cc. de sangre pura.

A los 60 días nueva hemoptisis de 100 cc. y los días siguientes verdaderas vómitas de pus hemoptoico.

La enfermita está muy decaída, inapetente, pálida, disneica, fascis angustada. El examen pulmonar da macidez en todo el campo izquierdo, soplo y estertores catacrales en el mismo campo.

Tres días después otra hemoptisis de 160 cc. y al día siguiente 1000. en el curso de la cual fallece.

El examen anátomo-patológico practicado reveló una gran cavidad que ocupaba todo el lóbulo superior izquierdo. Adherencias pleurales en todo el campo izquierdo. Ganglios mediastinales tumefactos, uno paratraqueal fuertemente capsulado con contenido creta-calcáreo. En el pulmón izquierdo existen algunos nódulos sospechosos que se investigan con el microscopio.

En resumen, macroscópicamente existía un gran absceso pulmonar, adherencias pleurales y ganglios calcificados.

El examen histopatológico reveló que además de las lesiones características del absceso se encuentran formaciones nodulares tbc. de tipo productivo; algunas de ellas colocadas en la pared del absceso.

Comentario.—Chica que después de una coqueluche presenta un cuadro pulmonar agudo con fiebre, anorexia, desgarrro, mal estado general, signos que persisten agregándose traspiraciones, expectoración abundante de mal olor.

A su ingreso se encuentra una condensación en el pulmón izquierdo, con signos cavitarios evidentes.

El Pirquet positivo y la hemoptisis hicieron pensar que se tratara de un proceso tbc. y en ese sentido se practicaron las investigaciones, pero la ausencia de bacilos de Koch en innumerables exámenes de desgarrro (directo, cultivo e inoculación), la leucocitosis de 21.000, la expectoración abundante que a veces eran verdaderas vómicar de pus, permitieron afirmar el diagnóstico de absceso pulmonar en un infectado de tbc.

La necropsia permitió comprobar la existencia de un absceso típico y de lesiones tbc. antiguas de tipo productivo y otras ya calcificadas.

Como puede observarse el diagnóstico de estas lesiones presentó grandes dificultades.

A continuación proyectamos un cuadro con un conjunto de signos que se describen como los más importantes en el diagnóstico diferencial de estas lesiones.

ABSCESO	CAVERNA TBC.
Baciloscopia (—)	Baciloscopia (+) (Cult. e inoc.)
Rápida desaparición de la cavidad	Lenta o nula
Antecedentes	Antecedentes
Resto pulmón libre	Otros procesos tbc.
Hemograma	Hemograma
Rápida evolución	Lenta evolución
Contornos difuso.	Contornos netos
Tuberculinas (—)	Tuberculinas (+)
Vómica	Expectoración esp. cog. cant.
Neval líquido	No hay niv. liq.
Fibras elásticas	No hay

El signo de mayor importancia es el hallazgo de bacilos de Koch que debe ser buscado en forma seriada no sólo al examen directo sino también en el cultivo e inoculación. De mucho valor para descartar una tbc, son las tuberculinas efectuadas en forma seriada.

En el absceso el resto del pulmón está libre a no ser que exista concomitancia entre ambos procesos. En la caverna tuberculosa casi siempre existen otras lesiones bacilares en los pulmones. La historia del enfermo, especialmente en lo que se refiere al comienzo brusco con una condensación pulmonar permite pensar en un absceso, pero no debe olvidarse que existen procesos tuberculosos que empiezan en forma aguda.

Las cavidades de rápida evolución y formación con alto nivel líquido, paredes difusas que van disminuyendo hacia la periferia, expulsión abundante de pus (vómicas), con rápida mejoría del estado general y desaparición de la cavidad, nos habla a favor de un absceso, pero estos últimos signos son de relativa importancia, por cuanto en las tuberculosis primarias y en el infiltrado precoz se producen cavernas rápidamente y sin tejido fibroso que los limite. Con respecto al nivel líquido, sabemos que los abscesos colocados en los lóbulos superiores casi no tienen nivel líquido y al contrario la caverna tuberculosa de la base, tiene nivel líquido.

La rápida mejoría de la cavidad especialmente si se hace sin mediar un tratamiento específico, habla en favor del absceso, tomando en cuenta que algunos son de larga evolución.

La presencia de fibras elásticas es un signo que muchos le dan gran importancia; pero no debe olvidarse que sólo significa destrucción de tejido pulmonar, por lo tanto se puede presentar en ambas afecciones.

Ya hemos abordado el problema en lo que se refiere al diagnóstico diferencial entre ambos procesos puros.

Nos corresponde ahora analizar qué relación existe entre los dos procesos cuando se presentan simultáneamente y la influencia que ejerce el uno sobre el otro.

Antes de presentar nuestras observaciones en que ha estado presente esta asociación, creemos oportuno hacer una breve reseña acerca de lo que los autores que han estudiado estos problemas han podido comprobar. Citaremos en especial los trabajos de Raimondi y Scartaccini, en adultos, y Rouffogalis, en niños.

Todos estos autores en conjunto llegan a la conclusión de que es más común que se tuberculice el que tiene un absceso a que se produzca una supuración pulmonar sobre un proceso tuberculoso activo.

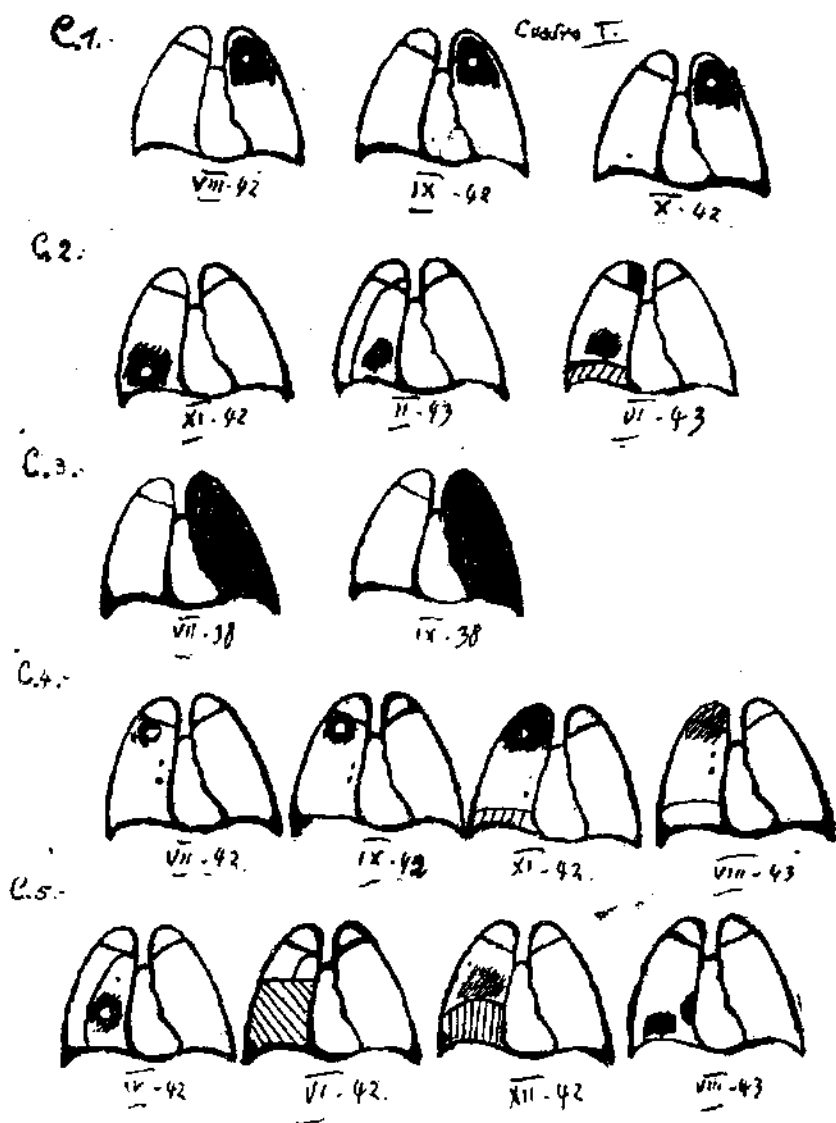
Analizando los factores que influirían en la tuberculización del absceso se refieren a factores generales y locales. Entre los generales serían el terreno y las condiciones de anergia. Entre los locales nos dicen que el absceso por su crecimiento llegaría a ponerse en contacto con lesiones tbc, antiguas, encapsuladas y sin actividad, poniendo en libertad bacilos de Koch y reactivando estas lesiones tuberculosas.

Con respecto a los portadores de procesos tuberculosos en actividad que se complican de procesos pulmonares supurados, los autores establecen que son más escasos y, en este sentido, citan estadísticas sobre 70 casos recopilados, de los cuales 58 corresponden a portadores de abscesos que se hicieron tuberculosos y los 12 restantes eran tuberculosos con lesiones clínicamente activas que hicieron abscesos del pulmón.

Citan como causas de formación de abscesos en los tuberculosos las neumopatías que son comunes en las regiones pulmonares tuberculosas, que actuarían como zonas de menor resistencia, y explican el hecho de que el número de tuberculosos que hacen procesos supurados sea menor, el que la asociación microbiana en las tuberculosis es banal, pareciendo existir un antagonismo en el tejido tuberculoso a la pululación de gérmenes secundarios como lo atestiguan los exámenes de expectoración y pus de las cavernas.

Entre nosotros, los Drs. Moraga F. y Gustavo García, en un trabajo sobre procesos pulmonares agudos en los niños tuberculosos, estudian el problema de las neumopatías localizadas alrededor o en el sitio de los procesos primarios tuberculosos; demostrando la gran frecuencia con que estas complicaciones se presentan y la benignidad con que evolucionan. Relatan cinco observaciones en las cuales el proceso neumónico evoluciona favorablemente sin tratamiento sulfamidado. No han observado nunca que estas neumonías evolucionen a la formación de abscesos ni que influyan sobre el proceso tuberculoso.

Con respecto a nuestra experiencia en el Hospital Calvo Mackenna, podemos confirmar en todos sus puntos estas conclusiones por cuanto no tenemos ninguna observación de tuberculosis pulmonar que se haya complicado de supuración pulmonar, por el contrario, nos ha sido posible comprobar que abscesos pulmonares en tuberculosis primarias cicatrizadas pueden despertar un proceso tuberculoso activo, es decir, fácilmente se complican con una tuberculosis, como podrá comprobarse en dos observaciones que a continuación presento.



Esquema de la evolución radiológica de los casos relatados. El detalle de cada observación aparece en la historia respectiva.

CASO N.º 4.—S. F.—Edad: 7 años.

Antecedentes hereditarios: Negativos.

Antecedentes personales: Probable contagio tbc. 7 meses antes de su ingreso.

Entre sus enfermedades anteriores: Enterocolitis a los 15 meses, sarampión y coqueluche a los 5 años. Varicela 13 días después de ingreso.

Su enfermedad actual se inicia 4 días después de haber terminado la varicela. con escalofríos, malestar general, vómitos y en algunas ocasiones fiebre alta y panadizo dedo del medio de la mano izquierda. Esta sintomatología persiste un tiempo y después se va agravando para caer inconsciente a ratos, con sudoraciones profusas y dolores articulares fugaces.

En estas condiciones ingresa al Hospital, en donde se hace el diagnóstico de sépticopioemia, apoyándose en la forma de iniciación, el panadizo descrito, un gran absceso en el dorso e infartos necróticos de la piel y un hemocultivo positivo para el estafilococo dorado.

El examen físico-pulmonar daba escasos signos: Submacidez y disminución del murmullo en el campo derecho.

Practicada una radioscopia se observa con sorpresa una cavidad de contornos precisos y sin infiltración circundante en el 1/3 superior derecho.

Su cuadro séptico es tratado con Cibazol y transfusiones, obteniéndose franca mejoría en su estado general, persistiendo sólo la imagen cavitaria descrita.

Con el fin de aclarar su etiología se practica una serie de tuberculinas con resultado negativo. El lavado de estómago negativo para el bacilo de Koch. Por estos antecedentes se diagnostica: absceso pulmonar consecutivo a su sepsis.

Su evolución posterior trajo algunas novedades: Su estado general satisfactorio, un Píquet practicado 2 meses después de su ingreso es positivo y un lavado de estómago da desarrollo de bacilos de Koch. Además, los controles radioscópicos permitieron observar que alrededor de la cavidad aparecieron sombras homogéneas, que daban signos de actividad (estertores medianos y finos). Por estas razones es trasladada a Fisiología en donde se trata con frenoparálisis evolucionando en forma favorable. Actualmente está en el Sanatorio San Luis.

Resumen y comentario.—En resumen, chica que ingresa por una sepsis stafilocócica, que cura rápidamente. Ya en la convalecencia se encuentra como hallazgo radiográfico una cavidad aislada en la región subclavicular derecha. En un principio se pensó en absceso pulmonar por la negatividad de las tuberculinas, del lavado de estómago y por los antecedentes. La evolución posterior demostró que se desarrolló alrededor de esta cavidad una tbc. evolutiva de tipo a reinfección. De todas maneras, este caso nos deja la duda si fué en realidad un absceso que despertó una tbc. a reinfección o fué una caverna pura. A nosotros nos parece más seguro la primera hipótesis.

CASO N.º 5.—H. L.—Niño de 9 1/2 años de edad, que ingresa a la Casa Nacional del Niño el 29-IV-42.

Antecedentes hereditarios: Negativos.

Antecedentes personales: Neumonía a los 8 meses, Sarampión y varicela a los 3 años, Escarlatina a los 8 años.

Su enfermedad actual data de 1 mes antes de su ingreso, con un proceso pulmonar agudo (neumonía) que es tratado con Cibazol. Hace crisis a los 2 días, quedando sólo una palidez y anorexia.

A los 20 días, con ocasión de un pequeño esfuerzo, tiene una hemoptisis (sangre con pus) de regular cantidad. Queda muy decaído, pálido, temperaturas intermitentes y desgarro mucopurulento con estrias de sangre. En los días siguientes se producen 4 hemoptisis más. Una radioscopia de tórax revela una sombra difusa redondeada en la base derecha, en cuya parte central se observa una imagen negativa.

Tratado con reposo absoluto, hemostáticos y transfusiones, no se obtiene éxito en la supresión de la hemoptisis; por lo cual se practica un neumotórax y se hospitaliza.

Ingresa a la Casa Nacional del Niño el 29-IV-42, encontrándose un niño pálido, decaído, que presentaba tos con expectoración mucopurulenta, a veces sanguinolenta. Al examen pulmonar, submacidez en la base derecha y en ese mismo sitio un soplo anfórico intenso y escasos estertores húmedos.

La radiografía demostró un colapso del pulmón derecho con una sombra negativa en su base, además, pequeño derrame en el seno costodiafragmático del mismo lado.

Las tuberculinas fueron positivas y los exámenes repetidos de expectoración fueron siempre negativos para el bacilo de Koch tanto al examen directo como al cultivo e inoculación. Un hemograma da leucocitosis con desviación hacia la izquierda.

A los 3 días de hospitalización nueva hemoptisis que se repite en 2 ocasiones más, a pesar del tratamiento (transfusiones, hemostáticos, neumotórax), por lo cual se practica frenoparálisis. Desde ese momento no se ha repetido la hemorragia, sólo presenta desgarro mucopurulento.

En los controles radioscópicos se observa aumento paulatino del derrame que llega a ocupar los 2/3 inferiores del pulmón derecho.

A esta altura el examen físico pulmonar revela macidez, disminución del murmullo, soplo y frotos en el 1/3 inferior derecho.

Evolucionó en muy buenas condiciones, afebril, buen estado general, tos escasa, sin expectoración. Más o menos a los 3 meses el derrame desaparece quedando un velamiento pleural que impide ver con detalle, el diafragma está inmóvil y ascendido unos 3 traveses sobre el izquierdo.

Este niño es enviado posteriormente al Sanatorio San Luis, en donde permanece actualmente en muy buenas condiciones. Su examen pulmonar da sólo escasos crepídos en la región paravertebral derecha.

Sus últimos controles radiográficos, incluso planigrafía demuestran la desaparición de la cavidad y una sombra en la base derecha con un ganglio hiliar en vías de calcificación.

Resumen y comentario.—Niño de 9½ años de edad, que después de un proceso neumónico presenta 7 hemoptisis en 15 días, fiebre, tos con expectoración mucopurulenta y cuyos síntomas físicos y radiológicos permiten establecer la presencia de una cavidad en la base del pulmón derecho. Tratado con transfusiones, hemostáticos, sulfadiazol, neumotórax y frenoparálisis derecha, se obtiene una cesación de las hemorragias y una lenta mejoría del estado general.

Con motivo de los primeros neumotórax terapéuticos se produce un derrame que desaparece a los 3 meses; quedando un velamiento pleural. Posteriormente se diagnostica por la planigrafía una adenopatía hiliar derecha y una sombra de tipo fibroso en el mismo lado.

A pesar que el comienzo brusco con hemoptisis hacía suponer que se tratara de una caverna tuberculosa, apoyados, además, en las tuberculinas positivas, se pensó en un absceso pulmonar basado en los siguientes hechos:

- 1.º Antecedentes de neumonía curada con Cibazol 15 días antes.
- 2.º Leucocitosis en el hemograma.
- 3.º Bacilos de Koch negativos en 15 exámenes repetidos de expectoración al examen directo, al cultivo y uno de ellos a la inoculación.

Es interesante anotar que después de la mejoría de su absceso y que se reabsorbe el derrame, se puede apreciar una lesión fibrosa con adenopatía hiliar, cuya interpretación más segura es que se trata de un proceso tuberculoso primario en regresión que fué despertado por el absceso.

Conclusiones

De este trabajo se desprende:

- 1.º La gran dificultad que existe muchas veces en el diagnóstico diferencial entre absceso y caverna tbc. Solamente la observación prolija y prolongada permite asegurar el diagnóstico preciso.
- 2.º Que en el curso de un proceso primario tbc. reciente, no hemos observado que se compliquen con procesos supurativos, a pesar de la frecuencia de las neumonías inespecíficas alrededor de estas lesiones.

En cambio, supuraciones pulmonares en tuberculosis cicatrizadas comúnmente despiertan un proceso tuberculoso activo.