Cátedra Extraordinaria de Pediatría
del Prof. A. Ariztia.
Hospital Luis Calvo Mackenna.

CONSIDERACIONES SOBRE PLEURESIA SEROFIBRINOSA TUBERCULOSA Y SU PRONOSTICO

Por los Dres. RAUL MATTE y ERNESTO SALDIAS

Introducción.

En el estudio de la pleuresía serofibrinosa tuberculosa, su aspecto clínico sin restarle valor, ocupa un lugar secundario ante la importancia práctica que significa determinar el porvenir tardío de un pleurítico. Y esto último, vale tanto para los adultos como para los niños.

No obstante el evidente interés de este problema en el campo de la tuberculosis infantil, no conocemos un trabajo nacional que haya abordado esta enfermedad, tomada en conjunto, en un grupo de niños. Ha sido en la tuberculosis de adulto, donde han abundado interesantes trabajos, dando a conocer experiencias y conceptos sobre esta enfermedad y muy en especial, acerca de su evolución posterior. En efecto, en el año pasado apareció la interesante tesis del Dr. José Oneto, de la Clínica de Tisiología del Prof. Orrego Puelma, titulada "El porvenir de los pleuríticos". En ella de una respetable casuística, el autor saca conclusiones de gran importancia práctica sobre esta afección y su pronóstico.

Pues bien, sabiendo que entre nosotros no existe un trabajo que analice la pleuresía serofibrinosa tuberculosa, nos hemos propuesto dar a conocer la experiencia recogida en nuestro medio, preocupándonos en primer término, de consideraciones generales y clínicas de esta enfermedad y después, sobre su pronóstico inmediato y lejano.

De una casuística relativamente reducida como es la nuestra (50 observaciones), no es posible desprender conclusiones. Creemos que el mayor mérito del presente estudio, surge cuando se sabe que es la exposición de hechos constatados al lado del enfermo y del control personal de un grupo de antiguos pleuríticos. De todos modos, él significa una modesta contribución al estudio de esta afección de real importancia en la tuberculosis infantil.

Patogenia.

A la luz de los actuales conocimientos, la pleuresía serofibrinosa tuberculosa como enfermedad primitiva de la pleura, se considera excepcional. No obstante, entre los escasos autores que la aceptan debe mencionarse a Rosenberg. Este autor ha publicado dos observaciones de pleuresías primitivas las cuales en razón a un estudio incompleto, han sido motivo de duras críticas.

Que la pleuresía serofibrinosa tuberculosa o para-tuberculosa (Engel, Keller y Moro), no es una enfermedad primitiva de la pleura, ya la afirmaban observadores del siglo pasado. Tal aseveración se ha confirmado en numerosos trabajos, entre los cuales es dable mencionar los de Sergent, Simon y Redeker, Knatter, Wallgren y especialmente los estudios anátomo-patológicos de Huebschmann. De todos estos estudios, se desprende que la pleuresía serofibrinosa tuberculosa no es otra cosa, que una enfermedad secundaria de la pleura, que traduce la existencia de un foco tuberculoso pulmonar subyacente.

Sin embargo, en enfermos de tuberculosis pulmonar con siembra masiva de la pleura no se encuentra reacción serosa. Esto, de acuerdo con Wallgren, nos induce a aceptar que, además, en la producción del derrame deben estar presentes condiciones inmuno-biológicas locales y generales del organismo infantil.

En resumen, esta enfermedad patogénicamente se explica por una inflamación perifocal al lado de una hipersensibilidad de la pleura y de condiciones inmunitarias especiales del niño. Por último, en su producción juegan un rol importante, causas específicas o inespecíficas que actúan como elementos desencadenantes de esta afección (inyecciones de tuberculina, radiaciones solares, afecciones intercurrentes de las vías respiratorias superiores, etc.).

Anatomía patológica.

En atención a la benignidad de esta enfermedad, existe muy poca experiencia acerca de las lesiones morfológicas de la serosa pleural. Nosotros, tampoco podemos aportar experiencia alguna a su estudio.

No obstante, en pleuroscopías se han constatado tubérculos en la serosa pleural. Con todo, el sustrato anatómico de esta enfermedad debe ser insignificante, en razón a los pocos casos que quedan con secuelas pleurales. Por lo demás, tales lesiones no pueden compararse con las encontradas en la tuberculosis pleural (Wallgren).

Material de estudio.

El material motivo de esta presentación, está representado por 50 observaciones de pleuríticos que habían estado hospitalizados en la antigua Casa Nacional del Niño, Sanatorio San Luis u Hospital Calvo Mackenna. De estos 50 casos estudiados cuidadosamente, acudieron a nuestro Policlínico de Broncopulmonares, para un control personal. 27 niños que tiempo atrás habían padecido de una pleuresía serofibrinosa tuberculosa. Los resultados de este control fueron los que nos permitieron llegar a algunas conclusiones de interés práctico, sobre el pronóstico alejado de esta enfermedad.

De acuerdo con Finkelstein, Holt y Howland y otros, no encontramos ningún derrame por debajo de 3 años de edad que fué la edad mínima de nuestros niños. La mayor edad que tuvimos en nuestro material fué de 14 años.

En todas nuestras observaciones encontramos únicamente derrames de la gran cavidad, hecho que confirma la rareza de las pleuresías encapsuladas en niños mayores de 3 años. Para Finkelstein, estas formas de pleuresía tienen mayor incidencia en niños menores.

Desgraciadamente, en muy pocos casos se hizo el diagnóstico de derrame por el examen del exudado pleural, que desde hace tiempo en todos los servicios de Broncopulmonares, es un examen de rutina. Por este motivo, fundamentamos el diagnóstico de derrame, por el cuadro clínico y la imagen típica radiológica.

En ningún caso tuvimos oportunidad de comprobar una tuberculosis pulmonar de reinfección. Todas las pleuresías de nuestro trabajo, pertenecen al período post-primario de la tuberculosis pulmonar, hecho que confirma una vez más, las afirmaciones de numerosos fisiólogos.

Contagio tuberculoso.

Reconociendo la importancia que tiene el contagio en la tuberculosis en general, no obstante en la práctica a veces es difícil consignarlo fielmente en las historias clínicas. Creemos que por este motivo, el número de observaciones donde se comprobó una fuente de contagio tuberculoso, aparece en una proporción bastante reducida.

Contagio tuberculoso positivo	26	casos
Contagio tuberculoso negativo	2	"
Contagio tuberculoso desconocido	22	"
		<hr/>
		50 casos

Agrupación por diagnósticos.

En primer término, separamos nuestras observaciones, atendiendo a sus diagnósticos. Primero aislamos las observaciones que solamente tenían una pleuresía serofibrinosa tuberculosa. Seguros de que en éstas, se trata de pleuresías secundarias a un padecimiento pulmonar, no es posible negar la presencia de éste. Sabemos que en no pocos casos, el foco parenquimatoso, difícilmente se puede demostrar radiológicamente.

En un segundo grupo, incluimos aquellas observaciones que además del diagnóstico de pleuresía tenían otros, correspondientes a enfermedades que se presentaron en el curso del derrame. En el cuadro que colocamos a continuación, va el detalle de esta agrupación.

1. Pleuresías sin otros diagnósticos	8 casos								
Infiltr. pulmonar	23 "								
Eritema nudoso	<table><tr><td>Solo</td><td>2 "</td></tr><tr><td>Con adenopat. tráqb.</td><td>2 "</td></tr><tr><td>Con infil. pulmonar</td><td>3 "</td></tr><tr><td>Con quert.-conjunt.</td><td>1 "</td></tr></table>	Solo	2 "	Con adenopat. tráqb.	2 "	Con infil. pulmonar	3 "	Con quert.-conjunt.	1 "
Solo	2 "								
Con adenopat. tráqb.	2 "								
Con infil. pulmonar	3 "								
Con quert.-conjunt.	1 "								
2. Pleuresías y otros diagnósticos.									
Adenopatía traqueobronquica	6 "								
Querato conjuntivitis filtenular	3 "								
Pollserositis	1 "								
Neumotórax espontáneo	1 "								
	<hr/>								
	50 casos								

Distribución por edad.

La mayor frecuencia de la pleuresía serofibrinosa tuberculosa que oscila, entre nosotros, de 7 y 12 años de edad, concuerdan plenamente con otras estadísticas. Así para Wallgren, esta afección es más común entre los 6 y 15 años, considerándola como otros autores (Finkelstein, Holt y Howland, Moro y Keller), excepcionalmente en niños menores de 3 años de edad.

Fig. 1.

Gianelli y Mantero, han publicado dos casos de pleuresía serofibrinosa en lactantes de 10 y 18 meses, respectivamente, y Holt y Howland, en uno de 20 meses, observaciones que constituyen una rareza en la literatura. Para Sergent, esta enfermedad es más frecuente antes de los 6 años y para Kaauer, entre los 4 y 6 años de edad. Finalmente, Mazzeo le asigna una mayor frecuencia alrededor de 10 y 15 años. En general, estimamos que la frecuencia dada por estos últimos autores, no significa sino que excepciones ante hechos más comunes en la práctica (Fig. 1).

Distribución por sexo.

Del cuadro que insertamos a continuación, fácil es deducir que los derrames en nuestro material, han sido más frecuentes en el sexo masculino que en el femenino. En realidad, sobre este aspecto no hemos encontrado comentarios en la literatura que hemos revisado. Creemos que posiblemente, no existen argumentos para explicar esta preferencia de la pleuresia serofibrinosa, como acontece entre los adultos.

Pleuresias en el sexo masculino	32	casos
Pleuresias en el sexo femenino	18	"

50 casos

Lado del derrame.

En el 62 % de nuestras observaciones, el derrame ocupó el lado derecho. Aceptando que la pleuresia serofibrinosa es secundaria a un foco parenquimatoso subpleural y reconociendo la mayor frecuencia del complejo primario en el pulmón derecho (Ghon), se puede explicar, claramente, la predominancia de los derrames derechos. Y de esto, también concluimos, siguiendo a Finkelstein y otros pediatras, que en la pleuresia serofibrinosa se trata en la mayor parte de los casos, de derrames unilaterales. Comby, reconociendo la mayor frecuencia de éstos, sin embargo, no asigna preferencia por ninguno de los lados. Finalmente, de nuestro estudio se desprende la escasa incidencia de los derrames bilaterales, los cuales a juicio de algunos autores franceses (Comby), son en la mayor parte de los casos sucesivos y no simultáneos.

Derrames derechos	31	casos	64%
Derrames izquierdos	18	"	34%
Derrames bilaterales	1	"	2%
<hr/>			
50 casos			100%

Volumen del derrame.

En orden a determinar el volumen del derrame pleural, nos guiamos especialmente por la altura que alcanzaba en el hemitórax respectivo durante el control radiológico. Incluimos en el grupo de derrames pequeños, los que llegaban hasta un tercio del hemitórax respectivo; catalogamos como medianos, aquellos que ocupaban los dos tercios inferiores de un lado, y, finalmente, eran derrames extensos los que radiológicamente llegaban más allá de los tercios inferiores de un

hemitórax. De este estudio, se desprende la mayor frecuencia de los derrames medianos sobre los pequeños y extensos que en nuestra estadística aparecen en proporción más o menos igual.

Derrames pequeños	12	casos	24%
Derrames medianos	25	"	50%
Derrames extensos	13	"	26%
	50	casos	100%

Frecuencia estacional de la pleuresía serofibrinosa tuberculosa.

Como otras manifestaciones toxialérgicas de la tuberculosis (eritema nudoso, queratoconjuntivitis flictenular), la pleuresía serofibrinosa se presenta más a menudo, en los meses de Otoño y, especialmente, durante la Primavera (Moro y Keller, Wallgren y otros). Esta frecuencia resalta clara-

Frecuencia estacional.

Fig. 2.

mente entre nuestras observaciones. Y es así como de los 50 casos, 26 niños hicieron este episodio pleural en los meses de Primavera.

En este sentido, es innegable la influencia que tienen los cambios estacionales en numerosos cuadros tuberculosos o no. El mayor porcentaje de individuos con tales manifestaciones toxialérgicas en aquellas estaciones, posiblemente puedan explicarse por variaciones alérgicas e inmunitarias del organismo (Fig. 2).

Sus relaciones con la constitución individual.

Reconociendo la importancia que factores ya mencionados, tienen en la patogenia de la pleuresía serofibrinosa, no obstante hay hechos en la práctica diaria que hacen pensar en la evidente influencia de la constitución. No son pocos los casos de pleuresías que se presentan en miembros de una misma familia o cuando un niño se encuentra en las mejores condiciones de cuidado y reposo (Hospitales o Sanatorios).

En primer término, el 52 % de los pleuríticos, tuvieron este episodio pleural cuando se encontraban hospitalizados o en el Sanatorio. Y después, en 4 observaciones, factores constitucionales parecen jugar evidentemente, un papel importante en la patogenia de esta enfermedad: Sergio L., cuya madre y hermano habían fallecido de meningitis tuberculosa, enfermedad que a juicio de algunos tisiólogos, se encuentra patogénicamente vinculada a la pleuresía serofibrinosa; a continuación tenemos dos hermanos, Luz y Guillermo S., que presentaron esta afección, y, por último, Olga I., que tenía un hermano con eritema nudoso.

Pleuresía serofibrinosa y otras manifestaciones alérgicas.

Al referirnos a la patogenia de esta enfermedad, digamos que en ella fenómenos alérgicos, desempeñan un rol de primera magnitud. Y sabemos que ellos mismos deben estar presentes en otras manifestaciones toxialérgicas de la tuberculosis. Haremos una breve reseña de tales afecciones que cronológicamente, tenían relación con la pleuresía.

Las relaciones del eritema nudoso con esta enfermedad, han sido motivo de numerosos y serios estudios por parte de tisiólogos escandinavos (Wallgren) y al respecto, este autor afirma que la pleuresía serofibrinosa es más frecuente en aquellos países donde el eritema nudoso tiene mayor incidencia.

Sólo el 16 % de nuestras observaciones presentó esta manifestación toxialérgica cutánea. Se trataba de 8 niños cuyas edades iban de 6 a 12 años, haciendo resaltar el hecho de que 3 de ellos eran de 9 años. Tanto la pleuresía serofibrinosa como el eritema nudoso tienen en nuestro material una mayor frecuencia alrededor de esta edad. Posiblemente, condiciones humorales, propias de esta edad contribuyen a hacerlas más frecuentes.

En todos estos casos el eritema nudoso precedió de uno a doce meses al episodio pleural. Tres de estos niños, hicie-

ron la pleuresía serofibrinosa sin reacción febril. En cuanto al estudio de la tuberculino-sensibilidad cutánea en el curso de esta enfermedad, comprobamos un franco aumento de la sensibilidad de las pruebas tuberculínicas, lo cual coincide plenamente con lo sustentado por otros autores (Moro y Keller, Wallgren). En dos de estos niños, las pruebas tuberculínicas se manifestaron por vesículas.

Por último, simultáneamente con la pleuresía serofibrinosa, cuatro casos presentaron queratoconjuntivitis flictenular.

Viraje tuberculínico y pleuresía serofibrinosa.

Como es del dominio de todos, el contacto con el bacilo de Koch, se demuestra clínicamente por las reacciones tuberculínicas, las cuales tienen el mismo significado que el eritema nudoso. Este último tiene en el niño el valor de un auto-sensibilización tuberculínica de la piel. Pues bien, en 10 niños

Fig. 3.

precisamos el momento en que la tuberculino sensibilidad cutánea pasó a ser positiva. Este cambio lo demostramos en estos niños mediante pruebas tuberculínicas correctamente practicadas y en 4, tal viraje se evidenció por eritema nudoso. En estas 14 observaciones que corresponden al 28 %, el tiempo transcurrido desde que comprobamos el viraje tuberculínico hasta la presentación de la pleuresía serofibrinosa, osciló entre 20 días y 2 años y como promedio, este tiempo fué de 4 meses 14 días. Esta última cifra es muy vecina a las deducidas por otros autores, de casuísticas más numerosas (Wallgren) (Fig. 3).

Sensibilidad tuberculínica.

Sólo de 21 casos, fué posible sacar deducciones acerca de la mayor o menor sensibilidad de las pruebas tuberculínicas, practicadas según la técnica conocida. En 18 de éstos (86 %), la reacción de Pirquet antes positiva, se hizo negativa cuando se presentó la pleuresía serofibrinosa, para volver nuevamente a la positividad cuando ésta iba a la remisión. Sin embargo, en tres niños tal prueba fué positiva en el curso de esta enfermedad. De nuestros hallazgos, surge que la negatividad de las pruebas tuberculínicas durante su evolución, no es tan constante como lo afirman ciertos fisiólogos (Wallgren) y concuerda, en parte, con la opinión de otros observadores (Bezancon y Weil, Cómby).

Agrupación clínica de esta enfermedad.

Atendiendo a la evolución clínica de nuestros pleuríticos, separamos las observaciones en dos grupos. En el primero, incluimos aquellas pleuresías serofibrinosas que fueron las más numerosas (45 casos), que hicieron la evolución benigna que estamos habituados a observar. Eran pleuresías serofibrinosas alérgicas. En el segundo, menos numeroso que el otro (5 casos), el cuadro pleural se inició como en las observaciones del grupo precedente, pero su evolución posterior fué arrastrada y larga (fiebre y sedimentación altas y prolongadas, compromiso del estado general, etc.). Consideramos que los niños que habían presentado esta evolución, eran portadores de una siembra tuberculosa masiva de la serosa pleural, por continuidad de una grave lesión pulmonar o por vía hematógena. Estas observaciones las interpretamos como tuberculosis pleural.

De las 5 observaciones con tuberculosis pleural, dos fallecieron; dos actualmente se encuentran hospitalizados y una, presentó una pleuresía de larga evolución que después de dos años curó totalmente.

Cuando lleguemos al pronóstico de la pleuresía serofibrinosa, nos detendremos más en estos dos grupos. Por el momento haremos resaltar algunos hechos: a) que tanto la pleuresía serofibrinosa alérgica como la tuberculosis pleural clínicamente, se iniciaron en forma idéntica; b), que en la tuberculosis pleural la curva térmica y sedimentación globular evolucionaron en lapsos más prolongados de lo que estamos acostumbrados a observar en las pleuresías alérgicas, y c) que

además del compromiso del estado general, los signos de derrame fueron paulatinamente reemplazados por síntomas pulmonares evidentes.

Pleuresía serofibrinosa alérgica 45 casos

Pleuresía serofibrinosa secundaria a tuberculosis pleuro pulmonar (tbc. pleural	5 "	fallecidos 2 en evolución . . 2 curado 1
---	-----	--

Lugar de la aparición.

Sobre este punto ya nos detuvimos brevemente, cuando se hizo resaltar la importancia que tiene la constitución en esta enfermedad. Del total de todas nuestras observaciones, casi igual porcentaje tuvieron esta enfermedad: ya sea haciendo una vida corriente, ya sea en curas de reposo. Este hecho, sobre el cual han llamado especialmente la atención Wallgren y otros fisiólogos escandinavos, hace pensar más y más, en la importancia que tienen fenómenos biológicos y constitucionales del organismo infantil, para explicar la pleuresía serofibrinosa.

Derrames aparecidos fuera del hospital o sanatorio	26	52 %
Derrames aparecidos en el hospital o sanatorio	24	46 %
	50	100 %

Iniciación de esta enfermedad.

Clínicamente en el comienzo de la pleuresía no se evidenció predominio de una iniciación aguda o insidiosa. Ambas formas de comienzo, agudo o insidioso, aparecen en este estudio, en proporción sensiblemente equivalente. Es probable que tal igualdad no traduzca la realidad de los hechos, en razón a que muchos han sido mal consignados en las fichas clínicas. A juicio de Wallgren, la pleuresía en la mayor parte de los casos tiene un comienzo agudo, pensando muchas veces el clínico que asiste al comienzo de una neumonía, como lo pudimos constatar en una de nuestras observaciones. Aquellos derrames que tienen una iniciación poco ruidosa corresponderían para este autor, a casos de tuberculosis pleural.

Los autores franceses afirman que esta afección tiene un comienzo menos ruidoso que en el adulto (Ramond).

Comienzo de la pleuresía serofibrinosa	Agudo	22	casos
	Insidioso	19	"
	No determinado	9	"
		<hr/> 50 casos	

Curva térmica y pleuresía serofibrinosa.

De las 50 pleuresías, 9 no presentaron fiebre durante su evolución, haciendo notar el hecho de que todas aparecieron durante curas de reposo en hospitales o sanatorios. Cuando nos referimos a las pleuresías que habían presentado eritema nudoso, mencionamos 3 de estas formas afebriles o asintomá-

Fig 4.

ticas. Como clínicamente no fué posible sospechar la existencia de derrame en estas formas, el diagnóstico fué accidental y se hizo con motivo de los controles radiológicos periódicos a que están sometidos estos niños en el servicio.

No pudiendo precisar en 6 niños, el comienzo exacto de la curva febril, nos limitaremos a comentar este importante síntoma en 35 pleuríticos.

En la mayor parte de estas observaciones, 26, la fiebre evolucionó entre 7 y 20 días, lo cual está de acuerdo con la

opinión de la mayor parte de los clínicos; este síntoma duró entre 20 días y un mes en 3 observaciones y en 4, cursó entre 1 y 2 meses. Al referirnos en otra parte de este estudio, acerca de la tuberculosis pleural, expresamos que la fiebre en esta forma de pleuresias, se prolongaba por varios meses. En efecto con excepción de un caso que falleció después de dos meses de evolución, los cuatro casos restantes presentaron movimiento febril evidente durante 7 meses o más (G. S., 39; M. C., 42; L. A., 38; A. S., 43) (Fig. 4).

Relaciones entre foco tuberculoso gangliopulmonar y derrame.

Quando hablamos sobre la patogenia de la pleuresía serofibrinosa, citamos la opinión dominante que existe sobre este problema: la pleuresía serofibrinosa tuberculosa es una

Relación del derrame y su relación con el foco gangliopulmonar.

Fig. 5.

enfermedad secundaria de la pleura que traduce la existencia de un foco tuberculoso gangliopulmonar concomitante (Simon y Redeker, Wallgren, Hübschmann). Fué para nosotros, ventajoso que la mayor parte de nuestros niños hubiese permanecido en la Antigua Casa Nacional del Niño donde se encontraban bajo control médico periódico. Gracias a este control, en 30 observaciones nos fué posible conocer el esta-

do pulmonar anterior al episodio pleural. Comprobamos derrames homolaterales, es decir, que asentaban en el lado del foco tuberculoso en 26 niños, y encontramos el derrame en un lado opuesto, derrame contralateral, en 4 casos. Conociendo ya el mecanismo patogénico de los derrames homolaterales, los segundos, contralaterales, se explican por siembra hematógica del bacilo de Koch (Fig. 5).

Tiempo transcurrido entre foco gangliopulmonar y pleuresia

Unicamente en 13 niños, pudimos determinar el tiempo transcurrido desde el momento que evidenciamos el padecimiento pulmonar hasta la iniciación de la pleuresia serofibri-

Fig. 6.

nosa. Ahora bien, en 12 casos este lapso osciló entre 1 y 5 meses, y en una sola observación, alcanzó a 12 meses (Fig. 6).

Sedimentación globular.

De los exámenes de Laboratorio, dada su gran importancia práctica en tuberculosis, fué uno de los que llamó más nuestra atención. La velocidad de la sedimentación globular, practicada según la técnica de Westergreen, dió durante la evolución de esta enfermedad valores elevados. Y cuando se practicó en niños ya tuberculosos, sus valores se elevaron más todavía, con motivo del episodio pleural. El tiempo que cursó con cifras altas fué por término medio de cuatro meses, valores que se prolongaron más de este promedio, en aquellas observaciones que correspondían a tuberculosis pleural. Como expresión de valores extremos de la sedimentación globular, hallamos cifras de 30 y 135 milímetros en una hora. Hacemos notar, además, que de nuestro material no nos fué posible determinar relación directa alguna, entre los valores

de la sedimentación y la mayor o menor gravedad de esta enfermedad (Figs. 7-8).

Consideraciones sobre la baciloscopia.

Existe concenso unánime entre los tisiólogos, al aceptar que la presencia de bacilos de Koch demostrada por inoculación, en el contenido gástrico traduce casi constantemente, un compromiso del parenquima pulmonar.

De nuestros 36 pleuríticos con baciloscopías practicadas en el desgarro y lavado gástrico únicamente 6 fueron positivas. En todas el bacilo de Koch se demostró por la inoculación en los cuyes y en 2 se encontró al examen directo.

Fig. 7.

Al respecto, Fredericksen, opina que no existe relación directa entre la presencia del bacilo de Koch en el lavado gástrico y el estado pulmonar. Este observador ha encontrado este bacilo en el contenido gástrico de pleuríticos con examen pulmonar negativo. Sobre este punto nosotros no nos podemos pronunciar en atención a que este importante examen no fué practicado en todas las observaciones, en forma seriada.

Examen líquido pleural.

Desgraciadamente, no estamos autorizados para hacer un comentario de interés acerca de este importante medio de diagnóstico. Se practicó solamente en 8 pleuríticos, en razón a que muchos de ellos habían estado hospitalizados cuando este examen no era rutinario en la práctica diaria. Reconociendo la enorme importancia que significa el estudio del exu-

Fig. 8.

dado pleural para formular un diagnóstico correcto, lo recomendamos como un examen obligado en todo pleurítico. Los autores norteamericanos asignan un importante valor a la presencia o no del bacilo de Koch en el líquido pleural: su presencia demostrada por la inoculación del cobayo, es un signo de mal pronóstico; su ausencia de pronóstico, favorable.

Evolución radiológica del derrame.

Convencidos de la gran utilidad práctica que este medio de diagnóstico tiene en la tuberculosis pulmonar, se practicaron en todas las observaciones, periódicamente, controles radioscópicos y radiográficos.

En cuanto a la evolución que radiológicamente tuvieron las pleuresías, de nuestro material hemos deducido que en el 74 % ha sido de 22 días a 2 meses. En la cuarta parte de los

Evolución radiológica del derrame

Fig. 9.

casos, el derrame demoró en resolverse más de dos meses. Cuatro observaciones correspondientes a tuberculosis pleural, cursaron con derrames de más de 4 meses de evolución (Fig. 9).

Secuelas pleurales.

Las hemos encontrado en 17 niños; pero creemos que su frecuencia debe ser mayor y este número reducido de casos se debe posiblemente a que el estudio radiológico debe estar en manos de especialistas.

En 16 observaciones se encontró paquipleuritis del lado del derrame y uno de ellos presentaba, además, oclusión del seno costo-diafragmático; y un caso, solamente, tenía oclusión de uno de los senos costo-diafragmáticos.

Pronóstico de la pleuresia serofibrinosa.

Pronunciarse sobre este aspecto de la pleuresia serofibrinosa tuberculosa, cuando asistimos a su comienzo, lo consideramos difícil y por lo mismo, de real valor práctico en tuberculosis infantil.

Cuando nos propusimos analizar el pronóstico de esta enfermedad fué en razón a su relativa frecuencia en nuestro medio y a la falta de un estudio en nuestro país. Estamos seguros que lo poco que digamos ayudará por lo menos a dar a conocer el criterio que nos hemos formado acerca de este problema.

En primer término, vamos a hacer un comentario en cuanto al pronóstico inmediato de la pleuresia serofibrinosa. En general, existe un consenso unánime al considerarlo favorable (Sergent y Pivost, Simon y Redeker, Wallgren, Mac-Enery y Brennemann). Reconociendo la benignidad de la pleuresia serofibrinosa como lo más frecuente en el campo de la tuberculosis infantil, no obstante, creemos que un pronóstico de esta naturaleza no debe formularse sin estar atento a la evolución que el derrame tiene en el primer mes de enfermedad. Y aconsejamos esta reserva, porque de este trabajo surge un hecho evidente; en algunos niños, felizmente pocos (5), esta afección se inició en la forma que todos conocemos, pero la evolución posterior fué arrastrada, grave y en no pocos casos, mortal. Por lo tanto, podemos, por ahora, decir, que cuando comienza la pleuresia serofibrinosa, no es posible formular un pronóstico inmediato benigno. Estemos atento a la evolución que tiene el derrame en el primer mes y en no pocas oportunidades, tendremos ocasión de comprobar que una de las tantas pleuresias serofibrinosas, inicialmente inocente, han evolucionado hacia una tuberculosis pleural.

Más que el pronóstico inmediato de esta enfermedad, ha preocupado a los tisiólogos establecer el porvenir tardío, es decir, la suerte futura de un niño que padeció de una pleuresia serofibrinosa tuberculosa.

La generalidad de los tisiólogos, afirman que el pronóstico tardío de esta enfermedad está estrechamente ligado a padecimiento pulmonar que la determinó (Simon, Redeker,

Mac-Energy y Brennemann y otros). Nosotros también estamos con estos fisiólogos. ¿Pero, la evolución de estos pleuríticos es favorable o no?

Con este objeto, citamos para un control personal, a todos nuestros pleuríticos por intermedio del Servicio Social, al Policlínico de Tisiología. Desgraciadamente, sólo concurren a este control 27 niños que corresponden al 54 % del material, motivo de este trabajo. Este control se practicó des-

*Tiempo controlado después de la curación
del derrame.*

Fig. 10.

pues de 1 a 7 años, a contar de la curación radiológica del derrame. Con el fin de estar seguros del estado pleuro-pulmonar, practicamos a cada niño fuera del examen clínico de rigor, los siguientes exámenes: sedimentación globular, radioscopías y Abreu torácicos. Cualquiera anormalidad que comprobábamos en alguna parte de este control, volvíamos a repetir los exámenes, con el fin de tener absoluta certeza del estado pleuro-pulmonar en cada niño (Fig. 10).

Quando tratamos de la agrupación clínica de la pleuresía serofibrinosa, insistimos en la importancia que tenía separar nuestro material en dos grandes grupos: pleuresía serofibrinosa alérgica y tuberculosis pleural. Pues bien, ahora

es el momento de aprovechar esta división. En efecto, para considerar el pronóstico lejano de esta enfermedad hemos tomado en cuenta, separadamente, ambos grupos.

En el primero, representado por 45 pleuresías serofibrinosas alérgicas llegamos a los siguientes resultados: Curación en el 98 % (44 obs.) y recaída en el 2 % (1 obs.). De esto, se desprende que la pleuresía serofibrinosa alérgica la forma más común en la infancia, tiene un porvenir tardío muy favorable.

En atención a los pocos casos del segundo grupo, no es posible sacar conclusiones algunas. No obstante del este pequeño material (5 obs.) se desprende que la evolución posterior de la tuberculosis pleural hay que mirarla con muchas reservas y casi siempre, formular un pronóstico grave. De este grupo, uno curó completamente después de dos años de evolución; dos fallecieron y dos después de más de año de enfermedad, continúan hospitalizados.

En suma, el pronóstico lejano benigno de la pleuresía serofibrinosa alérgica del niño, hace evidente contraste con el grave porvenir de la tuberculosis pleural.

Consideraciones finales.

1. Realizamos un estudio clínico insistiendo sobre el pronóstico, de 50 observaciones de pleuresías serofibrinosas tuberculosa. En todas, el derrame era de la gran cavidad y se presentó en el período post-primario de la tuberculosis pulmonar, no encontrando ninguno en el período de reinfección.

2. La pleuresía serofibrinosa en nuestros niños, predomina entre 7 y 12 años de edad, en los varones y en el lado derecho, y como otras manifestaciones toxialérgicas, en los meses de Primavera.

3. De este estudio surge la poca influencia que tienen curas de reposo como factor preventivo de esta enfermedad: el 52 % de los niños presentaron este episodio pleural durante curas sanatorias. Con Wallgren creemos que prácticamente, la pleuresía serofibrinosa es inevitable y en su patogenia, asignamos gran importancia a factores constitucionales e inmunobiológicos.

4. De todas las pleuresías, 9 (18 %), que se presentaron en curas de reposo, tuvieron una evolución afebril (pleuresías asintomáticas). En 35 casos, la curva febril cursó de 7-20 días en el 75 %; en el 20 % entre 20 días y 2 meses, y en el 3 % de nuestras observaciones, en 7 meses o más.

5. En aquellos casos donde comprobamos la fecha de la infiltración pulmonar o vitaje tuberculínico, el derrame hizo su aparición en la mayor parte de los casos, después de haber transcurrido 1-4 meses.

6. Son fundados elementos de juicio para pensar en una probable tuberculosis pleural, cuando un pleurítico presenta fiebre de más de un mes y sedimentación y evolución radiológica superiores a 4 meses.

7. Pronóstico.

a) Pronóstico inmediato: podremos formularlo una vez que veamos el curso clínico que ha seguido esta enfermedad, en el primer mes de evolución (fiebre, sedimentación, radiología, etc.).

b) Pronóstico lejano. I. El de la pleuresía serofibrinosa alérgica es benigno (curación, 98 %; recaída, 2 %). II. El de la tuberculosis pleural es grave (de 5 niños 2 fallecieron).

8. Finalmente, recomendamos que se continúe estudiando la pleuresía serofibrinosa tuberculosa en el niño en un número mayor de observaciones y por tiempos más prolongados, con el fin de llegar a conclusiones más definitivas. Lo que nosotros hemos dado a conocer después de analizar esta pequeña estadística, significa una modesta contribución al estudio de esta interesante enfermedad de la tuberculosis infantil.

Bibliografía.

- BEZANCON et WEIL. — Les causes du développement de la pleurésie serofibrineuse tuberculose (Le Monde Medical, 18 février 1926). Cit. por Nobécourt y Babonneix.
- COMBY. — Pleurésie sero-fibrineuse infantile (Arch. de Médecine des Enfants, janvier 1931). Cit. por Nobécourt y Babonneix.
- DONNES, ALBERTO. — La pleuresía serofibrinosa y su relación con la alergia, tuberculínica. Rev. Argentina de Tuberculosis, enero-marzo, 1943.
- DAMANY. — Cit. por Nobécourt y Babonneix.
- PINKELSTEIN, H. — Tratado de las Enfermedades del Lactante. Págs. 656-658. Edit. Labor. Madrid, 1941.
- GARRAHAN, JUAN. — Medicina Infantil. Págs. 791-795. Edit. Ateneo. Buenos Aires, 1938.
- GIANELLI, C. y MANTERO, M. — Arch. de Médecine des Enfants, Tomo 42, pág. 175, Mars, 1939.
- GOEBEL, P. — En Tratado de Pediatría por R. Degkwitz. Págs. 526-530. Edit. Labor. Buenos Aires, 1936.

- HOLT, L. E. y HOWLAND, J. — Tratado de Pediatría. Tomo II, págs. 1436-1437. Edit. Urbea. México, 1943.
- HAMBURGER, F. — Cit. por Wallgren en Tratado de la Tuberculosis infantil.
- HUESCHMANN, P. — Cit. por Wallgren en Tratado de la Tuberculosis infantil.
- HAMBURGER, F. y KNAUER. — Cit. por Simon y Redeker en Manual Práctico de Tuberculosis infantil.
- KELLER y MORO. — En Tratado Enciclopédico de Enfermedades de la Infancia por Maundler y Schlossmann. Tomo II, págs. 761-765. Edic. 4.ª. Edit. Francisco Seix. Barcelona, 1932.
- MARFAN, A. B. — Cliniques des Malades de la Première Enfance. Págs. 446-447. Masson et Cie. París.
- MAZZEO, A. — Pediatría. 1.ª dic. 1926. Cit. por Nobécourt et Babonneix.
- Mc. ENERY, E. and BRENNEMANN, J. — En Practice of Pediatrics. Vol. II, chap. 53, pág. 37. Hagerstown, Maryland. W. F. Prior Company, Inc. 1942.
- NOPECOURT, P. et BABONNEIX, L. — Traité de Médecine des Enfants. Tomo III, págs. 54-550. Edit. Masson et Cie. París, 1934.
- NOBEL. — Cit. por Brennemann y Mc. Enery.
- ONETO, J. — El Porvenir de los Pleuríticos. Tesis. Universidad de Chile. Santiago, 1943.
- CROSZ, O. — Cit. por Wallgren.
- ROSENBERG. — Cit. por Simon y Redeker.
- RAMOND, L. — Conférence de Clinique Medical Practique. Deuxième Serie. Págs. 103-141. Edit. Vigot. París, 1932.
- SCHUEL, O. — Cit. por Wallgren.
- SERGEANT, E. and PRUVOST, P. — En Nelson New Loose Leaf. Medicine Vol. III, págs. 530-541.
- SIMON, G. y REDEKER, E. — Manual Práctico de Tuberculosis Infantil. Edit. Morata. Madrid, 1941.
- STEWART, C. A. — Cit. por Wallgren y Brennemann.
- WALLGREN, A. — Tratado de la Tuberculosis Infantil. Págs. 163-173. Edit. El Ateneo. Buenos Aires, 1940.
- WIEDERHOLD, A. — Contribución al Estudio del Eritema Nudoso en la Infancia. Santiago, 1944.