Hospital "Roberto del Río".
Cátedra del Prof. A. Scroggie.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS FORMAS DE TUBERCULOSIS GRAVE EN EL NIÑO (1)

Por el Dr. EDUARDO HERRERA.

El objeto del presente trabajo es hacer una revisión tan completa como nos sea posible, de todas aquellas formas de tuberculosis infantil que clínicamente hemos definido como grave, ya por apartarse de la evolución habitual del complejo primario, ya por tratarse de las formas de reinfección que por su modalidad evolutiva obligan a una terapéutica más activa.

Hemos revisado las historias de los niños atendidos en los últimos 8 años en el Servicio de Tisiología del Hospital "Roberto del Río", seleccionando las más completas de entre las muchas que nos interesaban. Hemos reunido así 70 observaciones, la mayoría de las cuales son de los últimos 5 años, y pertenecen, por lo tanto, a enfermitos seguidos por nosotros mismos. Las hemos agrupado y, tratando de sistematizar, hemos reconsiderado en cada una de ellas el diagnóstico, estudiando la evolución y hecho una crítica al tratamiento realizado.

Por encontrarnos en un terreno tan conocido de todos, no insistiremos en ninguno de los aspectos clásicos del pro-

(1) Considero un deber primordial destacar la colaboración efícamísima e inapreciable del Dr. Roberto Infante Yávar, médico del Servicio de Tisiología del Hospital "Roberto del Río", gracias a cuyo entusiasmo y al aporte de su gran experiencia clínica, ha sido posible la realización de este trabajo.

blema de la tuberculosis y nos limitaremos a completar nuestro trabajo con una revisión de la literatura, especialmente la nacional, que sobre este tópico es abundante y bien documentada.

Como para nosotros la valorización de los resultados terapéuticos y la evolución misma de cada caso sólo pueden considerarse en relación al tipo de tuberculosis de que se trate en cada uno de ellos, damos importancia especial a la clasificación, por lo que analizaremos en forma breve los elementos que nos permiten efectuarla.

Son de todos conocidas las diferencias fundamentales que existen entre la primo y reinfección. Mientras la primera es una enfermedad generalizada, en que predominan las diseminaciones, reacciones ganglionares y manifestaciones alérgicas, las segundas son formas localizadas, de tendencia progresiva y que al diseminarse lo hacen generalmente por vía broncógena y a veces por vía hematógena. Los fenómenos alérgicos no juegan en ella ningún rol. La evolución de ambas formas será, pues, totalmente diferente, como asimismo el tratamiento a seguir en cada caso. Nuestra experiencia nos enseña que en las formas de primo-infección es necesario saber esperar, colocando al sujeto en las mejores condiciones para vencer la infección. Muchas veces nos encontramos frente a procesos ulcerosos que regresan en forma espontánea, estando supeditada la lesión parenquimatosa a la reacción ganglionar. El Prof. Scroggie recalca esto en forma especial en su trabajo sobre Tuberculosis Infantil, del año 1937.

Igualmente vemos procesos primarios diseminados, que regresan en forma espontánea. No sucede lo mismo en las formas de tuberculosis de re-infección, en las que el proceso parenquimatoso evolucionará en forma independiente de la reacción ganglionar, la cual es nula o casi inapreciable. Ya no será posible esperar una regresión espontánea, como norma general, sino que seguramente asistiremos a las propagaciones por contigüidad, con su característica tendencia progresiva. De ahí que nuestra conducta terapéutica varíe en cada tipo, pasando de la forma pasiva adoptada en la primaria, a la activa, indispensable casi siempre en la reinfección tuberculosa.

Desde luego, la clasificación del tipo de tuberculosis no es, a nuestro modo de ver, un problema simple, siendo necesario considerar varios factores, para poder llegar a preci-

sarlo: la edad, el comienzo, la evolución, la sintomatología clínica y, finalmente, el aspecto radiológico y algunos exámenes de laboratorio.

En lo que a edad se refiere, es sabido que la primoinfección tuberculosa puede ser adquirida por el niño en cualquier época de su vida, y aun traspasar la niñez, para venir a adquirirla en la adolescencia o en la edad adulta. Habitualmente, sin embargo, lo hace durante la edad pre-escolar, como claramente lo demuestra, entre otras, la estadística presentada por el Dr. Manuel Neira en su trabajo sobre "Tuberculosis pulmonar en nuestro medio escolar primario" (2). Esto está de acuerdo con nuestra experiencia, y nos sirve de guía para sospechar el tipo de infección tuberculosa, cuando se presenta en esta época de la vida; a pesar de que en nuestro medio tan contaminado, el niño puede adquirir una tuberculosis de primoinfección en sus primeros años y hacer, entonces, una reinfección de aparición temprana. La reinfección se presenta, en cambio, en edades cercanas a la pubertad, pero, por lo anteriormente dicho, esto no tiene en modo alguno el valor de un hecho absoluto, ya que ella puede presentarse también, a veces, en edades anteriores.

En nuestra revisión de setenta enfermos de tuberculosis graves, en la cual hemos incluido los casos correspondientes a lactantes, tenemos que 26 de ellos son formas de primoinfección y 44 de reinfección. Del análisis de la edad de cada una de ellas, hemos encontrado que estas formas de evolución grave son más frecuentes después de los 10 años, para ambos tipos de enfermedad tuberculosa, lo que nos viene a demostrar la influencia probable de las modificaciones hormonales que se inician o acentúan en esta época de la vida.

Nos parece interesante hacer notar el predominio del sexo femenino en ambas formas, lo que se explicaría por la mayor intensidad de estos trastornos hormonales en la mujer que en el hombre. En nuestro trabajo hemos encontrado que de 15 casos de primoinfección después de los 10 años, 13 corresponden a mujeres, y de 35 casos de reinfección tuberculosa después de los 10 años, 25 de ellos son también del sexo femenino.

R. Rodríguez (3), mencionado por Peña Cereceda, encuentra lo mismo en una revisión de 104 niños de 14 a 18 años, hecha en el Hospital San José. También Nobecourt (4) había llamado la atención sobre el curso más rápido y la mayor tendencia hemoptoica en las niñas de tercera infan-

cia, atribuyéndolo simplemente a factores fisiológicos que actúan a esta edad.

edad y tuberculosis grave en el niño.-

Sobre los síntomas de comienzo, podemos decir que difieren fundamentalmente en lo que respecta a primo y reinfección tuberculosa. Mientras en la primera predominan los signos subjetivos, de carácter tóxico, como cambio de carácter, anorexia, transpiraciones, palidez, astenia y temperaturas discretas, en la segunda pueden pasar éstos desapercibidos o ser muy poco acentuados, destacándose, en cambio, los signos respiratorios, como tos rebelde, con o sin desgarró, y gran tendencia a la hemoptisis. Es así como en nuestros casos de primoinfección, sólo excepcionalmente hemos observado la hemoptisis, a pesar de tratarse de formas ulcerosas. A este respecto abrimos un pequeño paréntesis: en los pocos casos de primoinfección acompañados de hemoptisis, las lesiones han estado situadas en el lóbulo inferior izquierdo, como

obedeciendo a las razones anatómicas que ya expusiera el anatomista Rouvier: la pleura mediastínica se refleja alrededor del bronquio inferior izquierdo, formando un anillo resistente que encierra numerosos ganglios y da paso a los vasos sanguíneos y linfáticos. Los ganglios, que en este territorio se encuentran en mayor número y alcanzan hasta más abajo que en el lado opuesto, determinarían, al infartarse, una intensa congestión pasiva, responsable de la hemoptisis que suele presentarse.

La historia de las reinfecciones comienza, en cambio, casi siempre con una hemoptisis, o bien, con desgarro de carácter hemoptoico, lo que nos orienta desde ya hacia el tipo de la lesión. Los síntomas objetivos pulmonares son, además, llamativos y abundantes, de modo que nunca pasan desapercibidos.

En la infección primaria, a pesar de tratarse, a veces, de lesiones infiltrativas muy extensas, la sintomatología es escasa o falta por completo.

Respecto a la radiología es, a veces, muy sencillo diferenciar ambas formas, sobre todo cuando es posible demostrar la existencia de un complejo o foco primario calcificado, junto a lesiones parenquimatosas frescas, que serán, entonces, catalogadas como lesiones de reinfección. Otras veces habrá reacciones ganglionares francas que aseguran el diagnóstico de infección primaria. Sin embargo, habrá ocasiones en que no encontraremos ni focos calcificados ni reacciones ganglionares, debiendo, por consiguiente, recurrirse a los otros métodos de diagnóstico. En presencia de una lesión fácilmente identificable estudiaremos su distribución en las diferentes zonas del campo pulmonar: las de reinfección tienen tendencia a iniciarse en los ápices, por razones no bien determinadas todavía, y sin olvidar que el punto de partida de una lesión de esa naturaleza pueda encontrarse también en cualquier otro sitio del parénquima pulmonar que encierre antiguos focos de una diseminación primaria, que no llegaron a cicatrizar bien, o que después de cicatrizados, se reactivaron. Mencionamos finalmente la posibilidad de que por el examen radiológico no podemos etiquetar en forma definitiva una lesión tuberculosa dentro del grupo de las primo o reinfecciones, lo que ocurre con relativa frecuencia, ya sea por tratarse de un complejo primario no bien calcificado, en el que suponemos que haya zonas activas, o ya por encontrar reacciones ganglionares apreciables junto a un

foco antiguo intensamente calcificado. Esto hace pensar que hay formas intermedias entre primo y reinfección, por lo menos desde el punto de vista radiológico, y que, según nuestra experiencia, se acercan en su evolución mucho más a las últimas que a las primeras.

CUADRO N° 2.

TUBERCULOSIS DE PRIMERA INFECCION

Casos	Diagnóstico	B. K.	Reposo	Reacción local	Reacción general
6	Granulias		97 ds.		Fallecen
1	Diseminación bilateral exudativa-cavitaria izada	+ a —	1031 ds.	Curación	Curación
1	Diseminación bilateral, infiltrado lóbulo medio	— a —	105 ds.	Curación	Curación en 3 años
1	Diseminación bilateral, osteitis etmoidal	+ a +	2½ años	Nula	Fallece
1	Diseminación bilateral, úlcero caseosa derecha	+ a +	32 ms.	Nula	Fallece
1	Diseminación bilateral, neumonía caseosa derecha, adenopatía mesentérica	+ a +	16 ds.	Nula	Fallece
1	Eritema nodoso unilateral residivante, diseminación linfógena unilateral, atelectasia pulmonar	— a —	2 años	Curación	Curación
1	Infiltración apical	— a —	207 ds.	Nula	Fallece
1	Infiltrado izado, caverna derecha, peritonitis	— a —	250 ds.	Nula	Fallece

RESUMEN

Casos	14
Curaciones	3
Fracasos	11

CUADRO N° 2a.

TUBERCULOSIS DE REINFECCION

Casos	Diagnóstico	B. K.	Reposo	Reacción local	Reacción general
1	Úlcero-caseosa derecha	+ a +	1 año	Nula	Mejor
1	Miliar visceral, enteritis tuberculosa, peritonitis	— a —	275 ds.	Nula	Fallece
1	Infiltrado reblandecido iza., enteritis tuberculosa	+ a +	130 ds.	Nula	Peor
1	Exudativa bilateral cavitaria derecha	+ a +	68 ds.	Nula	Peor
1	Exudativa cavitaria bilateral	+ a +	30 ms.	Nula	Peor
1	Exudativa cavitaria der.	+ a +	150 ds.	Nula	Peor
1	Exudativa cavitaria bilat.	+ a +	150 ds.	Nula	Peor

RESUMEN

Casos	7
Mejora	1
Empeoran	5
Fallece	1

Por último, disponemos de los exámenes hematológicos que ayudan al diagnóstico diferencial: la velocidad de sedimentación sanguínea y el hemograma. La velocidad de sedimentación es, por regla general, más elevada en la primoinfección, sobre todo cuando éstas son de iniciación reciente. Excluimos de esta consideración las modificaciones ocasionales, debidas a brotes evolutivos, en el curso de una tuberculosis de reinfección. En nuestro trabajo exponemos el valor medio de la v. h. s. en los dos grupos: 61, 6 y 46 en la primo y reinfección, respectivamente. Lo hacemos sólo como dato ilustrativo.

Sobre hemograma no disponemos, por el momento, de un estudio seriado que nos permita sacar conclusiones. Creemos, eso sí, que sus alteraciones son más intensas en la primo que en la reinfección.

La investigación del bacilo de Koch en el desgarró y lavado gástrico, a través de baciloscopías y cultivos repeti-

dos, ofrece, en nuestro trabajo, resultados diferentes para cada forma: 50 % de positividad en la reinfección y sólo un 25 % en la primoinfección tuberculosa.

En lo que respecta a tratamiento sólo hemos considerado aquellos enfermitos que tuvieron una evolución más o menos prolongada y cuya historia consigna todos los detalles de la misma. Hemos dividido nuestros casos, que alcanzan a 50, en 2 grandes grupos: el de los que han recibido sólo tratamiento médico, incluyendo clima y los que han sido sometidos a colapsoterapia, analizando separadamente los casos de primo y reinfección.

Tratamiento médico exclusivo (Cuadros 2 y 2a).

De la exposición de este cuadro se desprende que en las formas de reinfección tratadas sólo con reposo, ya por considerarlo indicado o por no poder instituir otro tratamiento más activo, hubo un único caso, en el cual se obtuvo una evidente mejoría del estado general, y aun éste no se acompañó de ninguna regresión local. Todos los demás casos empeoraron o fallecieron. Estimamos que en nuestro único caso de éxito parcial se trataba sólo de una mejoría transitoria, que a la larga llegará al mismo resultado que los otros.

De los 14 casos de primoinfección, algunos fueron tratados con clima, se obtuvo curación clínica y radiológica en 3, 2 de los cuales presentaban una diseminación bilateral de tipo hematógeno exclusivamente pulmonar, más un infiltrado simple en un caso, y reblandecido en otro. Destacamos el caso de la diseminación con lesión ulcerocaseosa, en que, desechado el colapso, la regresión se inició lentamente, llegando a la curación en un plazo cercano a los 3 años. El tercer caso de éxito fué de un niño que tuvo todas las manifestaciones de la primoinfección tuberculosa: eritema nudoso, que tuvo la característica de ser unilateral y recidivante; gran compromiso ganglionar; zona de atelectasia y, finalmente, diseminación unilateral que catalogamos como linfógena, por no acompañarse de ningún síntoma general y por ir precedida por una tramitis. La curación clínica y radiológica se obtuvo a los 2 años.

Entre los otros casos en que este tratamiento fracasó, figuran, en primer lugar, 6 diseminaciones hematógenas con grandes lesiones excavadas, y 2 infiltrados pulmonares con localizaciones viscerales, a distancia. Fuera de éstos, una diseminación pulmonar bilateral, cuya puerta de entrada

fué una etmoiditis tuberculosa, que al operarse, se diseminó por la arteria pulmonar. Después de 2 años y 6 meses de reposo, en que no se pudo hacer neumotórax, falleció.

CUADRO N° 3.

Colapsoterapia en la primoinfección tuberculosa.

caso- edad.	diagnóstico	iniciación.	duración.	operación completa.	- Resultados - inmediatos - alejados.				
					Clima.	B. le.	Colapso	Clinica	Rayos X
M 3 10a	exudativa dissem. der postmte. excavada.	4 m.	27 m.	Fpl. 6 ds	32 m.	+	b	b	bueno
R. C. 19a	dissem. bilat., postmte excavada.- enteritis tuberculosa	200 ds	15 m.	-	17 m.	+	b	b	bueno
B. A. 12a	dissem. pulmonar bilateral.- cavitaria derecha.-	11 ms	21 m.	Jeb.	3 años	+	b	b	malo
B. M. 12a	diseminada bilat. exudativa cavitaria izquierda.- postmte excavada derecha	3 m. 18 m.	3 m. 16 m.	Fpl. iza Fpl. der	- 20 m.	+	m.	m.	bila- teralización malo
E. H. 9a	dissem. basal linfó- gena, bilateral.- cavitaria derecha	45 ds	5 m.	-	9 m.	±	b	b	bueno
R. T. 11a	infiltrado resbl. der adenitis cervical bilateral.	6 m. 3 ds	6 m. hasta hoy	-	5 m.	+	b	m	malo
F. B. 19a	exudativa cavitaria basal derecha.-	18 ds	15 m.	-	1a.	+	b	b	bueno
C. S. 9a	ulcerocaseosa izquierda.-	65 ds	6 m.	Fpl. 4 m.	1a.	+	b	b	bueno
J. E. 8a	infiltrado resbl. basal derecho.-	5 m. 8 m.	5 m. -	-	-	+	m.	m.	bila- teralización
				Fpl.	14 m.	+	b	b	bueno.

RESUMEN

Casos	9
Curación	7
Resultados alejados buenos	6
Fracasos inmediatos	2
Fracasos alejados	1
En observación	1

En resumen, de este reducido número de casos se desprende que el tratamiento de reposo exclusivo en las formas graves de reinfección no nos da ninguna seguridad de éxito, debiendo tentarse, siempre que sea posible, el tratamiento colapsoterápico. En cuanto a las formas de primoinfección, es posible esperar buenos resultados con el reposo, aun cuando se trate de lesiones ulcerosas, en que el colapso esté contraindicado o dificultado, siempre que no esté muy comprometido el estado general ni haya otras localizaciones de importancia.

Comentario. — En este cuadro podemos agrupar los 4 primeros casos como diseminaciones hematógenas, 3 bilaterales, en los que se ha presentado un infiltrado reblandecido, concomitante o de aparición posterior.

Los casos Nos. 1 y 2 presentaban gran actividad, evolucionando con temperaturas altas y sedimentaciones elevadas, alteración marcada del hemograma y compromiso manifiesto del estado general. El N° 2 se acompañaba, además, de una enteritis tuberculosa, demostrable tanto clínica como bacteriológicamente. Las observaciones Nos. 3 y 4 revelaban menos actividad. Después de un período de reposo prolongado, durante el cual se obtuvo el apagamiento de las lesiones y la reabsorción de los elementos de diseminación, por lo menos en un campo, se instituyó un neumotórax complementado en algunos casos con frenoparálisis y Jacobeus. Los resultados de este tratamiento en los 3 primeros casos fueron, tanta clínica, radiológica como bacteriológicamente, buenos. El control alejado de los mismos permitió asegurar la curación de los 2 primeros. El tercero hizo un proceso ulceroso izquierdo, 3 años después. Llamamos la atención sobre el reposo inicial prolongado, que consideramos factor importante en el éxito obtenido. En cambio, en el caso N° 4, el neumotórax se instituyó precozmente, a los 3 meses después del ingreso, teniendo que abandonarlo después de otros 3, por bilateralización de una lesión que primitivamente era exudativa cavitaria localizada. La frenoparálisis izquierda practicada posteriormente tampoco dió resultado. Un año y 4 meses después aparece una caverna en el tercio medio derecho, que fué tratada nuevamente con neumotórax y frenoparálisis, sin obtenerse ningún resultado, a pesar de su largo mantenimiento. La cura climática prolongada (20 meses) que se hizo en esta segunda etapa de su enfermedad, logró mejorar sólo las lesiones primitivas del

campo izquierdo, manifestándose ineficaz frente a las derechas.

Estimamos que el complemento indispensable de la colapsoterapia, como fluye de estas observaciones, es el envío a clima, donde debe continuarse este tratamiento. Así, por ejemplo, si en el último caso comentado se hubiere intentado una cura de clima en su primera etapa, posiblemente habría sido otra la evolución posterior de esta enfermita, sin olvidar que ella estaba en pleno período puberal, lo que tal vez pudo ser el factor más importante en el fracaso.

En el caso N° 5 se hizo el diagnóstico de una disminución linfógena bilateral, con infiltrado reblandecido del tercio medio derecho, forma abierta, y se instituyó el neumotórax después que un reposo de 45 días había esterilizado el desgarró, bajado la velocidad de sedimentación y mejorado el estado general, por persistencia radiológica de la caverna. Tres meses más tarde hubo que suspenderlo, por adherencias que dificultaban el colapso. El resultado inmediato fué la desaparición radiológica de la caverna, persistiendo sólo la diseminación basal. Una estadía en clima, de 9 meses, completó la curación. Estimamos que esta enfermita pudo haber mejorado probablemente en la misma forma, sin la colapsoterapia.

Los 4 casos siguientes son de infiltrados reblandecidos. Comentario especial merece el N° 6, cuyo diagnóstico fué el de un infiltrado primario paracisural derecho, con pequeñas cavernas yuxta-hiliares y gran reacción del sistema linfático tráqueo-bronquico y cervical. Fué sometida a cura de reposo durante 6 meses, sin obtenerse ninguna regresión radiológica. Su estado general mejoró en forma apreciable. La velocidad de sedimentación bajó, pero la baciloscopia persistía siempre positiva. Las lesiones ganglionares cervicales fueron tratadas con radioterapia, consiguiéndose éxito parcial. En estas condiciones se inicia neumotórax derecho, que se mantiene durante 6 meses. Se produjo buen colapso, pero éste no fué suficiente para producir el cierre de la caverna, muy cercana al hilio. La baciloscopia persistió siempre positiva. Un hecho que nos llamó grandemente la atención fué el desmejoramiento del estado general en el curso de este tratamiento. Por todas estas razones se abandona el neumotórax y se envía a clima, de donde regresa después de 5 meses de estadía, apreciándose, entonces, una mejoría evidente, clínica y radiológica, de la

lesión. La baciloscopia era positiva (+) todavía. Es dada de alta a su casa, para hacer vida de reposo, lo que no se cumple, reingresando más o menos un año después con un brote de diseminación hematogena del tercío superior del mismo lado, y con baciloscopia positiva. Se instituye nuevamente neumotórax, con buenos resultados.

Estimamos, de acuerdo a las ideas expuestas en los preliminares de este trabajo, que la colapsoterapia, en estos casos con grandes reacciones ganglionares, debe evitarse, por el papel de barrera que desempeña el sistema linfático, y que se violenta con estos tratamientos, exponiendo el organismo a los peligros de una diseminación. La cura de clima quizás habría sido suficiente, ella sola en la curación de esta enfermedad, cuyo caso acabamos de comentar.

Los casos 7 y 8 son de éxito del neumotórax, complementado con cura de clima.

El caso N° 9, como el sexto, es también de un infiltrado reblandecido, basal derecho, con gran reacción ganglionar y baciloscopia positiva. Después de 5 meses de reposo, se instituye un neumotórax derecho, que se mantiene otros 5 meses.

Los resultados inmediatos de este tratamiento fueron desfavorables: el estado general empeoró, la baciloscopia persistió positiva, y el control radiológico reveló una diseminación del área opuesta. Por estas razones se abandonó. Llamamos la atención a que la V. S. no nos sirvió de pauta, por cuanto había descendido en forma apreciable, como índice de una mejoría inexistente. Después de 8 meses de reposo se practica una frenoligadura, seccionándose accidentalmente el frénico. Se envía a clima por 14 meses, con lo cual se obtiene la curación clínica y radiológica de las lesiones. Un control posterior, practicado 1 año 2 meses más tarde en el puerto de San Antonio, residencia del niño, es muy satisfactorio, encontrándose sólo, como era de esperarlo, la persistencia de la parálisis diafragmática, a pesar de la influencia desfavorable del clima marítimo. Esto corrobora con todas las conclusiones expuestas por nosotros, a propósito de la observación N° 6.

En resumen, de los 9 casos tratados con colapsoterapia, curaron 7.

Hubo 2 fracasos inmediatos.

Una enfermita recayó 3 años después del alta, con una lesión excavada del lado opuesto.

CUADRO N° 4.

Colapsoterapia en la reinfección tuberculosa.

Caso edad.	diagnóstico	inicio	duración	operación completa terapia	Clima	Resultados.			
						B. I.	Colapso	Clinica	Rayo X
NB 11a.	disem. bilat. - inf. resbl. tercio 1/2 12a.	2a	9m	-	-	+	b	b	b
HM 11a.	disem. tercio 1/2 12a. inf. resbl. 12a.	1a	23m	-	6m?	+	b	b	b
MC 12a.	ulcero caseosa izada. 1ma. disem. del niño mjr.	no	de	repite	-	+	m	m	m
YM 12a.	ulcero caseosa izada disem. bilateral.	de urgencia	-	-	-	+	-	m	m
MJ 11a.	de tipo exudativo bilateral. - Cascosa derecha.	der 9ds 12a 13ds	17m 1a	-	-	+	b	b	b
AM 10a.	disem. 12a. abierta. Laringitis Tbc.	10 m	6 m	-	-	+	m	m	m
EJ 11a.	infiltrado precoz 12a.	16 ds.	14 mos.	-	-	+	b	b	b
HM 8a.	ulcero caseosa 12a.	49 ds	16 ms	F.P.	19a ds.	+	b	b	b
RH 11a.	ulcero caseosa 12a.	1m.	3ms	Pleur. copie.	140 ds.	+	m	b	b
JJ. 12a.	ulcero caseosa 12a.	1m.	3m	Tam- beus	-	+	m.	m.	m.
GA. 12a.	ulcero caseosa 12a.	4m	4m	nptneo Fplsis.	10 m	+	b	b	b
AT. 12a.	inf. resbl. 12a. - Peri- tonitis localizada 12a.	6m	8m	-	-	+	b	b	b
NP. 10a.	ulcero caseosa 12a. osteitis tbc. max. inf.	2m	6m	Fplsis escalotomía	-	+	m	m	m
RO 12a.	infiltr. precoz resbl. 12a.	45 ds	8m.	Tebus	-	+	b	b	b
LL. 11a.	ulcero caseosa den.	8ds	39a	-	-	+	b	b	b
YO 12a.	" " "	15ds.	15m.	-	-	+	b	b	b
DD. 7a.	Inf precoz resbl. 12a.	38ds	119ds	Tebus	-	+	m	m	m
JN 9a.	ulcero cistíca. avta- ria der. - inf 1/2 mod. 12a.	5m.	Fplsis	7m.	+	m.	m.	m.	m.
AV. 19a.	ulcero cistíca 12a.	86ds	76ds	Tebus	-	+	m.	m.	m.

Recida al a.
bandonar cpo.fallece 1mos
desp. del pneumo
disem. bilat.
a los 20 dias.escarada 12a
a los 2 años
laringitis tbc
1 año desp.

malos

buenos?

buenos

recida por
trabajo
en excesoReingresa
4ms desp. de
bilateralizacn.
fallece.

bilateralizacn.

malos

bilateralizacn.

fallece. loca-
lización intest.
continúa co-
lapso & derrame

—

malos.

en ensuciaen.
lesiones izadas.

—

CUADRO N° 4a.

RESUMEN

Casos	17
Buenos resultados inmediatos	10
En 6 de ellos los resultados alejados fueron malos.	
Fracasos	7
Por bilateralización	4
Por colapso ineficaz	3

Comparando con los resultados a que llega O. Montes, en su tesis del año 38 (5), sobre los resultados del neumotórax en el niño mayor, se aprecian valores sensiblemente iguales: en 8 observaciones, que seguramente son de tuberculosis, hay 6 curaciones y 2 fracasos.

Comentario. — Los 5 primeros casos de este cuadro corresponden a formas diseminadas bilaterales, acompañadas de procesos infiltrativos reblandecidos, de un lado. Los elementos de diseminación en los casos 1, 2 y 5, eran muy discretos en el campo menos afectado. No daban sintomatología clínica, se mantuvieron estacionarios, o bien, se reabsorbieron en el período de observación, antes de intentar la colapsoterapia. Los casos 3 y 4 fueron sometidos a neumotórax de urgencia, por hemoptisis rebelde y serán comentados al final.

En los dos primeros casos se instituyó el neumotórax, después de un largo período de reposo, de 1 y 2 años, respectivamente, lo que permitió estabilizar las lesiones. Los resultados inmediatos fueron muy satisfactorios. En cuanto a los alejados, en el primero no lo sabemos, debido a que la enfermita fué retirada por la familia y no ha sido posible ubicarla posteriormente, y en el segundo, después de haberse mantenido el neumotórax durante 1 año y 11 meses, en los cuales se obtuvo la curación clínica, radiológica y bacteriológicamente, se produjo una recaída al abandonar la colapsoterapia, reapareciendo las mismas lesiones primitivas.

En el caso N° 5, el neumotórax derecho fué instituido precozmente (9 días después del ingreso), con resultados inmediatos muy satisfactorios, pero con excavaciones al lado opuesto 2 años más tarde, o sea, 7 meses después de abando-

nar el colapso, obligando a instituir un neumo izquierdo, que se mantiene un año con buenos resultados inmediatos, en lo que se refiere a colapso, baciloscopia y radiología. Desgraciadamente interfiere una laringitis tuberculosa, con gran alteración del estado general, por lo que es necesario abandonarlo.

En los otros 2 casos a que nos hemos referido (3 y 4), se trataba de formas diseminadas bilaterales, acompañadas de procesos ulcerosos, en los cuales, por la distribución, extensión y actividad de las lesiones, no estaba indicada la colapsoterapia, pero ambos tuvieron un episodio hemoptoico, que no cedieron al tratamiento médico habitual, obligando a un neumotórax de urgencia en la región ulcerosa. Si bien es cierto que este tratamiento tuvo relativa acción sobre la hemoptisis, agravó en forma evidente el proceso del lado opuesto, a pesar de que sólo se hizo una sola insuflación, un poco mayor que en el neumotórax inicial corriente. Esta pequeña experiencia nos demuestra que en semejantes casos es preferible esperar y no intervenir. Ambos casos habrían tenido, eso sí, la misma evolución fatal, pero seguramente más prolongada.

En desacuerdo con este criterio, los hermanos Cantonnet citan 2 casos en que emplearon con éxito el neumotórax en formas similares a las expuestas, estimando que este tratamiento encuentra una buena indicación en las tuberculosis febriles, agudas y hemoptoicas (6).

Fuera de estas formas diseminadas bilaterales, el caso Nº 6 es el de una diseminación izquierda, acompañada de una laringitis tuberculosa. Después de 10 meses de reposo, se practicó un neumotórax, que se mantuvo durante otros 6. Esta terapéutica no tuvo ninguna acción ni local, ni sobre el proceso laríngeo. El colapso se vió dificultado por adherencias imposible de seccionar, siendo la evolución posterior muy desfavorable.

Entre las formas localizadas, analizaremos el grupo de los infiltrados precoces (7, 12, 14 y 17). De estos 4 casos, 3 tuvieron resultados inmediatos satisfactorios con el colapso, lográndose la esterilización del desgarró, y mejoría clínica y radiológica. Los resultados alejados fueron malos en los 2 únicos casos controlados; una localización intestinal, de la que falleció, y una recaída de la lesión primitiva, por inasistencia de la enfermita al neumotórax ambulatorio. El cuarto caso (Nº 17) se vió dificultado por adherencias, obligando a un Jacobeus, que no mejora el colapso. Aparece bilateralización del proceso, por lo que se abandona este tratamiento. Los resultados alejados fueron desfavorables.

Destacamos la precocidad de la instalación del neumotórax, el que sólo en uno de los casos se hizo a los 6 meses, y que fué el que más inconvenientes presentó por sus adherencias.

Las formas úlcero caseosas suman 7 casos (8, 9, 10, 11, 13, 15 y 16). El caso N° 8 es de interés por el buen resultado obtenido con la frenoparálisis complementaria, practicada después de 8 y medio meses de mantenimiento del neumotórax, lo que permitió cerrar la caverna y esterilizar el desgarró, llegándose finalmente a la curación completa. En el caso N° 9 se practicó una pleuroscopia, con el objeto de seccionar las numerosas adherencias que dificultaban el colapso y mantenían abierta la caverna. Esta intervención demostró la existencia de un sistema adherencial, sembrado de tubérculos, que no sólo contraindicaban el Jacobeus, sino que aconsejaban el abandono del neumotórax, por el peligro de una probable ruptura. Por estas razones mantuvimos el neumo sólo 3 meses, antes de abandonarlo ya se había obtenido la esterilización del desgarró. El envío a clima por 8 meses permitió la curación completa, clínica y radiológicamente, observándose el cierre de la caverna por relleno. Desgraciadamente, esta enfermita recayó después de ser dada de alta, por no seguir las prescripciones indicadas.

El caso N° 10 reunía todas las condiciones para ser un éxito de la colapsoterapia, pero desde el principio se vió dificultada por adherencias que deformaban la caverna y provocaban una hemoptisis, cada vez que se hacía una insuflación. Se hizo un Jacobeus, que también fracasó, por tratarse de un muñón atelectásico. Después de 3 meses se abandona, porque la familia solicita el alta. Cuatro meses más tarde reingresa, haciéndose ahora una frenoparálisis izquierda, complementado con neumoperitoneo. Si bien es cierto que con esto se obtuvo una mejoría de la lesión, el cuadro general empeoró por aparecer otra lesión ulcerosa en el lado opuesto. Una cura de clima de más o menos 10 meses no tuvo acción sobre este proceso. A nuestro juicio, debió tentarse una colapsoterapia derecha, por cuanto habría sido la última probabilidad de mejoría de una lesión que siguió un curso fatal.

En el caso N° 11 no se obtuvo ningún resultado con el neumotórax ni con la frenoparálisis y neumoperitoneo complementarios, llegándose a la bilateralización.

La enferma N° 13 presentaba una caverna gigante de todo el lóbulo superior derecho, complicada de una osteitis tuberculosa del maxilar izquierdo. El neumotórax no produ-

jo colapso satisfactorio por sínfisis apical, por lo que se complementó con una frenoparálisis y escalenotomía seguida de neumoperitoneo. Los resultados inmediatos fueron nulos y la enfermita falleció por bilateralización.

Los 2 últimos casos de esta forma úlcero-caseosa revelan un éxito de la colapsoterapia. Uno de ellos fué favorecido por un derrame pleural que mantuvo el colapso, llegándose a la curación completa. En el otro se obtuvo el mismo resultado, después de sólo 10 meses del mantenimiento de neumotórax.

El último grupo corresponde a 2 enfermos con lesiones úlcero-cirróticas. Una de ellas se acompañaba de un infiltrado del lado opuesto, con escasa actividad y falta de síntomas clínicos. En el otro, sólo había lesiones unilaterales. En ambos se hizo neumotórax, que debió complementarse con frenoparálisis y Jacobeus, debido a las adherencias que dificultaban el primero. Los resultados inmediatos y alejados fueron malos. Estimamos que en este tipo de lesiones, de predominio productivo, es preferible abstenerse de toda terapéutica activa.

En resumen, de los 17 casos de tuberculosis de reinfección, en sus diferentes formas, que fueron tratadas con colapsoterapia, en 10 de ellos se obtuvieron buenos resultados inmediatos y malos resultados alejados en 6 de estos mismos.

De los 7 restantes, 4 se bilateralizaron, y en los otros no se obtuvo ningún éxito local.

Respecto a la cura sanatorial, sólo 5 niños de los 17 tratados con colapsoterapia, la recibieron, y de éstos, sólo en uno se obtuvo una mejoría definitiva, con buenos resultados en todos los controles.

Hemos querido presentar aparte los 2 únicos casos de toracoplastia que tenemos en nuestra recopilación.

Toracoplastias.

Comentario. — El primero de ellos, una chica que ingresa a los 7 años, con una tuberculosis de reinfección, izquierda, localizada, abierta, forma úlcero-cirrótica, se intentó tratar con neumotórax, que fracasó por sínfisis pleuropulmonar. Se hizo en seguida una frenoparálisis, complementada con neumoperitoneo, que tampoco tuvo ningún éxito. Varias curas sanatoriales mejoraron su estado general, pero no tuvieron ninguna acción sobre el cuadro pulmonar. Por su situación de niña abandonada, permaneció en nuestro servicio 7 y

medio años, y, en vista del fracaso de los tratamientos anteriores, se planteó la posibilidad de una toracoplastia, con las reservas del caso: edad de la niña, estado de los parénquimas por afección antigua, y compromiso cardíaco por la gran retracción mediastínica, debida al proceso cirrótico.

Previo estudio cardiológico y preparación de la enferma con estimulantes circulatorios y transfusiones sanguíneas, se procedió a la intervención, efectuándose el primer tiempo sin inconvenientes.

Al preparársele para el segundo tiempo, presenta un shock post-transfusional, del cual fallece. A Morgagni no se encontró, fuera de las lesiones pulmonares ya diagnosticadas, nada más que una congestión visceral generalizada, propia del accidente.

El segundo caso es el de un niño de 11 años de edad, con una tuberculosis de reinfección bilateral: infiltrado precoz reblandecido derecho y discreta lesión productiva, infraclavicular izquierda. El tratamiento de reposo no tuvo ninguna acción local. El neumotórax derecho fué impracticable, por lo que, después de un año de espera, se hace una freno-alcoholización derecha con escalenotomía y neurolisis intercostal superior. Tampoco se obtuvo ningún resultado con estas intervenciones: la caverna permanecía abierta y la baciloscopia persistía positiva. Seis meses después se plantea, como en el caso anterior, la posibilidad de una toracoplastia. Se estudia el caso con el Dr. Alonso, y se procede a la intervención en 2 tiempos. Después de ella el niño queda en regulares condiciones, siendo retirado por la familia para llevarlo a su casa. Volvemos a encontrarlo un año más tarde, después de reiteradas citaciones. Su estado general es ahora muy malo y encontramos, tanto clínica como radiológicamente, una tuberculosis bilateral extensiva y cavitaria. Al rehospitalizarse se comprueba, además, una tuberculosis intestinal. Fallece poco después.

En general, se carece de experiencia sobre toracoplastia en niños, pero estas 2 observaciones que reunían las indicaciones para ella, y en que los enfermos fueron estudiados y preparados en la mejor forma posible, nos dejan, con sus resultados, la impresión de que es preferible abstenerse o, por lo menos, indicarla tan sólo en caso extremo.

Los hermanos Cantonnet (7), en un extenso trabajo basado en 14 plastias, no llegan a resultados muy diferentes, aunque se consideran satisfechos de haber logrado siquiera la esterilización del desgarró en 4 casos, con relativa mejoría

del estado general. Lo catalogan como un recurso desesperado, a aplicarse sólo cuando todo otro recurso terapéutico ha fracasado.

Consideraciones finales.

A) Sobre la clasificación:

En la tuberculosis infantil es posible, la mayoría de las veces, precisar el tipo de la enfermedad tuberculosa. Entre la primo y reinfección hay una forma intermedia, que correspondería a la llamada post-primaria.

B) Sobre el diagnóstico:

Para el diagnóstico del tipo de la lesión es indispensable considerar todos los factores disponibles. De éstos, los fundamentales son, a nuestro juicio, los signos clínicos y radiológicos. Tienen también importancia, aunque secundaria, la forma de comienzo, la edad y los exámenes de laboratorio. La tendencia hemoptoica nos parece ser propia de las formas de reinfección.

C) Sobre la evolución:

Ambas formas de tuberculosis parecen seguir con más frecuencia en la mujer que en el hombre, un curso más grave en la edad prepuberal y puberal.

Ambos tipos de tuberculosis pueden curar espontáneamente, pero es mucho más frecuente observar esto en la primo infección, aun cuando se trate de formas ulcerosas.

D) Sobre tratamiento:

De acuerdo con lo que exponemos en nuestras conclusiones, estimamos que el tratamiento médico exclusivo, complementado con cura de clima, es de valor en la primo infección, pudiendo esperarse de él regresiones definitivas.

En las formas primarias, en que la colapsoterapia parezca indicada, ésta deberá instituirse con mucha cautela, en vista de los peligros que se afrontan al forzar la barrera linfática.

En la reinfección, el tratamiento médico exclusivo es casi siempre insuficiente, debiendo preferirse la colapsoterapia.

Respecto a la toracoplastia, nos parece que es un recurso terapéutico que debe proscribirse en el niño.

Conclusiones.

1. Las formas más graves de tuberculosis se presentan con mayor frecuencia en la edad pre-puberal y puberal, y con predominio en el sexo femenino.

2. Resultados del tratamiento médico exclusivo:

En la primoinfección tuberculosa, sobre 14 casos, incluyendo 6 granulias, se obtuvieron 3 curaciones.

En la reinfección, de 7 casos tratados, ninguno se recuperó.

3. Resultados de la colapsoterapia:

A) En la primoinfección. Aplicada con indicaciones precisas, después de obtenido un apagamiento en la actividad de las lesiones, se revela como un buen recurso terapéutico en las formas graves.

B) En las formas de reinfección. La colapsoterapia encuentra aquí sus mejores indicaciones. Sin embargo, por las dificultades que se oponen al colapso eficaz y la influencia desfavorable de la edad puberal, los resultados definitivos no siempre son satisfactorios.

Bibliografía.

- 1.—SCROGGIE, A. — Revista Chilena de Pediatría, 1937, pág. 157.
- 2.—NEIRA, M. — La tuberculosis pulmonar en nuestro medio escolar primario. Arch. del H. R. del R. 1944, Nº 4, pág. 130.
- 3.—PENA CERECEDA. — Rev. Ch. de Ped., 1937, pág. 186.
- 4.—NOBECOURT, P. — Refer. Arch. Uruguayos de Ped., 1930, pág. 341.
- 5.—MONTES, O. — Resultados alejados de la colapsoterapia en la tuberculosis pulmonar de la infancia. 1938, pág. 80 (Tesis de prueba).
- 6.—CANTONNET, P. y H. — La colapsoterapia en la tuberculosis pulmonar del niño. Arch. de Ped. del Uruguay. 1936, pág. 534.
- 7.—CANTONNET, P. y H. — Arch. de Ped. del Uruguay, 1936, págs. 552 a 557.