VIII.—BRONCONEUMONIA EN EL LACTANTE DISTROFICO

Por los Dres. JULIO MENEGHELLO, JORGE ROSSELOT
y JULIO GUASCH

Nuestro material se compone de 150 bronconeumonías, en lactantes que, en su mayoría, presentaban estado nutritivo deficiente y enfermedades concomitantes múltiples (cuadro Nº 1).

CUADRO Nº 1

Enfermedades concomitantes y bronconeumonía.

	Nº casos
Otitis	44
Trastornos nutritivos agudos	16
Varias	13
Total	73

La hospitalización ocurrió, la mayoría de las veces, en las estaciones de invierno y otoño, situación que queda de manifiesto en el gráfico Nº 1.

En relación a la edad de nuestros enfermos, cabe señalar que en el 62 % fueron menores de 1 año, teniendo en este período una distribución trimestral semejante.

La enfermedad infecciosa precedente pudo anotarse en 71 casos, correspondiendo ella, en 51 ocasiones, a estado gripal y, en las restantes, a trastorno nutritivo agudo.

Nos referiremos a continuación a los síntomas clínicos, signos radiológicos y hallazgos sanguíneos observados en el período de estado de la enfermedad.

GRÁFICO Nº 1.

En el gráfico Nº 2 se analiza la sintomatología clínica de los pacientes, pudiendo destacarse en él los siguientes hechos de interés: gran frecuencia de la disnea (144 enfermos) entre los síntomas generales de compromiso respiratorio; menor constancia del aleteo nasal y la cianosis, en 68 y 50 casos, respectivamente. La semiología física pulmonar re-

GRÁFICO Nº 2.

veló francos síntomas de condensación en 69 observaciones, existiendo en las restantes, compromiso bronquial exclusivo. El detalle de los signos pulmonares señala la mayor frecuencia para los estertores crepitantes y bronquiales, consiguándose broncofonía, soplo o alteraciones de la percusión en sólo la tercera parte de los casos. En 60 observaciones existió compromiso cardiovascular de cierta intensidad y que se hizo ostensible, en la coexistencia de tonos cardíacos apagados, pulso blando o hepatomegalia, que en estos casos interpretamos como congestiva. La repercusión gastrointesti-

GRAFICO Nº 3.

nal del proceso bronconeumónico se tradujo en anorexia, consignada en 61 oportunidades, y con menor frecuencia en la aparición de vómitos o deposiciones anómalas. Sólo en 12 enfermos estalló concomitantemente un trastorno nutritivo agudo, perfectamente individualizado, del tipo de la dispepsia o toxicosis, sin que pudiéramos pronunciarnos acerca de la interacción patogénica de ambos procesos morbidos. Con escasa frecuencia pudimos anotar la existencia de evidente compromiso neurológico, consignándose sólo en 8 casos signos de franca excitación, somnolencia en 4 oportunidades, estado comatoso en 2 pacientes y sólo un estado convulsivo.

En el gráfico Nº 3 se destaca la ubicación y el tipo de las lesiones radiológicas, pudiendo apreciarse el predominio

de las infiltraciones bilaterales y derechas, que registran porcentajes de 41,3 y 40,6, respectivamente. Con respecto al tipo de imagen radioscópica, arbitrariamente hemos agrupado nuestras observaciones en 2 grupos fundamentales: bronconeumonías paravertebrales, que suman 107 casos, y bronconeumonías pseudolobares, que se refieren a 33 pacientes. Un reducido número de imágenes se engloba en las denominaciones siguientes: basal, focos diseminados, atelectasia.

El número relativamente elevado de las bronconeumonías pseudolobares radiológicas, nos indujo a estudiar con detalle algunas circunstancias de su aparición y a analizar detenidamente la sintomatología clínica que presentaron. Pudo apreciarse una mayor frecuencia relativa de este tipo de imagen, pasado el primer año de vida; así pudo comprobarse que antes de ese período, la bronconeumonía pseudolobar sólo constituyó el 16 % de 99 observaciones anotadas en ese lapso; en el curso del 2º y 3er. años de edad, los porcentajes respectivos ascienden a 32 % y 40 %.

La sintomatología clínica del tipo radiológico pseudolobar fué, en la mayoría de los casos, de condensación, fenómeno que queda de manifiesto al considerar que 24 de 33 formas pseudolobares presentaron semiología característica.

La traducción sanguínea de la infección en curso fué estudiada a través de las modificaciones de la sedimentación y de las alteraciones del hemograma.

En el gráfico N° 4 aparecen consignados los valores de sedimentación, pudiendo apreciarse cifras elevadas en 90 de los 107 casos en que se realizara este estudio y correspondiendo la media a $34,6 \pm 2,47$ milímetros por hora.

El recuento leucocitario reveló aumento del número de glóbulos blancos, por encima de 10.000 elementos, en 61 enfermos, pudiendo hasta cierto punto ser índice de la intensidad de la infección o de la respuesta inmunitaria el haber consignado desviación a la izquierda en 63 ocasiones.

A continuación pasaremos a referirnos a los resultados obtenidos en el tratamiento de los procesos bronconeumónicos; fundamentalmente la terapia residió en la administración de sulfamidas aisladamente o en asociación a la penicilina, de acuerdo con las normas clásicamente establecidas. En determinados casos fué necesario recurrir a la medicación cardiovascular y analéptica o hacer uso de transfusiones sanguíneas.

GRAFICO N° 4.

En el gráfico N° 5 se analiza aisladamente la involución de los principales síntomas clínicos y radiológicos. Cabe destacar así, en primer lugar, la precocidad de la desaparición de los síntomas generales, habiendo podido apreciarse que la disnea había remitido ya antes del 5º día en el 56,6 % de los casos; en el mismo período y en porcentaje semejante se anotó el franco descenso de la temperatura;

GRAFICO N° 5.

aun cuando la más de las veces la caída térmica fué brusca hasta niveles normales, debemos señalar que en el 24,3 % de los casos persistió febrícula por período variable. Al referirnos a la involución de los signos físicos pulmonares, es interesante señalar la franca regresión de éstos antes de los 15 días, fenómeno ocurrido en el 80,3 % de los casos. Las imágenes radiológicas desaparecen más o menos completamente en igual período en el 54,8 %; sin embargo, la regresión total sólo pudo apreciarse en el 31,3 %, persistiendo en el resto sombras pequeñas, que hemos interpretado como residuales.

CUADRO Nº 2

Resultado del tratamiento	Grado de distrofia						Enfermedad concomitante			
	I		II		III		Sí		No	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Bueno	27	77	43	58	2	18	26	46	66	70
Deficiente	8	23	31	42	9	82	30	54	28	30

Después de haber analizado detalladamente los resultados del tratamiento, a través de la involución de los síntomas generales y de la regresión parcial o total, según los casos de los signos físicos y radiológicos, creemos de interés referirnos a la impresión general que tuvimos en cada caso, de la eficacia de la terapia. Pensamos que es éste un problema, extraordinariamente difícil, por cuanto múltiples circunstancias han contribuido a enmarañar la apreciación correcta de los resultados, de modo que influyen en cada enfermo en particular, factores que dicen relación con la gravedad de la enfermedad o extensión de las lesiones, y también la distinta quimioterapia utilizada en uno u otro caso; creemos sí que la respuesta obtenida en alguna forma ha podido ser influida por el trastorno nutritivo crónico, presente en la gran mayoría de nuestros enfermos. En este sentido es de interés exponer el cuadro siguiente, en que aparecen los resultados obtenidos, en relación con la intensidad del trastorno nutritivo crónico y la frecuencia de afecciones de asociación. (Cuadro Nº 2).

Resalta evidente el mayor porcentaje de resultados satisfactorios, apreciados en enfermos con estado nutritivo normal o poco alterado, pudiendo advertirse en el grupo de eutróficos y de distróficos de primer grado, cifras de 75 y 77 %, respectivamente. En comparación tenemos que los pacientes con estado nutritivo deficiente, acusaron respuestas satisfactorias en porcentajes menores, que en el grupo de distrofias de tercer grado, sólo alcanza el 18 %.

La presencia de enfermedades concomitantes, junto al proceso bronconeumónico, parece haber influido en el resultado del tratamiento, pudiendo señalarse que el grupo de enfermos que no las evidenciaron, experimentaron regresiones satisfactorias en el 70 %, cifra mucho más alta que la que se apreció en pacientes con infecciones de asociación. Es posible que esta situación tenga que relacionarse con el grado de trastorno nutritivo crónico, a través de la mayor o menor intensidad que adquiera la disergia.

La mortalidad en nuestro grupo de enfermos alcanzó a 8,6 % e incluyó en su gran mayoría a pacientes con franco déficit nutritivo; demás está advertir que esta cifra no representa un valor absoluto, por cuanto se refiere únicamente a los decesos ocurridos en un grupo de observaciones seleccionadas, que contaron con un determinado plazo de evolución, que permitió un estudio detallado, excluyéndose así todos los cuadros bronconeumónicos, de evolución rápida y fatal.

Resumen.

1) El estudio realizado en 150 procesos bronconeumónicos permitió comprobar su asociación frecuente con déficit nutritivo y la concomitancia en la mitad de los casos a infecciones múltiples.

2) En 71 ocasiones se señaló enfermedad precedente, correspondiendo, en su mayoría, a procesos catarrales de las vías respiratorias altas.

3) De acuerdo con lo clásicamente establecido para las neumopatías agudas del lactante, pudimos comprobar la menor frecuencia de cuadros clínicos de condensación.

4) El aspecto radiológico correspondió, en la mayor parte de los casos, a imágenes paravertebrales diseminadas. Menor constancia demostró la imagen pseudolobar, cuya aparición estuvo relacionada con la edad de los pacientes.

5) El tratamiento realizado con sulfamídeos, a veces asociados a penicilina, logró la remisión del proceso bronconeumónico en paralelismo estrecho con la intensidad del déficit nutritivo y la concurrencia de otras infecciones.

6) En la involución de la bronconeumonía se comprobó precocidad en la desaparición de la disnea y caída de la temperatura —antes del 5º día, en la mitad de los casos—. La regresión de los signos físicos y radiológicos fué más tardía, consignándose la desaparición de los primeros con gran frecuencia, antes de la segunda semana. En ese período la regresión radiológica ocurrió en la mitad de los casos.

7) Creemos que la influencia del proceso bronconeumónico, en el curso del trastorno nutritivo crónico, es difícil de apreciar, pero destacamos el hecho de haber comprobado repercusión nutritiva aguda en escaso número de enfermos.