Casos clínicos

DERRAME PLEURAL SERO-FIBRINOSO EN UN LACTANTE TUBERCULOSO NEGATIVO

Por los Dres. PEDRO OYARCE ROJAS y HUGO MONTES VALDEBENITO

Hospital de Carabineros. Servicio de Lactantes.

Hemos querido traer a esta Sociedad la presente observación, por considerarla de cierto interés, interés que radica especialmente, en lo extremadamente raro que es entre nosotros observar derrames pleurales sero-fibrinosos de cierta intensidad en lactantes menores de un año y en general en la primera infancia.

En la revisión que hemos hecho de la literatura, no hemos encontrado descrito casos similares al presentado por nosotros y sólo en los tratados clínicos de Pediatría se hace mención a este tipo de derrame. En general, estos tratados hablan que suelen observarse derrames sero-fibrinosos paralelamente con la neumonía y la tuberculosis, ocasionalmente con la escarlatina, fiebre reumática y otras infecciones; todos ellos anotan que son estériles, de escasa intensidad y extremadamente raros en la primera infancia.

Holt, en su tratado de Pediatría, sostiene que los pequeños derrames sero-fibrinosos no son frecuentes en niños con tuberculosis pulmonar, pero en general sus síntomas son usualmente enmascarados por aquéllos del proceso pulmonar adyacente y se revelan en la radioscopia con pequeñas colecciones de exudados, en especial en las pleuras interlobares. Por excepción, afirma este autor, grandes derrames sero-fibrinosos con lesiones pulmonares mínimas son comunes en adultos y muy raros en niños y casi nunca existen por debajo de los tres años; el menor de los casos observados por Holt, es un paciente de 20 meses de edad.

Finkelstein, en su tratado de enfermedades del lactante, afirma que con relativa regularidad pueden observarse derrames sero-fibrinosos en el período de apogeo de la neumonía, generalmente son estériles, de escasa intensidad, siendo extremadamente raro que aumenten hasta llegar a desviar el mediastino; en ocasiones, en dichos derrames aparecen gérmenes y se transforman gradualmente enempiemas.

Por otra parte, Griffith y Mitchell recalcan en su tratado, que la pleuresia serosa, al parecer primaria, sea cual fuere el período de la vida en que se desarrolla, debe considerarse de naturaleza tuberculosa, de no demostrarse lo contrario; sin embargo, agrega, se observan casos en que es posible excluir la tuberculosis por todos los métodos de examen, en aquel momento o más adelante.

Diagnóstico.

Sólo nos interesa el diagnóstico del tipo de derrame, ya que con la clínica y la radioscopia no hay dificultad de precisar la existencia de un derrame pleural. Efectuada la punción pleural y al encontrarse con un derrame seroso, es el Laboratorio el que nos dirá en último término si se trata de un exudado o de un transudado, pues es de todos conocido que el transudado posee un peso específico escaso y las células que contiene, a más de ser escasas, son de naturaleza endotelial más que leucocitos, ade-

más el transudado contiene mucho menos fibrina y, por lo tanto, al dejarlo en reposo no se forma coágulo.

Pronóstico.

El pronóstico de esta variedad de derrame depende del proceso pulmonar asociado, el derrame es un episodio relativamente inocuo. En general, hay que estar alerta para descomprimir a tiempo en aquellos casos en que la desviación del mediastino impide el buen funcionamiento del aparato cardio-circulatorio.

En cuanto al tratamiento, éste irá dirigido a atacar la enfermedad causal, el derrame no nos debe preocupar mayormente, ya que en general desaparece junto con la lesión pulmonar que lo origina; únicamente en los grandes que comprimen está indicada la práctica de las funciones descompresoras.

Hecha estas breves consideraciones, pasaremos a describir nuestra observación.

Observación N° 15249. — Nombre: L. F. R. — Edad: 7 meses. — Peso: 7,600 g. — Mayo de 1948.

Antecedentes hereditarios. — Padres aparentemente sanos, Kohn (—); antecedentes de tuberculosis positivos, dos hermanos muertos de tuberculosis pulmonar entre los años 1935 y 1939, de 8 y 9 meses de edad, respectivamente; otro hermano falleció de bronconeumonía; en la actualidad viven 6 hermanos.

Antecedentes personales. — Parto normal de término en la Maternidad de Carabineros, pesó 3,100 g. controlado en la Policlínica y alimentado primero al pecho, posteriormente con Eledón y Nido; al sexto mes se agregan sopas; anteriormente había sido sano.

Enfermedad actual. — El 20-V-48 fué traído a consulta a la Policlínica, por presentar fiebre, tos y otalgia; se le indica tratamiento y vuelve 4 días después con fiebre de 39 grados y supuración de oídos; se le deja sulfadiazina, luminal y se envía a Otorrino, donde se comprueba una otitis media supurada izquierda y una otitis congestiva derecha, además una rino-faringitis aguda; continúa con sulfar, agregándose tratamiento local a los oídos. Tres días más tarde este cuadro declina y sólo persiste

una rino-faringitis aguda, por lo que se suspende todo tratamiento.

El 31 de mayo del 38 vuelve a consultar en estado de suma gravedad: el niño está intranquilo, febril (39° rectal), disneico, quejumbroso, fontanela anterior a tensión, discreta rigidez de la nuca, soplo tubario, broncofonía en el tercio inferior y posterior izquierdo. Se hace el diagnóstico de proceso pleuro-pulmonar izquierdo y se hospitaliza.

En el Servicio se comprueba un lactante en más o menos buenas condiciones nutritivas, febril (39°) con cianosis de la cara, disnea quejumbrosa, facies angustiada, fontanela 2 x 2 un poco tensa, craneotabes discreta, rosario costal esbozado.

Pulmones: inmovilidad respiratoria del hemitórax izquierdo, matidez de los dos tercios inferiores del pulmón izquierdo, disminución franca del murmullo vesicular en la zona de matidez, soplo suave por sobre la matidez, en la cara anterior del pulmón izquierdo se comprueba matidez, crépitos y soplo. Pulmón derecho normal.

Corazón: tonos bien timbrados, taquicardia, el corazón late próximo a la línea mamilar derecha.

Abdomen: timpanizado. Hígado a 3 traveses de dedo del reborde, vaso palpable, hernia inguinal izquierda. Resto nada de especial.

Discusión diagnóstica, evolución y tratamiento. — Ante un cuadro como el descrito, nuestra primera impresión fué de que se trataba de un proceso pulmonar agudo, complicado de un derrame pleural probablemente de tipo purulento. Se hace una radioscopia de urgencia, la que informa lo siguiente: sombra densa homogénea, que ocupa totalmente el hemitórax izquierdo, con desviación del mediastino hacia la derecha.

Conocido el resultado de la radioscopia, decidimos efectuar una punción pleural con el doble objeto de aliviar al enfermo y certificar nuestro diagnóstico; el resultado de la punción fué para nosotros una sorpresa, ya que se extrajo alrededor de 50 milímetros cúbicos de un líquido de aspecto seroso transparente y del cual el Laboratorio nos envía el siguiente informe: aspecto transparente con abundante retículo fibrinoso; albúmina, 25 g por mil; rivalta, positivo; Gram, no se aprecian gérmenes; hay regular cantidad de leucocitos con discreto predominio de polinucleares; además, glóbulos rojos en regular cantidad; Koch directo, negativo; cultivo corriente, negativo. Se efectúa cultivo para el bacilo de Koch. Aprovechando esta punción y desconociendo el resultado del examen de Laboratorio, inyec-

tamos intrapleural 60 mil unidades de penicilina. Se le indica, además, como tratamiento, vitamina C y sulfadiazina oral, penicilina parenteral y analécticos cardio-respiratorio. En este momento se hace Mantoux al $1 \times 10,000$ y se pide hemograma.

Al día siguiente amanece francamente mejor, la temperatura, que el día anterior había subido a 40° , desciende a 38° , el niño respira mejor, disminuye la cianosis, el corazón empieza a latir a la izquierda y el hígado disminuye de tamaño. No obstante, efectuamos una segunda punción pleural, extrayendo en esta oportunidad alrededor de 75 cc de un líquido del mismo aspecto que el del día anterior y cuyo examen de Laboratorio es sensiblemente igual al de la primera punción.

El primer hemograma informa lo siguiente: hematíes, 3,970,000; H. B., 71.87 %, 11.5 g. %; leucocitos, 19,800; baciliformes, 4 %; Segmentados, 48 %; linfocitos, 42 %; monocitos, 8 %. Discreta macromicocitosis y poiquilocitosis normocrómica. Granulación patológica más que discreta en regular proporción de neutrófilos; presencia de linfocitos de aspecto inmaduros, entre linfoblastos y prolinfocitos. Nota: conviene repetir los hemogramas para observar la reacción linfática altamente atípica.

El niño continúa mejorando rápidamente y al quinto día de hospitalización está en muy buenas condiciones, la temperatura oscila entre 38 y $38\frac{1}{2}^{\circ}$, el pulmón afectado respira casi totalmente y sólo persiste matidez en la base y en la parte externa del tercio superior, en cuanto a la dinámica circulatoria todo ha entrado en orden: llama sí la atención, que el bazo se palpa con facilidad. A esta altura se toma una radiografía que informa: sombra densa de infiltrado pulmonar, que engloba el hilio izquierdo y ocupa el tercio medio de ese lado. Proceso pleural basal y marginal izquierdo. Resto normal. Conclusión: podría tratarse de una primo-infección tuberculosa, o de un proceso agudo en evolución; control en 8 días.

Al décimo día de hospitalización ya no hay fiebre, estado general espléndido y en el pulmón izquierdo se comprueba matidez discreta de la base y parte externa del tercio superior.

El hemograma de control tomado dos días antes informa: hematíes, 3,840,000; H. B., 62.5 %, 10 g. %; valor globular, 0.81; leucocitos, 8,600; baciliformes, 2 %; segmentados, 14 %; linfocitos, 82 %. Discreta anisocitosis y poiquilocitosis normocrómica. Linfocitos en su totalidad pequeños y maduros. Neutrófilos y plaquetas normales al frotis.

A raíz de este hemograma se suspenden las sulfas, insistiendo en la penicilina por 3 días más.

A los 16 días de hospitalización se vuelve a controlar desde los puntos de vista hematológico y radioscópico, efectuándose, además, una velocidad de sedimentación.

En el hemograma sólo llama la atención una muy discreta anemia (hematíes, 4,100,000; H. B., 71.87 %) y una pequeña desviación a la izquierda (baciliformes, 12 %). La sedimentación globular fue de 5 milímetros en la hora.

Radioscopia de tórax: disminución de la transparencia a nivel del seno costo diafragmático izquierdo. Algunas sombras densas en la región paravertebral media derecha; resto del tórax normal. Conclusión: restos de proceso agudo.

A los 26 días la radioscopia de tórax resulta totalmente normal; a esta altura se indica una serie de 4 transfusiones de 50 cc. Hasta este momento se había efectuado una primera serie de Mantoux hasta el 1×10 , todos ellos resultaron negativos.

A los 54 días se da de alta completamente sano y después de haberse efectuado una segunda serie de Mantoux desde el $1 \times 10,000$ hasta el 1×10 , los que también resultaron negativos.

El cultivo para el Koch resultó negativo hasta los 90 días de observación.

El 10 de setiembre de 1948 fué controlado en la Policlínica, comprobándose que se encuentra en perfectas condiciones.

Resumen.

Se trata de un lactante de 7 meses de edad, que paralelamente a un proceso pulmonar agudo presenta un derrame pleural sero-fibrinoso de gran intensidad, con 7 cultivos y frotis negativos, que comprime el mediastino y que después de 2 punciones descompresoras, la primera seguida de inyección de penicilina intra pleural, se reabsorbe más o menos rápidamente, sin dejar secuela.

Se interpreta este cuadro como un derrame agudo paraneumónico, en el cual el uso previo de las sulfas y el tratamiento precoz con penicilina intrapleural y general ha impedido probablemente la supuración.

Se hace un breve alcance sobre los exudados pleurales sero-fibrinosos en la

primera infancia y, por último, se efectúa una pequeña revisión bibliográfica en relación a este caso.

Summary.

The authors present the case of a 7 months old infant who simultaneously had an acute pulmonary process and a sero-fibrinous pleurisy. This pleural fluid was cultured seven times all of which showed no growth. After two evacuating pleural taps the first one followed by intrapleural penicillin, the fluid was reabsorbed. They interpret this case as an

acute para-pneumonic pleurisy that due to the early treatment instituted did not reach the suppurative state.

Bibliografía.

- FINKELSTEIN, H., — *Trat. Enfermedades del Lactante*. Tercera edición, 1941.
- GRIFFITH and MITCHELL, — *Text book of Pediatrics*. Third Edit., 1942.
- HOLT and MCINTOSH, — *Diseases of Infancy and Childhood*. Eleventh Edit., 1940.
- ZAHORSKY, — *Sinopsis de Pediatría*. Primera Edición Española, 1940.