

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

REPUBLICA DE GUATEMALA, CENTRO AMERICA.

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO MEDICO DE LAS PLEURITIS CON DERRAME

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA
DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
POR

Carlos Francisco Contreras Pacheco

Ex-interno por oposición del Hospital General: Cuarta Sala de Medicina de Mujeres. Cirugía infantil. Ex-interno del Servicio de Infecto-contagiosos, Hospital San Vicente. Ex-interno del Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital San Vicente. Ex-practicante de la consulta Externa: Oftalmología, Ginecología.

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE
MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, Abril de 1958.

PLAN DE TESIS

PRIMERA PARTE

- 1.— Introducción.
- 2.— Etiopatogenia.

SEGUNDA PARTE

- 3.— Material y métodos.
- 4.— Comentarios y análisis de tratamientos.

TERCERA PARTE

- 5.— Conclusiones.
- 6.— Bibliografía.

PRIMERA PARTE

INTRODUCCION

El objeto principal de este trabajo, es hacer una revisión de los diferentes tratamientos de los *Derrames Pleurales* de origen infeccioso que se han hecho en nuestro medio, dado el poco interés que se ha tenido siempre en el mismo, y por ende en su evolución, y la importancia clínica que tienen, tanto para el paciente como para la sociedad en general.

Fue a través de mi paso por los servicios del Hospital General, que me di cuenta del inmenso problema que representan tales casos y que están condenados a un pobre estudio clínico y de laboratorio, y que indiscutiblemente repercuten en su diagnóstico, tratamiento y evolución; es por esto que quiero contribuir en algo con estas consideraciones.

El análisis cuidadoso de los diferentes factores que favorecen dicha enfermedad, nos servirá para el mejor dominio de la misma, poniendo a nuestro alcance todos los métodos posibles en la determinación del germen causal, para su tratamiento específico.

Es muy importante el estudio y control de las Pleuritis con Derrame, aunque poco frecuentes en nuestro me-

dio, por el peligro en cuanto a complicaciones clínicas se refieren. Su máxima importancia estriba en la relación que tiene con la tuberculosis pulmonar, ya que se ha comprobado que más del cincuenta por ciento de las pleuritis con derrame, en un lapso más o menos variable de tiempo evolucionan a cuadros de tuberculosis pulmonar grave.

Existe una tendencia general a incluir en el tratamiento de las pleuresías, la toracentesis, para evitar la fibrosis y engrosamientos considerables de la pleura.

Se verá en el presente trabajo la referencia de un método presentado el año pasado en el Congreso Médico por el Doctor Aguilar Rodríguez, en el cual demuestra que no se hace necesaria la toracentesis en derrames pleurales de naturaleza no tuberculosa, y el uso beneficioso de la vitamina D2 en la evolución del mismo, siempre asociado con antibióticos, pues bajo ningún punto de vista se puede prescindir de ellos.

El control de los casos adolece de algunas deficiencias por tratarse de que la totalidad de casos observados, no fueron hospitalizados, y la investigación bacteriológica se hizo deficiente en muchos casos.

Se analizarán en este trabajo, los diferentes tratamientos que se han efectuado en los derrames pleurales de etiología diversa, habiendo descartado previamente los casos relacionados con una tuberculosis franca, lo mismo que verdaderos empiemas secundarios.

ETIOPATOGENIA

La etiología infecciosa de los derrames pleurales puede ser atribuida a múltiples gérmenes, entre los cuales describimos a continuación la clasificación siguiente:

Bacteriana:

neumococos
estreptococos
estafilococos
E. tifosa
brucelas

Micótica:

coccidioides
blastomices
actinomices

Protozoos

amebas
paragónimos.

Viral:

gripe
neumonía atípica
psitacosis

Analizaremos desde lo más simple e infrecuente, como los consecutivos a estados gripales, hasta lo más complejo y frecuente, como lo son los derrames de naturaleza tuberculosa.

No encontraremos en el presente trabajo casos raros e infrecuentes en nuestro medio como protozoaricos y micóticos, infrecuentes no sólo por su incidencia sino también por las pocas posibilidades de test y reacciones de floculación para diagnóstico con que contamos.

Se han descrito pleuritis, secas o con derrame, posteriormente a una gripe, en los cuales no se ha encontrado ninguna etiología aparente, ya que se han investigado todos los gérmenes posibles especialmente el bacilo tuberculoso, y han salido negativos los resultados a todas luces. Estos casos, en los cuales no hay germen a quien imputar la causa del derrame son pocos en la literatura y no merecen especial atención, ya que, o no se investigan a fondo, o se dejan al tiempo, y sus secuelas no influyen ni clínica ni funcionalmente en la vida y evolución del paciente. Vadja, en sus estudios durante la epidemia de gripe en 1933 en España, de 36 casos de pleuritis en los que no se encontró alteración pulmonar al examen radiológico, comprobó en seis la existencia de un líquido serofibrinoso con predominio linfocitario. Frederik, en un estudio sobre pleuri-

tis exudativa que abarca un total de 279 casos, analiza el problema de los derrames que acompañan a la neumonía y bronconeumonía cruposa, encontrando cinco casos con exudado serofibrinoso. M y J. Tapia también reportan tres casos de derrame pleurales en la epidemia de gripe de Madrid. Unos con lesión pulmonar y reabsorción rápida, otros que también son de reabsorción rápida pero secundarias a un proceso pulmonar, y finalmente un tercer tipo en el cual la pleuresía, primitivamente serofibrinosa, se transforma en purulenta.

Los exámenes de líquido pleural que contienen estreptococos o estafilococos, la mayor parte de las veces corresponden a siembras metastáticas provenientes de otros focos, especialmente dientes, amígdalas, etc., y no sólo se pueden observar estas siembras en la pleura, sino también en otros órganos de la economía, como riñones, encéfalo, etc. Cabe decir aquí también que las infecciones pleurales de este tipo son secundarios cien por ciento. Como veremos al analizar la patogenia de las pleuritis tuberculosas, con estas que acabamos de analizar sucede algo similar, ya que son secundarias a un foco neumónico o ganglionar adyacente. Los gérmenes gram-positivos determinarían consiguientemente un cuadro de empiema franco, por lo cual no nos ocuparemos en este trabajo de los mismos.

La mayor parte de las veces, los microorganismos responsables de la infección no se encuentran en el líquido material de punción, y esto va también para los de naturaleza tuberculosa, ya que se han hecho múltiples estudios anatomopatológicos que demuestran la existencia de dichos gérmenes únicamente en la pared pleural infiltrada, y aún esto en escaso número, demostrando una vez más que las punciones diagnósticas la mayor parte de las veces salen negativas y pueden dar ningún dato de importancia para el diagnóstico.

Los derrames pleurales *idiopáticos* deben llenar los siguientes requisitos: no hay indicios de enfermedad pulmonar subyacente, los exámenes bacteriológicos no descu-

bren ningún germen, investigando especialmente el bacilo tuberculoso, y finalmente, una vez desaparecido el derrame no hay pruebas de padecimiento pulmonar. La tendencia actual es que estos derrames son de naturaleza tuberculosa, y deben tratarse como tales si la prueba de la tuberculina es positiva. Los tisiólogos consideran que estos derrames deben no considerarse como "idiopáticos", dicen que deben diagnosticarse como derrames posiblemente tuberculoso, aunque no se tenga la comprobación bacteriológica, si los demás datos concuerdan con esta afección.

En general, los bacilos tuberculosos no pasan libremente de la sangre a las serosas. No se ha encontrado en la literatura un caso de infección tuberculosa que ocurra como resultado rápido y directo de la inyección intravascular de bacilos de Koch en animales de experimentación ni tampoco se ha visto suceder en ninguno de los muchos animales normales e hipersensibles que estuvieron sujetos a las inyecciones endovenosas o intrarteriales de gran cantidad de bacilos tuberculosos. El resultado directo de la inyección endarterial es que hay formación de escasos tubérculos miliares en las superficies serosas, pero no se observa marcada reacción inflamatoria. En la tuberculosis miliar del organismo humano, los tubérculos miliares se desarrollan en las superficies serosas, pero no ocurren derrames abundantes en las cavidades. Estos hechos evidencian que los bacilos no pasan directamente de la sangre a las cavidades serosas normales, para producir clínicamente manifestaciones de derrame demostrables.

Hace años se demostró que podía producirse derrame abundante por la infección de bacilo de Koch en la cavidad pleural de animales hipersensibles. El exudado inflamatorio fue mucho menos marcado en los animales no hipersensibles. Esto fue confirmado posteriormente estudiando la reacción peritoneal. Las membranas serosas reaccionan al bacilo tuberculoso igual que otros tejidos del organismo, es decir que la exudación extensa sólo ocurre en los casos de hipersensibilidad.

El derrame pleural de origen tuberculoso parece deberse a una descarga de bacilos en la cavidad, desde una lesión tuberculosa adyacente. Esto fue demostrado ya en el año 1883 por Weigert.

Entre los orígenes más comunes de los derrames en las cavidades pleurales, pueden citarse las lesiones caseosas subpleurales o ganglionares, o un absceso frío vertebral que se extiende hacia adelante para infectar la pleura. El grado de exudación Inflamatoria depende del balance entre el número de bacilos y el grado de hipersensibilidad del sujeto, y es sabido que el organismo humano puede desarrollar un grado más alto de hipersensibilidad que los animales de laboratorio. Además una lesión caseosa puede estar impregnada de tuberculoproteína, y contener en su mayor parte sólo bacilos muertos, y sus fragmentos, hecho análogo a la consolidación pulmonar observada en la epituberculosis.

Desde Landouzy se admite que las pleuresías serofibrinosas son de naturaleza cien por ciento tuberculosas, pero siempre debemos tener en cuenta la posibilidad de una infección más benigna aunque el porcentaje de su incidencia sea menor, por lo cual debe investigarse bien y descartarse por los medios usuales de diagnóstico.

SEGUNDA PARTE

MATERIAL Y METODOS

En el presente trabajo se revisaron todas las observaciones del Dispensario Central Antituberculoso, del año 1954 al año 1957 inclusive, habiendo descartado previamente todos los casos que presentaban patología parenquimatosa evidente, aún en mínima cantidad. Así mismo se presentan seis casos tratados en clínica particular, bondadosamente donadas por el Dr. Aguilar Rodríguez.

Dado el número reducido de pacientes, y que los mismos fueron tratados ambulatoriamente, sin hospitalización, algunos casos no volvieron para controlarse u otros no continuaron el tratamiento que se les instituyera inicialmente. En el resumen de las observaciones se hace incapié en las edades de los pacientes, para hacer una pequeña estadística preliminar de esta enfermedad en nuestro medio, dejando para trabajos futuros, datos más completos de la misma.

Asimismo podrán darse cuenta que no mencionamos en algún caso de los tres primeros grupos presentados, el examen físico del paciente, ya que son bien conocidos todos los signos físicos encontrados en los derrames pleurales, que en los nuestros no han presentado ninguna

modificación. Únicamente UN caso no tuvo signos físicos aparentes en la exploración clínica, quizá porque el derrame fuera muy pequeño, o porque el explorador fuera poco acucioso en su examen. En todos los demás casos se encontraron los signos clásicos del derrame pleural a la inspección, palpación, percusión y auscultación, y en los cuales no nos detendremos por tratarse este trabajo únicamente de una orientación y consideración del tratamiento de esta afección.

Asimismo, a la acepción "Antecedentes negativos "o sin importancia", nos referimos más que todo al contacto tuberculoso que pudiera haber tenido el enfermo, previo a su enfermedad. Y también para omitir enfermedades propias de la infancia, pues todos los casos revisados las presentaron.

Desgraciadamente únicamente el 11.7% de los casos presentados en estas consideraciones tienen Mantoux, los cuales todos son positivos (10 mm o más). Esto es muy valioso cuando se tratan de pacientes jóvenes, como un complemento en la historia y examen clínico, para el diagnóstico. No así en pacientes de edad más avanzada, en los que viene a situarse en segundo término, y de los cuales tenemos varios casos en ese porcentaje.

En los casos agrupados en el último párrafo de la división que hemos hecho, se hace una pequeña ampliación del cuadro clínico, un poco más amplia de los que están en los grupos que la anteceden, lo mismo que los datos de examen físico, porque el médico tratante orientó, según estos datos, su diagnóstico a un proceso de naturaleza no tuberculosa, y prueba de ello es la magnífica respuesta de los mismos al tratamiento instituido. Queremos decir también de antemano, que en todos los pacientes el tratamiento específico antibiótico estuvo complementado en primer lugar con el REPOSO ABSOLUTO. Lo mencionamos en esta parte por no aparecer en ninguno de los resúmenes que a continuación siguen, por lo cual hacemos del conocimiento previo.

Dividiremos pues nuestros casos en cuatro grupos según el tratamiento de que han sido objeto.

GRUPO I

Pacientes que no tuvieron ningún tratamiento específico y no se controló su evolución.

2010602. ? años. Asintomática. Antecedentes Neg. R. X: Pleuritis basal der. con pequeño derrame.

2010570 28 años. Asintomática. Antecedentes Neg. R. X: Pleuritis izq. secuela.

2010756 18 años. Asintomática. Antecedentes Neg. Espanto: cultivos NEGATIVOS. R. X: Paquipleuritis izq. ant.

2010859 27 años. Asintomático. Antecedentes Neg. R. X: Pleuritis basal der. No modificó su cuadro radiológico en cuatro meses.

2012210 39 años. Hist.: Hace 4 días presentó tos productiva con expectoración verdosa. Dolor de pecho. Antecedentes Neg. Esputos, cultivos: NEGATIVOS. R. X: paquipleuritis izq.

209311 25 años. Hist.: Catarro desde hace 15 días y tos con expectoración blanquecina. Dolor torácico al toser. Pérdida de peso. Antecedentes: Negativos. R. X. pleuritis der. con derrame. Punción: líquido serofibrinoso. Baciloscopia y Cultivos: O.

209735 19 años. Asintomática. Antecedentes: O R. X: pleuritis der. con derrame. Punción: Negativa.

205566 55 años. Hist.: Tos con expectoración blanquecina desde hace? Dolor de dorso y torax. Fiebres y cefáleas.

R. X: Pleuritis izq. con derrame.

Punción: 270 cc líq. serofibrinoso. Baciloscopia y Cult.: O.

2012498 26 años. Asintomático. Antecedentes: O. R. X: Pleuritis basal der.

2012403 25 años. Asintomático. Antecedentes O. R. X: pleuritis basal izq.

2012664 27 años. Asintomático. Antecedentes O. R. X: pleuritis basal der.

2012658 27 años. Asintomática. Antecedentes: Gripe hace un mes.

R. X: pleuritis basal marginal der.

Evolución: aumentó el derrame en 4 meses sin tratamiento específico.

2012626 57 años. Hist: Tos esporádica con expectoración blanquecina. Anorexia. Cansancio. Antecedentes O.

R. X: Pleuritis basal ant. derecha.

2013794 56 años. Asintomática. Antecedentes O. R. X: pleuritis basal der.

2012895 39 años. Asintomática. Antecedentes O. R. X: pleuritis basal izq.

2012933 29 años. Asintomático. Antecedentes O. R. X: pleuritis basal izq.

2012981 17 años. Hist.: Tos seca desde hace 11 días. Disnea. Anorexia. Fiebres y sudores nocturnos.

Dolor torácico. Antecedentes O. R. X: pleuritis der. con derrame.

Espuito y cultivos: O.

2013169 39 años. Hist.: Hace tres meses le dió gripe, habiéndole quedado tos con expectoración blanquecina escasa. Dolor dorsal. Anorexia. Sudores nocturnos.

Antecedentes: O. Espuito y cultivos: O.

R. X: pleuritis izq. con derrame.

2013433 39 años. Hist.: dolor en hemitórax izq. fuerte al respirar. Pérdida de peso. Anorexia.

Antecedentes: O. Colecistectomía.

R. X: Pleuritis base izq. con derrame.

Espuito y cultivos O.

208282 36 años. Hist.: Hace 8 días catarro y tos con expectoración blanquecina. Dolor torácico desde esa fecha. Disnea, afonía, anorexia. Antecedentes: O.

R. X: Pleuritis izq. con derrame total.

Punción: 300 cc. líq. serofibrinoso. Baciloscopia y cultivos: O.

206059. 28 años. Hist.: Desde hace 8 días tos con expectoración blanquecina. Disnea. Dolor dorsal. Sudores y fiebres nocturnos. Antecedentes: O. Colecistectomía. Ultimo parto hace 22 d.

204682 17 años. Asintomático. Antecedentes: Nefritis. R. X: Pleuritis izq. con derrame.

Punción: Líquido serofibrinoso O. ? cc. Baciloscopia y cultivos: O.

205693 50 años. Hist.: Hace 20 días dolor en dorso y costado izq. Tos con expectoración amarilla. Sudores y fiebres nocturnos. Anorexia. Pérdida de peso. Insomnio. Antecedentes: O. Mantoux: 10 mm.

R. X: Pleuritis basal bilateral con derrame. Punción: 380 cc. Líq. serofibrinoso. Baciloscopia y cultivos: O.

201100 53 años. Hist.: Hace dos años tos con expectoración mucopurulenta. Dolor en tórax. Pérdida de peso. Sudores.
Mantoux: 20 mm.

R. X: Pleuritis en base derecha con derrame.

Espuito y cultivos: O.

Evolución: a los 22 m. de su ingreso se le hizo un broncograma y salió que la paciente tenía bronquiectasia en la base derecha. El derrame a esta fecha había desaparecido solo, mas apareció una densidad parenquimatosa, correspondiente a las zonas de bronquiectasia.

La paciente negó a trat. quirúrgico.

GRUPO II

Pacientes que fueron sometidos a tratamiento con medicamentos tuberculostáticos (DHE y HAIN).

2011523 45 años. Hist.: Hace dos meses tos con expectoración blanquecina escasa. Dolor dorsal. Disnea. Antecedentes: O.

R. X: Pleuritis izq. con derrame.

Punción: O. Tratamiento: DHE y HAIN. ? grs. No tiene evolución. Incompleto.

207661 42 años. Hist.: Catarros frecuentes. Tos con expectoración blanquecina desde hace 21 días. Disnea. Dolor torácico. Fiebres y sudores nocturnos. Anorexia.

R. X: pleuritis izq. con derrame.

Punción: 300 cc. liq. serofibrinoso.

Baciloscopia y cultivos negativos.

Tratamiento DHE: 159 grs. HAIN: 81 grs.

Evolución: buena a los 50 días. Abandonó el tratamiento.

2011971 22 años. Hist.: desde hace 40 días tiene tos con expectoración blanquecina. Anorexia, cansancio. Antecedentes sin importancia.

R. X: Pleuritis der. con derrame.

Punción: 250 cc. liq. serofibrinoso.

Baciloscopia y cultivos: Negativo.

Tratamiento: DHE y HAIN: ? gr.

No tiene evolución.

205465 43 años. Hist.: Desde hace 15 días dolor agudo en pecho y hombros. Fiebres con frios hace 5 días. Tos con expectoración blanquecina. Disnea. Antecedentes sin importancia.

R. X: Derrame pleural derecho.

Tratamiento DHE: 159 grs. HAIN: 81 grs.

Evolución: En 4 meses hubo mejoría pero no varió después de esto en 18 meses.

2010657 20 años. Hist.: Hace 15 días disnea al respirar fuerte y con ejercicio. Estuvo hospitalizado en Hospital General donde le hicieron una toracentesis de 800 cc. de liq. serofibrinoso.

R. X: Pleuritis izq. con derrame.

Tratamiento: DHE 30 g. y HAIN 21 g.

Evolución: buena a los 4 meses.

209705 16 años. Hist.: Hace 15 días le dio catarro. Le quedó tos con expectoración blanquecina y dolor torácico izq.

Disnea y anorexia. Antecedentes sin importancia.

R. X: Derrame pleural izq.

Punción: 70 cc. de liq. serofibrinoso. Baciloscopia y cultivos: O.

Tratamiento: DHE: 60 g. y HAIN: 45 g.

Evolución: buena. Desapareció radiológicamente a los 11 meses.

205429 30 años. Hist.: Tos con expectoración blanquecina de ? duración. Dolor torácico al toser. Fie-

bres y sudores nocturnos. Antecedentes sin importancia.

R. X: Pleuritis der. con derrame.

Tratamiento: 180 g. DHE y 130 g. HAIN.

Evolución: El derrame desapareció totalmente a los 8 meses.

206048 33 años. Hist.: Desde hace un mes padece catarro y tos con expectoración mucosa matinal, sudores y fiebres. Anorexia. Disnea. Dolor torácico. Debilidad. Antecedentes sin importancia.

R. X: Pleuritis izq. con derrame.

Tratamiento: 150 g. DHE, 133 g HAIN y 1080 g. PAS.

Desapareció el derrame a los 13 m. quedando ligeramente engrosada la base.

206743 23 años. Hist.: Desde hace 15 días tos seca sin expectoración. Dolor de espalda. Sudores y fiebres nocturnos. Disnea. Antecedentes negativos. Mantoux 12 mm.

R. X: Derrame pleural der. masivo.

Tratamiento: Punción: 2000 cc. liq. serofibrinoso.

Baciloscopia y cultivo negativos:

DHE 105 grs. y HAIN 210 grs.

A los 15 días después de la punción hizo neumotórax espontáneo. A los 6 meses de tratamiento el pulmón estaba completamente limpio.

2013019 27 años. Hist.: Hace un mes le dió gripe, le quedó dorsalgia esporádica. Tos esporádica con expectoración blanquecina. Antecedentes sin importancia.

R. X: Pleuritis izq. con derrame.

Tratamiento: DHE 30 g. y HAIN 7.5 g.

No tiene evolución.

2012912 36 años. Hist.: Tos productiva con expectoración blanquecina. Cefaleas, fiebre y sudores nocturnos. Anorexia. Dolor torácico. Antecedentes

negativos.

R. X: Derrame pleural der.

Punción: 20 cc. Cultivo: + B. de K.

Espustos seriados negativos.

Tratamiento: 30 grs. DHE y 2.25 g. HAIN.

No tiene evolución por ser caso reciente.

XX 20 años. Hist.: hace un mes le diagnosticaron pleuresía en clínica particular. Le hicieron tratamiento, no sabe cual. Actualmente está asintomático. Antecedentes negativos.

R. X: Derrame pleural der.

Punción: Líquido serofibrinoso. Cultivo del mismo al mes + B. de K.

Tratamiento: DHE 60 g. y HAIN 55 g.

Evolución: A los 4 meses hubo mejoría evidente del derrame. En esta época se comenzó a inyectar Vit. D2 a la dosis de 15 mgrs., dos veces por semana. A los 8 meses de iniciado el tratamiento la mejoría del derrame continuaba, pero al desaparecer se visualizaron micronódulos parenquimatosos.

GRUPO III

Pacientes que tuvieron un tratamiento inicial con Penicilina.

205545 55 años. Hist.: Desde hace un mes tiene tos con expectoración blanquecina. Anorexia, cansancio, sudores y fiebres nocturnos. Pérdida de peso. Antecedentes: cuñada e hijo estuvieron TBC.

R. X: Pleuritis izq. con derrame.

Punción: 12 cc. liq. serofibrinoso. Baciloscopia y

cultivos: O.

Tratamiento: Penicilina: 300000 U. por 10 días.

Evolución: El cuadro radiológico mejoró bastante bien al mes. No hubo reabsorción completa.

205506. 24 años. Hist.: Catarros frecuentes. Tos desde hace ? con expectoración blanquecina. Dolor Torácico. Anorexia, fiebres esporádicas. Antecedentes negativos. Traumatismo torácico hace 7 años.

R. X: Pleuritis izq. con derrame.

Punción: 12 cc. liq. serofibrinoso. Baciloscopia y cultivos negativos.

Tratamiento: Penicilina 300000 U. por 10 días.

No tiene evolución.

2013167 25 años. Hist.: Desde hace 8 días tos con expectoración blanquecina. Dolor torácico. Disnea de esfuerzos. Antecedentes sin importancia.

R. X: Pleuritis basal der. Proceso neumónico.

Tratamiento: Penicilina 300000 U. por 10 días.

Evolución: No tuvo ningún efecto por lo cual se le cambió terapéutica a Estreptomycin 25 g. y HAIN 90 grs. A los 5 meses había reabsorción completa.

2012943 27 años. Hist.: Hace un mes le dió gripe y le quedó tos productiva con expectoración blanquecina. Fríos y fiebres diurnas. Espustos hemoptóicos ? hace una semana. Cefaleas. Anorexia. Dolor torácico. Disnea.

Antecedentes sin importancia.

R. X: Pleuritis der. con derrame.

Tratamiento: Penicilina 300000 U por 12 días.

Evolución: El derrame disminuyó de volumen habiéndose concentrado más en el ángulo costodiafragmático derecho y apareciendo un ligero velo parenquimatoso. No se hizo controles posteriores ni evolución.

2013568 23 años. Hist.: hace un mes fiebre precedida de fríos. Cefaleas, malestar general. Tos seca al principio, luego productiva con expectoración blanquecina. Esputo y cultivos negativos. Antecedentes negativos.

R. X: Pleuritis der. con derrame.

Tratamiento: Penicilina 300000 U. por 10 días.

Evolución: No se controló posteriormente.

205227 25 años. Hist. Asintomático. Antecedentes sin importancia. Esputo y cultivo negativos.

R. X: Pleuritis basal der.

Tratamiento: Penicilina 300000 U. por 10 días.

Evolución: al 1 mes hubo mejoría evidente aunque no curación completa.

204815 18 años. Hist.: Dolor hemitórax der. desde hace ?. Fiebres y fríos esporádicos. Antecedentes sin importancia. Espustos y cultivos negativos.

R. X: Pleuritis basal der. con derrame.

Mantoux 10 mm.

Tratamiento: Penicilina 300000 U. por 10 días.

Evolución: no se controló posteriormente.

205566 55 años. Hist.: Tos con expectoración blanquecina. Disnea. Dolor en hemitórax der. Cefaleas y fiebres esporádicas. Antecedentes negativos.

R. X: Pleuritis izq. con derrame.

Punción: 270 cc. liq. serofibrinoso.

Tratamiento: Penicilina 300000 U. por 10 días.

Evolución: Al mes el cultivo de la punción fue positivo para B. de K. y el paciente ya no se controló.

202093 28 años. Hist.: Tos con expectoración blanquecina desde hace ? Pérdida de peso. Anorexia. Sudores y fiebres nocturnos. Antecedentes sin importancia.

Mantoux: 12 mm.

Esputo, baciloscopia y cultivos: O.

R. X: Paquipleuritis marginal der. con derrame.

Tratamiento: Penicilina 300000 U. por 10 días.
Evolución: No hubo modificación del cuadro al mes. Persisten los síntomas. Abandonó el tratamiento.

205645 42 años. Hist.: Hace un año padece de fríos nocturnos, cefalea y dolor de espalda. Catarros frecuentes. Estuvo hospitalizado donde le sacaron 3 litros de líquido del pulmón ???. Antecedentes sin importancia.
Mantoux: 10 mm.
R. X: Derrame plural derecho.
Espujo y cultivos negativos.
Tratamiento: Penicilina 300000 U. por 10 días.
Evolución: A los 4 meses el derrame había reducido su tamaño, persistiendo denso el ángulo costodiafragmático derecho.
No continuó tratamiento.

GRUPO IV

Pacientes que fueron tratados con la asociación de Penicilina, Estreptomicina y Vitamina D2. Y se controló bien su evolución.

A.—11 años. Hist.: Hace 15 días cefalea, fiebre y malestar general. Luego apareció tos seca, más o menos constante. Disnea, dolores articulares. Anorexia. Examen físico: Febril. Amígdalas crípticas enrojecidas. Signos de derrame pleural.

R. X: Pleuritis der. con derrame.
Tratamiento: Penicilina 400000 U. y DHE 0.50 grs. por 10 días + 15 días de Penicilina 400000 U. sola. Y Vitamina D2, 15 mgrs. dos veces por semana por espacio de diez semanas.

Evolución: A los 6 días el paciente estuvo afebril. El estado general mejoró enormemente bien en todo sentido.

Evolución radiológica satisfactoria habiendo desaparecido completamente el derrame a los 6 meses.

B.—15 años. Hist.: Ataque de amigdalitis aguda hace 12 días. Dolor de costado actualmente en hemitórax izq. Fiebres.

Examen físico: Amígdalas hipertróficas enrojecidas. Febril. Signos de derrame pleural izq.

R. X: Derrame pleural izq.

Tratamiento: Penicilina 400000 U por 10 días. Vitamina D2, 15 mgrs. dos veces por semana durante 4 semanas.

Evolución: 8 días después de iniciado el tratamiento la fiebre desapareció. Aspecto general mejorado. El aspecto radiológico mejoró también, habiendo desaparecido el derrame a los 2 meses. Paciente controlada a los 2 años: normal.

C.—38 años. Hace 8 días cefaleas y dolores musculares. Fiebre irregular. Después apareció dolor en hemitórax derecho. Disnea. Tos seca que aumenta el dolor torácico. Anorexia, sudores, astenia. Antecedentes O.

Examen físico: Amígdalas enrojecidas, dientes caries II, tórax signos de derrame.

R. X: Derrame pleural der.

Tratamiento: Penicilina 1000000 U. c/5 días, 4 dosis. Vitamina D2, 15 mgrs. dos veces por semana durante 6 semanas. Luego 1 vez por semana para completar 12 semanas.

Evolución: A los 8 días cedió la sintomatología clínica. Radiológicamente el cuadro mejoró bastante a los 21 días. Habiendo desaparecido totalmente a los 3 meses.

Control del paciente a los 2 años: Normal.

D.—28 años. Hist.: Paciente con proceso agudo febril, dolor de costado derecho, disnea, tos seca al principio, luego con expectoración mucopurulenta herrumbrosa. Anorexia. Dolores generalizados. Antecedentes negativos.

Examen físico: Febril, disnea, signos pleuropulmonares.

R. X: Derrame pleural derecho.

Tratamiento: Penicilina, terramicina, sulfas. Vitamina D2, 15 mgrs. dos veces por semana durante 6 semanas, luego una vez hasta completar 12 semanas.

Evolución: Clínicamente normal en 8 días. La expectoración persistió más o menos un mes. Radiológicamente al mes de iniciado el tratamiento ha mejorado notablemente. A los 3 meses la imagen ha desaparecido completamente, lográndose esto a los 10 meses.

E.—9 años. Hist.: Principio agudo con tos seca, nocturna, dolor en hemitórax derecho. Fiebre alta.

Examen físico: amígdalas hipertróficas enrojecidas. Tórax: derrame pleural.

R. X: Derrame pleural derecho.

Tratamiento: Penicilina 1.200000 U. c/4 días. Sulfas 10 grs. diarios. Vitamina D2, 15 mgrs, dos veces por semana hasta completar 8 semanas.

Evolución: Clínicamente cedió a los 5 días. Mejoró el estado general. La afección amigdalina ha recrudecido por lo cual se ha repetido el tratamiento antibiótico. Radiológicamente el cuadro desapareció a los 3 meses.

F.—20 años. Hist.: Hace 15 días dolores articulares y malestar general. Fiebre no controlada. 5 días después con expectoración mucosa abundante. Disnea. Fiebres nocturnas. Cefalea persistente. Antecedentes: Embarazo en curso.

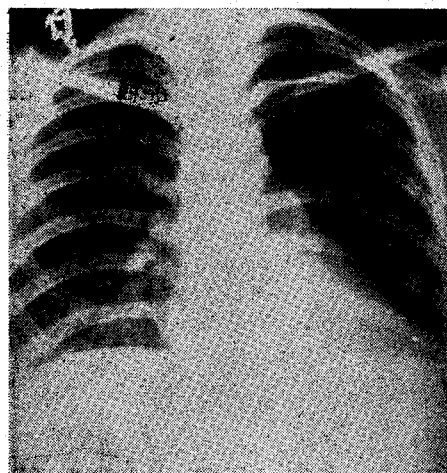
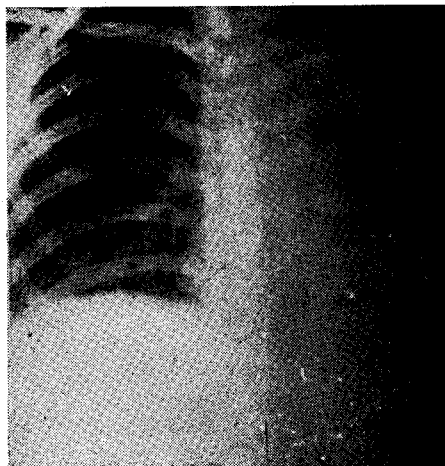
Examen físico: Sepsis oral II, febril, signos de derrame pleural.

R. X: derrame abundante pleural izquierdo.

Tratamiento: Penicilina 400000 U. por 10 días. Estreptomycinina 0.5 gr. c/12 hs. por 10 días. Luego penicilina la misma dosis por 15 días y estreptomycinina 1 gr. dos veces por semana durante dos semanas. Vitamina D2, 15 mgrs. dos veces por semana durante 4 semanas y luego 15 mgrs. semanalmente hasta dos meses de tratamiento.

CASO F

Antes del
Tratamiento



A los tres meses de
tratamiento previos con-
troles fluoroscópicos.

Evolución: Clínicamente cedió el cuadro a los cinco días. Radiológicamente el derrame había desaparecido a los 2 meses.

COMENTARIOS Y ANALISIS DE TRATAMIENTOS

El primer grupo reúne aquellos casos que no tuvieron ningún tratamiento específico, ya que la mayor parte de ellas no volvieron a llegar a control, ni efectuaron algún recurso terapéutico para su dolencia. La única medida que se tomó para el inicio de tal tratamiento fue en cinco casos de los 24 presentados, la toracentesis, que nos parece llevó dos fines: terapéutico y de diagnóstico.

Haciendo un breve comentario de este grupo, nos parece que la punción única y exclusivamente se debió llevar a cabo con fines diagnósticos, y bajo ningún punto de vista para iniciar tratamiento, salvo aquellos casos en los cuales es de necesidad paliativa para el paciente, quien se encuentra muy disnéico, ya que se trata de un derrame masivo, y la toracentesis le va a ser beneficiosa en su bienestar subjetivo. Decimos que no debe emplearse con fines a iniciar un tratamiento, porque actualmente contamos con técnicas y medicamentos de diferente especie para la reabsorción de los derrames pleurales no organizados. Y por otra parte, si no se ataca el germen causal irremisiblemente el derrame vuelve a establecerse. Esto llevaría a toracentesis periódicas que redundaría en perjuicio del paciente, con todas sus consecuencias: engrosamientos pleurales, adherencias, empiemas por inoculación, etcétera.

La evolución de estos pacientes, por haberse perdido de vista, no se puede seguir y por consiguiente tampoco se podrá analizar debidamente. En el grupo II se

reúnen 12 pacientes a quienes se les hizo tratamiento con agentes antituberculosos (DHE y HAIN), habiéndose practicado en ocho de ellos toracentesis. En dos de ellos se encontró en el cultivo del líquido pleural, el bacilo de Koch. A los pacientes de este grupo en quienes se pudo seguir la evolución, se comprobó que ésta fue favorable en un término relativamente largo, y que osciló entre los 50 días y los 13 meses.

Encontramos en el tratamiento de estos pacientes algunas deficiencias por varios motivos. En primer lugar fue dado este tratamiento sin comprobación exacta de su naturaleza tuberculosa, aunque en dos de los pacientes se encontró por cultivo el bacilo de Koch después de un mes de tratamiento. Por otro lado no se hizo control de Mantoux en todos los casos, y en los que se hizo también la clínica hacía pensar en que se tratara de derrames de ese origen. Lamentablemente no todos los pacientes son anuentes a que se les haga un tratamiento tan largo por una simple sospecha.

En el grupo III se reúnen 10 casos tratados con penicilina y evolucionaron favorablemente entre 1 y 4 meses, sin haber desaparición completa de derrame, en ninguno de los casos. Uno de ellos no influenciado absolutamente por el antibiótico, y llegó a reabsorberse al cambiar por tuberculostáticos a los cinco meses de tratamiento. Otro caso, después de efectuado el tratamiento con penicilina, su cultivo hizo evidente el bacilo tuberculoso en líquido producto de la punción. Y por último, otro caso demostró, al aclararse un poco el derrame, micronódulos parenquimatosos, después de mejorar el mismo con penicilina en un mes.

Debemos decir que al usar penicilina así por así, sin tener una comprobación clínica específica se tendrán resultados variables en la evolución del paciente. Debe seguirse pues, desde el principio un cuidadoso estudio clínico y de laboratorio, previo a usar tal o cual antibiótico.

Esto tiene gran valor económico, tanto dispensarial como de clientela particular, pues se evita el gasto de la primera droga inefectiva.

En el último grupo encontramos casos que clínicamente estaban relacionados con un proceso agudo amigdalino o séptico, y aunque no se hizo ninguna comprobación bacteriológica, con buena suerte, la evolución clínico-radiológica fue satisfactoria, y en menor tiempo en todos los casos, omitiendo deliberadamente la toracentesis y añadiendo al tratamiento la vitamina D₂, que demostró ser bastante beneficiosa.

La asociación penicilina-estreptomicina es de uso corriente en la actualidad, ya que se juntan dos antibióticos bactericidas y bacteriostáticos potentes. Asimismo, cuando un caso está dudoso de su etiología, no hay nada mejor que el uso de medicamentos que efectúen dos ataques bien organizados, para su derrumbamiento clínico. Decimos bien organizado y sistemático, para el caso que evolucionara, o se visualizara posteriormente alguna forma parenquimatosa, de los cuales presentamos varios casos, ya se ha avanzado algo en su terapéutica con la estreptomicina, aunque eso sí, sin prevenir una resistencia posterior a la misma, mas esto lo dejamos para otro tipo de consideraciones.

Haciendo una pequeña estadística de los casos observados hemos comprobado que el 7.7% de nuestros derrames se comprobaron posteriormente radiológica o bacteriológicamente de naturaleza tuberculosa, añadiendo a esto los dos casos que respondieron únicamente cuando se les cambió el tratamiento por tuberculostáticos, y los casos que remitieron desde el principio con el mismo. La totalidad de los casos que se les hizo punción, el líquido obtenido fue de naturaleza serofibrinosa, o sea el 28.8% de nuestros casos.

La frecuencia en edades que encontramos son las siguientes:

0 - 10 años	: 1 casos	= 1.9%
10 - 20 años	: 9 casos	= 17.3%
20 - 30 años	: 20 casos	= 38.4%
30 - 40 años	: 9 casos	= 17.3%
40 - 50 años	: 6 casos	= 11.5%
50 - 60 años	: 6 casos	= 11.5%

NOTA: no se incluye el caso sin edad anotada.

TERCERA PARTE

CONCLUSIONES

1.— En presencia de todo cuadro pleuro-pulmonar debe hacerse un estudio completo clínico, radiológico y bacteriológico.

2.— La evolución de los cuadros pleurales infecciosos está condicionada por los factores etiológicos, cuya naturaleza debe establecerse con precisión.

3.— El tratamiento debe ser racional y regido exactamente por la naturaleza de la afección y el germen causal.

4.— Se ha comprobado que en los derrames de naturaleza infecciosa, puede omitirse la toracéntesis, si no está afectada la capacidad funcional del individuo.

5.— Dada la frecuencia de tuberculosis en nuestro medio como causa de la mayoría de los derrames serofibrinosos, es conveniente el tratamiento de los mismos con

medicamentos antituberculosos, aún cuando no estuviera comprobada bacteriológicamente su naturaleza tuberculosa, y en un lapso de tiempo no menor de un año.

6.— En todos aquellos casos que no se crean de origen tuberculoso es útil la combinación de penicilina u otros antibióticos, con la vitamina D2.

CARLOS FCO. CONTRERAS P.

Vo. Bo.

Dr. Julio César Mérida.

Prímase:
Dr. Ernesto Alarcón.

Decano.

Bibliografía

- 1.—Enfermedades del Tórax. Hinshaw Garland. 1957. Capítulo 33.
- 2.—Traité de Médecine. Lemeire, Lenormant et coll. 1948. Tome V, pág. 813.
- 3.—Patogenia de la tuberculosis. Rich. 1946. Página 762 y siguientes.
- 4.—Tratado de Tisiología. Rey, Pangas y Massé. 1954. Páginas 108, 111 y 196.
- 5.—Formas anatomoclínicas, Diagnóstico y tratamiento de la TBC pulmonar. M. Tapia, 1946. Páginas 175 y siguientes.
- 6.—J. G. Sibley. Am. Rve. Tuberc. 1950.
- 7.—W. Roper y J. Warring. Am. Rev. of tuberc. 1955.
- 8.—Myers, Dihel, Boynton y Trach: Development of tuberculosis in adult life. Arch. Int. Med. 1937.
- 9.—Paterson: The Pleural reaction to inoculation with tubercle bacilli in vaccinated and normal guinea pigs. Am. Rev. Tuberc. 17-18. Mencionado por Rich.
- 10.—A note on exudative and productive processes in pleural tuberculosis infections. Am. Rev. Tuberc.
- 11.—Tratado de Medicina interna. Harrison. 1957. Páginas 1394 y siguientes.
- 12.—Aguilar Rodríguez. Tratamiento de las pleuritis no tuberculosas. Trabajo presentado en el Congreso Médico de Guatemala, 1957.