

## Un caso de pleuresía purulenta de la gran cavidad pleural a micrococcus catarrhalis

*Presentado a la Asociación Médica Hondureña por el*

*Doctor Ramiro H. LOZANO*

En las pleuresías purulentas consecutivas a enfermedades infecciosas, tales como Neumonía lobar aguda, septicemia o tuberculosis avanzada, el germen causal es habitualmente el mismo que el de la enfermedad primaria, no olvidando tampoco la posibilidad que otros organismos puedan venir a complicar el cuadro clínico.

En el pasado las pleuresías purulentas han sido muy frecuentes. El agente microbiano en causa más comúnmente encontrado ha sido el estreptococo hemolítico, en epidemias de tonsilitis o de neumonías estreptocócicas, ellas mismas a su vez como complicaciones del sarampión o influenza. Según las estadísticas de Brooks y Cecil, durante la Gran Guerra, la incidencia de empiema fue de 36% en neumonías estreptocócicas, y del 11% en casos de neumonía producida por neumococo. Según las estadísticas de Lord en período no epidémico, sobre 137 casos de empiema, se encontró el neumococo en el 39.4% de casos, el estreptococo en el 20.4%. Otros organismos más raros encontrados han sido el estreptococo mucosus capsulatus, el bacilo de Friedlander, estafilococo aureus, bacilo tífico, diftérico y piocianico.

En otro cuadro estadístico recopilado de el examen de 33 casos del Servicio de Cirujía Infantil del Profesor Ombredanne, del hospital Enfants Malades de París y prior al año de 1933, los diferentes gérmenes causales fueron encontrados en el pus del empiema: 19 casos a neumococo, 7 a estreptococo, 2 a estafilococo asociados, un tuberculoso secundariamente infectado y 3 gangrenosos.

En ninguna de las estadísticas consultadas no se ha hecho mención acerca del Micrococcus Catarrhalis como agente causal, en las Pleuresías purulentas.

Ya Philibert había mencionado el papel que juega el Micrococcus Catarrhalis en las afecciones del aparato respiratorio, (casos de Pleuresías Purulentas producidas por este germen), en donde raramente se encuentra solo, asociado frecuentemente al Neumococo, estafilococo y estreptococo. Su poder patogeno ha sido considerado como nulo para los animales de laboratorio, y solamente en grandes cantidades puede provocar peritonitis mortales cuando es inoculado en el peritoneo del cobayo. Según este mismo autor, su virulencia es mínima para el hombre. Sin embargo, es justo suponer que bajo ciertas condiciones (debilidad del organismo, cronicidad de la afección pulmonar subyacente) su virulencia puede aumentar. La observación que a continuación presentamos puede ilustrar este punto de vista.

Miguel A. G., de 45 años de edad, salvadoreño, sastre, de raza blanca, fue admitido al Hospital Viera el 25 de febrero de 1944. Su principal padecimiento era dolor torácico, tos pertinaz acompañada con expectoración abundante, síntomas que habían aparecido dos

meses antes, y los cuales se habían recrudecido durante los últimos días. En efecto su padecimiento remonta al 10 de diciembre de 1943, cuando presentó bruscamente temperatura elevado, con escalofríos, tos y malestar general. Fue examinado por otro colega, quien ordenó practicar un examen radiológico, el cual reveló la existencia de un derrame pleural derecho. Un diagnóstico de Pleuro-Neumonía fue hecho. Una punción pleural fue practicada en ese lado, retirando solamente una pequeña cantidad de líquido. El tratamiento subsiguiente consistió en Sulfonamidas y sedativos por vía hipodérmica, habiéndose notado alguna mejoría durante los 15 días siguientes. De esta época hasta el 15 de febrero de 1944 no tuvo tratamiento, habiendo presentado en esa fecha los mismos síntomas anteriores. Una segunda punción fue practicada, habiéndose obtenido alrededor de medio litro de pus, de color oscuro según el decir del paciente.

Un día antes de su admisión al hospital existía una tos frecuente, intensa, casi continua y productiva, acompañada de una expectoración formada por esputos color chocolate en gran abundancia, a tal grado que el paciente portaba consigo un recipiente en donde escupía constantemente, siendo obligado a vaciarlo varias veces al día.

En sus antecedentes personales se encontró gonorrea y paludismo, tratado satisfactoriamente. Ha tenido 15 hijos, varios han muerto de causas que él desconoce. Antecedentes familiares completamente negativos.

El examen sistemático de aparatos fue negativo. Hábitos: Ingerió moderadas cantidades de alcohol durante su juventud. No fuma, toma poco café.

El examen físico mostró un adulto bien desarrollado, pálido, de aspecto terroso, disneico y quejándose de moderado dolor en el tórax.

**Cráneo y cara** negativos. **Oídos, ojos, nariz, boca y garganta**, normales.

**Cuello**, cuerpo tiroides normal. Adenopatía ausente.

Tórax, a la inspección: hemitórax derecho, disminución de la amplitud respiratoria y visible separación de los espacios intercostales. A la palpación, disminución de las vibraciones vocales. A la auscultación abolición del murmurio vesicular y algunos frotamientos pleurales al límite superior del derrame. Ausencia de soplo pleurítico, egofonía, pectoriloquiáfona y signo de la moneda a la persecución y auscultación combinadas.

Corazón: ensanchado dos traveses de dedo más allá de la línea claviclar media. Ruidos cardíacos de buena calidad. **Thrills** y soplos ausentes. Pulso, cien latidos por minuto. P. A. 13Ü/90.

**Abdomen:** moderadamente obeso. Hígado, bazo normales. Ríñones no sen palpables.

**Columna vertebral:** configuración normal, ausencia de dolor provocado.

**Órganos genitales:** de aspecto normal.

**Examen rectal:** existencia de hemorroides internas y externas.

**Miembros superiores- e inferiores:** de aspecto y configuración normales.

Reflejos Fisiológicos.  
Diagnóstico de admisión:

Empiema crónico derecho.  
Bronquiectasis,  
Fístula bronco-pleural derecha.  
Hemorroides internas y externas.

### Evolución de la enfermedad

En el día de su admisión la temperatura subió a 100 F. Una dracma de Sol de Stokes y XV gotas de tintura *de* opio fueron administradas al enfermo. Recuento globular 3.728.000 hematíes. 70% de Hb.-13.000 leucocitos con 80 PMM. Orina y heces fecales negativas. Esputo negativo por B. K. Ex. radiológico: Derrame pleural derecho con nivel líquido remantando a la altura del tercer espacio intercostal. Corazón desviado hacia la izquierda. Pulmones de apariencia normal. Al siguiente día fue practicada una punción exploratriz en el noveno espacio intercostal. 20 cc de pus amarillento, espeso y sin tener mal olor fueron obtenidos. El examen bacteriológico y cultivo del exudado mostró un diplococo Gram negativo, identificado como *Micrococcus Catarrhalis*, sin haber sido encontrados otros gérmenes asociados. Por la tarde hubo escalofríos con ascensión térmica a 101.

El 27 de febrero se practicó una toracotomía sin resección costal, en el noveno espacio intercostal, bajo infiltración novocaínica al 1%. Una incisión fue hecha en el mismo lugar de la punción exploratriz, sobre la línea que pasa por el vértice del omoplato, el paciente en posición sentada. Acto seguido un trocar del mayor calibre juntamente con su obturador, fue introducido en la herida, inmediatamente en contacto con el borde superior de la costilla subyacente, evitando el paquete vascular nervioso intercostal. Después de haber penetrado la cavidad pleural, el obturador fue retirado, introduciéndose inmediatamente un catéter No. 20 vaselinado, el cual se adaptaba apretado al calibre del trocar. Aproximadamente un litro de exudado fue evacuado. Una sutura con seda fue puesta en la herida, a la cual se fijó el catéter, cubriéndosele con una curación comprensiva. En seguida el catéter fue conectado con un sistema de drenaje cerrado continuo. Irrigaciones con Sol. Salina fisiológica fueron instituidas tres veces al día, usándose 100 cc cada vez.

El 28 de Feb. la temperatura descendió a la normal, *tu* expectoración había disminuido. Al paciente se le dio amoniato de hierro y *tia*-mina por vía oral a partir de ese día. Dos días más tarde la tos y la expectoración habían disminuido casi completamente. Las irrigaciones fueron substituidas por una solución de ácido bórico al A. El 5 de marzo, la expectoración fue casi nula. La temperatura permaneció en la normal al partir de ese día. El 8 de marzo un recuento globular mostró: 3.888.000 hematíes con 60% Hb., 9.100 leucocitos, 70 PMN, 3 E, 3 GM, 24 L. Reacción de Kahn negativo. Irrigaciones

con sol de Dakin al 2.5% fueron instituidas, usándose solamente 50. cc. El 10 de marzo el líquido de drenaje regresaba claro, el tubo fue suprimido. El 17 el paciente sale restablecido del hospital. Una fluoroscopia mostró ascensión del diafragma derecho, ausencia de líquido con integridad del pulmón adyacente. El diagnóstico final fue: Pleuresía purulenta de la gran cavidad pleural derecha. Hemorroides internas y externas.

Ulteriormente una radio de control mostró ausencia de líquido y persistencia de la ascensión diafragmática derecha. Pulmones normales.

### Comentario

Como fácilmente se puede observar en este caso, la pleurotomía mínima con drenaje cerrado continuo produjo una mejoría notable, tanto en los signos generales como funcionales en las 24 horas des pues de haber sido practicada la intervención. Siete días más tarde la expectoración fue casi nula y la tos había desaparecido. El enfermo se sentía mejorado y lleno de optimismo, pudiendo dormir sin ser molestado por la tos pertinaz.

Se ha dicho, sin embargo, que la pleurotomía no constituye un tratamiento fisiológico. Esto es exacto en gran parte, debido a que la expansión pulmonar es contrarrestada por la ventilación de la pleura a cada movimiento inspiratorio. Esto se remedia en cierta medida, obturando la brecha con una banda oclusiva, el drenaje cerrado es pues en este caso, ideal bajo todo punto de vista.

A este respecto mencionaremos la gran experiencia de McGrath, quien ha tratado satisfactoriamente 147 casos de empiema de diferentes etiologías por el método antes citado, incluyendo cuatro casos difíciles. Este autor ha introducido una modificación, agregando al drenaje cerrado la inspiración continua por medio del aparato de Wangenstein, usando una sonda de Pezzer No. 30 a 36, La decompresión se realiza al ritmo de 100 ce por hora en el adulto y por término medio.

En casos cuando se han obtenido menos de 100 ce por la inspiración, entonces el drenaje continuo es mantenido durante 48 horas. Después se instituye la irrigación con solución salina fisiológica, durante 2 o 3 días, reemplazándola enseguida con solución de Dakin. McGrath recomienda llenar la cavidad una vez al día y a cada 4 horas de intervalo con un poco menos de la cantidad antes mencionada, manteniendo la aspiración continua entre las irrigaciones.

En cuanto a las punciones evacuatrices, sabemos desde hace mucho tiempo que éstas responden a dos concepciones, primeramente ellas constituyen una manera de contemporización, para así permitir operar en condiciones más favorales, o bien son empleadas como un ensayo de tratamiento de las pleuresías nemococciacas. Como lo ha hecho notar Fèvre, la punción encuentra allí sus indicaciones muy útiles, pero con frecuencia es ineficaz en el tratamiento de las pleuresías purulentas. Y agrega: «En cuanto a las punciones evacuadoras repetidas, teniendo como finalidad la curación integral, ellas no deben

ser consideradas sino como una tentativa de tratamiento que no se debe prolongar si se muestra ineficaz o de resultados mediocres».

La naturaleza neumocócica de 3a enfermedad podría sugerir una coo-temporización. Pero la experiencia nos enseña en gran número de desases operatorios pueden, ser evitados con una intervención precoz, así como también la caquexia y muerte,-! tardías debidas a la evolución crónica de la afección, sin olvidar tampoco la infección posible de la pared frecuente de las pleuresías purulentas a estafilococos;

listos principios fundamentales han sido aplicados en Cirugía Infantil por la Escuela del Profesor Ombredanne, la cual advoca la pleurotomía simple sin resección costal, como operación ideal en el tratamiento de las pleuresías purulentas del niño.

En resumen, pues estas pleuresías infantiles deben ser operadas a excepción hecha de algunas Pleuresías a Neumococos suficientemente benignas, que puedan responder a la punción, como también aquellas producidas por estreptococos, estafilococos y gérmenes anaeróbicos.

En cuanto a los compuestos sulfamídicos, podemos afirmar en lo que se refiere a nuestro caso, fueron usados la sulfanilamida y sulfathiazol en fuertes dosis, sin haber conseguido no más que una mejoría transitoria. Es bien sabido el efecto preventivo que estas drogas ejercen en la aparición de los empiemas. post-neumónicos, sin olvidar que en ciertos casos ellas más bien tienen tendencia a enmascararlos, y más aún puede suceder que la Temp. y los signos clínicos de toxicidad no hayan todavía aparecido, y sin embargo, la cavidad pleural puede encontrarse repleta de exudado. Esto aparentemente fue lo que ocurrió en el caso que ha sido presentado. Es ilusorio pues, pedir a los compuestos sulfamídicos más de lo que pueden ofrecer. En cuanto a la Penicilina Sódica, es muy prematuro en la actualidad evaluar su acción sobre el *Micrococcus .Catarrhalis* por falta de pruebas tanto clínicas como experimentales, sin olvidar que esta droga ofrece grandes posibilidades teurapéuticas.

### Referencias

- 1.—Eloesser L. In F. Christopher. Text-book of Surgery. 1942, p 959.
- 2.—Callander. Surgical Anatomy. 1941. Second Edition, p 245.
- 3.—Cecil R. L. Text-Book of Medecine. p 973. 1942. 4.—Cutler E. C. and R. Zollinger. Atlas of Surgical operations, p20.
- 5.—E. E. Lauwers. Inroduction á la Chrirugie Thoracique. 1944, p 17.
- 6.—Févre M. Chirurgie Infantile d' Urgence, 1933, 101.
- 7.—Philibert André. Précis de Bacteriologie Médicale. 1931, p203.
- 8.—Pathologie Médicale. Questions d' Externat. Paris 193.
- 9.—McGrath E. J. A. revised technique for the treatment of empyema. South M. J. 1944. 37:127. .

Tegucigalpa, D. C, República de Honduras, 1944.