

Historias clínicas del Servicio de Niños del Hospital General

—Por el Dr. Antonio 6D Vidal -

Meningitis aguda a neumococos, curada por Penicilina intrarraquídea

Miguel Ángel Rodríguez, de 9 años, ingresó al Servicio de Niños el 12 de febrero de 1945.

Anamnesia Próxima: Refiere la madre del niño que la enfermedad se inició a fines del mes de enero pasado, por fiebres bruscas precedidas de escalofríos y acompañadas de violenta cefalalgia, náuseas, malestar general e inapetencia, terminando todo por escasa diaforesis. Por espacio de quince días estas fiebres se presentaron con un día de intervalo, acusando idéntico cuadro sintomático y habiendo sido tratadas con tabletas de metoquina en número de tres diarias durante una semana. El 4 de febrero, de una manera brusca y a continuación de una copiosa comida, se le instaló fuerte elevación térmica, que a partir de entonces observó un carácter continuo, acompañándose de intensa cefalalgia de carácter permanente, vómitos acuosos abundantes y repetidos, al propio tiempo que el estado general se volvía sumamente grave. Después de un período de delirio de acción, y de palabra, que duró dos días, todo el cuerpo del niño se encogió, tomando una posición en gatillo de escopeta, entrando finalmente en un período de inconsciencia que apenas le permitía moverse y articular palabra, asegurando también la madre del enfermo que cualquier movimiento, y a veces un simple contacto, lo hacía dar gritos de dolor. En estas condiciones fue trasladado al Servicio de Niños del Hospital General.

Anamnesia Lejana. Niño nacido a término, de padres sanos, de edad media, sin malformaciones. Parto normal. Peso aproximado al nacer 6 libras. Fué alimentado al seno materno hasta los diez meses. Ha padecido de sarampión, viruela, parotiditis, disentería amibiana y fiebres de carácter palúdico.

Antecedentes Hereditarios y Colaterales. Sus padres viven y son sanos. Solamente tiene un hermano de trece' meses de edad y es sano. La madre no ha tenido abortos.

Funciones orgánicas generales: Apetito nulo; sed escasa; sueño caprichoso; evacuaciones normales. Aparato respiratorio, circulatorio y digestivo, normales. Temperatura oscilando entre 38 y 40" C.

Estado presente. Niño de talla regular, con arquitectura ósea normal, musculatura y panículo adiposo regularmente desarrollados y distribuidos; actitud en gatillo de escopeta; sensorio y psiquismo embotado; piel morena pálida y seca. Llama la atención el estado general grave.

Sistema nervioso: Actitud en gatillo de fusil. Contractura de la nuca. Hay Kernig y Bruwinsky bien marcados. Masas musculares dolorosas. Motilidad activa disminuida. Reflejos tendinosos exagerados, con evidentes signos de piramidalismo, tales como clonus de la rótula y del pie, fácilmente comprobables. Reflejos cutáneos normales. Sensibilidad táctil, térmica y dolorosa conservadas y un poco exagerada esta última. Estación de pie y marcha imposibles. Pupilas dilatadas.

Exámenes complementarios: Orina: Densidad 1015, ácida, ligeras trazas de albúmina, células epiteliales y leucocitos, células de pus, hematíes y bacterias. Heces: Tricomonas. Recuento G. R. 3.850.000, G. B. 22.500; Neutrófilos 80%, E—1%, L—15%, G.M. 4%.

Líquido cefalorraquídeo: Aspecto purulento, fibrinoso. Al examen bacteriológico abundantes neumococos.

Diagnóstico: Meningitis aguda a neumococos, forma grave

Tratamiento: 700.000 unidades de penicilina, de las cuales 500.000 fueron inyectadas intrarraquídeamente a razón de 20 a 40.000 unidades diarias, según las fluctuaciones de la temperatura y las alternativas de mejoría y agravación de síntomas obtenido en el curso de la enfermedad. Se le practicaban dos inyecciones diarias, mañana y tarde, retirando la misma cantidad de líquido purulento que la cantidad de penicilina inyectada. Algunos días se inyectaron de 15 a 25.000 unidades intramuscularmente. Al cabo de diez días de tratamiento la enfermedad empezó a ceder, el líquido cefalorraquídeo se volvió claro, la temperatura bajo a lo normal, y todos los demás síntomas desaparecieron. Al cabo de un mes se le dio el alta completamente curado.

Comentarios

1°—Las meningitis agudas a neumococos han sido hasta el presente las meningitis más difíciles de tratar con éxito.

2°—La mortalidad señalada por los autores han variado del 56 al 90%, dependiendo naturalmente del tipo y tratamiento recibidos.

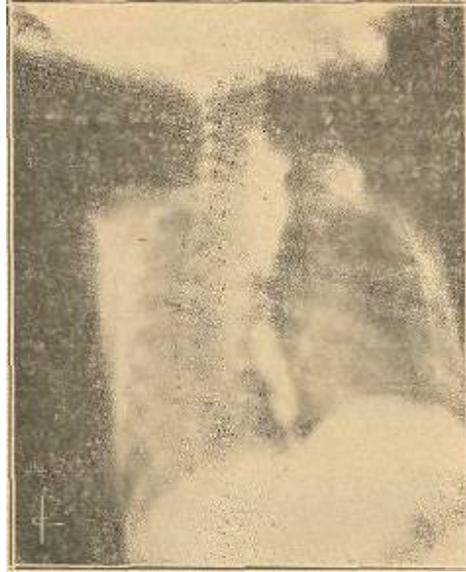
3°—La penicilina ha sido empleada en el extranjero en casos similares a razón de 5 a 10.000 unidades mañana y tarde intrarraquídea. Esta dosis nos resultó a nosotros inadecuada, por lo cual tuvimos que usar de 20 a 40.000 unidades por día.

4°—No fue necesario usar sulfas, ni ninguna otra droga.

II

Estenosis Esofágica por ingestión de cáustico.

Wilfredo Carranza, de 20 meses, nacido en San Pedro Sula, vecindado en Comayagüela, ingresó al Servicio de Niños el 10 de Julio del corriente año.



Radiografía que muestra las estenosis -esofágicas mencionadas en la presente observación.

Historia clínica. El 29 de enero de 1945 ingresó en una Casa de Salud, padeciendo de sarampión, en la convalecencia del mismo observaron que presentaba una disfagia; ligera para los sólidos, la cual mejoró con la belladona. Fue dado de alta el 31 del mismo mes. Reingresó el 29 de mayo con una disfagia total, tanto para sólidos como para líquidos; se averiguó entonces por una tía del paciente, que en casa de ella y en el mes de enero, ingirió una pajuela de soda cáustica que encentró en el suelo. A los Rayos X se descubrió una estrechez esofágica, por la cual se le practicó una gastrostomía, el 4 de junio, dejándole una sonda para alimentarlo; fue reclamado por su madre el 9 del mismo mes, se le entregó y se le dieron las indicaciones del caso para sus cuidados y alimentación. El 4 de julio volvió al mismo centro, quejándose la madre de que su hijo comía toda clase de alimentos, pero que éstos volvían a salir por el agujero de la gastrostomía, que se presentaba entonces sin sonda y de un tamaño aproximado al de un lempira; se le hizo entonces una gastrorrafia, el mismo día, no siendo posible observarlo ulteriormente porque la madre volvió a llevarselo al día siguiente; el 6 del mismo mes de julio ingresó a la 2^a S. de M. de este Hospital General, con un cuadro claro de bronquitis aguda

y con una fístula gástrica por esfacelo de la operación recién practicada; a pesar de su estado general tan desfavorable, se le hizo nuevamente una gastrorrafia por planos, que posiblemente por las condiciones especiales del paciente dejó una fístula gástrica del tamaño de un centavo. El 10 de este mismo mes ingresó al Servicio de Niños de este mismo Hospital, en pésimas condiciones, con una marcadísima desnutrición, una muy avanzada distrofia y su bronquitis en regresión. Pudo observarse disfagia para los sólidos. Se inició entonces un tratamiento reconstituyente energético, pero a pesar de todo, su estado general empeoró, y su desnutrición avanzó tanto, que desapareció hasta la bolsa adiposa de Bichat, y el enfermito presentó la característica "cara de viejo" de la atrofia. La fístula gástrica curó.

La radiografía, tomada con comida baritada como medio de contraste, permitió encontrar una marcada estenosis (no total) a nivel del estrechamiento ártico-bronquial, de 3 centímetros de longitud, y otra en la proximidad del cardias, mucho más pequeña.

Se intentó hacer pasar una sonda de hule de 5 mm. de diámetro, pero fue de todo punto imposible, además, el grave estado general del paciente, no permitió intentar ninguna otra intervención; la distrofia continuó avanzando. El 15 de agosto fue reclamado por su madre, saliendo en este estado de suma gravedad. Investigaciones hechas más tarde nos revelaron que el niño falleció algunas horas después de su salida de este Centro.

Comentarios

1°—El niño llegó a nuestro Servicio en estado de completa inanición y con su fístula gástrica cerrada recientemente por aquellos que le practicaron su gastrostomía.

2°—Creo que la gastrostomía en este caso tenía dos objetos: 1. Alimentar al niño, y 2. Practicar dilataciones esofágicas por vía retrógrada con sondas de hule, para lo cual hubiera sido necesario pasar, un cordón insinuándolo al través del esófago y dejarlo en permanencia, para guiar por este medio las sondas dilatadoras, que bien pudieron haber sido simples sondas de hule, pues la dilatación por vía bucal, como nosotros la intentamos, es muy difícil y requiere entrenamiento especial, equipos apropiado de esófagos copio y dilatadores, y aun así es fácil producir perforaciones del esófago, al mediastino y a los pulmones.

3°—El método de dilatación retrógrada es el que mejores resultados ha dado en, el tratamiento de 6 casos similares al que ahora presento y que fueron tratados adecuadamente en el Hospital Infantil de México durante el año de 1944, y cuyo relato lo hace el Dr. Eduardo Echeverría, en, el Boletín N° 1, Vol. % órgano de publicación de dicho Hospital.

4^U—Creo que fue un error haber cerrado la fístula gástrica antes de haber estado seguros de que se habían obtenido los resultados que se buscaron al practicarla.