

Actualidades

ESTREPTOMICINA POR VÍA INTRAPLEURAL EN EL TRATAMIENTO DE LOS EMPIEMAS TUBERCULOSOS *

Dres. OSCAR P. AGUILAR y JUAN QUEIREL

PRESENTAMOS cuatro casos de tuberculosis pulmonar de reinfección complicados con empiema tuberculoso y curados con estreptomycinina. Adelantamos que en los cuatro casos el tratamiento fué fundamentalmente practicado por vía parenteral, pero que para la curación definitiva del empiema debimos recurrir a la vía intrapleural.

En tres de los enfermos el proceso pleural apareció en el curso del tratamiento neumotorácico de la lesión pulmonar, y en el restante, lo hizo como una localización más, espontánea, de su infección tuberculosa.

De los tres casos de puoneumotórax tuberculoso, dos iniciaron su derrame a los pocos días de haberse practicado en ellos sección de adherencias. El derrame, en sus primeros momentos, fué serofibrinoso, haciéndose turbio y purulento poco después. Los análisis bacteriológicos del líquido pleural demostraron precozmente su riqueza en bacilos de Koch.

En el tercero de los casos de puoneumotórax, apareció el derrame después de la quinta insuflación, a presiones negativas, y con los mismos caracteres que en los anteriores. En este caso no hubo necesidad de pleurolisis.

Cuatro casos, por terminantes que sean sus resultados, constituyen una casuística muy reducida para sacar conclusiones, pero creemos útil en el momento actual la difusión de todos los resultados obtenidos con la terapéutica estreptomycinica en las distintas localizaciones de la tuberculosis. Este criterio justifica esta comunicación.

Además, los beneficiosos resultados en nuestros enfermos adquieren importancia mayor por el período de curación transcurrido, que en algunos casos llega a dos años.

Señalamos también el valor de estas cuatro observaciones, que contradicen la opinión general de los observadores, sobre la poca eficacia del tratamiento estreptomycinico en los empiemas tuberculosos.

En la bibliografía norteamericana y en la nuestra, cada vez más importante, es corriente hallar el concepto de la reducida efectividad del antibiótico en el tratamiento de la tuberculosis pleural.

CULLHIANI ACEVEDO, en su trabajo sobre Estreptomycinina y tuberculosis, cita casos de autores norteamericanos en los que los resultados fueron desalentadores: una curación sobre siete casos.

DOBRIC, en un trabajo similar, hace referencia a diez casos de empiemas tuberculosos tratados. De ellos, uno sólo constituyó un éxito del tratamiento antibiótico; en los demás la droga proporcionó solamente una gran mejoría sobre la toxemia tuberculosa, colocando a los enfermos en óptimas condiciones para ser tratados quirúrgicamente. Este autor empleó la estreptomycinina por vía parenteral e intrapleural.

* Comunicación de la Sociedad Argentina de Tisiología.

WOLAJ y colaboradores, en una última publicación, citan dos casos de empiema tuberculoso en enfermos neumotorizados y curados con estreptomycinina intrapleural.

Las causas que dificultan la acción terapéutica del antibiótico en la localización pleural, son las siguientes:

1.º El pus tuberculoso es de acción ácida, pH bajo, y la estreptomycinina, para actuar con mayor eficacia, requiere un medio alcalino alto. Su pH óptimo oscila entre 7 y 7,50.

2.º En el empiema, lo patológico no es solamente el derrame, sino también el estado de las paredes de la cavidad, es decir, las hojas pleurales, sobre todo la visceral. Ellas son asiento de un tejido de granulación tuberculoso, más acentuado cuanto mayor sea la antigüedad del proceso fímico, llegando a constituirse paquipleuritis fibrocasosas.

Esta circunstancia crea un serio impedimento para que la estreptomycinina inyectada por vía parenteral llegue a la cavidad pleural.

Nuestra experiencia, obtenida con los enfermos que presentamos, nos demuestra que la pleura, aun la aparentemente sana, es un tejido inapropiado para la difusión y fijación del antibiótico; esta droga en nuestros casos no impidió que se produjera la infección pleural. En los cuatro enfermos el empiema se estableció en pleno tratamiento estreptomycinico; alguno de ellos llevaban inyectados más de 30 gramos de la droga, por vía parenteral. Además, ella siguió administrándose por esta vía, con resultados beneficiosos para el proceso pulmonar, no así para la localización pleural, que permaneció sin modificación.

Sólomente después que incorporamos la estreptomycinina por vía intrapleural, los resultados favorables no se hicieron esperar, como quedó registrado en los historiales clínicos y radiográficos.

Al valorar nuestros casos, como ejemplos de resultados beneficiosos del tratamiento estreptomycinico en el empiema tuberculoso, consideramos y lo hacemos resaltar, que todos ellos han sido procesos recientes y precozmente tratados, circunstancias que juzgamos han tenido un gran valor en el resultado obtenido.

Por esta razón señalamos especialmente la importancia que tiene el tratamiento precoz de la pleuresia tuberculosa con estreptomycinina intrapleural aun antes de constituirse el empiema.

Una vez envejecidos, inveterados, las hojas pleurales se transforman en gruesas membranas tuberculosas, con frecuentes zonas de paquipleuritis caseosa, con anfractuosidades que anulan la acción del antibiótico.

Como final de estas breves consideraciones, agregamos, con fines informativos, que no hemos investigado la estreptomycinico-resistencia de las cepas bacilares de nuestros enfermos, por razones ajenas a nuestros deseos. Sin embargo, el resultado terapéutico obtenido, nos demuestra que ellas han sido muy sensibles al antibiótico.

Técnica del Tratamiento

Ella ha sido similar en todos los casos: Toracentesis, dos o tres veces por semana, con extracción de 150 a 200 c. c. de líquido purulento e inyección de 0,75 a 1 gramo de estreptomycinina en la cavidad. En ninguno de los enfermos tuvimos que practicar más de 13 toracentesis y, a medida que se extinguía el derrame, espaciábamos más las aplicaciones, hasta hacerla una vez por semana.

Además, en los enfermos neumotorizados, insuflábamos pequeñas cantidades de aire, con el solo objeto de controlar el descolapso pulmonar, y evitar

abertura de cavidades. Como es natural, cuanto más pronto se reexpandió el pulmón, la curación fué más rápida.

Observaciones

Núm. 1. I. P. C., 22 años. Infancia y adolescencia sanas. No convivió con tuberculosos. Inició su enfermedad con resfriado, tos y expectoración abundante; poco después fiebre y decaimiento general.

El examen clínico-radiográfico sentó el diagnóstico de tuberculosis pulmonar de reinfección, bilateral, a gran predominio izquierdo. Infiltrado difuso del lóbulo inferior izquierdo ulcerado. En pulmón derecho refuerzo general de trama, hilio grueso, poca transparencia de base; en ella algunos nódulos medianos, blandos, de contorno borroso. Bronquitis asmaiforme.

Tratamiento: Auroterapia. Calcio. Vitamina C. Neumotórax izquierdo.

Evolución: Después de varios neumotórax, el colapso fué acentuado, con discreta mejoría; la bronquitis espasmódica se intensificó. Se le practica una broncoscopia que revela, en los bronquios lobulares izquierdos, lesiones congestivas con gruesas secreciones adheridas; se las aspira y se toca con solución de nitrato de plata.

A pesar del tratamiento instituido, la enferma desmejora paulatinamente en su estado general y aparece un derrame en la cavidad neumotorácica que vira rápidamente de serofibrinoso a la purulencia, siendo positiva la baciloscopia en los dos estadios. En el P. D. se acentúa la siembra broncogena.

En este momento se abandonan los tratamientos arriba indicados y se inicia el estreptomocínico (III-947). Se le administra 1 gr. diario en cuatro dosis por vía intramuscular. Dos meses después, gran mejoría general y local derecha; el empiema continúa sin modificaciones. Se empieza entonces la incorporación de la droga por vía intrapleural, continuándose con la parenteral; en esta forma se inyectan 160 gramos y en la pleura 12 gramos. Las inyecciones intrapleurales se realizan día por medio en las dos primeras semanas, luego a razón de dos semanales y las últimas una cada 6 ó 7 días.

En diciembre de 1947 se comprueba curación clínica. Baciloscopia negativa. Eritrosedimentación con índice de Katz: 10.

En 1948 continúa la consolidación de su cura. En 1949, salud perfecta.

Baciloscopia negativa en contenido gástrico.

Núm. 2. J. C. C., 28 años. Infancia y adolescencia sanas. A los 25 años, operado de úlcera gástrica. Inicia su enfermedad en mayo de 1947, con un proceso tuberculoso de reinfección unilateral, forma fibrocáscosa ulcerada.

Lo vemos por primera vez tres meses después, con un cuadro de toxemia bacilar marcado. Tos, expectoración, temperatura alta, sudores profusos y grandes mareos. Estos mareos aparecieron y persistieron después de una inyección de aceite gomenolado practicada por un colega que atendió con anterioridad al enfermo.

En este estado se inicia tratamiento estreptomocínico a la dosis de 1,50 gramo diario, fraccionado en cuatro inyecciones. Pocos días más tarde se agrega colapsoterapia. Después de la sexta insuflación se le practica sección de adherencias.

Una semana más tarde, aparece derrame serofibrinoso, que se hace purulento rápidamente. Desde el primer momento fué bacilífero. El enfermo se agrava y debe suspenderse la estreptomocina por la intensificación de los mareos. Se habían administrado 40 gramos de estreptomocina. Pasan tres meses y basados en un examen de especialista, que comprueba la integridad de su oído interno, se reinicia el tratamiento estreptomocínico a dosis de 0,75 gramos diarios.

Enero de 1948: un mes después se agrega la administración de la droga por vía intrapleural, al comprobar que el empiema mantenía su cronicidad.

Se practican dos toracentesis semanales (13 en total) con extracción de líquido e inyección de 1 gramo de estreptomocina. Se realiza un descolapso activo, vigilando el despliegue del pulmón.

La dosis total de antibiótico administrado es de 105 gramos por vía parenteral y 13 gramos por vía intrapleural.

El enfermo, perfectamente restablecido, se considera curado en noviembre de 1948. En el momento actual el estado clínico-radiológico es perfecto.

Núm. 3. N. V., 19 años. Infancia sana. En mayo de 1947 se presenta a la consulta por haber tenido hemoptisis. Convivía con una tuberculosa.

Se diagnostica tuberculosis hematogena de forma micronodular bilateral, pero con gran predominio izquierdo. Espustos bacilíferos. Eritrosedimentación elevada. Se indica tratamiento general y varios días después se inicia colapsoterapia. Meses más tarde se la somete a la sección de adherencias que impedían un colapso perfecto. Pocas semanas después aparece un derrame en la cavidad pleural, con líquido turbio que rápidamente se hizo purulento y bacilífero.

Coincide con esta complicación una agravación pronunciada en el estado de la enferma. En enero de 1948 se le inicia tratamiento estreptomycinico. Se le inyectan 60 gramos por vía intramuscular, a dosis de 1 gramo diario. El cuadro clínico mejora francamente, pero su empiema no sufre modificaciones; por el contrario, el nivel líquido en la radiografía se ha elevado.

En estas condiciones se le inicia el tratamiento estreptomycinico intrapleural, exclusivamente.

Se le hacen ocho punciones con extracción de pus e inyección de 1 gramo de estreptomycinina una vez por semana.

La mejoría del proceso pleural no se hace esperar y dos meses después el empiema ha desaparecido.

Actualmente hace un año que la enferma hace vida normal.

La baciloscofia negativa y la eritrosedimentación normal completan el cuadro clínico radiográfico de curación.

Núm. 4. A. G., 21 años, recluta. Infancia y adolescencia sanas.

A consecuencia de un enfriamiento en el servicio militar cae enfermo y es asistido durante un mes en el Hospital Central.

Con motivo de la primera visita que le hacemos (junio de 1947), comprobamos estado tífico, con meningismo y obnubilación. Se diagnostica tuberculosis postprimaria, de forma hematogena bilateral. Siembra confluyente micronodular derecha y menos intensa a la izquierda.

Acto continuo se inicia tratamiento estreptomycinico, en dosis de 2 gramos diarios, fraccionada en cuatro inyecciones de 0,50 gramos en las 24 horas.

El enfermo tiene una reacción francamente favorable, y al completarse 60 gramos de la droga en un mes de tratamiento se observa la desaparición del cuadro tóxico; al mismo tiempo las lesiones pulmonares comienzan a reabsorberse. Pero es precisamente en este momento, que aparece espontáneamente una pleuresía en la base del pulmón izquierdo, desde el principio purulenta y bacilífera.

Dada la gran dificultad de conseguir el antibiótico en plaza, se reduce la dosis diaria a 1 gramo y se inician las punciones de su empiema, con extracción de pus e inyección de 1 gramo de estreptomycinina. Esta operación se realiza dos veces por semana.

Después de la décima inyección se considera curado el proceso pleural. La dosis total de estreptomycinina administrada al enfermo fué de 310 gramos.

En este enfermo, el antibiótico detuvo la evolución maligna del proceso tuberculoso, curó su empiema, estabilizó sus lesiones izquierdas y permitió el tratamiento quirúrgico sobre el pulmón derecho con neumotórax extrapleural (irrealizable el intrapleural), que creemos permitirá la curación definitiva del enfermo.

Baciloscofia de espustos y contenido gástrico negativos. Índice de Katz, normal.