

REVISTA CUBANA DE PEDIATRIA

Acozida a la franquicia postal como correspondencia de segunda clase en la Administración de Correos de la Habana.

VOLUMEN 39 No. 6

DICIEMBRE 31, 1967

CIRCULACION: 3.000 EJEMPLARES

LA HABANA

Rev. Cub. Pediat. 39: 639-647, Nov.-Dic. 1967

Sarampión complicado

Revisión de 47 casos

Por los Dres.:

MIRTA P. HERMELO TRECHIE(*), ANTONIO GUERNICA DE ROUX(**)
Y MARÍA ELENA GONZÁLEZ GARCÍA(***)

INTRODUCCION

El sarampión, enfermedad infectocontagiosa obligada de la infancia, enfermedad universal que se presenta sobre todo en comunidades con gran cantidad de susceptibles y variable de tiempo en tiempo en sus brotes epidémicos^{1,2} y en los distintos lugares; hace de esta entidad una preocupación para el pediatra por sus múltiples complicaciones

que se ceban en los niños, sobre todo lactantes pequeños, con afecciones crónicas y desnutridos.^{3,5,7,9,10,12,14,15,16}

Los brotes epidémicos, por lo general hacen su pico cada dos años, debido al acúmulo de personas susceptibles, siendo más alta la incidencia entre los 2 y 4 años de edad, presentándose cuando los susceptibles llegan al 30 ó 40% no descendiendo hasta que la susceptibilidad baja a la mitad.^{6,12,15}

Las muertes, por lo general, en esta afección, se ven en menores de 2 años,¹⁷ sin embargo, la mortalidad ha disminuido últimamente.¹⁸

La enfermedad deja una inmunidad casi absoluta, siendo muy raros los segundos ataques; interpretando como tales la rubéola o afección por ECHO 9,¹⁹ por lo cual la vacunación en esta enfermedad se deja para los casos con

(*) Auxiliar de Servicio en Pediatría, Hospital Infantil Docente "Dr. Angel A. Aballi", Calzada de Bejucal, Arroyo Apolo, La Habana, Cuba.

(**) Profesor de Patología de la Escuela de Medicina de la Universidad de la Habana, Jefe del Dpto. de Patología del Hospital Infantil Docente "Dr. Angel A. Aballi", Calzada de Bejucal, Arroyo Apolo, Habana, Cuba.

(***) Interno Vertical de Pediatría del Hospital Infantil Docente "Dr. Angel A. Aballi", Calzada de Bejucal, Arroyo Apolo, Habana, Cuba.

afecciones graves de base: cardiopatas, enfermedades respiratorias crónicas- leucemia, etc., y donde haya gran incidencia de mortalidad,^{3,5,7,14,18} desconociéndose hasta el momento la presencia de portadores sanos.

El hecho de la variabilidad de los brotes en nuestro medio, así como la presentación de complicaciones graves pulmonares sobre todo) hace que revisemos el tema en relación a las complicaciones, aprovechando el brote de sarampión de los primeros meses de 1967.

Es característico de la infección sarampionosa el desarrollo de células gigantes multinucleadas,¹³ describiéndose 2 tipos de células: la *epitelial*, que aparece en el epitelio respiratorio, y la *retículoendotelial*, en los tejidos linfoides, y que recibe el nombre de célula de *Warthin* y *Finkeldey*,^{3,2,4,13,19} *Deuton*, en 1925, y *Pinkerton*, *Suriley* y *Anderson* en 1945² fueron los primeros en llamar la atención de la presencia de cuerpos de inclusión en el núcleo y citoplasma de las células gigantes halladas en la neumonía sarampionosa.

Corbett revisó la distribución de las células gigantes halladas en casos de sarampión en los distintos tejidos del cuerpo y las relacionó con las células de *Warthin-Finkeldey* que se ven en las amígdalas y mucosa faríngea. Se ha señalado que la presencia de la célula gigante pudiera tener relación con el tiempo de evolución de la enfermedad viral ya que no se ha encontrado en casos muertos súbita o inesperadamente.⁷

La presencia de células gigantes no parece ser específica, ya que se han visto en otras enfermedades virales, en particular el moquillo del pollo.² *Balau-de*¹³ las ha observado en la orina de enfermos con sarampión.

La aparición de la célula gigante es previa al rash, pero puede ocurrir en

ausencia del mismo y hasta 15 días después de haber desaparecido éste.¹³

Son variables las complicaciones que el sarampión puede presentar, pero por su frecuencia y gravedad se citan las bronconeumonías y neumonías, encefalitis, reactivación tuberculosa, laringitis obstructivas, otitis, apendicitis, etc., siendo las complicaciones pulmonares las más frecuentes y graves.

La neumonitis y neumonía a células gigantes son las complicaciones más frecuentes, caracterizadas por la presencia de células gigantes multinucleadas con cuerpos de inclusión intracitoplasmáticos e intranucleares en las lesiones pulmonares; pudiendo presentarse en presencia o no de rash, pero sí todos en relación a contacto con sarampión.^{4,13,17,19,20}

Fueron *Kromayer*,² en 1889 y *Hecht*,¹¹ en 1910, quienes inicialmente describieron la neumonía a células gigantes.

Los hallazgos más sobresalientes en la neumonía a células gigantes sin rash sarampionoso son una preponderancia de las células mononucleares en los infiltrados, metaplasia del epitelio bronquiolar y bronquial, proliferación de las células limitantes en los alvéolos y ocasionalmente en otros órganos que no son los pulmones.⁴

En los casos fatales de neumonía post-sarampionosa el virus fue aislado durante la vida de la orofaringe, y post mortem en los tejidos pulmonar y hepático, no pudiendo demostrarse en sangre.³

El virus del sarampión *per se* puede causar neumonía, la cual suele ser severa y frecuentemente fatal, pero la predisposición aparente para la neumonía bacteriana puede ser explicada como secundaria a la inflamación del epitelio respiratorio con inhibición de la acción ciliar normal y obstrucción parcial por edema y exudado.¹³

Las complicaciones neurológicas no son tan frecuentes, no habiendo evidencia concreta de que el virus sea capaz de multiplicarse en el sistema nervioso, encontrando Gibbs que el 50% de los casos con sarampión no complicado mostraban alteración electroencefalográfica.

Ojala,¹³ en el líquido cefalorraquídeo de 127 pacientes sin síntomas neurológicos encontró que el 30% tenía más de 3 células por mm³; el 10% más de 10 y un caso 758 células, ocurriendo la máxima pleocitosis entre el 5to. y el 10mo. días después del período en que no debe haber viremia, y donde la encefalitis se ve sin embargo con más frecuencia. Mientras que la complicación neumónica sarampionosa lleva a la recuperación completa o a la muerte, la encefalitis siempre lleva a retraso mental permanente.¹⁵

La miocarditis sarampionosa no ha sido descrita como frecuente,³ sin embargo los estudios electrocardiográficos realizados en niños hospitalizados con sarampión muestran alteraciones en más de un 20 a 25% de los casos.

De aquí que la existencia de una de estas complicaciones en el sarampión haga que éste tenga una grave significación pronóstica, y que estemos siempre alerta para prevenirlas, sobre todo en aquellos pacientes con riesgo.

MATERIAL Y METODO

Se revisan 47 casos de sarampión complicado y su evolución, ingresados entre enero y marzo de 1967 en las Salas de Neunología del Hospital Infantil Docente "Ángel Arturo Aballí", incluyendo 2 fallecidos con estudio necrópico completo.

Se estudió la relación entre la gravedad de los casos y la edad de los pacientes, relacionando además con ésta el tipo de complicación, detallándose

las historias clínicas de los 2 casos fatales.

RESULTADO

De los 47 casos estudiados, todos tenían estudio radiológico de tórax seriado, observándose en todos ellos lesiones pulmonares de inicio, razón que hizo que todos los casos ingresaran en nuestro Servicio. Las imágenes radiológicas encontradas en dichos casos se agruparon de la siguiente forma:

	Casos	%
Neumonía lobar	21	(44.7)
Bronconeumonía	19	(40.4)
Neumonitis intersticial	5	(10.7)
Reforzamiento hiliar	1	(2.1)
Adenitis tuberculosa	1	(2.1)
Total	47	(100)

De las patologías radiológicas asociadas a las imágenes anteriores veremos que en 2 casos la bronconeumonía se asoció a neumatoceles y en uno de ellos hubo un derrame pleural purulento. En un caso la condensación neumónica se acompañó de neumotórax. En el caso que hizo una reactivación tuberculosa, se observó la aparición de una caverna ganglionar, hecho que se acompañó de una baciloscopia positiva. (Figuras 1 al 8).

Si hacemos una distribución por edades de los casos complicados veremos lo siguiente:

T A B L A 1:
Distribución por edades

De 0 a 11 meses	11 casos	23.4%
De 12 a 23 meses	10 casos	21.3%
De 2 a 5 años	21 casos	44.7%
Mayores de 5 años	5 casos	10.6%
TOTAL	47 casos	100.0%

Como se ve, el mayor número de casos correspondió al grupo de 2 a 5 años, pero es significativo que un número igual se haya visto en menores de 2 años.

Si relacionamos el porcentaje de casos graves dentro de los anteriores, por grupos de edades, el resultado será:

T A B L A II:

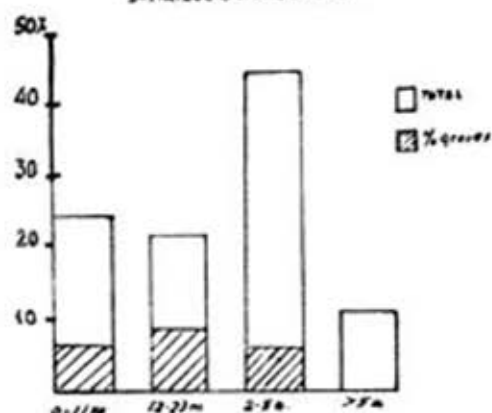
Porcentaje de casos graves según edades

Edad	Total casos	Graves	% graves
0-11 meses	11	3	27.3
12-23 meses	10	4	40.0
2 a 5 años	21	3	14.3
más de 5 años	5	0	0.0

Aquí, sin embargo se aprecia como un 33.3% de los 21 casos menores de 2 años fueron casos graves, frente a sólo un 14% los de 2 a 5 y entre los mayores de 5 no hubo ningún caso grave.

La letalidad en el conjunto estudiado fue de 4.3%, correspondiente a 2 fallecidos, ambos en menores de un año (7 y 10 meses). Por supuesto, esto corresponde a la letalidad entre casos com-

SARAMPION COMPLICADO:
DISTRIBUCION POR EDADES



GRAFICA 1

plicados, fundamentalmente con neumo-patías, ya que son éstos los que ingresaron en nuestro Servicio de Neumología.

De los 47 pacientes, 18 eran malnutridos, lo que hace un 33.3% pero sólo 2 lo eran de tercer grado. Uno de los últimos falleció. El otro fallecido era entrófico.

En la Tabla III vemos una distribución de las tres imágenes radiológi-

T A B L A III:

Distribución de imágenes radiológicas, por grupos de edades

Edad	Bronconeumonía		Neumonía lobar		Neumonía Int.	
	casos	%	casos	%	casos	%
0 a 11 meses	8	42.1	1	4.8	0	0.0
12-23 meses	6	31.5	4	19.1	0	0.0
2-5 años	5	26.4	16	76.1	0	0.0
Más de 5 años	0	0.0	0	0.0	5	100.0
TOTALES	19	100.0	21	100.0	5	100.0

cas principales, según edades, apreciándose como un 73.6% de los casos con bronconeumonías tenían menos de 2 años, mientras el 76% de las neumonías se agrupaban entre 2 y 5 años. Todos los casos con imágenes de neumonitis intersticial eran mayores de 5 años.

Con relación a otras complicaciones, vemos que fueron mucho menos frecuentes. En un solo caso hubo encefalitis y otitis purulenta; uno hizo una bronquitis severa traducida radiológicamente sólo por un reforzamiento hilar y otro una laringotraqueobronquitis severa asociada a un cuadro bronconeumónico.

Todos nuestros casos presentaron rash morbiliforme característico del sarampión, tanto los casos fatales como los de evolución favorable.

Aunque no fue posible hallar células gigantes en el sedimento urinario de nuestros pacientes, sí fue posible demostrar su existencia en el pulmón y ganglios linfáticos hiliares de los 2 casos fallecidos, conjuntamente con una traqueobronquitis hemorrágica severa que siempre acompaña a las neumonías a células gigantes.

En los casos que hicieron derrame pleural purulento no fue posible aislar ninguna bacteria patógena, pero por sus características se presume su etiología estafilocócica.

Seguidamente, procedemos a resumir las historias clínicas de los cinco fallecidos:

CASO 1:

H.C. : 80895.

P.G.V.: Edad: 10 meses, Sexo: M. Raza: BL.

Ingresó: Enero 1, 1967

Falleció: Febrero 12, 1967

M. Ingreso: Fiebre y tos.

H.E.A.: Fiebre, de carácter remitente, de 20 días de evolución con manifestaciones respiratorias bajas. Al examen radiológico de tórax se comprueba una bronconeumonía discreta.

A.P.P.: Catarros y diarreas frecuentes.
Inmunizaciones: BCG.

A.P.F. Madre asmática.

A.O.: Parto por cesárea, cianosis, llanto demorado. Peso: 5 lb.

Examen físico al ingreso: Febril, (temp. 37.5), piel y mucosas pálidas. Malnutrición grado III. Polipnea, respiración ruda, estertores subcrepitantes en ambas bases.

Evolución: Su afección respiratoria, de carácter banal, evoluciona favorablemente, desapareciendo las lesiones inflamatorias pulmonares, y mejorando globalmente su estado general. Se prolonga su estadía por ser un malnutrido de 3er. grado, con el fin de mejorar su estado nutricional.

A los 26 días de estadía comenzó de nuevo a hacer fiebre, esta vez en agujas, llegando hasta 39 grados, se toma el estado general y comienza a perder peso, descendiendo éste hasta 9 lb. 8 oz. Cuatro días después aparece el rash sarampiñoso, pero sin desaparecer la fiebre, reapareciendo la sintomatología respiratoria, esta vez agravada, tanto clínica como radiológicamente. (Fig. 9). Fallece a los 13 días de la aparición del rash, después de haber hecho un deterioro progresivo de su estado general y de su función respiratoria.

Los exámenes complementarios mostraron solamente: Anemia marcada por déficit doble, no desviación izquierda y critrosedimentación ligeramente elevada (no pasó de 30 mm).

Los estudios bacteriológicos fueron negativos, incluyendo el hemocultivo.

Sólo se aisló un estafilococo coagulasa positivo en el exudado nasal.

Tratamiento: Kanamicina y Tetraciclina en el cuadro inicial. Al ceder el cuadro respiratorio se instituyó tratamiento con hierro y ácido fólico. Después se utilizó Metilpenicilina y Oxite-traciclina, así como gammaglobulina.

En resumen: Este caso se consideró como un malnutrido severo que contrajo una bronconeumonía, de la cual curó, adquiriendo un sarampión en la propia sala, el cual evolucionó desfavorablemente haciendo una bronconeumonía de curso acelerado y fatal.

Necropsia: Los hallazgos fundamentales fueron: (Figs. 11 a 16).

Pulmón: Bronconeumonía con áreas necróticas, con exudación pseudofibrinoide intraalveolar. Células gigantes con inclusiones citoplasmáticas. Lesiones trombóticas de vasos pulmonares.

Bronquiolos: Lesiones necróticas del epitelio, con hemorragia intraluminal.

Ganglios hiliares: Presencia de células gigantes de Warthin-Finkeldey en la zona medular.

Conclusiones: Neumofía a células gigantes.

CASO 2:

H.C.: 89440. (Fig. 10).

F.P.G. Edad: 7 meses. Sexo: M. Raza: Blanca.

Ingresó: marzo 18, 1967.

Falleció: marzo 26, 1967.

M. Ingreso: Fiebre y tos.

H.E.A.: Fiebre de moderada intensidad (38°) de 4 días de evolución. Tuvo sarampión 12 días antes de su ingreso. El rash había desaparecido hacía una semana.

A.P.P.: Sarampión, ya señalado. **Inmunizaciones:** Triple, B.C.G., polio.

A.P.F.: Tía tuberculosa. No contacto.

A.O.: Embarazo a término, parte eutócico. Peso: 8 lb.

Examen físico al ingreso: Afebril, estado general malo, facies séptica, sensorio deprimido, palidez cutáneomucosa, muguet, microadenopatías cervicales; tos húmeda, tiraje inter y subcostal moderado, cianosis distal, polipnea, estertores crepitantes difusos en ambos hemitórax; hepatomegalia de 4 cm., firme, no dolorosa. Otitis media derecha supurada. No signos meníngeos. Depresión del sensorio. Eutrófico: Peso 18 lb.

Evolución: El curso de su afección fue muy desfavorable, acentuándose progresivamente la toma neurológica y apareciendo episodios convulsivos tónico-clónicos con tendencia a la localización en hemicuerpo izquierdo. Las manifestaciones respiratorias empeoraron, aumentando la disnea y haciéndose más evidentes los estertores húmedos.

Cuatro días antes de su fallecimiento hizo un vómito oscuro, sanguinolento, apareciendo algunas manifestaciones hemorrágicas de las mucosas. Fallece a los 8 días de su ingreso después de haber hecho una epistaxis copiosa.

Aparte de la bronconeumonía masiva bilateral, los restantes complementarios aportaron como datos importantes: Rx. de cráneo: Signos de hipertensión intracraneal; Anemia moderada (7-8 gm de hb.); leucocitosis: normal; no neutrofilia ni desviación izquierda; déficit doble y desviación izquierda en el medulograma. Hemocultivo y médulocultivo: negativos. Eritrosedimentación: dentro de límites normales (menos de 20 mm).

El coagulograma fue normal, y también lo fueron el electrocardiograma, el fondo de ojo y el líquido cefalorraquídeo.



Fig. 1



—Fig. 2

Figs. 1 y 2.—HC: 85592, Sarampión complicado; evolución RX. Arriba se aprecia una condensación neumónica en lóbulo superior derecho, con derrame pleural marginal, que se hace masivo en la vista inferior, 6 horas después.

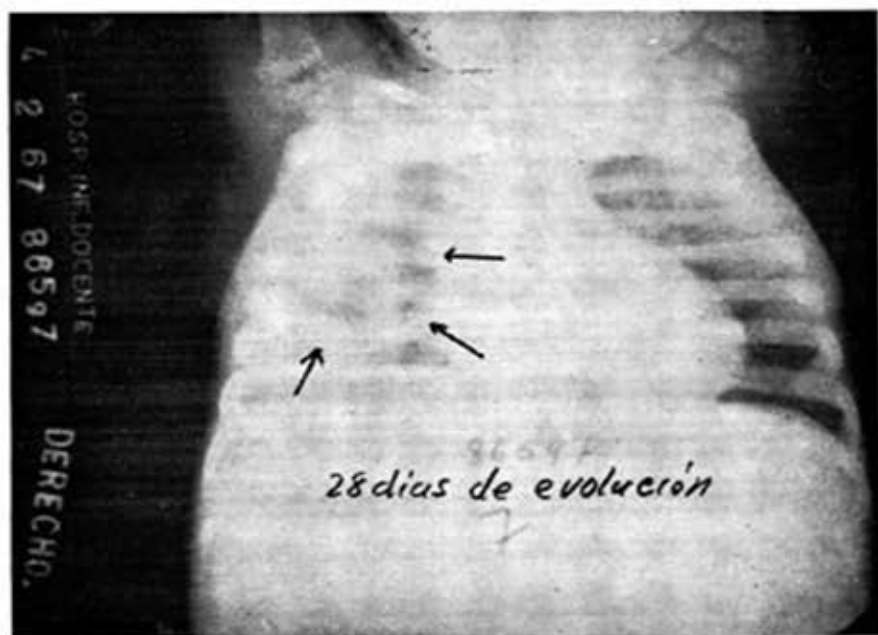


Fig. 3

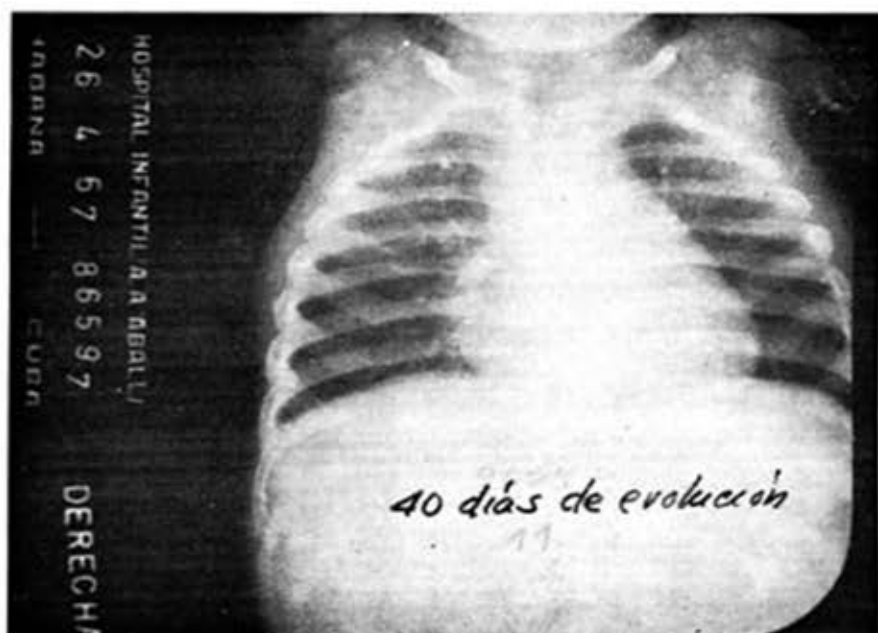


Fig. 4

Figs. 3 y 4.—Sarampión complicado. Continuación del caso anterior. Arriba, se aprecia regresión de la condensación y aparición de neumatoceles a los 28 días de evolución. A los 40 días (vista inferior), sólo quedan ligeras imágenes residuales.

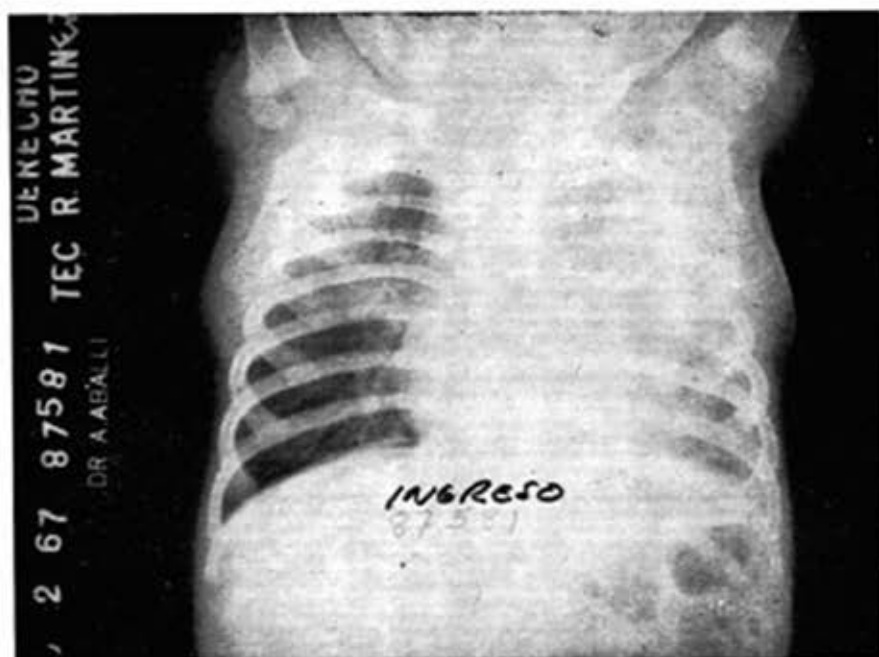


Fig. 5

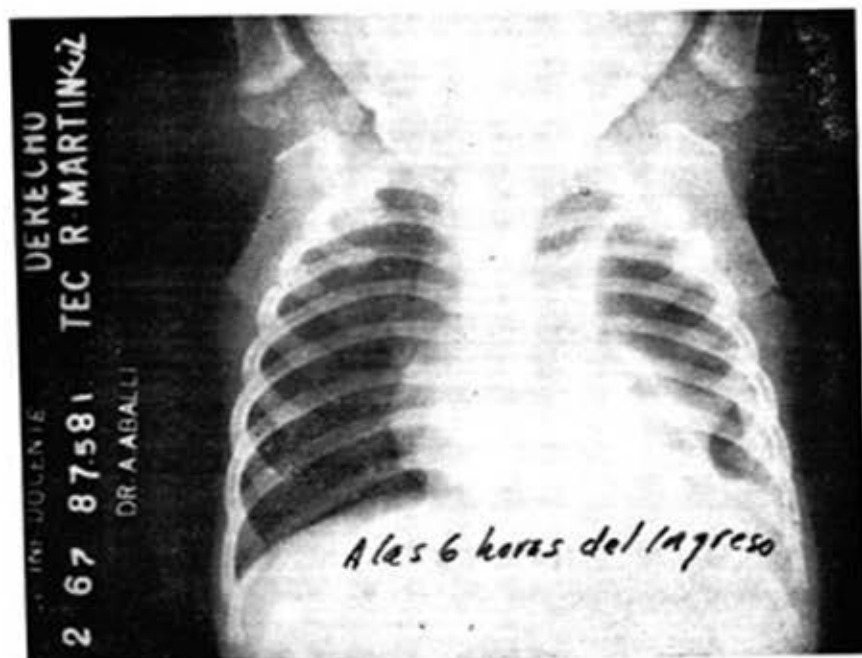


Fig. 6

Figs. 5 y 6.—HC: 87581. Neumonía y neumotórax postsarampión. Estudio RX evolutivo. Al ingreso, mostrando la condensación y 6 horas después con el colapso pulmonar.

BIBLIOTECA
MEDICA
NACIONAL



Fig. 7.—HC: 87781. El mismo caso anterior después de realizada la pleurotomía y reexpandido el pulmón.

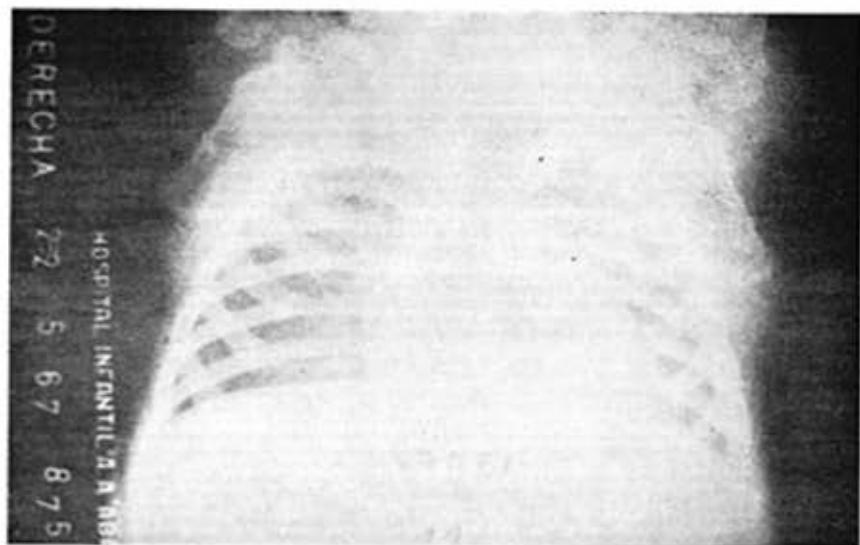


Fig. 8.—HC: 87781. El paciente, 2 meses más tarde, mostrando sólo imágenes residuales.

Fig. 9.—HC: 80895. Neumonía a células gigantes. Obsérvese el intenso moteado bronconeumónico bilateral, con enfisema. El moteado se hace confluyente en la base derecha. En este caso, se encontró en la necropsia células gigantes en pulmón y ganglios.

DERECHU
2 67 80895 TEC R. MARTINE
DR. A. ABALLI

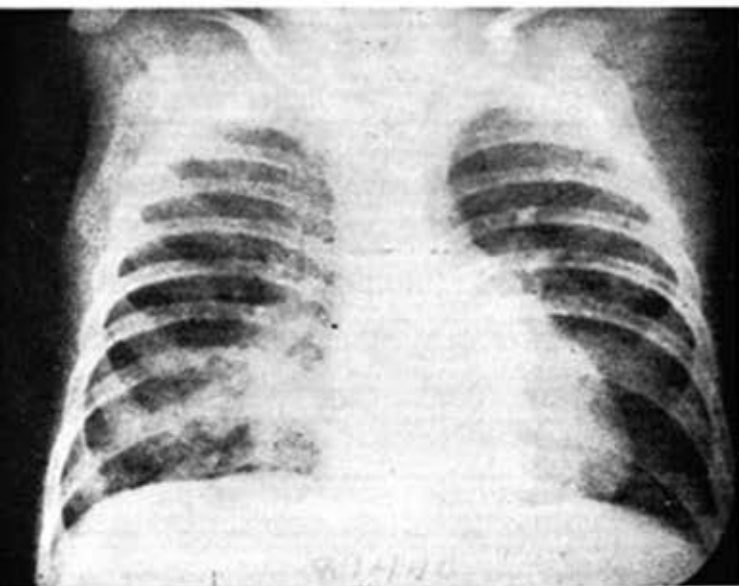
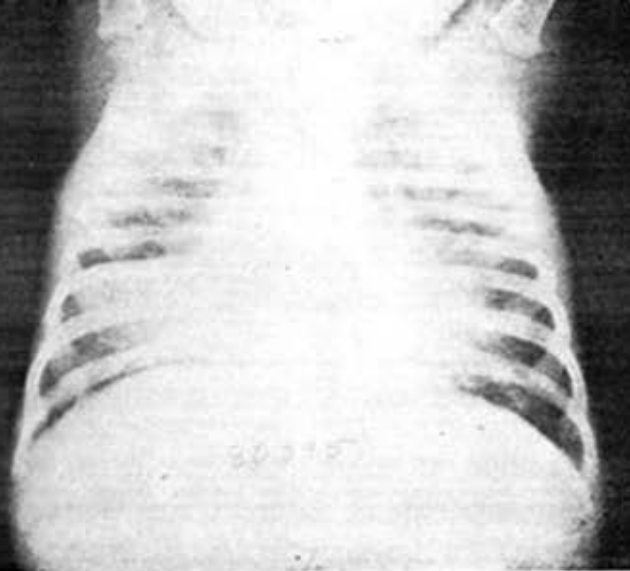
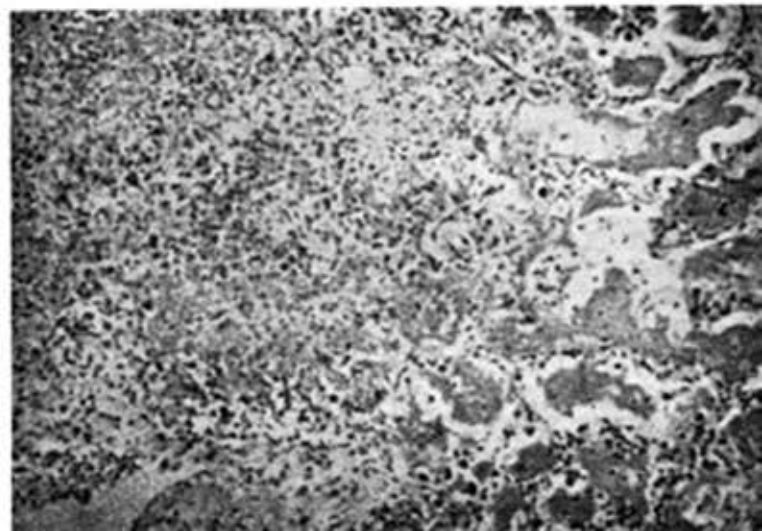


Fig. 10: HC: 98440. Examen radiológico del caso 2 a su ingreso. Las lesiones son mucho menos marcadas que en el anterior, pero fueron empeorando gradualmente con la evolución desfavorable del caso.

Fig. 11.—HC: 80895. Pulmón: Nódulo bronconeumónico necrótico, con formación de masas de exudado fibrinoide intraalveolar



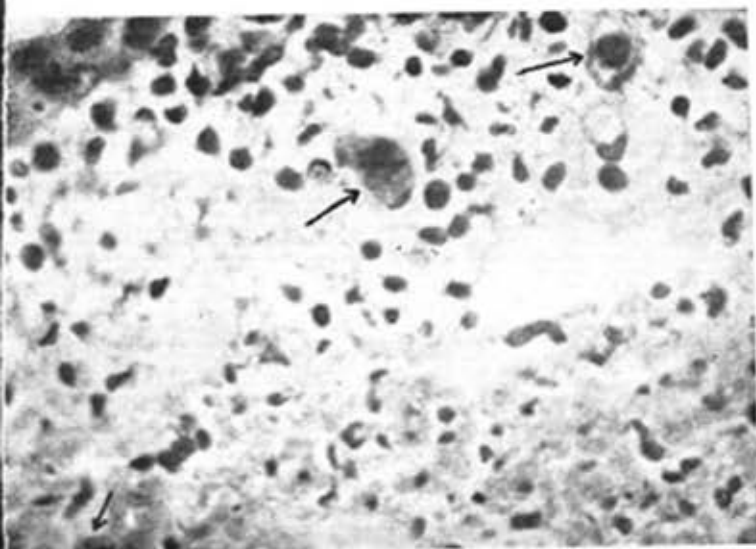


Fig. 12.—HC: 80895. Pulmón. El mismo campo anterior, a mayor aumento, mostrando algunas células gigantes con inclusiones citoplasmáticas.

Fig. 13.—HC: 80895. Pulmón. Vista de otra área del pulmón, con presencia de células gigantes.

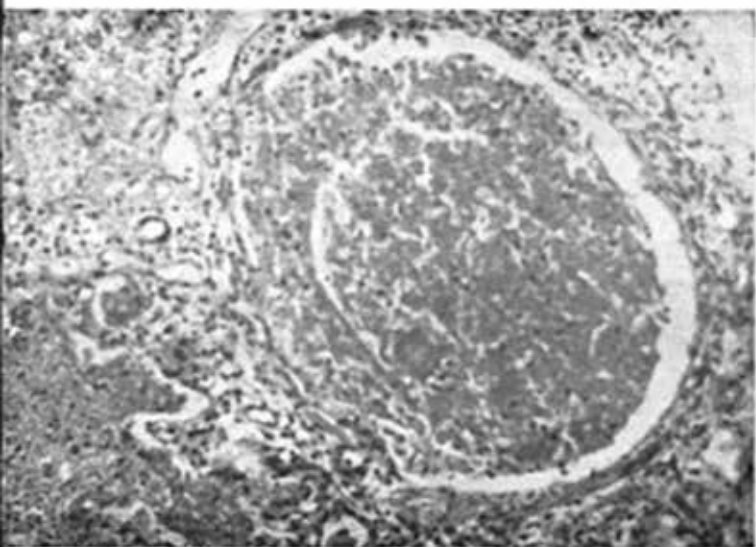
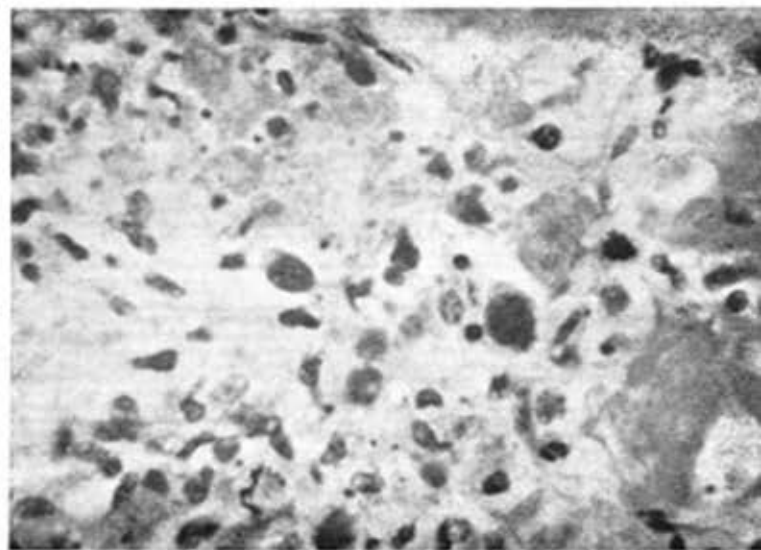


Fig. 14.—HC: 80895. Pulmón. Lesiones trombóticas de los vasos pulmonares.

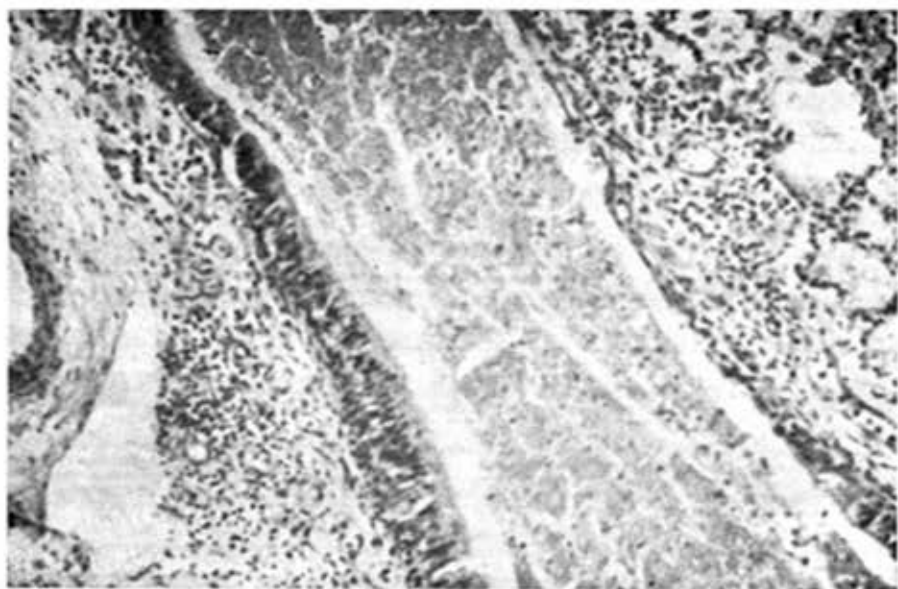


Fig. 15.—HC: 80895. Bronquiolo. Lesiones necróticas del epitelio con hemorragia intrabronquiolar.

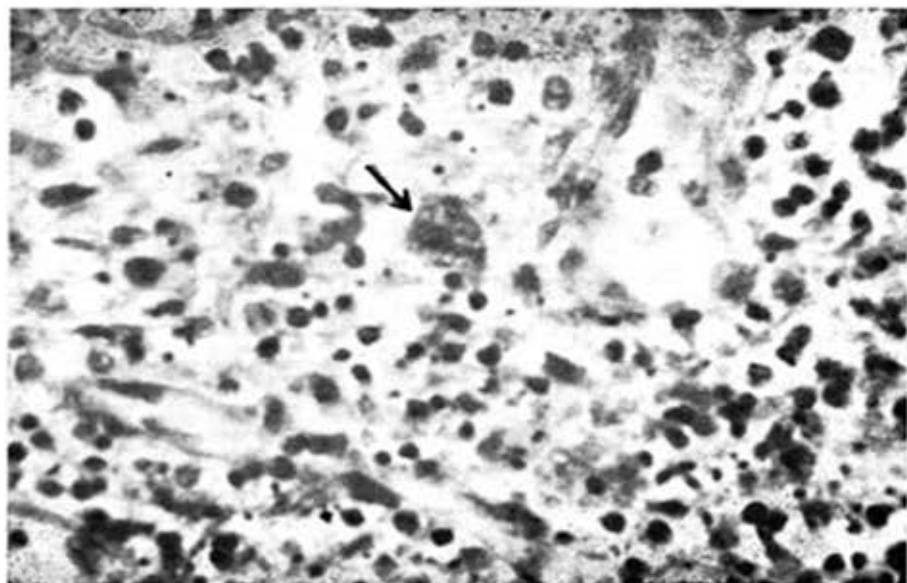


Fig. 16.—HC: 80895. Ganglio hilar. En esta vista, a mayor aumento se puede observar una célula gigante de Warthin-Finkeldey en la zona medular del ganglio.

El exudado de la secreción ótica arrojó un *Proteus vulgaris*, mientras que el nasal arrojaba un estafilococo coagulasa + y el faríngeo una *Klebsiella*.

Los exámenes de orina fueron normales.

Tratamiento: Hidratación; Manitol. Prednisolona endovenosa. Metilpenicilina, Nistatina y Cloranfenicol. Medidas de sostén y anticonvulsivantes.

En resumen: Este caso se consideró como una complicación postsarampionosa (encefalitis y bronconeumonía) y se trató como tal. Llamó la atención la violencia de la evolución en un niño eutrófico.

Necropsia: Los hallazgos fundamentales fueron:

Pulmón: Neumonía bilateral de ambos lóbulos inferiores, con consolidación total y presencia de células gigantes. Lesiones bronconeumónicas diseminadas en el resto del parénquima.

Arbol respiratorio: Traqueobronquitis necróticohemorrágica.

Ganglios: Adenitis aguda hemorrágica en ganglios hiliares.

Cerebro: Edema cerebral, encefalitis. Hemorragia subaracnoidea.

Hígado: Esteatosis hepática severa.

Bazo: Esplenomegalia infecciosa.

Conclusiones: Sepsis bacteriana sobreaguda postsarampionosa. Encefalitis postsarampionosa. Presencia de células gigantes en pulmón.

COMENTARIOS

Los resultados de nuestra revisión tienen puntos de contacto con los resultados de otros autores. Así, *Ristori*,¹² de 287 casos complicados estudiados halló laringitis en 147 (51.2%), poco frecuen-

te en nuestros casos; neumonía en 67 (23.3%), 54 neumonía y laringitis (18.8%) y 7 encefalitis (2.4%). Igual que en nuestra revisión, la neumonía ocupó un lugar preponderante, existiendo sólo verdadera discrepancia en lo referente a laringitis.

*Zdanov*¹¹ coincide con nosotros en que hace hincapié en el hecho de que los casos fatales predominan en los menores de 2 años y el hecho de que la mayor parte de las neumonías se relacionan o son directamente producidas por el virus del sarampión.

Las observaciones de *Gibbs*¹³ y *Ojala*,¹² en relación a las manifestaciones neurológicas citoquímicas de L.C.R. y E.E.G., no pudieron ser comprobadas por nosotros al no establecer un estudio sistemático desde este punto de vista.

Langmuir,⁴ encontró la mayor incidencia de complicaciones entre los 3 y 4 años y la mayor mortalidad entre 6 y 11 meses, hechos que también fueron comprobados por nosotros.

Ghosh y *Dhatt*,¹⁴ en la India encontraron un 24.2% de complicaciones neurológicas. En nuestros casos sólo un caso tuvo esta complicación pero de nuevo insistimos en señalar que trabajamos en un Servicio de Neumología. Posiblemente en los de Neurología se reciba una proporción mayor de casos con complicación neurológica postsarampionosa.

Estos mismos autores tuvieron un porcentaje de malnutridos de un 85.5%, mucho más elevado que el nuestro.

Morley,⁹ en Nigeria, observó diarrea en un 26% de los casos, lo cual no apreciamos en nuestros pacientes. En este propio estudio, el autor señala a la bronconeumonía como complicación más frecuente y responsable del 55% de las muertes. Recordemos que nuestros dos casos fallecieron con lesiones bronconeumónicas masivas.

CONCLUSIONES

1. La neumonía lobar y la bronconeumonía constituyen las complicaciones más frecuentes del sarampión. Suelen asociarse a otras complicaciones, en nuestros casos a neumotórax, derrame pleural, neumatoceles, laringotraqueobronquitis, etc.
2. Estas dos primeras complicaciones son precisamente las que más muertes determinan.
3. Los casos más graves se vieron en menores de 2 años, y los casos fatales en menores de 1 año. En mayores de 5 años no hubo casos graves.
4. Las imágenes radiológicas de neumonitis se vieron solamente en mayores de 5 años, pero las neumonías y bronconeumonías son más raras después de esa edad.
5. En los casos complicados con derrames pleurales no se aisló ningún germen de los cultivos de líquido pleural, ni en el hemocultivo, seguramente por la antibioterapia. La presencia de neumatoceles asociados nos hace sospechar su etiología estafilocócica.
6. En los casos fallecidos se comprobó la presencia de células gigantes en el pulmón, y en ganglios linfáticos en uno de los casos.
7. Se comprobaron lesiones necroticohemorrágicas en el epitelio bronquial y bronquiolar en los casos fallecidos.
8. En un caso hubo reactivación de una tuberculosis de primoinfección aparentemente curada.
9. Sólo en uno de los casos fallecidos hubo manifestaciones neurológicas, comprobándose la existencia de una encefalitis y edema cerebral.

RESUMEN

Se estudian 47 casos de sarampión complicado ingresados en las salas de Neumología del Hospital Infantil Docente "Ángel A. Aballí" durante el primer trimestre de 1967.

Se comprueba que la neumonía lobar y la bronconeumonía son las complicaciones más frecuentemente halladas, presentándose preferentemente en menores de 2 años, siendo además la primera causa de muerte.

Sólo en un caso hubo reactivación de una tuberculosis de primoinfección aparentemente curada y en otro encefalitis y otitis.

La gravedad de la complicación guardó una relación inversa a la edad de los pacientes. Sólo hubo 2 casos fatales, ambos menores de un año de edad.

Por último, fue posible demostrar la presencia de células gigantes en el pulmón de los 2 fallecidos y en los ganglios mediastinales de uno de ellos.

SUMMARY

A study of 47 cases of complicated measles admitted at the Pneumology wards of "Ángel A. Aballí" Children's Hospital, Havana, Cuba during the first quarter of 1967, has been made. Lobar pneumonia and bronchopneumonia were found to be the most frequent complications, occurring preferably among children under two years of age, constituting also the first cause of death. In only one case there was reactivation of an apparently cured primary tuberculosis and in another one encephalitis and otitis. An inverse relationship was found to exist between the patients' age and the seriousness of occurring complications. There were only two fatal cases, both under one year of age. Finally, it was possible to demonstrate the pre-

sence of Warthin-Finkeldey's giant cells in the lungs of both deceased and also in the mediastinal lymph nodes of one of them.

RESUME

On y étudie 47 cas de rougeole compliquée admis aux salles de pneumologie de l'Hôpital de l'Enfance d'Enseignement "Angel A. Aballí" a La Havane, Cuba pendant le premier trimestre de 1967. On y constate que la pneumonie lobaire et la broncho-pneumonie sont les complications le plus fréquemment trouvées, se présentant préférentement

chez des enfants âgés de moins de deux ans et étant aussi la première cause de décès. Chez un seul cas il y a eu une réactivation d'une tuberculose de primo-infection apparemment guérie et chez un autre une encéphalite et une otite. La gravité de la complication avait un rapport inversé à l'âge des malades. Il n'y a eu que deux cas fatals, tous deux chez des enfants âgés de moins d'un an. Finalement, il a été possible de démontrer la présence de cellules géantes aux poumons de tous les deux décédés et aux ganglions lymphatiques médiastinaux chez un d'eux.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Adams, J. M.: Primary virus pneumonitis with cytoplasmic inclusion bodies. Study of an epidemic involving 32 infants with 9 deaths. *J.A.M.A.* 116: 925, 1941.
- 2.—Adams, J. M.; Imagawa, D. T.; Yoshimori, M.; Huntington, R. W.: Giant cell Pneumonia clinicopathologic and experimental studies. *Pediatrics* 18: 828, 1956.
- 3.—Curnen, E.; Silverman, J. A.; Blumenthal, S.; Meyer, H.: Attenuated measles vaccine in children with cardiac disease; *Amer. J. Dis. Child* 103: 240, 1962.
- 4.—Enders, J. F.; Mc Carthy, K.; Mitus, A.; Cheatham, W. J.: Isolation of measles virus at autopsy in cases of giant-cell pneumonia with out rash. *New Eng. J. Med.* 261: 875, 1959.
- 5.—Kempe, H. C.: Measles vaccine in children with asthma and tuberculosis. *Amer. J. Dis. Child.* 103: 409, 1962.
- 6.—Langmuir, A. D.: Medical importance of measles. *Amer. J. Dis. Child.* 103: 224, 1962.
- 7.—Mitus, A.; Holloway, A.; Evans, A. E.; Enders, J. F.: Attenuated measles vaccine in children with acute leukemia. *Amer. J. Dis. Child.* 103: 243, 1962.
- 8.—Mitus, A.; Enders, J. F.; Craig, J. M.; Holloway, A.: Persistence of measles virus and depression of antibody formation in patients with giant-cell pneumonia after measles. *New Eng. J. Med.* 261: 882, 1959.
- 9.—Morley, D. C.: Measles in Nigeria. *Amer. J. Dis. Child.* 103: 230, 1962.
- 10.—Nelson, W. E.: *Tratado de Pediatría*, 5ta. ed. en español. Tomo I, pp. 618. Salvat Editores, S. A., Barcelona, 1965.
- 11.—Pinkerton, H.; Smiley, W. L.; Anderson, W. A. D.: Giant cell pneumonia with inclusions. A lesion common to Hecht's disease, distemper and measles. *Amer. J. Path.* 21: 1, 1945.
- 12.—Ristori, C.; Boccardo, H.; Borgono, J. M.; Armijo, R.: Medical importance of measles in Chile. *Amer. J. Dis. Child.* 103: 236, 1962.
- 13.—Robbins, F. C.: Measles. Clinical features. *Amer. J. Dis. Child.* 103: 236, 1962.
- 14.—Shwachman, H.; Katz, S.; Lucas, L.: Attenuated measles vaccine in cystic fibrosis. *Amer. J. Dis. Child.* 103: 235, 1962.
- 15.—Stokes, J.: The emerging picture of immunization against measles. *Med. Clin. N. Amer.* 48: 305, 1964.
- 16.—Taneja, P. N.; Ghai, O. P.; Bhakoo, O. N.: Importance of measles to India. *Amer. J. Dis. Child.* 103: 226, 1962.
- 17.—Weller, R. W.: Giant cell pneumonia with inclusions. *Pediatrics*, 10: 681, 1952.
- 18.—Wilson, G. S.: Measles as a universal disease. *Amer. J. Dis. Child.* 103: 219, 1962.
- 19.—William, C.; Peebles, T.: Isolation of virus of measles from three fatal cases of giant cell pneumonia. *Amer. J. Dis. Child.* 96: 500, 1958.
- 20.—Wolman, M.; Izok, G.; Freund, E.; Shamir, Z.: Studies on interstitial giant cell pneumonia. Report of five cases with autopsy. *Amer. J. Dis. Child.* 83: 573, 1952.
- 21.—Zhdanov, V. M.: Medical importance of measles in the U. S. S. R. *Amer. J. Dis. Child.* 103: 242, 1962.

Ya está impreso

EL PRIMER TOMO DE TEMAS DE LAS RESIDENCIAS

que contiene las tesis:

1. LITIASIS BILIAR

por el Dr. Carlos M. Cruz Hernández

2. LITIASIS RESIDUAL DEL COLEDOCO

por el Dr. Orestes M. Pablos Coterón

3. HIPERTENSION PORTAL

por el Dr. Rafael López Sánchez

editado por el

CENTRO NACIONAL DE INFORMACION DE CIENCIAS MEDICAS

Precio del ejemplar \$2.00

Este libro está a la venta en las Librerías de L y 27, Vedado, Habana, "Lalo Carrasco", Hotel Habana Libre, en las principales librerías del interior de la República, y también se puede solicitar por correo a "La Moderna Poesía", Apdo. 605, La Habana, enviando el importe señalado y \$0.25 adicionales para el franqueo certificado.