

HOSPITAL INFANTIL DOCENTE "ELISEO NOEL CAAMAÑO", MATANZAS

Neumopatía crónica: Informe de un caso*

Por la Dra.:

ISABEL QUINTERO ENAMORADO**

Quintero Enamorado, I. *Neumopatía crónica: Informe de un caso*. Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

Se presenta el caso de una niña de la raza blanca, de dos y medio meses de edad, que ingresa por ser portadora de neumonía derecha extensa; aunque con escasos síntomas, los planteamientos diagnósticos fueron múltiples por la cronicidad y extensión de la enfermedad. Se realizaron las investigaciones pertinentes. La broncografía fue el medio de diagnóstico único que arrojó una imagen de "paro" en el bronquio superior derecho. Al no obtener un diagnóstico preciso, se lleva al acto quirúrgico para biopsia o resección pulmonar. En el acto operatorio se encontró pulmón derecho cubierto de tumoraciones de aspecto granulomatoso y consistencia dura. Se realizó neumectomía y la conclusión anatomopatológica fue de tuberculosis pulmonar; esta paciente se encontraba vacunada con la BCG, y dado el éxito obtenido con esta vacuna en los últimos tiempos, su caso es muy raro. Las coloraciones histológicas para descartar otras granulomatosis fueron negativas; aunque sorpresivamente la prueba de Mantoux fue positiva. Después de la neumectomía y tratamiento específico, la paciente presenta una evolución perfecta, ya que su desarrollo ponderoestatural y psicomotor es adecuado a la edad.

INTRODUCCION

Por su interés, dentro del grupo de edad, clinicoepidemiológico, radiológico y anatomopatológico, es que deseamos traer el caso de esta paciente para su discusión, y revisión de la literatura médica mundial sobre las neumopatías crónicas.

En nuestro medio las causas más frecuentes de neumopatías crónicas son: los procesos infecciosos del árbol respiratorio, la enfermedad bronquial alérgica, daño de los mecanismos defensi-

vos, bronquiectasias y fibrosis quística. La tuberculosis pulmonar, por el contrario, no es hoy en día una causa común de neumopatía crónica en nuestros lactantes.

Caso clínico No. 56159

Paciente M.O.H., sexo femenino, raza blanca, de 2 y medio meses de edad. Procedente del área rural. Ingreso: 16-1-74.

MI: Falta de aire y fiebre.

HEA: Lactante procedente del Hospital de Colón, donde estuvo ingresada durante 2 semanas, pues presentaba dificultad respiratoria, y se comprobó mediante Rx de tórax un proceso de condensación que tomaba casi los $\frac{2}{3}$ superiores del pulmón derecho. Al no observar mejoría a pesar del tratamiento adecuado, deciden, a petición de los pa-

* Trabajo presentado en la XVIII Jornada Nacional de Pediatría, Cienfuegos, diciembre 1974.

** Especialista de primer grado en pediatría. Hospital infantil docente "Eliseo Noel Caamaño", Sta. Isabel y Compostela, Matanzas.

dres, remitirla a nuestro hospital, donde permanece en el Servicio de Neumología, bajo investigación y tratamiento.

APP: Padre asmático.

APP: La madre refiere que al 8vo. mes de embarazo presentó amenaza de aborto y pielonefritis, por lo cual tuvo tratamiento con cloramfenicol y mandelamina.

DPM: Adecuado para la edad; sonríe, sigue los objetos más allá de la línea media, presenta gorgojo.

Inmunizaciones: BCG; se observa cicatriz vacunal.

Alimentación: adecuada.

ACPA: La madre refiere haber notado que desde el nacimiento la niña presentaba falta de aire, aunque nunca se le dio importancia como para llevarla al facultativo, hasta que aumentó la intensidad de la falta de aire, acompañándose de fiebre.

Nunca antes de aparecer el cuadro febril (a los 2 meses) se le realizaron investigaciones.

Examen físico al ingreso

Lactante con desnutrición de 1er. grado; su peso es de 9.4 lb, hidratada, irritable, llanto continuo, con polignea superficial (FR 56-60/min.), tiraje inter y subcostal ligero a moderado; submatidez en los 2^{os} superiores del HD y algunos estertores húmedos del tipo subcrepitantes medianos y finos hacia las bases de los dos hemitórax. El resto del examen físico es prácticamente negativo.

Este cuadro clínico de inicio, apenas sufrió modificación en nuestro servicio durante todo el tiempo que permaneció en él. Durante su evolución ha presentado cuadros febriles variados, aunque predominó la temperatura febricular, sin horarios fijos ni otro cuadro patológico.

De inicio, y dado que era una paciente muy manipulada desde el punto de vista terapéutico, y conociendo verbalmente de los padres que la niña era portadora



Figura 1. Radiología AP del tórax.

de *Pseudomona*, observada en un hemocultivo, se comenzó con antibioticoterapia adecuada e intensa; pues además, presentaba una imagen radiológica que impresionaba como una neumonía de LSD y medio, bronconeumonía de base derecha y parahiliar izquierda (figura 1).

Su evolución fue tórpida, con 25 días de estadia. Los planteamientos diagnósticos según su cuadro clínico y radiológico de ingreso, fueron:

1. Neumonía lobar y bronconeumonía bilateral. Como la evolución, a pesar de los medicamentos fue tórpida, se rediscutió el caso con el grupo médico del servicio, y se plantearon, por su cronicidad, una serie de entidades, como son:
2. Malformaciones pulmonares: sequestrados, lóbulos supernumerarios, disgenesias, displasias, hipoplasias broncopulmonares de origen congénito, quistes, agenesias pulmonares segmentarias, bronquiectasias congénitas, atelectasias congénitas, síndrome de Mikiti y Wilson.
3. Otros procesos pulmonares: neumonías aspirativas, granulomatosis (TB, histoplasmosis, sarcoidosis), broncoaspiración de cuerpos extraños, síndrome de Heiner proteínosis alveolar, procesos infeccio-

sos de otro tipo, como las listeriosis.

4. Extrapulmonares: tumores del tejido cromafín, quistes enterógenos, anomalías vasculares extra e intrapulmonares, afecciones esofágicas anatómicas y funcionales, enfermedad fibroquística, ganglios paratraqueales, hipogammaglobulinemias, reticuloendoteliosis o histiocitosis, timomas, etc.

Investigaciones

De acuerdo con los planteamientos, y valorando nuestras posibilidades diagnósticas intrahospitalarias, se realizaron las siguientes investigaciones:

Hemograma: se mantenían con leucocitosis ligeras a moderadas, con predominio de polimorfonucleares y eosinopenia. La hemoglobina de 0,4 g% y el hematócrito de 33%, al ingreso, no variaron hasta después de una transfusión de glóbulos rojos.

Eritrosedimentación: varió entre 73 mm el inicial hasta 52 mm el último realizado en nuestro hospital.

La reacción de Weltmann en más de una ocasión resultó bandas crónicas.

Etanol: negativo.

Electrólitos en sudor: se intentó en diferentes ocasiones, sin poder obtener sudor.

Mantoux: en dos ocasiones negativos.

Coagulograma mínimo: normal.

Exudado faríngeo: Pseudomona, strep. β hemolítico.

Exudado nasal: flora normal.

Medulocultivo (al ingreso): no se obtuvo crecimiento.

Cultivo de secreción bronquial; no se obtuvo crecimiento.

Rx de tórax simple: consolidación inflamatoria LSD por neumonía lobar aguda. Lesiones de aspecto bronconeumónico en base derecha y parahiliar izquierda. Hiperventilación del resto del parénquima pulmonar (figura 1).

Broncoscopia (25-1-74): carina, tráquea y bronquios en posición adecuada y calibre normal. Sólo se observa la mucosa muy roja y secreción mucopurulenta, que se aspira y envía para estudio bacteriológico. No atelectasia ni tapón mucoso, hasta donde se pudo visualizar.

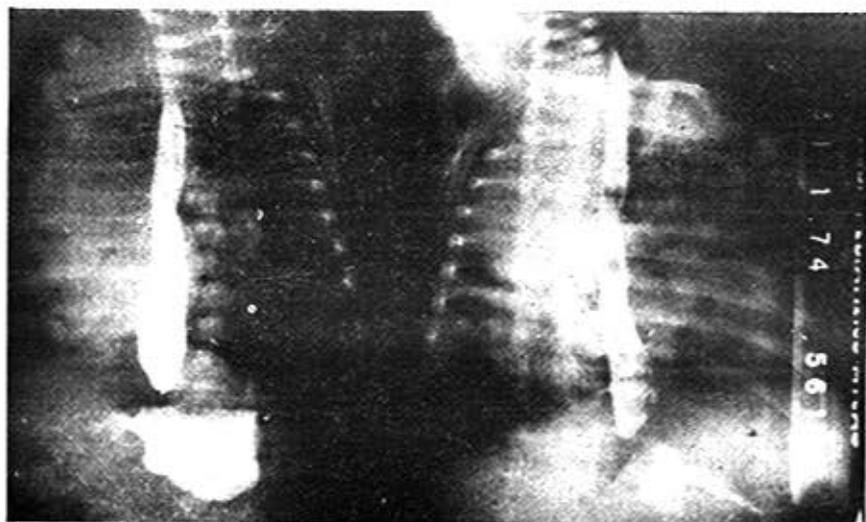


Figura 2. Esofagograma, vista lateral.

Esofagograma (31-1-74): normal. El estudio colectivo sugiere realizar broncografía del pulmón derecho (figura 2).

Broncografía (1-2-74): en estudio broncográfico contrastado repetido, se logra buena densidad radiológica de los troncos bronquiales derechos, no así su ramificación correspondiente, la cual está representada escasamente (figuras 3, 4, 5 y 6). Broncograma izquierdo: normal.

En los restantes estudios radiológicos de pulmón (siete en total) no se encontró variación con el primer informe radiológico.

Tratamiento

Ingreso: Gentamicina, celbenín y pio-pén, por 10 días y a dosis máximas; explicado por el dato del hemocultivo positivo por *Pseudomona* referido. La imagen radiológica se mantuvo sin modificación, y se revaloró el tratamiento, comenzado entonces con ceforán y nitrofurantoina por 10 días. No variación del cuadro. Se decide administrar cel-

benín, oxacillín y Ac. fucsídico, en tal orden, por el tiempo requerido; no observamos ninguna mejoría. El resto del tratamiento consistió en tres transfusiones de glóbulos rojos, gammaglobulina: 1 cc en cuatro ocasiones, percusión dígito-digital, posición de Trendelenburg, vitaminas, solterapia, dieta adecuada y reforzada.

Ante la imposibilidad de continuar por nuestros propios medios las investigaciones, decidimos enviar la paciente al hospital "Pedro Borrás". Sin modificaciones de los planteamientos expuestos por nosotros, se comienzan a realizar investigaciones, tales como:

Angiocardiografía: en la cual se obtienen imágenes vasculares normales, y se descartan afecciones intra y extrapulmonares (figuras 7 y 8).

Se realiza estudio en el Instituto de Hematología e Inmunología del hospital "William Soler", mediante el cual se obtuvieron los siguientes resultados:

Hemograma: Hb. 9.3 g%; Htó. 33 vol %; leucocitos 8 100, Seg. 88, Stabs 00,

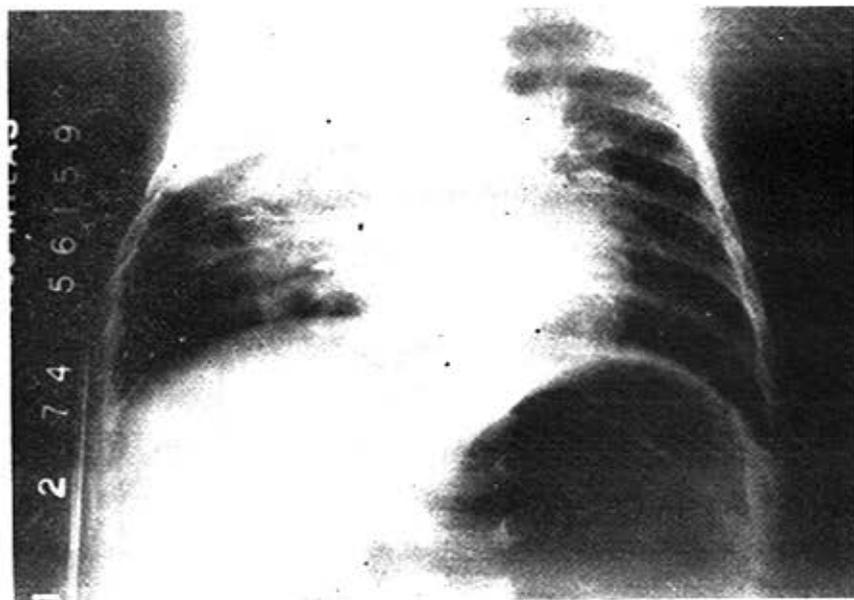


Figura 3. Broncografía, vista AP.

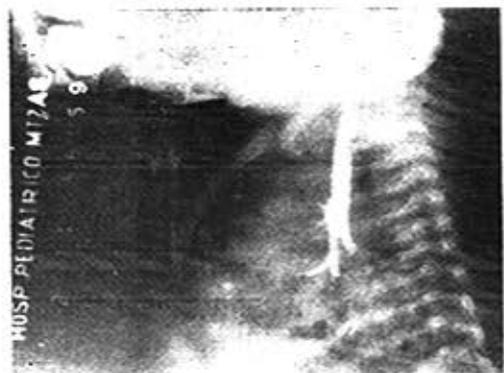


Figura 4. *Broncografía, vista lateral.*

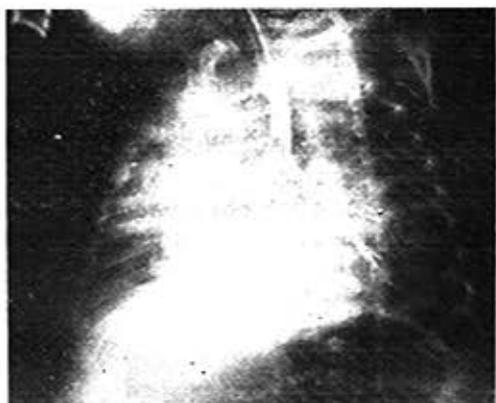


Figura 5. *Broncografía, vista lateral.*



Figura 6. *Broncografía, vista lateral.*

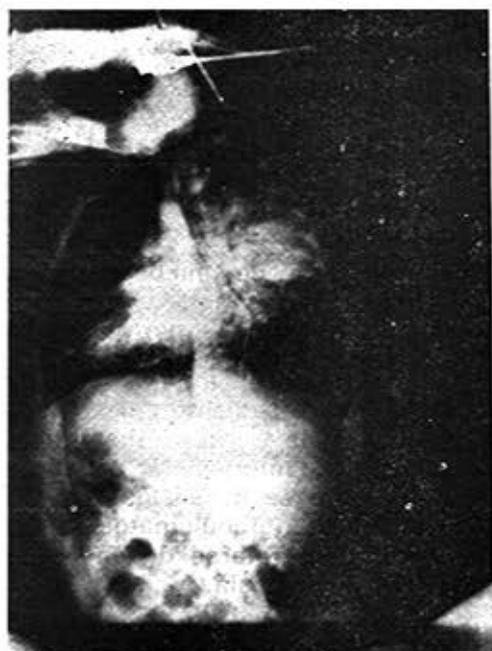


Figura 7. *Angiocardiografía, vista en levo.*

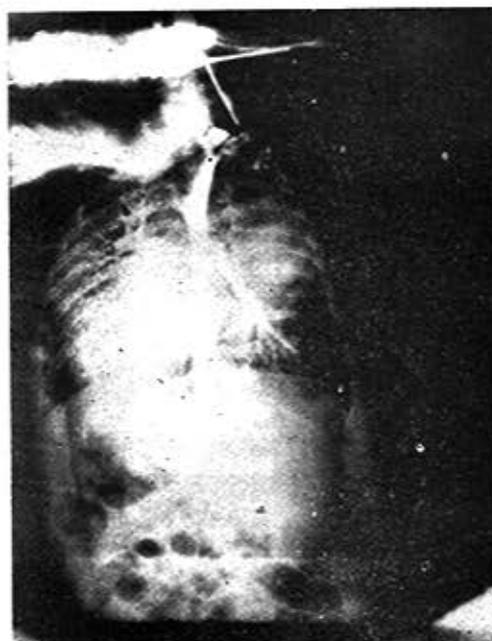


Figura 8. *Angiocardiografía, vista en dextro.*

Eo. 01, Linf. 38, Mono. 03; gránulos tóxicos xx.

Conteo absoluto de neutrófilos: 7 128.

Conteo absoluto de linfocitos: 3 078.

Eritrosedimentación: 1ª h 65 mm.

Test de transformación blástica: 54%, normal.

Cuantificación de inmunoglobulinas: Ig.G 1975 mg%, normal. Ig.A 250 mg%, normal. Ig.M 255 mg%, normal.

Conclusión del estudio: normal.

Se traslada la paciente para el Hospital Pediátrico de Centro Habana, por la posibilidad de intervención quirúrgica. En este centro se hacen los siguientes planteamientos: granulomatosis, infección (pudiendo tratarse de un absceso pulmonar) y neoplasia.

Se le opera para realizar exéresis del tumor o tomar muestra para biopsia. Al abrir la cavidad pleural, se observa un pulmón que apenas se insufla, lleno de tumores de aspecto granulomatoso y consistencia dura, que ocupan los tres lóbulos, y se decide realizar neumectomía (figuras 9, 10, 11, 12 y 13).

Informe anatomopatológico

Se observan en el parénquima pulmonar acúmulos de células de carácter epiteloide, con necrosis central y células gigantes de tipo Langhans y cuerpo extraño, rodeado de una corona linfocitaria con área de necrosis y abscedación. El resto del tejido se encuentra edematoso y con hematíes. Hipertrofia ganglionar hilar y paratraqueal (figuras 14, 15, 16, 17, 18 y 19).

Conclusión: tuberculosis pulmonar.

Se inicia la medicación con estreptomina, isoniacida y complejo B. Esta terapéutica la mantiene durante 8 meses, de la siguiente forma:

Estreptomina: 40 mg x kg de peso, por vía IM, 2 veces por semana.

Isoniacida: 15 mg x kg de peso, diariamente.

Complejo B: 1 tableta 2 veces por día. Este medicamento se sustituyó por una tableta de piridoxina (vit. B.) diaria.

Dieta adecuada.



Figura 9. Vista acto quirúrgico.



Figura 10. *Vista acto quirúrgico.*

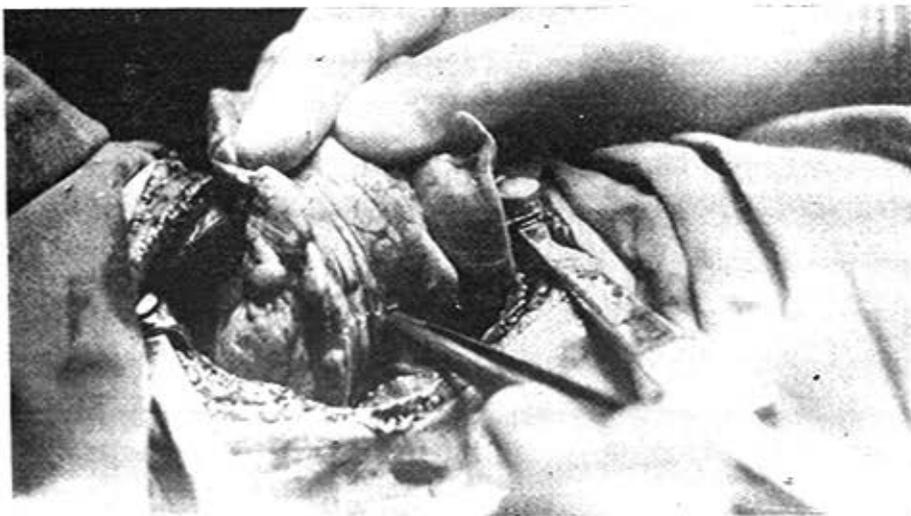


Figura 11. *Vista acto quirúrgico.*



Figura 12 Foto de pulmón derecho en vista externa.



Figura 13. Foto de pulmón derecho en vista interna.

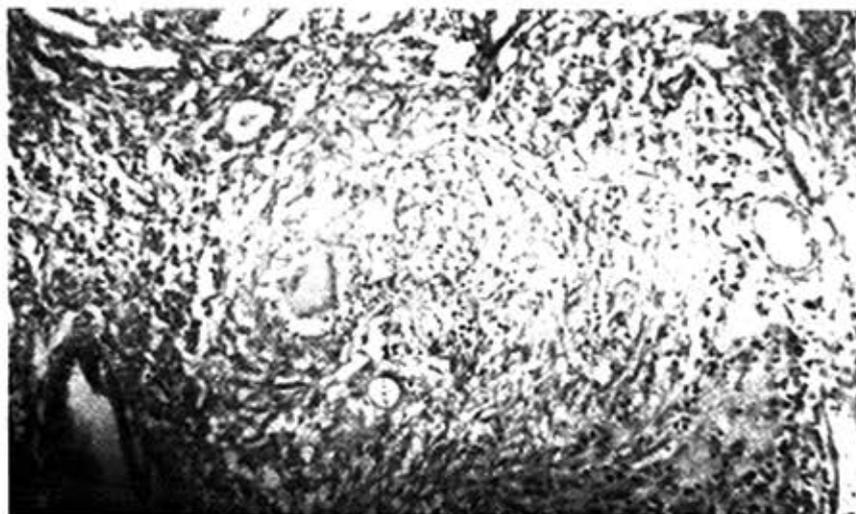


Figura 14. Corte panorámico donde se observa varios nódulos granulomatosos tuberculosos y fibrosis intersticial.



Figura 15. Granuloma tuberculoso con células gigantes tipo Langhans, infiltrado linfocitario y células epitelioides.



Figura 16. Lesión granulomatosa con necrosis caseosa central (porción más oscura) al lado de un vaso sanguíneo.

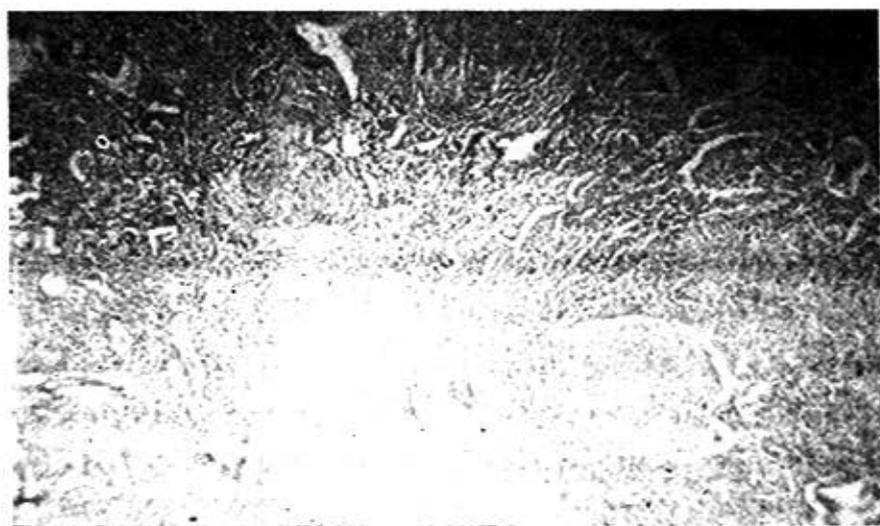


Figura 17. Granulosa tuberculosa, mediano aumento, con necrosis caseosa (borde de la fotografía), infiltrado linfocitario y células epitelioides. Célula gigante tipo Langhans.



Figura 13. Coloración de Ziehl Nielsen, donde se observan bacilos ácido-resistentes.



Figura 19. Coloración ácido alcohol resistente Ziehl, con numerosos bacilos en forma de bastones rojos brillantes.

El hallazgo anatomopatológico sorpresivo para todos y poco frecuente, dada las medidas y controles que se aplican, desde el cuidado y seguimiento de la embarazada, la vacunación con BCG, la atención adecuada del niño en las consultas de puericultura, etc., hacen aún más infrecuente este tipo de afección en nuestro país; no obstante ello, decidimos revisar dicha entidad en los niños pequeños, en nuestro caso por tratarse de una lactante, no sin antes querer advertir que la etiología precisa de esta paciente es inconclusa, pues no contamos con pruebas biológicas como para asegurar que pudiera ser una paratuberculosis por micobacterias anónimas o atípicas, y no una TB por micobacteria tuberculosa.

En la clasificación de las neumopatías crónicas, la TB pudiera encontrarse tanto en las formas congénitas como en las adquiridas.

La TB en el lactante no es siempre irremisiblemente mortal en breve plazo, como se admitía hasta hace poco tiempo en los libros clásicos de pediatría. Se ha visto que existe una débil proporción de lactantes en quienes la TB permanece latente y no significa la muerte inmediata del niño (*Valledor*).¹

Tan temprano como fue el año 1919, hubo de despertarse gran interés entre los médicos por el informe de *Klemschmidt*,² quien observaba que en algunos niños afectados de TB se presentaban grandes sombras pulmonares en la radiografía, las cuales manifestaban gran incongruencia entre su extensión radiológica y la escasez de síntomas clínicos y, además, solían desaparecer sin dejar huellas.

Un año después, en 1920, los autores alemanes *Eliasberg* y *Neuland*³ emiten los siguientes postulados sobre sus observaciones:

1. Eran imágenes pulmonares extensas.

2. Su estructura era homogénea.
3. Evolución extraordinariamente benigna.
4. Desaparición sin dejar rastros en el tejido pulmonar.

Pensaban estos autores que el proceso era de una neumonía no TB en un niño afecto de tuberculosis, tratando de explicar, de esta manera, el hecho que aquellos infiltrados extensos desaparecieron sin dejar secuelas, y propusieron denominar estas imágenes con el nombre de epituberculosis.

Assman, en 1926, indicó que la TB del adulto empezaba con una infiltración pequeña, redondeada, de localización subclavicular, y la denominó "infiltrado precoz".

Desde entonces, este cuadro recibió una serie de denominaciones como: inflamación perifocal, reacción perifocal, esplenización de vecindad, infiltración lábil, paratuberculosis, neumonía masiva; aunque sólo dos se difundieron:

1. La escuela alemana (infiltración) con *Simón* y *Redeker*.⁴
2. La escuela francesa (esplenoneumonía) de *Grancher*.⁵

Es en 1936, 10 años más tarde, que un patólogo alemán, *Rössle*,⁶ asocia la radiografía con los hallazgos anatómicos de autopsia, donde demuestra que estas sombras extensas no eran sino procesos de atelectasias, determinadas en la mayoría de los casos por la compresión que realizaba el foco primario —en ocasiones—, y de los ganglios mediastínicos tuberculosos hipertrofiados, sobre los bronquios, la más de las veces.

Este patólogo alemán distinguió, además, dos tipos de atelectasia: la forma pura, siempre benigna, por compresión, y la forma impura, que sucede cuando el ganglio caseoso penetra en el interior de la luz bronquial perforando la misma; su pronóstico es menos favorable.

Görgenyi, Göttsche y Kassay,¹ autores húngaros, en un estudio presentado en la Sociedad Médica de Budapest, en 1944, ofrecieron el resultado de sus investigaciones a punto de partida de estudios tomográficos sistemáticos de los casos, en la llamada epituberculosis de 33 casos estudiados: en 4 pacientes había compresión evidente de los bronquios por ganglios hipertrofiados; en 29, existían procesos infiltrativos-atelectásicos, y con ayuda del tomógrafo demostraron que en 22 de éstos existía estrechamiento u obstrucción bronquial, llegando a la conclusión de que estas radiologías tenían como base la atelectasia, por lo que le dan la razón a Rössle.

Los autores húngaros fueron más allá y realizaron broncoscopia en todos los casos, mediante la cual hallaron, en 28 casos, lo siguiente: en 18 había ruptura de ganglio bronquial; en 3, sólo compresión; en 7, la broncoscopia no dio resultado (posiblemente por estar la causa fuera del alcance del broncoscopio).

El aspecto de atelectasias sin retracción pueden ser limitadas, segmentarias, lobares o hemitorácicas, pero sin retracción, constituyendo el *engouement* de los franceses, el *Anschoppung* de los alemanes, el *drowned lung* de los americanos. Se pueden observar también estas imágenes en las obstrucciones por compresión, edema, o tapón de *mucus*.

El Dr. Howard⁸ presentó una serie de 59 casos de epituberculosis en niños hospitalizados, a los que se les realizó broncoscopia. El 74% demostró hallazgos patológicos como fueron: abombamiento de la pared bronquial por presión extrínsecas, tuberculomas, ulceración endobronquial, edema de la mucosa, ruptura de nódulos caseosos a través de la pared bronquial.

La edad de comienzo de la infección parece ser el factor simple más importante (M. Smith).⁹

Así Brailey¹⁰ encontró que la mortalidad en niños, con tuberculina positiva, fue superior dos veces en los primeros seis meses de vida.

Le Melletier¹¹ encontró una mortalidad del 30% en niños infectados antes de los seis meses.

De estas muertes, ha demostrado Lincoln,¹² muchas son provocadas por meningitis TB, tuberculosis miliar, unas pocas por TB primaria progresiva o de forma hematógena.

Frölich¹³ encontró que la mortalidad es tres veces mayor cuando la infección ha sido adquirida dentro de la casa.

Los niños con verdaderas TB congénitas pueden no presentar signos patológicos antes de la muerte súbita (Schaffer).¹⁴

Cuando se ha adquirido la infección en el momento del nacimiento, generalmente se retarda el comienzo de la enfermedad, y se manifiesta a la sexta y octava semanas. Los pulmones muestran ordinariamente zonas avanzadas y difusas de consolidación y engrosamiento de ganglios hiliares.

Llama la atención que en niños de la primera infancia, portadores de neumonías o bronconeumonías tuberculosas se destaque su desnutrición, pobreza de síntomas pulmonares, negatividad de la reacción de Mantoux y las características radiológicas, hechos que permiten asentar un diagnóstico clínico (J. R. Vázquez).¹⁵

Este mismo autor refiere que epidemiológicamente se detecta el foco infectante en el 80-90% de los casos.

La forma de neumonía caseosa extendida a un lóbulo, la encontró Valledor en su obra "Tuberculosis del lactante" en sólo tres casos de su estadística. Cita también a Muniagurria,¹⁶ quien encontró en un período de 5 años en el Hospital de Buenos Aires, en 1920, 25 lesiones típicas de neumonías caseosas de un total de 87 casos de TB del lactante, y concluyó que esta forma, como entidad clínica anatómica, es rara.

Weill y Gardere¹² en 27 autopsias de niños por debajo de 2 años de edad, encontraron solamente 3 casos.

Valledor, en la forma de neumonía uniforme y densa que ocupa toda la extensión de un hemitórax, y a veces deja visible una pequeña parte del parénquima por encima del diafragma, difiere en el nombre de epituberculosis, y prefiere llamarla, al igual que Schminke,¹³ "reacción perifocal". Actualmente los autores están de acuerdo con la base atelectásica como manifestación radiológica, descrita en párrafos anteriores. Insistimos en que merece muy poca confianza la prueba de tuberculina. Permaneció negativa durante todo el curso en uno de los 5 niños notificados por Grady y Zuelzer,¹⁴ los cuales sobrevivieron 5 meses, y únicamente se hizo positiva en otro a los 8 meses de edad.

En sangre no se encuentra nada notable, sólo anemia que en ocasiones es intensa. El LCR puede mostrar aumento transitorio de proteínas.

Los lavados gástricos pueden no contener al principio bacilos ácido resistentes.

Harley¹⁵ (1952) encontró en la literatura médica 83 casos aceptables de TB congénita. Pérez Sheriff et al.¹⁶ (1972) tienen informado como válido en la literatura española 5 casos de TB congénita con el paciente estudiado por ellos.

Bien sabido es que el M. Tuberculosis es habitualmente responsable de enfermedad pulmonar u otro compromiso torácico, ya sea del tipo de infección primaria o del tipo de reinfección. Las micobacterias no clasificadas también pueden ser ocasionalmente causa de enfermedad pulmonar (M. Levine).²²

Se ha observado recientemente (Levine) que la enfermedad por micobacterias atípicas, la cual determina lesiones pulmonares semejantes a la TB, es bastante común en los niños de los EEUU, especialmente en los del Sur y Sudoeste. Se han comunicado varios casos mortales

debidos a estas micobacterias no clasificadas, aunque su poder patógeno en el ser humano es mucho menor al del M. Tuberculosis (Levine).

A la luz de los conocimientos actuales, se sostiene la creencia de que la enfermedad se trasmite de un ser humano a otro; se contrae en cambio a través del suelo, los animales y en las piletas de natación. Son resistentes al tratamiento habitual. Algunas especies son moderadamente susceptibles a la estreptomina y cicloserina (Nelson).²³

De acuerdo con el Diagnostic Standards and Classification of Tuberculosis de 1961, se agrupan las M. anónimas o atípicas de la siguiente manera (Nelson, 1969):

Grupo I (Runyon): fotocromógenos (*Kansassi*, *lucciflavum*, *balnei*), producen pigmento amarillo después de la exposición a la luz.

Grupo II (Runyon): escotocromógenos (*scrofilaceum*, *paraffinicum*), producen colonias rojo-amarillas en la oscuridad.

Grupo III (Runyon): no fotocromógenos (*Battey*, *Swine*), no producen pigmentos.

Grupo IV (Runyon): de crecimiento rápido (*fortuitum*, *ulcerans*, *phlei*, *smegmatis*).

Cada M. atípica tiene su tuberculina específica que aun sin estar extendida esta prueba biológica, ya hay países que la realizan; nosotros todavía no contamos con dichas pruebas.

Hemos querido realizar esta reseña bibliográfica en relación con la tuberculosis congénita y del lactante, por lo que decíamos al principio de nuestro trabajo: ser un caso si no excepcional, sí infrecuente en la actualidad. Además, quisimos estudiarlo con el máximo de investigaciones, dando al traste con la entidad el diagnóstico anatomopatológico. Ahora bien, a través de todos los libros consultados, hemos podido apreciar que desde épocas muy tempranas

en este siglo, ya existía un tipo de TB en el lactante que llamaba la atención por su extensión radiológica y los escasos síntomas y signos clínicos; y no sólo ello, sino que también se apreciaba la poca veracidad de la tuberculina en algunos casos, y no siempre el hallazgo epidemiológico familiar, como hemos señalado.

Pero existen aún más datos; estudios controlados en Escandinavia y EEUU han demostrado que la vacuna con BCG produce una definida aunque incompleta protección contra la tuberculosis (Nelson).

En nuestra paciente nos llamó la atención que la prueba de tuberculina fuera negativa en varias ocasiones, pues también se le llegó a realizar en el "Pedro Borrás". Ya conocemos que en ciertas formas de TB no siempre es positiva dicha prueba y que aún más, se hace positiva mucho más tardíamente, como hemos apuntado en párrafos anteriores. Sin embargo, en nuestra paciente, después de operada y con el tratamiento específico, se le realizó Mantoux en el antebrazo derecho, el cual fue positivo: 14 mm. Los autores japoneses señalan la positividad del Mantoux por pruebas repetidas en el mismo antebrazo.

Es cierto que fracasamos en diagnosticar positivamente a la mamá, a pesar de un estudio en la esfera pulmonar (figura 20) y genital completo, pero se ha descrito, y *Thalhammer*²⁴ lo ratifica, la existencia de placentas (no se estudió porque la enfermedad de la niña fue posterior al parto) donde existe el foco tuberculoso muy pequeño y, por tanto, pasa inadvertido por suponer la placenta como "normal". En relación con el cultivo del bacilo, en primer lugar debemos partir del hecho de que fuera una tuberculosis por M. TB, ya que las otras M. atípicas tienen otra forma de crecimiento; además, sabemos lo difícil que resulta en un niño tan pequeño poder diagnosticar los bacilos que han pasado a la cavidad gástrica; también en nuestra revisión existe esa posibilidad.

En cuanto a la radiología, nuestro paciente exhibe un cuadro clásico de lo que primeramente se llamó epituberculosis, esplenoneumonía, etc., y que hoy en día se acepta por la mayoría de los autores como procesos atelectásicos y que perfectamente pueden no presentar retracción.

La broncoscopia realizada no logró demostrar obstrucción, pero está señalado en un porcentaje de casos que el broncoscopio no llega a la obstrucción.

Mediante la broncografía se logró visualizar el "stop" o paro que existe en el bronquio superior del lóbulo correspondiente al pulmón derecho; y, además, por investigaciones hemos descartado otros procesos como tumores, anomalías vasculares, etc., que pudieran ser valiosos como elementos a favor de una compresión bronquial por los ganglios hipertrofiados, lo cual se comprobó en el acto quirúrgico.

Todo este conjunto hace que aceptemos el diagnóstico de TB pulmonar dado por el patólogo; no precisamos de las pruebas específicas para determinar si es una tuberculosis o paratuberculosis.

En cuanto a la actitud tomada por el equipo completo de pediatras y cirujanos, está respaldada; debido al grado de infuncionabilidad del pulmón y el *stress* quirúrgico que hubiera resultado al realizar de nuevo tamaño empresa. En la literatura médica japonesa encontramos un trabajo reciente (*Tamura et al*),²⁵ donde describen que en 58 niños menores de 15 años, sujetos a resección pulmonar, de los cuales 51 presentaban tuberculosis y 7 no la presentaban, fueron dados de alta entre 1 y 1,5 meses después de operados, se realizaron neumectomías, lobectomías, etc., y sólo uno murió. Ellos concluyen que la resección pulmonar es un proceder seguro para los niños menores de 15 años, sobre todo cuando padecen tuberculosis.

A nuestra paciente se le realizó neumectomía total derecha; su estado fue excelente durante el posoperatorio y es dada de alta 1 mes después, indicándo-

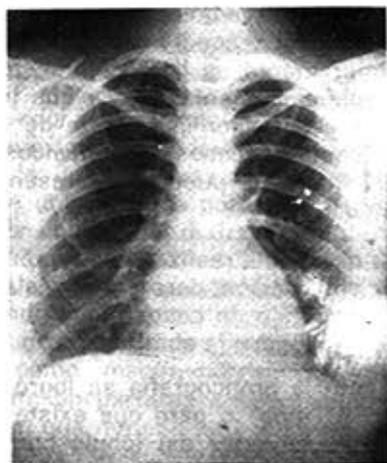


Figura 20. Radiología AP del tórax perteneciente a la madre de la paciente.



Figura 21. Radiología AP del tórax posquirúrgica.



Figura 22. Vista de la paciente posneumectomía.



Figura 23. Aspecto de la paciente un mes después de operada.

sele tratamiento específico (figuras 21, 22 y 23). Actualmente la niña tiene 1 año, pesa 23 lb y mide 75,5 cm, no presenta deformidades torácicas ni vertebrales, su DPM es excelente; ya camina sin sostén, habla algunas palabras y juega normalmente; los padres no han notado alteración respiratoria. En relación con los posibles diagnósticos diferenciales, después de tener el informe anatómopatológico, los que más se acercan a la descripción son:

Sarcoidosis. Entidad que se asemeja a la TB, pero no presenta lesiones caseosas ni necróticas. Algunos incriminan como posible causa la M. atípica, enfermedades micóticas, virales, polen de pino, etc. Rara en niños menores de 10 años. Cuadro clínico y dermatológico, toma el tacto uveal, glándulas parótidas y huesos, artralgias. Aumento del calcio en sangre y orina, leucopenia, eosinofilia, hipergammaglobulinemia. *Test* de Kvein, positivo.

Histoplasmosis. Muy semejante clínica y radiológicamente a la TB. El diagnóstico positivo se realiza por *test* cutáneo intradérmico con histoplasmina, cultivo de los esputos, biopsia de ganglio o del pulmón, etc.

Reticuloendoteliosis. Se asemeja a la TB pulmonar, se relaciona con errores hereditarios del metabolismo. El patrón pulmonar es: alveolos y ganglios lleno de macrófagos que contienen metabolitos anormales (Levine).

Agradecimiento

Queremos dejar constancia de nuestra gratitud a los compañeros que nos ayudaron en este estudio: significativamente al servicio de neumología del hospital "Pedro Borrás", Instituto de Hematología e Inmunología, hospital "William Soler", departamento de cirugía del Hospital Pediátrico Centro Habana y departamento de anatomía patológica del Hospital de Cárdenas.

SUMMARY

Quintero Enamorado, I. *Chronic pneumopathy: Report of a case.* Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

A 2½-month white girl who was admitted because of an extensive right pneumonia is presented. Although symptoms were scarce there were too many diagnostic proposals as a result of the chronicity and extension of the disease. Investigations were started since this patient was vaccinated with BCG vaccine. Bronchography was the unique diagnostic mean which yielded an "arrest" image in the right upper bronchus. Since an accurate diagnosis was not achieved, the patient underwent surgery for obtaining a biopsy or making a lung resection. At surgery, the right lung was covered by tumors with a granulomatous appearance and hard consistence. A pneumonectomy was made and the anatomicopathological conclusion was pulmonary tuberculosis. Histological stains used in order to discard other granulomatoses were negative although, surprisingly, the Mantoux test was positive. After pneumonectomy and a specific treatment the patient has had a satisfactory course since a proper pondostatural and psychomotor development to her age has been found.

RESUME

Quintero Enamorado, I. *Pneumopathie chronique: Rapport d'un cas.* Rev Cub Ped 48: 6, 1976.

Ce travail présente le cas d'une fille de la race blanche, âgée de deux mois et demi, qui est hospitalisée pour être porteuse de pneumopathie droite repandue; bien que la symptomatologie soit peu nombreuse, les diagnostics ont été multiples par la chronicité et extension de la maladie. Les recherches pertinentes ont été réalisées. La bronchographie a été le seul moyen diagnostique qui a apporté une image d'"arrêt" dans le bronche supérieur droit. N'obtenant pas un diagnostic précis, on pratique le geste chirurgical pour une biopsie ou résection pulmonaire. Lors de l'opération on a trouvé le poumon droit couvert

de tumorations d'un aspect granulomateux et de consistance dure. Une pneumectomie a été réalisée et la conclusion anatomo-pathologique a été de tuberculose pulmonaire. Etant donné que cette patiente était vaccinée avec le BCG et que ce vaccin a eu un grand succès au cours des dernières années, son cas est très rare. Les colorations histologiques pour écarter d'autres granulomatoses ont été négatives; cependant, l'épreuve de Mantoux a été positive. Après la pneumectomie et le traitement spécifique, la patiente présente une évolution parfaite, car son développement pondo-statural et psychomoteur est adéquat à son âge.

RESUME

Кинтеро Энаморадо И.. Хроническая пневмония: отчёт об одном случае заболевания. *Rev Cub Ped* 48: 6, 1976.

Описывается заболевание девочки белой расы, в возрасте двух с половиной месяцев, которая была госпитализирована с правосторонним воспалением, охватывающим всё лёгкое, при очень неполной симптоматологии, диагностические данные были многочисленными из-за хронического и охватывающего характера болезни. Были произведены детальные исследования, так как этой пациентке была привита BCG и, имея ввиду успех полученный этой вакциной в последнее время, случай оказался несколько необычным. Бронхография была единственным средством диагноза: был получен признак бездействия в правом верхнем бронхе. Поскольку не было точного диагноза, была предписана биопсия или резекция лёгкого. Во время операции было обнаружено, что правое лёгкое оказалось покрытым опухолями гранулематозного аспекта, консистентными. Была произведена пневмонэктомия, и анатомопатологическое заключение было: туберкулёз лёгкого. Гистологическая окраска в целях выявления других гранулематозов была отрицательной. Как ни странно, реакция Манту внезапно оказалась положительной. После удаления правого лёгкого и специфического лечения, пациентка поправляется быстро и хорошо, т.к. её общее физическое развитие, а также и психомоторное соответствует её возрасту.

BIBLIOGRAFIA

1. *Valledor, T.* Tuberculosis del lactante. Formas anatomoclinicas. 1939.
2. *Klemschmidt.* Citado por Alemán, E. *Rev Cub Ped XXIV*: 1. Ene.-Feb. 1962.
3. *Eliasberg y Neuland.* Citado por Alemán, E. *Rev Cub Ped XXIV*: 1, 64. Ene.-Feb. 1962.
4. *Simón y Redeker.* Citado por Alemán, E. *Rev Cub Ped XXIV*: 1. Ene.-Feb. 1962.
5. *Grancher.* Citado por Alemán, E. *Rev Cub Ped XXIV*: 1, 64. Ene.-Feb. 1962.
6. *Rössle.* Citado por Alemán, E. *Rev Cub Ped XXIV*: 1. Ene.-Feb. 1962.
7. *Görgenyi, Göttche y Kassay.* Citado por Alemán, E. *Rev Cub Ped XXIV*: 1. Ene.-Feb. 1962.
8. *Howard.* Citado por Laff, H. I. et al. *JAMA* 146: 9, June 30, 1951.
9. *Smith, M. H. D.* Antimicrobial therapy. *Pediatr Clin North Am* May 1956.
- 9a. *Smith, M. H. D.* Tuberculosis. 441. *Ped Ther.* Shirkey, H. C. Editor. Fourth Edition, 1972.
10. *Brailley, M.* Mortality in tuberculin positive infants. *Bull Johns Hopkins Hosp.* 59: 1, 1936.
11. *Le Melletier, J.* Pronostic de la tuberculose du nourrisson soustrait au contact infectant en dehors des anti-tuberculeux. *Pediatrie*, 40: 169, 1951.
12. *Lincoln.* Citado por Smith, M. H. D. Antimicrobial therapy. *Pediatr Clin North Am* May 1956.
13. *Frolich, T.* Citado por Smith, M. H. D. Antimicrobial therapy. *Ped Clin North Am* 427-438, May 1956.
14. *Schaffer, A. J.* Enfermedades del recién nacido. Salvat Editores. 1ra. Edición, 1963.
15. *Vázquez, J. R.* Tuberculosis intratorácica en la primera infancia. Héctor Macchi Editor, 1960.
16. *Muniagurria, J.* Tuberculosis del lactante. La neumonía caseosa. Tesis. Buenos Aires, 1920.
17. *Weill y Gardere.* Hemoptysie terminale au cours d'une granulie chez un nourrisson de

- 8 mois. Soc Med. des Hopitaux de Lyon (Citado por Valledor, T.). Dic. 1923.
18. *Schminke*. Citado por Valledor, T. Tuberculosis del lactante. Formas anatomoclinicas. 1939.
 19. *Grady, R. C.; Zuelzer, W. W.* Neonatal tuberculosis. *AMA J Dis Child* 90, 381-391, 1955.
 20. *Harley, J. F.* Congenital tuberculosis. *Arch Dis Child* 27, 167-172, 1952.
 21. *Pérez Sheriff, V. et al.* Tuberculosis congénita. *Acta Pediátrica Española*, Año XXX No. 352, 201, Madrid, abril 1972.
 22. *Levine, M. I.; Mascia, A. V.* Enfermedades y anomalías pulmonares en la infancia y la niñez. 235. Editorial B. 1968.
 23. *Nelson, W. E.* Textbook of pediatrics. Ninth Edition. W. B. Saunders Co. 1969.
 24. *Thalhammer, O.* Patología prenatal. 148-152. Salvat Editores, SA. 1970.
 25. *Tomura, M. et al.* Results of pulmonary resection in children. *Jap J Chest Dis* 29: 679-685. Sep. 1970.

Recibido el trabajo: abril 20, 1976.