

COMENTARIOS SOBRE UN CASO DE MENINGOENCEFALITIS POST-TRAUMATICA TRATADO CON PENICILINA

J. DE LA HUERTA LABEGA

Castellón (Grao)

B. C. C., de cincuenta y cuatro años de edad, de profesión marinero, casado, natural de Castellón.

ANTECEDENTES FAMILIARES.—Sin interés.

ANTECEDENTES PERSONALES.—Alcohólico, fumador; no ha padecido ninguna enfermedad desde la infancia, en que tuvo sarampión.

HISTORIAL MORBOso.—El día 12 de mayo de 1945, y al dirigirse a su embarcación, en el puerto de Burriana, sufrió una caída desde una altura de 3 metros, siendo trasladado a un hospital, donde le apreciaron una herida contusa en la región occipital, fractura de la sexta costilla izquierda y conmoción cerebral. A los dos días (fecha en que me hice cargo de la asistencia del lesionado) presentaba la siguiente sintomatología: estado semicomatoso, pulso bradicárdico y tenso, respiración lenta; nos llamó la atención una otorragia de tipo intermitente, apreciándose por la exploración otoscópica la rotura del timpano; practicada la punción lumbar, dió un líquido intensamente hemorrágico (sangre pura); las pupilas reaccionaban algo perezosas a la luz, no existiendo anisocoria; nada de pares craneales, estremimiento y orinas escasas; temperaturas de 37,4 grados. Diagnosticamos una fractura de base de cráneo, propagada de bóveda con probable línea perpendicular al eje del peñasco del temporal derecho. Fueron tomadas las medidas oportunas en cuanto al cuidado de su herida, fractura de costilla y antisepsia del conducto auditivo. Por la tarde se le practicó nueva punción lumbar, que dió un líquido a más alta presión, pero con los mismos caracteres hemorrágicos.

Al día siguiente continuó en el mismo estado, dando la punción lumbar un líquido a mucha presión, pero menos hemorrágico. Apareció un equimosis retroauricular, que fué aumentando en días sucesivos, confirmando nuestro diagnóstico.

El segundo día fuimos llamados con urgencia por el estado de agitación extrema en que se encontraba el herido, pues no podían sujetarle, y refiriéndonos que había tenido un ligero escalofrío, a partir del cual se quejaba de cefalea intensa, dando gritos y queriendo saltar de la cama; efectivamente, le encontramos en un estado de agitación intensa delirante, con convulsiones generalizadas y con temperaturas de 39,5°. Practicamos, con gran paciencia y no menos trabajo, al cabo de unas horas, una nueva punción lumbar, que dió como resultado un líquido purulento hemorrágico, en el que se encontraron neumococos y algún estafilococo. Se practicó también recuento globular y fórmula leucocitaria, que dieron por resultado ligera anemia de 3.248.000 y 18.600 leucocitos, con un 84 por 100 de neutrófilos segmentados, 1 metamielocito neutrófilo, 2 bastonados neutrófilos y 13 linfocitos (Dr. VILLALONGA). Presentaba además rigidez de nuca, intensa cefalea, Kernig y demás signos meníngeos. A la vista de esta sintomatología se estableció el diagnóstico de meningoencefalitis post-traumática, con puerta de entrada a nivel de oído medio y propagada a través de la fisura de cráneo. Se instituyó rápidamente un tratamiento energético a base de Sulfatiazol (7 gramos diarios) y vitamina C con gluconato cálcico.

Al día siguiente se observó cierta mejoría, pues el enfermo se encontraba menos agitado, con cefalea menos intensa, persistiendo los síntomas meníngeos ligeramente atenuados, pero con temperatura de 40°, que remite por la mañana a 39°. No practicamos punción lumbar. Con esta tendencia a mejorar, y de una forma

muy lenta, pasaron cuatro días más sin novedad digna de mención; tomaba con alguna dificultad el alimento y fué bajando la fiebre lentamente hasta cifras de 37,5°; no obstante, el sensorio era malo, y temiendo un momento a otro una recaída, pues parecía que el preparado de Sulfatiazol que se utilizó ya había dado de sí cuanto podía, utilizamos entonces el Cibazol, durante seis días más, a dosis algo menores (5 gramos), con idéntico resultado. En vista del fracaso de las Sulfamidas, pensamos en recabar de la Dirección de la Mutualidad autorización para la adquisición y empleo de la Penicilina. A pesar de los buenos deseos de la Central, no les fué posible remitirnos el medicamento por no haber existencias en aquel momento en España, prometiéndonos hacerlo en cuanto llegara.

Al día siguiente, o sea, pasados diez días de la fecha en que se le comenzaron a administrar las Sulfamidas, hubo nueva ascensión de temperatura, precedida de escalofrios, instaurándose un cuadro de agitación parecido al del comienzo, pero más fuerte, dando paso a un estado de inhibición intenso con respiración de Cheyne-Stokes, somnolencia, postración, carafelegia. Se practicó nueva punción lumbar, que dió un líquido purulento, espeso, en el que se encontraron neumococos y estafilococos. Las investigaciones hematológicas arrojaron los siguientes resultados: 2.900.000 hemáticas, 16.400 leucocitos con un 81 por 100 de neutrófilos segmentados, 15 por 100 de linfocitos, 4 por 100 bastonados neutrófilos. Velocidad de sedimentación: a la hora, 4; a las dos horas, 5; a las veinticuatro horas, 10 (Doctor VILLALONGA).

Dos días más, en espera de la llegada de la Penicilina, que ya se nos había anunciado su remesa, durante los cuales fueron alternando períodos cortos con síntomas de depresión y otros más largos, en los que dominaban los de excitación.

El día 27, por la mañana, se apreció una paresia de la pierna izquierda y se inició una ptosis palpebral en el ojo derecho y paresia del territorio facial del mismo lado, que fueron acentuándose durante el día siguiente. Se prescribieron analépticos centrales y periféricos.

Día 28.—Por la mañana se recibieron 400.000 unidades de Penicilina, que inmediatamente empezamos a aplicar, a razón de 15.000 U. (3 c. c. de la solución Stock) intramusculares cada tres horas, y otras 10.000 U. (2 centímetros cúbicos solución Stock diluidas en 10 c. c. de suero fisiológico) por vía intrarráquidea cada veinticuatro horas.

El estado del enfermo, cuando se inició el empleo de la droga, es el que sigue: había pasado la noche agitadísimo, dando gritos y necesitando de la intervención de varios familiares para sujetarle. Por la mañana, cuando le vimos, presentaba un estado de postración intenso, con temperatura de 39,5°, pulso a 120 regular, respiración con ritmo Cheyne-Stokes, lengua seca cubierta, lo mismo que la bucofaringe, de placas de Muguett; paresia de pierna izquierda, ptosis palpebral y paresia facial derecha, pupila derecha midriática, emisión involuntaria de orina, no había tomado alimentos, salvo algún sorbo pequeño de leche, desde el día anterior; somnoliento e inconsciente. Se le inyectaron 15.000 U. intramusculares y 10.000 U. intrarráquideas.

A las dos horas de haber inyectado el medicamento subió la fiebre a 40,3°, pero se observó, no obstante, cierta mejoría del sensorio, regresando las paresias del motor-ocular-común y del facial, que lenta y progresivamente fueron mejorando, así como la de su extremitad inferior.

Día 29.—Mejora notablemente el sensorio y desaparecen las paresias; toma con facilidad alimentos líquidos cada tres horas. Al practicar la segunda inyección intrarráquidea sale un líquido ligeramente purulento, a poca presión, y muy fluido; pulsaciones, 90; temperatura, 38,4°.

Día 30.—Encontramos al enfermo apirético, más despejado, respondiendo ya a nuestras preguntas. El líquido cefalorraquídeo es aparentemente normal, en cuanto a presión y transparencia; visto al microscopio,

no se observan gérmenes, existiendo ligera pleocitosis de 28 células por milímetro cúbico (polinucleares); pulso a 85.

Día 31.—Sigue sin fiebre; 80 pulsaciones. Desde la madrugada se ha iniciado un cuadro de psicosis con delirio maníaco de tipo persecutorio, desarrollándose una fobia a las inyecciones tan intensa, que por el sólo hecho de nombrárselas insulta y agrede a cuantos le rodean.

La última dosis en inyección intramuscular le fué aplicada a las veintiuna horas; no se injectó la droga introrraquídeamente a causa de su excitación, no atreviéndose tampoco a hacerlo bajo anestesia general. Se observó, no obstante, una mejoría en la regresión de los síntomas meningeos (rigidez de nuca, Kernig, las pupilas reaccionaban bien a la luz) y también ha desaparecido por completo el Muguet bucofaringeo. El examen hematológico da por resultado: 2.950.000 hemáticas, 8.200 leucocitos con 75 por 100 de segmentados neutrófilos, 22 linfocitos y 3 eosinófilos (Dr. VILLALONGA).

Día 1.—Sigue apirético, pero aún muy excitado, y negándose a tomar alimentos.

Día 2.—Ha dormido durante cuatro horas por la noche, encontrándose por la mañana en un estado de aplazamiento intenso, pero completamente consciente, pues contesta, e incluso razona, con normalidad. Acusa dolores intensos en las piernas, hacia los tobillos, que hacen necesarios el empleo de analgésicos; sigue apirético, con 72 pulsaciones, orinas claras y abundantes y una deposición normal espontánea. Persiste ligera rigidez de nuca y ligero Kernig.

Día 3.—Sin fiebre; pulso, 75; inapetencia, buen sensorio y conciencia normal; siguen los dolores de las piernas.

Día 4.—Apirético; pulso, 70; mejora el estado general; más optimista, y renace el apetito.

Día 5.—Apirético; da la impresión de un convaleciente corriente, con buen humor incluso; toma alimentos líquidos y sólidos, sin dificultad alguna, lo que nos permite afirmar que ha entrado en franca convalecencia. Siguen, aunque menos intensos, los dolores de las piernas y pies, sin observarse ningún fenómeno inflamatorio local. Han desaparecido los síntomas meningeos completamente.

Día 6.—Sigue en franca convalecencia.

Nota.—Actualmente el enfermo, pasados ya diecisésis meses, se encuentra perfectamente, no aquejando ninguna molestia y conservando incluso la agudeza auditiva normal en el oído traumatizado.

ENSEÑANZAS Y CONCLUSIONES.

1) Ante todo, debemos resaltar la indudable eficacia de un medicamento nuevo, que por lo que leemos en la bibliografía sobre el particular y lo que hemos visto en el presente caso, promete salvar muchas vidas de enfermos que antes, y aun hoy con las Sulfamidas, estaban irremediablemente perdidos; tales son los enfermos de meningitis por neumococo y estafilococo.

2) Se observa (en este caso por lo menos) un efecto mucho más rápido en la actuación del medicamento de lo que se afirma por diferentes autores refiriéndose a enfermos con septicemias estafilocócicas y neumocócicas.

3) La dosis total empleada, y que ha sido suficiente (en este caso 400.000 U.), es muy inferior al millón y pico de unidades utilizadas en otros casos similares publicados hasta la fecha.

4) Perfecta tolerancia por vía introrraquídea, sin dar lugar a ningún accidente desagradable.

Al contrario de lo que ocurre con la Sulfamidoterapia por esta vía.

5) Esterilización rápida del líquido cefalorraquídeo.

6) La inyección intramuscular debe ser dolorosa, a juzgar por la fobia desarrollada en el enfermo frente a las inyecciones; digo "debe ser", porque debido a su estado de inconsciencia, no acusaba dolor ni aun incluso en el foco de fractura de la costilla.

7) ¿Son evidentes los dolores de las piernas y pies (sin observarse fenómeno inflamatorio alguno) atribuibles al medicamento?, como ya citan algunos autores, entre ellos BUSTINZA y MARAÑÓN. El dolor está localizado en el músculo, pero también se acusa a la presión y a la percusión ósea, y está extendido por ambos miembros desde las rodillas hasta los pies.

8) Los accidentes cerebrales que ha presentado este enfermo son, a mi entender, ya más difíciles de explicar, tratándose, como en este caso, de un enfermo en el que coincide una fractura de base de cráneo, pues podrían ser atribuibles a varias causas: ¿Lesión cerebral? ¿Medicamentos?

GANGRENA GASEOSA COMPLICANDO UNA FIEBRE TIFOIDEA

S. CARRIÓN GALIANA y J. PÉREZ BALAGUER

Hemos tenido ocasión de realizar una observación de gangrena gaseosa, en condiciones tan poco frecuentes, que nos ha movido a su publicación, aparte su poca frecuencia actual, el insertarse en un cuadro febril, complicándole. Lo que aumenta, quizás, su interés.

La historia clínica es la siguiente:

Uno de nosotros asiste el 3 de julio del año actual, en su domicilio, a M. P. V., que inicia la enfermedad motivo de estas líneas unos días antes, con un vago conjunto sintomático de cefalea, malestar general, inapetencia, lengua saburral y reacción febril, que le obliga a guardar cama el citado día. Nunca enferma con anterioridad, se le apreció en la exploración una temperatura de 38,4°, 100 pulsaciones ritmicas al minuto, auscultación y percusión torácicas normales, discreto meteorismo con bazo palpable y gorgoteo en fossa iliaca derecha.

Un examen hemático, que se realiza más tarde, accusó una cifra de 4.190.000 hemáticas, con 4.190 leucocitos y esta fórmula leucocitaria: 52 neutrófilos, 45 linfocitos, 0 eosinófilos y 3 monocitos. La investigación de parásitos palúdicos en extensión y gota gruesa resulta ser negativa.

Se trata de un modo sintomático con piramidón a dosis fraccionadas, y alimentación adecuada, y siete días más tarde se efectúan unas aglutinaciones, que resultan ser negativas para el Eberth, paratífico A. y B. coli y grupo brucela.

El cuadro clínico reseñado se mantiene en la mis-