

MENINGITIS TRAUMÁTICA Y PENICILINA

Dr. Juan Carlos Pravia

El pronóstico de las meningitis post-traumáticas, de una gravedad extrema; sin embargo con el advenimiento, de drogas del grupo de las sulfamidas, y sobre todo con Penicilina, este pronóstico creemos ha cambiado fundamentalmente.

En el año 1926 Lecene - Leriche nos decían: "La gravedad de las meningitis post-traumáticas es extrema; son debido lo más a menudo, al estafilo y estreptococus y llevan siempre a la muerte". En otra parte nos decían: "son tan graves: que es inútil tentar cualquier cosa. Una vez declarada la meningitis, se hacía una punción lumbar para contralor de diagnóstico y después se dejaba evolucionar la infección a su término fatal. Pero nos agregaban: "Esta conducta ultra pesimista, no es tan justificada; desde que Dandy (1924) y Raincy Alford (1923) han podido salvar 2 niños con meningitis traumática; el 1º Dandy: haciendo un drenaje en la gran cisterna (trepanación del reborde del agujero occipital, colocando una sonda de drenaje a permanencia que se dejó colocada 7 días. El niño curó.

El 2º Raincy y Alford, un caso análogo; una meningitis a estrepto en un niño de 13 años, le hicieron una laminectomía en la 3ª y 4ª lumbar y drenaje con sonda durante 17 días y el niño curó también. Y nos agregan este párrafo: siguiendo estos métodos se tendrá "chance" en salvar algún enfermo, que de otra manera está "seguramente perdido".

Con el advenimiento de las vacunas y los sueros el pronóstico de estas meningitis se modificó muy poco. Creemos en cambio "que se ha modificado fundamentalmente, con las sulfamidas y sobre todo con la Penicilina."

En los Anales de Cirugía M. de Filadelfia EE. UU. de Julio de 1943, los Dres. Money y Nelson, en un trabajo de los heridos de cráneo de la batalla de Africa, sobre todo de la batalla de Alamein, llegan a la siguiente conclusión: "El advenimiento de las drogas del grupo de las sulfamidas, especialmente la sulfodiazina, ha modificado en tal forma estos casos, que de ninguna manera deben considerarse desesperantes, por más infestados y complicados que estén; y no es posible predecir el resultado final".

Y les hacían sulfamidias locales, 18 grs. de sulfadiazina por boca y por día, 12 grs. en inyecciones intravenosas y por día cuando no le era posible tomar líquidos; hasta que la concentración del líquido céfalo-raquídeo, alcanzara a las 72 horas, a una concentración del 10 % (por el método colorimétrico).

Creemos que con la Penicilina, se ha adelantado mucho más, ya que es inocua, cualquiera sea la vía que se emplee, sin llevarnos a esos estados anémicos, que a veces nos producen las sulfamidias cuando se emplea en ancha dosis; y sobre todo de una rapidez de horas quizás, como lo atestiguan clínicamente los casos tratados.

Nuestro caso se trata: de un poli-traumatizado, de 37 años, lituano, soltero, que ingresa al Hospital Español, el día 10 de Noviembre de 1944, **traído por la policía**: había sido arrollado en la vía pública por un camión.

En el examen comprobamos: Hematoma fronto-parietal izquierdo, o orragia izquierda, herida lacero-contusa en la región posterior del codo izquierdo, ligera contusión de la región glútea derecha. Pulso pequeño, rápido, presión 10 máxima, y 4 mínima, respiración anhelante pero bien ritmada, pupilas con escasa midriasis, nistagmus lateral derecho. Perdió el conocimiento en el momento del accidente, que lo fué recuperando en el trayecto al Hospital. Tuvo vómitos alimenticios mientras era trasladado. Como terapéutica de urgencia; lo tonificamos, horno, sueros fisiológicos, suero antitetánico, curación de sus lesiones, desinfección de boca, nariz y oídos. En los 3 primeros días, el enfermo parece seguir mejor; no había tenido vómitos, toma líquidos; sin fiebre, pulso 80. Evacúa su vientre con enemas.

Pero el día 14 de Noviembre hace en la mañana 38 y $2/5$, y nos llama la atención la posición en gatillo, la rigidez de nuca que hasta entonces no había tenido. Pensamos en seguida en una meningitis traumática. (A pesar de la radiografía negativa, que hicimos el día 11 de Nov. Placa 9516-17) por su otorragia izquierda que nos ponía en evidencia su posible puerta de entrada.

Le hacemos una punción lumbar. Sentado. Presión al Claude 50. Líquido puriforme (parecía leche). Después de extraer 10 c.c. la presión la dejamos en 40.

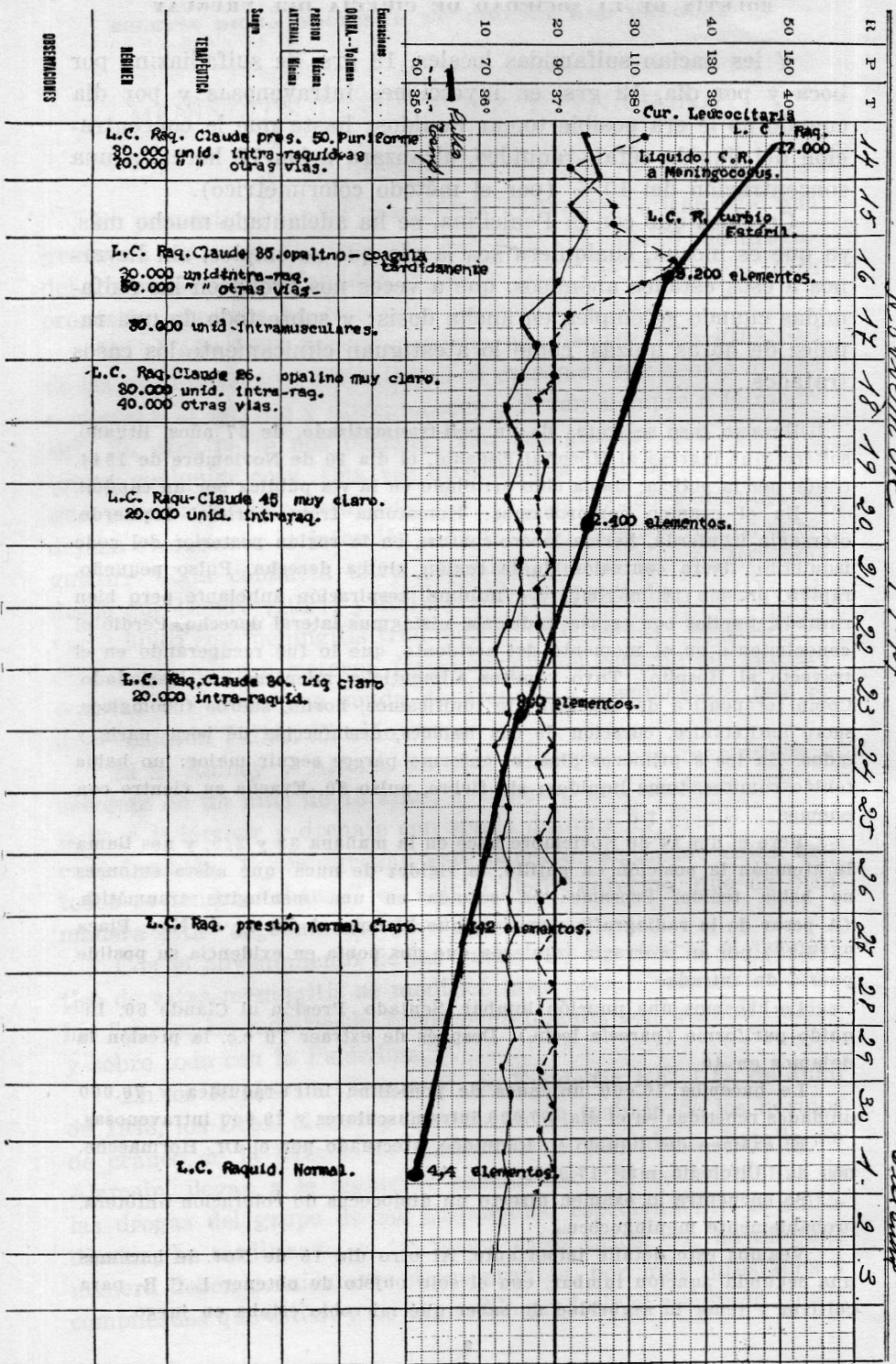
Le hacemos 30.000 unidades de penicilina intra-raquídea y 70.000 unidades repetidas en el día. 50.000 intramusculares y 20.000 intravenosas.

El examen del líquido C. Raquídeo, efectuado por el Dr. Hornaeche, nos da: Citología mm^3 17.900.

Se encuentra al examen directo un diplococo de coloración anfótera, probablemente meningococo.

Veamos este detalle importante. Al otro día 15 de Nov. le hacemos una segunda punción lumbar, con el solo objeto de obtener L. C. R. para cultivar y tener la seguridad de saber qué microbio estaba en juego.

Sal. *Narciso Lopez* Tratamiento { *1944* } *Guirapote*



L.C. Raq. Claude pres. 50. Puriforme
30.000 unid. Intra-raquid.
20.000 " " otras vias.

L.C. Raq. Claude 85. opalino - coagula
20.000 unid. Intra-raq. Cardianente
50.000 " " otras vias -
30.000 unid. Intra-musculares.

L.C. Raq. Claude 26. opalino muy claro.
30.000 unid. Intra-raq.
40.000 otras vias.

L.C. Raq. Claude 45 muy claro.
20.000 unid. Intra-raq.

L.C. Raq. Claude 30. Lig claro
20.000 Intra-raquid.

L.C. Raq. preston normal claro. 202 elementos.

L.C. Raquid. Normal. 4,4 elementos.

Cur. Leucocitaria
L.C. Raq. Liquido, C.R. 17.000 a Meningococcus.

L.C. R. turbio Fardril.
25.200 elementos.

2.400 elementos.

300 elementos.

4,4 elementos.

OBSERVACIONES

NOTAS

TEMPERATURA

Sal.

Presion Arterial

Alta

Media

Baja

UNIV. - Valencia

Examen

10 70 36°

20 90 37°

30 110 38°

40 130 39°

50 150 40°

60 170 41°

70 190 42°

80 210 43°

90 230 44°

100 250 45°

110 270 46°

120 290 47°

130 310 48°

140 330 49°

150 350 50°

160 370 51°

170 390 52°

180 410 53°

190 430 54°

200 450 55°

210 470 56°

220 490 57°

230 510 58°

240 530 59°

250 550 60°

260 570 61°

270 590 62°

280 610 63°

290 630 64°

300 650 65°

310 670 66°

320 690 67°

330 710 68°

340 730 69°

350 750 70°

360 770 71°

370 790 72°

380 810 73°

390 830 74°

400 850 75°

410 870 76°

420 890 77°

430 910 78°

440 930 79°

450 950 80°

460 970 81°

470 990 82°

480 1010 83°

490 1030 84°

500 1050 85°

510 1070 86°

520 1090 87°

530 1110 88°

540 1130 89°

550 1150 90°

560 1170 91°

570 1190 92°

580 1210 93°

590 1230 94°

600 1250 95°

610 1270 96°

620 1290 97°

630 1310 98°

640 1330 99°

650 1350 100°

660 1370 101°

670 1390 102°

680 1410 103°

690 1430 104°

700 1450 105°

710 1470 106°

720 1490 107°

730 1510 108°

740 1530 109°

750 1550 110°

760 1570 111°

770 1590 112°

780 1610 113°

790 1630 114°

800 1650 115°

810 1670 116°

820 1690 117°

830 1710 118°

840 1730 119°

850 1750 120°

860 1770 121°

870 1790 122°

880 1810 123°

890 1830 124°

900 1850 125°

910 1870 126°

920 1890 127°

930 1910 128°

940 1930 129°

950 1950 130°

960 1970 131°

970 1990 132°

980 2010 133°

990 2030 134°

1000 2050 135°

Y el laboratorio nos responde: El cultivo del L. C. R. a las 24 horas de incubación a 37°; los medios de cultivos, permanecen estériles. Se habían inyectado solamente el día anterior 100.000 unidades de Penicilina, 30.000 intra-raquídeas y 70.000 por otras vías. Hasta su curación total, permaneció siempre estéril su L. C. R.

El día 16 de Nov. el enfermo está mejor, pulso 90. Presión al Claude 35. Líquido C. Raq. opalino, coagula tardíamente.

Examen bacteriológico: negativo.

Citología: Leucocitos mm³. 3.200; polinucleares 80%; Linfocitos 20%.

En ese día le hacemos 30.000 unidades de Penicilina intra-raquídea, y 50.000 unidades por otras vías, 30.000 intravenosas en 2 veces y 20.000 intramusculares. El día 17 el enfermo sigue mejor: sin fiebre en la mañana y tarde y le hacemos 30.000 unidades intramusculares en 2 veces.

El día 18. Presión al Claude 26. 30.000 unidades intra-raquídeas y 40.000 intramusculares en 2 veces, mañana y tarde. El día 19 sigue mejor, lucidez completa.

Día 20. Punción lumbar, presión al Claude 45 que se deja en 30. Líquido opalescente. Se hacen 20.000 unidades intrarraquídeas.

Examen del líquido C. Raq.

Citología: leucocitos por mm.³, 2.400.

Examen bacteriológico: negativo.

El día 23. Nueva punción lumbar. Líquido claro. Presión 30. Inyectamos 20.000 unidades intra-raquídeas.

Examen: citología. Leucocitos mm.³, 800.

Examen bacteriológico: negativo.

El enfermo sigue muy bien. Le hacemos 2 punciones lumbares más. Una el día 27 de Nov. líquido normal en presión y aspecto. Examen leucocitos mm.³ 142 a polinucleares 80 %.

Y la última punción la hacemos el 1 ° de Diciembre.

Examen: Citología. Leucocitos mm. 4,4.

El enfermo es dado de alta el 13 de Diciembre completamente curado.

Bastó en este caso, inyectar 100.000 unidades de Penicilina (30.000 Intrarraquídeas y 70.000 por otras vías) el 1er. día, y ya a las 24 horas, ese líquido C. Raquídeo que tenía 17.000 elementos y un probable meningio; al otro día ya no cultivaba, era estéril. Hay que inyectar cremos en estos casos, penicilina a grandes dosis, localmente (vía Espinal) y por otras vías. Pero hay que seguir al enfermo durante 8 ó 10 días más, inyectando penicilina, tanto por vía raquídea como por vía intramuscular o intravenosa, para garantizarse de la curación completa. Creemos que la penicilina, a grandes dosis es inocua, y hay que aprovechar los primeros días de la infección, para garantizarnos más de su curación. He hecho un esquema de la cuadrícula: En la parte de arriba, se ve la curva leucocitaria del líquido céfalo raquídeo, y así se tiene una noción completa y exacta de como evolucionó este enfermo.

Total penicilina inyectada 320.000 unidades.