

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.

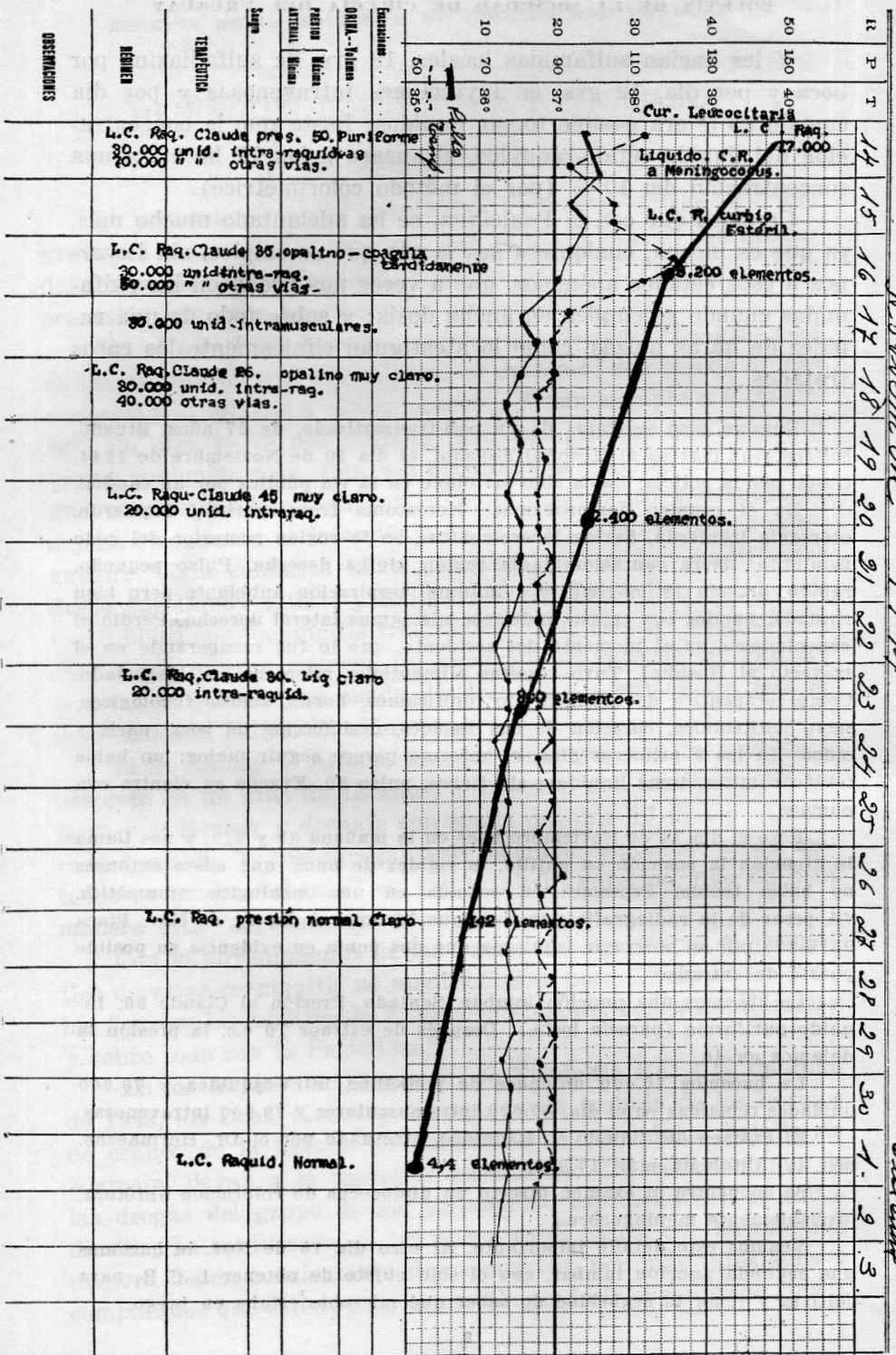
Le hacemos 30.000 unidades de penicilina intra-raquídea y 70.000 unidades repetidas en el día. 50.000 intramusculares y 20.000 intravenosas.

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. *Navarro* Tratamiento { *1944* } *Guirante*



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.