

PADECIMIENTOS PLEUROPULMONARES DE ETIOLOGIA
NO TUBERCULOSA EN NIÑOS. REVISION DE 1059 CASOS*

DR. FERNANDO KATZ AVRUTZKY

AGRADEZCO PROFUNDAMENTE a la Academia Nacional de Medicina el haberme aceptado en su seno y ofrezco aportar todos mis esfuerzos para merecer tan honrosa distinción.

El trabajo de ingreso que presento es un relato de experiencias clínicas, diagnósticas y terapéuticas adquiridas en un Servicio Hospitalario de Neumología para Niños, en donde fueron estudiados 1059 pacientes entre los internados y los de consulta externa en un lapso de 4 años. Dicho servicio de 66 camas inaugurado el 15 de septiembre de 1961 es uno de los pocos servicios hospitalarios que existen en la República dedicados exclusivamente a los padecimientos respiratorios en pediatría y donde llegan los enfermos remitidos de todos los Hospitales Infantiles en la ciudad de México y de muchos centros médicos de la provincia. Tales condiciones permiten que las observaciones obtenidas puedan considerarse como un reflejo de los padecimientos neumológicos pediátricos de la República y poderse lograr conclusiones en lo que a incidencia y frecuencia de los diferentes padecimientos respiratorios se refiere, su evolución, pronóstico, terapéutica y apreciación epidemiológica.

Podemos agrupar la patología pulmonar infantil en dos grandes capítulos: tuberculosis pleuropulmonar y padecimientos pleuropulmonares no tuberculosos. El manejo de dichas neumopatías en 1059 casos permitirá señalar hechos interesantes que nos brinden enseñanza y observaciones útiles sobre todo a los neumólogos y pediatras de México.

En nuestro medio la tuberculosis en los niños ha sido el padecimiento más ampliamente estudiado; existen numerosas publicaciones al respecto, y las nuestras anteriores han sido en relación con este tema por lo que decidí ocuparme en

* Trabajo de ingreso a la Academia Nacional de Medicina leído por su autor en la sesión del 27 de octubre de 1965.

este trabajo, básicamente de los padecimientos pulmonares no tuberculosos después de señalar algunos hechos comparativos con la tuberculosis pulmonar en pediatría.

CUADRO 1

TOTAL DE CASOS ESTUDIADOS EN 4 AÑOS
15 de Sept. 1961 — 15 de Sept. 1965

Internados	474
Consulta externa	585
	1 059

CUADRO 2

DIAGNOSTICO DE LOS CASOS DE CONSULTA EXTERNA 1961-1965

Tuberculosis pulmonar de primoinfección	178
Tuberculosis pulmonar de reinfección	11
Tuberculosis extrapulmonar	62
Padecimientos respiratorios no tuberculosos	94
Sanos pulmonares	240
	585

En la consulta externa predominaron los casos de tuberculosis pulmonar de primoinfección.

Los padecimientos respiratorios no tuberculosos fueron en su inmensa mayoría casos de bronquitis aguda o asma bronquial que no ameritaron internamiento, y constituyeron el 33.2% de los padecimientos respiratorios consultados.

CUADRO 3

DIAGNOSTICO DE LOS CASOS HOSPITALIZADOS 1961-1965

Tuberculosis pulmonar	309	casos	76.9%
Tuberculosis extrapulmonar	43	"	
Padecimientos resp.ratorios no tuberculosos	93	"	23.1%
Padecimientos extrarrespiratorios no tuberculosos	29	"	
	TOTAL	474	

Relacionando únicamente los padecimientos respiratorios observamos que casi por cada 3 enfermos de tuberculosis se internó uno de noumopatía no tuberculosa.

Los padecimientos respiratorios no tuberculosos, los hemos agrupado en los siguientes capítulos.

CUADRO 4

PADECIMIENTOS RESPIRATORIOS NO TUBERCULOSOS
1961-1965 Total 93 casos

			Total
Infecciones agudas y subagudas	Bronquitis	9 casos	
	Neumonías	27 „	48
	Empiemas	12 „	
Infecciones Crónicas	Micosis		10 casos
		Histoplasmosis	1 „ 11
		Actinomicosis	
	Bronquiectasias		4
	Supuraciones pulmonares primarias	Absceso p'ógeno Absceso hepatopulmonar ambiente	5 casos 3 „ 10
	Supuraciones pulmonares secundarias a malformaciones.	Bronquitis vegetal Bronquiectasias Quistes	2 „ 7 „ 5 „ 12
	Padecimientos neoplásticos	Enfermedad de Hodgkin Enfermedad de la Colágena Lupus eritematoso d'seminado	2 1 1
Padecimientos pulmonares difusos		Fibrosis intersticial difusa Enfermedad de Hamman Rich	1 3
Afecciones pulmonares agudas		Neumotórax espontáneo	2

Tomando en cuenta el número total de casos de padecimientos respiratorios o sea 402, el porcentaje en la incidencia de las infecciones respiratorias más comunes corresponde a:

Tuberculosis pulmonar	309 casos	76.9%
Neumonías	28 „	6.7%
Supuraciones pleuropulmonares	34 „	8.4%

Obsérvese que las supuraciones pleuropulmonares es el grupo de padecimientos con mayor porcentaje de incidencia después de la tuberculosis pulmonar.

Algunos estudios en relación con la bacteriología de los empiemas y la incidencia comparativa de las neumonías y las supuraciones pleuropulmonares merecen ser señalados.

CUADRO 5

BACTERIOLOGIA DEL LIQUIDO PLEURAL
EN LOS CASOS DE EMPIEMA

Germen predominante	No. de Casos
Estafilococo Aureus Coag. Positiva	6
Klebsiela y estreptococo	2
Pseudomonas	1
Neisseria y piocianico	1
Total	10

En dos de los casos que ingresaron en 1961 no se practicó estudio bacteriológico en líquido pleural. Podemos considerar que el estafilococo aureus fue el responsable en más del 50% de los casos.

CUADRO 6

INCIDENCIA DE LAS NEUMONÍAS Y DE LAS SUPURACIONES
PLEUROPULMONARES POR AÑOS

	1961-62	1963	1964	1965
Incidenia de las Neumonías	7	7	6	7
Inccidenia de las supuraciones pleuropulmonares	10	4	9	11

Si tomamos en cuenta la gran participación etiológica del estafilococo Aureus en las supuraciones pleuropulmonares, se hace evidente que la incidencia comparativa por años está en relación con el establecimiento de la resistencia del germen a los antibióticos, que en nuestro medio se inicia a partir de 1964. En cambio, las neumonías causadas en su mayoría por virus, no sufren estos cambios en su incidencia.

CUADRO 7

INTERVENCIONES QUIRURGICAS PRACTICADAS
EN PADECIMIENTOS PLEUROPULMONARES
NO TUBERCULOSOS

Total de Casos 93 Intervenciones practicadas 22 23.6%

	No. de casos	Intervención practicada	
Abscesos hepatopulmonar amibiano	3	Neumonectomía	1
Supuraciones pulmonares	17	Neumonectomías	2
		Bilobectomías	3
		Lobectomía más segmento	2 11
		Lobectomías	1
		Segmentectomías	3
Bronquitis vegetal	2	Neumonectomía	1
Actinomicosis	1	Lobectomía	1
Empiemas	12	Decorticación	5
		Decorticación con lobectomía	2 8
		Neumonectomía	1
	35		22

Obsérvese que en 34 casos de supuraciones pleuropulmonares, hubo indicación quirúrgica en 22 de ellos 64.7%.

En un caso de empiema el padecimiento parenquimatoso dejó múltiples fistu-

las pleuropulmonares en dos de los lóbulos, que imposibilitaban la reexpansión pulmonar, por lo que se tuvo que extirpar todo el pulmón.

CUADRO 8
DEFUNCIONES EN RELACION CON EL DIAGNOSTICO
1961-1965

		No. total de casos	No. de de- funciones	% Espe- cífico	% Global
Tuberculosis pulmonar		309	38	12.2	9.4
Tuberculosis extrapulmonar		43	5	11.6	—
Infecciones agudas	Neumonías	27	2	7.4	0.49
o subagudas	Empiemas	12	1	8.3	0.24
	Absceso piógeno	17	3	17.6	0.73
	Absceso amibiano	3	0	—	—
Infecciones crónicas	Bronquitis vegetal	2	1	50	0.24
	Micosis	11	0	—	—

Obsérvese que el porcentaje de defunciones en el absceso piógeno es el más alto de todos los padecimientos respiratorios incluyendo la tuberculosis pulmonar (la bronquitis vegetal no se toma en cuenta por tratarse únicamente de 2 casos), y que la mortalidad de las Neumonías ascendió a 7.4% aunque los dos pacientes que fallecieron fueron únicamente los profusamente infectados por *Cándida Albicans*.

En seguida se presentan las fotografías de los casos clínicos o anatomoclínicos que se consideran interesantes:

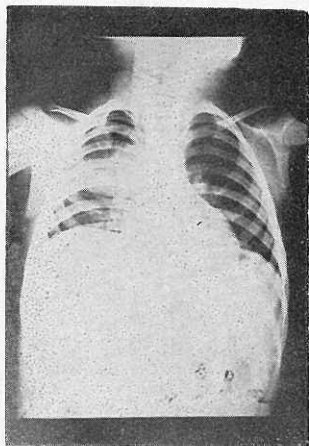


FIG. 1. Caso A. Niño de 2 años 10 meses de edad. Imagen característica de Neumonía a Virus.

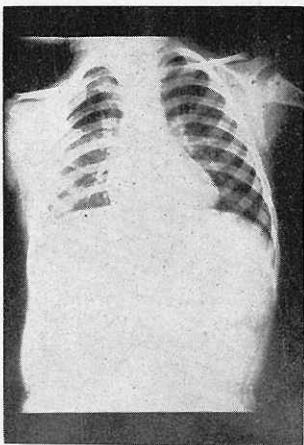


FIG. 2. Caso A. Limpieza radiológica a los cuatro días de evolución.

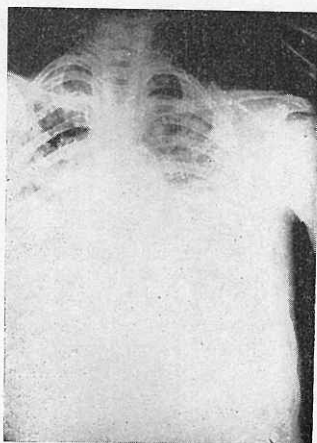


FIG. 3. Caso B. Diseminación Bronco-neumónica en un niño de 14 años de edad.



FIG. 4. Caso B. Osteomielitis de la tibia que dio origen a la diseminación.

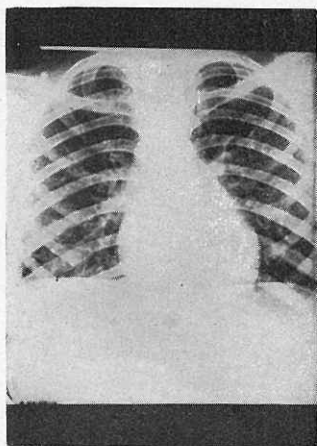


FIG. 5. Caso B. Limpieza radiológica a los treinta días.

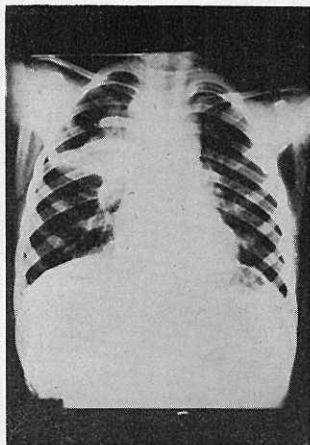


FIG. 6. Caso C. Neumonía estafilocócica en un niño de 7 años. Obsérvese el neumotórax por apertura de la lesión a la pleura.

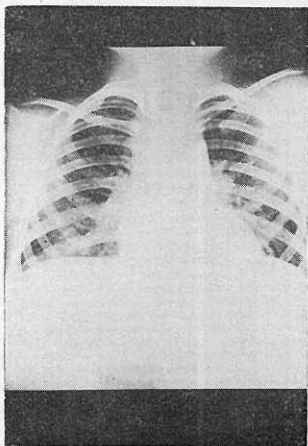


FIG. 7. Caso C. Evolución a los 30 días sin secuelas.

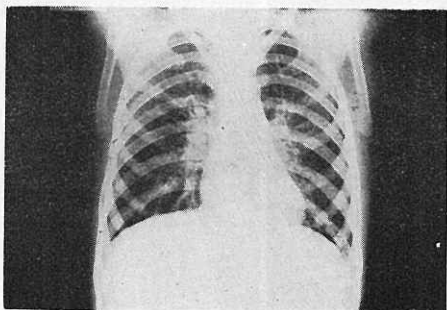


FIG. 8. Caso D. Caso de Candidiasis pulmonar en una niña de 7 años. A su ingreso imágenes difusas congestivas radiadas.

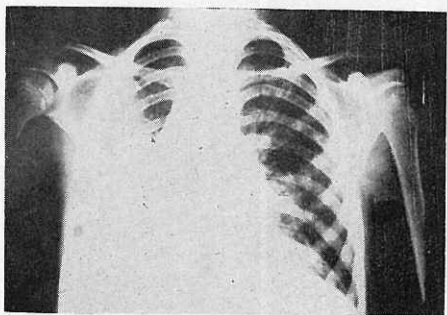


FIG. 9. Caso D. 25 días después. Neumonía de casi todo el pulmón e imágenes macronodulares bronconeumónicas contralaterales. La niña fallece.

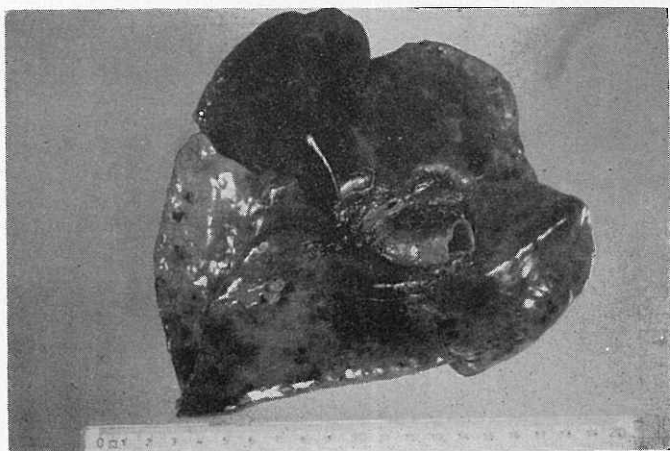


FIG. 10. Caso D. Estudio de Autopsia. El pulmón derecho se observa exteriormente de color amarillento verdoso alternando con zonas de color café rojizo, la pleura no muestra alteraciones.

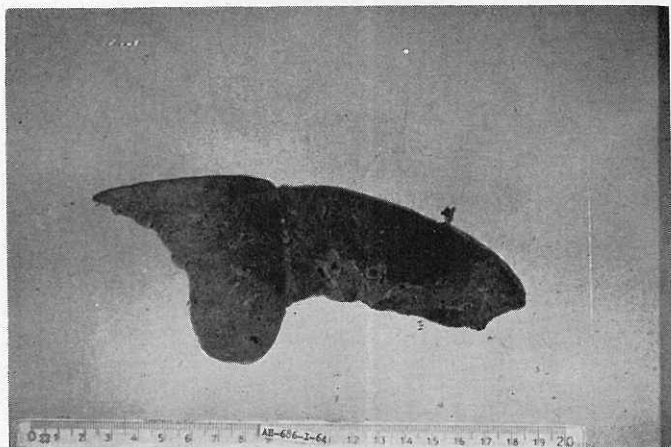


FIG. 11. Caso D. Al corte se ratifica el aspecto y el aumento de consistencia de las zonas neumónicas.



FIG. 12. Caso D. Acercamiento. Los alveolos se observan de aspecto normal.

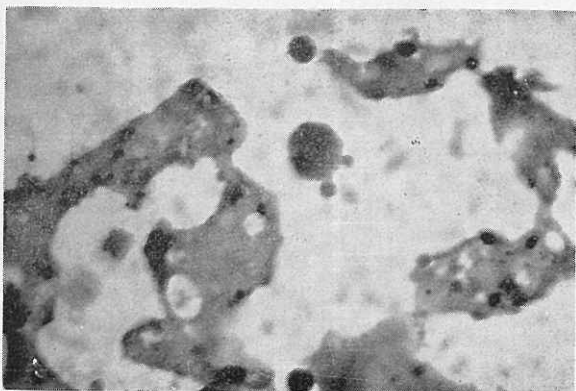


FIG. 13. Caso D. Al microscopio con la técnica de tinción de Shiff se ven los tabiques interalveolares engrosados y en la luz de los alveolos se ve la Candida con dos yemas (esporas de reproducción) y en otros sitios candidas aisladas.

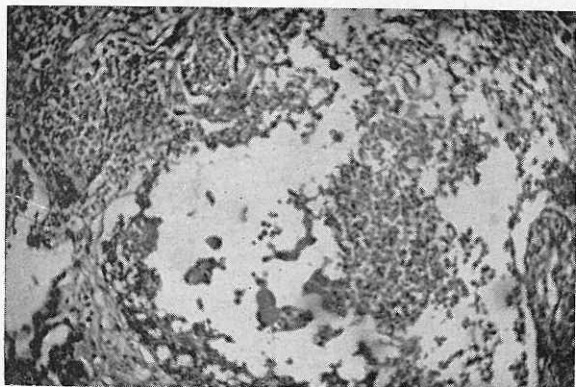


FIG. 14. Caso D. Con la técnica de Gallegos se ven nuevamente aquí las *Candidas* con numerosas yemas. A su alrededor los alveolos están llenos de infiltrado inflamatorio.

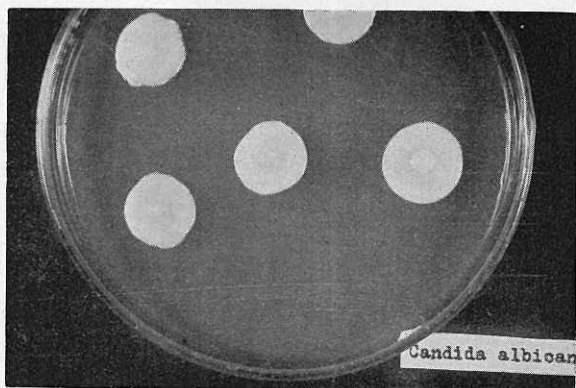


FIG. 15. Caso D. El cultivo obtenido muestra las colonias redondeadas cremosas muy blancas (*Albicans*) con un manchón central.

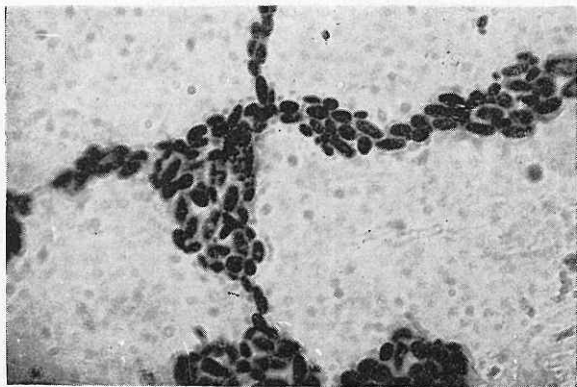


FIG. 16. Caso D. En el frotis teñido con Gram se observan formaciones leucocitoides de forma ovalada agrupadas en pequeños conglomerados.

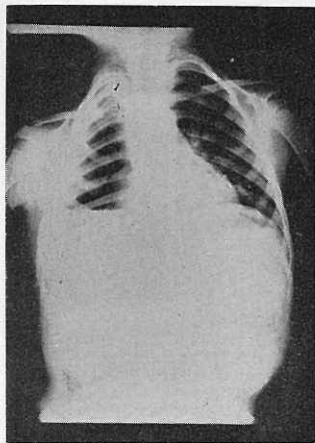


FIG. 17. Caso E. Píotórax en una niña de 3 años.

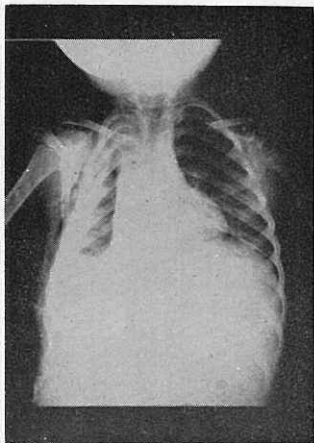


FIG. 18. Caso E. El pulmón no reexpande a pesar del drenaje y aspiración.

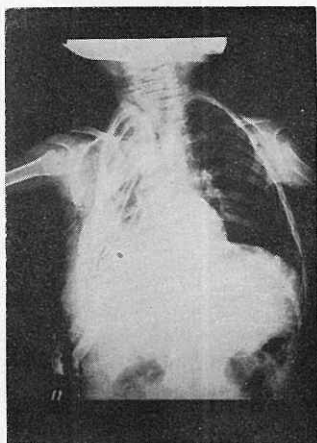


FIG. 19. Caso E. Neumonía del lóbulo medio con múltiples fístulas. Placa con pulmón reexpandido y sondas post-operatorias inmediatas, después de la decorticación y lobectomía media.

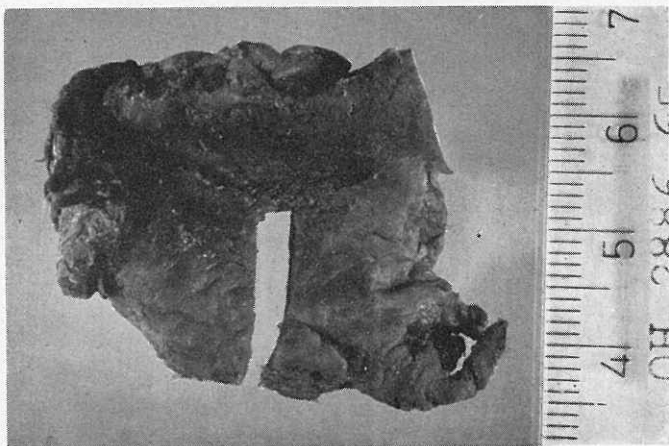


FIG 20. Caso E. Pleura decorticada. Obsérvese el grosor.

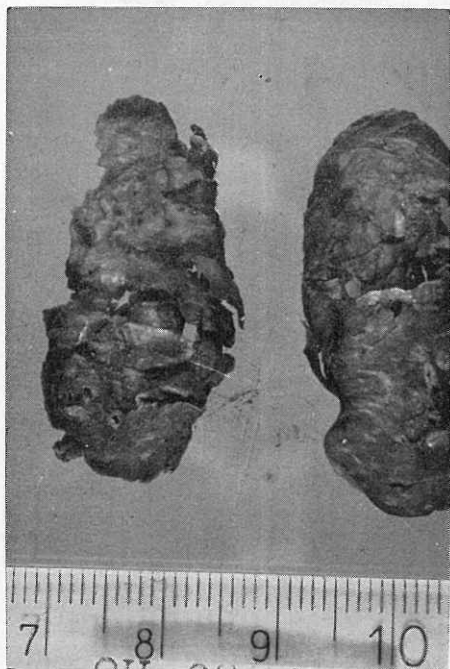


FIG. 21. Caso E. Lóbulo medio resecado con la pleura engrosada.

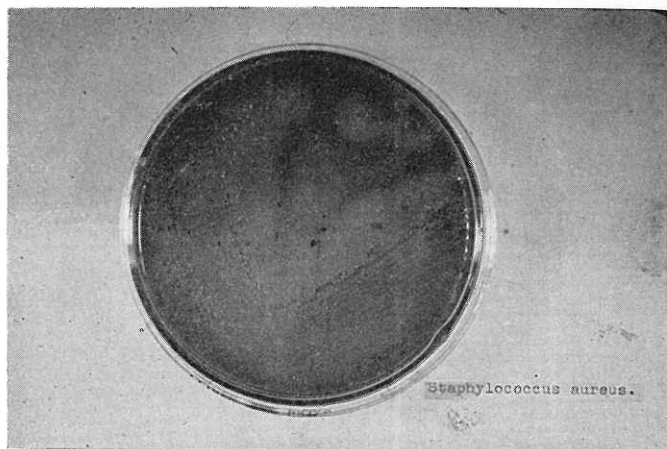


FIG. 22. Caso E. Cultivo obtenido de la pieza reseca, obsérvese la colonia típica del estafilococo aureus, colonias cremosas redondeadas, con su pigmento dorado y un halo hemolítico alrededor del tipo beta.

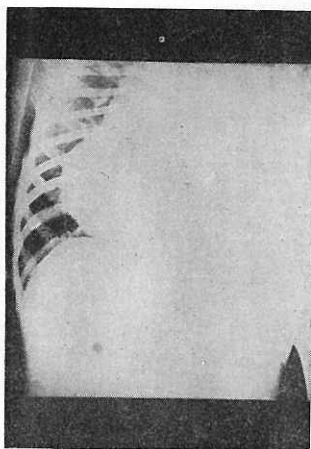


FIG. 23. Caso F. Niño de 14 años. Empiema llenando todo el hemitórax.



FIG. 24. Caso E. Tibia con osteomielitis punto de partida del empiema.

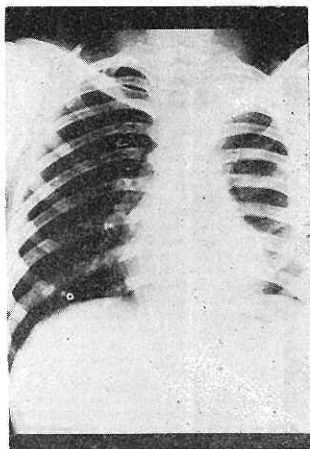


FIG. 25. Caso F. Después del drenaje y tratamiento médico 90 días. Obsérvese la pleura muy engrosada.

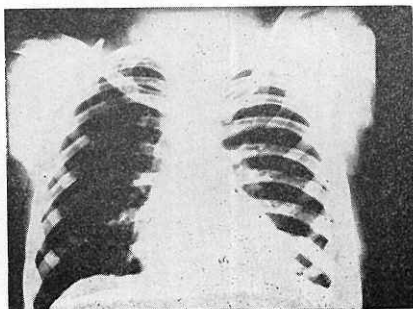


FIG. 26. Caso F. Después de la decorticación.

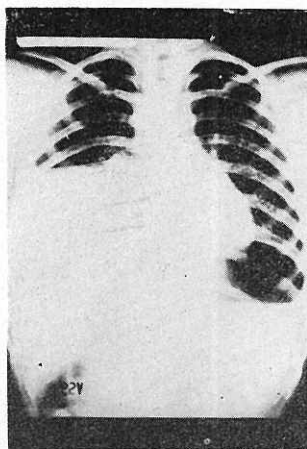


FIG. 27. Caso G. Niña de 9 años, Absceso Piógeno Primario. Gran condensación en base derecha.

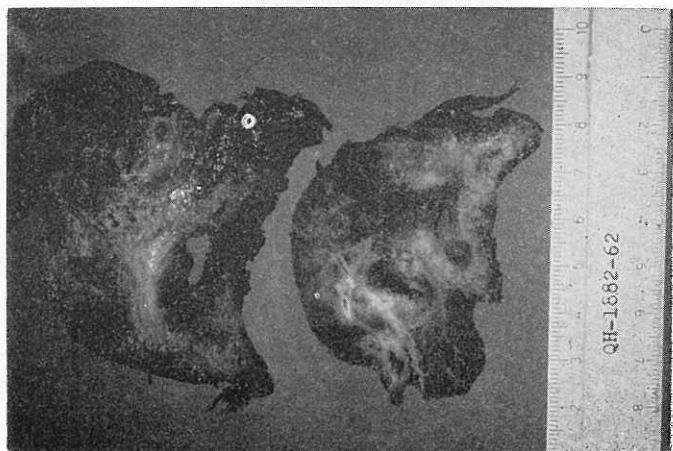


FIG. 28. Caso G. Pieza resecada bilobectomía, al corte cavidad piógena rodeada de material necrótico, en las zonas vecinas áreas de necrosis y atelectasia.

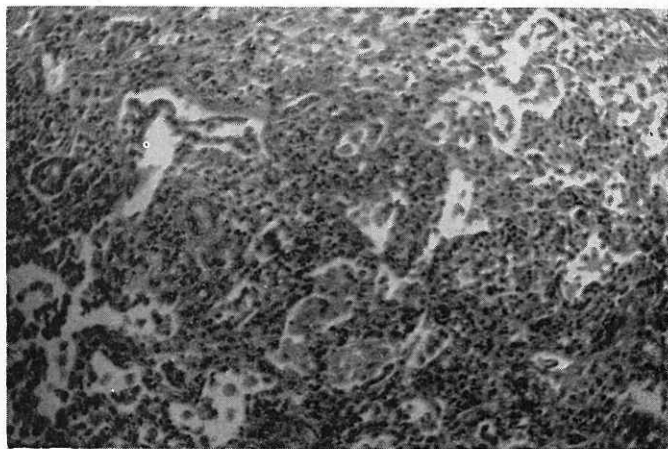


FIG. 29. Caso G. Estudio microscópico. Se observan los alveolos llenos de macrófagos con detritus celulares e infiltrado difuso de neutrófilos en los tabiques interalveolares.

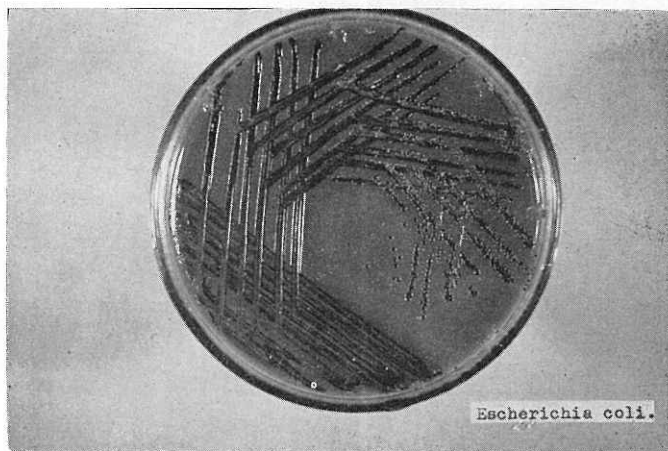


FIG. 30. Caso G. Al cultivarse se obtuvieron las colonias características de *Escherichia coli* que se pudieron observar con su brillo verde metálico en medio de Endo.

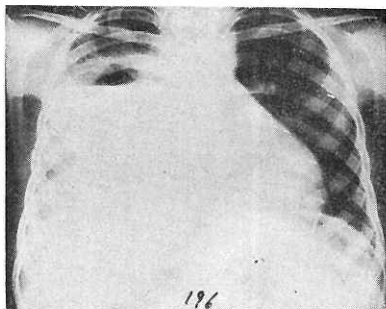


FIG. 31. Caso H. Absceso Hepato pulmonar Amibiano en un niño de 6 años. Diagnosticado como absceso piógeno con rectificación después de la intervención quirúrgica.

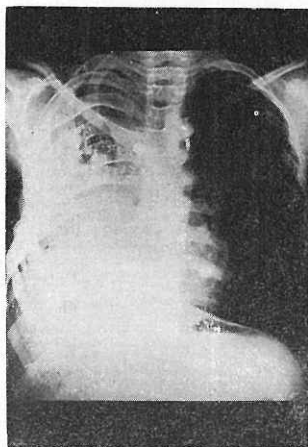


FIG. 32. Caso H. Placa con cavidad residual post neumonectomía.

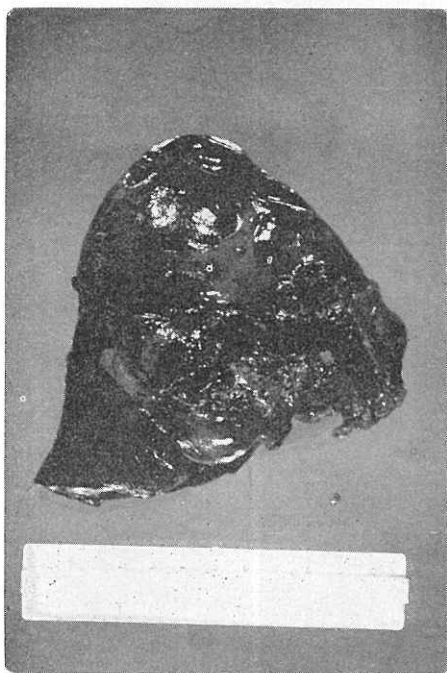


FIG. 33. Caso H. Pulmón derecho resecado con destrucción masiva en la parte basal y apertura hacia la pleura.

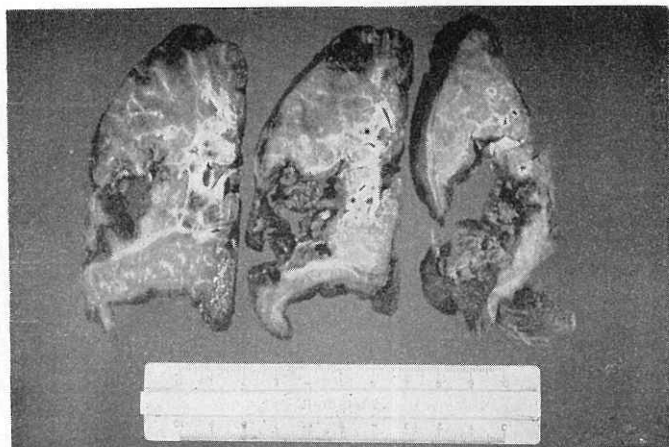


FIG. 34. Caso H. Al corte la cavidad del absceso en el lóbulo medio y zonas de neumonía en los otros lóbulos.

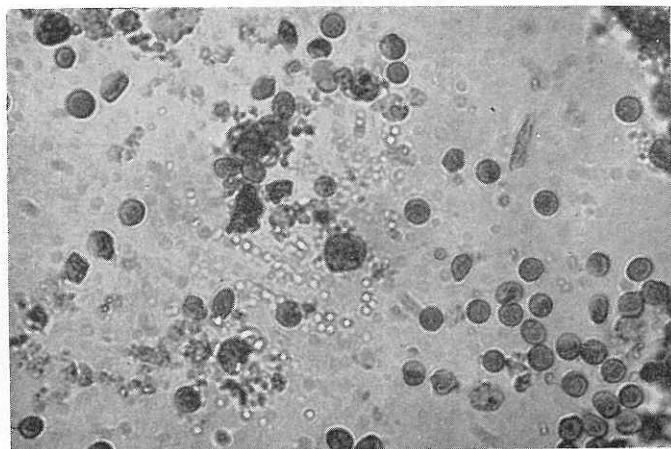


FIG. 35. Caso H. Microscópicamente en frotis con lugol se observan los trofozoitos de Endamoeba histolítica.

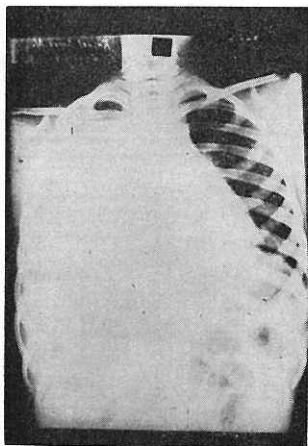


FIG. 36. Caso I. Niño de 6 años. Absceso hepatopulmonar amibiano. Diagnosticado por punción por presencia de pus achocolatado.

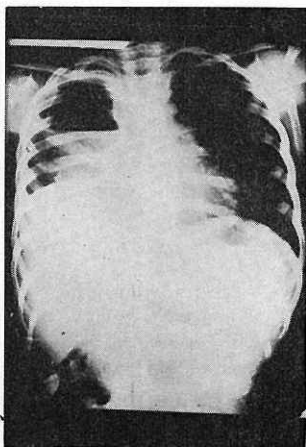


FIG. 37. Caso I. Después de la punción evacuadora e iniciado el tratamiento específico.

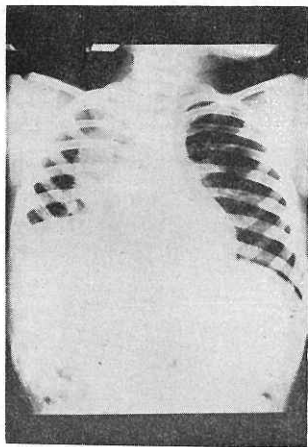


FIG. 38. Caso I. Dos meses después.

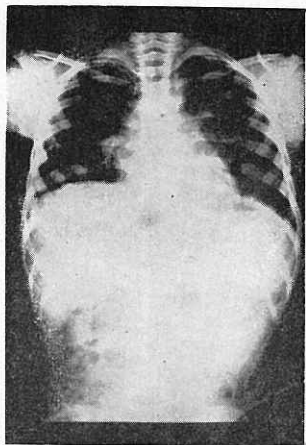


FIG. 39. Caso I. 45 días después. Restituto ad integrum.

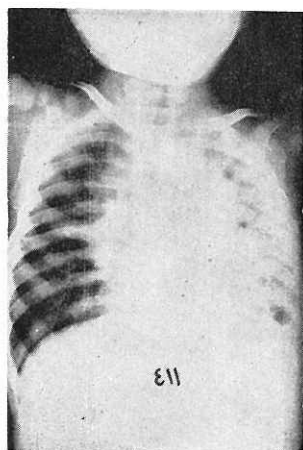


FIG. 40. Caso J. Bronquitis vegetal. Niña de 3 años. Placa con imagen neumónica que no cede al tratamiento médico.

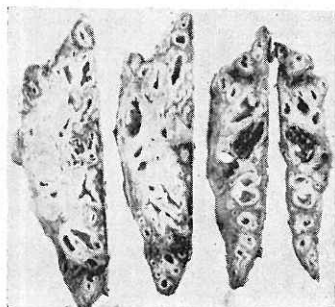


FIG. 41. Caso J. Se practicó neumonec-tomía hallándose múltiples abscesos en todo el pulmón. Al corte del pulmón resecado, múltiples bronquiectasias y destrucciones y una rama de pino en el bronquio principal izquierdo.

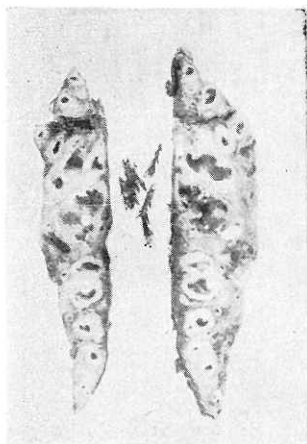


FIG. 42. Caso J. La rama de pino extraída entre los dos cortes del pulmón.

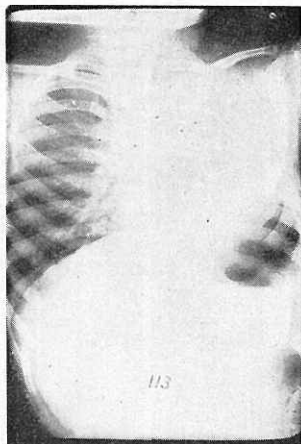


FIG. 43. Caso J. Placa postneumonec-tomía.

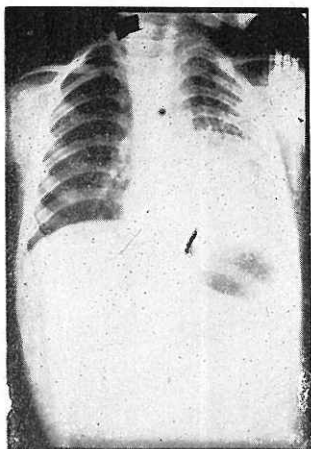


FIG. 44. Caso K. Otro caso de Bronquitis Vegetal, Niño de 2 años. Placa con imagen neumónica y de fibrosis.

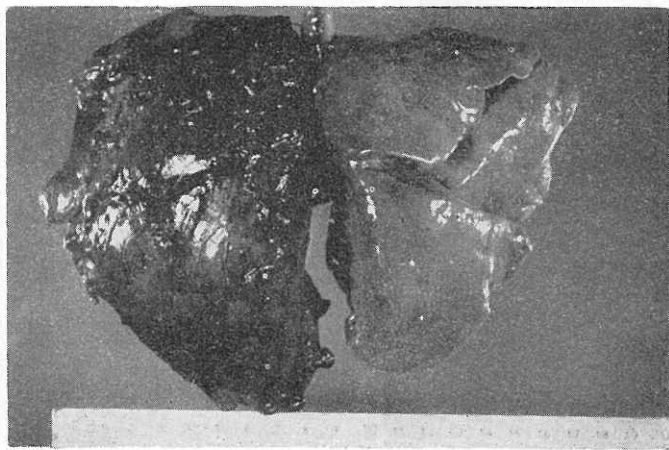


FIG. 45. Caso K. El estudio de necropsia muestra los dos pulmones. El pulmón izquierdo aumentado de volumen con engrosamiento pleural y muy enrojecido.



FIG. 46. Caso K. Al corte se observan áreas aumentadas de consistencia de aspecto neumónico y pequeñas bronquiectasias.



FIG. 47. Caso K. Obsérvese un frijol en la luz de la tráquea obstruyéndola totalmente y que fue la causa de la muerte por asfixia.



FIG. 48. Caso K. Al corte la luz de la tráquea se observa inundada de pus.

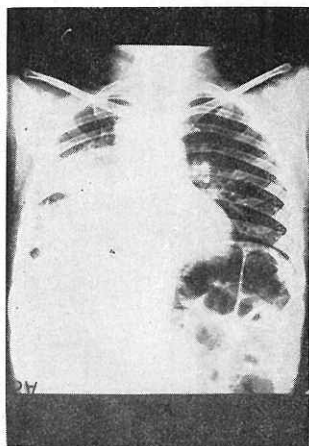


FIG. 49. Caso L. Bronquiectasia Abscedada. Niña de 7 años, Imagen de doble condensación neumónica en pulmón derecho.

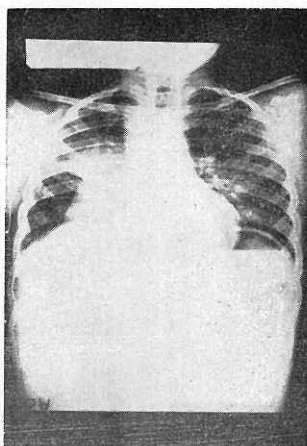


FIG. 50. Caso L. Después de tratamiento prolongado con antibióticos.

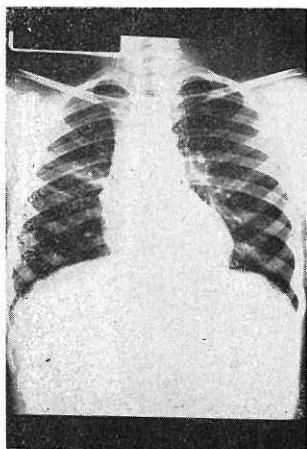


FIG. 51. Caso L. 8 meses después, se considera curado el proceso infeccioso.

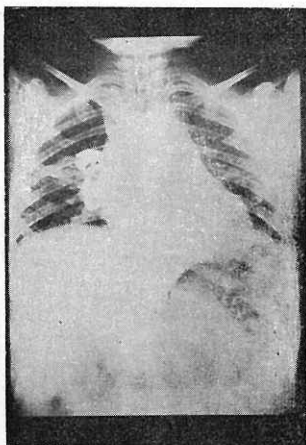


FIG. 52. Caso L. Brocografía practicada en estas condiciones señala enormes bronquiectasias de bronquios lobares.

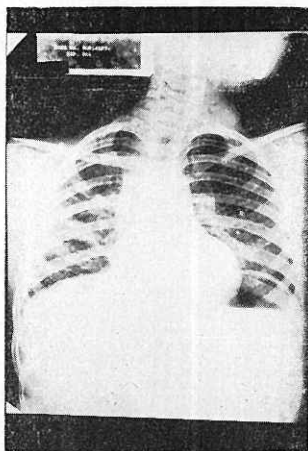


FIG. 53. Caso L. Imagen post lobectomía, lóbulos inferior y medio.

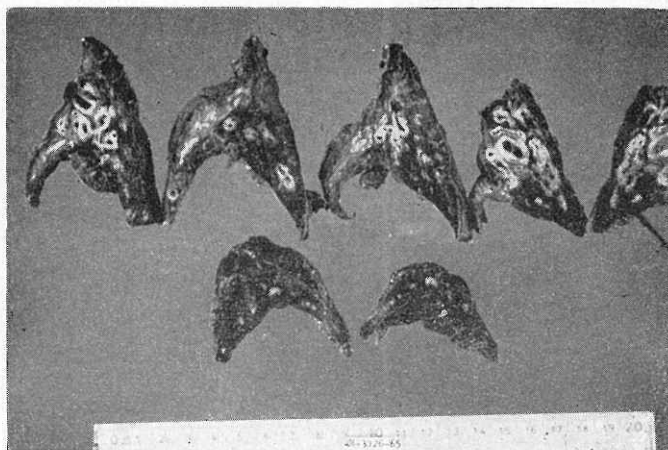


FIG. 54. Caso L. Piezas resecaas, obsérvese las enormes bronquiectasias y otras más pequeñas en el lóbulo medio.

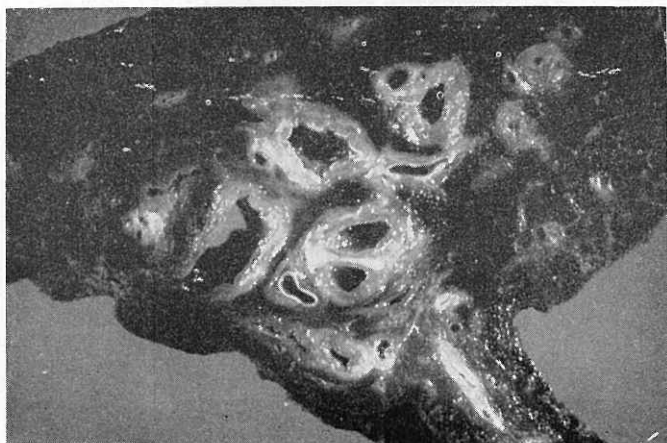


FIG. 55. Caso L. Aspecto a mayor aumento.

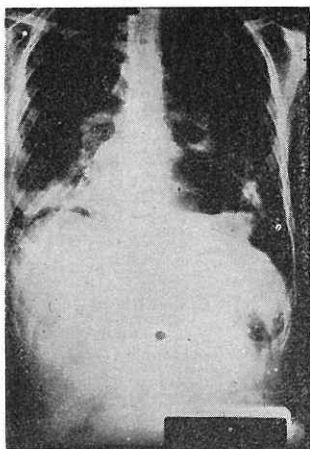


FIG. 56. Caso M. Quiste congénito abscedado en la base del pulmón izquierdo. Niña de 12 años.

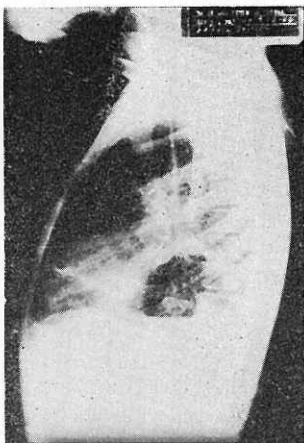


FIG. 57. Caso M. Placa lateral que se ubica en la pirámide basal.

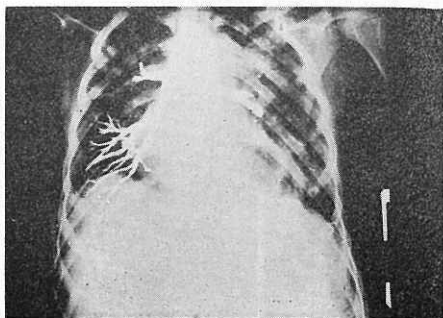


FIG. 58. Caso M. Broncografía después del tratamiento, en la que se sigue observando el quiste más pequeño ya sin absceso y la incomunicación bronquial.

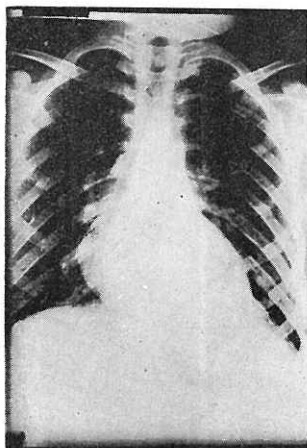


FIG. 59. Caso M. Placa después de la resección de la pirámide basal.

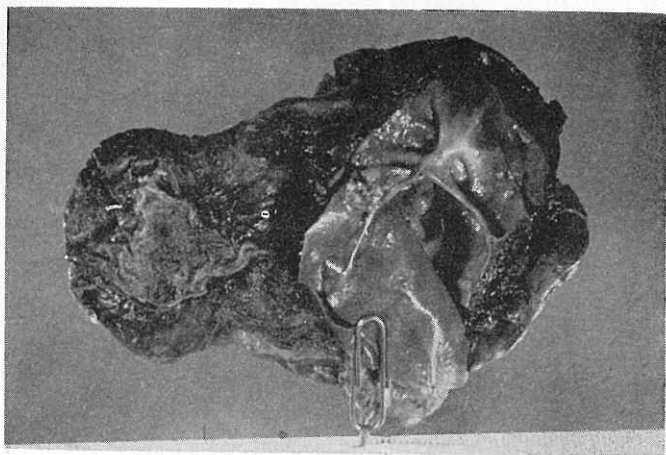


FIG. 60. Caso M. Pieza reseçada, obsérvese la cavidad del quiste de paredes lisas.

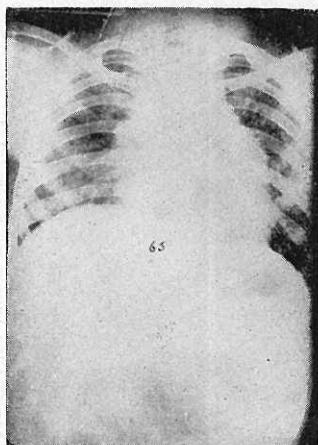


FIG. 61. Caso N. Imagen de fibrosis intersticial difusa.

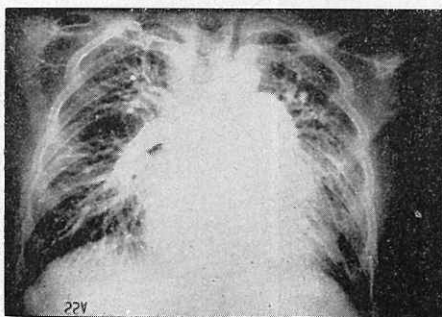


FIG. 62. Caso N. Angioneumografía que evidencia el crecimiento del infundíbulo de la arteria pulmonar por la hipertensión arterial pulmonar.

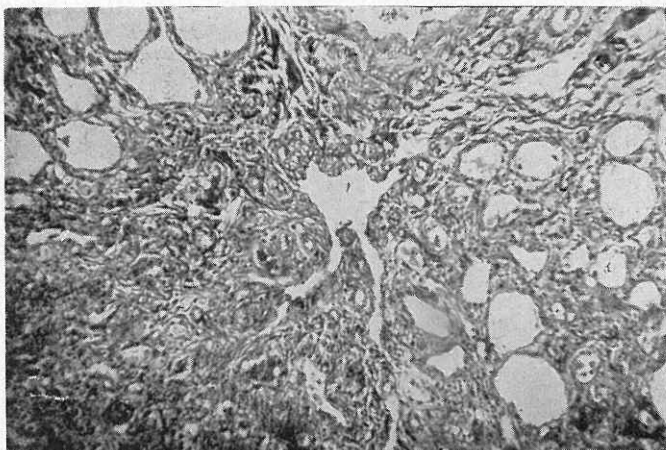


FIG. 63. Caso N. Estudio microscópico de la biopsia pulmonar practicada, se observan las paredes de un vaso y a su alrededor los tabiques interalveolares muy engrosados.

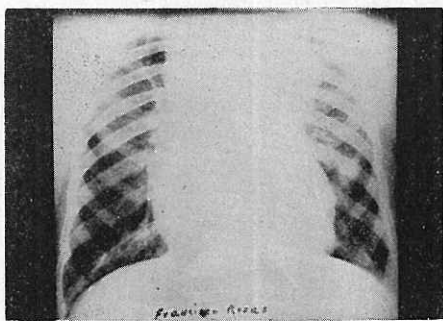


FIG. 64. Caso O. Imagen de enfermedad de Hodgkin. Masa tumoral, linfoma en el mediastino superior.

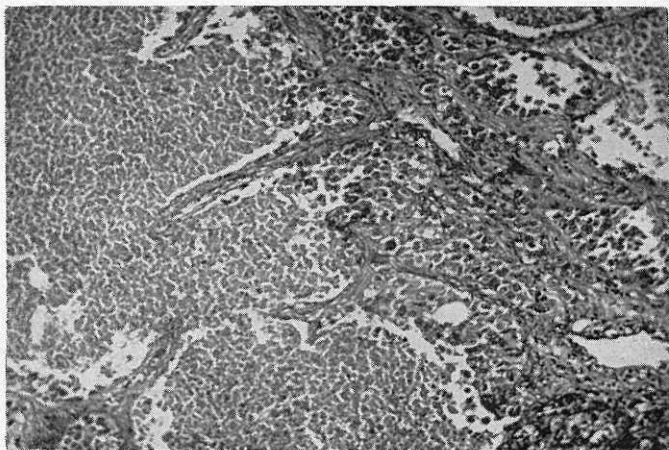


FIG. 65. Caso O. Estudio microscópico de la biopsia de tejido ganglionar resecado de ganglio supraclavicular. Se ven los islotes de células neoplásicas separadas por tejido fibroso y grandes zonas de necrosis.

DISCUSIÓN

Se observaron 27 casos de neumonía que, estudiados desde el punto de vista clínico, radiológico y bacteriológico, pudieron ser divididos en cuatro grupos diferentes:

1er. Grupo. Neumonías no bacterianas o por virus; éstas sumaron 12 casos; el diagnóstico se basó en la evolución clínica benigna, sintomatología discreta y la desaparición de la sombra neumónica en la radiografía de tórax, en un lapso entre 4 y 12 días, 4 de los 12 casos presentaron sombras bilaterales macronodulares disminuidas que se consideraron bronconeumónicas. Todos cursaron con cifras normales de leucocitos o leucocitosis muy discreta.

2º Grupo. Neumonías bacterianas.—Predominando el estafilococo Aureus como germen etiológico, 7 casos en los que la evolución ha sido más severa, fiebre alta, ataque al estado general, síntomas más persistentes y evolución más prolongada, leucocitosis que oscilaba entre 12,500 y 22,000 glóbulos blancos. En cinco de ellos se encontró el estafilococo coagulasa positivo ya sea en secreción faríngea o en las secreciones de focos infecciosos distales ya que dos de ellos cursaron con otitis supurada y uno con osteomielitis de la tibia. La evolución radiológica fue

característica en 3 de ellos por formación de quistes aéreos y apertura del parénquima a la cavidad pleural dando neumotórax.

Neumonías bacterianas con hallazgo de otros gérmenes en la secreción faríngea. Tres casos en los que la evolución clínica y los datos de laboratorio fueron semejantes al grupo anterior pero en las secreciones faríngeas se encontraron los siguientes gérmenes: en un caso *Klebsiela* y *Escherichia Coli*, en otros *Streptococo Hemolítico* y en otro *Neisseria*.

3er. Grupo. Comprende tres casos de atelectasias residuales postinfección.

La obstrucción de un bronquio por secreción retenida no es excepcional, y en ocasiones es irreversible, los tres casos que se presentaron fueron: uno con atelectasia del lóbulo superior derecho, dos casos con síndrome del lóbulo medio probable postneumónico, uno ya asintomático que curó en pocas semanas y el último una atelectasia del lóbulo medio que no cedió al tratamiento médico por lo que se interviene quirúrgicamente aclarándose el diagnóstico en estudio histopatológico en el lóbulo medio resecado.

4o. Grupo. Se trata de dos casos muy poco comunes, la neumonía es causada por invasión profusa de las vías respiratorias por *Cándida Albicans*. Los dos casos cursaron con afección respiratoria aparentemente bronquial de varios años de evolución; en los dos hubo tratamientos previos prolongados con antibióticos de amplio espectro (en uno considerado como tuberculosis pulmonar se administró estreptomycin por varios años. En los dos casos se pensó en el Servicio en la posibilidad de padecimientos pulmonares difusos y se administraron corticoides durante algún tiempo. En uno se halló gran cantidad de *Cándida Albicans* en secreción faríngea. Los dos hicieron cuadros respiratorios muy severos con gran insuficiencia respiratoria y los dos murieron comprobándose el hongo en el estudio de autopsia invadiendo no solamente los dos pulmones sino también tráquea y bronquios y en uno de ellos se halló la *Cándida* en el encéfalo.

Otro capítulo de gran interés es lo que se refiere a la bronquitis vegetal, posiblemente dicha designación no sea la más apropiada para el padecimiento de supuración pulmonar que se presenta por la inhalación hacia el árbol bronquial de cuerpos extraños de origen vegetal, pero varias publicaciones del extranjero usan comúnmente dicha terminología. Dicho accidente es mucho más común de lo que se supone, se presenta sobre todo en niños pequeños y muy frecuentemente los padres no se aperciben de la inhalación de dicho cuerpo extraño, también muy frecuentemente el diagnóstico es muy difícil de determinar si no se conoce el hecho, cursa al principio como una bronquitis y posteriormente con un síndrome de supuración pulmonar debido a que el elemento vegetal frecuentemente germina e impide una respuesta favorable al tratamiento médico y solamente la cirugía o los estudios de autopsia aclaran el diagnóstico. Solamente una broncoscopia sistemática en todos los casos de supuración pulmonar podría en algunos de ellos aclarar

dicho diagnóstico. Uno de nuestros casos fue resuelto por haberse intervenido oportunamente teniendo que reseca todo un pulmón, hallándose en el bronquio principal izquierdo una rama de pino. El otro murió a las 36 hs. de haber sido hospitalizado antes de que tuviéramos tiempo de practicar ninguna investigación y por haberse presentado una asfixia repentina al movilizarse un grano de frijol tumefacto, seguramente en un acceso de tos, del bronquio principal a la luz de la tráquea obstruyéndola totalmente y allí es donde fue hallado dicho cuerpo vegetal a la hora de la autopsia.

Tratándose del capítulo de los empiemas, seguramente el estafilococo es el germen más frecuentemente responsable de dicha complicación ya que los otros gérmenes tienen mucha menor tendencia de abrirse a la pleura. Se ratifica el hecho del estafilococo resistente durante los últimos dos años en México mientras que en otros países dicha circunstancia es señalada con anterioridad.

Ravich y Fein (Jama 1961, 175, 1039) desde 1961 señalan la disminución del número de niños hospitalizados con diagnóstico de empiema de los años de 1934 a 1958 con la reducción del 10% al 2% y el ascenso nuevamente a partir de 1961 al 14, comprobándose en los estudios bacteriológicos y de sensibilidad al germen la presencia del estafilococo resistente.

Por otro lado Yeh, Hall y Ellison (A.R.R.D. dic. 1963, 88, 785) publican su experiencia en 110 casos de empiema dando una incidencia de 0.28 en 40,000 admisiones en un hospital general, la nuestra es de 0.24 en padecimientos respiratorios únicamente; los que aseveran que los antimicrobianos no previenen enteramente el empiema crónico y que la eficacia terapéutica de los antibióticos juega un papel muy secundario si no se acompaña del drenaje quirúrgico, y que después de la toracoplastia de Schede el siguiente y más importante avance en el tratamiento del piotórax ha sido la decorticación pleural iniciada por Beck Fowler y Delorme porque se explica que nuestros casos hayan ascendido al 58% dicha intervención.

Respecto al capítulo de las infecciones crónicas vale la pena aclarar que los 10 casos de histoplasmosis fueron contraídos simultáneamente en una excursión de escolares a unas grutas en Guerrero, diagnosticados por Seroología en el Instituto de Enfermedades Tropicales con ratificación del diagnóstico en nuestro Servicio después de la fase aguda y dados de alta curados.

Tratándose de las supuraciones pulmonares llama la atención que predominen los abscesos secundarios a malformaciones congénitas y la cifra tan elevada de dichas malformaciones congénitas ya que ascienden a 16 casos lo que significa un 17.2% en el conjunto de padecimientos respiratorios no tuberculosos. Por otro lado la incidencia del absceso hepatopulmonar amibiano en nuestro Servicio ha sido muy poco significativa (3.2%) en la relación global y 8.8% dentro del conjunto de las supuraciones pleuropulmonares, lo que va en contraposición de cifras de

mucho mayor incidencia que se le atribuyen al absceso pulmonar amibiano en adultos en estadísticas de otros medios hospitalarios en México.

También nos llamó la atención el haber diagnosticado padecimientos considerados poco comunes aún dentro de la edad adulta y que se descubrieron en nuestro Servicio, tales fueron tres casos de fibrosis intersticial difusa tipo Hamman Rich y un caso de Lupus Eritematoso Diseminado.

CONCLUSIONES

1. Las condiciones epidemiológicas en México en lo que a Campaña Anti-tuberculosa se refiere, aún permite que el 75% de los padecimientos respiratorios en la infancia sean tuberculosis pulmonar.
2. Las neumonías bacterianas son relativamente poco comunes siendo más frecuentes las neumonías que se consideran por virus.
3. La incidencia de malformaciones broncopulmonares como bronquiectasias y quistes es bastante más común de lo que se piensa, ya que se presentó en un 17.2% de nuestros pacientes no tuberculosos.
4. Debe pensarse también dentro de las supuraciones pulmonares en la posibilidad etiológica de cuerpos extraños vegetales inhalados que dan cuadros muy severos, sin respuesta al tratamiento médico.
5. Las supuraciones pleuropulmonares del tipo absceso y empiema son los padecimientos infecciosos más comunes en las neumopatías no tuberculosas.
6. Mientras que la tuberculosis pulmonar tiene una mortalidad del 12.2% el absceso pulmonar piógeno la sobrepasa con el porcentaje del 17.6%.
7. El absceso amibiano hepatopulmonar es mucho menos frecuente en los niños que en los adultos. Pero puede invadir todo un pulmón la extensión de la infección por contigüidad.
8. Ha sido evidente el problema del estafilococo *Aureus resistente a las drogas* a partir del año de 1964, como se observa en el aumento de la frecuencia de las supuraciones pleuropulmonares.
9. Tratándose de las supuraciones pleuropulmonares se ha indicado el tratamiento quirúrgico en el 64.7% de los casos incluyendo las decorticaciones pleurales.
10. En los casos de padecimientos respiratorios crónicos, tratados a largo plazo con antibióticos y sobre todo si se añaden corticoides debe pensarse en la posibilidad del gran desarrollo del *Cándida Albicans* y su patogenicidad que puede ocasionar neumonías fatales.
11. Las micosis pulmonares, las enfermedades del colágeno, la enfermedad de Hodgkin y el síndrome de Hamman Rich son condiciones factibles en niños de todas las edades.

12. A la patología pulmonar en niños debe dedicársele toda la atención que merece una verdadera subespecialidad o sea la del neumopediatra.

BIBLIOGRAFIA

- Buechner, H. A., y col.: *Diffuse pulmonary lesions*. Diseases of the Chest. Febrero, 1963. 43, 155-71.
- Pont, M. E., y Routree, W. C.: *The medical and surgical treatment of staphylococcal pneumonia*. Diseases of the Chest. Febrero, 1963. 43, 176-85.
- Sudaram, E. B.; Massey, W. J., y Prakash, B.: *Surgical management of pleuropulmonary amebiasis*. Diseases of the Chest. Septiembre, 1964. 46, 321-6.
- Lampe, W. T., II.: *Klebsiella pneumonia*. Diseases of the Chest. Noviembre, 1964. 46, 599-606.
- Serfling, R. E.: *Methods for current statistical analysis of excess pneumonia-influenza deaths*. Public Health Reports. Junio, 1965. 78, 494-506.
- Powell, V.: *Inhaled foreign bodies: some complications and errors*. Thorax. Enero, 1965. 20, 48-52.
- Manfredi, F.; Daly, W. J., y Behnke, R. H.: *Clinical observations of acute friedländer pneumonia*. Annals of Internal Medicine. Abril, 1963. 58, 642-53.
- Wenner, H. A., y col.: *The etiology of respiratory illnesses occurring in infancy childhood*. Pediatrics. Enero, 1963. 31, 4-17.
- Miller, L. F., y col.: *Epidemiology of nonbacterial pneumonia among Naval recruits*. Journal of the American Medical Association. Julio 13, 1963. 185, 92-9.