



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín del Hospital Clínico para sus graduados en provincia**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de Ciencias Médicas**. Este tiene el propósito de evidenciar la evolución del contenido y poner a disposición de nuestra audiencia documentos académicos originales que han impulsado nuestra revista actual, sin embargo, no necesariamente representa a la línea editorial de la publicación hoy en día.

REUNION ANATOMOCLINICA N° 2

Anamnesis: Mujer de 72 años, que relata el comienzo de su enfermedad, en Julio de 1970, en forma insidiosa, con la aparición de dolor epigástrico, cansado, permanente, de moderada intensidad, sin relación con las comidas y que se irradiaba hacia ambas fosas ilíacas. Conjuntamente meteorismo, malestar abdominal indefinido y ruidos hidroaéreos. Consultó médico, quien aparentemente indicó tratamiento para enfermedad ulcerosa, pero no hubo modificación de la sintomatología.

La enferma continuó con acentuación progresiva del dolor hasta Noviembre 70, en que aparece diarrea profusa post-prandial inmediata con deposiciones líquidas, amarillentas, fétidas, con mucosidades ocasionales, sin sangre. Se agregaron vómitos ocasionales, biliosos. Desde el comienzo de su enfermedad, habría descendido 25 Kgs. de peso, apareciendo anorexia por un lado y limitación de la alimentación por dieta estricta por otro. Relataba además en forma ocasional, dificultad en la micción, con sensación de obstrucción súbita.

Antecedentes: Hospitalizada hace 10 años por un largo período, por probable afección renal, Urológica? Hipertensión arterial desde 8 a 10 años, tratada con Reserpina y régimen hiposódico. Un embarazo de término.

Examen físico: Estado general comprometido; muy enflaquecida. Deambulación dificultada por pérdida de fuerzas. Bradipsiquia. Mediana palidez de piel y mucosas. Pulso: 120 por minuto, reg. Pr. 110/60. Temp. 37,8°. Pulmones: estertores finos en base izq. Corazón n/e. Abdomen simétrico, blando. Indoloro. Discretamente distendido. No se palpan masas. Hígado y bazo n/e. Fosas renales libres. Globo vesical. Tacto rectal n/e. Fondo de ojo: imposible de practicar por catarata bilateral. Extremidades: normales.

Ex. ginecológico: normal (practicado con dificultad, por las condiciones de la enferma).

Exámenes de Laboratorio: Hemograma: Hcto. 35% Hb 10.75 g.
Leucocitos: 6.550. Form. 0-0-0-
0-6-88-3-3. Anisocitosis. Poiquilocitosis, hipocromía, po-
licromasia: moderada. Microesferocitos escasos. A.T.D.
Leucocitos, marcada. Vhs 8. Glicemia 0,70. Uremia 0.19 g%
Orina (LMI) Proteinuria: 0,13 g%. Hematíes 10-15. Píocitos
3-5 por campo. Cilindros hialinos finamente granulados, es-
casos. Granulosos escasos. Urocultivo: escaso desarrollo
de E. Coli y Streptococo faecalis. Electrolitos plasmáti-
cos: Na 128 mEq/l. K. 2,9 mEq/l.
Proteinemia: 61 g%. Alb. 36,8%. Glob. al 3,9 - a2 11,8.
Glob. b.14,5. Glob. g 33%.
E.C.G. extrasistolia auricular. Bloqueo completo de rama der.
Rx tx. pequeño engrosamiento basal izq. En ambos lóbulos sup.
se observan sombras tenues, irregulares, sin sistematización,
de interpretación incierta. En la zona axilar del lóbulo sup.
izq. se observa una sombra de condensación nodular, homogénea,
que mide 2,5 cm. de eje mayor y que puede corresponder a me-
tástasis pulmonar. Placa de ateroma calcificado en el caya-
do aortico. Imagen cardíaca de tamaño general normal. Por
las condiciones de la enferma no se pudo practicar enema Rx.

Evolución y Tratamiento: se aprecia progresivo compromiso
del estado general, permanece fe-
bril, con temp. hasta 39°. Ante la persistencia de retención
urinaria se instala sonda a permanencia; la diuresis diaria
oscila entre 700 - 1200cc. La diarrea se controló con medi-
das sintomáticas. Se comprueba aumento de la signología pul-
monar apareciendo respiración soplante en el 1/3 medio del
hemitorax izq. Ante la presencia de fiebre con evidencias de
compromiso pulmonar muy probable ante la infección urinaria,
se inicia tratamiento con Penicilina y Ampicilina. La enfer-
ma fallece, aparentemente en forma brusca durante el sueño,
al 6° día del ingreso.

COMENTARIO PRE-NECROPSIA

En esta paciente, por la breve estada y por las condiciones clínicas precarias, no se pudo practicar un estudio clínico completo. Entre otros, no se alcanzaron a practicar: enema Rx, ex. urológico, neurológico. Por lo tanto, con los antecedentes que contamos no es fácil fundamentar cual fué la enfermedad fundamental que presentó esta enferma.

La edad de la paciente, el marcado compromiso del estado general, la presencia de dolor abdominal con irradiación baja y la diarrea persistente, nos hicieron plantear como primera posibilidad, una neoplasia del tubo digestivo, con más probabilidad, asentada en el colon; y en este sentido se orientó el estudio. La presencia de una imagen pulmonar con caracteres de metástasis, apoyaba, por lo menos la existencia de un cáncer como enfermedad fundamental. La normalidad de la rectoscopia, si bien descarta un neo rectal, el más frecuente de los cánceres del colon, deja en pié cualquiera de las otras ubicaciones.- La diarrea persistente y la ausencia de obstrucción intestinal, inclinaría más hacia un neo del lado derecho. La falta de masa abdominal palpable y de anemia significativa, no restan valor a esta impresión diagnóstica. Lamentablemente no se pudo practicar enema Rx, examen fundamental para descartar un Ca de colon.

Durante la evolución se hizo evidente una retención urinaria, que obligó al uso de sonda a permanencia. El estado de conciencia de la enferma era satisfactorio y podemos descartar un factor central, como explicación de la retención urinaria. La ausencia de dolor vesical y hematuria, hacen muy improbable una obstrucción mecánica, sea por neoplasia o litiasis. La enfermedad del cuello es rara en una mujer a esta edad. Se descartó una estenosis uretral.

Deben discutirse otras posibilidades, como la vegega neurogénica atónica. En ausencia de una diabetes, se nos plantea algún tipo de compromiso neurológico, por ej. médula sacra 2-4 o cola de caballo y en el caso particular de esta enferma, puede postularse invasión tumoral.

La ausencia de insuficiencia renal en una mujer de 70 años, más un sedimento urinario poco alterado, no apoyan una nefropatía cr. - pielonefritis crónica - por lo menos importante. Por los datos clínicos y por esto último, podríamos aceptar que la alteración funcional vesical no es de larga data.

Otro hecho que merece comentario, es la presencia de fiebre persistente. Cual es su causa? Podría explicarse como secundaria a neoplasia. Nos parece más probable, el origen infeccioso, siendo los puntos de partida a considerar: urinario, pulmonar.

Si bien las lesiones Rx. no son las características, no podemos dejar de mencionar la posibilidad de una Tbc. El aspecto de las sombras pulmonares bilat., con compromiso de lob. superiores, sugieren más este diagnóstico que el de una linfangitis carcinomatosa. En este caso, la imagen nodular podría corresponder a un Tuberculoma o bien la Tbc estar asociada a un Cáncer. En efecto, planteado el diagnóstico de una Tbc, cabría discutir si ésta entidad fué el cuadro fundamental que nos explicaría toda la sintomatología o estamos frente a una neoplasia, como enfermedad de fondo, con una Tbc asociada.

El primer planteamiento, obliga a aceptar una diseminación hematógena granulosa, con evidencias clínicas de compromiso urológico: hematuria microscópica, piuria aséptica, alteración funcional vesical. Más discutible sería la existencia de compromiso digestivo: no hubo semiología de compromiso peritoneal; la diarrea puede ocurrir como síntoma inespecífico.

No parece tener suficiente fundamento el diagnóstico de una sepsis de origen urológico: la ausencia de un hemograma compatible, la negatividad del urocultivo, alejan esta posibilidad.

Finalmente cabe comentar la causa de muerte, que ocurrió en forma brusca.

Los antecedentes de hipertensión arterial; la presencia de ateroma aórtico, más un B.C.R.D. fundamentan un daño miocárdico por cardiopatía arterioesclerótica muy probable. En estas condiciones pudo haber presentado un paro cardíaco secundario a un infarto cardíaco. También debe plantearse una embolia pulmonar; si bien la enferma no presentaba insuficiencia cardíaca, era portadora de una enfermedad caquetizante - neoplásica?, situación en la cual es más frecuente la enfermedad trombo-embólica.

Se presenta con los siguientes diagnósticos:

- Neoplasia digestiva, probablemente de colon
- y/o Tbc miliar?

DIAGNOSTICO ANATOMO-PATOLOGICO

- Tbc Pulmonar extensa bilateral productivo - caseosa - acino - nodular.
- Caverna pulmonar tuberculosa productiva del lóbulo superior izquierdo.
- Bronconeumonia caseosa tuberculosa, bilateral.
- Colitis tuberculosa productivo - caseosa, lumboaórtica.
- Tuberculosis miliar del hígado.
- Infiltración grasa focal del hígado.
- Nefrosclerosis arterioloesclerótica.
- Embolias pulmonares bilaterales, en organización.
- Bronconeumonia con focos supurados.
- Esofagitis crónica.
- Caquexia.

COMENTARIO ANATOMO-CLINICO

Nos encontramos con una extensa tuberculosis pulmonar y una colitis tuberculosa productiva caseosa. Diagnósticos que no fueron planteados por nosotros los clínicos, en vida de la enferma.

Sucede con frecuencia este error diagnóstico?

De la revisión del tema, podemos decir que el diagnóstico se sospecha con facilidad en los enfermos en que se sabe que existe una tuberculosis pulmonar, pero que es habitualmente no planteado cuando se trata de enfermos, en que la afección pulmonar fué poco manifiesta o mal interpretada.

Esta forma de compromiso digestivo en el tísico es de antiguo conocimiento médico.

Hipócrates dijo: "El ataque de diarrea de los tísicos es un síntoma mortal".

Tisis significa consunción, caqueccia y siempre debemos tener presente a la tuberculosis en un enfermo que llega en este estado, más cuando presenta lesiones pulmonares de dudosa interpretación.

Desgraciadamente, nuestra generación orientada en hiperinmunidad y en cáncer, olvida con frecuencia que en el juego inmunológico y tumoral, participa el bacilo de Koch y en muchas oportunidades nos dá "Jaque Mate".

Ahora lo vemos en una persona de aparente escasos recursos, pero debemos recordar, para no olvidarnos de esta forma de tuberculosis, que una de las primeras referencias de este cuadro se debe a Virordt que en 1643, describía el hallazgo de un proceso inflamatorio ulceroso del intestino, en asociación con una gran caverna pulmonar, en el cadáver de Luis XIII.

Esta forma de tuberculosis intestinal es casi siempre secundaria a procesos pulmonares bacilíferos, en contraposición con la forma hiperplástica que se observa en ausencia de tuberculosis pulmonar, en el 70% de los casos.

El compromiso entérico del tuberculoso pulmonar era relativamente frecuente y estaba en relación con la extensión y duración del cuadro pulmonar, alcanzando cifras de 70 a 80% en los casos avanzados. Hoy, con los tratamientos, ha bajado al 1%.

Su localización en el intestino, estaría en relación con varios factores, especialmente la riqueza de tejido linfático siendo por lo tanto el ileon y región ileon cecal, las más comprometidas.

La sintomatología clínica puede ser muy variable, siendo el hallazgo de tuberculosis pulmonar, lo que generalmente orienta el diagnóstico.

Aún así, el diagnóstico es difícil y en muchas oportunidades sólo el estudio microscópico o bacteriológico de las piezas anatómicas, permite el diagnóstico de certeza, diferenciándolo del cáncer y de la enteritis regional.

Por último, deseo recordar que aunque la paciente, falleció sin que pudieramos actuar contra el agente causal, podemos encontrarlo, con seguridad en algunas de las personas que convivieron con la enferma y realizar con ellas, un diagnóstico y terapéutica de mayor rendimiento.