

Un Caso de Tuberculosis Peritoneal

Por Guillermo Laverde R.

La historia clínica que vamos a considerar nos pareció interesante desde un principio por varias razones: en primer lugar, por las dificultades que inicialmente ofreció su diagnóstico, por los indicios clínicos que lo hicieran sospechar, por la comprobación anatómo-patológica y finalmente por los resultados admirables que no esperábamos de un tratamiento exclusivamente médico.

BREVE RESUMEN DE LA HISTORIA CLINICA

Enferma: M. C. G. Llega al Pabellón el 25 de agosto del año pasado. Edad: 30 años, natural de Bogotá, donde ha vivido siempre dedicada al hogar. Casada. Los antecedentes hereditarios no tienen importancia. Entre los antecedentes personales: enfermedades de la infancia, gripas frecuentes. Obstétricos: 6 hijos, abortos no. Relata que el esposo es un tosedor crónico.

Enfermedad actual: Desde hace 4 meses viene presentando fiebre, astenia, anorexia, vómitos ocasionalmente, dolores difusos en el abdomen, disnea de medianos esfuerzos, enflaquecimiento rápido. Esta sintomatología que apareció en el curso de 4 meses la obliga a hospitalizarse.

Examen físico: Peso 39 kilos. Temperatura 37.5° C. Estado caquético avanzado, notable palidez de la piel que en ciertos lugares presenta apreciables pigmentaciones.

Aparato cardiovascular: Tensión arterial Mx. 10. Mn. 5. Pulso 120 al minuto. Ruidos cardíacos velados. No hay soplos ni signos de hipertrofia ventricular.

Aparato respiratorio: 40 respiraciones al minuto, disminución del murmullo vesicular en la base izquierda donde se encuentra una zona mate. En el hemitórax derecho hay signos de hiperventilación.

Aparato digestivo: Lengua muy seca con papilas hipertróficas, dentadura en pésimo estado. La palpación abdominal descubre una gran masa, de consistencia leñosa que ocupa la región umbilical el epigastrio y se insinúa hacia el hipocondrio izquierdo; dicha masa, que es ligeramente móvil en sentido transversal, presenta un borde inferior cortante, regular, que se puede delimitar perfectamente; por el contrario, su límite superior es difuso, perdiéndose insensiblemente en el hueco epigástrico y en el hipocondrio izquierdo. La palpación aún superficial de esta tumefacción despierta intensos dolores. Hígado y bazo, clínicamente normales. No hay ascitis ni circulación colateral. La distribución gaseosa del abdomen es normal. El tacto rectal y el vaginal no ofrecen ninguna particularidad.

Los demás órganos y aparatos, son clínicamente normales.

Exámenes de Laboratorio. Cuadro hemático: Hematíes 3.600.000; Hemoglobina 11.20 grms. 77%; Hematocrito 38; Leucocitos 6.160.

Fórmula: Eosinófilos 20; Basófilos 1; Mielocitos 0; Juveniles 0; Cayado 3; Segmentados 38; Linfocitos 35; Monocitos 3.

Sedimentación globular: 35 mm. en media hora; 47 mm. en 1 hora; 38 mm. en 1 hora de valor corregido.

Examen de orina: no hay elementos anormales.

Examen coprológico: huevos de áscaris +++.

Examen radiológico: "En la radiografía los parénquimas pulmonares se ven sanos.

"El corazón, los vasos y el diafragma, no presentan nada especial, el estómago y el duodeno se ven normales. En las asas intestinales hay numerosas imágenes de áscaris lumbricoides, en los exámenes del ciego y del colon hechos por ingestión, no se aprecia ninguna particularidad".—Doctor **Carlos A. Perilla.**

Este examen radiológico permitía excluir la primera impresión diagnóstica que tuvimos de que se tratase de un cáncer gástrico, que siendo palpable en una zona tan amplia, las modificaciones radiológicas deberían ser muy aparentes.

La intensa eosinofilia, la elevación térmica, la evolución tan rápida, nos llevó a considerar la otra enfermedad caquectizante por excelencia, la forma abdominal de la enfermedad de Hodgkin, aún en ausencia de adenopatías múltiples de invasión mediastinal y de prurito.

Aunque la radiografía de tórax no ofrecía particularidad al-

guna, era evidente la presencia de signos físicos en el hemitórax izquierdo correspondientes a un derrame pleural; por esta razón practicamos una punción exploradora, obteniendo un líquido citrino serofibrinoso, con Rivalta positivo, gran cantidad de linfocitos, algunas células mesoteliales y escasos polimorfonucleares. No se encontraron células neoplásicas ni bacilos de Koch por concentración. El líquido formó coágulos poco compactos y se encontraron filamentos de fibrina al agitarlo.

Las características citológicas y químicas del fluido pleural, correspondían exactamente a la clásica pleuresía serofibrinosa-tuberculosa. Este accidente pleural, constituyó el signo que orientó el diagnóstico etiológico racionalmente, al considerar la lesión abdominal debida a una invasión bacilar al peritoneo. En estas condiciones se imponía el examen peritoneoscópico que fue practicado por el doctor Arcesio Peñalosa con el siguiente resultado: "Se encuentra una masa que va desde el estómago hasta la región sacra, que aglutina las asas intestinales delgadas, cubierta por gran epiplón, y con gran número de pequeñas granulaciones. Hacia la pelvis se observa el sigmoide con su superficie cubierta de esas mismas granulaciones, lo mismo que el peritoneo parietal. Diagnóstico peritoneoscópico T. B. C. peritoneal fibro-adhesiva".—Doctor **Arcesio Peñalosa**.

Se tomó biopsia de las pequeñas granulaciones cuya imagen histopatológica es la siguiente: "En uno de los fragmentos se encuentra un proceso inflamatorio, caracterizado por la presencia de áreas y nódulos de macrófagos epiteloideos a veces centrados por células gigantes polinucleares de tipo Langhans y con principios de caseificación; hacia afuera hay escaso tejido conjuntivo flojo con infiltración linfoide. Conclusión: Proceso inflamatorio crónico con caracteres histológicos de T. B. C.".—Doctor **Hernando Latorre**.

Quedaba, pues, confirmado, por todos los medios a nuestro alcance y en forma rigurosamente exacta, el diagnóstico de localización bacilar peritoneal, que habíamos sospechado cuando comprobamos el pequeño derrame pleural.

Réstanos ahora comentar someramente la modalidad de esta forma clínica y el valor de los nuevos agentes terapéuticos, antibióticos y quimioterápicos.

Consideramos que este caso confirma una vez más la antigua ley de Godelier, no por eso menos exacta: "Cuando hay tuberculosis peritoneal hay siempre tuberculosis de una de las pleuras".

La pleuresía coincide a menudo con la lesión peritoneal. Pero existe una forma clínica, en que esta coexistencia es la regla, forma clínica descrita desde muy antiguo por Fernet y Boulland con el nombre de tuberculosis miliar pleuroperitoneal que se anuncia por vómito bilioso, fiebre elevada e irregular, taquicardia, sudores abundantes, disnea y meteorismo doloroso en el vientre. Aguda esta forma, mata en algunas semanas; subaguda, dura algunos meses y puede pasar al estado crónico y llegar entonces a la forma fibro-caseosa o a la ascítica. Pero en esta forma crónica, las lesiones pleurales no tienen la misma importancia, ni una evolución paralela a las lesiones peritoneales; se limitan a menudo a la submatidez de una base, a la disminución de la amplitud y de la permeabilidad pulmonar a ese nivel y a algunos frotis.

El caso clínico que presentamos coincide exactamente con la forma miliar subaguda pleuro-peritoneal, que corresponde a una granulía atenuada en su virulencia, que evolucionó hacia una peritonitis fibro-adhesiva con apelonamiento de las asas delgadas y gran retracción esclerosa del epiplón mayor responsable de la masa tumoral del epigastrio y zona umbilical. En tales casos no solamente cuenta la diseminación hematógena; pues igual importancia tiene la vía linfática con intercalación de los ganglios linfáticos retroperitoneales, pues existe una comunicación directa por las vías linfáticas del diafragma entre las cavidades torácica y abdominal.

Queremos hacer resaltar aquí la importancia del método peritoneoscópico, pues gracias a él, pudimos eliminar en el diagnóstico el carcinoma gástrico, la linfogranulomatosis maligna, el linfosarcoma, los tumores hepáticos o biliares y en fin todos las posibles entidades que deben entrar en el diagnóstico diferencial de un caso clínico que presenta tumor epigástrico de gran consistencia acompañado de alteración profunda del estado general.

Quisimos tratar a esta enferma, médicamente antes de someterla al tratamiento quirúrgico que pudiera tener su indicación tal como la simple laparotomía. Asociamos tres drogas: la Estreptomicina, el Acido Paraminosalicílico y el Cuatro-aminoacetil-benzaldehido-semi-carbarzona (Sani TB1).

Dimos 0.50 gr. de Estreptomicina cada 12 horas y 10 grms. diarios de ácido paraminosalicílico repartidos en 4 dosis. El compuesto arsenical Sani TB1 lo empleamos a la dosis de 0.020 gr. diarios con estricto control de la fórmula blanca, pues bien co-

nocidos son los graves accidentes que puede provocar del tipo de la neutropenia maligna. Al completar 60 grms. de Estreptomina y 600 de ácido paraminosalicílico, nos sorprendimos al observar cómo aquella enorme masa que ocupaba prácticamente todo el abdomen superior y que tenía la consistencia de los carcinomas escirrosos había desaparecido totalmente, no quedando ni el más leve vestigio de induración en las zonas ocupadas por aquel voluminoso tumor. Paralelamente con la curación local, se operó una completa transformación en el estado general: la fiebre desapareció definitivamente, salió del estado caquéctico, apareció el apetito; desde un principio los dolores abdominales habían desaparecido. Igualmente los signos hematológicos se normalizaron, encontrándose en el último examen 4.140.000 hematíes con 12.20 grms. de hemoglobina y una sedimentación globular de 5 mm. en media hora y 36 en la hora. De más está decir que a la medicación etiotrópica agregamos la medicación reparadora general tal como vitaminas, hígado, minerales, etc.

La enferma salió del hospital el 10 de enero del presente año en excelentes condiciones; no nos atrevemos a decir que curada, pues bien sabemos cuán incierta y traicionera es la evolución de la infección tuberculosa, no pudiéndose saber cuándo, el bacilo refugiado en algún sitio del sistema retículoendotelial, o en cualquier otro, aproveche un momento de menor resistencia orgánica y de flejamiento de las defensas, para hacer un accidente granúlico, o una nueva localización visceral.

Consideramos de interés el presente caso por la modalidad clínica de la lesión, pues no es lo común que se presente así la tuberculosis peritoneal, la que ordinariamente reviste la forma ascítica, o la ulcero-caseosa, igualmente los métodos clínicos y endoscópicos que nos permitieron el diagnóstico exacto, tienen su importancia, pues es un caso ilustrativo del gran valor de la peritoneoscopia en los procesos abdominales clínicamente oscuros. Finalmente, el espectacular y admirable resultado obtenido con los nuevos agentes terapéuticos, bien pudieran hacer llamar a esta historia clínica "Tratamiento de un Tumor Abdominal".

BIBLIOGRAFIA

- S. A. Portis: Enfermedades del Aparato Digestivo.
- E. Forgue: Patología Externa. II Tomo.
- F. Bezancon y A. Philibert: Tratado de Patología Médica. Tomo I.
- Kirschner y Nordmann: Cirugía del Abdomen.
- Ludolf Krehl: Diagnóstico y Tratamiento de las Enfermedades Internas.