

Historia natural de la tuberculosis del aparato digestivo en nuestro medio hospitalario *

DRES. MARIO MIRANDA G.**
RODOLFO CÉSPEDES F.***

I. INTRODUCCION.

Desde que se generalizó el uso de las drogas antituberculosas eficaces, especialmente la estreptomocina, la hidracida del ácido isonicotínico y el ácido paraaminosalicílico, lo que tiene aproximadamente 10 años de haber sucedido, la importancia de la tuberculosis como causa de morbilidad y mortalidad ha disminuido en forma evidente. Sin embargo, se está muy lejos de ver desaparecer el problema, y aunque en los países de gran cultura médico sanitaria es de segundo orden, entre nosotros la tuberculosis es todavía un problema de primera magnitud, lo que se confirma fácilmente a través de la experiencia en las salas de hospital y en las de autopsia. Los mismos conceptos que se aplican a la tuberculosis en general pueden ser aplicados a la tuberculosis del aparato digestivo, ya que la frecuencia de esta va en estrecha relación con la forma más frecuente de tuberculosis, la pulmonar.

El presente trabajo se ha inspirado en la experiencia clínica, observando las frecuentes complicaciones digestivas de la tuberculosis, y tiene por finalidad establecer sobre hechos firmes cuál es la frecuencia, la variedad y la tendencia de las complicaciones tuberculosas del aparato digestivo. Esperamos que esto le dé actualidad a un problema que no ha muerto y proporcione datos que sean una ayuda real para el fisiólogo o el clínico de nuestro medio, facilitándole en casos especiales el diagnóstico y el tratamiento.

II. CONSIDERACIONES CLINICAS.

Estas se circunscribirán al compromiso del aparato digestivo. En este aspecto las formas más frecuentes son 1) la enterocolitis tuberculosa ulcerativa secundaria, 2) la tuberculosis intestinal hipertrófica, llamada también tuberculoma intestinal, 3) la enterocolitis ulcerativa primaria y 4) la tuberculosis de los ganglios mesentéricos. Deben considerarse también el compromiso tuberculoso del peritoneo, hígado, bazo y páncreas, variedades estas últimas que se discutirán a la luz de los hallazgos anatomopatológicos.

* Tema Libre en el XXX Congreso Médico Nacional.

** Sección de Medicina.

*** Departamento de Anatomía Patológica. Hospital San Juan de Dios.

1) *Enterocolitis tuberculosa ulcerativa secundaria.*

Secundaria a una tuberculosis pulmonar. Esta eventualidad significa una complicación seria. Hipócrates escribió "... cuando la diarrea ataca a un tísico es síntoma mortal". Por lo general la lesión pulmonar e intestinal evolucionan juntas, pero pueden hacerlo en épocas separadas. La lesión pulmonar por lo general es ulcerada activa. Rubin (cit. por 1) encontró que en 569 autopsias de tuberculosos pulmonares el aparato digestivo estaba comprometido en 2/3 de los casos, y la laringe en 1/3. Según diferentes estadísticas, el compromiso del aparato digestivo en autopsias de tuberculosos va del 50 al 80%. Estos porcentajes no se aplican a la clínica, como se verá más adelante. La frecuencia de las complicaciones digestivas de la tuberculosis disminuye después de los 40 años.

Localización.

La afinidad del bacilo de Koch por el tejido linfoide explica la localización ileocecal en esta forma de tuberculosis. Primero se produce la localización en este sitio y posteriormente la extensión proximal y distal en el intestino. Se han reportado casos de tuberculosis gástrica y duodenal, concomitante o aislada de lesiones en la región ileocecal. La invasión inicial se produce en las placas de Peyer y en los folículos linfáticos solitarios de la pared intestinal, sobreviniendo después la caseificación, el esfacelo y la ulceración. Las úlceras tuberculosas tienden a rodear el intestino pues el drenaje linfático es en esta dirección. La lentitud del proceso da tiempo suficiente como para que se produzcan adherencias, lo que explica la poca frecuencia de las perforaciones, y la de hemorragias se debe a la producción de endarteritis obliterante en la lesión. Los ganglios linfáticos son invadidos precozmente. La forma circular de las úlceras explica la tendencia a la estenosis y obstrucción que existe, especialmente durante el proceso de cicatrización. La intervención quirúrgica en estos pacientes puede dar lugar a fístulas, pero esta complicación es menos temible desde la introducción de las drogas antituberculosas modernas.

Sintomatología.

Es muy difícil valorar los síntomas gastrointestinales en estos pacientes ya que en individuos con tuberculosis pulmonar no complicada es frecuente la ocurrencia de anorexia, náuseas, eructos, malestar y ligeros dolores abdominales. Sin embargo la tuberculosis intestinal debe sospecharse cuando 1) hay lesiones abiertas bacilíferas, 2) se produce un cambio en los hábitos intestinales, 3) la fiebre del paciente no se explica por las lesiones pulmonares, 4) se produce un cambio brusco en el curso clínico, sin relación con las lesiones pulmonares. Una vez establecida la complicación los síntomas clínicos más importantes son:

Dolor abdominal: localizado en el cuadrante inferior derecho, región periumbilical o hipogastro. Generalmente es de tipo cólico intestinal y de aparición postprandial, puede aliviar con la defecación. La tumefacción aguda de los ganglios mesentéricos puede producir dolor severo en el cuadrante inferior derecho.

Diarrea: es un síntoma muy importante. Hay por lo general de 3 a 6 deposiciones diarias, semilíquidas o pastosas. Es rara la hemorragia y la existencia de moco o pus en las deposiciones indica ulceración del colon.

Los síntomas generales más importantes son pérdida de peso, fiebre, malestar general, anorexia. Entre los signos físicos más comunes se describe la existencia de líquido ascítico, la presencia de masas intestinales, de zonas dolorosas o de oclusión intestinal.

Rayos X. El estudio radiológico del tubo digestivo es el único medio de diagnóstico seguro del compromiso intestinal. Las alteraciones precoces son la hipermotilidad, la falta de repleción del ciego, la presencia de espasmos e irregularidades, y la segmentación y retención anómalas. En los casos avanzados se produce borramiento del dibujo de la mucosa, dilatación, zonas estenosadas, rigidez. En el colon las lesiones pueden ser similares a las descritas en la colitis ulcerosa.

2) *Tuberculosis Intestinal Hipertrófica.*

O tuberculoma intestinal. El 70% de estos casos se presenta en ausencia de tuberculosis pulmonar. Es una enfermedad poco frecuente. Desde el punto de vista anatómo-patológico la enfermedad se caracteriza por infiltración de células redondas, fibrosis, engrosamiento de la pared y cierto grado de estenosis. El cuadro clínico está dominado por los antecedentes de diarrea y dispepsia, la existencia de un tumor abdominal y de oclusión o suboclusión intestinal. Desde el punto de vista radiológico el único signo útil para hacer el diagnóstico diferencial con tumores malignos en los casos de localización cecal es la invasión del ileon por el proceso tuberculoso. El diagnóstico correcto a veces sólo logra establecerlo el estudio histopatológico de la pieza y por lo general estos pacientes son considerados como portadores de tumores malignos del colon.

3) *Tuberculosis Enterocólica Ulcerativa Primaria.*

Los reportes originales sobre esta enfermedad eran en general sobre niños menores de 8 años. Se ha considerado a esta enfermedad como consecuencia de la ingestión de leche infectada por bacilo tuberculoso bovino. Hay pocos reportes de individuos mayores de 8 años afectados. El cuadro clínico es similar al descrito en la tuberculosis intestinal secundaria, pero sin que exista una lesión pulmonar, y por esta razón el diagnóstico puede ser difícil. El caso clínico que describimos más adelante es altamente ilustrativo en este sentido. La sintomatología dominante puede ser dada por la tumefacción de los ganglios mesentéricos, y el componente de ulceración intestinal puede ser poco importante.

4) *Tuberculosis de los Ganglios Mesentéricos.*

Los ganglios linfáticos más afectados por la tuberculosis son, en orden de frecuencia los traqueobronquiales, cervicales y mesentéricos. El compromiso aislado de los ganglios mesentéricos se debe por lo general al bacilo bovino, por la ingestión de material infectado, generalmente leche. El bacilo puede atravesar la mucosa intestinal sin que se produzca en ella una ulceración. Las lesiones son más frecuentes en la zona ileocecal. El cuadro clínico es bastante

poco característico y está dado por dolor abdominal, generalmente periumbilical, que puede aliviarse con la presión, el calor, y presentarse dos o tres veces por día, iniciándose y cesando bruscamente. El examen físico muestra sensibilidad abdominal, hipertermia, taquicardia, y puede palparse una masa abdominal. A rayos X es de valor la existencia de calcificaciones abdominales; la peritonitis tuberculosa es una complicación frecuente.

III. MATERIAL Y METODOS.

El material está compuesto de un caso clínico excepcional y muy demostrativo de tuberculosis enterocólica ulcerativa primaria y de la revisión de los protocolos de autopsia del departamento de Anatomía Patológica del Hospital San Juan de Dios, de los últimos diez años.

1) *Caso Clínico.*

M.B.M., paciente de sexo femenino, de 27 años actualmente, nacida y procedente de Puriscal, ingreso al Salón Peralta del 5 de marzo al 28 de mayo de 1955. (Nº de archivo 370797).

Anamnesis: La paciente fue enviada de la Unidad Sanitaria de Puriscal con el diagnóstico provisional de carcinoma gástrico, refiriendo que su padecimiento se había iniciado aproximadamente 5 meses antes de ser admitida con sensación de distensión abdominal y dolores abdominales intermitentes de tipo cólico intestinal. Durante todo el curso de su enfermedad ha tenido evacuaciones diarreicas y vómitos ocasionales. Entre los síntomas generales menciona fiebre, anorexia y pérdida de peso.

No refirió antecedentes mórbidos personales de significación. Había tenido un parto de término 14 meses antes de su hospitalización. Antecedentes familiares negativos.

Al examen físico se encontró una paciente en pobre estado nutritivo, evidentemente enferma, lúcida, cooperativa, febril, con taquicardia. El examen cardiopulmonar fue negativo. La presión arterial normal. Al examen abdominal se apreció moderada cantidad de líquido ascítico y a la palpación se evidenciaron masas abdominales fijas, adheridas a la pared posterior del abdomen, dolorosas y de situación mesogástrica, y que en conjunto tendrían el tamaño de una naranja mediana. El tacto vaginal no reveló anormalidades.

Los exámenes de laboratorio dieron lo siguiente: el de heces mostró huevos de tricocéfalos, ancylostomas, tenia, y quistes de *Endamoeba coli*. Se observaron además en el examen microscópico de heces numerosos leucocitos y eritrocitos. Posteriormente el examen se normalizó. El de orina mostró piuria que también desapareció en el curso de su evolución. Las reacciones de Kahn y VDRL fueron negativas. El hemograma, doce días después de su ingreso mostró 7 gms. de hemoglobina%, 2.300.000 eritrocitos y 11.000 leucocitos por mm³, con un recuento diferencial de 4 eosinófilos, 4% de baciliformes, 68% segmentados, 20% de linfocitos y 4% de monocitos; la proteinemia total fue de 6.73 gm%, con 2.89 gm de albúminas y 3.84 gm de globulinas, la velocidad de sedimentación fue de 40 mm. y la tuberculina a concentración de 0.01 fue positiva tres cruces.

Dieciocho días después de ingresada se hizo proctosigmoidoscopia, encontrándose la mucosa edematosa y ligeramente friable. Una biopsia tomada del recto mostró un proceso inflamatorio crónico.

Se practicaron varios estudios radiológicos. Ocho días después de ingresada una radiografía del tórax mostró una ligera acentuación de las sombras hiliares, y los campos pulmonares despejados. Una radiografía del estómago veinte días después de ingresada mostró imágenes de defecto de llenado en la región antropilórica, de aspecto bizarro, sugiriéndose la posibilidad de un linfosarcoma gástrico. El enema opaco fue negativo. No se hizo tránsito intestinal.

Las masas abdominales descritas y los hallazgos radiológicos condujeron a la hipótesis diagnóstica de un linfosarcoma gástrico, y se preparó el traslado de la paciente a cirugía. Sin embargo, dada la sensibilidad de las masas y el aspecto infeccioso de la paciente se inició un tratamiento de prueba antituberculoso con 400 miligramos diarios de hidrácida del ácido isonicotínica y un gramo de estreptomina cada tercer día. Catorce días después de iniciada esta terapia se agregó ácido paraaminosalicílico en dosis de 7.5 gm. diarios. Actualmente se recomienda iniciar el tratamiento simultáneamente con estreptomina, hidrácida y PAS.

A pesar de todo la paciente fue trasladada a cirugía, pero manteniendo el tratamiento antituberculoso. La respuesta clínica que se observó fue notable e hizo postergar la intervención quirúrgica, que finalmente no se realizó. Habiendo ingresado la paciente con fiebre permanente entre 38 y 39°C, este síntoma comenzó a ceder dos semanas después de iniciada la terapia antituberculosa y había desaparecido tres días después, para no volver a presentarse. El estado subjetivo mejoró. Dos meses después las masas abdominales habían desaparecido, lo mismo que los defectos de llenado gástricos observados en los exámenes radiológicos previos. La ascitis moderada con que ingresó la paciente, que fue puncionada obteniéndose un líquido cuyo examen citológico sólo dio escasos polinucleares en vías de degeneración, desapareció rápidamente. El peso de la paciente, que a su ingreso fue de 91 libras, bajo después del ingreso (al reabsorberse el ascitis?) a 84,5 libras, pero era de nuevo de 91 libras un mes después del ingreso y era de 105 libras en el momento del alta. Los síntomas subjetivos desaparecieron totalmente y su condición de salida fue óptima, prescribiéndosele al salir una dosis de hidrácida suficiente para una terapia de dos meses.

Esta paciente desapareció, y no volvió a ingresar al hospital. Su alta fue el 28 de mayo de 1955. Sin embargo, en forma providencial acudió a la consulta privada de uno de nosotros el 26 de septiembre de 1960, refiriendo amenorrea de mes y medio de duración, y síntomas dispépticos recientes. El examen físico se encontró una paciente en excelente condición, con peso de 137 libras, sin anemia, examen cardiopulmonar y abdominal negativos, y un útero crecido compatible con un embarazo de uno a dos meses.

En esta paciente, a pesar de no haberse demostrado el bacilo de Koch, aunque tampoco se intentó ya que no se hizo cultivo de heces ni del líquido ascítico, las evidencias clínicas y de laboratorio permiten, a nuestro juicio, afirmar el diagnóstico de compromiso tuberculoso del intestino, de los ganglios mesentéricos, y secundariamente del peritórneo, en ausencia de compromiso pulmonar. El compromiso intestinal puede afirmarse por existir un cuadro diarreico

con deposiciones conteniendo abundantes leucocitos y eritrocitos, el de los ganglios mesentéricos por la existencia de masas abdominales fijas, lisas, redondeadas y dolorosas, el del peritóneo por la ascitis existente, y la naturaleza tuberculosa del proceso por las características de conjunto del cuadro clínico, por la tuberculina intensamente positiva y por la dramática respuesta a una terapia antituberculosa completa, con fusión y desaparición de las masas abdominales que originalmente hicieron pensar en linfosarcoma, tal su tamaño. Por estas razones hemos considerado este caso como una tuberculosis enterocólica ulcerativa primaria con compromiso ganglionar y peritoneal secundarios. Afortunadamente un diagnóstico clínico adecuado y una terapia oportuna fueron de gratas consecuencias para la paciente, como se ha podido confirmar recientemente.

2) *Revisión Anatómo-Clínica.*

Se han revisado un total de 5250 protocolos de autopsia del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital San Juan de Dios, abarcando los últimos 10 años, o sea del 5 de agosto de 1950 al 8 de abril de 1960. Se ha extraído los datos que reflejan el número total de muertes por tuberculosis, o de otra causa principal pero con tuberculosis concomitante, el número de pacientes con compromiso tuberculoso del aparato digestivo, la edad, sexo, procedencia de cada uno, si hay o no tuberculosis pulmonar concomitante, la existencia o no y el grado, si la hay, de la invasión tuberculosa de los ganglios mesentéricos, del intestino, del peritóneo, hígado, bazo, páncreas y la existencia o no de granulía teminal. Los resultados son los siguientes:

a) *Mortalidad por tuberculosis y compromiso del aparato digestivo.*

De las 5250 autopsias revisadas se encontró un total de 739 individuos muertos de tuberculosis, lo que constituye el 14.07% del total de autopsiados. Aquí están incluidos 11 individuos muertos con otra afección grave no relacionada con tuberculosis, como cáncer, cirrosis, etc., pero que también eran tuberculosos, y 7 individuos que fallecieron por peritonitis purulenta secundaria a perforación de una úlcera tuberculosa del intestino.

De los 739 individuos muertos por o con tuberculosis, en 352 de ellos existía tuberculosis de algún segmento del aparato digestivo, ya fuere intestino, ganglios mesentéricos, hígado, bazo, páncreas, estómago o peritoneo. Esto constituye el 6.7% del total de autopsias, y el 47.6% de los 739 muertos tuberculosos.

b) *Variaciones anuales de la mortalidad por tuberculosis, con y sin tuberculosis del aparato digestivo.*

La tendencia de la mortalidad por tuberculosis y del compromiso del aparato digestivo se ilustran en el cuadro siguiente:

Cuadro 1.—Mortalidad anual por tuberculosis con y sin compromiso del aparato digestivo, y porcentajes respectivos, en el Hospital San —Juan de Dios, de 1950 a 1960.

Año	1950	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Nº Total de Autopsias	191*	523	502	489	499	512	548	559	630	614	177*
Nº de tuberculosos	55	132	104	66	68	77	67	47	58	39	16
Con TBC del Ap. Digestivo	38	92	74	32	23	29	21	12	21	6	4
Mortalidad por TBC (en%)	28.7	25.2	20.7	13.5	13.6	15.0	12.2	8.4	9.2	6.3	9.0
% de tuberculosos con TBC del Aparato Digestivo	69.0	69.6	71.1	48.9	33.8	37.6	31.3	25.5	36.2	15.3	25.0

* Revisión parcial de los años 1950 y 1960.

En el gráfico N° 1 se ilustran los hechos del cuadro N° 1. Se hace evidente de la observación de estos datos que el porcentaje de autopsiados que mueren por tuberculosis comenzó a disminuir en forma marcada en los años 51 y 1952 para estacionarse en los últimos años en valores vecinos al 8% de las autopsias. El porcentaje de tuberculosos autopsiados que muestran compromiso del aparato digestivo ha sufrido una reducción más fuerte que el total de pacientes que mueren por tuberculosis. La disminución en ambos grupos considerados, que se inicia en los años 1952 y 1953 está indudablemente en relación con el empleo de drogas antituberculosas.

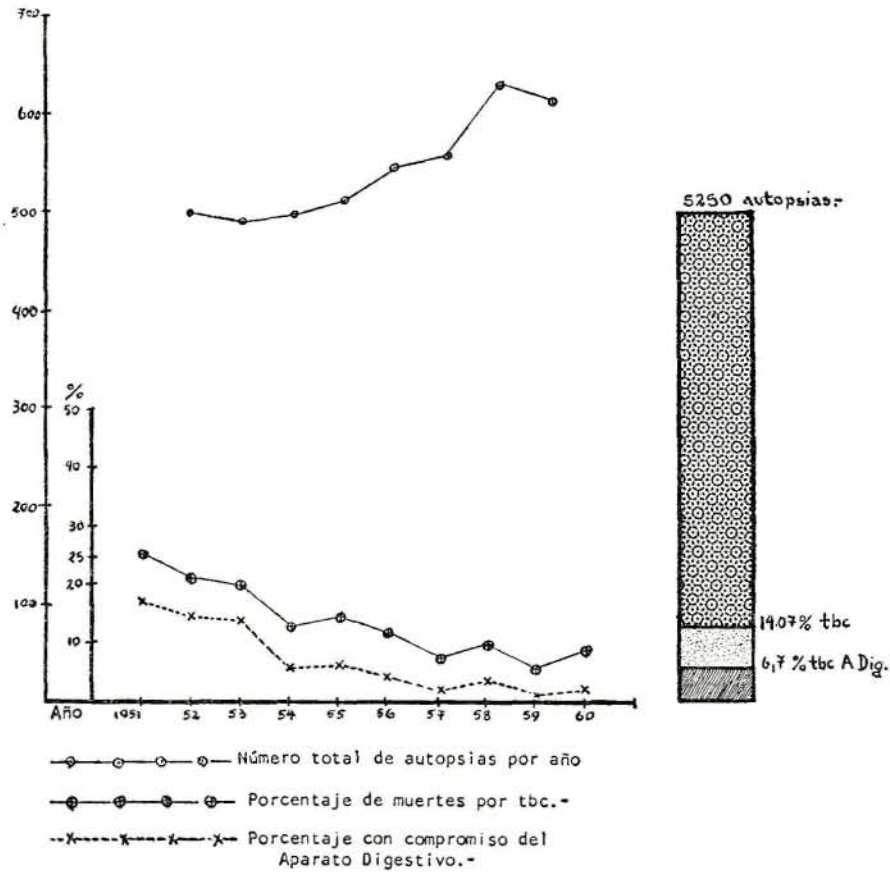
c) *Distribución por sexo y edad de los pacientes con tuberculosis del aparato digestivo.*

De los 352 casos con compromiso tuberculoso del aparato digestivo 290 eran hombres y 162 mujeres. No sabemos si esto refleja una particularidad de esta patología o si traduce las proporciones relativas por sexo en la totalidad de hospitalizados por esta enfermedad. La distribución por edad se aprecia en el cuadro N° 2.

GRAFICO N° 1.—

Número total de autopsias al año, y porcentaje de ellas motivadas por tuberculosis (líneas superior y media). Porcentaje de autopsias con compromiso tuberculoso del Aparato Digestivo (línea inferior). El gráfico de la derecha muestra el número total de autopsias revisadas (5250), el porcentaje total de muertes por tuberculosis (14.07%) y el porcentaje con compromiso tuberculoso del Aparato Digestivo (6.7%).

N° de Autopsias



Cuadro 2.—Distribución por edad de 351 casos de autopsiados en que se encontró compromiso tuberculoso del Aparato Digestivo. — (En un caso no se especificó la edad).

EDAD	Nº CASOS
0—1	16
0—5	41
6—10	9
11—20	34
21—30	74
31—40	65
41—50	56
51—60	31
61—70	31
71—80	6
81—90	3
más de 90	1
	total 351

Se observa en este cuadro que en niños menores de 5 años hay un porcentaje alto de fallecidos con tbc del aparato digestivo, notándose una disminución entre los 5 y 10 años, para volver a aumentar luego y alcanzar su máxima frecuencia entre los 21 y 30 años, y luego disminuir paulatinamente. En el Gráfico N° 2 se ilustran estos aspectos. Se confirma lo comprometidas que resultan las décadas jóvenes productivas entre los 20 y 50 años, y esta distribución probablemente coincide con la general para muertos por tuberculosis.

d) *Causa principal de muerte.*

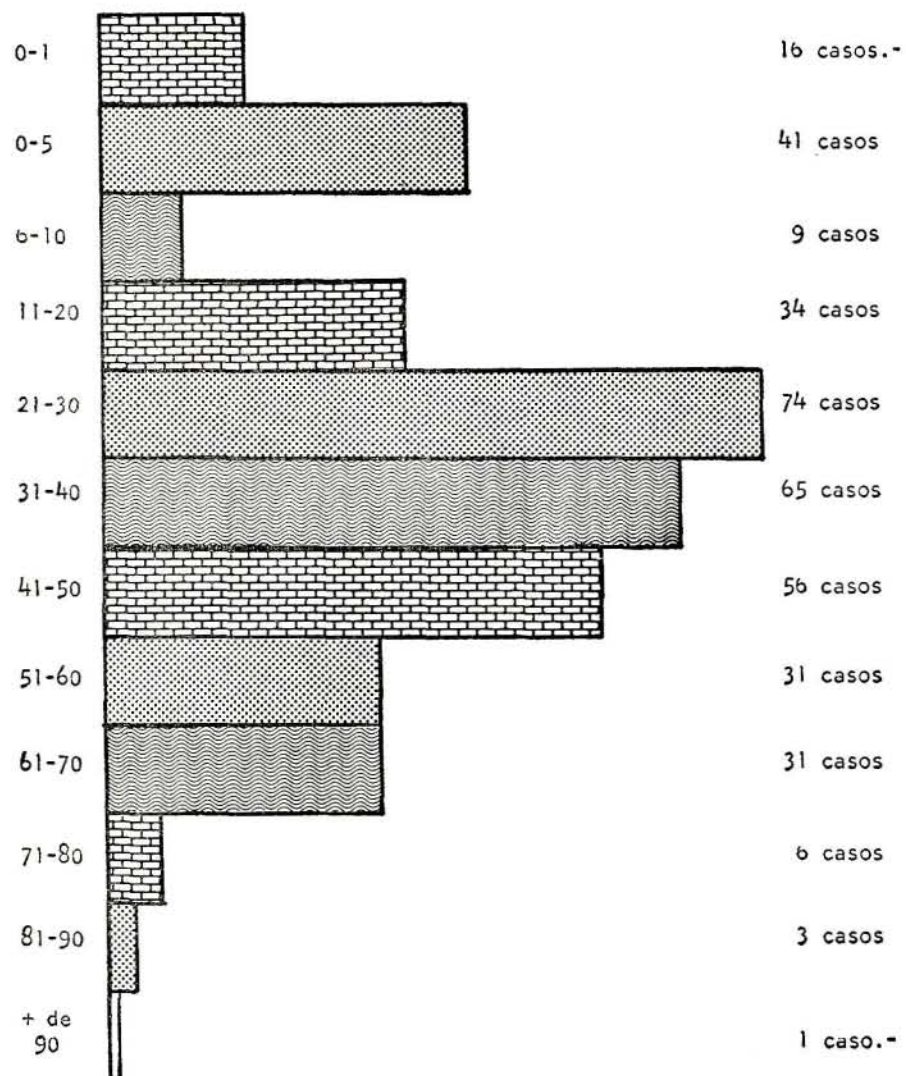
De los 352 casos en consideración, la tuberculosis fue la causa principal de muerte en 334 casos, siendo la de los 18 restantes las siguientes: cáncer gástrico en 3 casos, peritonitis aguda por perforación de una úlcera tuberculosa, 7 casos; lues aórtica, dos casos; desnutrición, un caso; lupus eritematoso, 1 caso; cirrosis hepática, 2 casos; sépsis puerperal, 1 caso; sarcoma, 1 caso.

e) *Tuberculosis del Aparato Digestivo sin tuberculosis pulmonar.*

En 341 casos existieron concomitantemente tuberculosis pulmonar en alguna de sus formas con el compromiso del aparato digestivo. En 11 casos no había tuberculosis pulmonar, 4 de ellos eran portadores de peritonitis tuberculosa, uno tenía una tuberculosis intestinal primaria pero el documento clínico no fue posible consultar y en los 6 restantes los hechos clínicos eran los siguientes:

Caso 1.—(Autopsia N° 13159). E.N.R. masc. de 1 año 6 m. proveniente de El General, hospitalizado el 21 de julio y fallecido el 9 de noviembre 1954. Ingresó con historia de 15 días de diarrea, meteorismo, vómitos y fiebre. Su enfermedad se complica con convulsiones y parálisis facial. El examen físico sólo mostró un estado nutritivo muy malo. Los exámenes de laboratorio mos-

GRAFICO N° 2.-
Distribución por edad de 351 casos de tuberculosis del
Aparato Digestivo.-



traron anemia de grado moderado. Su evolución fue progresivamente desfavorable, siempre febril. En la autopsia se encontraron los pulmones libres, tuberculosis ganglionar del mesenterio y tuberculosis miliar del bazo. No se utilizó terapia antituberculosa.

Caso 2.—A.V.G. masc. 4 años de edad, proveniente de Puntarenas. Ingresó por primera vez del 10 de agosto al 11 de septiembre de 1953 y por segunda vez, agónico y moribundo, el 25 de septiembre del mismo año. En su primera hospitalización refirió una historia de diarreas periódicas rebeldes a todo tratamiento, vómitos, anorexia, malestar general y marcada pérdida de peso. Al examen físico se encontró un niño desnutrido, pálido, con compromiso del estado general. El examen del abdomen mostró una tumoración lobulada, dolorosa, en la región periumbilical, y además se encontraron adenopatías cervicales duras del tamaño de un garbanzo. Los exámenes de laboratorios mostraron, en las heces, amebiasis y ascaridiasis, el jugo gástrico fue negativo por bacilo de Koch, el examen de orina era normal, la serología negativa, el hemograma mostró anemia moderada. Previa la hospitalización de este niño, en febrero de 1953, se había descubierto un complejo primario evolutivo al examen radiológico del tórax, sin embargo, ya hospitalizado, un nuevo control radiológico no mostró lesión pulmonar, pero persistiendo imagen de adenopatías hiliares. El paciente tuvo ligeras alzas febriles durante su hospitalización. Fue tratado con estreptomina a dosis de 0.30 gm. cada 12 horas y fue trasladado al preventivo. Ingresó moribundo 14 días después. A la autopsia los pulmones se encontraron indemes. Había numerosas úlceras tuberculosas del intestino delgado. El intestino grueso respetado. Gruesas adenopatías caseificadas de los ganglios mesentéricos y tuberculosis miliar del bazo.

En este caso existió un complejo primario que curó, sin embargo el compromiso del intestino y los ganglios mesentéricos continuó su evolución y fue responsable de la muerte del paciente.

Caso 3.—L.G.M. 4,5 años al fallecer, proveniente de Tres Ríos, de sexo masculino. En 1949 tuvo dos ingresos por hipotrepia y bronquitis. A fines de 1949 ingresa por tercera vez por fiebre, disnea, anorexia. Se encontró un niño disneico, cianótico, desnutrido. Los exámenes de laboratorio mostraron anemia importante, serología negativa. La radiografía de tórax mostró gruesas adenopatías tráqueo bronquiales con infiltración de la base pulmonar izquierda. El proceso se extendió posteriormente al campo derecho. Fue tratado con estreptomina. Ingresó de nuevo dos años después por otorrea bilateral encontrándose al examen radiológico una "sombra suave" en el campo pulmonar superior derecho, estuvo afebril. Ingresó de nuevo un año después, en junio de 1953, por otorrea bilateral, encontrándose entonces gruesas adenopatías cervicales. Sin embargo el examen radiológico del tórax mostró que los campos pulmonares estaban ahora limpios. Ingresó finalmente preagónico en noviembre de 1953, describiéndose en esa admisión sólo la existencia de gruesas adenopatías cervicales. A la autopsia los pulmones se encontraron indemes. En el intestino delgado había varias úlceras serpiginosas tuberculosas. Los ganglios mesentéricos estaban aumentados de volumen y caseificados.

En este caso, como en el anterior, hubo un complejo pulmonar primario que curó, pero siguieron evolucionando formas importantes de tuberculosis intestinal, ganglionar mesentérica y cervical, que produjeron la muerte.

Caso 4.—C.D.S. masc. jornalero, de 77 años de edad, proveniente de Ticubres (Mora), N° de archivo N° 308576.

Entre marzo y julio de 1953 este paciente tuvo tres admisiones a la sección de medicina por anorexia, adinamia, compromiso del estado general y brotes de diarrea. El examen físico repetido sólo mostró un paciente senil y desnutrido. Los exámenes de laboratorio practicados en ese lapso mostraron serología negativa, orina normal, examen de heces positivo por tricocéfalos, anemia de 3.200.000 eritrocitos por mm³, la radiografía del tórax fue normal. Fue febril por brotes durante su hospitalización. Falleció el 14 de julio de 1953, encontrándose a la autopsia (N° 13478) un cadáver senil, caquéctico, con atrofia fusca del miocardio, con ganglios mesentéricos moderadamente aumentados de volumen. El intestino delgado mostró numerosas ulceraciones de contornos elevados, bordes elevados y duros, algunas con pequeños nódulos blancos en el fondo, y de naturaleza tuberculosa. Los pulmones estaban libres de tuberculosis.

En este paciente, adulto, existió una enteritis tuberculosa ulcerativa primaria que no fue diagnosticada y que le provocó la muerte.

Caso 5.—J.M.M. paciente de raza blanca, de 62 años de edad, de sexo masculino, proveniente de Guayabo de Mora.

En febrero de 1950 y de 1954 este paciente fue hospitalizado por edemas de los miembros inferiores, anorexia, enflaquecimiento y crisis de diarrea. Al examen sólo se encontró desnutrición marcada. Los exámenes de laboratorio mostraron ancylostomiasis, strongyloidiasis y anemia de 2.5 millones de eritrocitos. Ingresó por tercera y última vez del 11 de mayo al tres de junio de 1955 refiriendo diarrea de 6 meses de evolución, epigastralgia, anorexia, debilidad general, pirosis y melena. El examen físico mostró marcado compromiso del estado general y gorgoteo cecal. Al examen de heces persistía ancylostomiasis. El examen de orina y serológico fueron negativos. Había anemia de 1.610.000 eritrocitos. En la autopsia se encontraron los pulmones indemnes, discretos de rramas pleurales bilaterales. En el ileon se encontró una úlcera transversal de 6 cm. de diámetro con tubérculos miliares en la serosa. En el sigmoides había una ulceración con las mismas características y tamaño.

En este paciente, como en el anterior, existió una tuberculosis intestinal ulcerativa primaria que no fue diagnosticada y le condujo a la muerte.

Caso 6.—S.R.C. paciente de 63 años, de raza negra, proveniente de Guácimo, Limón, de sexo masculino. (N° archivo 237802). El documento clínico de este enfermo ofrece muy poca información. Ingresó a fines de 1950, refiriendo la anamnesis sólo aumento de volumen testicular y dolor hipogástrico. Al examen físico sólo se menciona sensibilidad abdominal. El examen de orina, de heces y serológico fueron normales. Tuvo moderadas alzas febriles y falleció 25 días después de ingresado. En la autopsia se encontraron los pulmones indemnes, y había numerosas úlceras de tipo tuberculoso en el yeyuno, ileon y ciego, así como numerosos ganglios mesentéricos caseificados.

Este caso, como los dos anteriores, es un ejemplo de tuberculosis intestinal ulcerativa primaria que no fue diagnosticada, y que fue fatal.

f) *Frecuencia de la tuberculosis ulcerosa intestinal.*

Del total de 352 casos estudiados se describió tuberculosis ulcerosa intestinal en 259 de ellos. En 139 casos coexistieron la tuberculosis ulcerosa intestinal y el compromiso tuberculoso de los ganglios mesentéricos. Fuera de estos 259 casos, en otros tres se describió la presencia de tuberculomas con las características ya descritas, pero coexistiendo con tuberculosis pulmonar.

g) *Tuberculosis de los Ganglios Mesentéricos.*

Se observó en un total de 167 de los 352 estudiados. En 28 casos esta tuberculosis ganglionar mesentérica no estaba acompañada de tuberculosis ulcerosa del intestino.

h) *Tuberculosis hepática.*

Se observó en 64 casos, lo que constituye el 18% de los tuberculosos con complicaciones del aparato digestivo y el 8.5% del total de muertos por tuberculosis. En 51 casos la lesión macroscópica era de tipo miliar y en 13 de tipo caseoso. Debe insistirse en la alta frecuencia de compromiso hepático, lo que tiene importantes implicaciones clínicas y diagnósticas.

i) *Tuberculosis esplénica.*

Se observó en un total de 105 casos, lo que constituye el 14.7% del total de fallecidos por tbc y el 29.8% de los muertos con complicaciones tuberculosas del aparato digestivo. En 89 casos era de tipo miliar y en 16 de tipo caseoso. La frecuencia de la tuberculosis esplénica es, como se aprecia, sumamente elevada.

j) *Tuberculosis pancreática.*

Sólo se observó en un caso, de tipo caseoso, en el que también había caseosis hepatoesplénica y ganglionar.

k) *Otras consideraciones.*

Se presentó granulía como complicación terminal en 99 casos. En 6 casos hubo compromiso aislado del hígado, concomitante con tuberculosis pulmonar.

En 12 casos hubo compromiso único del bazo, por lo general de tipo miliar, siempre concomitante de tuberculosis pulmonar.

Hubo tuberculosis intestinal ulcerativa como única complicación digestiva en 115 casos.

En 42 casos coexistieron tuberculosis del hígado y del bazo.

IV. COMENTARIO Y CONCLUSIONES.

Dada la importancia del problema es de interés recordar los mecanismos patogénicos más frecuentes de la tuberculosis torácica y abdominal. (Cuadro N° 3). Estos mecanismos los hemos visto repetidamente confirmados en el material estudiado.

La importancia de la tuberculosis, aunque ha disminuido, como lo refleja el porcentaje de autopsiados por esa causa, debe todavía merecer toda la atención que pueda dársele, lo que también se desprende de las cifras expuestas.

La participación del aparato digestivo es común, y de gran importancia clínica. Sin embargo, pareciera que en la práctica hospitalaria la posibilidad del compromiso intestinal no recibe la atención que merece, y es la finalidad de este trabajo resaltarla.

El interesante caso clínico presentado muestra cómo un diagnóstico y terapia oportunos son decisivos en el compromiso tuberculoso del aparato digestivo, especialmente al contar con drogas antituberculosas eficaces.

También es importante el pequeño grupo de casos autopsiados con tuberculosis del aparato digestivo y sin tuberculosis pulmonar ya que en general constituyen un problema diagnóstico, y tener en mente esta posibilidad puede significar salvar vidas con poco esfuerzo y en forma muy elegante.

Entre las variedades del compromiso del aparato digestivo la más común es la ulceración del intestino, pero queremos subrayar la presencia de 28 casos con tuberculosis ganglionar mesentérica sin tuberculosis intestinal, lo que puede proporcionar sintomatología difícil de interpretar.

También llamamos la atención sobre la alta frecuencia de compromiso hepático (64 casos en el total de 352), incluso en 6 en que ésta fue la única víscera abdominal afectada. Estas cifras sugieren que la biopsia hepática debe jugar un papel en el estudio de este tipo de pacientes.

La tuberculosis del aparato digestivo, sea como un hecho aislado o como uno secundario a una tuberculosis pulmonar, es de ocurrencia común en nuestro medio hospitalario, tal como ha quedado demostrado en el presente trabajo, y en el terreno clínico queremos subrayar esta modalidad evolutiva ya que un diagnóstico y terapia adecuados pueden ser decisivos.

R E S U M E N

Se presenta un caso clínico de compromiso tuberculoso de los ganglios linfáticos mesentéricos, con probable compromiso intestinal agregado, y sin lesión tuberculosa pulmonar, que curó con tratamiento médico antituberculoso.

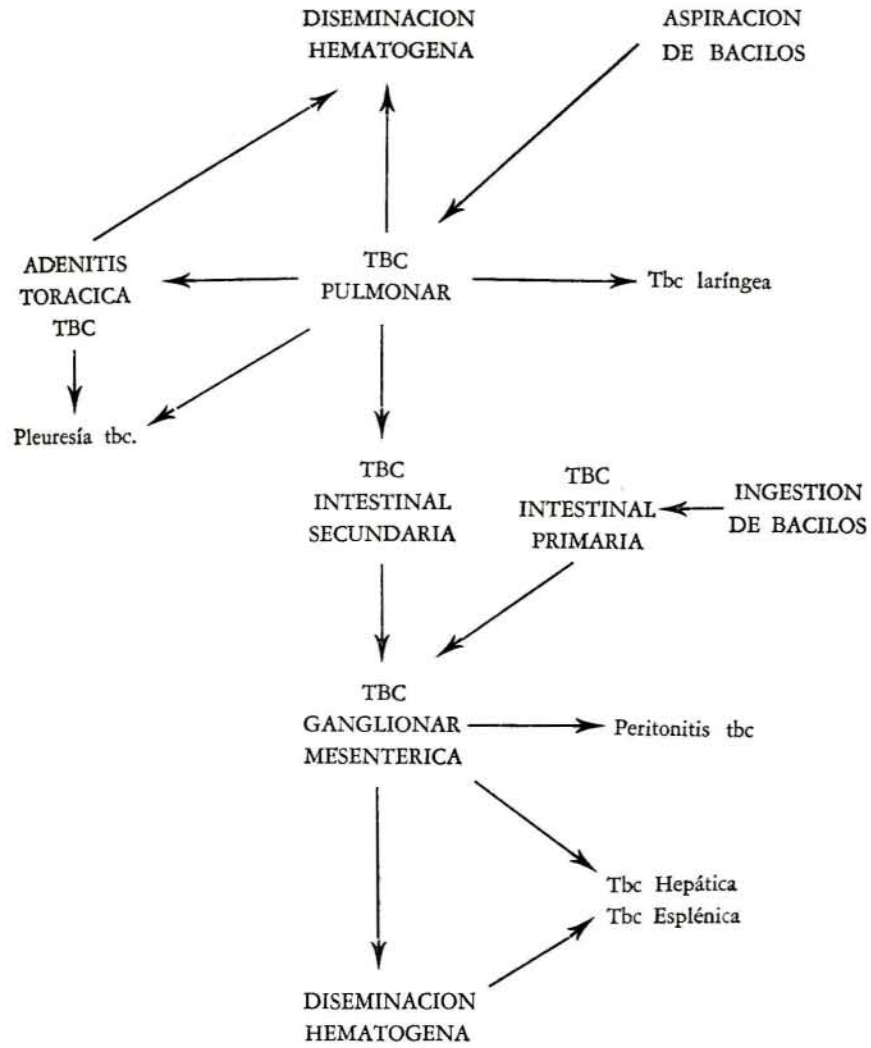
Se presenta una revisión de 5250 protocolos de autopsia, de la década 1950-1960, del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital San Juan de Dios. De estos 5250 individuos autopsiados, murieron por tuberculosis, como causa principal o asociada, 739 de ellos (14.07%), de los cuales, en 352 se encontró compromiso tuberculoso del aparato digestivo, lo que constituye el 6.7% del total de autopsiados y el 47.6% de los fallecidos tuberculosos.

En 11 casos hubo tuberculosis del aparato digestivo, especialmente de los ganglios linfáticos mesentéricos y del intestino, sin tuberculosis pulmonar concomitante, el resto sí la tenía.

De los 352 casos con tuberculosis del aparato digestivo, en 259 se encontraron lesiones ulcerosas del intestino. En 167 hubo compromiso de los ganglios mesentéricos, en 64 hubo compromiso hepático (en 51 de tipo miliar y en 13 de tipo caseoso). En 105 hubo compromiso del bazo (en 89 de tipo miliar y el 16 de tipo caseoso). El páncreas sólo se encontró afectado en un caso.

La frecuencia de la tuberculosis como causa de muerte, en los protocolos revisados, y del compromiso tuberculoso del aparato digestivo, han mostrado un descenso notable y continuado de 1951 a 1960 (Gráfico 1).

Cuadro 3.—Algunos Aspectos de la Patogenia de la Tuberculosis Toraco abdominal.



S U M M A R Y

A clinical case is presented with tuberculous involvement of mesenteric lymph nodes, and probably with intestinal involvement as well, that cured with specific medical treatment for tuberculosis.

A revision is presented of 5250 necropsy protocols, covering the decade 1950-1960, from the Department of Pathology of San Juan de Dios Hospital, San José, Costa Rica. In this total, 739 of them (14.7%) died of tuberculosis. In 352 of them, tuberculous involvement of the digestive system was found. In 11 cases tuberculosis of intestine and mesenteric lymph nodes was present without pulmonary tuberculosis. The rest had accompanying pulmonary tuberculosis.

In the 352 cases with tuberculosis of the digestive system, 259 presented ulcerating lesions of the intestine, 167 involvement of the mesenteric lymph nodes, 64 presented liver involvement (of miliary type in 51 and caseous type in 13). In 105 there was spleen involvement (in 89 of the miliary type and in 16 of the caseous type). The pancreas was affected in one case only.

The frequency of tuberculosis as death cause and the tuberculous involvement of the digestive system in the necropsy material revised, have shown a steady fall since 1951 to 1960. (Graphic 1).

V. BIBLIOGRAFIA

- 1.—BOCKUS, H. L.
Gastroenterología, Tomo II. Salvat Editores, 1949. Barcelona-Madrid, Buenos Aires.