

SESIÓN CLINICO-PATOLOGICA

Dr. Virgilio Cardona L, (*)

D. F. M., mujer de 21 años, originaria de San Pedro Sula, procedente de La Chivera, Comayagüela, D. C, que del 13 al 20 de enero de 1970 estuvo interna en Cirugía de Mujeres del Hospital General de la capital. En esa ocasión ingresó por traumatismo abdominal (puntapié) 8 días antes de su internamiento lo que le ocasionó fiebre, dolor epigástrico propagado a hipocastrio y que se calmaba con analgésicos orales; 2 días después del traumatismo notó orina "anaranjada" sin disuria ni polaquiuria. A la exploración física se comprobó afebril, con 90/60 de presión arterial y lúcida; exceptuando un signo de rebote positivo el resto del examen fue normal. Los exámenes efectuados en ese internamiento fueron los siguientes: Orina con albúmina + y sangre oculta negativa. Leucocitos: 59.700 mm³; Hb: 8.6 gm%; N: 96%; reacciones febriles: Tífico "O" 1:80, Tífico "H" 1:320; Bilirrubina total: 1,3 mg.%; directa: 0.7; indirecta: 0,6; Turbidez al Timol: 7,8U; proteínas totales: 5 gm.%; Albúmina: 2,4; Globulina: 2,6; Fosfatasa alcalina: 2,7 U; V.D.R.L.: Positivo débil; Secreción vaginal: bacilos cortos Gram negativos ++ + ; Líquido ascítico: turbio, N-26%, L-74%; Rivalta: positiva; proteínas 2,1 gm., Gram, Ziehl-Nielsen y cultivos negativos; Tiempo de Protrombina: 20" 38%. En esa ocasión la paciente no recibió ningún tratamiento específico y considerándose su problema como médico se trasladó a la Sala de Medicina, de donde se fugó una hora después.

Hace nuevo ingreso el 19 de febrero al Servicio de Medicina, acusando "agrandamiento del abdomen" y edema de miembros inferiores de 17 días de evolución, acompañados de debilidad general, hiporexia, palidez y amenorrea de 2 meses.

Como antecedente dio "asma" en su infancia. Su menarquia fue a los 15 años y de tipo 30/3 desde entonces. Practica relaciones sexuales desde hace 2 años pero no las practica desde hace 2 meses. Niega tabaquismo pero ingiere 3 cervezas por semana desde hace 6 meses. La revisión de síntomas, fuera de lo apuntado, no fue contribuyente.

Su examen físico reveló regular estado general, mal estado nutricional, pálida y orientada. T.: 37°C P.: 110 p. m. R.: 24 p. m. El examen de abdomen lo mostró globuloso, tenso, con onda líquida, dolorosa a la palpación profunda. En las extremidades se comprobó edema no inflamatorio 'en ambos miembros inferiores. Se omitió el examen ginecológico.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y NOTAS DE EVOLUCIÓN

19-11 G. R.: 2.950.000 mm³; G. B.: 15.700 mm³; Hb: 8,65 gm.%; Ht: 31 vols.%; N: 78%; E: 2% L: 20%; T. de Protrombina: 18" 46%; Plaquetas: 178.000; V.D.R.L.: Positiva 1:4; reticulocitos: 0,6%; orina: amarillo intenso, turbia, pH 6, densidad 1.016, indicios de albúmina; leucocitos ++ ; líquido ascítico: Rivalta positiva débil; proteínas 0,81

* Jefe del Departamento de Patología, Facultad de Ciencias Médicas y Hospital General de Tegucigalpa.

- gm.%, N-24%, L-76%. Gram, Ziehl-Nielsen y cultivos negativos; N.N.P.: 35 mg.%; glucosa: 81 mg.%; Na: 140 mEq/L; K: 4,4 mEq/L; bilirrubina total; 1.0 mg%; T. al Timol: 9 U; proteínas totales: 6,2 gm%; albúmina: 2,5; globulina: 3,7; A/G 0,5:1.
- 20-11 Se discute el caso en un examen privado llegándose a la conclusión de que había básicamente una hipertensión portal cuya causa ameritaba estudios complementarios (esplenopografía y serie gastroduodenal); se señaló la posibilidad de un pseudoquistes del páncreas. En días subsiguientes se practicó examen ginecológico que dio hallazgos normales.
- 3-m T. de Protrombina: 14" 81%; plaquetas: 160.000.
Presentó vómitos y se quejó de no defecar desde hacía 5 días.
- 9-III Se le practica la cuarta paracentesis extrayéndole igual cantidad de líquido que en las anteriores ocasiones (4.500 ce.); se intentó efectuar esplenoportograma y se falló.
- 10-111 Su estado general es malo, hay vómitos, pulso de 120 con 28 respiraciones por minuto, no se alimenta y acusa dolor hipogástrico permanente. N.N.P.: 27 mg.%; CI: 102; CO2: 28; Na: 130; K: 4 mEq/L.
- 11-III Persiste el dolor, rebote positivo. Hb: 11,6; Ht: 36; G. B.: 21.600; N: 87%; L: 13%.
- 18-IIT El Médico de Sala anota que la ascitis ha disminuido, que el abdomen está distendido por meteorismo y tiene la impresión de que la pared está engrosada y que es más dolorosa, pareciendo que está infiltrada en su cara interna. Líquido ascítico turbio, N: 50%; L: 50%, Rivalta positiva, proteínas: 2 gm.%, cultivos negativos.
- 19-III Se inicia tratamiento antituberculoso y se extraen 4.500 ce. de líquido abdominal. G. R.: 2.600.000; G. R.: 12.350; N: 84%; E: 1%; L: 15%; Ht: 28; Hg: 8,1 H^3 .
- 20-111 T. de Protrombina: 17" 52%.
- 21 -III Persisten los vómitos y se suspende tratamiento antituberculoso.
- 23-III Presenta evacuaciones diarreas. Deshidratada.
- 24-111 N.N.P.: 41 mg.%; Glucosa: 98 mg.%; CO2: 32; Na: 118; K: 2,2 mEq/L; heces E. histolytica + + +, Tricomonas + + + +, células de pus + + + ■
- 31-III Nuevas paracentesis y se efectúa biopsia de peritoneo. Amilasa en líquido ascítico: 61 U.
- 1-IV G. B.: 11.550; Hb: 9,25; Ht: 30; N: 47%; L: 52%; E: 1%; N.N.P.: 115 mgm.%; glucosa: 197 mgm.%; creatinina: 3,8 mgm.%; CO2: 28; Cl: 85,5; Na: 115; K: 3,7 mEq/L; bilirrubina **total**: 0,8; directa: 0,5; indirecta, 0,3 mg.%; turbidez al Timol: 7,4 U; proteínas totales: 4,7 gm.%; fosfatasa alcalina: 5,7 U; citología de **líquido** ascítico: negativa por formas celulares. Biopsia de peritoneo: **nodulitos** fibrosos perifoneales. **Tuberculina**: negativa; radiografía de tórax: normal; radiografía simple de abdomen: opacidad difusa por ascitis; moderada aereocolia y distensión gástrica; elevación de cúpulas.
- 2-IV Es revisada por Residente de Medicina quien encuentra tumoración en hipogastrio y arreflexia rotuliana; se consideró que en vista del cuadro neurológico agudo había que pensar en metástasis cerebrales ds origen renal, ovárico o hepático. 3-IV Paciente cae en coma y fallece a las 12:30 p. m.

TRATAMIENTO

Fuera de los apuntados se le dio tratamiento sintomático (para vómito, estreñimiento, dolor) se le administraron diuréticos, dieta hiperproteica, preparados vitamínicos, sueroterapia, antiamebianos intestinales y Penicilina Cristalina 1.000-000 U.I.M. cada 4 horas. Su curva térmica osciló entre 36^C5 y 37^o5 C. exceptuando el último día que fue de 38°C.

COMENTARIO

Este caso fue discutido en el I Congreso Nacional de Medicina Interna efectuado el 11 de julio por el Dr. Osear Fonseca C, quien hizo una exposición de posibilidades diagnósticas que giraron alrededor de ascitis, que era el hallazgo más prominente. Llegó a la conclusión final de tuberculosis peritoneal en primer lugar y de cáncer de ovario en segundo.

Otros médicos presentes sugirieron las posibilidades de carcinoma de ovario, carcinoma de intestino grueso, ascitis post-traumática, pseudoquiste del páncreas, etc. Sólo en una ocasión se consideró la posibilidad de una cirrosis hepática,

La autopsia confirmó los siguientes diagnósticos:

- 1.—Cirrosis Nutricional (Alcohólica) Severa.
 - a) ascitis (6.000 ce); b) várices esofágicas c) esplenomegalia congestiva.
- 2.—Salpingooforitis aguda supurada bilateral. 3.—Pielonefritis crónica severa con atrofia del riñon izquierdo. 4.—Cistitis crónica.
- 5.—Desequilibrio electrolítico (hipocloremia e hiponatremia)
- 6.—Uremia prerrenal (115 mgm.%). 7.—Atelectasias pulmonares.

El caso es interesante pues tenemos una paciente con un hígado que presentaba un cuadro florido de cirrosis nutricional grasa, tipo alcohólico, ya que se encontró cierto grado de necrosis hialina en las células hepáticas, signo histológico que ha sido considerado por muchos autores como evidencia de ingestión de alcohol aunque no había una historia franca por parte de la paciente.

El otro hallazgo importante fue la pelviperitonitis que explica el cuadro séptico de la paciente (dolor abdominal, fiebre, leucocitosis y neutrofilia), lo que indudablemente fue la causa de pielonefritis crónica y contribuyó al desequilibrio electrolítico y uremia prerrenal.

Con estos datos morfológicos, la edad de la paciente y su lugar de procedencia, es probable que su enfermedad infecciosa ginecológica haya estado relacionada con su tipo de vida, acompañada de ingestión de alcohol y, de esa manera, se pueden explicar la cirrosis avanzada, que fue la causa básica de su muerte.

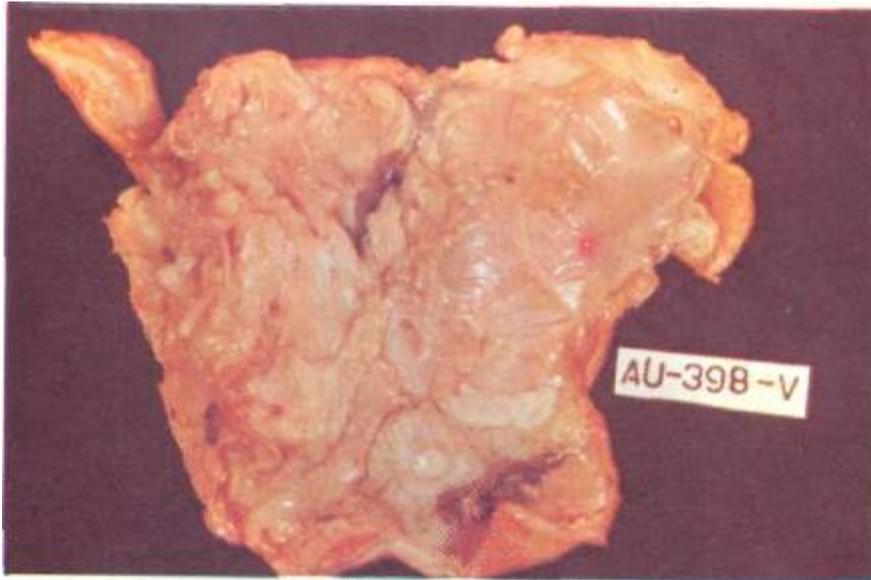


Fig. 1 Hígado graso amarillento y micronodular

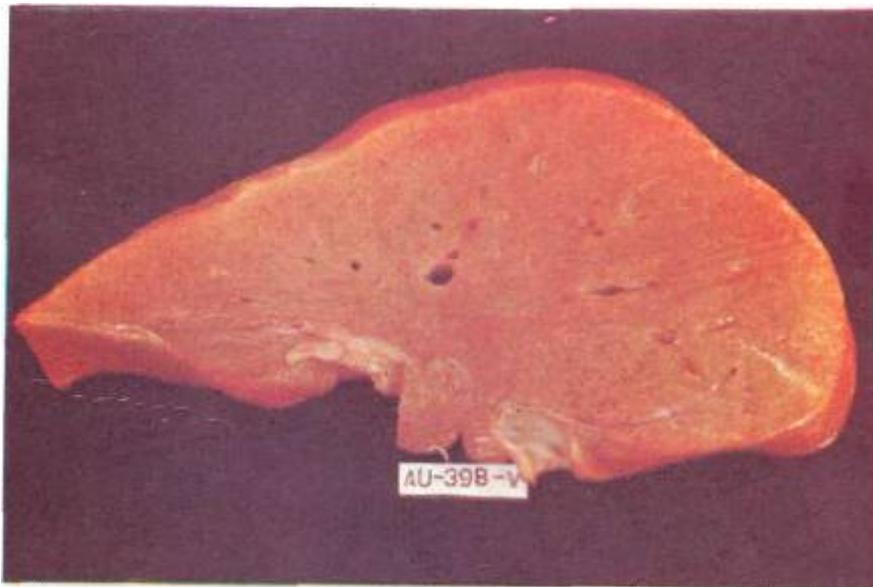


Fig. 2

"Pelvis congelada".—El útero y los anexos fusionados en una masa de tejido inflamatorio.

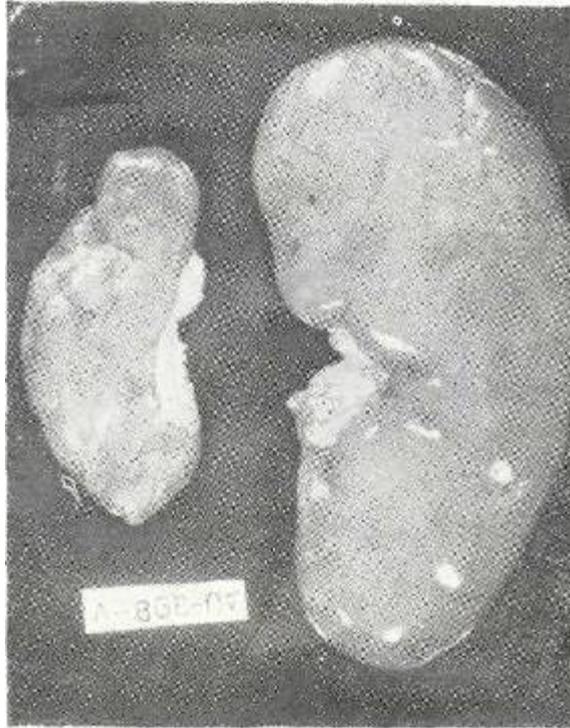


Fig. 3 Atrofia renal por
pielonefritis crónica

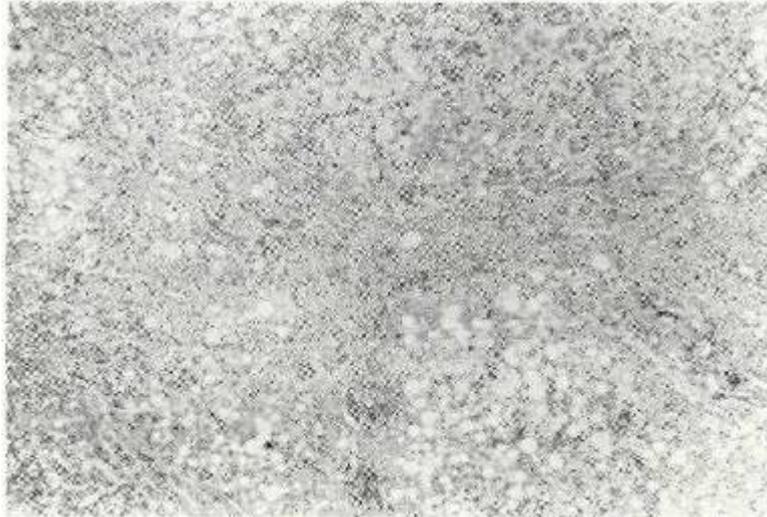


Fig. 4
Marcada metamorfosis grasa de parénquima hepático
con bandas gruesas de tejido fibroso. 10x

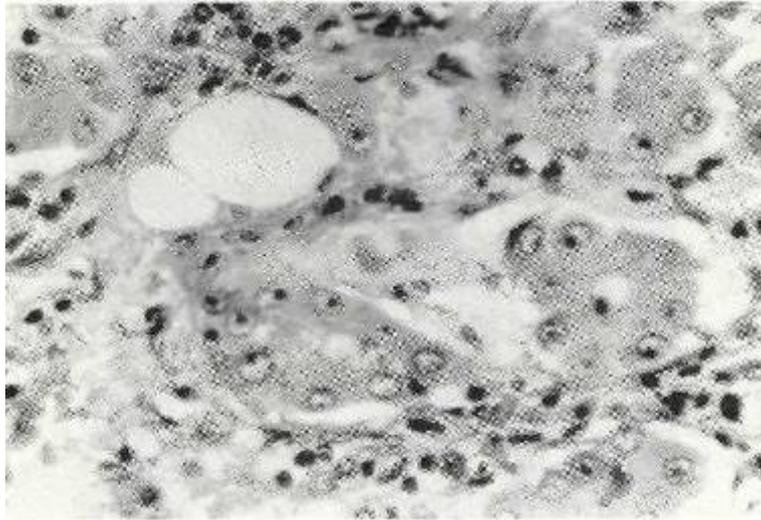


fig. 5

Obsérvese la distorsión de la arquitectura lobulillar y la "necrosis hialina" en la parte central. 45x

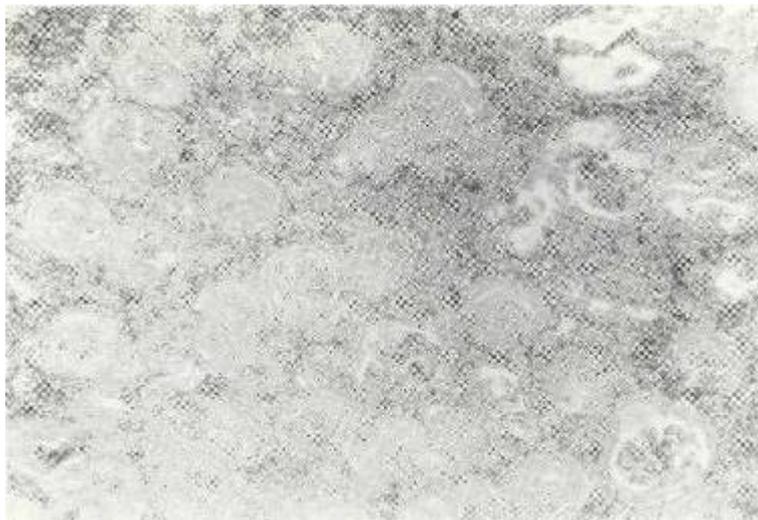


Fig. 6

Marcada obliteración fibrosa de los glomérulos e inflamación crónica intersticial