

POLISEROSITIS

*Clase dictada por el Profesor
Manuel E. Varela*

L. G., 15 años. Ficha N° 5139 del Instituto Municipal de Enfermedades de la Nutrición.

Este joven gozaba de perfecto salud hasta el mes de septiembre del año pasado. En esa época se sintió enfermo, con fiebre alta, vómitos y una molestia —más que dolor— en el hipocondrio derecho. Al cabo de una semana, como no tenía más fiebre, volvió al colegio, pero sin la sensación de bienestar que experimentaba antes de enfermarse; sentíase, en efecto, desgano, inapetente y muy cansado al atardecer y transpiraba con frecuencia de noche. En este estado terminó su año escolar. Ya en el mes de diciembre, como no siguiese mejor, lo hicieron ver por un médico, quien recomendó un tratamiento a base de inyecciones tónicas, pero, justamente coincidió con la iniciación de dicho tratamiento un nuevo episodio de gran malestar general y temperatura alta, llegando hasta 39° por cuya razón suspendieron toda medicación y espontáneamente mejoró, llegando a sentirse subjetivamente bien y hasta aumentó 7 kilos de peso. La madre, sin embargo, notaba que el vientre del chico estaba muy hinchado y que aumentaba progresivamente de

volumen, por lo cual decidió consultar a otro médico, quien no le dio importancia al síntoma que tanto preocupaba a la madre y le dijo que se trataba de gases intestinales y obesidad abdominal; le recetó unos polvos absorbentes y le ordenó que hiciese gimnasia. El chico siguió mal, de nuevo volvió a sentirse muy decaído y su vientre seguía aumentando. Una noche sintió una punzada muy fuerte en la parte posterior e inferior del hemitórax izquierdo, que le impedía respirar profundamente y le obligó a permanecer toda la noche sentado, pues el decúbito dorsal no lo soportaba; un día después el dolor torácico desapareció, pero notaba que se fatigaba fácilmente al menor esfuerzo. En los últimos días de febrero se agregó un episodio intestinal caracterizado por deposiciones frecuentes, abundantes y semilíquidas, con aspecto de puré y, a veces, con restos alimenticios, pero no precedidas de dolores cólicos o de otras molestias abdominales. En este estado ingresa en la sala II del Instituto el 23 de marzo del corriente año.

Los antecedentes hereditarios, personales y de medio carecen de importancia.

De los antecedentes recogidos sobre la enfermedad de este chico deducimos que desde septiembre hasta hoy está enfermo y que las mejorías experimentadas en el curso de la enfermedad eran solamente remisiones transitorias de un estado infeccioso, que persiste basta la fecha. Hay dos datos que deben orientar nuestra investigación clínica; el primero, es el desarrollo progresivo del volumen del vientre, al que se agregan en los últimos tiempos diarreas de tipo intestinal alto y que nos hace pensar en un proceso abdominal; el segundo dato *h* el de la punzada de costado, que nos pone sobre la pista de una probable afección pleural.

Veamos ahora lo que nos revela el examen del enfermo.

Este muchacho tiene una facies particular que denuncia evidentemente un estado de sufrimiento físico. Su mirada indiferente, sus ojos brillantes con pestañas abundantes, largas y sedosas, la delgadez de su rostro y la palidez de su piel y mucosas le confieren el aspecto enfermizo que presenta. Hábito longilíneo con un sistema muscular hipotrófico e hipotónico; escasísimo pánículo adiposo, en una palabra, todos los atributos de una constitución físicamente débil. Febril, desde su ingreso al servicio, todos los días ha tenido temperatura entre 37°2 y 38".

Pero, lo que sobre todo llama la atención es el vientre, cuyo volumen contrasta con el resto del cuerpo. Vientre prominente desde el pubis al apéndice xifoideas. La base del tórax está ensanchada como consecuencia de la distensión abdominal. El ombligo, si bien no es saliente, tampoco está retraído como sucede normalmente; es un ombligo desplegado que denuncia un aumento de la tensión intrabdominal. No se ven redes venosas subcutáneas que indiquen la existencia de circulación venosa colateral. No hay edema de la piel ni del tejido celular subcutáneo; tampoco se descubren zonas hiperestésicas. La palpación superficial revela algunos datos que conceptuamos de gran importancia; es evidente que hay una resistencia a la presión manual, mayor en la parte superior del abdomen que en la inferior. A nivel de la línea infraumbilical se palpa un cordón grueso, duro, resistente, un poco desplazable lateralmente que desde el ombligo se dirige al pubis: no puede ser otra cosa que el uraco. La palpación profunda da una sensación de resistencia uniforme en todo el vientre no se palpa el hígado ni el bazo y, como puede verse, ninguna de estas exploraciones manuales provoca dolor.

La percusión pone de manifiesto la existencia de sonoridad timpánica en casi todo el abdo-

men, salvo a nivel de **la parte inferior**, donde se percute una zona de matitez de límite superior cóncavo. Esta matitez se extiende sobre los flancos y los cambios de decúbito la modifican; así, el flanco izquierdo, que es sonoro cuando el enfermo está en decúbito lateral derecho, se hace mate cuando pasa al decúbito izquierdo. Este signo **de** la matitez cambiante es de tanta importancia **semiológica** que es necesario comprobarlo bien, lo que siempre no es fácil, especialmente cuando hay meteorismo pronunciado, como sucede en este **caso** y el líquido es poco abundante. La percusión ha de ser muy suave a fin de hacer vibrar la menor zona posible en superficie y profundidad. Cualquiera duda que pudiera su-citar la variación del sonido de percusión con las modificaciones del decúbito lateral en nuestro enfermo, se aclara recurriendo a otros procedimientos, como el de percutir el abdomen, colocándose el enfermo de pie; vemos que en esta posición la zona de matitez infraumbilical aumentó bastante de altura y la transición **del** sonido mate al timpánico se hizo mucho más neta. En la posición genu-pectoral también se producen modificaciones en la topografía de las zonas mate y sonora. A esta altura de la exploración semiológica, ya no dudamos de la existencia de líquido libre en la

cavidad abdominal y es la importancia diagnóstica de este dato la que nos indujo a insistir tanto en su investigación. No hay **se-**sación de onda líquida palpable. Este signo que es tan fácil de obtener en los grandes derrames y también en los medianos, cuando se recurre a' la maniobra de colocar el borde cubital de la mano de un ayudante en la línea media, no es perceptible en los derrames de escasa cantidad, como el de este enfermo. En cambio, hay otro modo de buscar la onda líquida, *que* podríamos llamar la onda líquida audible; se coloca el estetoscopio en un punto de la zona mate y en otro punto de la misma zona se da un papirotazo, se oye entonces un **re-****doble** que recuerda los desdoblamientos del 2" tono cardíaco. En el resto del abdomen, efectuando la misma maniobra, se escucha un solo tono. El estetoscopio flexible es más adecuado para buscar este signo.

Hemos llegado al diagnóstico de líquido en la cavidad peritoneal: ascitis. Y podemos afirmar con los datos recogidos hasta ahora, que es una ascitis inflamatoria, por tratarse de un adolescente con un estado febril persistente, al que se agregan signos de irritación de la serosa peritoneal. Entre estos signos está la infiltración de la grasa preperitoneal. infiltración que se hace más marcada a nivel del uraco.

haciendo de este elemento embriológico residual un cordón grueso, tenso y palpable en toda su extensión. Signos también de irritación **perifonea**¹! son la hipertrofia de los músculos del abdomen en la parte superior, contrastando con la hipotonía que presentan en la parte inferior (signo descrito por Delille) y que obedece a la conocida ley de Stokes. Los **músculos** rectos por encima de la arcada de Douglas están alejados de la serosa por la vaina aponeurótica que de los músculos anchos va a la línea blanca, en cambio, por debajo del arco los rectos están casi en **contacto** con la serosa, de ahí la tendencia a la contractura arriba y a la relajación abajo. El meteorismo persistente debe interpretarse como síntoma de paresia intestinal, consecutiva **también** a la lesión de la serosa. Creo que sobran elementos para el diagnóstico clínico de ascitis inflamatoria; en una palabra, estamos frente a un caso de **peritonitis** exudativa.

El diagnóstico de peritonitis con el cuadro descrito, en un joven adolescente, equivale a hacer un diagnóstico completo, clínico, anatómico y etiológico. **Podemos** decir, sin temor a equivocarnos, que este enfermo tiene una peritonitis tuberculosa. Nos faltaría la prueba directa, es decir, la demostración del bacilo de Koch; pero son de tanto peso los argu-

mentos de orden clínico en que fundamos el diagnóstico, que bien podemos omitir la punción por inconveniente e innecesaria. Sin embargo, no ignoramos que este modo de proceder deja en muchos espíritus alguna duda sobre la exactitud de nuestro diagnóstico, duda que consideramos justificada y hasta necesaria. Sólo para disiparla vamos a plantear el diagnóstico diferencial con todas las afecciones capaces de manifestarse con ascitis. El haber podido hoy darles la prueba directa sobre **la** naturaleza etiológica de la afección que padece este muchacho, me hubiese evitado recurrir **al** método indirecto o por exclusión, que conceptúo un procedimiento malo, aunque a veces es, desgraciadamente, el único de que disponemos.

Entre las afecciones que se acompañan de ascitis debemos considerar las cardiopatías descompensadas y las nefropatías edematógenas. Este enfermo no presenta otra anomalía en su aparato circulatorio que una taquicardia de 130 pulsaciones por minuto. Es cierto que es una taquicardia desproporcionada con la temperatura, pero justamente este es un dato que viene a apuntalar un poco más nuestro diagnóstico, puesto que la taquicardia excesiva es característica de la toxiinfección bacilar. En cuanto a una ascitis de probable orí-

gen renal, se excluye fácilmente, por cuanto el análisis de *orina* no revela particularidad alguna y son justamente las nefropatías edematógenas las que dan síntomas renales más conspicuos, tales como la intensa albuminuria y cilindruria. Por otra parte, también la ausencia completa de edemas periféricos descarta la causa cardíaca o renal de la ascitis de nuestro enfermo. Queda el grupo de las ascitis de causa local. En primer lugar aquellas de naturaleza mecánica, como las producidas por una obstrucción de las venas del sistema porta, tromboflebitis de la esplénica, de la porta, el gran grupo de las cirrosis, son todas afecciones que excluimos por la ausencia de hígado cirrótico, de esplenomegalia y de circulación venosa colateral. Nos queda solamente e). grupo de las ascitis de causa local, de naturaleza inflamatoria, entre las cuales se cuentan en primer lugar la tuberculosis peritoneal, después de carcinomas primitiva o secundaria del peritoneo y en último lugar la sífilis. Las dos últimas afecciones se descartan con pensar que en cuatro meses de evolución tiende a mejorar el enfermo, aparte de otras circunstancias de orden semiológico, como ser la ausencia completa de datos positivos de neoplasia, edad del paciente, etc. La sífilis exclusiva de las serosas como manifestación de sífi-

lis hereditaria tardía o de sífilis adquirida, debe ser tan rara que la mayor parte de los clínicos niegan su existencia. Además, las reacciones de Kahn y Wassermann son negativas y no hay estigmas luéticos ni antecedentes familiares para pensar en lúes.

Llegamos, por lo tanto, y por vía indirecta al mismo punto a que nos había conducido el razonamiento a base de datos positivos recogidos en el examen del enfermo. Lógicamente debía suceder así y reafirmamos nuestro diagnóstico de peritonitis exudativa de etiología tuberculosa.

En el curso de la discusión sobre el diagnóstico de la peritonitis tuvimos oportunidad de mencionar el estado de diversos órganos y aparatos; nos falta, sin embargo, considerar el aparato respiratorio, que tiene una importancia grande por dos razones: por el antecedente de la punzada de costado y también por la naturaleza etiológica del diagnóstico que hicimos de su estado abdominal.

En el momento actual, el examen físico del aparato respiratorio revela solamente una excursión defectuosa del hemidiafragma izquierdo y la radiografía que aquí ven, muestra el pulmón derecho normal; el vértice y parte media del pulmón izquierdo es normal; no así la base donde se comprueba un diafragma más

elevado que normalmente y una alteración de la imagen normal del pulmón, consistente en un empastamiento que borra la imagen de la trama normal y hace más oscura la base; se debe a un proceso de atelectasia y circulación defectuosa consecutivas a la paresia del hemidiafragma izquierdo y también a residuos de un proceso pleural ya desaparecido. Porque debo darles un dato que a propósito me lo he reservado hasta ahora, por razones didácticas, para hacer el razonamiento clínico que nos llevó al diagnóstico sobre la base exclusiva de los datos positivos existentes, que conceptúo suficientes. Este joven, cuando ingresó en la sala, tenía, en efecto, un derrame pleural izquierdo. Como viésemos que tendía a reabsorberse, lo punzamos y extrajimos líquido cuyos caracteres físicos, químicos y citológicos voy a dar:

Líquido amarillo cetrino, coagula espontáneamente. Por centrifugación da un sedimento color rojo ladrillo.

Rivalta positiva.

Albúminas, 16 grs. 0!00.

Células: hematíes. 520 por mmi³.; leucocitos, 340 por mmi³., 99'r : células endoteliales, 1%.

No obstante el bajo tenor de albúmina, todos los datos físicos, químicos y citológicos son los de un exudado. No hicimos bacterioscopía por lo difícil que es encontrar gérmenes en este tipo

de exudados. La inoculación al cobayo exige cierto tiempo para conocer los resultados. Pero aun sin estos datos bacteriológicos, podemos afirmar que este enfermo tuyo una pleuritis y para juzgar sobre su naturaleza etiológica, bastan y sobran los argumentos basados en la experiencia clínica; por otra parte, la coexistencia de un exudado en las dos grandes serosas simplifica aún más la concepción clínica, patogénica y etiológica de este caso. Estamos frente a un enfermo de poliseritis, poliserositis, poli-rromenitis (1), etc.; es la tuberculosis pleuroperitoneal subaguda de Fernet-Boulland, la forma clínica más común de las poliserositis.

En nuestro enfermo, la primera serosa afectada fue la peritoneal y posteriormente la pleura. Los clínicos de todos los tiempos han señalado esta modalidad de invasión de las serosas como muy frecuente; contrariamente a lo que sostiene Ameuille, para quien es la pleura la primera serosa afectada, propagándose después la infección al peritoneo. La propagación de las infecciones de la pleura al peritoneo no sucede habitualmente; todo lo contrario ocurre con la propagación de los procesos peritoneales hacia la

(1) Nombre dado por Cantani, porque según Cardarelli era enemigo de las denominaciones grecolatinas.

pleura, que ocurre con gran frecuencia. La explicación es muy sencilla: la infección sigue la dirección de la corriente linfática, que es ascendente y no descendente. No es difícil que la infección se haga por vía hematógena exclusivamente, en cuyo caso cualquiera de las serosas puede ser afectada primero o ambas simultáneamente.

En cuanto al punto de partida de la infección, hay que buscarlo en los restos linfoganglionares del complejo primario, cuya capacidad de conservar gérmenes virulentos durante **mucho** años se ha comprobado debidamente. De esos nidos microbianos por vía linfática a través de los linfáticos, llegan los gérmenes a la circulación sanguínea por la cual son diseminados, localizándose en las serosas pleural y peritoneal, simultánea o sucesivamente.

La evolución natural en estos casos es la reabsorción de los exudados con la desaparición del estado febril en un plazo variable de 3 a 6 meses. Podemos decir, por lo tanto, que el pronóstico inmediato es benigno.

El pronóstico alejado es aleatorio. Procesos fibroplásticos residuales en el abdomen o mediastino, pueden acarrear trastornos funcionales en el aparato digestivo o circulatorio. Esta eventualidad no es común en esta forma clínica de poliserositis. En cuanto a posibles manifestaciones pulmonares alejadas, aun cuando en algunos tratados se mencionan como la principal contingencia de esta enfermedad, debemos decir que son muy raras.

Concuerdan con esta observación las encuestas rigurosas efectuadas en sanatorios y hospitales de tuberculosis, las cuales demuestran que es extraordinariamente raro que un tuberculoso pulmonar haya padecido anteriormente una peritonitis.

Si bien el pronóstico respecto a una futura lesión pulmonar no debe inquietarnos, no hay que olvidar la posibilidad de que se haga una nueva invasión sanguínea. **bacilemia**, con la reinfección de las serosas ya curadas u otras localizaciones.

Por todas estas razones debemos poner ciertas reservas en el

pronóstico alejado de nuestro enfermo.

Tratamiento. — Dijimos que lo habitual en esta enfermedad es la evolución favorable y espontánea. Noción importante que debe ser tenida en cuenta para no fatigar el organismo con medicaciones inútiles y aun perjudiciales. En el tratamiento es necesario distinguir dos etapas o fases de la afección. La primera es la que podríamos llamar fase de actividad o exudativa, caracterizada por los síntomas toxiinfecciosos, entre los cuáles la temperatura es un índice de gran importancia. Durante este período el reposo constituye una indicación de rigor y la helioterapia un arma peligrosa que es preferible no emplear.

Los medicamentos muy poco tienen que hacer; en cambio, el régimen alimenticio constituye el medio más valioso de que disponemos, y bien utilizado es un factor decisivo en el éxito del tratamiento. No hay que hacer indicaciones de orden general; es indispensable en primer lugar planear un régimen dietético subordinado al estado gastrointestinal del enfermo y además que sea suficiente del punto de vista energético o calórico y completo del punto de vista cualitativo. No debemos olvidar que nuestro enfermo es un febril de evolución larga que, como en todo estado infeccioso prolongado, hay un

déficit funcional de las glándulas digestivas y además que hay propensión a la diarrea y un meteorismo excesivo. Daremos el número de calorías necesario que prácticamente en este caso podemos calcular alrededor de 40 por kilo de peso teórico. En cuanto al aspecto cualitativo de la alimentación es necesario prescribir un régimen que contenga proteínas, hidratos de carbono, grasas, sales y vitaminas. Las proteínas las suministraremos en forma de carnes tiernas y queso fresco y en cantidad, de acuerdo a las condiciones físicas y fisiológicas: 2 a 3 gr. de proteína por kilo de peso. Los hidratos de carbono se darán en la forma de mayor digestibilidad, a fin de evitar las fermentaciones intestinales que intensificarían el meteorismo y la diarrea. La celulosa debe excluirse en absoluto y preferir las harinas diastasadas. Leche daremos poca cantidad por la facilidad con que fermenta la lactosa. Jugo de frutas bien colado, un poco de papa en forma de puré, cocimiento de cereales bien colados, pan blanco. Las grasas, debemos elegir también las de más fácil digestión, suministrarlas en la forma y cantidad más adecuada; manteca, crema de leche y el aceite, de preferencia en estado natural y que es la forma como se toleran mejor.

Es importante que no falten ninguna de las cuatro vitaminas.

La vitamina A, factor de crecimiento y antiinfeccioso, especialmente por esta segunda propiedad debemos de evitar su carencia en el régimen; la manteca y la crema la contienen en abundancia. La B, la proporcionaremos en el extracto de **Malta** o en el jugo de tomate, muy bien colado, el que se puede añadir como condimento en cualquiera de los platos a base de carnes o en las sopas. La vitamina C, en el jugo de naranja, limón y también *en* el tomate el medio de suministrarla abundantemente. En cuanto a la vitamina D, demás está decir que reviste importancia por su intervención en el metabolismo del calcio. Pero es bueno recordar que esta vitamina falta en casi todos los alimentos usuales, por lo cual es necesario agregar a la alimentación diaria un suplemento de vitamina D bajo la forma de ergoste-

rol irradiado. Nuestro enfermo está tomando 15 gotas diarias de Haliverol, que es un preparado que contiene las vitaminas A y D en concentración.

No se debe descuidar tampoco la riqueza mineral del régimen y esta indicación nos obliga a rozar el tema de la desmineralización en los tuberculosos, de que tanto se habló. Parece ser que sólo en las formas agudas existe balance negativo de las substancias minerales, especialmente del calcio; es sin embargo, una cuestión aún discutida; pero encarando el problema desde el punto de vista práctico, es necesario convenir que aún aquellos que sostienen que el balance del calcio no se altera en la tuberculosis, reconocen su eficacia en el tratamiento de muchas de sus formas clínicas. Se ha recurrido a explicar su eficacia por la acción antiexudativa, simpaticomi-

mética. etc. Nosotros le daremos calcio a nuestro enfermo, pero no en la forma de compuestos inorgánicos como se hace habitualmente, porque está debidamente comprobado que en esa forma el organismo no lo utiliza y aun en aquellos casos que se consigue su absorción intestinal, cosa que no es tan fácil como parece, lo único que se obtiene es aumentar la calcemia y nada más; esto que del punto de vista terapéutico en puede ser útil en determinadas circunstancias (hipocalcemia), es completamente inútil cuando lo que se busca es fijar el calcio en los tejidos. El calcio debe suministrarse en forma orgánica y natural, es decir, en los alimentos. Entre los alimentos permitidos a nuestro enfermo, el queso tiene una elevada cantidad de calcio, la leche y las almendras son también alimentos ricos en calcio. Nos llevaría muy lejos ocuparnos a fondo de esta importante cuestión. la cantidad de calcio a fijarse está también condicionada por la cantidad de fósforo, de ahí la importancia de que el régimen prácticamente sea rico en

sales minerales en general; los caldos de verdura y cereales cumplen con este requisito y es bueno tenerlo en cuenta cuando hacemos la? indicaciones dietéticas.

Cuando haya pasado el período febril habrá llegado el momento de planear la cura al aire libre y al sol, persistiendo siempre en los principios dietéticos enunciados: régimen suficiente y completo. La helioterapia conviene practicarla con todo rigor en lo tocante a su progresividad y tanteando la tolerancia del enfermo; hay personas que toleran muy mal el sol y lo que se consigue insistiendo en estos casos es todo lo contrario de lo que se busca. Si las condiciones económicas lo permiten, una cura de clima marítimo es recomendable y en cuanto a las actividades de orden físico e intelectual a desarrollar en el futuro tendremos en cuenta lo dicho al ocuparnos del pronóstico y las prescripciones en este sentido serán dictadas por la evolución de cada caso en particular.