Consideraciones sobre las formas clínicas de la sífiles hepática terciaria

Por el Dr. Roberto C, Bizzozero

El diagnóstico de la sífilis hepática suele presentar a menudo dificultades por la multiplicidad de sus tipos clínicos, que pueden simular numerosas afecciones del hígado. Con motivo de un caso cuya historia referimos, estudiaremos brevemente sus distintas formas.

Se trata de una mujer de 56 años, internada en el servicio de Clínica Médica del Dr. C. Domínguez; en sus antecedentes encontramos como datos de interés el hecho de que sus dos primeros embarazos terminaron por aborto espontáneo y que tiene dos hijos internados en el Hospicio de las Mercedes por una afección mental.

La enferma consulta por opresión, dolor precordial y palpitaciones.

Al examen somático: buen estado general. El aparato circulatorio: discreta hipertensión (mx. 18 y mn. 10 y_2).

El examen radioscópico de tórax muestra la existencia de una dilatación marcada de aorta ascendente, que no se tradujo por ningún signo físico y que nos explica el origen del dolor y opresión precordial que acusa la enferma.

Esta negatividad del examen clínico sin ser un hecho corriente no es rara y muestra la importancia que tiene el examen radiológico para .el diagnóstico de las cardiopatías.

El examen de abdomen, dificultoso por el enorme panículo adiposo, nos permite descubrir una enorme hepatomegalia: el borde inferior del hígado llega a nivel del ombligo; es duro, cortante y con una escotadura marcada en su parte derecha; la superficie del órgano en su cara anterior es dura, regular, sin nudosidades y dolorosa a la presión; el lóbulo izquierdo está francamente aumentado de volumen y en proporción mayor que el derecho.

El bazo se palpa a nivel del reborde costal.

Sintetizando, se trata de una enferma que presenta antecedentes que hacen pensar en la posibilidad de una infección sifilítica; el examen confirma esta sospecha mostrándonos una aortitis que no se había traducido por ningún signo fisíco.

Además encontramos un hígado francamente cirrótico con ciertos caracteres particulares que ya hemos mencionado y acompañado de una esplenomegalia discreta.

La ausencia de antecedentes y síntomas de intoxicación etílica permiten descartar la cirrosis hipertrófica alcohólica contra la cual también se oponen la presencia de una cisura en el borde del hígado.

No podía pensarse en un hígado cardíaco por la ausencia de síntomas de insuficiencia cardíaca y por los caracteres del hígado que era francamente cirrótico con borde cortante y como sólo podría observarse en las asis-

tolias a reptición (cirrosis cardíaca).

Un cáncer del hígado podría descartarse por los caracteres del órgano, la esplenomegalia, la conservación del estado general, etc.

Lo mismo ocurría con los otros tipos de hígados tumorales (quiste hidático, etc.), contra lo cual se opinan además los exámenes laboratorio.

Por exclusión llegamos al diagnóstico de sífilis hepática, diagnostico que se apoyaba además en los caracteres del hígado, en la existencia de dolores (que desaparecieron rápidamente con el tratamiento específico), en la esplenomegalia, en la presencia de una linfocitosis acentuada (45 %) y en el terreno sifilítico que tenía la enferma.

—o—

Antes de tratar de clasificar el tipo de lúes que presentaba esta paciente, estudiaremos brevemente las formas clínicas que puede revestir la sífilis hepática terciaria.

La división en formas clínicas, aquí como en cualquier capítulo de patología, tiene valor cuando se la toma con un criterio amplio, como guía y teniendo en cuenta que estos cuadros esquemáticos sólo sirven como orientación -general y que raramente se encuentran completos en los enfermos.

Por otra parte, son frecuentes las formas de transición entre un tipo y otro, pudiendo existir todas las combinaciones y variedades. Así, es frecuente ver que una forma clasificada como hipertrófica, al evolucionar, se transforma en atrófica, a semejanza de lo que ocurre con la cirrosis de Laennec; o que una forma caracterizada por la ausencia de ascitis, a medida que progresa, se hace ascítica; además a veces es difícil decir clínicamente si un caso dado debe clasificarse corno una forma esclerogomosa o esclerosa pura.

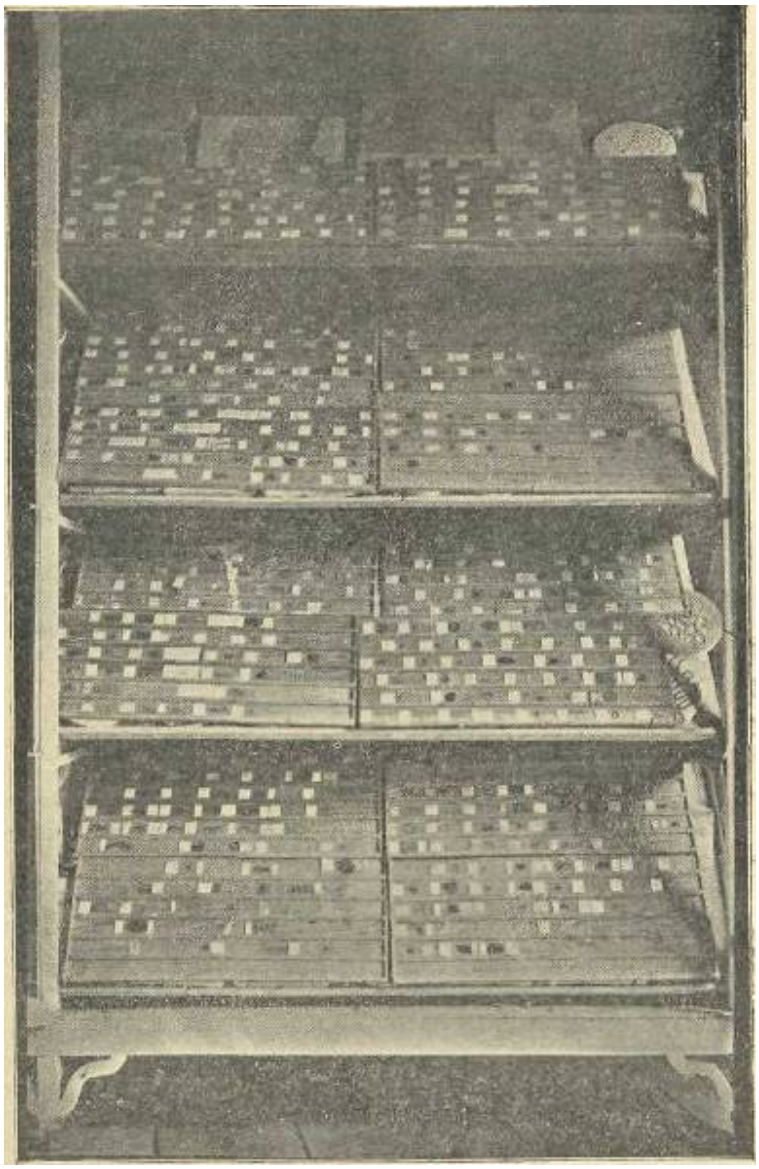
Hay que tener en cuenta además al estudiar la sífilis hepática la asociación posible de otros factores etiológicos, especialmente el alcohol, el que en ciertas formas según ciertos autores, — intervendría de manera constante.

La sífilis hepática terciaria puede dividirse en tres formas anatomoclínicas principales, según la lesión sea gomosa, esclerosa o ambas estén asociadas.

Hepatitis. esclerogomosa. — Esta forma evoluciona a veces de manera latente o frustra.

Su comienzo es insidioso y se traduce por trastornos digestivos vagos, sin ningún carácter especial.

El examen somático, por el contrario, suele ser ilustrativo. El hígado se encuentra aumentado de volumen, a veces considerablemente, llegando y sobrepasando el ombligo. Su consistencia es dura, su superficie irregular con surcos y hendeduras que le segmentan y con nódulos y abolladuras que le confieren un aspecto especial. Con frecuencia es doloroso tanto espontáneamente como a la presión, debido a la presencia de un proceso de perihepatitis que es común encontrar en la sífilis hepática. La esplenomegalia es frecuen-



Los Progresos de nuestra Escuela de Medicina-Sección de placas microscópicas

te; según algunos autores sería constante.

La ascitis es inconstante y cuando existe sería debida a un proceso de peritonitis sifilítica (Letulle).

La icteria es rara.

A menudo se observa fiebre, síntomas de gran valor diagnóstico y que puede adoptar tipos diversos: remitente, intermitente, irregular; tiene la característica de que cede rápidamente al tratamiento específico.

A veces se observan fenómenos de malestar general que se exasperan a la tarde y que para ciertos autores serían bastantes característicos.

Hepatitis gomosa. — Esta forma es rara y en general latente. Se traduce por síntomas digestivos vagos; puede haber icteria y ascitis por comprensión por un goma. El dolor es frecuente. El hígado se presenta deformado, presentando una superficie nodular o una tumoración redondeada, según se trate de gomas múltiples o de un goma solitario.

La esplenomegalia es frecuente.

Hepatitis esclerosas o cirrosis sifilíticos. — Blum divide esta forma en dos tipos principales, según exista atrofia o hipertrofia del hígado. Esta división es algo artificial por las razones ya apuntadas, pero resulta útil desde el punto de vista práctico.

1) *Formas atróficas.* — Estas formas pueden revestir el cuadro de la cirrosis atrófica de Laennec o del síndrome de Banti.

En el primer caso las diferencias clínicas que existen entre el tipo alcohólico y el sifilítico son poco marcadas. Es posible a veces comprobar por la palpación del hígado que en la forma debida a lá lúes la superficie del órgano es irregular, con surcos l nódulos.

Los argumentos en favor del origen sifilítico — o mejor de la participación de ésta (dado que para algunos autores el alcoholismo intervendría constantemente), — deben basarse en la existencia de antecedentes o de lesiones específicas en otros órganos, en las reacciones serológicas y en la acción del tratamiento sifilítico que en algunos casos ha hecho desaparecer la ascitis. Este último argumento es sin embargo de valor relativo por la posibilidad de retroceso espontáneo de la ascitis y porque las sales mercuriales, que son las que han sido empleadas en estos casos, tienen una acción diurética marcada, pudiendo haber obrado por ese mecanismo.

Por otra parte, el rol de la sífilis en la cirrosis atrófica, lo mis" mo que en la hipertrófica, es un asunto no completamente dilucidado aún y sobre el cual existen opiniones contradictorias.

El síndrome de Banti obedece según algunos autores — entre nosotros Resio, Escudero, etc., — con mucha frecuencia a la sífilis. Su sintomatología no se diferencia en nada de la enfermedad. descripta por el anatomopatólogo italiano, salvo el hecho de que en el período de cirrosis suele encontrarse un hígado nudoso y deformado. Se han citado algunos casos de desaparición de la I ascitis por la acción del trata- I miento sifilítico.

2) *Formas hipertróficas.* Blum distingue cuatro tipos:

a) Forma hipertrófica esplenomegálica con ascitis e icteria;

b) Forma hipertrófica esplenomegálica con icteria y sin ascitis, que realiza el cuadro del arome de Hanot.

c) Formas hipertróficas esplenomegálicas con ascitis.

d) Formas hipertróficas esplenomegálicas sin icteria ni ascitis.

En realidad esta división es sumamente esquemática siendo frecuente observar, a medida que evolucionan, la aparición de nuevos síntomas (ascitis, icteria), que hacen pasar un caso dado de una forma a otra y también al tipo atrófico.

A estas formas puede agregarse las *parenquimatosas,* poco estudiadas desde el punto de vista clínico.

Además, algunos autores describen otros tipos según el predominio de los síntomas o el aspecto clínico que presenten: formas febriles, seudoneoplásicas (simulando un cáncer, un quiste hidático, etc).

—o—

Volviendo a nuestra enferma

podemos clasificar su sífilis hepática dentro de las formas de cirrosis o hepatitis esclerosas hipertróficas esplenomegálicas basándonos en los caracteres de su hígado, grande, francamente cirrótico con borde cortante, con una escotadura en el mismo, con una superficie regular en su cara anterior, sin los nódulos, ni abolladuras que caracterizan a la forma esclerogomosa que es con la única con la cual podía plantearse el diagnóstico diferencial y que no nos atrevemos a descartar completamente.

—o—

Los elementos que frente a una hepatopatía deben orientar hacia la etiología sifilítica del proceso son:

1). Las reacciones serológicas positivas en sangre o en liquido de ascitis.

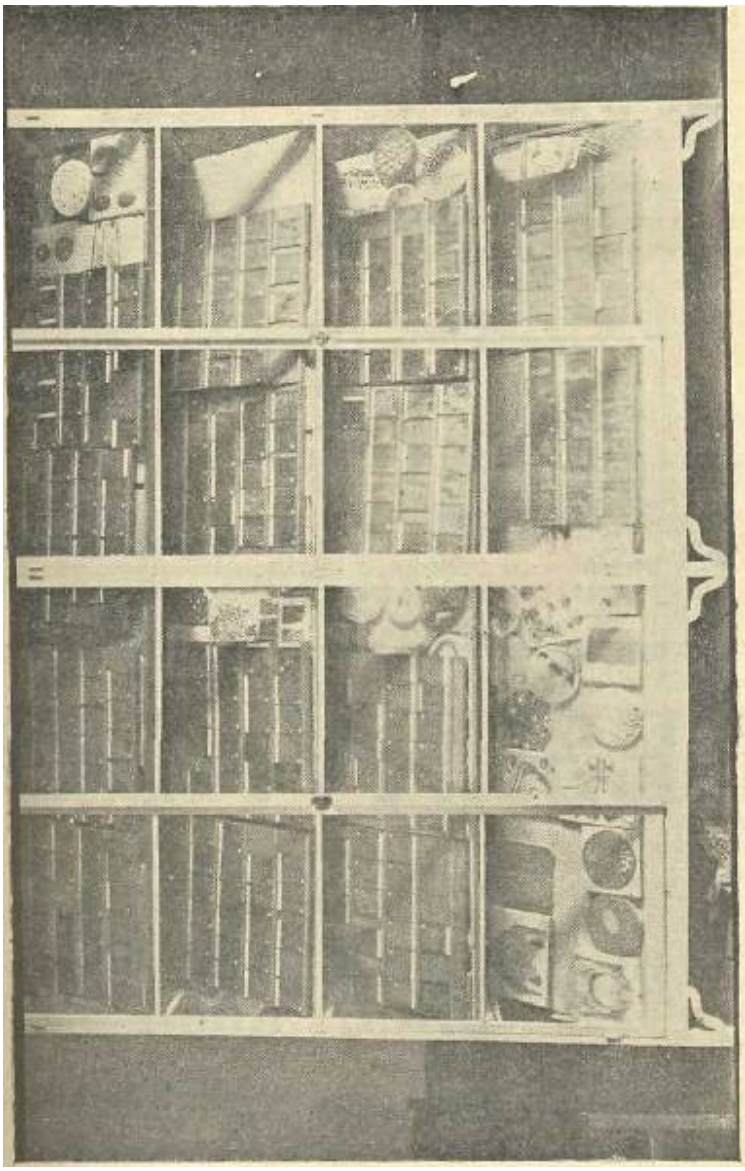
2). La existencia de otras lesiones de naturaleza sifilítica: gomas cutáneos, aortitis, aneurisma de aorta, signo de Argüí-Robertson; o de antecedentes luéticos.

3). Ciertos caracteres del hígado, tales como: la irregularidad de su superficie que se presenta ondular con abolladuras, surcos y hendiduras que segmentan al órgano; su borde interrumpido por cisuras; la hipertrofia y aumento de un lóbulo en relación al otro; el dolor que es muy frecuente y que traduce un proceso de perihepatitis, la que podía manifestarse también por relativa inmovilidad respiratoria del órgano que estaría fijado por dicho proceso.

4). La existencia de esplenomegalia, que para muchos autore" sería constante.

5). La fiebre que acompaña con mucha frecuencia a la sífilis hepática terciaria.

6). La comprobación de una linfocitosis en el líquido de ascitis extraído en la primera punción, que hablaría en favor de un proceso peritoneal inflamatorio.



Los progresos de nuestra Escuela de Medicina.---Sección de Microfotografías y placas de yeso

7). La existencia de una leucopenía con linfocitosis, dato al que Micheli asigna gran importancia especialmen cuando coexiste con fiebre.

8). La acción del tratamiento de prueba sobre el que ya hemos hablado.

Todos estos elementos aislados tienen un valor relativo, pero su asociación constituye un argumento poderoso en favor del origen sifilítico de una afección hepática.

Desde el punto de vista del pronóstico conviene en nuestro caso ser reservado por la presencia do la aortitis y porque la lesión hepática ha llegado a un período en el cual poco puede esperarse del tratamiento, dado que suponemos que domina el proceso escleroso. La base de la terapéutica constituirá en la institución del tratamiento específico que se hará a base de yoduro de potasio que encuentra aquí su indicación principal, mercurio y bismuto. El neosalvarsán aquí como en toda afección de la glándula hepática, presenta sus peligros por ser un tóxico poderoso del hígado. Si se quiere se *lo* puede emplear a pequeñas dosis y vigilando continuamente al enfermo; la aparición de urobilina señalaría la conveniencia de su suspensión.

Fuera de esto, régimen dietético a predominio hidrocarbonado, opoterapia hepática, insulina y glucosa, etc.

(De El Día Médico)