

# SESIÓN CLINICO-PATOLOGICA

*Dr. Virgilio Cardona López (\*)*

C. S- V., hombre de 42 años, casado, originario de Texíguat (El Paraíso), residente en esta capital, ingresó al Hospital General el 22 de mayo de 1969 y falleció el 5 de julio del mismo año.

S. P.: Fiebre, dolor de cabeza y vómitos.

E. A.: Desde 15 días antes de su ingreso presentó cefalea fronto-occipital continua y de gran intensidad, que no cedía con cambios de posición ni con analgésicos corrientes. Con igual evolución refirió fiebre intensa, no cuantificada, continua, sin escalofríos pero acompañada de diaforesis. 9 días antes de su ingreso se presentó anorexia con postración completa. Hace 6 días que no defeca y previo a ello lo hacía 3 veces al día, con heces duras, negras, con sangre, sin moco, acompañadas de pujo y tenesmo. Orina 5 veces al día, color amarillo intenso y en cantidad escasa. Sed intensa, toma unos siete vasos de agua al día. Presenta insomnio desde hace dos semanas. Niega convulsiones y tos. Presenta adinamia y dolor en masas musculares.

*Enfermedades anteriores:* Las eruptivas de la infancia. En la edad adulta, paludismo, gripe y parasitismo intestinal. Desde hace 20 años desviación de la comisura labial hacia la izquierda.

*Hábitos:* Ingerió bebidas alcohólicas (aguardiente y cerveza) en cantidad exagerada desde los 14 años hasta hace 11 años. Niega tabaquismo.

*Dietética:* Mala en cantidad y calidad.

*Revisión de síntomas:* La cefalea referida y mareos durante toda su enfermedad. Tinnitus desde hace 1 mes. Refiere haber presentado tos previa a su enfermedad actual, la que fue acompañada de expectoración amarilla purulenta.

## EAMEN FÍSICO

T.: 37°5 C; P. A.: 130/70; P.: 80 p. m.; R.: 24 p. m.; Peso: 126 libras.

Paciente en mal estado general, decaído, con facies dolorosa, hipo y eructos constantes.

*Cabeza:* dolor a la palpación de regiones temporales. *Ojos:* isocoria, globos oculares hundidos, conjuntivas palpebrales pálidas. *Boca:* desviación de la comisura labial izquierda, labios secos, aliento con acentuado olor a frutas podridas, dentadura en mal estado, lengua saburra!, mucosa oral seca. *Orofaringe:* normal. *Cuello:* pequeñas linfadenopatías dolorosas. *Corazón y pulmones:* sin anormalidades. *Abdomen:* excavado pero simétrico, dolor a la palpación profunda de la región infraumbilical y en ambas fosas ilíacas; no se palpan masas; se auscultan dos ruidos intestinales por minuto. Hígado dentro de límites normales. Bazo y riñones sin patología. Tacto rectal doloroso, ampolla llena de heces pastosas, próstata normal, guante sale manchado de heces café oscuro. *Linfoganglionar:* Únfadenopatías dolorosas en regiones cervical, axilar e inguinal. *Resto del examen no es contribuyente.*

---

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

## EXAMENES COMPLEMENTARIOS Y EVOLUCIÓN

22 mayo: N.N.P.: 106 **mgm.%;** Glucosa: 200 mgnis.%; Creatinina: 6 mgm.%; Cl: 125 mEq/L; CO<sub>2</sub>: 15,9 mEq/L; Na: (11 mEq/L; K: 3,8 mEq/L; G. B.: 10.150; Hg: 14,6 gm.; Ht: 47 vols.%; N: 88%; L: 12%; Glucosuria y Cetonuria: negativas; L.C.R.: amarillo turbio, coágulo presente, 50 células por mm.<sup>3</sup>; fórmula citológica: N-6% L-94%; Proteínas totales: 238 mgm%; Coloración Gram y Ziehl-Neelsen: negativos. Cultivos pendientes. Reacciones febriles negativas.

23 mayo: Orina: amarilla, turbia, pH 6, Albúmina ++, glucosa negativa, hematíes + + + +\* leucocitos + + + +, cuerpos cetónicos negativos. N. N. P.: 131 mgm.%; Glucosa: 148 mgm.%; Creatinina: 11 mgm/í **CO<sub>2</sub>: 20,23** mEq/L; Na: 129 mEq/L; K: 3,5 mEq/L; V.D.R.L.: Negativa; Proteínas totales: 8,4 gm.%

24 mayo: Cultivo por piógenos de líquido cefalorraquídeo: Negativo.

26 mayo: Orina amarilla, turbia, pH 6,5, densidad 1.005, indicios de albúmina, glucosa negativa, abundantes leucocitos, piocitos + + +, sangre oculta positiva, epitelios -, cilindros granulosos +. Fue presentado al Neurocirujano quien refirió encontrar solo un ligero aumento de los reflejos en miembro inferior izquierdo, sin ninguna otra patología necrológica y pensando que se trataba de patología renal por hallazgos laboratoriales; insistió en nueva punción lumbar y sugirió la posibilidad de estudio neuro-radfológico.

27 mayo: Urocultivo negativo; L.C.R.: turbio, coágulo ausente, 44 células por mm<sup>3</sup>, N-32%, L-68%; proteínas totales 275 mgm.%; V.D.R.L. negativa; Cl-590 mgm.%, Glucosa 53 mgm.%, Gram y Ziehl-Neelsen: negativas.

28 mayo: Orina amarillo-rojiza, turbia, pH 6, albúmina ++, glucosa negativa, abundantes leucocitos, epitelios ++, sangre oculta positiva.

29 mayo: Proteínuria de 24 horas: 1 gm. Radiografía pulmonar: parénquima pulmonar normal, corazón, aorta y mediastino sin alteraciones. G. B.: 9.700; Hg.: 16,1 gm.; Ht.: 52 vols.%; **N-81%; L-19%.**

31 mayo: Urocultivo positivo por *Proteus mirabilis* (más de 100.000 bacterias por campo). Se hizo correspondiente anübiograma. N.N.P.: 119 mgm.%; CO<sub>2</sub>: 18 mEq/L; Na: 115 mEq/L; K: 10,4 mgm.%. Cultivo por piógenos en L.C.R.: negativo.

Se mantuvo afebril con excepción del 1<sup>o</sup> de junio en que presentó una elevación aislada de 38°C. Hubo un rápido descenso del peso, cuantificándose el 29 de Mayo 114 libras, el 31 de mayo 110 libras y el 2 de junio 108 libras.

El 29 de mayo tuvo una diuresis de 2.650 ce. el 30 de mayo **1.100** ce, el 31 de mayo 1.600 ce y el 2 de junio 1.150 ce. En los demás días no se obtuvo ese dato.

El 2 de junio se consignó que el paciente presentó "una especie de convulsión" sin especificar más detalles. El 3 de junio estuvo delirante. El 4, además de su estado delirante, presentó movimientos continuos de lengua, labios y miembros inferiores. Ese mismo día se le practicó arteriograma carotídeo visualizándose los árboles arteriales sin evidencia de patología orgánica.

El 5 de junio por la mañana se encontraba tranquilo, respondiendo al llámarsele por su nombre. Falleció ese día a las 3:00 p. m.

Desde su ingreso hasta el 2 de junio su tratamiento consistió en Largactil, sueroterapia y restitución electrolítica. A partir de esa fecha se inició estreptomycinina 1 gm. diario y doranfencol, 250 mgm. Q.I.D. por dos días para luego seguir con 150 mgm. B. I. D. hasta su fallecimiento.

Los diagnósticos clínicos de ingreso fueron: 1) Deshidratación grado II, 2) Meningismo, 3) Parasitismo intestinal y 4) Descartar diabetes.

## COMENTARIOS

Este caso fue discutido por el Dr. Armando Rivas ante estudiantes de Medicina y Médicos de los distintos Departamentos del Hospital General de Tegucigalpa el 22 de agosto de 1969.

Se llegó a varios diagnósticos, entre los cuales estuvo el de insuficiencia renal crónica por el respaldo de los exámenes de laboratorio, como eran los de orina (albuminuria, hematuria) y química sanguínea (N.N.P. que osciló entre 106 y 131 mgm-%, Creatinina 4,8 mgm.%). Se atribuyó a una pielonefritis por tuberculosis renal la etiología de la insuficiencia renal. Como había un cuadro neurológico con líquido cefalorraquídeo con linfocitosis se pensó en la existencia de una meningitis tuberculosa.

DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS: 1) Insuficiencia renal crónica por tuberculosis renal; 2) Meningitis tuberculosa.

## HALLAZGOS DE AUTOPSIA

## DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA

Cavidades pleurales: fuertes adherencias en ambos vértices pulmonares. Otras cavidades no presentaban anomalía. El pulmón derecho aumentado de peso y al corte había nódulo blanquecino, duro, de 1 cm. en el vértice. Pulmón izquierdo normal. Ambos riñones presentaban las siguientes características: grasa perirrenal y cápsula fuertemente adheridas, con múltiples nódulos blanquecinos de 0.5 cm.; la superficie de corte de ambos riñones mostraron múltiples nódulos de 0,5 a 2 cm., de aspecto caseoso que casi han destruido el parénquima en su totalidad. Cerebro de peso normal, sin patología macroscópica. Intestino delgado con 2 ascárides. Resto de los órganos no presentaron anomalías macroscópicas.

## DESCRIPCIÓN MICROSCÓPICA

*Riñones:* Congestión, áreas de necrosis rodeadas de células inflamatorias crónicas (linfocitos y células plasmáticas); hay formación de granulomas con células gigantes tipo Langhans y necrosis central; en áreas preservadas hay glomérulos hialinizados e infiltrado inflamatorio interlobular; la grasa perirrenal también mostró granulomas.

*Bazo:* Presentó la misma reacción granulomatosa que los riñones.

*Las suprarrenales, vejiga e hígado:* mostraron igual reacción.

El *nódulo pulmonar* descrito macroscópicamente estaba formada por focos de infiltrado linfocitario y granulomas caseificados.

El *cerebro* presentó meninges con abundante infiltrado inflamatorio crónico. Resto de los órganos no mostraron patología.

DIAGNÓSTICOS ANATOMOPATOLÓGICOS FINALES: 1) *Tuberculosis miliar* afectando riñones, vejiga urinaria, hígado, bazo, pulmones y meninges, 2) *Uremia* (N.N.P. 119 mgs.%), 3) *Desequilibrio hidroelectrolítico* 4) *Parasitismo intestinal*.

CAUSA DE MUERTE: Uremia con desequilibrio hidroelectrolítico por tuberculosis miliar.

NOTA: Esto representa un caso de tuberculosis renal nodular, la cual es casi siempre secundaria a un foco pulmonar. En estos casos siempre hay cistitis tuberculosa con síntomas.



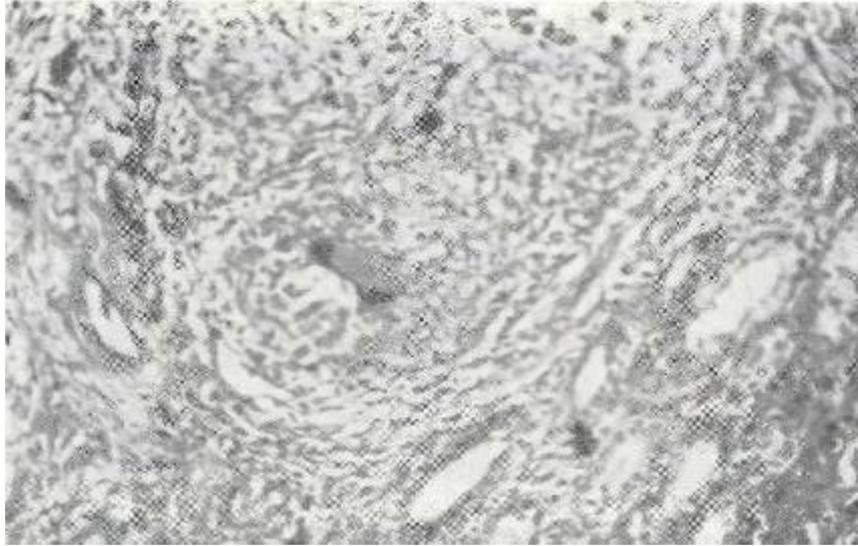
Fig. 1

Obsérvese los riñones aumentados de tamaño con lesiones nodulares.



Fig. 2

En mayor aumento de lesiones nodulares demuestran necrosis caseosa blanco-amarillenta.



Corte de riñon. Granuloma con evidencia de células gigantes multinucleadas en la región central. 45x.

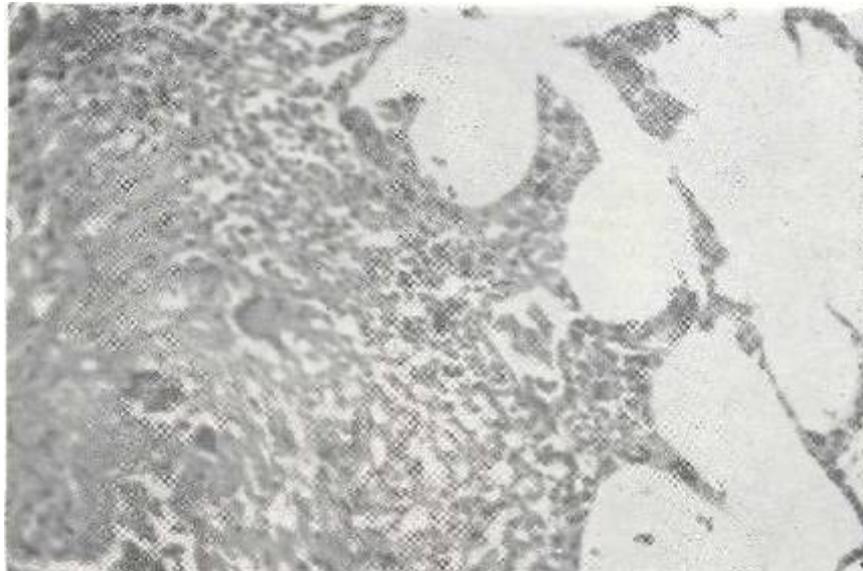
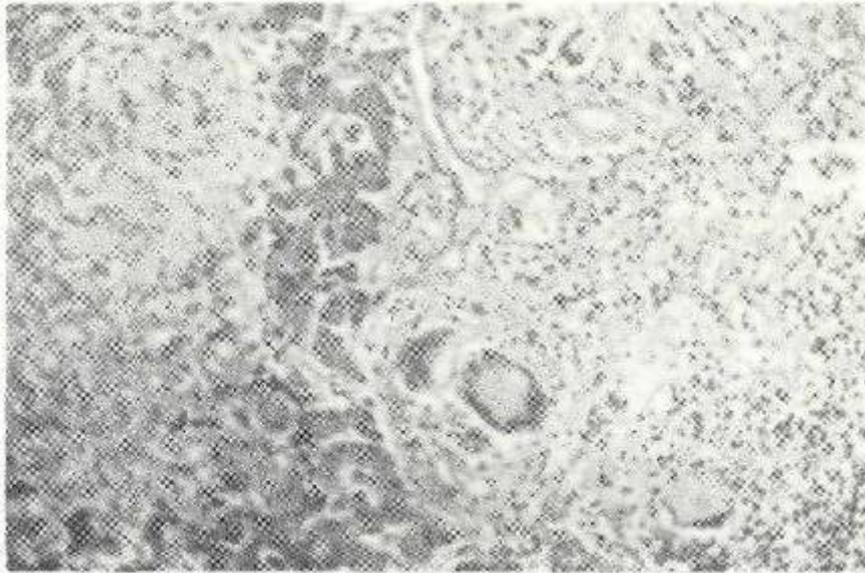


Fig. 4

Lesión granulomatosa del pulmón demostrando células gigantes multinucleadas en la periferia y necrosis central. 10x



**Fig. 5**

**Corte de hígado también demostrando reacción granulomatosa. 45x.**



**Fig. 6**

**Corte de bazo con granulomas con necrosis caseosa central y reacción histiocitaria y linfocitos en la periferia. 45x**

# AVISO

SE PONE EN CONOCIMIENTO DE LOS COLEGIADOS DE TODA LA REPUBLICA QUE EL CONSEJO EDITORIAL DE LA "REVISTA MEDICA DE HONDURAS" ACORDO ESTABLECER DESDE EL PROXIMO NUMERO UNA SECCION DE PREGUNTAS EN LA QUE SE DARA RESPUESTA A LOS PROBLEMAS QUE LOS COLEGIADOS TENGAN EN SU PRACTICA DIARIA. SUS PREGUNTAS MEDICAS PUEDE DIRIGIRLAS AL SECRETARIO DEL CONSEJO EDITORIAL, APARTADO POSTAL N° 810, QUIEN HARA QUE LAS RESPUESTAS SEAN EVACUADAS POR EL PROFESIONAL MAS APROPIADO. LA PERSISTENCIA DE TAL SECCION SERA REGIDA POR EL USO QUE DE ELLA SE HAGA.

*LA DIRECCION*