

# Sección Clínico - Patológica

*Dr. Virgilio Cardona López (\*)*

AUTOPSIA N° 427-1970

R. E. E. M., niño de 6 años de edad, originario de Talanga y vecino del mismo lugar, ingresó al Hospital Materno Infantil el 8 de septiembre de 1970.

S. P.: Vómitos.

E. A.; Refiere la madre que el niño padece de convulsiones tónico-clónicas desde hace un año, con frecuencia de una vez por mes, precedidas de mareos por lo que el paciente le pedía que lo acostara y al hacerlo le empezaban las convulsiones que se acompañaban con expulsión de material espumoso por boca y con una duración de una hora. Después de cada cuadro el paciente quedaba asintomático. Hace 8 días presentó otro episodio convulsivo que le duró 9 horas y que se acompañó de vómitos blanquecinos, no fétidos, en número de 10-12 al día y de cantidad moderada; no eran en proyectil y han persistido con las mismas características hasta la fecha de su ingreso. Después del último, episodio convulsivo el miembro inferior izquierdo y el superior derecho han quedado espásticos pero, según la madre, en la actualidad el tono es normal en los miembros mencionados. Lo que ha persistido es que el niño ha quedado decaído e indiferente.

Siete días antes de su ingreso presentó evacuaciones diarreicas en número de 10-12 por día, fétidas, acuosas, amarillo-cafesosas y que cedieron en 4 días con tratamiento médico dado en Talanga. Un mes antes de su cuadro actual el paciente había estado presentando elevaciones febriles durante 5 días, que eran precedidas de escalofríos y cedían con diaforesis; aparentemente desaparecieron con tratamiento antimalárico. Manifiesta, asimismo, tos seca de 8 días de evolución y su orina es de calor amarillo intenso, fétida, al parecer con sedimento; hay 2 micciones en el día y van precedidas de dolor hipogástrico.

*Antecedentes familiares:* Un tío-abuelo, un tío materno y otro paterno padecen de convulsiones.

*Antecedentes personales:* Nacido de embarazo a término, parto atendido por comadrona y sin problemas.

*Antecedentes personales patológicos:* Sarampión a los 3 años. Se negó otro tipo de enfermedad.

*Antecedentes traumáticos-quirúrgicos:* Ninguno.

*Vacunaciones:* Contra la TBC y Polio. *Dietética:*

Deficiente en cantidad y calidad.

*Revisión de síntomas:* Desde hace 8 días no puede caminar porque la pierna izquierda "no tiene fuerza".

---

(\*) Jefe del Departamento de Patología de la Facultad de CC. MM, U.N.A.H.  
L Jefe del Departamento de Patología del Hospital General, Tegucigalpa, D, C.

## EXAMEN FÍSICO

Paciente soporoso, no responde a preguntas, sí a estímulos dolorosos. No adoptaba posición especial. Estado nutricional aceptable. No puede deambular.

Como datos positivos se apuntaron los siguientes:

Pupilas iguales que responden lentamente a estímulos luminosos; papiledema bilateral. Orofaringe hiperémica. Abdomen y genitales normales. Sistema nervioso: clonus en ambas rodillas; Babinsky insinuado en pie derecho; hipertonia moderada en los 4 miembros; reflejos normales; no se comprobaron signos meníngeos; sensibilidad superficial y profunda conservadas.

Impresión diagnóstica de ingreso: Síndrome de hipertensión endocraneana.

## EXAMENES Y NOTAS PROGRESIVAS

Hematológico: Hg. 10,89 gm.%; Ht. 33 vols.%; L-18.900 mm<sup>3</sup> N-92%; L-7%; M-1%; líquido céfalo-raquídeo (8 septiembre): Presión 200 mm, aspecto turbio; Cl-700 mgm.%; células: 25 mm.<sup>3</sup>; Tiempo de protrombina: 17"=49%; Tiempo de coagulación en plasma recalcificado: 140"; Electroencefalograma (16 septiembre): signos de sufrimiento de tumor cerebral alto y focales derechos; probable proceso de línea media y posterior.

Una vez interno en sala se le encontró hiperreflexia, clonus, Babinsky sucedáneos, Kernig y Budzinsky, rigidez de nuca, reflejos abdominales y escrotal disminuidos, lo mismo que su sensibilidad.

La radiografía lateral del cráneo demostró calcificaciones cerebrales en región parietal derecha.

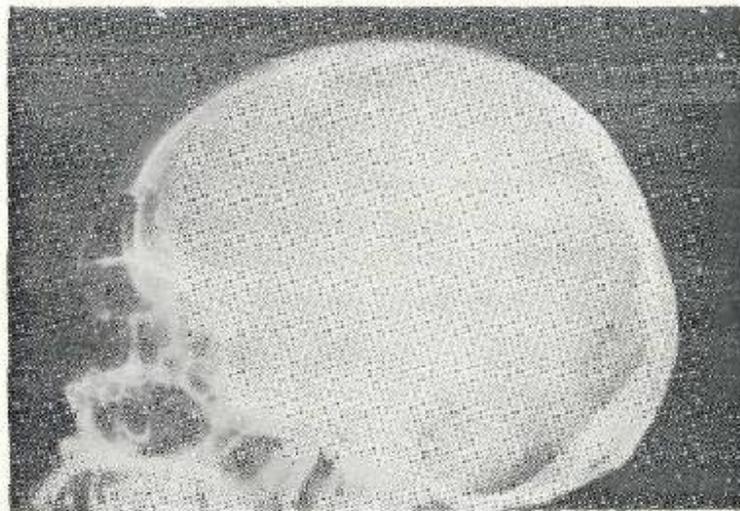


Fig. 1

Radiografía lateral de cráneo que demuestra calcificaciones cerebrales en región parietal derecha.

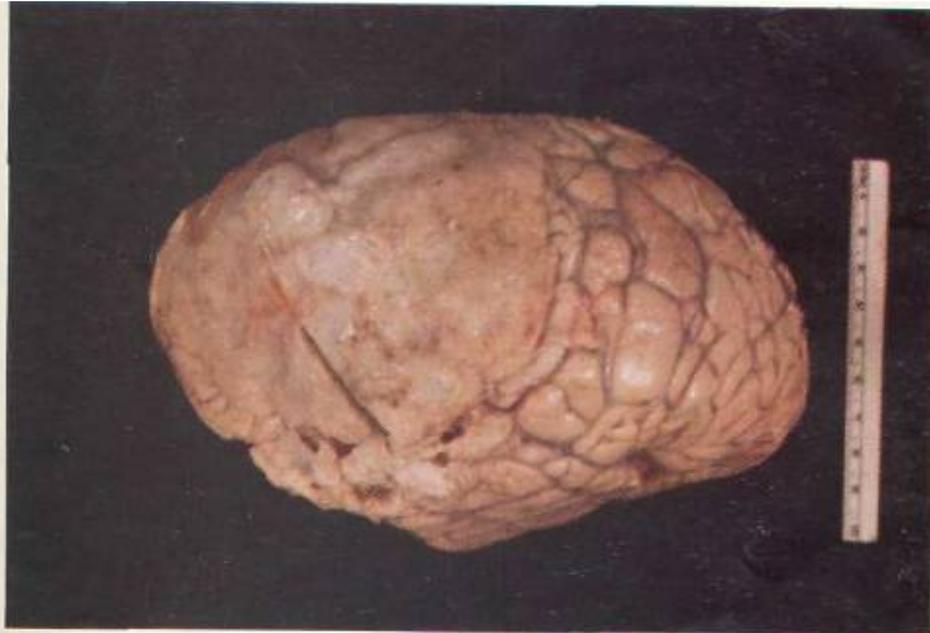


Fig. 2

Hemisferio derecho con engrosamiento meníngeo  
en regiones fronto-temporo-parietal.



Fig. 3

Area de necrosis caseosa que afecta toda la corteza cerebral

Un **arteriograma** carotídeo (9 septiembre) reveló la existencia de hidrocefalia que probablemente era debida a lesión tumoral de fosa posterior.

El 10 de setpiembre se le practicó arteriograma vertebral, el cual no demostró **evidencia** franca de tumoración cerebelosa. En vista de esto se programó para ventriculograma y posible craneotomía. Se trasladó a Cirugía ya que al siguiente a se le practicaría ventriculograma. Ese mismo día fallece a las 10 p. m. por paro respiratorio irreversible, según se consignó en nota de defunción.

Como tratamiento recibió Diamox, Ureaphil, Manitol, Pentrexil y suero travenoso de mantenimiento. El día de su fallecimiento se había iniciado tratamiento a base de PAS y HAIN con estreptomycin.

#### SION DIAGNOSTICA CLÍNICA

El caso fue discutido por los Pediatras y Neurocirujano del Hospital Materno infantil, concluyéndose que existía un síndrome de hipertensión intracraneana, probablemente de tipo tumoral. Según los exámenes practicados existía una **hidrocefalia** por probable masa supratentorial. También se consideraron las posibilidades de una malformación arteriovenosa congénita y una cisticercosis. Uno de los Peditras consideró la posibilidad de un TBC sistémica.

#### HALLAZGOS DE AUTOPSIA

Paciente de 6 años de edad, talla media y sin datos externos de importancia.  
organos: *Pulmón derecho*: en el vértice hay lesiones nodulares de 2 a 3 mm. Algunos confluentes, de color amarillento con aspecto de material caseoso; el lóbulo inferior muestra nodulos.

*Pulmón izquierdo*: presenta en el lóbulo superior múltiples lesiones blanquecinas, duras, de aspecto caseificado; la pleura está engrosada y firmemente adherida a pulmón.

Ambos pulmones pesaron 650 gms.

*Hígado*: pesó 930 gms. y no presentó particularidad.

*Páncreas*: Pesó 80 gms.

*Riñon derecho*: 100 gms. *Riñon izquierdo*: 100 gms.

*Laringe y tráquea*: en la bifurcación de la tráquea se **encontró** un ganglio 1.2 cm., duro, caseificado; en la luz tranqueal se encontró abundante material mucoso sanguinolento.

*Cerebro*: 1.350 gms.; área ténporo-parietal derecha cubierta por una capa n tejido grisáceo firme de unos 5 mm. de grosor; signos de hipertensión endocraneana con depresión en surco de las olivas cerebelosas; al corte se aprciaron **o** zonas de color blanquecino que toman corteza substancia blanca del lobulo temporal y parte del occipital, comprimiendo el ventrículo lateral derecho, formas necróticas y zonas duras de 10 cms. de diámetro aproximadamente, de engrasamiento meníngeo.

### DIAGNÓSTICOS MACROSCÓPICOS

- 1) Tuberculosis pulmonar bilateral
- 2) Linfadenitis tuberculosa del hilio pulmonar
- 3) Probable tuberculoma.

### HALLAZGOS MICROSCÓPICOS

*Pulmón:* Los cortes demostraron congestión con marcado edema y presencia de un proceso granulomatoso diseminado en diferentes etapas de evolución; los más grandes con necrosis caseosa central, reacción epitelioides periférica con presencia de células gigantes binucleadas tipo Langhans y un infiltrado plasmocitario en la periferia. Estos granulomas fueron observados en todos los cortes practicados del parénquima pulmonar.

*Hígado:* Los cortes demostraron metamorfosis grasa marcada de las células hepáticas; no se observaron lesiones granulomatosas.

*Ganglios linfáticos paratraqueales:* mismo tipo de granulomas con necrosis central.

*Riñón:* cambios autolíticos del epitelio tubular.

*Corazón, páncreas y bazo:* no demostraron patología.

*Lesión tumoral del área témporo-parietal con extensión a la región occipital:* la masa descrita corresponde a una extensa área de necrosis caseosa rodeada de células epitelioides y presencia de células gigantes multinucleadas, tipo Langhans; también se encontraron pequeños granulomas sin necrosis central en estado proliferativo rodeados de un infiltrado linfoplasmocitario. No se hizo cultivo de la lesión.

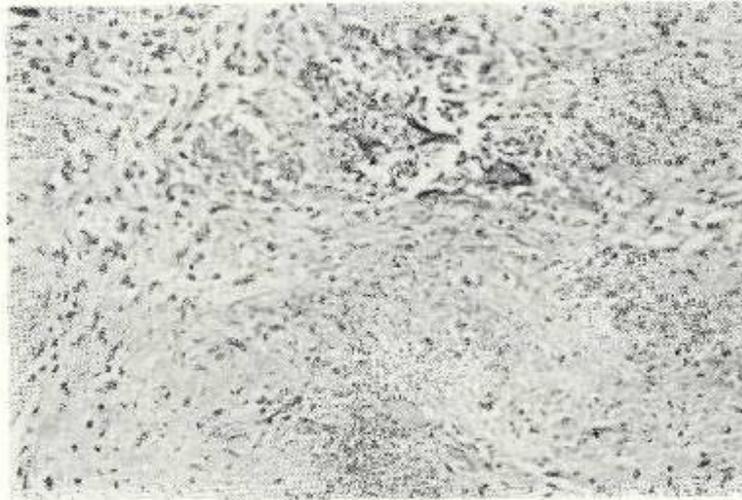


Fig. 4

Aspecto histológico de las lesiones granulomatosas con necrosis y presencia de células gigantes multinucleadas encontradas en el cerebro y pulmones. 10 X

## DIAGNÓSTICOS FINALES

1º-Tuberculosis generalizada afectando pulmones, ganglios linfáticos paratraqueales, lóbulo tèmpero-occipital derecho y cerebelo.

2.—Hipertensión en do craneana.

3.—Metamorfosis grasa moderada de hígado.

Causa de muerte: Tuberculosis pulmonar y cerebral.

## C O M E N T A R I O

El presente caso es de sumo interés clínico-patológico ya que nos demuestra una enfermedad infecciosa sistémica frecuente en nuestro medio y que se presentó con manifestaciones clínicas primarias de proceso tumoral del sistema nervioso central que, a pesar de ser una enfermedad frecuente en nuestro medio como causa de mortalidad infantil, no fue seriamente considerada.

Es importante tener en cuenta que la tuberculosis continúa siendo en nuestro medio, tanto en niños como en adultos, causa principal de mortalidad por lo que es conveniente siempre tenerlo en orden preferencial en las posibilidades diagnósticas.