

Biopsia Hepática en la Tuberculosis Miliar

DR. CARLOS ARGUEDAS CH.*

DR. GUIDO JIMÉNEZ J.*

DR. SAEED MEKBEL A.**

Hace ya más de 100 años Rudolf Virchow y sus contemporáneos describieron tubérculos miliares hepáticos en cadáveres de tuberculosos a los que se les practicaba autopsia. Posteriormente el concepto de que la tuberculosis podía dar granulomas hepáticos se generalizó y el empleo de la biopsia hepática para el diagnóstico de la misma mostró su importancia, aunque el método no ha logrado el entusiasmo que debía de esperarse (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Es el propósito de este trabajo, mostrar la importancia que tiene la biopsia hepática en el diagnóstico de la tuberculosis miliar. Bien sabemos que la tuberculosis miliar es una entidad, que aunque poco frecuente, es sumamente grave y en ocasiones de evolución fatal.

La demostración del *Mycobacterium tuberculosis* es muy difícil. Sin embargo, es el hígado el órgano al que el explorador práctico debe llegar y en el cual la demostración de tubérculos es fácil; de ahí la importancia que reviste la biopsia hepática (3, 4, 5, 6).

MATERIAL Y METODO:

Durante los años de 1957 a 1967 (junio a julio), se llevaron a cabo en los Hospitales San Juan de Dios y Central de la Caja Costarricense de Seguro Social, 2.733 biopsias hepáticas, de las cuales 31 fueron efectuadas con la sospecha de tuberculosis, lo que arroja un pequeño porcentaje de 1.16%. De estas 31 biopsias, 8 fueron positivas por tuberculosis miliar, dando un porcentaje de 26.6% de las 31 efectuadas. En todas se practicó coloración para bacilos ácido-resistentes, además de las tinciones de rutina.

La edad de los pacientes fluctuó entre los 17 y 38 años; en la década de los 11 a 20 hubo 2 casos; en la 21 a 30, 5 casos; en la 31 a 40, 1 caso. Cinco pacientes pertenecen al sexo masculino y 3 al femenino. La convivencia con tuberculosos en los 7 pacientes no pudo ser demostrada y sólo uno refirió haber padecido *Tb. pulmonar* 9 años atrás.

* Sección de Medicina, Hospital Central. Caja Costarricense de Seguro Social.

** Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Central. Caja Costarricense de Seguro Social.

Importante nos pareció citar la ocupación de los enfermos: 2 fueron amas de casa, una experta en belleza, un chofer, un jornalero, un electricista, un zapatero y otro no tenía oficio. El estado nutricional era malo en 7 casos y sólo aceptable en uno.

Del cuadro clínico se analizó la presencia de fiebre, tos, expectoración y hepatomegalia. La fiebre revistió caracteres caprichosos, desde la febrícula, hasta el síndrome febril con agujas de 40°. La tos fue por accesos y sólo se presentó en 5 casos; la expectoración fue de tipo mucoso y sólo estuvo presente en 4 casos. Importante fue la hepatomegalia presente en 6 casos, revistió el carácter de ser blanda, regular y de borde romo sin caracteres especiales; el hígado se encontró de 3 a 6 cms. debajo del reborde costal.

En el laboratorio se analizó el leucograma, eritrosedimentación, fosfatasa alcalina, transaminasas, bilirrubinas, retención de bromosulfaleína, esputo y jugo gástrico por B.K. y tuberculina. El leucograma se dividió de la siguiente manera: de 5 a 10 mil leucos por mm³, hubo 5 casos; de 10 a 15 mil, 2 casos; de 15 a 20 mil, 1 caso. Los linfocitos variaron entre 17 y 29% para un promedio de 22.5%. Eritrosedimentación varió entre 5 y 100 mm/hora, con promedio en los 8 casos de 44.85 mm. La fosfatasa alcalina sólo fue efectuada en 6 casos; fluctuó entre 2.7 U.B. a 16 U.B.; sólo 3 determinaciones estuvieron por arriba de 5 U.B. y su promedio fue de 5.41 U.B. La transaminasemia se efectuó en 5 casos. La SGO-T. fluctuó entre 12 y 220 Us., para un promedio de 75 Us. y la SGP-T. entre 17 y 190 Us., para un promedio de 59.8 Us. La bilirrubinemia se efectuó en 5 casos y sólo mostró elevación en uno, con una bilirrubina total de 2 mgrs. La retención de bromosulfaleína efectuada en 3 casos, sólo uno mostró un nivel de un 10% a los 45 minutos.

El esputo y jugo gástrico fueron reiteradamente examinados en todos los pacientes, no pudiendo demostrar la presencia de Mycobacterium. Un urocultivo fue positivo en un paciente. Es de capital importancia hacer notar que las tuberculinas efectuadas en 8 pacientes, en 7 fueron negativas, sólo uno la mostró positiva con una magnitud de 20 mm.

El estudio radiológico fue efectuado en los 8 casos; en 6 fue inconfundible de tuberculosis miliar, un caso presentó zona condensante basal izquierda y otro zona condensante para-mediastinal superior derecha.

La biopsia hepática se realizó en los 8 pacientes sin complicación y con magnífica tolerancia al procedimiento; 5 casos mostraron granulomas tuberculosos, en 2 casos se pudo mostrar en el granuloma la presencia de Bacilo de Koch con la coloración de Ziehl Neelsen. Sólo un caso fue negativo, pero un ganglio fue positivo para tuberculosis.

TERAPEUTICA:

Cinco pacientes recibieron tratamiento a base de Estreptomina, Hidracida del ácido isonicotínico, ácido paramino-salicílico y Prednisona; 3 a base de Hidracida, ácido paramino-salicílico y Estreptomina (8). De los 8 pacientes, 3 sufrieron complicaciones: uno, Tb. renal; otro, Tb. peritoneal e intestinal; otro, Tb. meníngea que lo llevó irremediablemente a la muerte.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES:

- 1.—En nuestro grupo de estudio la enfermedad atacó ambos sexos con ligero predominio del masculino, a pacientes desnutridos, en edades entre la segunda y cuarta décadas. No se pudo mostrar la convivencia con tuberculosos y el trabajo desempeñado al parecer no influye en la evolución de la enfermedad.
- 2.—De los datos clínicos y de exploración, fue la fiebre el signo cardinal. La tos y la expectoración fueron frecuentes, la hepatomegalia de importancia en 6 casos, lo que muestra su gran valor diagnóstico.
- 3.—De los datos de laboratorio, el leucograma osciló entre 5 y 10 mil en gran mayoría y no se pudo mostrar linfocitosis. La fosfatasa alcalina elevada en 3 determinaciones, con un promedio general de 5.4 U.B. Prueba de extraordinaria importancia, según la opinión de Popper, Schaffner y Sherlock. Las transaminasas y bilirrubinas no revistieron importancia. La retención de bromosulfaleína efectuada en muy pocos casos, no permitió obtener conclusiones y no se buscó hipergamaglobulinemia. Estas dos últimas pruebas, para la opinión de Popper y Schaffner, son de importancia. La identificación del Bacilo de Koch en el esputo y jugo gástrico fue negativa, lo que concluye que en dicha enfermedad no hay lesiones abiertas del árbol respiratorio o aparato gastrointestinal y la tuberculina negativa en 7 casos, demostró que es la condición anérgica paralelo sine qua non de la enfermedad.
- 4.—La radiografía apoyó siempre la clínica y en 6 casos fue típica. La biopsia hepática fue extraordinariamente positiva; 7 pacientes tuvieron granulomas y en dos la coloración de Ziehl-Neelsen fue positiva. Todos recibieron tuberculostáticos de primera línea y a 5 se les agregó Prednisona con extraordinario buen resultado.
Entre las complicaciones destaca una tuberculosis renal, peritoneal e intestinal, así como una meníngea cuyo portador falleció.

RESUMEN:

Se presentan 8 casos de tuberculosis miliar de los Hospitales San Juan de Dios y Central de la Caja Costarricense de Seguro Social en los últimos 10 años.

Se analizan los principales caracteres clínicos, exámenes de laboratorio, radiología, tratamiento y complicaciones y se hace énfasis en la importancia que tiene la biopsia hepática para el diagnóstico.

Se llama la atención sobre el buen resultado obtenido con el uso de Prednisona, asociado a los tuberculostáticos de primera línea.

SUMMARY:

During the last 10 years, a total of 8 patients with miliary tuberculosis were studied in the Hospital San Juan de Dios and Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social.

The most important clinical, roentgenological, laboratory, complication and treatment aspects are analyzed, with special stress upon the importance of percutaneous liver biopsy for positive diagnosis of the disease.

The attention is called on good results obtained treating this patients with prednisone associated to tuberculostatic drugs.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—BOCKUS, HENRY L.
"Syphilis, Tuberculosis and Actinomycosis". Gastroenterology p. 461-472. Vol. III, 2nd. ed. Philadelphia, Saunders, 1965.
- 2.—DENARDI, J. M.
"Chronic Pulmonary Granulomatosis". Am. J. of Med. 7:345-355; 1949
- 3.—KORN, ROY J.
"Hepatic Involvement in Extrapulmonary Tuberculosis". Am. J. of Med. 27:60-71; 1959.
- 4.—POPPER, HANS.
"Granulomatous Disease of the Liver". Liver:Structure and Function. p. 551-568, McGraw-Hill, N. York, 1957.
- 5.—ROBBINS, STANLEY L.
"Hígado y Vías Biliares". Tratado de Patología, Capítulo 22, México, Interamericana, 1963.
- 6.—SHERLOCK, SHEILA.
"Tuberculosis of the Liver". Diseases of the Liver and Biliary System. p. 516-517, Springfield, Charles C. Thomas, 1958.
- 7.—TERRY, R. B.
"Primary Miliary Tuberculosis of the Liver". J. Amer. Med. Ass. 164:150-157; 1957.
- 8.—ÚRBINA SALAZAR, F.
"Los Corticoides en el Tratamiento de la Tuberculosis". Rev. Méd. de C. R. 31:265-281; 1965.