

# TUBERCULOSIS MILIAR

DR. EUGENIO MORICE R. DR. FRANZ CHAVES CH.  
DR. CARLOS AAGUEDAS CH. DR. VÍCTOR JIMÉNEZ B.\*

## RESUMEN:

Se presentan 10 casos de tuberculosis miliar en un período de cuatro años en el Hospital México. Hacemos énfasis que este debe ser un diagnóstico "en la puerta del hospital", ante todo síndrome febril de origen oscuro o de toque al estado general, aun con radiografía de tórax normal.

Creemos que el medio más seguro de diagnóstico para esta entidad es la Biopsia Hepática.

La tuberculosis continúa siendo un azote para los pueblos en desarrollo, en parte porque los recursos para su diagnóstico y tratamiento son mal aprovechados y distribuidos y en parte porque el médico se ha ido olvidando de esta enfermedad tan frecuente en nuestro medio, por pensar "en diagnósticos evóticos" cuando debe hacerlo dentro de la patología más frecuente de su país y esto es un común denominador en América Latina (1). Al presentar este trabajo queremos demostrar que la forma más grave de tuberculosis no es siquiera sospechada al ingreso a los hospitales, o por lo menos se piensa poco en ella ante un cuadro atípico clínico, o bien ante un síndrome febril de origen oscuro. (4-10). Tiene mayor implicación el diagnóstico, en cuanto somos conscientes de que la tuberculosis en donde quiera que esté es una enfermedad curable y que hace que la mayoría de los pacientes que la sufren sean en todo recuperables para su país.

## Material y métodos

Se efectúa revisión de 1604 autopsias en el Hospital México, C.C.S.S., entre el 1º de setiembre de 1969 y el 31 de agosto de 1973. Se pudo demostrar que 10 casos murieron de tuberculosis miliar, lo que representa el 0.16% de las autopsias. Como es lógico, en todas se demostró el bacilo con la tinción de Ziehl-Nielsen. Nos interesó analizar la edad, el sexo, los días-hospital promedio, corrección a incorrección del diagnóstico de ingreso, los antecedentes de haber padecido tuberculosis, la vacunación con BCG, la condición socio-económica, los antecedentes de alcoholismo, desnutrición o enfermedades concomitantes. La sintomatología y signología.

De los exámenes de laboratorio lo que más nos interesó analizar fue el leucograma, la fosfatasa alcalina y la VES. Efectuamos un análisis crítico de la radiología y se hizo desde el punto de vista histológico revisión estricta de los órganos participantes.

## Resultados

En el año 1971 logramos demostrar que la frecuencia de la tuberculosis en nuestro Hospital en el material de autopsia, era del 1.38% (1). De todas las tuberculosis en 1604 autopsias del 1º de setiembre de 1969 al 31 de agosto de 1973, hubo 10 casos de tuberculosis miliar, lo que refleja un promedio del 0.16%. La edad osciló entre 4 meses y 87 años, el promedio general fue de 45.7 años, pero 6 casos estaban sobre los 50 años; 5 correspondieron al sexo femenino y 5 al sexo masculino, los días-promedio hospital fueron de 9.22 días. El diagnóstico de ingreso sólo fue correcto en un caso e incorrecto en 9 (tabla N° 1).

\* Servicios de Medicina Interna Y Anatomía Patológica, Hospital México, C.C.S.S.

\*\* Instructores de Medicina y Anatomía Patológica. Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica.



En cuanto a la participación de los órganos, prácticamente toda la economía estuvo envuelta; en orden de frecuencia los citamos: pulmones, hígado, bazo, ganglios, riñón, huesos, intestino, meninges, vejiga, próstata, útero, suprarrenales, páncreas, pericardio, tiroides y cerebro. (Tabla N° 7).

TABLA N° 7

ÓRGANOS AFECTADOS:	
Pulmones .....	10
Hígado .....	9
Bazo .....	9
Ganglios linfáticos .....	8
Riñón .....	6
Meninges .....	2
Huesos .....	2
Intestino .....	2
Vejiga .....	2
Próstata .....	2
Utero .....	2
Suprarrenales .....	1
Páncreas .....	1
Pericardio .....	1
Tiroides .....	1
Cerebro .....	1

#### Comentario

Como ya ha sido anotado por otros autores, la tuberculosis miliar puede presentarse a cualquier edad, pero llama la atención la alta frecuencia en que ésta se presenta sobre la 4a. década de la vida (11-12 13-15-1).

El diagnóstico de ingreso de la tuberculosis miliar es poco sospechado en todos los centros y esto se debe a que el médico piensa poco en una entidad que en proyección ocupa el 40% de todas las fiebres de origen oscuro. (4-10).

En muchas ocasiones es factible y de acuerdo a la condición de ingreso, pesquisar que el paciente haya tenido enfermedad tuberculosa previa, lo cual es importante para la sospecha diagnóstica.

Como es obvio, la enfermedad ataca a pacientes de condición socio-económica baja. El alcoholismo y la desnutrición fueron an-

tecedentes importantes, así como la leucemia y la insuficiencia renal crónica, jugaron papel como entidades energizantes (10).

En cuanto a los síntomas y signos, el ataque al estado general caracterizado por: astenia, adinamia, hiporexia y pérdida de peso, fue lo preponderante en todos los casos; mientras que la fiebre y la diarrea ocuparon un 50% del total. En la exploración física fueron datos positivos consistentes, una auscultación pulmonar variable, no característica y una hepatomegalia. Creemos, como ya ha sido anotado por otros autores, que un fondo de ojo bien efectuado puede significar el diagnóstico en "la puerta de ingreso". (11-12).

En el laboratorio destacó el leucograma, con oscilación de la leucocitosis a la leucopenia y con desviación izquierda, signos ya observados por otros autores. (7).

La fosfatasa alcalina elevada puede ser un dato que oriente al clínico en cuanto a ocupación hepática se refiere, como ya ha sido informado. (10-11-18). También constituye un signo orientador la VES acelerada.

Comentario especial merece la radiología del tórax, ya que por lo general el médico tiene dependencia de ella para el diagnóstico de la entidad. En nuestros pacientes tuvieron hallazgos radiológicos sólo 5 del total de 10 y sólo en uno de ellos se demostró el clásico "puntillero micronudular". Por lo tanto, es importante señalar que una radiología de tórax normal no excluye el diagnóstico de tuberculosis diseminada. (3).

En la histopatología vuelve a llamar la atención la edad madura de los pacientes y trae de nuevo a la discusión la vieja polémica de re-infección exógena vs. reinfección endógena. Según W. Stead (14) la reinfección exógena no existe como ya él lo ha podido demostrar y es el paso de bacilos contenidos en chancros residuales (de Simon) lo que explica la patogenia de esta enfermedad en el adulto.

Es importante anotar que en 9 de los 10 pacientes estudiados, se demostraron granulomas en hígado y bazo. Uno de nosotros en 1967 y basado en la literatura mundial, demostró que el mejor método diagnóstico en la tuberculosis miliar es la biopsia hepática, opinión hoy día compartida por un gran número de autores. (2-3-10-11).

En otros países como Checoslovaquia, Canadá, U.S.A., Holanda, etc., en donde las nuevas generaciones han sido inmunizadas con BCG, la incidencia de tuberculosis diseminada es muy pobre. Esto debiera ser una buena advertencia a los pueblos en desarrollo, de la necesidad imperiosa de una vacunación masiva. (1-12).

### Conclusiones

- 1) Se presentan 10 casos de tuberculosis miliar, de los cuales sólo uno tuvo diagnóstico correcto al ingreso.
- 2) Se insiste en que el alcoholismo, la desnutrición, las enfermedades anergizantes contraídas, así como la terapia esteroi- dal o inmunisupresora, pueden hacer aflorar la enfermedad.
- 3) De los datos de laboratorio, los más orientadores son: la leucocitosis, la fos- fatasa alcalina elevada y la VES accele- rada.
- 4) Que el mejor y más rápido método diag- nóstico es la punción biopsia de hígado.
- 5) Finalmente, todo paciente que ingrese con un síndrome febril prolongado, o toque al estado general, con radiología pulmonar "normal", debe de hacer sos- pechar el diagnóstico de tuberculosis mi- liar.

### BIBLIOGRAFIA

- 1.—ARGUEDAS, C.; JIMÉNZ, G.; MEKBEL, S.:  
Biopsia hepática en la tuberculosis miliar.  
Act. Méd. de C. R. 15: 21, 1972.
- 2.—ARGUEDAS, C.; FALCÓN, E.; MOSCOA, A.;  
GARCIA, H.; DEL VALLE, O.:  
La Tuberculosis en un Hospital General.  
Rev. Méd. de C. R. 19: 11, 1972.
- 3.—BERGER, H.; SAMORTIN, T.:  
Miliary tuberculosis diagnostic method with  
emphasis on the chest roentgensgam.  
Chest. 58: 586, 1971.
- 8.—BOTTIGER, L.; NORDENSTAM, H.;  
WESTER, B.:  
Tuberculosis diseminada como causa de fie-  
bre de origen oscuro. Lancet, 1, 19: 1962.
- 5.—BOWRY, S.; CHAN, C.; WEISS, H.; KATZ,  
S.; ZIMMERMAN, H.:  
Compromiso hepático en tuberculosis pul-  
monar.  
Am. Rev. Resp. Dis. 101: 941, 1970.
- 6.—FULLERTON, J. M.:  
Tuberculosis miliar inesperada.  
Brit. Med. J. I: 715, 1969.
- 7.—GLASSER, R.; WALKER, R.; HERION, J. N.:  
The significance of hepatologic abnormalities  
in patients with tuberculosis.  
Arch. Int. Med. 125: 691, 1970.
- 8.—GUCKIAN, J. C.; PERRY, J. E.:  
Hepatitis granulomatosa.  
Ann. Int. Med. 65: 1081, 1966.
- 9.—LORBER, J.:  
Pronóstico de la tuberculosis miliar gene-  
ralizada en niños a largo plazo.  
LANCET 2: 1447, 1966.
- 10.—MUNT, P.:  
Miliary tuberculosis in the Chemotherapy  
era. Med. 51: 139, 1972.
- 11.—MYERS, J. A.:  
Tuberculosis miliar en el viejo.  
Brit. Med. J. I: 565, 1970.
- 12.—PROUDFOOT, A.; ARHTAR, A.; DOUGLAS, A.;  
HORNE, N.:  
Tuberculosis miliar en adultos.  
Brit. Med. J. 2: 273, 1969.
- 13.—EDITORIAL:  
Tuberculosis miliar en el viejo.  
Brit. Med. J. 2: 265, 1969.
- 14.—STEAD, W. W.:  
Pathogenesis of a first episodic of chronic  
pulmonary tuberculosis in man: recredescence  
of residuals of primary. Infection or exo-  
genous reinfection.  
Am. R. Resp. Dis. 65: 729, 1967.
- 15.—MOBUI, A.; WEINSTEIN, L.:  
Hiperpirexia persistente de origen oscuro:  
algunos comentarios sobre etiología y diag-  
nóstico.  
Clín. Méd. N.A. 379: marzo 1970.