

MEDICINA ANATOMO-CLINICA

Protocolo N° 15.576

Sesión N° 420

Hospital San Juan de Dios

N. P. P. masculino de 50 años, procedente de San Juan de Mata de Turrubares, campesino, jornalero. Ingresó al servicio de Medicina Soto el 2 de marzo de 1959 y falleció 14 días después.

Desde 8 meses antes presentó fiebre mantenida, cefalea, deterioro de su condición general. Al examen decaído, bradipsíquico, febril de 38.3° C. con apariencia de estar gravemente enfermo. Presenta palidez, taquicardia, soplo sistólico en la punta con aspecto orgánico y soplo diastólico cuestionable en la base; hepatomegalia +, esplenomegalia + + + +, pulmones limpios, P. A. 100/60.

Tres días después del ingreso manifestó tener dolor en flanco izquierdo y región lumbar del mismo lado, encontrándose al examen algunos ganglios axilares. El 9 de marzo-59, continuaba estuporoso siempre febril y al examen de tórax reveló murmullo vesicular apagado a la izquierda, con algunos estertores húmedos, tonos cardíacos apagados, taquicardia, soplo sistólico áspero lejano. Hepatomegalia + sensible, esplenomegalia + + +.

El 12 de marzo, o sea 10 días después del ingreso presentó rigidez de la nuca, Brudzinsky positivo y la punción lumbar dio líquido con 46 mgm.%, de albúmina, globulinas + + +, glucosa 59 mgm.%, V.D.R.L. negativo, leucocitos 2 (polinucleares) eritrocitos 4.200. Otros exámenes dieron plasmodios negativos en dos oportunidades, tanto en frotis como en gota gruesa. Recuento: eritrocitos 3.460.000, Hb. 12.5 gm., leucocitos 22.250, segmentados 55, en banda 33, linfocitos 9, monocitos 3. Orina el 12 de marzo: trazas de albúmina, muchos leucocitos, pocos eritrocitos y escasas células epiteliales (se practicó un solo examen). El 4 de marzo-59: urea nitrógeno 19.7 mgm., creatinina 2.5 mgm., glicemia 172 mgm. con un control el 7 de marzo que dio 135 mgm. V.D.R.L. negativo. Aglutinaciones por tifoidea y paratifoidea negativas. Cultivo por salmonela negativo. Heces: anquilostomas + + +, áscaris + y tricocéfalos +. Reserva alcalina 15.7 miliequivalentes.

Radiología de tórax: proceso infiltrativo discreto del lóbulo superior derecho.

En la evolución se registra una curva febril que ascendió hasta 38.°C. los 2 primeros días y posteriormente no sobrepasó de 37° C. Fue tratado con suero glucosado, vitaminas, penicilina, estreptomycin, aspirina, y en los últimos 3 días hidrácida del ácido nicotínico.

El paciente siempre estuvo anoréxico, muy decaído, somnoliento y no se consigna la forma en que murió.

COMENTARIO AL CASO Y PLANEAMIENTO DIAGNOSTICO:

Como hechos positivos en este caso nos encontramos con un paciente campesino en la quinta década, que ingresa al hospital gravemente enfermo por un padecimiento febril, de varios meses de duración, que determinó grave ataque al estado general en que el severo deterioro del paciente impidió a los clínicos obtener una historia adecuada de antecedentes. Se sabe sin embargo, que el paciente había tenido una hospitalización previa 16 años antes y que en esa ocasión después de una estancia de 14 días, salió con diagnósticos de: Disentería amebica y malaria; a la sazón tuvo un examen de heces positivo por quistes de amiba histolítica y del precario documento médico a la mano no se puede obtener ninguna idea de la real condición mórbida del paciente.

Aparte de esos hechos fundamentales de padecimiento febril subagudo y caquetizantes tenemos datos de exploración evolución y laboratorio positivos. 1º Evidencia de un fenómeno soplate de carácter orgánico en punta de corazón y otro dubitativo en foco aórtico. 2º Esplenomegalia importante que fue de 2 a 4 cruces según diferentes exploradores. 3º Aparición en días anteriores a su muerte de un proceso caracterizado por rigidez de la nuca y presunto Brudzinsky, lo que ameritó punción lumbar la cual dio líquido alterado cuyas características se describieron al relatar la historia. Por lo demás el estudio radiológico del tórax muestra en primer término cardiomegalia grado dos a expensas del ventrículo izquierdo y una infiltración de carácter inespecífico y discreta del vértice derecho (foto 1.)

Los exámenes de laboratorio mostraron química sanguínea normal. Negatividad de las investigaciones por lues, malaria y tifoidea. Presencia de parasitosis intestinal por anquilostomas, áscaris y tricocéfalos; leucocitosis de 22.560 y moderada anemia. El líquido C. R. mostró aumento de las globulinas. Sin otros datos patológicos (coincidiendo con el episodio de fisonomía meníngea).

Si aceptamos la presencia de cardiopatía por el hecho de presentar cardiomegalia y soplo de carácter orgánico de filiación mitral o mitro-aórtico que cursa con un cuadro febril, deteriorante, subagudo, que se acompaña de esplenomegalia y que cursa rápidamente a la muerte después de un episodio de carácter intracerebral con compromiso meníngeo, se sugiere de inmediato el diagnóstico de Endocarditis bacteriana subaguda injertada en cardiopatía reumática de tipo mitro-aórtico que cursó con fenómenos finales de hemorragia cerebral o aneurisma miocótico; si planteados los hechos en esa forma el diagnóstico parece claro proponemos ese diagnóstico en primera instancia.

Al revisar nuestro trabajo sobre esplenomegalias en el material de autopsia de este hospital en un período de 5 años, encontramos: 1º que la insuficiencia cardíaca congestiva venosa fue la entidad que mayor número de esplenomegalias determinó, pero estas eran moderadas tanto así que la mayoría escapaban a la exploración.— 2º Que las causas de esplenomegalias importantes, es decir de grandes esplenomegalias fueron las Cirrosis hepáticas, las Leucemias, el Hodgkin, la Endocarditis bacteriana, la Amiloidosis, y un caso de Tumor primitivo del bazo, esto es lo que se encuentra en nuestro propio material, y hecho curioso en

la actualidad por lo menos en material de autopsia la Malaria no fue causa de grandes esplenomegalias. Cirrosis hepática, leucemias y Hodgkin no son diagnósticos planteables en este caso por razones obvias de clínica, la amiloidosis no es tan descartable si orientamos el pensamiento en sentido de un proceso tuberculoso, el cual tendría en su apoyo la infiltración señalada por el radiólogo en vértice pulmonar, el cuadro febril y caquectizante y el episodio meníngeo compatible con una meningitis tuberculosa; nos costaría mucho explicar la cardiopatía en este caso, aunque bien forzado un tanto el análisis se puede recordar que existen endocarditis de tal etiología y que el corazón puede crecer por esta causa o por la amiloidosis enunciada previamente; este sería el 2º planeamiento diagnóstico de este caso y como no nos parece correcto seguir enunciando posibilidades ya que fue esta la forma en que se manejó el caso in vivo, terminamos aquí nuestro comentario.

DISCUSION

DR. AGUILAR P.: se hizo electrocardiograma?

DR. CORDERO Z.: nó.

DR. AGUILAR P.: radiológicamente hay hipertrofia del ventrículo izquierdo por lo que la lesión debe ser aórtica más que mitad. Los pacientes con cardiomegalia y soplo sistólico en el foco aórtico, suelen tener estenosis calcárea en la válvula aórtica.

DR. VINOCOUR G.: el diagnóstico es aceptable, pero es necesario precisar dónde está la lesión. Un soplo sistólico puede ser por cardiopatía congénita, por ejemplo, comunicación interventricular. Como hay hipertrofia ventricular izquierda, pienso en insuficiencia mitral o comunicación interventricular, con endocarditis bacteriana subaguda agregada. La estenosis aórtica no tiene fundamento en este caso ya que falta un electrocardiograma para ver si hay sobrecarga sistólica del ventrículo izquierdo.

DR. CORDERO Z.: como hay un soplo intenso, rudo en la punta y sospecha de un soplo suave en la base, descarta la insuficiencia libre de la válvula aórtica. Recuerda que las lesiones discretas mitro-aórticas pueden dar esa semiología. En la orina había muchos leucocitos, pero en un único examen, por lo que no le dio importancia. Dicen que el paciente tenía ganglios axilares, pero al explorarlo esto no fue evidente. Cree que el diagnóstico de Hodgkin no cabe aquí porque sobraría la signología válvulopática.

DR. VINOCOUR G.: hay dos exámenes con hiperglicemia y 15 miliequivalentes de reserva alcalina; pregunta si puede pensarse en una diabetes

DR. CORDERO Z.: no estudió el caso desde ese punto de vista; era sin embargo, una hiperglicemia moderada sin glicosuria y esto suele verse en enfermos graves o cuadros sépticos, teniendo su explicación en el "stress". Tal vez esta hiperglicemia coincidió con el accidente vascular cerebral.

DR. J. FERNANDEZ C.: radiológicamente cree que no hay T.B.C. pulmonar; es congestión pasiva. Ve además lesiones líticas en la novena costilla derecha pero no se puede deducir nada.

DR. VINOCOUR G.: cómo interpretaron el resultado del examen de orina

DR. CORDERO Z.: en en este Hospital un sólo examen de orina mejor es no interpretarlo, pero las alteraciones que mostró pueden explicarse por embolias renales.

DR. ANTILLÓN: el episodio doloroso del flanco izquierdo, con piuria, puede ser una pielonefritis. En el líquido céfalo raquídeo hay patología indudable por la presencia de abundantes eritrocitos, más signos meníngeos, lo que indica la ruptura de un aneurisma micótico o una hemorragia subaracnoidea.

RESUMEN DE LA AUTOPSIA:

Protocolo No. 15.576.

Cáda-ver enflaquecido pálido.

CAVIDAD TORAXICA: atelectasia lóbulo inferior derecho. Infarto del lóbulo inferior izquierdo.

Corazón 537 gm. pericarditis fibrinosa. (Foto 2) Hipertrofia ventricular izquierda.

Engrosamiento nodular del borde libre mitral. Engrosamiento de los velos sigmoides aórticos con fusión de dos de ellos y una ulceración perforante en cuyos bordes hay depósitos de fibrina, y un trombo de 6 cm. de longitud que avanza hacia el lumen de la aorta. (Fotos: 3 y 4)

CAVIDAD ABDOMINAL: Intestino hay cinco anquilostomas, seis áscaris y algunos tricocéfalos.

Bazo 420 gm. reblandecido, con infartos blancos, y aspecto general séptico.

Riñones: extensos infartos a ambos lados; punteado hemorrágico. (Foto 5) Histológicamente, los glomérulos en su mayoría están aumentados de tamaño, con exudado albuminoso en el espacio capsular y abundantes polinucleares entre las asas capilares (Foto 6). Uno; pocos glomérulos mostraron adherencias de las asas a la hoja parietal de la cápsula. En los tubos hay cilindros albuminúricos, hematúricos y purulentos. Diagnóstico: extensos infartos. Glomerulonefritis difusa exudativa.

Encéfalo: hemorragia focal subaracnoidea parieto occipital derecha de 7 cm. de diámetro (Foto 7).

DIAGNOSTICOS ANATOMOPATOLOGICOS:

- 1—Endocarditis crónica fibrosa mitro aórtica.
- 2—Endocarditis bacteriana subaguda úlcero vegetante de las sigmoideas aórticas con perforación de un velo.
- 3—Pericarditis fibrinosa. Hipertrofia ventricular izquierda del corazón.
- 4—Infartos esplénicos y renales. Glomerulonefritis difusa exudativa.
- 5—Hemorria cerebral focal subaracnoidea parieto occipital derecha.

6—Pleuresía serofibrinosa derecha y pleuritis fibrinosa izquierda.

7—Ankilostomiasis, tricocefalosis, ascaridiosis.

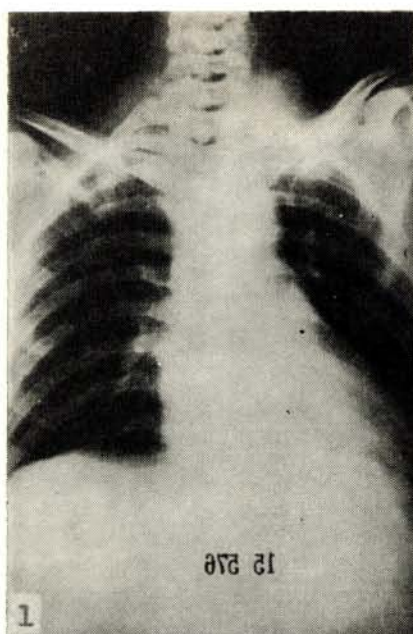
CAUSA DE MUERTE:

1—A) Insuficiencia cardíaca. 1—8) Endocarditis bacteriana subaguda, aórtica. 1—C) Válvulopatía reumática complicada.

COMENTARIO:

El diagnóstico clínico fue exacto. Se llama la atención respecto de la nefropatía que macroscópicamente tuvo el aspecto clásico que se ve en la endocarditis bacteriana, pero histológicamente no mostró lesiones que puedan interpretarse como embólicas, sino que presentó una glomerulonefritis difusa de tipo exudativo.

- Foto 1: Cardiomegalia de grado II, a expensas del ventrículo izquierdo. Infiltración discreta del vértice derecho con carácter inespecífico.
- Foto 2: Corazón que muestra depósito de exudado fibrinoso en el pericardio.
- Foto 3: Corazón: puede apreciarse engrosamiento importante de los velos de la sigmoidea aórtica. El velo posterior tiene un proceso úlcero poliposo recurrente. Hay un trombo cuya base está en los velos sigmoideos y cuyo cuerpo avanza dentro del lumen de la aorta. Nótese además hipertrofia de grado II a III en el ventrículo izquierdo.
- Foto 4: Detalle de la foto 3 para apreciar en la sigmoidea aórtica la endocarditis úlcero poliposa y la base del trombo.



- Foto 5: Infarto de 20 mm. en el polo inferior del riñón izquierdo. Punteado hemorrágico subcapsular.
- Foto 6: Glomérulo: asas tumefactas. Infiltración polinuclear importante entre las asas capilares. Exudado albuminoso en el espacio capsular.
- Foto 7: Cerebro: cuña de hemorragia focal subaracnoidea en el lóbulo posterior derecho secundaria probablemente a una pequeña embolia. Estasis en las venas del hemisferio izquierdo.

