

Diagnóstico Anatomo - Patológico Rápido de la Fiebre Amarilla

*
* * *

Dr. Rodolfo Céspedes Fonseca

Servicio de Anatomía Patológica del
Hospital San Juan de Dios.

El presente trabajo tiene por objeto dar a conocer a ustedes una modalidad a nuestro juicio nueva, para el Diagnóstico Anatomo Patológico rápido de la Fiebre Amarilla.

En la presente epidemia de la forma selvática de la enfermedad, que nos ha permitido autopsiar ya 40 casos, todo el tiempo hemos tenido la preocupación de poder informar a las Autoridades Sanitarias con la máxima celeridad los resultados positivos o negativos de la autopsia.

Los intentos hechos con métodos de congelación nos demostraron que se trata de una mala técnica para trabajar en Fiebre Amarilla, porque los cortes resultan gruesos, y porque la fijación rápida de un trozo de tejido es deficiente y produce luego malos resultados en la coloración.

Así, hemos estado utilizando como único método seguro de diagnóstico Anatomo Patológico la inclusión en parafina y tinción con hematoxilina eosina. Esta técnica exige un mínimo de 24 horas de espera, contando para realizarla con un aparato Autotechnicon y personal suficiente.

Como en nuestro laboratorio tenemos la máquina en cuestión, pero el personal es poco, en algunas oportunidades hemos demorado 48 y más horas antes de asegurar un diagnóstico de Fiebre Amarilla, especialmente cuando la autopsia se ha practicado al anoecer, hora en que ya el Autotechnicon ha iniciado la labor, sin que se pueda hacerlo retroceder.

Ultimamente, frente al problema de un caso de posible Fiebre Amarilla, procedente de una región que epidemiológicamente no estaba comprendida todavía como zona amarilica, discurrimos en el momento de la autopsia, hacer frotis o preparados por aposición tomando material de la superficie de corte del hígado, fijarlos y teñirlos con la técnica corriente de hematoxilina eosina que utilizamos en los cortes.

(*) Comunicación Preliminar.

(**) Presentado en la Sesión respectiva del Centro de Estudios Médicos Moreno Cañas.

Procedimiento:

Como fijador hemos usado formol al 10% ; alcohol éter y alcohol absoluto. Hemos dejado actuar al fijador por 5 minutos, procediendo luego a hidratar en alcoholes y teñir con hematoxilina eosina; deshidratar en alcoholes, aclarar en xilol y montar en bálsamo.

El tiempo total que empleamos con esta técnica incluyendo la fijación, es de 30 minutos.

Resultados:

Todos los fijadores empleados pueden considerarse buenos; pero se obtienen preparados más bonitos con el alcohol absoluto. Nuestra comunicación es preliminar y en ella queremos decir que en un caso de Fiebre Amarilla muerto en el período agudo los resultados son óptimos, pudiendo diferenciarse perfectamente los corpúsculos de Councilman, las células hepáticas normales y los eritrocitos aislados; en este sentido la técnica tiene una ligera ventaja sobre el corte histológico, en el que a veces hay dificultad para distinguir entre un eritrocito y un corpúsculo de Councilman.

Insistimos en que este resultado óptimo se ha obtenido en un caso muerto en el período agudo; los cortes histológicos permitieron luego comparar los resultados y revelar lesiones típicas.

En un caso de larga evolución (12 días), la técnica no permitió asegurar la existencia de corpúsculos específicos, pero en el corte histológico tampoco fué posible encontrarlos, y el diagnóstico definitivo vino a fundamentarse en la lesión renal.

Comentario:

En épocas de epidemia de Fiebre Amarilla, frente a la posibilidad de aparición de nuevos focos se hace indispensable un método rápido de diagnóstico de certitud; creemos haberlo conseguido para los casos que mueren en período agudo con la técnica antes expuesta.

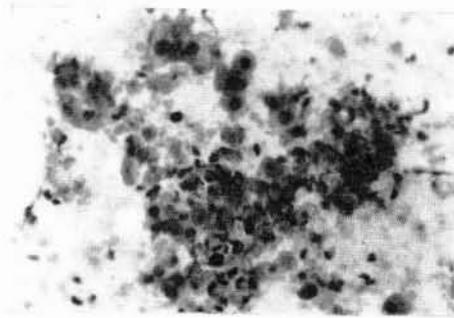
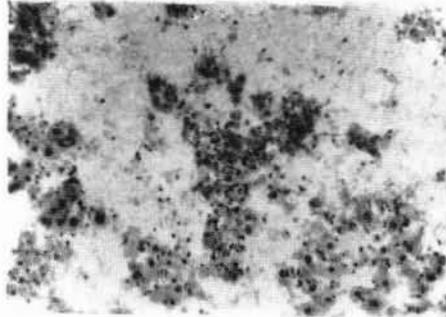
Queremos dejar bien claro que los casos que en clínica evolucionan más de 10 días, en los cuales histopatológicamente suele ser difícil encontrar lesiones típicas, no son adecuados para el diagnóstico citológico.

En la bibliografía consultada (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13) no hemos encontrado referencias a técnicas de diagnóstico citológico rápido de Fiebre Amarilla por lo que nos parece oportuno dar a conocer estas ideas.

Cuando el resultado del frotis es negativo no debe excluirse el diagnóstico de Fiebre Amarilla, por cuanto éste puede luego quedar fundamentado en las lesiones renales.

Fotografía (1)

Frotis de hígado a pequeño aumento: por 200; fijación formol al 10% tinción hematoxilina eosina. Pueden apreciarse células hepáticas con núcleos bien conservados y entre ellas algunas más claras, sin núcleo, que corresponden a elementos necróticos.

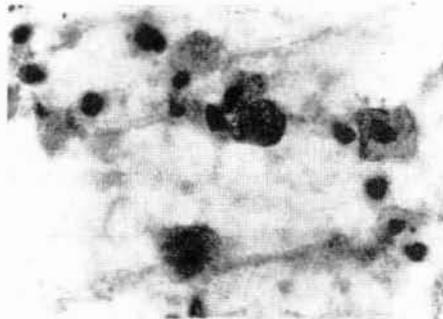


Fotografía (2)

Un campo de la anterior, ampliada; misma técnica por 400; nótese al centro 3 células hepáticas con sus núcleos bien teñidos; inmediatamente por debajo de ellas, una célula más clara cuyo citoplasma ha quedado transparente en una masa hialina eosinófila. Varias otras células como la antes descrita, pueden apreciarse en el resto del campo.

Fotografía (3)

Al centro 3 células hepáticas cuyo citoplasma es una masa hialina refrigerante, granular; hacia la derecha una célula hepática con el citoplasma lleno de vacuolas claras. Hacia abajo, otra de aspecto normal. Fijación alcohol absoluto; tinción hematoxilina eosina. Por 900 inmersión.



Summary:

The author describes a technic that permits the rapid pathologic diagnosis of Yellow Fever. Liver smears are used, being fixed for five minutes in 10 per cent formalin, absolute alcohol or alcohol-ether, and then stained with hematoxilin-eosin.

This method greatly facilitates the diagnosis of Yellow Fever by the easy recognition in the stained smear of the Councilman bodies.

Best results are obtained in material from cases deceased in the acute phase of the illness. In cases in which the clinical course ran for more than ten days prior to death, the technic is not recommended. A negative result in such cases does not exclude the diagnosis of Yellow Fever.

Bibliografía:

- 1.—Ash and Spitz: Pathology of Tropical Diseases; p. 1-3. Saunders; 1945.
 - 2.—Bungeler, W. Fiebre amarilla; en Hueck, W.; Patología Morfológica. p. 919-924. Labor, 1944.
 - 3.—Cecil, R. Tratado de Medicina Interna; p. 24-31 Interamericana. S. A.; 1945.
 - 4.—Costero I. Tratado de Anatomía Patológica; p. 1375-1377 Atlante, 1946.
 - 5.—Forbus, W. D. Reaction to Injury; p. 475-479; William & Wilkins C° 1943.
 - 6.—Karaner, H. Human Pathology; p. 73. Lippincott C°, 1942.
 - 7.—Kolmer, J. H. Inmunología Clínica; p. 995-999. Salvat, 1946.
 - 8.—Manson Bahr, F. Enfermedades Tropicales. p. 330-332. Salvat, 1948.
 - 9.—Mackie, M. C.; Hunter y Worth. Manual de Medicina Tropical; p. 13-19. La Prensa Med. Mexicana. 1946.
 - 10.—Moore R. A. A. Text Book of Pathology. p. 479-482. Saunders. 1944.
 - 11.—Napier L. E. The principles and practice of Tropical Medicine. p. 293-305. McMillan C° 1946.
 - 12.—Pinkerton H. Yellow Fever; in Anderson, Pathology. p. 362-364. Mosby C° 1948.
 - 13.—Rodríguez G. Medicina Preventiva; T. V. p. 182-183. Americana, 1945.
-