



NOTAS CLINICAS

UN CASO DE FIEBRE TIFOIDEA CON SUPURACION HEPATICA

Por el señor César A. Pantoja,
Interno de Clínica Médica.

I. M., de 18 años de edad, sirvienta de profesión, reside habitualmente en Bogotá, entró al servicio de Clínica de Enfermedades tropicales del profesor Roberto N. Franco el 15 de agosto de 1932. La noche de su llegada al servicio sufrió una orisis de delirio y agitación, haciéndose necesario obligarla, por la fuerza, a permanecer en la cama para evitar su insistencia de arrojarse por la ventana; este estado delirante alternó con fases de depresión, todo lo cual contribuyó a que el interrogatorio no se hiciera de una manera satisfactoria; de aquí la falta de antecedentes hereditarios y personales. Sólo pudo sacarse a luz que la enfermedad actual le comenzó hacia diez días por una elevación gradual de la temperatura, con fuerte alteración del estado general. Al llegar al hospital tenía 39,5 grados de temperatura.

De la *inspección general* pudimos deducir que el estado general estaba profundamente alterado; la piel seca, la cara pàlida, contrastando con la congestión de los pómulos, las extremidades cianóticas, y una expresión de sufrimiento; en suma, el conjunto daba la impresión de una profunda intoxicación del organismo.

Intentamos un examen del aparato digestivo: labios secos y agrietados, dentadura más o menos completa y en buen estado, la mucosa bucal presentaba un aspecto claramente congestivo, era rojiza, así como también la cara inferior y bordes de la lengua, el resto de la lengua estaba recubierto de una capa saburral que, en su mayor parte, presentaba una coloración

amarillenta y una pequeña parte blancuzca, todo acompañado de sequedad, sin fuliginosidades; los pilares del velo del paladar y las amígdalas estaban congestionados. El abdomen se presentaba a la *inspección* con un abombamiento que correspondía al epigastrio, debajo del cual se veía una zona transversal ligeramente deprimida, que semejaba un cinturón, sobre los hipogastrios abombados también. Al hacer la *palpación* lo primero que llamó la atención fue el dolor violento que ésta despertaba en la zona correspondiente al abombamiento epigástrico a que hemos hecho referencia arriba, al mismo tiempo se esbozaba en esa región una defensa muscular; el resto de la palpación no trajo ningún otro dato; la *percusión* acusó una zona de macicez epigástrica hasta dos dedos por encima del ombligo, avanzando un poco sobre el hipocondrio izquierdo y confundiéndose a la derecha con la macicez hepática, lo cual hizo afirmar que se trataba de un hígado muy aumentado de volumen; esto vino a corroborarlo la percusión dolorosa del hígado en toda su extensión, desde el quinto espacio intercostal derecho hasta tres dedos debajo del reborde costal, donde el dolor y la macicez se hacían solidarios del abombamiento epigástrico. También encontramos la percusión hepática dolorosa hasta por detrás de la línea axilar posterior; se creyó entonces en la posibilidad de un proceso de perihepatitis, como justificación de estos síntomas. Continuando la percusión se encontraba la parte media del abdomen meteorizada y macicez en los flancos. La percusión del bazo fue negativa. Había anorexia y constipación, náuseas sin vómitos.

Al hacer el examen del aparato respiratorio se encontró una respiración superficial y acelerada, 48 movimientos respiratorios al minuto; el tórax es doloroso espontáneamente y a la percusión. La sonoridad pulmonar estaba aumentada en la región infraclavicular de ambos lados, las cimas eran duras; en el pulmón izquierdo, la macicez aumentaba hacia la base; el murmullo vesicular se oía en ambos pulmones pero la respiración era ruda y soplada, intensificándose estos caracteres hacia el lado izquierdo; no había estertores ni otros signos pulmonares. Hubo hepistaxis al principio de la enfermedad.

En la exploración del aparato circulatorio, la auscultación

dejó oír unos ruidos cardíacos mal timbrados y débiles, acompañados de taquicardia. El pulso era acelerado: se contaron 140 pulsaciones al minuto; era pequeño, hipotenso, regular y rítmico.

No había reacción ganglionar.

Las orinas estaban disminuidas de volumen; se recogieron 600 gramos en 24 horas. El Laboratorio dio los siguientes datos: densidad, 1020; aspecto turbio, color rojizo, olor fermentado, reacción ácida, sedimento escaso; albúmina, 1 gramo por litro. No había glucosa, ni pus, ni sangre, ni acetona, ni ácido diacético, así como tampoco pigmentos ni ácidos biliares; la urobilina estaba aumentada; la úrea se eliminaba normalmente; había retención clorurada, y se encontraron cilindros hialino-granulosos y leucocitos. (Boletín número 9359) Se registraron dolores lumbares difusos.

El sistema nervioso estaba comprometido, como lo demuestran los estados de depresión e indolencia alternados con periodos de agitación y crisis de delirio: los reflejos tendinosos se encontraban un poco exagerados. Había curvatura y cefalalgia.

Su aparato genital era normal; las reglas se verificaban regularmente y sin perturbación de ninguna clase.

Otros exámenes de Laboratorio.—Serorreacción de Vidal, negativa; se encontraron en las materias fecales abundantes huevos de áscaris. Investigación de otros huevos de parásitos y quistes de amibas, negativa. Se practicó entonces el hemocultivo y se encontró un bacilo que, identificado en diversos medios de cultivo, resultó ser el de Eberth.

Antes de recibir el resultado del hemocultivo se hizo el *diagnóstico* de una fiebre tifoidea, dados los caracteres de la lengua, la marcha y duración de la temperatura, los fenómenos nerviosos, el facies tifoideo y algunos de los síntomas abdominales señalados atrás; haciendo, no obstante, la salvedad de la ausencia de algunos síntomas importantes de la infección ebertiana y de la presencia de algunos signos anormales que venían a complicar este cuadro clínico, haciendo particular incapié en los fenómenos hepáticos, para cuya interpretación se habló de la posibilidad de un absceso de origen amibiano, de

la invasión por ascárides o de focos purulentos intra y perihepáticos cuya naturaleza quedaba por investigar, pero en todo caso provenientes de un proceso bastante anterior a la probable fiebre tifoidea, cuyo diagnóstico había quedado ya planteado.

Por los caracteres malignos con que se presentó la enfermedad se hizo el pronóstico de un desenlace fatal.

La enfermedad evolucionó en los 4 días de asistencia hospitalaria hacia la muerte por gradual agravación del estado general.

Autopsia. — Esta fue practicada por nosotros delante del personal de la Clínica de Enfermedades Tropicales, y a continuación expondremos las lesiones en ella encontradas, tratando de superponerlas y cotejarlas con los síntomas apreciados por la clínica:

Abierta la cavidad abdominal se encontró el gran epiplón muy vascularizado y congestionado, cubriendo casi en su totalidad las asas intestinales y bañado por un derrame peritoneal, poco abundante, de color rosado, sucio y de consistencia fluida; levantado el gran epiplón aparecieron las asas intestinales que presentaban, por partes, un aspecto rojizo, muy vascularizadas y dilatadas por la existencia de gran cantidad de gases; este mismo aspecto presentaba el estómago; se procedió a hacer la extracción del tubo digestivo, colocando ligaduras previas a nivel del cardias y de la porción terminal de la Siliaca; al hacer el corte para separar el estómago del esófago, se encontraron, aprisionados por la ligadura, dos áscaris. Una vez sacado el tubo digestivo pudimos comprobar por la palpación la existencia de nuevos áscaris. Después de la abertura del intestino delgado a lo largo de su borde mesentérico, se examinó detenidamente al rededor de un metro de éste, encontrando tumefacta la pared intestinal, numerosas vascularizaciones repartidas por trayectos, y, no obstante la minuciosa investigación, no se encontraron placas de Peyer ni folículos linfoides aparentes, lo cual hizo pensar, en un principio, que el diagnóstico clínico había sido infirmado por la autopsia; se enviaron pedazos de intestino para su estudio anatomo-patológico. Por un olvido involuntario se omitió el examen del resto del tubo

digestivo, contrariando en esto las constantes advertencias del señor profesor que parecen coincidir con la apreciación de Elías Metchnicoff, de que el intestino grueso acabará con el género humano.

Pasamos al hígado, que presentaba un volumen considerable y que respondía de una manera casi exacta a la delimitación clínica que de este órgano se había hecho; su parte media, que correspondía casi en su totalidad a la extremidad izquierda del lóbulo derecho, se presentaba de un color rojo, contrastando con el resto, que tenía una apariencia normal; en esta misma zona de congestión se veían diseminados pequeños focos purulentos y salientes que en algunas partes se conglomeraban conservando, sin embargo, su individualidad; a lo largo de su cara superior se encontraban exudados blancos, purulentos, pseudomembranosos, aún no organizados, verdaderos procesos de periohepatitis, tales como habían sido previstos por la clínica. Se procedió a extraer el órgano y en la mesa de la autopsia presentaba más netos los caracteres ya detallados por la inspección; se buscó con mucho cuidado la vesícula y las vías biliares encontrándolas perfectamente normales. Se hicieron cortes anteroposteriores y transversales de la zona afectada, la que presentó sus caras cubiertas de una abundante exudación purulenta y de color blanco amarilloso, espesa y bien ligada; se hicieron frotis de esta exudación, como también de la que encontramos en la cara superior del hígado. Quitando con el lomo del cuchillo esta exudación purulenta, se pudo apreciar que ella manaba de infinidad de pequeñas celdillas, cada una con su pared propia, perfectamente separadas entre sí y dando al conjunto la apariencia perfecta de un avispero; al comprimir ligeramente el hígado salía más pus por estas celdillas. Se inspeccionó cuidadosamente el trayecto de estas celdillas para buscar la existencia de parásitos, investigación que resultó negativa. Se enviaron varios cortes del órgano, tanto de su parte afectada como de la aparentemente sana, al Laboratorio de Anatomía Patológica.

El bazo era, en cuanto a color, tamaño y apariencia, casi normal, acorde con la apreciación clínica que de este órgano se hizo. No obstante, se mandaron cortes del órgano al Laboratorio de Anatomía Patológica.

Los riñones se encontraron congestionados.

Con esto se dio por terminado el examen de la cavidad abdominal, procediendo entonces a la apertura del tórax; no se encontraron lesiones pulmonares, con excepción de adherencias pleuropulmonares en la cima izquierda, de apariencia antigua, pues estaban perfectamente organizadas y no presentaban zonas inflamatorias en su vecindad; había un pequeño derrame hemorrágico en la pleura derecha.

Al examen del corazón se encontraba este órgano intacto, tanto en su aparato valvular como en su musculatura, como resultó de los cortes apropiados que de él se hicieron; se encontró únicamente un pequeño derrame pericárdico, de apariencia seroso y de color amarillento.

—

En la redacción de la presente historia clínica, así como en la ejecución de la autopsia, fuimos eficazmente ayudados por nuestro inteligente compañero y amigo D. Roberto Ordóñez C.

