

## TUBERCULOSIS MULTIPLE

Por el Dr. JULIO DANERI N.  
Jefe de Servicio del Hospital Arriarán.

Hemos creído de interés publicar este caso clínico, que debido a sus múltiples localizaciones tuberculosas, es raro y poco descrito en la literatura médica. Además, tomando en cuenta el pronóstico de la afección, que lo hacían muy sombrío, pero que la evolución posterior de la enfermedad se ha encargado de demostrarnos que, a pesar del tratamiento sencillo y de fácil ejecución a que ha sido sometida nuestra paciente, nos ha hecho variar un poco nuestro criterio clínico.

Al respecto, hemos podido comprobar con el control posterior y examen detenido practicado a nuestra enfermita en diversas ocasiones, una mejoría franca de sus diferentes localizaciones, en los distintos sistemas afectados y más aún tratándose de una enfermedad como es la tuberculosis, se comprenderá entonces el alto interés clínico que encierra nuestra publicación.

### CASO CLINICO

Niñita de seis años de edad, cuya madre tiene 34 años, con R. W. (—) en 1939. Padre de 42 años, R. W. (—); ambos son sanos y no acusan antecedentes de contagio tuberculoso. Son cinco hijos vivos. Uno fallece de bronconeumonía a los cuatro años. No hay abortos.

**Antecedentes personales.** — Nació de término en parto normal. Alimentada al pecho exclusivo, hasta los seis meses, después sopas y purés; según indicación de una gota de leche. Dentición a los ocho meses. Deambuló poco después del año.

**Enfermedades anteriores.** — Coqueluche a los tres años; poco después varicela.

Consulta por primera vez a fines del año 1939, al Policlínico de Cirugía de este Hospital a la edad de dos años, por un absceso del cuero cabelludo, el

cual mejora rápidamente; en esa época se le practica un Mantoux al 1 x 1,000. que resulta negativo.

Vuelve el 4 de mayo de 1940 por una adenitis supurada inguinal derecha, debida a un traumatismo. El 14 de mayo es dada de alta sana.

El 27 de enero de 1942 vuelve nuevamente a consultar al Policlínico de Cirugía, por una lesión del pie derecho. El Dr. Izzo anota: hace 2 meses aumento de volumen del primer metatarsiano derecho, poco doloroso, con calor local, red venosa colateral. Diagnóstico: Osteitis primer metatarsiano derecho (tuberculosis?); ordena un Mantoux y una radiografía que revela: Spina ventosa primer metatarsiano del pie derecho. Tratamiento inmovilización por medio de una bota de yeso. La niña es traída a curación, durante los meses de abril, mayo, junio y parte del mes de julio, con bastante regularidad.

Acude de nuevo al servicio el 12 de junio de 1943, fecha en que el cirujano encuentra en la cara interna anterior del pie derecho, úlcera sucia adherida al hueso del primer metatarsiano, el que se palpa aumentado de tamaño y se hace el mismo diagnóstico del año anterior, o sea: Spina ventosa del primer metatarsiano pie derecho, que se confirma con una radiografía 39342-43 y que revela: una osteitis mitad distal primer metatarsiano derecho y núcleo de osificación, base primera falange del primer orjejo. Decalcificación.

Según la anamnesis, tomada por el cirujano, la niña deambulaba, cuando dejó de venir al servicio hace 11 meses. Desde setiembre de 1942 presentó impotencia para andar, lo que se manifestó lentamente, hasta quedar definitivamente en cama, en el plazo de un mes. Además, desde hace 6 meses no se puede mantener sentada. En esa época aparece tumefacción del codo derecho que ha experimentado reagravaciones alternadas con períodos de mejoría, persistiendo hasta el día de hoy. Ha tenido incontinencia de orina y materias fecales; este cuadro ha ido regresando.

El examen neurológico practicado da lo siguiente: Reflejos rotulianos exagerados en ambos lados, presenta, además, clonus. Babinsky positivo más intenso al lado derecho. Posición de ambos pies es equino, reductibles, viniendo contractura muscular que se aprecia en todos los segmentos de los miembros inferiores, incluso los adductores de los muslos. Movimientos activos muy disminuidos. En el izquierdo puede flexar, extender, abducir y adducir. El derecho no puede hacer estos últimos movimientos. En la columna vertebral no se aprecian deformaciones. En los miembros superiores, hay incoordinación al ejecutar los movimientos. En vista de esta sintomatología, se hospitaliza en el servicio de medicina de niños mayores.

El examen físico da lo siguiente: Niña en posición pasiva, poquísimamente despijada, con un retraso mental, que se puede catalogar como una debilidad mental de primer grado.

**Cabeza.** — Frente olímpica, prominencia de los parietales.

**Boca:** dentadura en malas condiciones (caries de 4.<sup>o</sup>). Ulceraciones en las encías bilaterales en correspondencia de los molares cariados. Amígdalas: gran-

des, sin exudado. Cuello: adenitis izquierda. Tórax: discreta circulación venosa, superficial de la pared anterior del tórax. Pulmones: nada de especial a la percusión y auscultación. Corazón: tonos marcados. Taquicardia (pulso 120). Abdomen: paredes depresibles, indoloro. Visceras de límites normales.

**Extremidades.** — Presenta herida fistulizada, correspondiente a la cara interna del pie derecho primer metatarsiano. Tumefacción con calor local y dolor codo derecho. Más detalle en el examen neurológico que veremos más adelante.

**Examen neurológico.** — Cara: estrabismo convergente bilateral discreto con movilidad casi normal, y que a veces pasa. Movilidad del facial satisfactoria. Pupilas reaccionan bien a la luz y acomodación. Nistagmus horizontal, que se hace manifiesto algunos días. No se aprecia parálisis, ni parestias de otros nervios craneanos.

El examen de ojo practicado con la Dra. Candia: Pupilas normales. Fondo de ojo: papilas pálidas con atrofia incipiente. Este mismo examen es practicado 20 días después por los Dres. Candia y Araya: papilas de bordes nítidos. No se aprecian alteraciones vasculares. Ligera atrofia de tipo primario.

Reflejo gloso-faríngeo normal. No hay rigidez de la nuca.

La palabra es lenta, arrastrada, escandeadada.

Enfermita en posición pasiva, no puede sentarse sola; al pretender hacerlo, falla, después de efectuar movimientos desordenados con los miembros superiores e inferiores, que demuestran la gran incoordinación, disminución de la fuerza y limitación de los movimientos.

Sentada pasivamente no puede mantenerse y cae pesadamente hacia un lado, casi siempre el lado derecho.

**Miembros superiores.** — Temblor de tipo intencional, más intenso al lado derecho. Atrofia muscular con fuerza muscular disminuida. Movimiento limitado por factor doloroso en el miembro superior derecho (codo). Reflejos tendinosos normales. Sensibilidad táctil, dolorosa y térmica normales en ambos miembros superiores; igualmente la sensibilidad profunda. Incoordinación y dismetría bilateral, más intensa en el lado derecho. Adiadococinesis positiva.

**Miembros inferiores.** — Escasa movilidad activa. Fuerzas disminuidas. Ligera atrofia muscular. Hipertonía. Reflejos rotulianos muy exaltados. Clonus de ambos pies. Reflejos aquilianos exaltados. Babinsky positivo bilateral. Sensibilidad táctil y dolorosa francamente disminuida, llegando algunos días a la anestesia. Sensibilidad térmica conservada. Sensibilidad profunda conservada. Reflejos cutáneos normales. Incoordinación de ambos miembros inferiores.

Toda esta sintomatología nerviosa de los miembros inferiores nos hace pensar en un síndrome de compresión medular, por lesión de la columna vertebral, y tratamos de localizar dicha lesión, lo cual no nos fué muy fácil, debido al estado mental de nuestra enfermita, como ya lo dijimos anteriormente.

Pero pudimos llegar a la conclusión que la zona de hiperestesia, que siempre se encuentra sobre el nivel de la lesión, estaba a la altura de la VII vértebra dorsal; por lo tanto, la compresión debería encontrarse en la VIII vértebra dorsal, lo cual se vió confirmado con la radiografía de la columna.

Es digno mencionar el hecho que la niña, en el servicio, hace algunos días, vuelve a presentar la incontinencia de orina, lo que nos hace sospechar que fuera de la lesión de la vértebra dorsal pudiera haber lesión en otras vértebras; sobre todo en las primeras vértebras lumbares. Esto viene a confirmarse con una radiografía hecha en esos mismos días, que demuestra lesión de las vértebras primera y segunda lumbar.

Antes de entrar a diagnosticar el cuadro neurológico que presenta esta niña, relataré los exámenes que se han practicado:

Punción lumbar, hecha con todo cuidado y acostada, tomando todas las medidas que el caso requería, da salida a un líquido claro, a presión inicial de 55 y final de 30. La compresión de las yngulares no hace variar la presión en el Claude (Prueba de Quesckentdt), esto nos demuestra que no hay dificultad en la circulación del líquido céfalo raquídeo: el examen da el siguiente resultado: albúmina, 0.60; cloruros, 7.2; glucosa, 0.47; glóbulos blancos, 4. Pandy positivo; esto habla a favor de un Sícad que se encuentra en todas las compresiones medulares. Un Mantoux al 1 x 1,000 resulta intensamente positivo e infiltrado. Examen de orina normal. R. W. y Kahn, negativas. Un hemograma hecho el 23 de junio da: glóbulos blancos, 9,100; glóbulos rojos, 4,200,000; Hb., 86 %; Basófilos, 1 %; Eosinófilos, 2 %; Juveniles, 0 %; Baciliformes, 6 %; Segmentados, 56 %; Linfocitos, 32 %; Monocitos, 3 %; Glóbulos rojos, blancos y plaquetas, normales. Cultivo del pus; staphilococcus hemolíticos. Un nuevo hemograma hecho el 5 de julio: glóbulos blancos, 12,300; glóbulos rojos, 5,320,000; Hb., 80 %; Basófilos, 2 %; Eosinófilos, 2 %; Juveniles, 0 %; Baciliformes, 7 %; Segmentados, 47 %; Linfocitos, 36 %; Monocitos, 6 %; glóbulos rojos, blancos y plaquetas, normales. Velocidad de sedimentación: 16 de VI-2 y 5; 19 de VI-4 y 5; 25 de VI-6; 4 de VII-3. Examen otorino negativo.

Se han practicado varias radiografías Nos 39496-97-98. La torácica, que dice: sombras difusas irregulares con aspecto de sombras de infiltración tuberculosa en el tercio superior izquierdo. Sombras más tenues en el tercio superior derecho. Ensanchamiento moderado de la sombra mediastinal superior con calcificaciones en la región paratraqueal izquierda (adenopatía tráqueo-bronquica en curación). Imagen fusiforme (absceso frío) alrededor de la VII y VIII dorsal. Proceso de osteitis quístico de límites netos en la epífisis inferior del húmero derecho, que se acompaña de intensa reacción periosteal. Decalcificación. Radiografías 29557-58 de formación y aspecto irregular de la mitad derecha de la VII vértebra dorsal, con reducción del espacio intervertebral entre VII y VIII dorsal. La primera lumbar se observa también de aspecto irregular, con algunas zonas de osteoclerosis que alterna con zonas de os-

teolosis. Radiografía 39726-27. Proceso destructivo que compromete el cuerpo de la primera vértebra lumbar y parcialmente de la segunda lumbar. Zona de osteoesclerosis en los bordes de las zonas destruidas.

**Diagnóstico diferencial.** — Mientras practicábamos los exámenes y tratábamos de llegar a un diagnóstico, nos llamó la atención una afección, que por su sintomatología clínica, tenía mucha semejanza con los síntomas que presenta nuestra enfermita; me refiero a la esclerosis en placas. Enfermedad que hasta hace algunos años se creía que era propia de la edad adulta, por lo menos sobre los 20 años, pero últimamente se han descrito en la literatura mundial casos de esclerosis en placas infantiles; por ejemplo: un caso de Eichorst que se comprobó a la autopsia, y cosa curiosa, la madre había muerto de la misma afección. Algunos autores argentinos también la han descrito.

Si recordamos la etiología de esta afección, vemos que se trata de agentes infecciosos y casi todos los enfermos han tenido fiebre tifoidea, viruela, rubiela, escarlatina, gripe, etc., afecciones todas éstas propias de la infancia. Otros autores, entre ellos Kuhn Steiner (1917), Siemieding (1918), Mariasco (1919), Petit (1922), han descrito una espiroqueta parecida al de la sífilis, que ellos consideraban como productor de la enfermedad; pero, desgraciadamente no ha tenido confirmación, a pesar de que inoculando a cobayos, consiguieron reproducir, excitación y parálisis.

Otros autores creen que tenga influencia como agentes provocadores ciertas intoxicaciones, como el mercurio, plomo, sales de manganeso, óxido de carbono, en terrenos neuropáticos hereditariamente preparados.

Como se ve, no se invoca la tuberculosis como causante de esta afección, como sucedió en nuestra enfermita, además la evolución, la lesión extramedular, que provoca la compresión medular y que hace variar la sintomatología nerviosa casi diariamente nos hace alejar un poco la posibilidad que se trate de esta afección; aun cuando presenta la triada de Charcot, consistente en: nistagmus, temblor de tipo intencional y palabras escandeadas y, además, lesiones del nervio óptico (neuritis retrobulbar), trastornos cerebelosos, paraplegia de los miembros inferiores con sus alteraciones motoras características, cabe si anotar que no presentó los trastornos subjetivos ni objetivos de la sensibilidad, tales como alteraciones de la sensibilidad térmica o trastornos tróficos que rara vez faltan en esta afección.

**Pronóstico.** — Muy sombrío.

**Tratamiento médico.** — Vitamina D. Calcio. Reposo. Alimentación adecuada.

**Tratamiento quirúrgico.** — Extensión continua con pesos, para enderezar la columna, en cama dura, sobre un catre levantado en la cabecera.

Esta enfermita fué presentada en reunión clínica a fines del mes de julio de 1943 y hemos podido seguir su evolución hasta la fecha (noviembre) y se ha conseguido mejorar su estado general, lo que se revela por aumento de peso, desaparición del nistagmus y de la mayoría de los síntomas cerebelosos. La sín-

tomatología piramidal es mucho menos intensa y no ha presentado trastornos de los esfínteres.

Un nuevo control efectuado en febrero de 1944: el estado general ha mejorado notablemente, ha aumentado de peso, se alimenta bien. La deambulación la efectúa sola y en buenas condiciones. No presenta trastornos de los esfínteres. Puede efectuar movimientos activos con todas sus articulaciones, menos con la articulación del codo derecho, en que hay una franca anquilosis.

El examen físico de la cabeza, tórax, abdomen, no acusa nada de especial. En cuanto al examen neurológico persiste el estrabismo, presenta un ligero temblor de pequeñas oscilaciones de los miembros superiores. No presenta ningún signo cerebeloso.

Los reflejos rotulianos están exaltados más al lado izquierdo, Babinsky espontáneo. No hay clonus. No acusa trastornos de la sensibilidad táctil, térmica, dolorosa ni profunda.

Examen de fondo de ojos: papilas pálidas, con bordes ligeramente borrosos. Atrofia óptica bilateral.

El examen radiográfico, practicado el 11-II-44 da lo siguiente: Radiografías Nos 42383 al 90:

**Pulmones.** — Complejo primario calcificado en la unión del tercio medio y superior izquierdo. Algunos tractus lineales en esa región.

**Columna dorso lumbar.** — Los procesos destructivos de los cuerpos vertebrales de la VII y VIII vértebra dorsal, observados en las radiografías anteriores, se notan en franca reparación. Igualmente la primera vértebra lumbar. Persiste ligera deformación de los cuerpos vertebrales con reducción del espacio intervertebral.

**Codo derecho.** — El proceso de osteitis quística de la epífisis inferior del húmero derecho, se ha reducido de tamaño, con menos reacción periosteal. Hay ahora compromiso de las superficies articulares de los huesos del codo, las que se observan rugosas e irregulares con tendencia a la anquilosis. **Pie derecho:** la osteitis destructiva de la mitad distal del primer metatarsiano derecho y del núcleo de osificación de la cabeza de la primera falange, se ve en franca reparación. Hay destrucción de la mitad externa e inferior del primer metatarsiano con intensa osteoesclerosis en el segmento restante. Luxación externa metatarso falángica.

**Conclusión.** — Se trata en este caso de una afección tuberculosa de múltiples localizaciones: 1.º, pulmonares; 2.º, de compresión medular, producida por un Mal de Potts con dos localizaciones, VII y VIII dorsal y I y II lumbar; con la sintomatología neurológica clásica: de trastornos motores de orden piramidal, trastornos de la sensibilidad y pasajeros de los esfínteres; 3.º, localización cerebelosa con todos los síntomas anotados anteriormente; 4.º, lesiones oculares primarias (neuritis retrobulbar) y, por último, 5.º, otras localizaciones óseas en el pie y codo derecho.