Hospital Luis Calvo Mackenna.
Cátedra de Pediatría
del Prof. A. Ariztia.

PRIMO INFECCION TUBERCULOSA EXTRAPULMONAR

Por el Dr. FERNANDO MARTINEZ L. de G.

Si bien la primoinfección tuberculosa extrapulmonar es menos importante que la intratorácica desde el punto de vista epidemiológico; clínicamente el chancro tuberculoso extrapulmonar es de mucho interés, especialmente por las dificultades diagnósticas a que da lugar.

Como un aporte a la casuística publicada entre nosotros, hemos creído de interés dar cuenta de las dos observaciones siguientes:

CASO Nº 1

T. L. — Obs. Cl. 44/437. — Hosp. Calvo Mackenna.

Niña de 13 meses con 7,500 kgrs. Nacida a término, en parto normal, sin antecedentes personales de importancia; excepto el de una hipoalimentación cuanti-cualitativa. Madre tuberculosa pulmonar cavitaria, bacilífera, en contacto con la enfermita.

El cuadro que motiva su ingreso data de tres meses antes, en que presentó un absceso de la frente (lado izquierdo) y junto a él infarto ganglionar doloroso, del cuello y ángulo del maxilar del mismo lado. Visto en Policlínica del Hospital, se practica Mantoux 1 por mil, que resulta intensamente positivo y estudio radiológico de resultado normal.

Se le indica tópicos locales y sólo concurre a control un mes más tarde, oportunidad en que se comprueba que el absceso ha evolucionado en forma tórpida, con reblandecimiento y formación de ulceración de fondo sanioso con infiltración de los bordes. En la adenopatía varios ganglios voluminosos duros, que deslizan bien bajo la piel. Días más tarde, en nuevo control, no se

aprecian variaciones en su estado; habiendo aparecido conjuntivitis izquierda de aspecto banal.

En estas condiciones y a los dos meses de iniciación del cuadro ingresa al Servicio, donde nos encontramos con un niño febril, quejumbroso, decaído, queilosis, impétigo del pabellón de ambas orejas. Infarto ganglionar múltiple en una región comprendida entre el pabellón de la oreja izquierda. Sin aumento del calor local: se trata de ganglios de regular tamaño, sin adherencias, desplazables y no dolorosos. Conjuntivitis izquierda en regresión. Examen cardiopulmonar normal. Borde inferior del hígado a 3 cms. del reborde costal. Bazo; se palpa bien el polo inferior.

En la región frontal izquierda ulceración de más o menos 1 cm. de diámetro, por medio de profundidad, de fondo granuloso sucio, cubierto de secreción de aspecto verde-amarillento; discreta infiltración de los bordes.

Se indica sulfatiazol (0.20 gr. p/kg.), completando una dosis total de 12 grs., sin resultados notorios; la fiebre disminuye ligeramente, manteniéndose alrededor de 38°. El estado general y apetito, más o menos conservados.

Pirquet resulta intensamente positivo y un control radiológico a tres meses del anterior, que como se recordará, fué normal, informa: sombra triangular densa, homogénea de infiltración pulmonar en el tercio superior derecho (lóbulo superior), sombra ésta que algunos días más tarde se extiende a todo el lóbulo superior en una nueva radiografía. El infarto ganglionar disminuye sólo muy discretamente y la ulceración, en un comienzo estacionaria, inicia su regresión paulatina hasta cicatrizar completamente; pero en forma transitoria, ya que posteriormente, y sin causa aparente alguna que lo justifique, reaparece, profundiza y se reblandece, juntamente con reblandecimiento y formación de pus en el infarto ganglionar. Se practica nueva cura de sulfatiazol, a igual dosis, sin resultados.

Entre los exámenes de laboratorio mencionaremos el hemograma que da: hematíes, 4.890.000; Hb., 12,5 grs. $\%$; anisocitosis-leucocitos, 11,100; bacilif., 11; segm., 47; linfoc., 36; monoc., 5.

Sedimentación oscila entre 37-25 y 19 mms.

La biopsia ganglionar y de la ulceración fué diferida para evitar manipulaciones peligrosas de diseminación. El examen directo del pus del ganglio y del exudado de la úlcera fué negativo para el bacilo de Koch.

CASO N° 2

M. A. de 11 años de edad (de la clientela particular del Prof. Ariztía).

Nada de particular entre sus antecedentes personales y familiares. La primera consulta es motivada por la aparición de una tumefacción bajo el maxilar inferior izquierdo, de tamaño de una aceituna, indolora y de 15 días de evolución. Al examen, dicha tumoración, del tamaño mencionado, se presenta uniforme y corresponde a un ganglio submaxilar. La lesión causante de esta inflamación ganglionar puede atribuirse a una herida ulcerada en

la parte interna de la mejilla, en el repliegue gingival, tomando parte de la encía. Esta se presenta tumefacta enrojecida y en el fondo de la ulceración se aprecia cierta cantidad de exudado fibrino-purulento. Los padres del paciente informaron que esa ulceración había aparecido poco después de un trabajo dentario efectuado en el penúltimo molar.

El examen bacteriológico y ultramicroscópico no reveló la presencia de espiroquetas, ni espírculos, ni bacilos de Koch. Las reacciones de tuberculina en ese momento fueron negativas, como también lo fué el examen radiológico del tórax.

Visto nuevamente a los 15 días después, se comprueba que con el tratamiento local prescrito, la ulceración está limpia; pero se mantenía sin tendencia a la cicatrización, el ganglio presentaba ya un punto reblandecido. Practicada la punción de éste se extrajo pus, el cual reveló, al examen directo, la presencia de bacilos de Koch.

Diez días después de esta punción, o sea, unas 5 semanas después de comprobada por primera vez su lesión y de practicada la reacción de tuberculina, presenta el niño una conjuntivitis flictenular y su reacción de tuberculina (Pirquet) repetida resulta intensamente positiva. Un nuevo control radiológico de tórax demuestra otra vez la integridad absoluta de los órganos del tórax.

El ganglio continuó evolucionando en forma favorable en el sentido que se reabsorbió la parte reblandecida después de retirada la pequeña cantidad de pus ya dicha y el resto continuó su regresión para quedar reducido al tamaño de una arveja. La ulceración inició su cicatrización en el curso de dos meses. El hemograma fué normal y la sedimentación más alta fué de 15 mm. en una hora.

Comentario.

En el primer caso hay algunos hechos que, a nuestro parecer, permiten fundamentar el carácter tuberculoso primario de la lesión cutánea y ganglionar y, a la vez, algunos puntos que podrían hacer dudar de ella.

En forma resumida los primeros son los siguientes:

a) Junto con su aparición tuberculina positiva y estudio radiológico pulmonar normal.

b) Caracteres y evolución de la lesión que corresponden a un proceso crónico, lo más probable tuberculoso, tórpido y recidivante y con tendencia al reblandecimiento. En apoyo de esto todavía, la falta de respuesta a los sulfonamidos a dosis convenientes.

Los puntos que podrían dar lugar a dudas serían:

a) Que si bien en un comienzo la clínica y la radiología fueron negativas, en cuanto a lesión pulmonar tu-

berculosa; ello pudiera haberse debido a que tal lesión no hubiese sido visible a los rayos por su carácter incipiente o localización; pero en este caso cabría aceptar una dualidad de complejo primario, dadas las condiciones de aparición de ambos.

b) Que el proceso cutáneo se hubiese iniciado como de carácter banal y posteriormente, dado el contacto con la madre bacilífera, se hubiese contaminado con gérmenes tuberculosos (beso u otro medio); pero esto no permite tampoco descartar en absoluto su carácter primario. Es sabido que es condición para la penetración del bacilo de Koch por la piel o tegumentos, la existencia de escoriaciones o soluciones de continuidad, de cualquiera especie (Zieler, Haemel, Demme).

En cuanto al examen bacteriológico del pus ganglionar y secreción de la úlcera, su interpretación, dada la infección secundaria y la falta de biopsia, no efectuada por el peligro ya mencionado, creemos no puede ser del todo concluyente.

En el segundo, el interés radica en el hecho de haber observado una ulceración de evolución crónica, cuyo aspecto clínico pudo ya el cirujano (Dr. Alessandrini) apreciar de origen tuberculoso, estimando la lesión como un lupus tuberculoso de la boca. Por la falta de lesión anterior o en otra parte del organismo, la adenopatía correspondiente con bacilos de Koch, las reacciones de tuberculina negativas (período prealérgico) y su viraje posterior, hacen plantear el diagnóstico en este caso de una lesión primaria tuberculosa de la boca.

Summary.

Two cases of primary extrathoracic tb. infection are reported. The port of entry of the infection were: one in the skin of the forehead; the other one on the left side of the cheek, following a dentist treatment. Both of them presented submaxillary adenopathy; with Koch bacilli in the second one (smear). The lack of pulmonary lesions (fluoroscopies and chest films), the tuberculin test and the clinical course of them allowed to make the diagnosis.

The first case's mother suffered from a tb. cavern on the right lung with Koch bacilli in the sputum.

Bibliografía.

- FINKELSTEIN, H. — Enfermedades del Lactante. págs. 448-50.
- MYERS, J. A. — Tuberculosis among children and young adults. Ed. Thomas, 1946.
- MICHELSON, E. — Proc. Staff Meeting Mayo Clinic. Oct. 2, 1935.
- SIMON, G.; REDEKER, F. — Tuberculosis Infantil. Ed. Morata. 1941.
- SCROGGIE, A. — Chancro primario tuberculoso de la conjuntiva. A. Ch. Ped. 1927.
- WALGREEN, A. — Tratado de la Tuberculosis Infantil. Ed. El Ateneo, 1940.