

HOSPITAL DOCENTE GENERAL "CALIXTO GARCIA"

Tuberculosis aislada del bazo

Por el Dr.: ARMANDO PENA PEREIRO,* Int. IVEUSE REGAL. LOURIDO**

Pena Pereiro, A. et al. *Tuberculosis aislada del bazo*. Rev Cub Med 14: 2, 1975.

Se revisan las historias clínicas con el diagnóstico de esplenomegalia tuberculosa, del archivo del hospital "Calixto García". Se presenta un caso de esplenomegalia tuberculosa aislada y se revisa el cuadro clínico; se señalan los diferentes tipos de compromisos hematológicos. Se precisa el tratamiento de la esplenomegalia tuberculosa.

Concepto

La esplenomegalia tuberculosa aislada o tuberculosis clínicamente primitiva o predominante del bazo, como algunos la llaman, se presenta como una afección excepcional.¹

Esta patología no tiene características clínicas y no puede ser reconocida dentro del amplio grupo de esplenomegalias crónicas primitivas.

Sólo el examen anatomopatológico de los bazos operados o la autopsia, revelan su naturaleza tuberculosa.

La tuberculosis primitiva del bazo en sentido anatómico no existe como tal; ésta es siempre secundaria a alguna otra lesión tuberculosa, cicatrizada o de evolución tórpida que no ha sido reconocida.

Lubarch y *Houcke* distinguen dos formas:

1. Tuberculosis aislada del bazo: solamente se describen lesiones inflamatorias en el bazo sin tuberculosis visible a otro nivel.

2. Tuberculosis a predominancia espiénica: existen otras localizaciones tuberculosas reconocidas clínica y anatómicamente.

Revisión

Se revisan las historias clínicas de nuestro archivo, con el diagnóstico de esplenomegalia tuberculosa, encontrando nueve en total; en todos los casos resultó ser una esplenomegalia tuberculosa secundaria a una tuberculosis en otra localización. Casi siempre el hallazgo fue anatomopatológico por necropsia. En algunos se hizo el diagnóstico en vida.

No encontramos en nuestra revisión la tuberculosis aislada del bazo como tal, siendo el nuestro, el primer caso. Dada la rareza clínica de la entidad, sirve de motivación a la presentación de este trabajo.

Resumen de la historia clínica: 11306.

Pac. M.M.O. de 53 años de edad; sexo femenino.

Blanca, jubilada (fig. 1).

M.I. Dolor en hipocondrio izquierdo.

H.E.A. Paciente que desde hace 7 meses presenta dolor en hipocondrio izquierdo, mantenido, irradiándose a epigastrio y a veces a flanco izquierdo.

* Profesor de medicina interna, sala "Costa-los", hospital general "Calixto García".

** Interna, sala "Costales", hospital general "Calixto García".



Fig. 1.



Fig. 2.

Aunque tiene apetito tiene temor a ingerir alimentos por la sensación de llenura. Ha tomado distintos medicamentos, que a veces la alivian transitoriamente. Visita distintos facultativos en Caibarién. Le hacen fluoroscopia y otras investigaciones, no precisan la patología. La familia decide traerla a La Habana y es ingresada con el diagnóstico presuntivo de Neoplasia de Colon.

A.P.P. Digestivo: En ocasiones diarreas flemosas con sangre. Constipada habitual.

Astenia, pérdida de 30 lb de peso en 7 meses. Febrículas vespertinas a veces.

Al examen físico: Paciente con toma del estado general, emaciada, con las mucosas hipocoloreadas.

Abdomen: Se palpa una tumoración en el hipocondrio izquierdo, dura, irregular, cuyos bordes no pueden precisarse adecuadamente y que parece corresponder a una tumoración maligna, sin definir a qué órgano pertenece (fig. 2).

En el resto del examen físico no se encuentra algo de importancia a señalar:

Se discute el caso por la evolución y resto de la sintomatología; se plantea tumoración maligna:

—Neoplasia de colon —Neoplasia de estómago —Neoplasia retroperitoneal, etc.

Evolución en sala

Continúa con la sintomatología sin hacer fiebre. Hasta que se valora la conducta a seguir.

Investigaciones realizadas:

Hemograma: HB 9,8 g Hto. 33 Leuco: 10 500. Dif. bien. Eritrosedimentación: 75 mm. Otra. Elitro: 87 mm. Glicemia, urea, serología, orina, urocultivos. Coagulograma mínimo: normales.

ECG: nada a señalar.

Proteínas totales

5,6 g (Serina: 3,58. Globulina: 2,06).



Fig. 3.



Fig. 4.

Tórax

No hay alteraciones pleuropulmonares.

Urograma descendente Normal.

Estómago y duodeno No

hay alteraciones.

Colon por enema

Irregularidad del contorno superior y descenso del ángulo esplénico. No puede precisarse si se trata de proceso tumoral del colon o extracolón. Se repite, con las mismas conclusiones: En ángulo esplénico una contractura mantenida, con zonas de aspecto irregular (figs. 3 y 4). Se recomienda practicar neumocolon selectivo con doble contraste.

Neumocolon

Sugiere proceso extrínseco que comprime y desplaza el ángulo esplénico hacia

abajo. No puede descartarse patología de colon y recomiendan retroneumoperitoneo.

Retroneumoperitoneo

Existe una sombra redondeada superpuesta a la sombra renal izquierda que parece tumoración extrarrenal, que descansa sobre la cara anterior y desplaza el riñón de ese lado.

Laparoscopia

Llama a la atención que a nivel de hipocóndrio izquierdo, llegando a flanco izquierdo, existen múltiples adherencias que impiden la exploración.

No pueden precisar etiología.

En estas condiciones se consulta con cirugía y se decide una laparotomía exploradora con diagnóstico de tumoración maligna abdominal. (I-IX-72).

Informe operatorio

Se encuentra proceso inflamatorio crónico, con áreas de abcedación que abarca

bazo y un segmento de colon, donde existe pequeña perforación.

Se realiza esplenectomía. Resto de las vísceras normales. El bazo pesó 512 g. *Corte por congelación:* tejido fibroconjuntivo con infiltrado inflamatorio crónico.

Diagnóstico microscópico

Lesiones granulomatosas con extensas áreas de necrosis caseosa: Esplenitis tuberculosa abscedada (figs. 5, 6 y 7).

La evolución de la enferma es satisfactoria. Mejora su estado general. Con fecha 3-X-72 es valorada por nosotros. Se encuentra bien. Se impone tratamiento específico y se recomienda volver para chequeo.

— A los 3 y 6 meses se encuentra bien.

Asintomática.

Examen físico: negativo, así como los exámenes complementarios.

— Al año se encuentra bien. Asintomática.

Examen físico negativo. Aumento de peso (15 lb).

Exámenes: colon por enema. Tórax: normales.

— Eritrosedimentación normal, hemograma normal.

Dada la rareza de la esplenomegalia tuberculosa aislada, sin otras manifestaciones clínicas, la llamada tuberculosis hepática monorgánica primitiva o esplenomegalia tuberculosa clínicamente primitiva de Micheli, nos dimos a la tarea de revisar la entidad, encontrando que ha sido muy discutido el tema, con muy pocos casos publicados, ya que es muy rara, y en el adulto aún más.

Cuadro clínico

El diagnóstico clínico de la tisis esplénica aislada es difícilísimo; el cuadro clínico² puede ser solapado; astenia, febrícula, sensación de molestias o dolor en hipocondrio izquierdo.

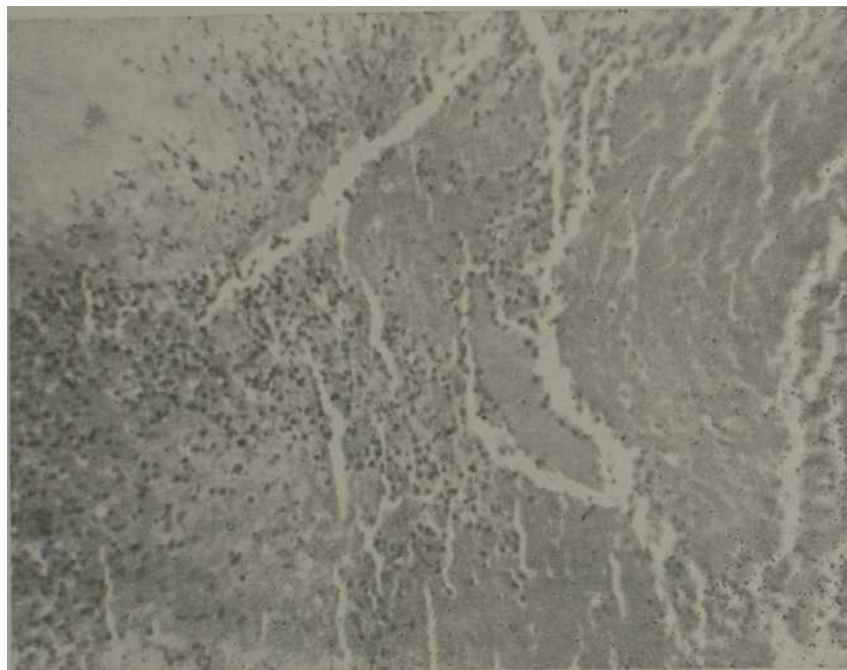


Fig. 5.—Microfotografía de un corte histológico esplénico mostrando extensa área de necrosis caseosa rodeada por un infiltrado de células redondas a predominio linfocitario. 20 X.

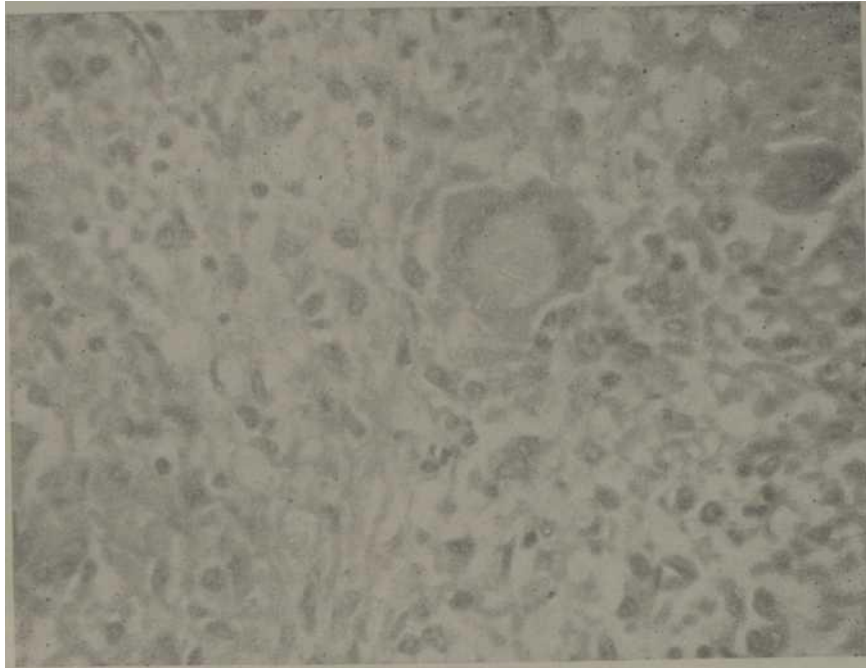


Fig. 6.—Presencia de abundantes células histiocitárias, linfocitos y células epitelioides con una célula gigante tipo Langhans en un granuloma esplenico. 45 X.

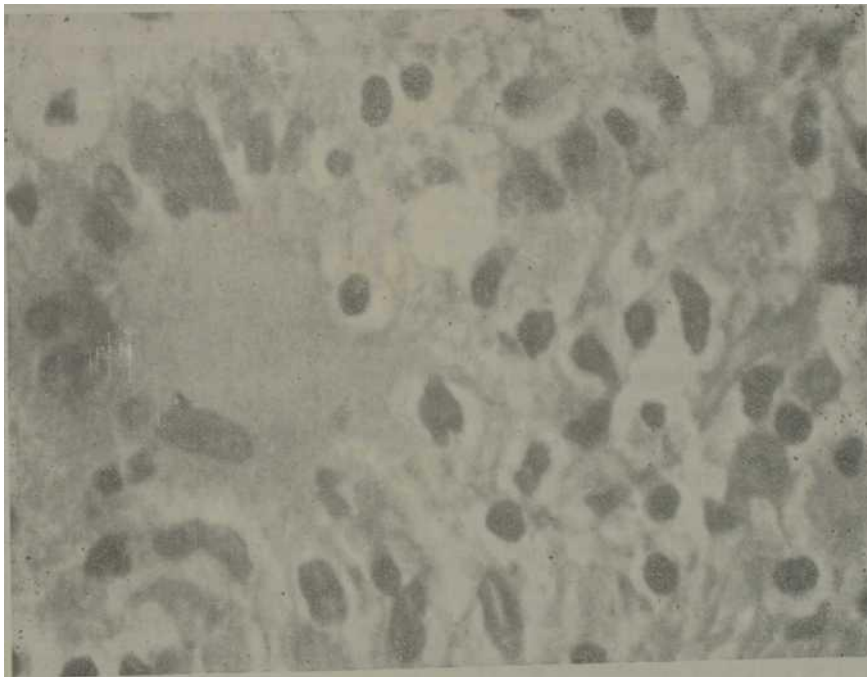


Fig. 7.—Microfotografía de un granuloma esplenico, demostrando una célula gigante ⁶ tipo Langhans y un infiltrado mixto hnoepiteloide. 90 X.

A la palpación llama a la atención la tumoración abdominal, en ocasiones muy voluminosa, que puede presentar las características de una esplenomegalia lisa o abollonada, a veces irregular con nodulos duros (tuberculomas clasificados). Pero a veces, como en el caso nuestro, es el diagnóstico de una tumoración abdominal.

El hígado puede estar tomado, aunque es rara la ictericia. Si hay ascitis depende generalmente de siembras peritoneales secundarias.

Así tenemos entre las formas clínicas:¹

- 1—Forma esplenomegálica pura
- 2 — Forma esplenomegálica febril
- 3 — Forma hepatoespénica (con o sin fiebre)^{3,4,5}
- 4 — Forma hepatoesplenoadénica (con o sin fiebre)
- 5 — Formas hematológicas^{5,6}
 - Anémica⁷⁻⁸
 - Policitémica
 - Trombocitopénica¹⁰
 - Leucopénica
 - Pancitopénica
- 6 — Formas asociadas.

Según la *evolución*:

Puede ser aguda, subaguda y crónica o lenta con latencias intercaladas de dos o tres años. Progresiva, terminal por diseminación a otros órganos.

Por la edad

La forma del infante:⁹ febril, ganglionar, hepatoesplénica.

La forma del adulto, con toma hematópoyética: policitémica, anémica, eritoblástica, pancitopénica.

Patogenia

Se dividen en tres subgrupos:

- I. Por alteraciones directas o primarias (lesiones tuberculosas específicas).
 - a) con lesión tuberculosa sin perturbación organofuncional
 - b) con Esplenomegalia congestiva activa
 - c) con hiperesplenismo secundario.
- II. Mecanismos secundarios. Inespecíficas, entre las que concluyen la forma bantiana que sólo transcurre con hipertensión portal.
- III. Formas mixtas:
Laboratorio

Desde el punto de vista hematológico podemos encontrar:

- a) Forma policitémica: bien conocida desde la comunicación fundamental de Rendu y Widal.
- b) Forma citopénica es más conocida y frecuente con sus variantes:
 1. Variedad anémica. Anemia hipocrónica
 2. Variedad leucopénica
 3. Variedad trombopénica. Hay un caso descrito que evolucionó con un síndrome purpúrico (trombopénico), tipo Werlhof.¹⁰

Raramente puede evolucionar como un síndrome icterohemolítico-tuberculoso.

Rayos X

Pueden advertirse zonas densas calcificadas intraesplénicas. Mediante la punción del bazo se ha logrado en ocasiones diagnosticar la tuberculosis esplénica.

La laparoscopia y biopsia son de gran valor diagnóstico.

A anatomía patológica

Desde el punto de vista de la anatomía patológica tuberculosa puede ser:¹¹

- a) *Bazo*: 1 - forma nodular o caseosa
 - 2 - forma tipo absceso frío del bazo
 - 3 - forma fibrosa
 - 4 - forma necrótica hemorrágica
- b) *A otros órganos*.

Rasado en elementos clínicos puros la tuberculosis esplénica pura o hepatoesplénica, no se diagnostica; a lo sumo se discute frente a un caso raro.

Al menos la hipótesis de la tuberculosis esplénica debe plantearse delante de toda esplenomegalia sola o con hepatomegalia, febril, de etiología indeterminada, ante todo, si ella se asocia a una tuberculosis más o menos discutible evolutiva o curada, o si existen antecedentes recientes de tuberculosis.

— Ciertos criterios permiten sospecharla.

— Si la esplenomegalia (importante) se presenta con una hepatomegalia ya diagnosticada como tuberculosa y ante todo si se acompaña de alteraciones hematológicas severas. En fin, la laparoscopia y biopsia, y a veces la laparatomía exploradora, como en nuestro caso, son de gran valor para el diagnóstico definitivo.

Recordar no obstante que no es raro que el conjunto de investigaciones sea negativo.

Tratamiento

Médico: a base de tuberculostáticos.

Quirúrgico (Esplenectomía). Según algunos autores los requisitos necesarios para plantear la intervención serían (*Chap-man*):

1. El bazo debe estar aumentado de tamaño (al examen físico o radiológico).
2. No debe existir en sangre periférica sospecha de leucemia aguda.
3. La punción esternal debe mostrar médula normal.

Combinado: tratamiento médico-quirúrgico como es el caso nuestro con buenos resultados.

Pronóstico

Es severo si no se diagnostica, al producirse diseminación hematogena a otros órganos, especialmente ganglios abdominales, hígado, etc.

Por ello, frente al planteamiento clínico de esplenomegalia tuberculosa, por algunos se acepta comenzar con el tratamiento antibacilar en casos de hallazgos hematológicos severos en ausencia de toda prueba de tuberculosis.

Algunos autores preconizan esta actitud por la frecuencia con que la tuberculosis provoca alteraciones hematológicas y por el carácter gravísimo de estas hemopatías que justifican en estos pacientes condenados a muerte el agotar todos los recursos terapéuticos.

Conclusiones

- I La tuberculosis aislada del bazo es muy rara, generalmente es secundaria a una tuberculosis de otra localización.
- II La localización esplénica de la tuberculosis ocupa un lugar privilegiado por la diversidad de aspectos hematológicos que puede tomar.

- III La tuberculosis esplénica diagnosticada y tratada puede evolucionar satisfactoriamente como en nuestro caso, y curar.
- IV La tuberculosis esplénica es de difícil diagnóstico; aparece como ha

llazgo necrópsico o en el curso de una extirpación de bazo por una causa ajena.

- V Ante toda esplenomegalia con un cuadro clínico indefinido, debe pensarse, como una posibilidad, en la etiología tuberculosa.

SUMMARY

Pena Pereiro, A. et al. *Isolated tuberculosis of the spleen*. Rev Cub Med 14: 2, 1975.

Clinical Histories of patients with tuberculous splenomegalia from the "Calixto García" hospital files are reviewed. One case of isolated tuberculous splenomegalia is presented, and its clinical picture reviewed; different types of hematological involvement are pointed out. The treatment of tuberculous splenomegalia is described.

RESUME

Pena Pereiro, A. et al. *Tuberculose isolée de la rate*. Rev Cub Med 14: 2, 1975.

On fait une révision des dossiers cliniques avec le diagnostic de splénomégalie tuberculeuse tirés des archives de l'hôpital Calixto García. On présente un cas de splénomégalie tuberculeuse isolée et on revise le cadre clinique. On souligne les différents types de troubles hématologiques. On précise le traitement des splénomégalias tuberculeuses.

PE3KME

2f ^apo A., K «p. H30jmpoBaHHu2 Tyóepcyjiés sejiensemH. Rev cub Med

PapCMaTb/TBSDTCfl HCTOPIDI <50Jie3HH BC6X ÓOJILHHX C TyÓepKyJlé3HHMH CMeHO- MerajjKHMit B
 óojn>Hjme* "KajniKCTO TaponH" . üpencTaBjiHeTCH
 no/<prnr7rP9Hn1 PIUieHOMeraJIHK H ÓOCVJmaeTCH KJIHHOTeCKaH KapTXHa
aSBS SSSe ffómera . y-romcn ζ«erae Tyóep
Kyjié3Horo ciuieHOMerajjHH.

BIBLIOGRAFIA

- Scemama, J. Les splénomégalias tuberculeuses. Étude clinique et pathogénique (Thèse) pp. 101-120, 1938.
- Lozano, J. La tuberculosis esplénica en Medicina Interna. Rev Med Hosp Gral Méx 26: 351-364, 5, 1963.
- Thapar, R.K. Gupta B.I. and Luthra S.B. Hepatosplenic Tuberculosis. J. Indian Med Assoc 44: 662-664, Jun. 1965.
- Gulati, P. D., P. B. Vyas. Tuberculosis of liver and spleen. J. Indian Med Assoc 45: 144-145, 3, Agosto 1965.
- Vidal, G. J. Salager. Tuberculose Hépatosplénique grave á forme hématologique. Marseille Med 886-92, 103, 1966.
- Klotz. Aspects hématologiques de la tuberculose de la rate. Sem Hop Paris 29: 77. 1953.
- Vortsman, J. et al. Anemia refractaria asociada a esplenomegalia tuberculosa. Rev Med Chil 94: 303-305, 5, 1966.
- Modau, J. et al. Servicio du Prof. Domará. Clinique Antoine Chautin Paris. Anémie Hémolytique révélatrice d'une tuberculose hépato-splénique. Sem Hop Paris. 797-801, 18, 1965.
- Fuentes, O. Un caso de tuberculosis generalizada post-primaria. Bol Med Hosp Infant Mex 21: 487-491, 4, 1965.
- Valenti, et al. Maladie de Werlhof avec manifestations neuromeningées et splénite tuberculeuse. Med Clin (Barcelona) 457-464, 4, 1945.
- Oreol, I. La tuberculose splénique. Ann Anat Pathol 4: 720-742, Oct-Dic, 1959.