

29 0
UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA



"ESTUDIO DE 50 PACIENTES CON SINDROMES NEUROLOGICOS
CON ESPECIAL REFERENCIA A LA
TUBERCULOSIS MENINGEA"

TESIS

PRESENTADA EN EL ACTO PUBLICO
DE DOCTORAMIENTO POR

MANUEL WASSERMANN D.

SAN SALVADOR
EL SALVADOR, C. A.

1953

822 P
153
F. Med
U. S

UES BIBLIOTECA CENTRAL



INVENTARIO: 10124536

062654

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

ING. ANTONIO PERLA

SECRETARIO

DR. JOSE SALINAS ARIZ

FACULTAD DE MEDICINA

DECANO

DR. ERNESTO FASQUELLE

SECRETARIO

DR. ROBERTO A. JIMENEZ

JURADOS QUE PRACTICARON EXAMENES PRIVADOS DE DOCTORAMIENTO

I.—CLINICA MEDICA

Dr. Eduardo Vásquez
Dr. Lázaro Mendoza
Dr. Pedro Menéndez

II.—CLINICA QUIRURGICA

Dr. Luis A. Macías
Carlos González Bonilla
Dr. Saturnino Cortez M.

III.—CLINICA OBSTETRICA

Dr. Roberto Orellana V.
Dr. José González Guerrero
Dr. Antonio Lazo Guerra.

En la ciudad de San Salvador, a las diez horas del día veintidos de Abril de mil novecientos cincuenta y tres. Reunidos en el Decanato de la Facultad de Medicina, los infrascritos miembros del Tribunal designado para calificar el trabajo de Tesis presentado por el Br. Manuel Wassermann D., titulado: "ESTUDIO DE 50 PACIENTES CON SINDROMES NEUROLOGICOS CON ESPECIAL REFERENCIA A LA TUBBERCULOSIS MENINGEA", hacemos constar, que hemos revisado dicho trabajo y que en vista de que reúne las condiciones exigidas por los Estatutos de la Universidad, le damos nuestra aprobación por UNANIMIDAD,

Dr. Juan Lloré,
Presidente.

Dr. Guillermo Guillén A.,
Primer Vocal.

Dr. Miguel A. Molina,
Segundo Vocal.

DEDICATORIA:

A mis Padres y hermanos

A MI ESPOSA

A mis Hijitos

A mis Suegros

A don José Koch y Sonia de Koch.

A mis Maestros y compañeros.

INTRODUCCION

Los estudios clínicos y epidemiológicos respecto la tuberculosis existente en el país, están de acuerdo en la alta prevalencia de esta afección. Recientes datos estiman en un 2.0% la tuberculosis de la población.

Esto representa un alto grado de infección.

Otros datos epidemiológicos muestran que el número de muertos registrados en la ciudad de San Salvador durante los años que van de 1942 a 1950, se aproxima al 50% del total de las muertes ocurridas en toda la República.

Es claro que la ausencia o presencia de un dictamen médico es esencial para un registro demográfico y que de él dependen la exactitud de los datos. Tanto es así, que los estudios epidemiológicos de la tuberculosis varían en una u otra circunstancia citada; por ejemplo, mientras que la tuberculosis ocupa el séptimo lugar entre las causas de muerte sin asistencia médica, se eleva a tercera con dicha asistencia.

Y recordemos aquí el doloroso hecho que, el 82.36% de los que murieron en el año 1950, no tuvieron asistencia médica. Que en el país hay un médico por cada 7,000 habitantes y de que hay grandes extensiones del territorio donde no hay ninguno.

Y que solamente cuando mejore la asistencia médica en el país podremos contar con un buen registro de mortalidad.

Estudios hechos por la División correspondiente de la Sanidad muestran que los tres primeros años de vida, luego la edad adulta joven y por último la vejez, presentan los niveles más altos de la mortalidad por tuberculosis.

Por todo lo expuesto es fácil evaluar el enorme problema que la tuberculosis representa en El Salvador.

Y si consideramos que la meningitis es una frecuente modalidad de la infección tuberculosa y casi siempre, una complicación de otra localización, también tendremos que concluir de antemano, que deberá ser una afección frecuente.

Y esto precisamente, lo que nos proponemos demostrar con este trabajo.

Se han estudiado cincuenta pacientes con variada sintomatología nerviosa. No se ha hecho ninguna selección. Son casos que estuvieron asilados en el Hospital Rosales durante el año 1952.

Se hizo un estudio clínico y en especial un minucioso, del líquido céfalo-raquídeo, haciendo hincapié en el cultivo para bacilos ácidos resistentes. También se ha inoculado a cuyos y después hecho el estudio anatómo-patológico de las vísceras. En los casos que falta la inoculación fué debido a carencia de estos animales de laboratorio. Pero en todos los casos el estudio cito-químico-bacteriológico fué completo y generalmente repetido una o dos veces.

Para el cultivo del L. C. R. se revolvieron 2 tubos del siguiente medio: PETROGNANI y LOWENSTEIN.

Se usó un centímetro cúbico de culote de centrifugación de LCR a 4,000 revoluciones por espacio de 20 minutos. Y para el esputo se usó 1cc. del culote del homogeneizado centrifugado a 4,000 revoluciones durante 20 minutos.

Se inyectó en la ingle del cuyo, vía subcutánea.

El objeto del presente trabajo, al escoger cincuenta casos con sintomatología nerviosa era precisamente concluir cual será la incidencia de la meningitis tuberculosa, afección que como ya dijimos sospechábamos debería ser frecuente dado el alto porcentaje de prevalencia tuberculosa.

Se nos ocurre que es un tema de suficiente importancia para que inspire ulteriores trabajos, mejores que este. Recordemos su predilección por las edades tempranas de la vida.

Su habitual resistencia al tratamiento. Sus proyecciones de orden social, ya que el aislamiento del adulto, evitaría el contagio de los niños. En realidad, el problema de la meningitis tuberculosa, es el problema de la tuberculosis en general.

En el fondo palpita el eterno y doloroso "leit-motiv" de este inmenso problema social; la miseria y la falta de adecuados métodos y medios, para aislar al tuberculoso y evitar sea un foco constante de infección para su familia y el prójimo en general.

Es importante para nosotros estar muy familiarizados con su expresión clínica, con las modalidades de laboratorio, su frecuencia, etc.

Así encontraremos la meningitis tuberculosa con más frecuencia, y disminuirán los diagnósticos vagos de encefalitis, estados meníngeos por alta fiebre, o convulsiones por parasitismo.

Cuantos más casos de meningitis hallemos, más estaremos convencidos de la imperiosa lucha por lograr mayor número de camas para aislar al tuberculoso del ambiente familiar y favorecer la vacunación con B.C.G. que ha mostrado ser eficaz en la reducción del número de meningitis tuberculosa.

Consideraciones Generales sobre la Meningitis Tuberculosa y su Diagnóstico

La meningitis tuberculosa es una manifestación meníngea de la diseminación hematógena del bacilo de Koch. Por consiguiente, secundaria a un foco primario, se hubiera éste localizado o no, previamente,

Etiológicamente, es el bacilo tuberculoso el germen responsable. Por lo general, existe en los antecedentes el hecho de haber convivido con enfermos de tuberculosis. Parece ser que el contagio mediante leche contaminada es rara o excepcional.

Su mayor incidencia, según los escritos clásicos, es entre los niños de 1 a 5 años. Ya veremos después que según este trabajo, la frecuencia nuestra es en edades un poco mayores.

Respecto a la sintomatología, digamos que, suele haber simultáneamente una tuberculosis miliar que queda oscurecida por los síntomas meníngeos.

El comienzo puede ser insidioso. Hay irritabilidad. Fiebre de muchos tipos, generalmente hética. Pronto aparece cefalea que va en aumento. Y dato importante: la cefalea es rebelde a los habituales medicamentos.

Hay estreñimiento. Los vómitos son un acompañante frecuente. Anorexia. A veces hay disfagia. Puede o no haber adenopatía cervical.

El aparato respiratorio es muchas veces clínicamente negativo. El pulso puede ser lento. Pero esto no es una regla. A veces está acelerado. Aparece rigidez de la nuca. Y la cefalea es cada vez más intolerable. Se manifiesta algunas veces por el llamado «grito hidrocéfálico». La reacción popular a la luz está abolida o disminuida. A veces hay anisocoria. Puede haber edema de pupila.

Aparecen convulsiones tónicas y clónicas. A veces las convulsiones localizadas a ciertas regiones del cuerpo es de particular valor diagnóstico.

En pacientes de más edad, el cambio de carácter y la cefalea y fiebre, son una tríada bastante sugestiva.

En los lactantes, la fontanela abombada traduce la hipertensión del líquido céfalo-raquídeo.

En el examen neurológico a veces el síndrome meníngeo está completo; posición en gatillo de fusil, hiperestesia cutánea, exageración de los reflejos tendinosos, raya meníngea. Rigidez de la nuca. Signos de Kernig, Brudzinsky y Babinsky presentes.

El laboratorio presta en esta situación clínica muy valiosa ayuda. Las tubeculínicas (Mantoux, Pirquet y Vollmer) son positivas al principio, para volverse negativas después.

La velocidad de sedimentación es alta. El estudio del líquido céfalo-raquídeo presta muy importante ayuda. La presión de L. C. R. está aumentada. El aspecto es claro, límpido. Las células están moderadamente aumentadas. Hay un predominio absoluto de los linfocitos en la fórmula.

La albúmina está aumentada hasta un gramo por mil.

La glucosa está disminuida y suele darse a esto un valor indicativo especial. Los cloruros también están disminuidos. La inoculación al cuyo y estudio de las vísceras suele mostrar lesiones específicas al anatomo-patólogo.

El oro coloidal es positivo en la III zona (curva meningítica). Los rayos X pulmonares suelen mostrar por lo general una tuberculosis miliar. Su negatividad no excluye el diagnóstico. El fondo del ojo puede ayudar también.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con las otras meningitis, como la meningocócica, purulenta, serosa y linfocítica. También hay que diferenciarla de la tifoidea, y de la paratifoidea, de las encefalitis y de las polioencefalitis. El pronóstico es por lo común malo. Se han reportado algunos casos de curación.

Algunos autores presentan hasta un 33% de curación. El tratamiento es a base de estreptomocina durante varios meses. El foco tuberculoso primitivo debe de ser identificado y tratado.

El uso de la Estreptomocina es según algunos autores, más aconsejable que la Dihidroestreptomocina. La vía intramuscular es de elección, siendo la intratecal aún discutida. Se usa también el Promisol y el ácido para amino salicílico. El tratamiento puramente sintomático es muy importante, principalmente para aliviar la intensa cefalea.

Pero, para lograr los mejores resultados, es preciso que el tratamiento sea precoz, que la enfermedad sea detectada en sus fases tempranas.

ALGUNOS DATOS ESTADISTICOS DE LOS CASOS

Relación entre Radiografía Pulmonar Positiva a Lesiones Tuberculosas y la Meningitis Tuberculosa Comprobada

GRUPOS DE EDAD	MENINGITIS TB con Radiografía Pulmonar Positiva	MENINGITIS TB con Radiografía Pulmonar Negativa	TOTAL
Homabres de 1 año ...	1	1	2
De 1 a 4 años.....	0	0	0
De 5 a 9 años.....	0	0	0
De 10 a 25 años.....	1	3	4
De 25 o más	3	0	3
Totales	5	4	9

Relación entre la Sintomatología Clínica y Laboratorio

Con Síndrome Nervioso No Específico y Sin Comprobación Lab.

20

Con Síndrome Meníngeo y Sin Comprobación Laboratorio.....

21

Con Síndrome Meníngeo y CON Comprobación Laboratorio...

9

TOTAL

50

Número de casos de Meningitis Tuberculosa comprobada por Laboratorio o Anat. Patológica

GRUPOS DE EDAD	URBANOS				RURALES				TOTALES
	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO		
	No Comprobado	Si Comprobado							
Menores de 1 año	1	2	1	1	5
1 a 4 años.....	1	6	1	8
5 a 9 años.....	1	1	2
10 a 25 años.....	2	3	2	5	4	1	17
25 o más	2	1	4	6	4	1	18
Totales	3	4	16	2	12	1	10	2	50

Por Edad

GRUPOS DE EDAD	NUMERO DE CASOS
Menores 1 año.....	5
1 a 4 años	8
5 a 9 años	2
10 a 25 años	17
25 o más años.....	18
Totales	50

Por Sexo

NUMERO DE CASOS	MASCULINO	FEMENINO
	20	30

Por Residencia

GRUPOS DE EDAD	URBANOS	RURALES	TOTALES
Menores de 1 año.....	3	2	5
1 a 4 años.....	7	1	8
5 a 9 años.....	1	1	2
10 y 25 años.....	7	10	17
25 o más años.....	7	11	18
Totales	25	25	50

Orden y Frecuencia en que Aparecieron los Síntomas en los Casos de Meningitis Tuberculosa

- 1o. — Fiebre
- 2o. — Cefalea
- 3o. — Vómitos
- 4o. — Trastornos mentales
- 5o. — Trastornos hemológicos
- 6o. — Estreñimiento.

Relación entre los Casos Diagnosticados Clínicamente y los Comprobados por Laboratorio

GRUPOS DE EDAD	DIAGNOSTICADOS Y COMPROBADOS	NO DIAGNOSTICADOS PERO COMPROBADOS	TOTAL
Menor de 1 año	1	1	2
De 1 a 4 años.....	0	0	0
De 5 a 9 años.....	0	0	0
De 10 a 25 años.....	3	1	4
De 25 o más	3	0	3
Total	7	2	9

Evolución de los Casos Comprobados de Meningitis Tuberculosa

MUERTOS	2
IGUAL ESTADO	5
MEJORADOS	2
CURADOS	<u>0</u>
TOTAL	<u>9</u>

Los Hallazgos en el Líquido Céfalo-Raquideo Tomando las Cifras en Término Medio

- 1o. -- LEUCOCITOS..... 15 a 50 por campo.
- 2o. -- LINFOCITOS 85 a 90%
- 3o. -- PROTEINAS 75 a 100 mgs.
- 4o. -- GLUCOSA 25 a 40 mgs.

CASUISTICA

(Solamente de los Casos comprobados de Meningitis Tuberculosa)

EXPOSICION DETALLADA DE LOS CASOS CONFIRMADOS DE MENINGITIS TUBERCULOSA

CASO N° 1

J. M. H., de 7 meses y 25 días de edad, de sexo masculino, cantón «El Socorro de Guadalupe», ingresa el 16-10-52, al Hospital Rosales, consultando por "calenturas y ataques". Temperatura rectal, 39.5. Pulso, 70.

En el Consultorio Externo apuntan: Paciente sudoroso, con una erupción vesicular en todo el cuerpo, con convulsiones tónicas en los miembros superior e inferior izquierdo. Comisura labial izquierda desviada hacia la izquierda.

Hay catarro nasal. En el tórax: estertores subcrepitantes diseminados. Disnea, inspiración. Hay tos. Abdomen blando. Vómitos. Hoy no ha defecado. Impresión bronconeumonía. Remitido a Piedratria. En este servicio es levantada la siguiente historia:

Hace más o menos 8 días comienza a padecer de tos, secreción nasal y estornudos. Dos días después, la madre nota que el niño presenta calentura alta "que le quema", acompañándose de sudoración. Tres días después del comienzo de la fiebre y previo un vómito prolongado, aparecen convulsiones tónicas y clónicas, con desviación de los rasgos faciales y los ojos hacia la izquierda; esto mismo se ha repetido en tres ocasiones.

Desde los ataques, quedó con "parálisis" de los miembros izquierdos; hecho que ha ido cediendo poco a poco. Ahora tiene vómitos desde hace tres días.

En los antecedentes obstétricos de la madre, encontramos que este niño sin cuidados médicos adecuados. Dos embarazos anteriores con niños nacidos a término y actualmente muertos. El primero a la edad de seis meses de "convulsiones" y el segundo de "fiebre y desnucado".

Antecedentes familiares: Padre y madre vivos y sanos.

Enfermedades anteriores: Nada que notar.

Examen Físico

Niño en regular estado de nutrición. Febril, en el momento del examen tiene tendencia a la desviación de la cara o los ojos hacia la derecha. Pupilas simétricas. Reacción a la luz. Conjuntivas y palpebrales, descolorados. No se observan desviaciones de los rasgos faciales. En el cuello, hay cadena ganglionar, hipertrofiada en el lado derecho. En el aparato respiratorio, hay estertores bronquiales, diseminados en ambos campos pulmonares.

Aparato circulatorio: Negativo. Abdomen blando y depresible. Panículo adiposo conservado. El hígado y el bazo no se palpan. Miembro superior izquierdo contracturado. Los demás miembros con sus reflejos normales.

Sistema nervioso: Psiquismo conservado. Los reflejos osteotendinosos parecen normales. Los reflejos cutáneo-abdominales: abolidos.

Impresión: Convulsiones por proceso febril. Bronquitis aguda. Opinión del Jefe de Servicio: (17 Octubre, 52).

Con historia de convulsiones a repetición, con predominio del lado izquierdo, fiebre con antecedentes de paludismo, en presencia de un niño irritable, con psiquismo conservado, hiperreflexia más marcada del lado izquierdo y con desviación de la cara y de los ojos hacia el lado derecho.

Impresión Clínica: Encefalitis. Hemiplejía por reblandecimiento cerebral. Investigar lúes.

Un día después otro médico del Servicio encuentra:

Impotencia funcional y "hemiplejía" de ambos miembros superiores e inferiores. Lo mismo que acentuada hiperreflexia, lo que descartaría una poliomiélitis.

El primer médico citado, recalca el hecho que la abertura palpebral del ojo izquierdo está más abierta que la del lado derecho. El 20 de Octubre encuentra al paciente completamente mejorado, sin desviación de la cara y ojos. Apirético. (35°). La espasticidad y contractura han disminuido notablemente. Pero dos días después hay una brusca elevación térmica (38.5°). Mueve menos los miembros. Somnoliento. Irritable. 22 Octubre = 52. Se observa midriasis bilateral. Pupilas más activas del lado derecho. Impotencia funcional miembro superior izquierdo.

Se sospecha *meningitis tuberculosa*.

El oftalmólogo anota: (27 de Oct. = 52).

Fondo de ojo izquierdo es normal.

El ojo derecho no se logra ver porque el niño no lo permite.

CASO N° 2

(Registro No. 92696)

E. O. B., de 5 meses de edad, masculino, residente en San Salvador, ingresa a este Hospital el día 17-2-52, consultando por

“Rigidez de la nuca y porque no quiere mamar.”

Desde hace 15 días alzas térmicas, vómitos espontáneos. Diarrea. Rigidez de la nuca. No quiere mamar.

Examen físico: Parálisis facial del lado izquierdo. Contractura permanente del miembro superior derecho.

Reflejos patelares, exagerados; abdomen, depresible. No doloroso. Bazo, negativo. Hígado, a nivel del reborde costal.

Impresión: Parálisis facial. Secuelas de encefalitis. El permanente Pediatría apunta:

Hace más de quince días, dice la madre, le comenzó por “tembladera” en la cabeza y el pecho. Que también le tiemblan los miembros superiores, acompañándose de vómitos y diarreas. Es un niño alimentado con leche materna y en polvo.

Examen físico: Niño bien constituido. Tranquilo. Indiferente. No reacciona ante ningún objeto que se le muestre. Cuero cabelludo con seborrea. Fontanela pequeña. Contractura de la nuca. Hay anisocoria, Pupilas no reaccionan a la luz.

Lengua sucia. El tórax, simétrico. Examen pulmonar, clínicamente negativa.

Corazón, taquicardia. Abdomen blando. Depresible. Hígado y bazo, negativo.

Neurológico: Rigidez de la nuca. Pupilas no reaccionan a la luz. Anisocoria. Reflejos patelares, exagerados.

Babinsky: del lado izquierdo. Respuesta en forma de abanico de Duprez. Hay ganglios occipitales.

Impresión: Parálisis debida a encefalitis

El médico del Servicio anota:

Biopsia contestada por el Laboratorio de Anatomía Patológica, de un ganglio inoculado con L. C. R.:

“TUBERCULOSIS FOLICULO - GASEOSA” (13 - 5 - 52).

Leucograma: Glóbulos blancos..... 13,500
Linfocitos 18%
Monocitos 4%
Neutrófilos 78%
Eosinófilos..... 0%
Química sanguínea: Calcio 8.1 mgs.°/o
Glucosa... 121 mgs.°/o

El tratamiento fué a base de estreptomocina PAS, suero mixto y luminal.

La evolución de la enfermedad fué hacia el empeoramiento. La madre en vista de ello, pidió el alta del niño, después de 36 días de permanencia en el Hospital.

Comentario

Niño de 5 meses, que ingresa con un franco síndrome meníngeo: fiebre, cefalea, convulsiones, trastornos neurológicos localizados, posición en gatillo de fusil, exageración de los reflejos tendinosos. Rigidez de la nuca. Kerning.

Y encontramos también el hecho mencionado por los franceses principalmente, y que consiste en que las parálisis, convulsiones o contracturas LOCALIZADAS a ciertas regiones y que tiene, según ellos, valor diagnóstico para la meningitis tuberculosa.

El laboratorio fué muy concluyente: el líquido céfalo-raquídeo, con acentuada pleocitosis, aumento neto de las albúminas, hipoglucorraquia e inoculación al cuyo, positiva. Radiografía pulmonar, mostrando granulía.

La extrema juventud del paciente, de por sí hizo difícil mucha precocidad en el diagnóstico. La enfermedad evolucionó rápidamente y la madre se llevó al niño a morir en su casa.

CASO N° 3

(Registro No. 65658)

R. M. P., de 21 años de edad y de sexo femenino, ingresa a este Hospital el 5 de Octubre de 1952, consultando por "cefalea". Dice haberle comenzado hace ocho días; que es un dolor generalizado, que se le irradia a la nuca, al cuello y a la cara. Es un dolor continuo y rebelde a toda clase de pastillas e inyecciones.

Hace seis meses tuvo su último parto, y desde entonces notó que empezó a perder peso.

Acusa fiebre desde hace dos meses; fiebre que se acentúa por la noche. La cefalea se acompaña de vómitos alimenticios. Después de su último parto, se le practicó una radiografía en Sanidad, que revela una "infiltración miliar en ambos campos pulmonares", (placa No 31417. Septiembre-52).

Desde entonces ha estado en tratamiento con Dihidro-estrepmicina.

Examen: Enferma quejumbrosa, regularmente constituida. Párpados hinchados. No febril. Tórax: simétrico. El examen pulmonar es clínicamente negativo.

Aparato respiratorio: Abdomen, blando y depresible. En el neurológico, hay cierto grado de rigidez de la nuca. No hay Kerning, ni Brudzinsky. No Babinsky. Patelares: vivos.

Impresión: 1—Cefalea de origen por determinar.

2—Meningitis tuberculosa.

La misma tarde la paciente es vista por el Servicio de Guardia de Medicina, que apuntan más o menos lo mismo que lo anterior, sólo agregando el importante dato: que la paciente sufre de "estreñimiento", y como primer diagnóstico: "Meningitis tuberculosa", e indican los exámenes de rigor.

Observación completa del Servicio:

"Consulta por dolor de cabeza y contracturas".

Refiere la paciente que hace dos meses y estando en aparente buen estado de salud, le cayeron unas tormentas y desde entonces ha presentado fuertes fríos y calentura que le duran gran parte del día. Sudoración profusa.

Después se siente muy agotada, pero fresca. Al día siguiente el cuadro se repite a partir del mediodía y así sucesivamente. Esto se prolongó durante unas siete semanas, después de los cuales le han puesto una dosis de 400,000 U. de Penicilina tres días seguidos, al cabo de los cuales desapareció el cuadro citado anteriormente. Hace un mes se le inflamó la muñeca derecha, con fuerte dolor. Pocos días después lo mismo en la rodilla izquierda. El proceso flogístico de las articulaciones duró entre 4 y 9 días resolviéndose sin dejar huella alguna.

Hace 13 días amaneció con un fuerte dolor de cabeza de localización frontal. Rebelde a toda clase de analgésicos. Siete días después aparecen vómitos.

Antecedentes: Padres vivos. Sin más de importancia.

Personales: Sarampión en la infancia. A los 10 años disentería con sangre. Ha tenido 4 partos normales. El último hace 6 meses. No abortos. Oficios domésticos.

Examen Físico: Temp.: 37°. Pulso 74.

Paciente de regular constitución. Quejándose casi continuamente de cefalea. Contesta bien al interrogatorio, Facies abotagada.

Examen físico: Temperatura, 37°. Pulso, 74.

Paciente de regular constitución. Quejándose casi continuamente de cefalea. Contesta bien al interrogatorio. Facies abotagada. Tegumentos pálidos. Conjuntivas decoloradas. Discretos edemas tibiales. Lengua sucia. Dentadura en buen estado. Faringe, 0. Apex, en el 5° espacio I. I. Primer ruido en el foco pulmonar apagado. Ritmo normal. Pulso, débil, regular. 74 por min. T. A.: 115×75.

Tórax: bien conformado. Pulmonar: clínicamente negativo.

Abdomen, con paredes flácidas. Doloroso a la presión en toda su superficie. (Dice la paciente que el dolor es debido al esfuerzo del vómito). Zona esplénica percutible. No palpable.

Hígado: negativo. Hay ganglios cervicales e inguinales. No se aprecian signos inflamatorios en las articulaciones.

Neurológico: rigidez de la nuca. No Brudzinsky. Kerning, ligeramente esbozado. Reflejos tendinosos y cutáneos: normales.

Pupilas: reaccionan a la luz.

Ginecológico: Uretra y Bartholin, negativo. Periné flácido. Cuello entreabierto. Blando. Anexos dolorosos. Cuerpo en retroflexión, secreción, granulosa, blanquecina.

Impresión: Proceso infeccioso crónico, por determinar. Los signos de irritación meníngea podrían ser debidos a meningismo, pero la punción lumbar decidirá el diagnóstico.

Opinión del Jefe del Departamento de Medicina:

"Meningitis tuberculosa es el diagnóstico en el presente caso".

Opinión del Oftalmólogo:

"Motilidad extrínseca, normal. La intrínseca: reflejos pupilares retardados. En el ojo derecho hay edema macular discreto. No fué posible ver las placas. Parece haber lesiones tuberculosas". Hay dos ulteriores exámenes de fondo de ojo, donde ya no se encuentran lesiones tuberculosas. Inclusive el primero en haberlas encontrado, según anota, encuentra dudosa su primera impresión.

Radiografías pulmonares:

- 9 de Octubre 52..... "Hay granulia".
- 18 de Noviembre 52... "No se observa ningún cambio".
- 5 de Enero 53..... "Las sombras granúlicas son cada vez más pequeñas".

Exámenes del Líquido Céfaló-Raquídeo

8 Oct. 52	24 Nov. 52	26 Enero 53
Color Amarillo-claro.	Amarillo-claro	Incoloro
Aspecto Ligeram. turbio	Límpido	Límpido
Coagulación.. Albuminoso	Negativo	Negativo
Hematíes..... 102	Negativo	Negativo
Leucocitos { Linfocitos ... 73% 26 Polinucl. ... 27%	22 { Linf. 68% Pol 32	15 { Linf. 72% Pol. 28%
Proteínas..... 175 mgs. %	Prot.: 305 mgs. %	Prot.: 82 mgs. %
Glucosa 41 mgs. %	Gluc.: 101 mgs. %	Gluc.: 61 mgs %
Cardiolip. ... Negativo	Cardiolip.: Neg.	

El 8 de Octubre contestan: "Cultivo de L. C. R., positivo a bacilos ácido-resistentes".

Hemograma: Glob. Rojos, 4,500,000; Hgb., 12.3 mgs. 77%. Volumen: Glob. Medio, 75 mic.; Eritr. Emp., 34. Con Hgb. Glob., 36 gr.%. Hgb. Glob. Media, 27 mic. Reticulocitosis, 1.2.

Glóbulos blancos: 8,800; Linfoc., 22%; Monocitos, 3%; Neutr., 4%; Bas., 4%.

Reacción de Hanger, positivo (dos cruces); Timol, igual 7 U Timol.

Esta paciente tiene al presente (15 Febrero 53) tres meses de estar internada en el Hospital Rosales. No acusa aparentemente ningún malestar. La fiebre que se ha mantenido durante dos meses en regulares agujas, llegan a 38° y 39°, tiene ahora un mes de estar completamente afebril.

Es tratada con Estreptomicina, Rimifón, Complejo del Grupo B, etc.

Comentario

Esta paciente, una tuberculosa comprobada desde antes de su consulta en el Hospital, a su ingreso a éste, ya trae algunos síntomas del cortejo meníngeo como intensa cefalea y rigidez de la nuca. Los trastornos articulares que aquejaba hacía poco, eran más bien manifestación de su granulía, la llamada artritis de Poncet.

Era de elemental lógica establecer inmediatamente el diagnóstico de Meningitis tuberculosa en esta paciente, dado los antecedentes y la sintomatología presente, hasta que se llegase a demostrar lo contrario.

Pero los exámenes de laboratorio fueron confirmatorios en todas sus partes.

Aquí el tratamiento fué bastante temprano e intensivo. Los resultados al presente son buenos y sólo el tiempo dará la última conclusión.

CASO N° 4

(Registro No. 95145)

R. C. [N., de 11 años de edad, de sexo masculino, originario y vecino de Zacatecoluca, ingresa al Hospital el día 21-4-52, consultando por "dolor de cabeza".

La observación del Servicio dice así: Refiere el paciente que hace ocho días y encontrándose anteriormente en aparente buen estado de salud, se inician sus padecimientos por fiebre de tipo continuo, sin escalofríos, de 4 días de duración, para sobrevenirle después cefalea intensa, paroxística, de localización en la frente, y que le hacían arrancar gritos de dolor. Al mismo tiempo vómitos, unas veces espontaneos y otras veces con esfuerzo. Pero lo que más le hace insoportable la vida es la intensa cefalea.

En el momento de levantar estos datos, se presentan al paciente vómito en chorro con grandes gritos que recuerdan el llamado "grito hidrencefálico". Cae en estado de inconciencia, adoptando rápidamente la posición de "gatillo de fusil".

EXAMEN FISICO: Paciente impúber, con la consciencia obnubilada, quejándose de atroz cefalea frontal, adoptando repetidas veces la "posición en gatillo de fusil" y con vómitos en chorro.

Estado general bastante bueno. Hay adenopatía cervical y subángulo maxilar.

Hay opacidad de la córnea del ojo izquierdo. Pupila derecha reacciona bien a la luz.

Faringe y amígdalas; negativo. En los dientes hay caries y faltan algunas piezas.

Tórax; simétrico y bien conformado.

Pulmonar; no tos. 14 respiraciones por minuto. Clínicamente negativo.

Cardiovascular; Pulso lento; 60 pulsaciones por minuto. Hay extrasístoles. Apex en el 5º E. I. I. Focos limpios.

Lengua saburral. Hiporexia. Franco estreñimiento: Vómito en chorro.

Abdomen: blando, depresible. No doloroso.

Hígado y bazo: negativo.

Neurológico: paciente obnubilado. Acusando gran cefalea, con vómitos en chorro.

Hemograma: Glóbulos rojos, 3.440.000; Hemog., 12 grs., 75%; Erit. Empac., 33; Vol. Glob. medio, 97 mc.; Conc. Hgb., 35 mic.; Retic., 0.7; GLOBULOS BLANCOS, 19,000, linf. 20%; Monocitos, 1; Neutrof., 79%; Eosin, 0; Bas, 0.

ERITROSEDIMENTACION: 18 mm. por hora, (23-4-52).

Hasta aquí la historia y los exámenes de su primer estancia en el Hospital. Permaneció 84 días y salió clasificada como "mejorada".

La fiebre había sido en francas agujas que alcanzaban 39 grados en su mayor altura, aunque por lo general oscilaba entre 37, 5 y 38 grados. Se le había dado de alta después de casi un mes relativa apirexia, de ligera mejoría del estado natural.

El 8 de Agosto regresa nuevamente al Hospital, relatando que ocho días después de su salida de este Centro, le aparecieron fríos y calenturas, rigidez de la nuca y dolor. Asimismo tos, fuerte cefalea, vómitos y anorexia. Contracturas musculares, principalmente en los miembros superiores.

El examen físico practicado al presente no difiere mayormente del de su primer ingreso. El diagnóstico clínico, desde luego, es el mismo. La temperatura es de 38 grados.

Los exámenes de laboratorio del segundo ingreso son muy escasos; un hemograma con una leucocitosis de 10,000. Los restantes de hematíes, heces y orina son de poca importancia.

La segunda estancia es de 85 días. La fiebre en esta oportunidad se había mantenido casi en los límites de la normalidad, salvo pequeñas elevaciones de medio grado.

Se le da alta como MEJORADA. En las dos estancias en el Hospital fué tratada con analgésicos, PAS, Dihidroestreptomina, Nidracid, Vitaminas, hierro.

Comentario

Paciente de once años, que consulta por intensa cefalea y a quien se encuentra un franco síndrome meníngeo.

También aquí llama la atención que los trastornos neurológicos como contracturas musculares sean localizadas a algunos grupos musculares de los miembros. Ya hemos encontrado en varios casos de meningitis tuberculosa el hecho de la localización lesional.

Por lo demás, el laboratorio mostró un líquido céfalo-raquídeo con irritación crónica y el cuyo inoculado fué positivo a lesiones tuberculosas.

Ya el hecho de presentar un paciente de once años de edad un tan franco síndrome meníngeo, con el llamado "grito hidrocéfálico" la meningitis de origen tuberculosa debe acudir a nuestra memoria y hacer el médico uso de toda su acuciosidad para afirmarla o descartarla.

CASO N° 5

(Registro No. 78087)

A. C. C., de sexo femenino, de 48 años de edad, de Zaragoza, Santa Tecla, ingresa al Hospital Rosales, el día 17-7-52, consultando por "fiebres".

Refiere la paciente que hace 14 días y estando con buena salud, se le inicia malestar general. Al día siguiente, fiebre, aparentemente continua. Sin escalofríos. Al mismo tiempo se le ha instalado intensa cefalea. Estreñimiento. Anorexia. No náuseas, ni vómitos.

Examen Físico: Paciente en la edad media de la vida, tranquila en decúbito dorsal. Tez morena. Responde bien al interrogatorio. Febril (39.7 y pulso 110). Mastoides, negativo.

Con. Aud. Ext., abundante cerumen. Fosas nasales: negativas.

Pupilas activas, simétricas. Conjuntivas decoloradas. Lengua sucia, roja en los bordes. Dientes en regular estado.

En el cuello no hay adenopatías. Tiroides: negativo. Yugulares: colapsadas.

Tórax: simétrico.

Aparato respiratorio: clínicamente negativo.

Aparato circulatorio: ruidos limpios. Apex: quinto esp. I. I.

Pulso: blando, depresible, regular.

Abdomen: blando y depresible.

Bazo e hígado: en sus límites normales.

Ginecológico: Vulva entreabierta, U. y B., negativos.

Cistocele, grado I. Cuello, blando. Fondos de saco, libres.

Sistema nervioso: ligero grado de rigidez de la nuca. Kerning, dos cruces. Reflejos patelares y aquileos, vivos. Cutáneos abdominales, normales.

Impresión: Estado infeccioso, tal vez se trate de una meningitis. (Practicante de Turno Con. Externo).

Unas horas más tarde, el Personal del Servicio de Guardia de Medicina anota:

T. A. 90 por 60, Pulso 92, Resp.; 20 Temp.; 39.2.

Historia igual a la del ingreso. Paciente febril que presenta un síndrome meníngeo, no muy franco. Rigidez de la nuca, dos cruces. Esbozo de Kerning. No hay Brudzinsky. Signo de Binda, positivo. Reflejo pupilar, normal. Osteotendinosos: patelares, aquileos, medio-pelviano y tricipital; todos muy vivos.

En el plantar derecho, hay Babinsky y sucedáneos.

Paciente lúcida con unos quince días de evolución de enfermedad, aparentemente.

COMENTARIO: Es una paciente que ahora presenta un síndrome meníngeo, lúcida y con antecedentes de Tb. pulmonar, tipo granulítico (así lo afirma radiografía de 17 Sept. 52), es lógico pensar en una localización meníngea del mismo origen. Sin embargo es necesario una punción lumbar para descartar un proceso agudo bacteriano, por haber antecedentes de una otitis media izquierda.

IMPRESION: MENINGITIS TUBERCULOSA.

A continuación se practica punción lumbar, saliendo el L. C. R. gota a gota, con aspecto de agua de coco.

Se procede al tratamiento con Estreptomicina y Aspirina.

En el Servicio es levantada la siguiente historia:

Paciente adulta, de constitución delgada, de tegumentos morenos.

Tranquila en decúbito dorsal. Psiquismo conservado. Responde con lentitud al interrogatorio.

Ojos: conjuntivas palpebrales congestionadas. Reflejos pupilares normales. Fosas nasales: negativo. Oídos: con cerumen.

Boca: lengua saburral en el centro, lisa en los bordes.

Dentadura pésima. Hay piorrea. Faringe: ligera congestión.

Amígdalas: negativo. Mastoides y tiroides: negativo. Yugulares colapsadas. Examen físico pulmonar: parece negativo.

Corazón, ápex., quinto espacio I. I. L. Mc. Focos limpios. Ritmo regular. Pulso, lleno, regular. T. A., 90 por 60.

Abdomen: blando y depresible. Hígado y bazo: negativos.

Anorexia: Una cámara al día. Espalda y extremidades: negativas.

Ganglionar: negativo.

Neurológico: Rigidez de la nuca, tres cruces. Kerning, dos cruces. Brudzinsky, una cruz. Reflejos osteotendinosos en los miembros superiores, son normales. Patelares y aquileos, exagerados. Hay Babinsky y sucedáneos en el lado derecho. Cutáneos abdominales, exagerados. Lo mismo el medio-pubiano.

Impresión: El comentario aquí es casi igual al expresado por el Servicio de Guardia de Medicina, es decir: Meningitis Tuberculosa.

Exámenes Complementarios

Rrdiografías: PULMONAR. (17 Septiembre 1952).

"Hay infiltración tipo miliar en todos los campos pulmoneres, probablemente debido a granulia".

Otra Radiografía Pulmonar: (28 de Julio de 1952).

"Hay marcada mejoría. Las sombras miliares han disminuido en un 90%. Quedan aún sombras fibrosas en ambos vértices".

Examen de esputos: Directo "negativo". (1° de Octubre de 1932).

EXAMEN DEL LIQUIDO CEFALO-RAQUIDEO

18 de Julio - 52	30 de Julio - 52	15 de Agosto - 52
Color..... Leve xantoc.	Xantocrómico	Lev. amarillo
Aspecto..... Leve-turbio	Límpido	Agua de rosa
Coagulación. Negativo	Negativo	Negativo
Sedimento... Negativo	Negativo	Negativo
Hematies ... 8	8	45
Leucocitos .. 355	155	36
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">{</div> <div style="margin-right: 10px;">Linf.: 81%</div> <div style="margin-right: 10px;">Poli.: 9%</div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">Linf. 96%</div> <div style="margin-right: 10px;">Poli. 4%</div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;">{</div> <div style="margin-right: 10px;">Linf. 74mgs. %</div> <div style="margin-right: 10px;">Poli. 26mgs. %</div> </div>
Proteínas 323 mgs. %	258 mgs. %	227 mgs. %
Glucosa..... 69 mgs. %	87 mgs. %	87 mgs. %
Cardiolipina Negativo	Negativo	Negativo
Bac. NO Ac. Res. .. Negativo	Negativo	En observ. cuyo

Hay una inoculación al cuyo: negativa. (15-8-52).

Hay un cultivo a bacilos ácidos resistentes: negativo. (1°-10-52)

El 4 de Septiembre aparece un Examen Bacteriológico Directo del L. C. R., con resultado positivo a bacilos ácidos resistentes.

Hemograma: Glob. Rojos, 3.560,000; Hemog., 12.3 grs., 77%; Erit. Emp. 32.

Vol. Glob. Medio, 91; Conc. Hgb. Glob., 38; Ret., 0.1.

GLOBULOS BLANCOS: 8.300; Linf., 15; Motocitos, 1; Eos., 1; Bas., 0.

Antígenos febriles: negativos. (27-7-52).

La fiebre que en un principio fué de 39.5, descendió un poco; pero se mantuvo en forma de espaciaosas agujas en forma remitente, para que al cabo de 7 días se presentase sólo en forma de pequeñas elevaciones, muy cercanas a la normal. Al cabo de 15 días nuevamente grandes elevaciones térmicas, que sólo en raras ocasiones llegaron a la normal.

Después de 2 meses de estancia en el Hospital, la familia pide el alta por encontrarse el paciente en el mismo estado.

Ha sido tratado con Dihidro-estreptomicina, PAS y Nidracid.

Comentario

Una paciente vieja, con un síndrome meníngeo bastante franco y con antecedentes de tuberculosis pulmonar, confirmada por radiografía anterior, obliga a pensar en localización meníngea del mismo origen.

Efectivamente el laboratorio confirmó ampliamente que la citada regla de buena clínica resultó cierta.

Este caso nos muestra que la meningitis tuberculosa, si bien tiene predilección por las tempranas edades de la vida, puede atacar a cualquier edad. Y que debe ser buscada en todo tuberculoso, y que el temprano tratamiento de la infección bacilar con métodos adecuados, protegerá al enfermo de esta amenaza, lo mismo que a sus hijos.

CASO N° 6

(Registro No. 95229)

F. G. G., de 37 años, de sexo femenino, de San Pedro Masahuat, ingresa a este Hospital el 22 de Abril de 1952, consultando por "calenturas".

En el Consultorio Externo, apuntan: Tem., 38; Pulso, 68.

Hace 22 días le comienza la enfermedad por calenturas y en forma continua. Durante dos días tuvo una crisis diarréica moderada.

No ha presentado trastornos respiratorios. Anorexia desde el principio de la enfermedad.

Examen Físico: Adulta quejumbrosa. Lengua muy saburral. Faringe congestionada. Abdomen blando, doloroso a la presión.

Bazo: percutible. Hígado: palpable, blando, doloroso.

Pulmonar: negativo.

Pupilas: reaccionan perezosamente a la luz. Hay exacerbación de los reflejos patelares. Un poco espasticidad en los miembros inferiores. Hay rigidez de la nuca. Kerning: positivo. No Brudzinsky.

Impresión: Estado infeccioso. Síndrome meníngeo. Viral.

Ya en el Servicio, apuntan lo siguiente:

No se puede historiar bien a la paciente, porque no concreta bien las respuestas.

Enferma adulta, intranquila, de tegumentos morenos, que responde sin coordinación a las preguntas que se le hacen.

Ojos: foto-motor presente. Conjuntivas: bien coloreadas. Lengua: limpia. Dientes: en mal estado. Raigones.

Microadenopatías carotídeas. Tiroides: negativo.

Tórax: simétrico. Mamas péndulas. Pulmonar: clínicamente negativo.

Cardiovascular: sin particularidades. Abdomen blando y depresible.

Bazo e hígado: negativo.

El 12 de Julio el laboratorio de Anatomía Patológica contesta:
"Biopsia de ganglios de la región inguinal y de la región preaórtica de cuyo inoculadò con L. C. R., resultado:

"HAY TUBERCULOSIS FOLICULO-CASEOSA".

Hemograma: Glóbulos rojos: 3.900.000. Hemoglobina: 13 grs. 81%.
Eritr. Emp.: Vol. Glob. Medio: 92 micmic. Conc. Hgb. Glob.:
36 grs.%.
Hgb. Glob. Media: 33. Retic.: 0.2%.

GLOBULOS BLANCOS: 6,200. Mon.: 1%. Linf.: 14%. Neutrofilos: 83%. Eos.: 2%.

Hay repetidas gotas gruesas con resultado negativo.

Son negativos también los antígenos febriles. Lo mismo el examen de orina.

La fiebre es francamente intermitente, llegando en su máximo a los 39 grados, pero habitualmente está a los 38 grados. Los ascensos térmicos son por la tarde.

En general, la paciente ha mejorado algo comparado con el ingreso. Sale del Hospital siempre febril, con solo una ligera mejoría del estado, después de 28 días de permanencia.

Ha sido tratada con Viacilina, Estreptomina, PAS, amigen de hierro, etc.

Comentario

En este caso, la historia de la enfermedad es confusa y ciertamente no orienta hacia ningún diagnóstico especial. El síndrome meníngeo bastante moderado, apenas nos da elementos que pudieran hacer sospechar la meningitis tuberculosa. Pero la intensa cefalea, aquí fué el síntoma predominante, y junto a la fiebre prolongada, hizo ya desde un comienzo vislumbrar una posible meningitis tuberculosa.

Efectivamente el laboratorio lo confirmó. La inoculación al cuyo: positiva. Líquido céfalo raquídeo típico de una inflamación crónica.

La radiografía pulmonar revelaba una infiltración granúlica de todos los campos.

He aquí la importancia del control periódico del paréquima pulmonar en toda persona; ya vimos que clínicamente el pulmonar parecía negativo.

CASO N° 7

(Registro No. 88752)

M. R. C., de 26 años de edad, de sexo masculino, de San Salvador, ingresa al Hospital Rosales el día 29 de Enero de 1952, consultando por "calenturas, dolor de cuerpo y constipación".

Temperatura, 38.6 grados. Pulso, 100.

Refiere que en Diciembre estuvo padeciendo de dolor en el miembro superior izquierdo, más acentuado en la cadera izquierda.

Desde hace aproximadamente 14 días se instala fiebre intermitente acompañada de escalofríos.

Tuvo vómitos en los primeros días de la enfermedad. Cefalea fuerte desde el comienzo. Constipación. No cámaras desde hace doce días. Desde hoy, como a las 10 a.m., no ha podido orinar.

Tiene varios años de padecer de laringitis, con disfonía acentuada. Le han recomendado estreptomocina.

Examen: Paciente adulto, tranquilo. Contesta bien el interrogatorio.

Disfónico. Tegumento y conjuntivas, decoloradas. Enflaquecido.

Lengua saburral. Piezas dentarias: regular estado. Faringe: negativa.

Abdomen: tenso, paredes contracturadas. Dolórosas a la presión, lo que no permite explorar el hígado y el bazo.

Vejiga urinaria: distendida. Articulaciones de todos los miembros, dolorosas a la presión. (No aparece ningún dato de exploración del sistema nervioso), y después aparece como diagnóstico: *Estado infeccioso.*

El Servicio de Guardia de Medicina, anota:

(29-1°-52) Temperatura: 37.7. ta 110 por 100.

Paciente que acusa cuatro recaídas. Diagnosticada la primera de laringitis tuberculosa. En 1937 lo mismo y también en 1940. Estuvo recluido en el Sanatorio por una lesión pulmonar mínima.

Ha sido tratado en varias ocasiones con Estreptomocina. Hace seis meses le sobreviene disfonía con dolor. No acusa tos. Desde hace 19 días, dolor en todo el cuerpo, anorexia y estreñimiento.

Examen Físico: Paciente disfónico, adulto, enflaquecido, lengua saburral. Dentadura en regular estado. Faringe y amígdalas: atróficas.

Fosas nasales, C. A. E. y mastoides: negativo.

Tórax: parrilla costal visible. Pulmonar: submacidez en el vértice Vado izquierdo y ambas bases. Respiración sopiante en el vértice derecho.

Corazón: taquicardia. Abdomen: ligeramente doloroso, con reacción de defensa. Globo vesical: debajo del ombligo.

Genitales: negativo. Miembros inferiores: dolorosos a la presión.

No edemas. Sistema nervioso: cefalea. Rigidez de la nuca: dos cruces.

Hiperreflexia tendinosa. Hiperestesia generalizada, especialmente en los miembros inferiores. Esbozo de Babinsky bilateral. Hay un gran globo vesical. Estreñimiento. Kerning: dos cruces. Brudzinsky: dos cruces.

Impresión: Tuberculosis pulmonar y laríngea complicados de una meningitis cerebro-espinal del mismo origen. (Permanente de Medicina.)

Opinión del Jefe Servicio de Guardia:

"Esta es una paciente joven con una historia sospechosa de Tb. laríngea y con una historia de tuberculosis pulmonar. Al presente esta paciente adolece un síndrome de irritación meníngea bastante neto. El abdomen tenso y sensible a la palpación. Aun cuando el examen clínico-pulmonar me parece negativo es lógico suponer que este paciente tiene:

1—TB. Pulmonar. 2—TB. Laríngea. 3—TB. mesentérica y cerebro-espinal (29-1-52).

Se practica punción lumbar haciendo salir en un principio un líquido hemorrágico (accidental, posiblemente), después aparentemente turbio. Sale gota a gota. La maniobra de Queckenstedt hace aumentar la necesidad del goteo.

Exámenes Complementarios

Radiografía del Tórax: "Hay infiltración de tipo fibroso de ambos lóbulos superiores, debido a tuberculosis". (1º de Febrero de 1952).

Líquido Céfalo-Raquideo

30 de Enero de 1952 (1º.)	30 de Enero de 195 (2º.)
Color: amarillo claro.	Color: amarillo.
Aspecto: turbio.	Aspecto: turbio.
Congulación: negativo.	Coagulación: positivo.
Hematíes: 605.	Hematíes: 885.
Leucocitos: 560. { Linf: 94 % Polin: 12 %	Leucocitos: 86. { Linf: 91 % Polin: 9 %
Proteínas: 1912 mgs. %	
Glucosa: 58 mgs. %	

Examen Bacteriológico: Bac. Acido Res.; Dir. Neg.

Cultivo: en observación.

HAY UN CULTIVO A BACILOS ACIDO RESISTENTES DEL SEIS DE MARZO CON RESULTADO NEGATIVO.

El 21 de Marzo de 1952, el Laboratorio de Anatomía Patológica contesta: "Biopsia de bazo, hígado y pulmón de cuyo inoculado con L. C. R. con resultado: TUBERCULOSIS FOLICULO-CASEOSA.

Hemograma: Glóbulos rojos, 4.300,000; Hemog., 13.9 grs., 87%. Erit. Emp., 40; Vol. Glob. Medio, 93; Conc. Hgb. Glob., 34; Hgb. Glob. Media, 32 micmic.

GLOBULOS BLANCOS, 11,700; Linf., 11; Mon., 1; Neut., 87; Eos., 1; Basof., 0.

ERITROSEDIMENTACION: 33 mm. por hora.

La fiebre del paciente ha sido regular, en agujas, cuya mayor altura era de 38,2 grados. Se le da de alta a petición de la esposa, por no haberse notado ninguna mejoría. Ha estado asilado siete días.

Se le trató con Penicilina, PAS y estreptomycin.

Comentario

Este caso es talvez uno de los más típicos de todos los que hemos aquí presentado. Un paciente con francos antecedentes de tuberculosis pulmonar y laríngea, que ya había estado anteriormente en tratamiento se presenta al Hospital con un síndrome meníngeo, con intensa cefalea y vómitos en chorro y además con disfonía; manifestación clara de su vieja enfermedad. Aquí el diagnóstico es sumamente fácil. El laboratorio y todos los exámenes complementarios confirmaron la meningitis tuberculosa; tanto el cultivo del líquido céfalo raquídeo como la inoculación al cuyo.

Pero si bien el diagnóstico fué hecho prontamente en el Hospital, ya el paciente presentaba una avanzada impregnación por el bacilo de Koch y pese al tratamiento el paciente empeoraba y fué trasladado a su casa por la misma razón.

CASO N° 8

(Registro No. 88359)

A. C. D., de 12 años de edad, de sexo masculino, de Santa Tecla, ingresa al Hospital Rosales el 25-1-52, por TRASTORNOS MENTALES.

Tem. 38.8 (rectal) pulso 120.

Examen Físico: paciente impuber, agitado, con palabra incoordinada, gritando por momentos. Febril. De labios secos. Lengua seca, roja. CAE: negativo. Fosas nasales: negativo. No costras mucosas.

Mastoides: nada que notar. Pupilas activas, reflejo consensual pupilar normal. Reflejos patelares y aquileos: vivos. Hay clonus de la rótula.

Babinsky: bilateral con reacción de defensa.

Reflejos cutáneo-abdominales y cremastereos abolidos. Los reflejos tendinosos no pueden explorarse por el incesante movimiento del paciente. Hay franca rigidez de la nuca.

Kernig y Brudzinsky: positivo. El enfermo tiende a tomar la posición en gatillo de fusil. Hay hiperestesia cutánea. No hay trastornos esfinterianos. El examen clínico pulmonar (incompleto por el estado de la paciente) parece ser negativo. Abdomen: blando, depresible. Doloroso.

Bazo e hígado o genitales: negativo. No hay edemas.

IMPRESION: MENINGITIS CEREBRO-ESPIAL BACTERIANA AGUDA.

25-1-52. Punción lumbar: L. C. R. Sale gota a gota. Aspecto agua de coco. En gota rápida. Maniobra de Queckenstedt: positiva.

El interno apunta:

Niño de pequeña talla, tegumentos moreno-pálidos, sin lesiones aparentes en la piel, intranquilo. Con carfología y delirio de palabra. Entiende lo que se le dice pero no obedece.

Cabeza: no presenta trauma apreciable en la cabeza. Hay rigidez moderada de la nuca. Ojos: pupilas dilatadas. Reaccionan muy

poco a la luz. Oídos y nariz: nada que notar. Labios y lengua sanos. Dentadura: sucia. Faringe: congestionada. En el tórax no se aprecia deformidad alguna. Ritmo respiratorio acelerado. El examen pulmonar es clínicamente negativo.

Cardiovascular: T. A. 100 por 60. Corazón en los límites normales. Focos limpios.

Abdomen depresible. Se encuentra globo vesical.

Genitales: infantiles.

Neurológico: Agitación. Delirio de palabra. Reflejos patelares exagerados. Aquileos: ausentes. Cutáneos abdominales, aparentemente ausentes.

Franca rigidez de la nuca. Brudzinsky: positivo. Babinsky: negativo.

Impresión: Meningitis cerebeo=espinal probablemente bacteriana.

Con fecha 25 de Enero de 1952 aparece opinión escrita del Jefe del Servicio: "Meningitis de origen bacilar, palúdico o viral".

El Servicio de Guardia de Medicina, en su visita habitual, encuentra al paciente, en el tercer día de su estancia en el Hospital y anota:

(28-1°-52, 7.15 p.m.) "Encontramos un paciente en estado agónico, con abundante espuma sanguinolenta en las fosas nasales y boca. A la auscultación abundantes estertores mucosos y crepitantes en todos los campos pulmonares. El paciente, un meningítico, tiene al momento un edema agudo pulmonar, terminal, probablemente por infección avanzada. Se indica oxígeno. No hay nada más que hacer por el momento".

Exámenes Complementarios

No aparece ninguna radiografía contestada del paciente. Aunque fué indicada. Es debido posiblemente a la gravedad del paciente y su rápido fallecimiento.

Líquido Céfal-Raquideo

Color: incoloro.

Aspecto: límpido (agua de roca).

Coagulación: negativo.

Sedimento: negativo.

Hematíes: 5.

Leucocitos: 178.

}	Linfocitos: 82%
	Polinucl.: 18%

Proteínas: 100 mgs. %

Glucosa: 46 mgs. %

Bacteriológico: B. A. R. Directo: negativo.

Inoculación: al cuyo.

Bacilos NO ácido resistentes: negativo.

Antígenos febriles: negativo. (28 de Enero 1952).

Hemograma: Glóbulos Rojos, 5.870,000; Hemog., 13 grs., 81%.
Erit. Emp., 34; Vol. Glob. Medio, 89; Conc. Hgb. Glob., 38; Hgb. Glob.
Medía, 34; Ref., 0.2.

GLOCULOS BLANCOS, 13,200; linf., 10; Mon., 1; Neut., 89; Eos., 0.

Los exámenes de orina: negativos. (26-1°=52).

Gota gruesa: negativa. (26-1°=52).

El Laboratorio de Anatomía Patológica, con fecha 18 de Marzo de contesta: "una biopsia del hígado, pulmón y bazo de cuyo inoculado con L. C. R., con resultado: *Tuberculosis Foliculo-caseosa.*"

La fiebre había caído al día siguiente de su ingreso, para que al tercer día, el día del deceso, subiera bruscamente a 39 grados.

Fué tratado con Penicilina, Sulfadiazina, Luminal, Suero glucosado.

Falleció al tercer día del ingreso con un accidente final calificado de edema pulmonar agudo.

Comentario

Este caso, con sintomatología de una meningitis franca, presentaba la sintomatología en forma tan intensa que realmente parecía tratarse de una meningitis aguda. Pero ya bien analizados los elementos, se ve la enfermedad; comenzó por trastornos del carácter; luego, cefalea intensa y fiebre prolongada; todo esto en un niño de constitución enclenque. Eran estos síntomas que ya podían hacer vislumbrar la posibilidad de que se tratase de una meningitis tuberculosa.

Pero la evolución de la enfermedad fué tan rápida, que aunque se hubiera hecho clínicamente el diagnóstico, el paciente poco se hubiera beneficiado.

Este caso nos señala la marcha sobreaguda que a veces puede tomar la meningitis tuberculosa.

C A S O N.º 9

(Registro No. 90998)

C. M. M., de 16 años de edad, de sexo femenino, de San Salvador, ingresa al Hospital Rosales el 16-2-52, consultando por "fiebre y delirio".

Temp. 39 grados. Pulso 120.

Remonta su padecimiento a 18 días de su consulta, iniciándose por diarrea en pequeña cantidad, con ligones. Tres días después se inicia fiebre alta hasta 40 grados, de tipo continuo. En el curso de la enfermedad ha tenido ataques convulsivos en número de tres.

Desde hace 4 días, delirio activo y de palabra. Ha estado en tratamiento con Cloromycetin y Aureomicina, pero no ha sido influenciado el curso de la enfermedad. En Agosto del año pasado ha padecido fiebre tifoidea. Antecedentes de tos por varios meses.

Examen Físico: Adolescente muy febril, enflaquecida. Presenta erupción vesiculosa confluyente en el tórax y cara.

Delirio de palabra, con períodos de calma, con intervalos de sensorio despejado, para entrar nuevamente en estado de delirio. Hay edemas de los miembros inferiores.

Pupilas activas. Simétricas. Mastoides: negativo. C. A. E.: negativo.

Fosas nasales: negativa. Faringe: congestionada.

Cuello: negativo. Tórax: simétrico. Respiraciones: 20 por minuto.

Parecen oírse ruidos de frote, en todos los campos pulmonares.

Circulatorio: E. I. I. a 12 cm. de la línea esternal.

Taquicardia: Ritmo regular. Ruidos fuertes.

Abdomen: blando y depresible. No doloroso. Región esplénica: ligeramente percutible. No palpable.

Hígado: negativo.

Sistema nervioso: Rigidez de la nuca. Hay Kerning. Reflejos cutáneo-abdominales: abolidos. Babinsky: negativo.

No hay parálisis de los miembros.

Impresión: Creo que se trata de una meningitis bacteriana aguda o crónica (tuberculosa).

26-2-52.

El Jefe del Servicio anota:

Una paciente joven, con enflaquecimiento notorio. Pigmentación en ambas mamas y alrededor de la boca, de tinte oscuro. Esta misma pigmentación se observa también en los pilares amigdalinos.

Examen físico: Fuliginosidades labiales. Fosas nasales, mastoides y pupilas: normales. Parece haber rigidez, pero moderada de la nuca.

Tórax: matidez del vértice izquierdo. Respiración bronquial espiratoria. Resto del examen: negativo.

Corazón: negativo. Abdomen: depresible. No doloroso. Hígado: sensible no doloroso. Bazo: percutible.

Genitales externos: virgen. Nada que notar. Miembros inferiores: no edemas. Reflejos tendinosos: presentes, pero algo difíciles de obtener. No hay parálisis. No hay fenómeno de Babinsky.

Reflejos cutáneo-abdominales: ausentes. Hay tendencia a la escara.

Brudzinsky, positivo. Kerning, negativo.

Impresión: estado infeccioso grave, con participación encefálica con las siguientes probabilidades:

- 1) Tifo-bacilosis o Meningitis Tuberculosa.
- 2) Fiebre Tifoidea grave con endocarditis del mismo origen.
- 3) Estado infeccioso no determinado.

Radiografía Pulmonar (26-2-52):

"Hay una sombra de infiltración pulmonar del vértice izquierdo que no creo sea de origen bacilar. La sombra cardíaca es enorme 15.2 cm. globulosa. Se sugiere nuevo examen".

Examen del Líquido Cefalo=Raquideo

Color.....	Incoloro.
Aspecto.....	Agua de rosa.
Coagulación.....	Negativo.
Hematíes.....	2
Leucocitos.....	11
Proteínas.....	95.5 mgs. %
Glucosa.....	50 mgs.
Bacilos Ácido=Res.....	Negativo.
Inoculación.....	Al cuyo.
Bacilos No Ácido=Res.	Negativo.

Antígenos Febriles: Tífico O: negativo. Tífico H: 1/120 (recordar sus antecedentes de haber padecido Tifoidea año anterior).

Glóbulos rojos: 2.640,000; Hemogl.: 7 grs., 44%; Eritr. Emp.: 20; Vol.: Glob. Medio 67; Conc. Hgb. Glob., 35; Hgb. Glob. Media, 26; Ret., 0.8.

Glóbulos Blancos: 9,800; Linf., 17%; Monocitos, 2%; Neutrófilos, 78%; Eosinof., 3%; Basóf., 0%.

ERITROSEDIMENTACION: 17 mm. por hora.

Cardiopilina: negativo (26-2-52).

El laboratorio de Anatomía Patológica contesta:

"Biopsia de ganglio, hígado y bazo de cuyo inoculado con L.C.R. Resultado: hay enorme hipertrofia de los folículos del bazo. Sería interesante saber cuántas semanas tenía el cuyo, porque las lesiones parecen corresponder a las incipientes de tuberculosis".

La paciente falleció en el Servicio tres días después de su ingreso. La fiebre fué en agujas, oscilando entre 37, 8 y 39 grados.

Fué tratada con Penicilina, estreptomina, aueromicina y luminal.

Comentario

Este caso también es muy interesante, por cuanto la historia da muy poca idea de meningitis. La sintomatología parece ser todo, menos una meningitis tuberculosa. Aquí es la inoculación al cuyo la que nos condujo sobre la naturaleza de la enfermedad. El líquido céfalo-raquídeo es negativo.

Ya hemos visto en la revisión detallada de los cincuenta casos estudiados en el presente trabajo, cómo una sintomatología clara, casi típica de meningitis tuberculosa, resultó negativa repetidas veces, tanto al cultivo como a la inoculación y por esta razón que no los hemos expuesto aquí. Es probable que podamos estar en presencia de una T. B. meníngea, sin confirmación del laboratorio, y su inversa: que clínicamente no existan sospechas y sin embargo el laboratorio lo confirma como en el presente caso.

DE los cincuenta casos estudiados de pacientes con diversos síndromes nerviosos, en el sentido de detectar el ataque del Bacilo de Koch al sistema nervioso, el presente estudio permite las siguientes

CONCLUSIONES

- 1°.—Nueve casos comprobados por cultivo positivo o por inoculación al cuyo. Algunas veces fueron positivos los dos métodos.
- 2°.—Este número de casos de Meningitis Tuberculosa representa el DIECIOCHO POR CIENTO de los casos estudiados.
- 3°.—Siete de los casos de Meningitis Tuberculosa, fueron diagnosticados clínicamente y comprobados; dos casos no fueron diagnosticados, pero sí los detectó el laboratorio.
- 4°.—El total de los casos estudiados presentó: 21 con síndrome nerviosos inespecíficos y negativos a la investigación del Bacilo de Koch; 20 casos presentaban síndrome meníngeo, pero negativo al Bacilo de Koch; y por último 9 casos con síndrome meníngeo y positivos a las investigaciones de Tuberculosis en el Sistema Nervioso.
- 5°.—Todos los casos de Meningitis Tuberculosa, comprobados por el laboratorio, presentaron un significativo número de síntomas del síndrome meníngeo.
- 6°.—Los síntomas más frecuentemente hallados y por su orden de apareamiento son: 1—Fiebre. 2—Cefalea. 3—Vómitos. 4—Trastornos mentales. 5—Trastornos neurológicos.
- 7°.—La relación entre la Meningitis Tuberculosa y lesiones específicas en el parénquima pulmonar encontramos así: a) 5 casos presentaban lesiones como infiltración miliar en todos los campos. b) 4 casos fueron radiográficamente negativos.
- 8°.—La distribución por edades de los casos de Meningitis Tuberculosa: a) Dos menores de 1 año; b) Cinco entre 10 y 25 años; y c) Dos de más de 25 años.
- 9°.—Según el sexo, aparecieron con Meningitis Tuberculosa: a) Masculinos, 5; b) Femeninos, 4.

RECOMENDACIONES

Es preciso volver a insistir sobre el hecho del alto grado de infección tuberculosa alcanzado desde temprana edad.

Estudios estadísticos efectuados en el país, muestran que a los 20 años de edad, apróximadamente el 70% ya está infectado. Si paralelamente a esto consideramos que la meningitis tuberculosa es más frecuente en la edad temprana de la vida y tomando en cuenta la prevalencia de la Tuberculosis en el país que es de un 2%, llegamos a la conclusión que es preciso buscar la meningitis tuberculosa con más frecuencia para poder hallarla con mayor frecuencia también.

En el presente trabajo, donde se estudiaron 50 casos sin más selección que la sintomatología del sistema nervioso, hemos encontrado la meningitis tuberculosa en un porcentaje que nos parece elevado; el DIECIOCHO POR CIENTO.

Es preciso para detectar la meningitis tuberculosa una cuidadosa historia clínica, exámenes de laboratorio, estudio concienzudo y a repetición del líquido céfalo raquídeo. Cultivos e inoculación al cuyo. La radiografía pulmonar es de mucha ayuda. El contenido gástrico. Todo esto, porque la meningitis tuberculosa es casi siempre generalización de un proceso bacilar en otras partes del organismo. Reacciones de Mantoux, von Pirquet y Parche Vollmer.

El fondo de ojo, es de ayuda diagnóstica también.

Ya vimos que no siempre clínica y laboratorio van juntos. Pero es preciso recurrir a toda la acuciosidad y medios posibles para tratar de hacer un diagnóstico exacto, y confirmarlo.

Aunque la terapéutica en esta enfermedad está muy lejos de ser satisfactoria, se han reportado ya bastantes casos de curación.

Algunos actores reportan el 33%

Descubrir y señalar los casos de tuberculosis menígea sería también de provecho para demostrar una vez más el significativo del azote tuberculoso; lograr la dotación de mayor número de camas para el adulto tuberculoso, con el objeto de alejar del hogar las fuentes de infección para el niño.

E intensificar la campaña de vacunación con B.C.G. que ha demostrado, aparentemente en forma suficiente, su poder en la reducción de los casos de meningitis tuberculosa.

En El Salvador, la vacunación con B.C.G. tiene apenas un año de vida.

Ojalá aquí tengamos, con el devenir del tiempo, el mismo resultado que Dinamarca, en cuya capital se introdujo la vacunación en 1942, y no han reportado ningún caso de Meningitis tuberculosa desde hace tres años.

BIBLIOGRAFIA

- 1°.—Algunos datos estadísticos sobre la Tuberculosis... *Dr. R. Martínez*
- 2°.—Tratado de Pediatría *Holt.*
- 3°.—Manual de Patología Interna *Collet*
- 4°.—Current Terapy 1951.