

## HEMORRAGIAS DIGESTIVAS EN EL CURSO DE LA BRUCELOSIS

POR EL

**Dr. Ignacio Maldonado-Allende**

Profesor Adjunto de Patología Médica

Sobre el problema médico de la Brucelosis en sus diversos aspectos, higiénico, clínico y social, ya se ha formado una conciencia de su importancia; no sólo por su elevada frecuencia y formas de difusión, sino también por su extraordinario polimorfismo, su evolución generalmente muy prolongada, las dificultades diagnósticas y dudas pronósticas que plantea y la relativa poca eficacia que nos prestan, por lo general, los recursos terapéuticos.

También cabe destacarse la importancia que revisten las complicaciones, susceptibles éstas de aparecer en cualquier momento de su evolución. No es exagerado decir que casi no hay órgano, sistema o aparato de la economía, que no pueda ser comprometido, unos más que otros, en el curso de esta curiosa y seria enfermedad infecciosa.

No es mi intención hacer un estudio general sobre este proceso que ya ha sido considerado ampliamente entre nosotros, por quienes han alcanzado una más vasta experiencia y conocen más a fondo todas sus modalidades evolutivas. La experiencia personal que de esta enfermedad tengo hasta el presente está basada en el estudio de dieciocho observaciones, algunas de ellas recogidas en los servicios de Clínica Médica (Prof. Dr. Temístocles Cas-

tellano) y de Clínica Oftalmológica (Prof. Dr. A. Urretz Zavalía) en el Hospital Nacional de Clínicas y otras de mi práctica privada; si bien que repasando la casuística de los años vividos en el ejercicio de la Medicina Interna, recogemos la impresión de que muchos cuadros clínicos catalogados bajo otros diagnósticos, tenían posiblemente su ubicación correcta en la brucelosis.

Entre los problemas de interés que plantea la brucelosis, está el de la posibilidad de originar hemorragias digestivas, inclusive de asiento gastroduodenal. Es sobre este sólo aspecto que deseo hacer algunos comentarios breves, a propósito de una observación clínica que he podido seguir durante un tiempo, la cual me ha permitido hacer el diagnóstico de hemorragia digestiva de origen melintésico, en base a sus características clínicas y de laboratorio que analizaré enseguida. Si el diagnóstico planteara algunas dudas y fuera motivo de alguna objeción, ello ya sería razón suficiente para justificar su presentación.

Por lo demás, el problema de las hemorragias digestivas es siempre de gran interés, tanto bajo el punto de vista diagnóstico cuanto terapéutico, y debe ser motivo de preocupación por parte de clínicos y de cirujanos.

**OBSERVACION.** — Juana M. de F., argentina, de 43 años, viuda, procedente de la ciudad de la Rioja, donde ha vivido siempre. *Antecedentes hereditarios y familiares:* sin importancia. *Antecedentes personales:* Enfermedades propias de la infancia; moderado estreñimiento. No ha tenido paludismo. Cuatro hijos sanos. Esposo fallecido hace algunos años por probable afección cardíaca. En su alimentación, que es de tipo mixto, incluía leche cruda de cabra y quesos de igual composición. Menstruación algo irregular, con atrasos de varios días y duración algo prolongada, desde hace dos años.

*Antecedentes de la enfermedad actual:* Desde hace varios meses, acusa episodios febriles de poca elevación, que duraban breves días para reaparecer poco después, con cierta regularidad y a los cuales no les atribuyó mayor importancia. También se queja de cefaleas y mucha nerviosidad, hablando la propia enferma

de su estado "neurasténico", insomnios y mareos intensos y fugaces. También se queja de dolores al cuerpo, sobre todo en muslos y brazos, poco intensos pero que no calman con el reposo y son rebeldes a los analgésicos habituales.

Dos meses antes de llegar a la consulta, presentó una exacerbación de los mareos y marcada debilidad, que fueron seguidos por *melenas* de sangre retenida, expulsada en forma de coágulos oscuros y dos días después, aparecen *hematemesis* de regular importancia, las cuales se repiten en los días subsiguientes, acompañándose de temperatura subfebril y molestias abdominales localizadas en el epigastrio y región umbilical, caracterizadas por sensación de plenitud y ligeros dolores, pero sin acusar otros síntomas significativos. Sometida a un tratamiento a base de reposo y medicación sintomática, la enferma parece mejorar, pero un tiempo después las hemorragias reaparecen y el cuadro general se agrava, razón por la cual nos es enviada por un colega de aquella ciudad. Internada en un sanatorio (Noviembre de 1942), se procedió al examen completo de la paciente. Estaba muy debilitada, con signos de anemia intensa, estado de nutrición relativamente conservado, temperatura subfebril (37°,6 en axila). Taquicardia marcada, de 115 a 125 por minuto; tensión arterial de 12/7 al B. M. Vientre depresible, con dolorabilidad difusa, moderada, sin puntos dolorosos significativos. Hay discreta esplenomegalia, palpándose el polo inferior del bazo con alguna dificultad. El hígado está algo aumentado de tamaño, su borde superior percutiéndose sobre el cuarto espacio y el inferior palpable a un través del reborde, indoloro y liso. No hay signos clínicos de insuficiencia hepática y tampoco de colecistopatía.

Los reflejos patelares y aquilianos están discretamente exagerados, sin clonus. Psiquismo lúcido, algo excitada, excesivamente locuaz, contrastando en este sentido con su estado de debilidad; muy preocupada por su salud, pero con integridad de sus facultades intelectuales fundamentales (memoria, atención, ideación, afectividad).

El resto del examen clínico, no descubre otros hechos de significación. No hay signos de hemorragias en otras partes del or-

ganismo. El signo del lazo es negativo. *La radiología del tractus gastrointestinal*, practicada prolijamente, no descubrió ninguna lesión orgánica, salvo un discreto engrosamiento de los pliegues de la mucosa gástrica. La evacuación gástrica y el tránsito yeyunoileal están algo acelerados, a diferencia del tránsito colónico, que aparece con moderado retardo en el tramo cecal. No hay signos radiológicos de apendicitis crónica. (Dr. Jorge Lavisse). No se estudió radiológicamente el esqueleto. Dos o tres exámenes radiológicos ulteriores, con intervalos de varios días confirmó la negatividad en el sentido de existencia de lesiones orgánicas. El examen de la *región anal* es normal y la *rectoscopia*, hasta una profundidad de 18 a 20 centímetros, sólo revela palidez marcada de la mucosa. El examen del *quinismo gástrico*, practicado varios días después de su ingreso al sanatorio, dió cifras sensiblemente normales (Sondaje fraccionado, con solución alcohólica).

No fué posible efectuar la *esofagoscopia* ni la *gastroscopia*.

*La fórmula hematológica* reveló inicialmente una anemia de 2.600.000 glóbulos rojos con 51 % de Hb.; glóbulos blancos: 9.800, neutrófilos 53, eosinófilos 1, linfocitos 39 y monocitos 7 %. El dosaje de protrombina, número de plaquetas, tiempos de hemorragia y coagulación son normales. Las reacciones de Wassermann, Kahn st. y Kahn pres., fueron negativas. La urea en el suero sanguíneo alcanzó a 0.76 0/00 al día siguiente de su ingreso, descendiendo poco después a cifras normales en forma definitiva. La eritrosedimentación estaba acelerada: 68 en la 1ra. hora, 106 en la 2a., con índice de Katz de 60.5. El análisis de orina era normal. (Análisis practicados por el Profesor Dr. Juan A. Tey).

Por el antecedente de proceder de una zona donde la brucelosis es un mal endémico y en procura de una causa que permitiera explicar las hemorragias, cuya etiología permanecía indescifrable, aparte de las manifestaciones clínicas ya referidas, que nos permitieron sospechar la existencia de tal infección, pedimos una reacción de Wright (técnica de Huddleson), la cual resultó positiva hasta el 1/600 (Prof. Tey). Posteriormente, cuatro o cinco días después, una introdermoreacción a la Melitina (antígeno lo-

cal), resultó intensamente positiva, desde las 24 horas hasta el 5.º día, practicada a la dosis de 1/10 de cc. (+ + +). El hemocultivo no fué practicado. Los cultivos de sangre tendientes a descubrir las brucelas, exigen técnica meticulosa y delicada. Son de resultados fieles en las formas agudas y al comienzo de las crónicas. Después, generalmente se negativizan. Sometida a tratamiento con transfusiones sanguíneas repetidas, hielo al vientre, reposo absoluto, dieta blanda y adecuada a sus condiciones, vitamina C y B<sub>1</sub>, coagulantes, vacuna Behring antimeliténica a dosis débil, etc., la enferma mejoró paulatinamente, interrumpiéndose las hemorragias al tercer día, disminuyendo la anemia hasta llegar a la cifra de 4.700.000 de glóbulos rojos y 87 % de Hb., con aumento de peso y mejoría del estado general.

Persistieron la taquicardia, que no descendió de las 100 pulsaciones por minuto, y la temperatura, que se mantuvo ligeramente subfebril hasta su egreso de la clínica, que se llevó a cabo a los dos meses de internarse.

La enferma volvió al cabo de un mes, encontrándose en muy buenas condiciones generales y sin que se hubieran repetido las hemorragias digestivas. Un nuevo estudio radiológico fué también negativo. La *colecistografía*, que se practicó recién en esa oportunidad, fué normal.

Sin embargo, recientemente me informó la enferma, por correspondencia, que la temperatura no se ha extinguido, que las algias a los miembros continúan y una reacción de Wright, practicada en La Rioja, es positiva al 1/500.

---

No es infrecuente que se plantee al médico una situación difícil, con vistas a aclarar la etiología de las hemorragias digestivas. Son múltiples las causas gastrointestinales y extragastrointestinales, que pueden determinarlas. Sobre este problema nos hemos referido en diversas oportunidades y cada vez que lo abordamos, nos damos cuenta de sus frecuentes dificultades y de la responsabilidad que entraña para el médico, su diagnóstico, pro-

nóstico y tratamiento adecuados, lo cual generalmente urge resolver.

Sin duda que frente a hemorragias caracterizadas por hematemesis y melenas repetidas, la primera idea que viene a la imaginación es la de que su etiología sea *ulcerosa*. Es la úlcera, en efecto, la causa más frecuente, indiscutiblemente, de las hemorragias gastroduodenales. En ello están de acuerdo la gran mayoría de los que se han ocupado del problema, siendo inconsistentes los razonamientos de los que, como Fidel Fernández, opinan que la úlcera no ocupa un lugar preeminente en las estadísticas. Por nuestra parte, podemos decir que la mayor parte de nuestra casuística, está significada por tal factor etiológico.

No se nos escapa el hecho, bien reconocido por todos, de que la úlcera puede no ser visible radiológicamente, particularmente después de hemorragias profusas, sea por la existencia de un coágulo que asiente en el cráter ulceroso y borre así la imagen, como lo sugiere Windholz, sea por la desinflamación y descongestión consecutiva de la lesión a raíz de la hemorragia misma. En repetidas oportunidades he podido comprobar esta eventualidad y de ella he hecho referencias en publicaciones anteriores (1934, 1935, 1943).

Pero en nuestra observación faltaban los antecedentes tan comunes —si bien que no constantes— en favor de la úlcera. La imagen radiológica fué relativamente negativa y ello hasta meses después de ocurrido el accidente hemorrágico.

Por lo demás, la posibilidad de que coexistan la brucelosis y la úlcera gástrica o duodenal no es una eventualidad rara. Harris (1), dice que la relativa frecuencia con que ambos procesos coinciden, es significativa y no se puede descartar una posible relación de causa a efecto. En once de los casos de fiebre de malta observados por este autor, ambas estaban presentes, con los síntomas y signos propios de la úlcera duodenal y de la brucelosis.

También debemos pensar en la posible existencia de *cirrosis hepática*, la cual determina hemorragias gástricas o esofágicas con bastante frecuencia. Ratnoff y Patek (6), sobre 386 cirrosis, encontraron 106 hematemesis (27%). En nuestra observación no

existía signo alguno en tal sentido. Recordaré, sin embargo, que Hegler (citado por von Krohman), refirió una observación en donde *coincidieron la brucelosis y la cirrosis hepática*, apareciendo graves hematemesis por vrices gástricas secundarias a las cirrosis.

*Las gastritis y duodenitis hemorrágicas*, obedeciendo a etiologías diversas, de patogenia no bien aclarada, han sido descritas como causas de hemorragias a veces graves. En la observación que presentamos, no puede descartarse, antes bien, es muy posible, que en un proceso de esta naturaleza fuera el sustratum anatómico que explicara tal complicación. Krohman (3), ha referido en 1934 una interesante observación en la cual se presentaron hemorragias digestivas de carácter grave en una fiebre de Malta, comprobándose la existencia de una gastroduodenoyunitis, como única lesión apreciable que pudiera explicar las hemorragias.

Otras posibilidades etiológicas frente a las hematemesis y melenas que ocurrieron en la enferma, tales como ciertas *esplenopatías*, que tan graves hemorragias pueden determinar en estómago y duodeno; la *arterioesclerosis e hipertensión arterial*; las *diátesis hemorrágicas*; la *poliposis gástrica*; *cáncer gástrico*, etc., pudieron ser fácilmente descartadas y sólo las menciono.

La existencia de hemorragias, cualquiera que sea su origen, en el curso de las brucelosis, es una complicación relativamente frecuente, pareciéndonos que el porcentaje encontrado por Dalrymple-Champneys (1938), citado por Robinson (7), de un 5 % de hemorragias sobre 422 observaciones de casos de brucelosis, está algo por debajo de la realidad.

Pero en lo que se refiere a las hemorragias digestivas, que aparezcan en forma repetida y abundante, no sería una complicación frecuente de observar, como se deduce de la bibliografía que he podido consultar.

Levine, Myers y Leggett (4), comprobaron la existencia de hemorragias intestinales por ulceración de las placas de Peyer. Harris (1), refiere dos casos, encontrando, radiológicamente, úlceras del colon transversal en uno de ellos. Sharp, Bousefield,

Strachan, citados por Harris, pudieron observar igualmente hemorragias intestinales en el curso de esta enfermedad. Este último autor, refiere también una observación en la cual había hemorragias consecutivas a ulceración de la parte interna del ano, las cuales duraron catorce meses, cediendo a la vacunoterapia contra la infección meliténica. Entre nosotros, conozco una observación del Prof. M. García Faure, con enterorragias graves en el curso de una brucelosis crónica.

En cuanto a hemorragias que tengan una *localización gastroduodenal*, como ocurrió en la observación que motiva este trabajo, sólo he encontrado como datos concretos las observaciones de Hegles y von Krohman, de las que ya he hecho referencia.

Pienso que la causa de las hemorragias ocurridas en nuestra enferma, pueda ser atribuída a la existencia de gastritis o gastroduodenitis erosiva o ulcerosa, determinada por la propia infección. La gastroscopía, que no pudo ser llevada a cabo, hubiera quizás confirmado esta suposición.

---

En cuanto a la existencia de una hiperazotemia moderada (0.76 0/00), cuya duración fué fugaz, no ofrece ninguna dificultad su explicación. Sabido es, en efecto, que las hemorragias digestivas de alguna abundancia y que tardan en ser expulsadas, pueden determinar una elevación de la tasa de urea sanguínea, la cual es susceptible de alcanzar cifras notoriamente elevadas. Su conocimiento se debe a un investigador argentino, Lucio V. Sanguinetti, quien en trabajos de orden clínico y experimental durante los años 1933 y 1934, hizo de este asunto un amplio estudio. Ulteriormente, un buen número de investigadores se han ocupado de esta situación, tales como Christiansen, Ingegno, Borst, Campbell y Stickney, entre otros (cit. en 5).

---

Respecto al tratamiento, sólo deseo destacar el rol fundamentalmente importante que desempeñan las transfusiones san-

guíneas repetidas, por su rol reparador de la sangre perdida, por su acción activante de la hematopoyesis, por su acción antihemorrágica y también contra la propia infección causal. De sus grandes beneficios ya nadie puede dudar. La vacunoterapia que practicamos en este caso a dosis débiles y repetidas, puede haber sido benéfica.

---

Frente a hemorragias digestivas que no se puedan explicar por sus causas más frecuentes, debe pensarse en la posibilidad de esta etiología infecciosa. No es improbable que más de un caso de hemorragia gastrointestinal, catalogado como de naturaleza criptogenética, tenga así su prueba etiológica.

---

## BIBLIOGRAFIA

- 1) HARRIS H. J. — Brucellosis (Undulant Fever). 1941.
  - 2) HEGLER K. — Citado por Krohman.
  - 3) KROHMAN L. von. — Münch. Med. Wech., pág. 1268-69, 1934.
  - 4) LEVINE N. M., MYERS J. A. y LEGGET E. A. — Lancet, 57-453, 1938.
  - 5) MALDONADO ALLENDE I. — Diagnóstico de las hemorragias g-d. 1943.
  - 6) RATNOFF O. D. y PATEK A. J. — Medicine, 21:207-268. 1942.
  - 7) ROBINSON H. G. — Lancet, I. X. 1938, pág. 777-78.
-