

Algunos aspectos de insuficiencia córtico-suprarrenal en tuberculosis

Tesis de Grado

Doctor Alberto Mejía Díaz Granados

Noviembre de 1955

Conclusiones y Comentarios

1. Se analiza un personal de 32 enfermos tuberculosos pulmonares y un caso de pericarditis T. B. C. por medio de la Prueba de Thorn de las 4 horas, seguida de la prueba del agua de Robinson-Kepler Powder en los casos positivos para sospechas de insuficiencia córtico-suprarrenal crónica.

2. De los 32 enfermos, 22 (68%) mostraron alteración en la Prueba de Thorn.

3. La mayor incidencia de éstos (13— 59.5%) se presentó en eosinopenias de 0 a 30%, dato considerado en la actualidad como fuertemente indicativo de compromiso córtico-suprarrenal.

4. Con relación a la evolución, la mayor incidencia de tal positividad existió en el grupo que llevaba entre 1 y 3 años de enfermedad (47.9%).

5. Respecto al grado de la enfermedad pulmonar, se registra una frecuencia de 68.1% en los casos calificados como "muy avanzados".

6. De 13 enfermos del total que mostraron alguna de las complicaciones enumeradas anteriormente, 12 eran positivos en la Prueba de Thorn.

7. Desde el punto de vista clínico, aunque no existía crisis addisoniana en ninguno la incidencia de signos y síntomas de la insuficiencia crónica suprarrenal, fueron considerablemente más frecuentes en los que mostraron alteración en la prueba de Thorn del tipo de lesión cortical.

8. A pesar de haberse realizado en pacientes con test de Thorn positivo, la prueba del Agua demostró en el presente trabajo ser menos sensible que la de la eosinopenia provocada.

9. Se hace una actualización de las pruebas de función córtico-suprarrenal, con evaluación de sus resultados y la corrección entre ellas.

COMENTARIOS

Existen algunos detalles que aunque su número no permitiera el cómputo estadístico, a su observación y análisis no debe pasar desapercibida como fuente de posterior experimentación.

El caso número 5, en un enfermo de 15 años de evolución, en pésimo estado general y con alteraciones clínicas compatibles con algún grado de lesión córtico-suprarrenal, la caída de eosinófilos después de la estimulación fue de 0, indicando mayor daño que el aparente clínicamente.

El caso número 8, con 50% de eosinopenia, fue capaz de limpiar en forma completa su diseminación y evolucionar favorablemente hacia la detención de lesiones en el transcurso de la enfermedad.

El caso número 24, con Prueba de Thorn de 13.6, hace un grave shock quirúrgico al ser intervenida.

En el número 32 la presencia de un estado asmático elevó la cuenta de eosinófilos circulantes a cifras anormales (1.75 3.8) en el conteo previo, haciendo dar poco valor a la baja del 50% después de la estimulación, según las anotaciones que hace el mismo Thorn (14) sobre alteraciones de la prueba en alergias agudas.

El caso número 23, quien tenía una eosinopenia de 20%, hace una cavitación de un tuberculoma después de trauma quirúrgico. Tal lesión el tuberculoma es considerada dentro de las benignas de la T. B. C. pulmonar.

Algunos casos de eosinopenia baja (Nº 3, 10) muestran gran tendencia a la fibrosis de sus lesiones pulmonares.

Además, algunas indicaciones pueden sacarse del presente trabajo. Una de ellas sería la práctica rutinaria de la prueba de las 4 horas con A. C. T. H. a todo individuo que ingresara al hospital, en especial si la evolución de su enfermedad se encontrara en el grupo 1a a 3 años. No sólo se completarían o corregirán los datos actuales sino que se obtendría cierto criterio pronóstico.

Tal estudio se debería complementar con el examen de las suprarrenales en todo individuo muerto de tuberculosis en el hospital.

En pacientes que se van a someter a cirugía debe extremarse más aún la práctica de las pruebas de reserva, ya que dará cierto margen de seguridad antes de someter al individuo a un "stress" severo como el que representaban las intervenciones torácicas.