Un Caso de Enfermedad de Hodskins

El nombre de enfermedad de Hodgkins o linfo granuloma maligno, se presta a malas interpretaciones porque si bien es cierto que éste se desarrolla en los tejidos linfáticos, no son propiamente los linfocitos los afectados sino la estroma o tejido reticular y endotelio de este sistema (el linfático); además se le encuentra en tejido puramente conjuntivo y en la médula ósea. Aquí el diagnóstico clínico es imposible y solamente la anatomía patológica lo establece. La presencia de las células gigantes (Steinberg Reed) son los que caracterizan la lesión. Anatomopatológicamente se reconocen tres etapas en la enfermedad, una inicial que carece de características, una segunda en la cual aparecen las células gigantes y el tejido de granulación y un tercer período fibroso que es el terminal. Las células gigantes de Steinberg Reed son características en el segundo y tercer período. He aquí una enfermedad en la cual la clínica no puede anteponerse al laboratorio.

Se nos presenta un enfermo que ingresa al primer Servicio de Cirugía de hombres del Hospital General, el día 18 de Julio del año 42.

Refiere el enfermo que hace más o menos un mes le apareció una tumefacción más acentuada al lado izquierdo y que le creció tan rápidamente que al cabo de quince días tenía el aspecto de un tumor. Al hacer cualquier ejercicio le producía dificultad para respirar y aún para deglutir.

Tenía temperaturas, las que le empezaban con escalofríos, y terminaban con *grandes sudores* siempre por la noche, los que le dejaban muy débil; asimismo tenía tos, la que al principio era seca, se hizo floja y productiva después, expectorando una sustancia mucosa y amarillenta especialmente por la noche. Tenía grandes dolores en las extremidades más acentuadas en las inferiores. Aproximadamente 15 días antes de entrar al hospital, es decir, 15 días después de aparecer el primer tumor, en el cuello, se notó un pequeño tumor en el abdomen en la región del epigastrio, este tumor era fijo, doloroso, y no le acompañaba ningún trastorno digestivo; el apetito es bueno, duerme bien pero ha disminuido de peso.

Aquí nos encontramos con un adulto de aspecto de caquexia con una ligera exoftalmía, cianosis, con disnea aparentemente con una afección aguda. El cuello está bastante aumentado de volumen pero sin ningún cambio en la coloración de la piel.

A la palpación se nota que la tumefacción es de caracteres edematosos que además invaden la región pre-external, bajo este además encontramos la cadena de ganglios cervicales aumentados de volumen de igual manera se encuentran las supraclaviculares, son indoloros y poco movibles. El tumor del epigastro que no se observa a simple vista, a la

palpación lo encontramos del tamaño de una manzana del país, bien limitada, duro,, doloroso se continúa en macices del hígado.

Aparato digestivo: moderada disfagia, hígado ligeramente aumentado de volumen, bazo normal.

Tiene tos frecuente con expectoración mucosa; Pulmones: disminución de las vibraciones vocales en la base del pulmón derecho aumentadas en el vértice y reglón interescapular de ambos lados, el murmullo vesicular disminuido en la base del lado derecho.

Hay ligera taquicardia, 85 a 90 pulsaciones por minuto; choque de la punta del corazón desviada hacia la izquierda; ganglios cervicales y supraclaviculares aumentados en tamaño, pequeños ganglios inguinales y axilares. No encontramos nada en el aparato Uro-Genital y Nervioso.

Curso y evolución de la enfermedad: el edema ha ido invadiendo el tórax, más pronunciado a la derecha, también ha invadido el hipocondrio derecho y el epigastrio, en estos últimos días se ha ido poniendo edematoso el brazo izquierdo hasta adquirir un gran volumen. En cuanto al aparato circulatorio notamos que la taquicardia, al principio moderada ha aumentado considerablemente hasta llegar a 120 pulsaciones por minuto en el pulso derecho, en el izquierdo observo un retardo de unas diez pulsaciones, los ganglios no han progresado en tamaño, la cianosis de la cara ha aumentado lentamente, los accesos febriles se presentaron dos días hasta 39.9 en los últimos días, ha bajado hasta $35\frac{1}{2}^{\circ}$, trastornos digestivos, al principio no presentaba más que una moderada disfagia, ahora ésta ha ido aumentando, a la vez presenta anorexia, náuseas y estreñimiento; en, cuanto al aparato respiratorio presenta disnea más acentuada sin polipnea, la tos y la expectoración se ha hecho más frecuente y presenta durante algunos días expectoración estriada, el tumor del epigastrio ha ido creciendo invadiendo la región umbilical y los hipocondrios, más hacia el lado derecho, donde el gran edema que lo cubre hace difícil limitarlo, ha conservado *su* mismo dureza pero se ha vuelto *más* doloroso, lo que la ha impedido dormir, habiendo necesidad de inyectarle morfina, siguiendo la evolución de *su* enfermedad en los últimos ocho días que prendieron al su fallecimiento, notamos que la temperatura bajaba por la mañana hasta 34.89, si pulso variaba entre 80 y 90 pulsaciones por minuto, los accesos de sofocación se presentaron frecuentemente el edema aumentó en las reglones antes dichas y principalmente en el brazo izquierdo que adquirió un tamaño gigante, el enflaquecimiento, se iba haciendo cada día más marcado llegando hasta caquexia. El enfermo falleció a la una a. m. sin ningún trastornos de asfixia el día 28 de Agosto. La enfermedad evolucionó desde sus primeros síntomas en tres meses aproximadamente.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS:
(Al ingresar)

Sangre: Recuento globular: G. R., 2.960.000; G. B., 6.800.
Hematozoarios: 0.

Recuento globular: G. R., 3.176.000; G. B., 7.500.
Hemoglobina: 40%.
Fórmula Leucocitaria: N, 62%; E, 3%; B-O, M-O, L, 35%.
Hematozoario: 0.

(Quince días después)

Recuento globular: G. R., 2.640.000; G. B., 7.500.
Hemoglobina: 48%.

(Quince, días después) Recuento

globular: G. R., 3.744.000; G. B., 9.500.
Hemoglobina: 66%.
Fórmula leucocitaria: N, 62%; E, 5%, B, 1%; L, 32%.

Recuento globular: G. R., 3.324.000; G. B., 7.900.
Reacción de Kahn: 0.
Orina: 0.
Heces: 0.
Líquido pleural; color ambarino, células epiteliales; Rivalta, 0;
Células, sospechosas (probablemente cancerosas).

Radiografía.—Enorme sombra extra-torácica ocupando la región del mediastino produciendo un ensanchamiento de éste de 12.5 cm. a nivel del arco aórtico, el corazón y la aorta rechazadas hacia la izquierda y la masa tumoral hace irrupción hacia la derecha. Hay desviación de la tráquea hacia el lado derecho, la masa no es pulsátil y el esófago está normal, la base derecha muestra una pleuresía serofibrinosa.

Tumor del mediastino (posiblemente Kodkins) con metástasis al pulmón derecho.

Autopsia.—Se levantó el peto externo costal e inmediatamente por debajo se encontró una masa de ganglios endurecidos, fijos y fuertemente adheridos al esternón, se abrió el pericardio y encontramos el corazón normal, el pulmón derecho en su base, invadido de unas granulaciones duras y del tamaño de un grano de maicillo, su cara interna fuertemente endurecida en el íleo del mismo, una masa ganglionar; en la cavidad pleural pequeña cantidad del líquido, pleura visceral engrosada, dura y fuertemente adherida. Abrimos el diafragma para entrar en la cavidad abdominal y encontramos el hígado aumentado de tamaño, duro, en su superficie manchas blanquecinas que corresponden a nódulos del tamaño de un nance; al corte chirría el cuchillo y deja ver una degeneración fibrosa entre las cuales se encuentran pequeñas cantidades de tejido hepático sano. Vesícula biliar grandemente distendida, el bazo aparece normal, estómago libre por su curvatura mayor, en su curvatura menor se encuentra fijo a una gran masa ganglionar que