

LINFEDEMA TUBERCULOSO

M. MARTÍNEZ LUENGAS

Bilbao (España)

Los edemas crónicos de los miembros se dividen en flebedemas y linfedemas, según su origen sea venoso o linfático, respectivamente. Los primeros suelen ser blandos, reductibles por el decúbito y distales; mientras que los segundos suelen ser duros, poco reductibles por el decúbito y abarcan en general toda la extremidad y a veces son sólo rizomélicos.

Los linfedemas pueden ser primitivos y secundarios. De entre estos últimos distinguiremos, según su origen, los neoplásicos, postflebíticos, postlinfangíticos y tuberculosos.

Linfedemas tuberculosos. — Son secundarios, más frecuentes en el sexo femenino y en edad temprana. Aparecen en el curso de lesiones tuberculosas ganglionares o pulmonares activas. Se instauran muy lentamente, con adenopatías fémoroilíacas y alteraciones cutáneas de aspecto fílmico en la parte distal de las piernas. Son dolorosos, en especial si las lesiones cutáneas se ulceran.

Vamos a presentar un caso:

Observación. — J. I., 34 años, soltero, maquinista naval, natural de Mundaca (Vizcaya). No tiene antecedentes familiares de interés.

Relaciona su enfermedad con unas heridas que, en la bahía de su pueblo natal, se produjo en la planta del pie izquierdo, a los 8 años de edad, con una ostra, y, a los 9, con un casco de botella. Ambas, dice, curaron con facilidad, pero a los pocos días notó que en la propia cicatriz aparecía una dureza dolorosa, que tenía la particularidad de recidivar en otoño, luego de haber desaparecido con sendas aplicaciones de nieve carbónica; no hay por el momento edema de ninguna clase. Éste hace su aparición a los 9 años de su comienzo y 17 de edad, coincidiendo con un exudado de sus durezas plantares, sano y maloliente, y de una hiperhidrosis generalizada pero más accentuada en su extremidad lesionada. El edema, que abarca toda la pantorrilla y pie, es blando y desaparece con el decúbito. Es tratado y diagnosticado de muy diversas maneras, sin lograr ningún resultado positivo. El año 1939 se le practica en el Hospital de Basurto (Bilbao) una exéresis del tejido fibroso-exudativo plantar, que recubierto con injertos de Thiersch deja una superficie limpia y lisa que le permite la casi normal deambulación, si no fuera porque, un mes después, en el talón sufre un nuevo brote similar al anterior pero sin trauma alguno. El edema va endureciéndose y ya no cede en decúbito. Su estado general no se ha afectado lo más mínimo; no ha perdido el apetito ni ha tenido ninguna intercurrencia; sólo el continuo ajetreo de la guerra y postguerra desgastaron fugazmente su fuerte constitución física.

Al verlo nosotros por primera vez, en septiembre de 1952, presenta el aspecto que

puede apreciarse en la fotografía adjunta (fig. 1): el edema es francamente duro y, según manifiesta el interesado, su florida proliferación verrugosa no ha sufrido alteraciones de importancia desde su iniciación a raíz de practicarle la mencionada exéresis plantar. Brotes febres.

No acertamos a etiquetar las lesiones que presenta, y pensamos en un caso raro de



Fig. 1 -- *Linfedema tuberculoso*

Aspecto que presentaban las lesiones al acudir a nuestra consulta. Linfedema, florida proliferación verrugosa en tobillo y dedos

«Linfedema tumorigénico» ateniéndonos a la descripción del de nuestro maestro doctor MARTORELL, donde dice que el linfedema tumorigénico presenta, histológicamente, la estructura de los linfangiosarcomas y, clínicamente, semejan mucho la angiosarcomatosis de Kaposi.

Le practicamos una flebografía que muestra una insuficiencia del cayado de la safena interna, que ligamos. Mejoran algo las dimensiones del edema, pero no así su consistencia; mejora igualmente su hiperhidrosis.

La arteriografía, practicada con Thorotrust, no revela ninguna anomalía.

Instituimos tratamiento postural y antibióticos.

Decidimos extirpar todas las masas verrugosas empleando termocauterio en aquellas partes en las que la profundidad era mínima, y quedamos por el momento bastante satisfechos del resultado cosmético conseguido.

Examen histológico: Piel del pie. (Dr. J. G. DEL TÁNAGO) (5-XII-52). En los cortes (fig. 2) se aprecia una gran hiperqueratosis superficial, que penetra además en forma de tabiques hacia la profundidad. El cuerpo de Malpighio presenta una fuerte acantosis con grandes prolongaciones hacia el dermis. En el dermis existe gran infiltración celular formada por linfocitos, células epiteloides y células gigantes: estas últimas contienen bacilos ácidoresistentes, demostrables con las técnicas apropiadas. La prolife-

ración de los capilares es acentuada. *Diagnóstico histológico: Tuberculosis verrucosa.*

Comprobada anatomicopatológicamente su naturaleza tuberculosa, comenzamos tratamiento con hidracidas, y recomendamos radioterapia.

En la actualidad, sabemos que anda perfectamente, sin molestias, sin dolor, sin hiperhidrosis, sin diferencias en sus zapatos; con edema duro, pero menos notable. Escalonadamente, hace tratamiento con hidrácidas.



Fig. 2. — *Tuberculosis verrucosa*
En la fotografía se ve cómo, debajo de un cuerpo de Malpighio muy engrosado, existe una densa infiltración celular linfoide, y abajo a la derecha tres células gigantes con numerosos núcleos

R E S U M E N

Tras algunas consideraciones sobre la división de los linfedemas, resume la clínica de los linfedemas tuberculosos y expone un caso (tratado con resultado satisfactorio por la extirpación con termocauterio de las masas verrugosas y radioterapia e hidrácidas).

S U M M A R Y

A case of Tuberculous lymphedema of the leg in a 34-old-man is presented. Typical tubercles with giant cells and *Mycobacterium tuberculosis* were found in specimen removed for biopsy.

B I B L I O G R A F I A

MARTORELL, F. — *Edemas crónicos de los miembros inferiores.* «Angiología», vol. III, núm. 4, pág. 163; julio-agosto 1951.

MARTORELL, F. — *Tumorigenic Lymphedema.* «Angiology», vol. 2, núm. 5, pág. 386; octubre 1951.