

en la garganta resultó ser una asimetría del cartilago tiroides y el examen radiológico descubrió un cáncer del pulmón. Aparte de la progresiva demacración y anemia, los únicos síntomas que presentaba eran la depresión y la preocupación desmedida por su estreñimiento, similares a los que había tenido dos años antes. Citaré también el caso ilustrativo de una mujer que fué admitida al Maudsley Hospital con objeto de curarla del convencimiento pertinaz de que tenía un bulto en un pecho, que era para ella un cáncer. En el examen somático hecho a su ingreso en el hospital, se descubrió, en efecto, un bulto en el pecho, que resultó ser cáncer. Creo que estos dos casos muestran la necesidad de hacer un examen físico detallado a pesar de que se considere al enfermo un hipocondríaco.

Existen muchas teorías para explicar el por qué las preocupaciones hipocondríacas parecen tener una predilección especial por determinados órganos y sistemas; la mayoría no pasan de ser hipótesis, y por carecer de valor práctico, se han omitido en el presente trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- BROWN, F.—Journ. Mental Science, 82, 295-359, 1936.
GILLESPIE.—Guy's Hosp. Rep., 78, 408, 1928.
HUNTER & LYON.—Am. Pract. & Digest. Treat., 2, 67-69, 1951.
JAHRREIS, W.—Archiv. f. Psychiatr., 92, 686-821, 1930.
KANNER, L.—Journal Pediat., 15, 341-355, 1937.
KANNER, L.—"Child. Psychiatry", 1949.
LAUGHLIN, H. P.—Med. Ann. District of Columbia, 23, 2, 96-105 y 147-152, 1954.
MOODIE, W.—"Child Guidance", 1952.

- MOODIE, W.—"The Doctor and the Difficult Child.", 1948.
RORIE, R. A.—Brit. Med. J., 1, 1062-1066, 1955.
TERHUNE, W.—"Medicina y Psiquiatria". Ed. Paz Montalvo, 1953.
WEITBRECHT, H. J.—Deutsch Med. Wchnschr., 76, 312-315, 1951.
WOLLENBERG, R.—"Die Hypochondrie". Wein, 1904.

SUMMARY

Hypochondriac symptoms are analysed in various psychiatric conditions and in infancy; examination, assessment and treatment are taken into account. The value of these symptoms from the psychosomatic standpoint is discussed.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden die hypochondrischen Symptome bei verschiedenen psychiatrischen Prozessen und im Kindesalter analysiert; Untersuchung, Auswertung und Behandlung. Es wird der Wert dieser Symptome vom psycho-somatischen Gesichtspunkt aus besprochen.

RÉSUMÉ

On analyse les symptômes hypocondriaques dans différents processus psychiatriques et dans l'enfance; leur exploration, évaluation et traitement. On discute la valeur de ces symptômes au point de vue psychosomatique.

NOTAS CLINICAS

LINFOBLASTOMA FOLICULAR GIGANTE

L. LORENTE FERNÁNDEZ, M. AGUIRRE JACA
y M. JIMÉNEZ CASADO.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas. Clínica
de Nuestra Señora de la Concepción.
Director: Prof. C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Este proceso sistematizado de las estructuras linfáticas conocido desde la descripción de BRILL, BAEHR y ROSENTHAL como hiperplasia gigante de los folículos linfáticos y del bazo, y llamado por SYMMERS hiperplasia folicular gigante de los ganglios linfáticos con o sin esplenomegalia, ha recibido otros diversos nombres por distintos autores hasta llegar al de linfoblastoma folicular gigante, con el que se conoce en la actualidad; se caracteriza histológicamente por la hiperplasia numérica y principalmente dimensional de los folículos de los tejidos linfoides.

En la mayoría de los casos tiene una termi-

nación fatal en cuatro-cinco años después del comienzo de los síntomas, aunque la enfermedad puede ser muy larga, hasta de dieciocho-diecinueve años, como describe SYMMERS. Este mismo autor refiere la posibilidad de la curación espontánea, y se ha señalado la sensibilidad de la enfermedad a la radioterapia. Al principio, por BRILL y sus colaboradores se pensó en la benignidad del proceso; pero posteriormente, BAEHR, KLEMPERER y ROSENTHAL creyeron era una forma de linfosarcoma, pensándose en la actualidad que se trata de un proceso con múltiples potencialidades, que puede transformarse en sarcoma de células polimorfas, linfosarcoma difuso y asociarse con la enfermedad de Hodgkin o leucemia linfática, habiéndose señalado asimismo la terminación en retotelsarcoma.

El hallazgo clínico más típico es el aumento de los ganglios linfáticos, siendo afectados en la mayoría de los casos un grupo o unos pocos grupos periféricos de ganglios, soliendo ser móviles y firmes, pero no de gran dureza. En par-

te de los casos publicados, independientemente o en conjunción con las adenopatías periféricas, se ha señalado la afectación de ganglios torácicos o abdominales, y en unas dos terceras partes se señala la existencia de esplenomegalia, siendo menos frecuente la hepatomegalia. Se señala como síntoma frecuente el exoftalmos producido por afectación de la glándula lacrimal, y se refiere la producción de derrames serosos o quillosos en la cavidad pleural o abdominal. Ocasionalmente se ha apreciado la existencia de concreción pericárdica.

BACKENSTOSS y HECK han descrito la afectación de otras estructuras linfáticas, como las amígdalas, la pared ventricular, el apéndice, etcétera, y en un relativamente gran número de casos los enfermos manifiestan síntomas gastrointestinales, tales como pérdida de apetito, vómitos, diarrea o estreñimiento y meteorismo. En otros pacientes se aprecian síntomas pulmonares, como disnea y tos productiva o, más frecuentemente, improductiva. También por parte de la piel se ha señalado prurito y dermatitis de carácter exfoliativo, y sensación de quemazón en los pies se ha presentado particularmente en casos con afectación de los ganglios inguinales. A veces esta enfermedad conduce a la caquexia, pero generalmente la ausencia de ésta ha sido considerada más bien como típica.

Se ha señalado la afectación de la médula ósea, pero lo más frecuente es no observar tal afectación, excepto una ligera anemia. El recuento leucocitario es inexpressivo hasta llegado el período terminal, en que es frecuente la aparición de leucopenia. Una eosinofilia marcada se halla presente en pocos casos, aunque de manera moderada es relativamente frecuente. No obstante, se ha señalado la aparición en casos de este proceso de pancitopenias que se han achacado al hiperesplenismo que pueden presentar estos enfermos cuando la afectación del bazo es intensa.

Dada la pobreza de casos referidos de esta enfermedad en nuestra Patria, creemos interesante la publicación de la enferma vista por nosotros, que presenta algunas peculiaridades interesantes que luego comentaremos, y a quien vimos en nuestra Consulta el 11 de julio de 1955.

Se trata de la enferma M. M. P., de cuarenta y cinco años, natural de Camarena (Toledo), con residencia en Madrid, casada, de profesión sus labores, que refería lo siguiente: Viene notando astenia desde hace unos cinco años hasta hace un año, en que se intensificó mucho, coincidiendo con la aparición de un bulto en región inguinal derecha, no doloroso, que fué aumentando lentamente de tamaño hasta alcanzar el de un huevo de paloma. Tres meses más tarde empezaron a salirle otros bultos similares en región cervical, y poco después, en las axilas, primero en la izquierda y luego en la derecha. Todos estos bultos han ido aumentando lentamente de tamaño hasta la actualidad. Siguió así hasta hace dos meses, en que comenzó a notar prurito generalizado, más acentuado en pies y vientre, con lo que ha estado hasta hace unos quince días, en que han desaparecido. También desde que comenzó su enfermedad viene teniendo disnea y opresión precordial, que le aparece con motivo de cualquier esfuerzo o al echarse en cama. Tiene tos seca, intensa, lo que se ha acentua-

do mucho en los últimos cuatro meses, en cuyo momento han empezado a hincharse las extremidades inferiores, especialmente la derecha, así como algo la cara. Desde hace unos quince días ha empezado a tener diarrea de 3-4 deposiciones diarias, diurnas, bastante líquidas, sin ninguna otra molestia más que aumento del abdomen, bastante acusado. No ha tenido fiebre. Ha perdido algo de peso, no sabe cuánto.

En los antecedentes personales y familiares no hay ningún dato importante que señalar.

En la exploración física encontramos una enferma bien constituida, en buen estado de nutrición, con palidez de piel y de mucosas. Boca con prótesis total a excepción de dos piezas. Lengua normal y faringe enrojecida. Pupilas isocóricas, que reaccionan bien a la luz y a la convergencia. En el cuello se palpan numerosas adenopatías perfectamente individualizadas, de distinto tamaño, las mayores como huevos de paloma, de consistencia dura, no dolorosas, no adheridas a piel ni a planos profundos. En ambas axilas se palpan adenopatías similares, del tamaño de una naranja. En ambas ingles también existen adenopatías del tamaño de nueces, múltiples, de las mismas características. En aparato respiratorio existe matidez a la percusión en los dos tercios inferiores de hemitórax derecho, donde existe abolición del murmullo y de las vibraciones vocales, siendo normal el resto. En el circulatorio los tonos son puros, el pulso es rítmico a 100 por minuto y la tensión arterial es de 12,5/9. El abdomen aparece acuminado, con estrías de distensión y edema duro de las zonas normales intermedias, que prestan un aspecto reticulado muy curioso a la piel abdominal. En vacío izquierdo y fosa ilíaca del mismo lado, así como en epigastrio, se palpa una masa tumoral abollonada, algo dolorosa a la palpación, de consistencia firme, que parece corresponder a grandes adenopatías intraabdominales. Se palpa el hígado a cuatro traveses de dedo por debajo del reborde costal, duro y ligeramente doloroso. Se palpa el bazo a tres traveses de dedo por debajo del reborde costal, duro y doloroso. En pierna derecha existe edema duro y pálido.

Exámenes complementarios: Sangre, 3.810.000 hemáties con 78 por 100 de hemoglobina y 1,02 de valor globular. Anisocitosis y anisocromenia, algún macrocito policromatófilo y escasos poiquilócitos. 6.100 leucocitos con 68 segmentados, 3 bastonados, 0 eosinófilos, 0 basófilos, 2 monocitos y 27 linfocitos. La velocidad de sedimentación es de 18 a la primera hora, 38 a la segunda hora e índice de 18,5.

Orina: Densidad, 1,021. Reacción, ácida. Albúmina, ligeros indicios. Glucosa, no contiene. Sedimento, frecuentes cristales de oxalato de cal, algún que otro hematíe y cilindro hialino (12 y 3, respectivamente, por preparación). Un leucocito por cada 5-10 campos, y muy escasas células epiteliales planas.

Radiografía anteroposterior de tórax: Imagen de derrame pleural derecho que ocupa los dos tercios inferiores del hemitórax, sin ningún otro dato significativo.

La punción de este derrame dió salida a un líquido espeso, de color amarillo dorado, aspecto lechoso, con ligero sedimento hemático. Su análisis dió el siguiente resultado: Rivalta, ++++. Proteínas totales, 21 gramos por 1.000 c. c. Lípidos totales, 690 mgr. por 100 centímetros cúbicos. Siembra, estéril.

Tránsito intestinal (Dr. MARINA): Estómago en forma de hoz, especialmente la curvatura menor, poco distensible, donde se aprecian signos de compresión externa, con curvaduras y pliegues regulares. Evacuación normal. Bulbo duodenal, sin alteraciones intrínsecas, pero con contorno superior aplanado. Yeyuno sin alteraciones. Ileón pélvico desplazado fuera de la pelvis y hacia f. i. d., incurvado en el centro de la porción ascendente (fig. 1). Poca movilidad. Tránsito rápido por el colon, plenificándose la ampolla a las siete horas. La última porción del descendente y sigma aparecen tubulares y la ampolla estrechada con imágenes lacunares que no se puede precisar si son orgánicas, pareciendo más bien debidas a edema local de la mucosa, probablemente por estasis linfático (fig. 2).

La rectoscopia no indica lesión intrínseca ni extrínseca que deformen la luz rectal.

La biopsia de un ganglio tomado de la axila izquierda dió el siguiente resultado (Dr. MORALES PLEGUEZUELO): Tumor dispuesto en aglomerados constituidos por células algo mayores que linfocitos, algunas irregulares. Las mitosis son muy raras. El aspecto es el de un linfoblastoma folicular, lo que se aprecia bien impregnando la reticulina.

La enferma fué sometida a dos punciones pleurales, extrayéndosele un total de unos 1.000 c. c. de líquido, con lo cual mejoró de una manera extraordinaria la disnea y la tos seca, que prácticamente desaparecieron, pudiendo dormir acostada sin ninguna molestia.

Posteriormente se le administró radioterapia estática sobre todas las zonas afectadas en dosis de 200 r. por sesión diaria hasta un total de 7.600 r. piel, con lo cual se fundieron rápidamente todas las adenopatías.

Tampoco parecía tratarse de una linfogranulomatosis benigna por similares consideraciones, y como tenía prurito y cuadro hepatoesplénico, más bien nos inclinamos a pensar en la existencia de un Hodgkin, ya que no se debía pensar en linfosarcoma por la generalización tan acusada del proceso.

El diagnóstico definitivo nos lo dió, como tantas veces ocurre en los procesos ganglionares sistematizados, el examen histopatológico del ganglio axilar obtenido por biopsia, que indicó, sin lugar a dudas, que se trataba de un caso de linfoblastoma folicular gigante.



Fig. 1

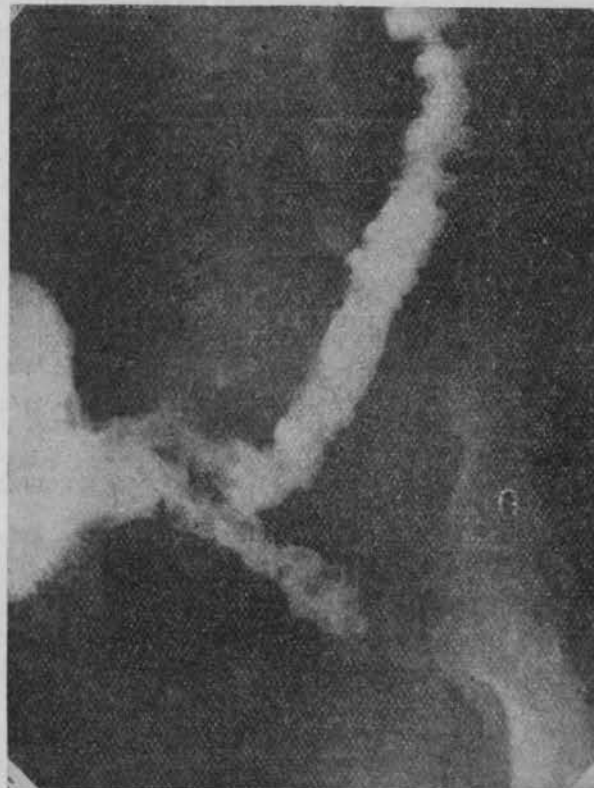


Fig. 2

Vuelta a explorar el 4 de octubre, se confirma la desaparición de las adenopatías de todos los territorios, así como el edema de la piel abdominal y de la pierna derecha. El hígado y el bazo no se han modificado. La enferma está perfectamente, haciendo una vida normal, sin más molestia que una ligera astenia. El análisis de sangre practicado en este momento arroja los siguientes datos: 4.220.000 hematíes con 76 por 100 de hemoglobina y 0,90 de valor globular. 4.500 leucocitos con 65 segmentados, 15 bastonados, 0 eosinófilos, 0 basófilos, 3 monocitos y 17 linfocitos, siendo la velocidad de sedimentación de 6 a la primera hora, 22 a la segunda e índice de 8,5. La radioscopia de tórax no demuestra más que reacción de cisura en hemitórax derecho.

Clinicamente se trataba, pues, de un proceso adenopático sistematizado. Por la coincidencia con pleuritis podría tratarse de un proceso de etiología bacilar, cosa que se eliminaba al considerar el comienzo por adenopatía inguinal poco congruente con este diagnóstico, así como por la evolución del proceso, el aspecto de los ganglios y su enorme difusión.

Son de resaltar en esta enferma como características de su cuadro, que se salen de lo descrito habitualmente, la intensa generalización de su proceso, con adenopatías palpables en todos los territorios, así como la presencia de hepato y esplenomegalia y la afectación digestiva demostrable radiológicamente, con aspecto radiográfico de infiltración de la mucosa o de edema de la misma por masas adenopáticas que impiden el flujo linfático normal.

Es interesante también la desaparición de las adenopatías de todos los territorios obtenida mediante la radioterapia de dichas zonas, lo que es verdaderamente sorprendente si tenemos en cuenta su extensión y el tamaño alcanzado por las masas adenopáticas tumorales, aunque ya hemos dicho anteriormente que se ha señalado la sensibilidad de este proceso a la radioterapia por parte de diversos autores. En cambio, no se ha obtenido cambio alguno del hígado y

el bazo, aunque bien es verdad que no se ha aplicado radioterapia directamente sobre estas zonas.

Asimismo es de señalar la remisión espontánea de la anemia que tenía en el primer análisis efectuado, sin más tratamiento que la repetida radioterapia.

Es decir, se trata de una enferma de linfoblastoma folicular gigante que presentaba afectación de los ganglios linfáticos cervicales, axilares, inguinales y abdominales, con fenómenos secundarios de edema en pared abdominal y pierna derecha, así como quilotórax derecho, aparte de hepato y esplenomegalia junto a trastornos digestivos de anorexia y diarrea, que en la exploración del tránsito intestinal se muestran debidos a infiltración de la mucosa, bien por el mismo proceso fundamental o, más problememente, por estasis linfático debido a las masas adenopáticas abdominales afectadas por la enfermedad, que ha respondido de una manera espectacular en todas sus manifestaciones, a excepción de la hepato y esplenomegalia, a la radioterapia en dosis total de 7.600 r. piel.

BIBLIOGRAFIA

- BACKENSTOSS, A. H., y HECK, F. J.—*Amer. Jour. Med. Sci.*, 200, 17, 1940.
 BRILL, N. E.; BAHR, G., y ROSENTHAL, N.—*Jour. Amer. Med. Ass.*, 84, 668, 1925.
 CERVIA, T.—*Rev. Clin. Esp.*, 58, 298, 1955.
 EVANS, T. S., y DEAN, C. A.—*Ann. Int. Med.*, 40, 851, 1954.
 FARRERAS, P., y PEDRO-PONS, P.—*Lecciones de Patología y Clínica Médicas*. Barcelona, 1953.
 RITAMA, V.—*Ann. Med. Int. Fenniae*, 40, 161, 1951.
 MORALES PLEGUEZUELO, M., y JIMÉNEZ DÍAZ, C.—*Rev. Clin. Esp.*, 18, 88, 1945.
 ROTES y CISCAR.—*Med. Clínica*, 10, 167, 1948.
 SYMMERS, D.—*Arch. Path.*, 26, 1092, 1938 (cit. de varios).

QUISTE HIDATIDICO PULMONAR TRATADO POR QUISTECTOMIA IDEAL Y RESECCION PARCIAL O SEGMENTARIA DEL LOBULO MEDIO

J. PEDRO RODRÍGUEZ DE LEDESMA Y VALENCIA.

Cirujano del Hospital Provincial de Cáceres.

A. LUENGO RODRÍGUEZ DE LEDESMA.

Médico Agregado.

Servicio de Cirugía del Dr. LEDESMA.

El tratamiento quirúrgico del quiste hidatídico de pulmón merece ser considerado de muy distinto modo a como lo ha sido en años anteriores.

De siempre fué la marsupialización, en uno o dos tiempos, el tratamiento elegido. Aún hoy día, sigue siéndolo, en ambientes quirúrgicos poco propicios para la cirugía intratorácica.

En quistes voluminosos, y por tanto, próximos a la pared torácica, sigue optándose por la marsupialización, en un tiempo, si las adherencias parietales garantizan el fácil abordaje y drenaje de la cavidad sin peligro de neumotórax. Cuando tales adherencias no existen o son dudosas, suele practicarse la intervención en dos tiempos.

La marsupialización tiene muchos inconvenientes, sobre todo si la sínfisis pleural no existe o si no tiene la debida extensión y solidez. Es muy frecuente que la vía elegida para su realización no coincida con la topografía exacta de la zona sinfisada; por otro lado, en muchas ocasiones no se ha conseguido la fijación buscada con el primer tiempo operatorio.

Estas circunstancias ocasionan graves problemas, en el mismo momento operatorio, que el cirujano se ve precisado a resolver del mejor modo posible y no siempre con el resultado debido.

Es frecuente, por ejemplo, que se produzcan neumotórax o derrame de líquido en la cavidad pleural. Por otra parte, la sutura de fijación a que con frecuencia hay que recurrir en tales casos, muchas veces no es segura y cede en días sucesivos, con la inevitable producción de neumotórax o pleuresía.

Pero aun cuando la sínfisis sea buena o la sutura de fijación se conserve, la simple punción y abertura del quiste para la marsupialización ocasiona una brusca inundación de líquido hidatídico en el árbol bronquial. Esto se debe a que, con el crecimiento del quiste, se produce la abertura de bronquios de ordinario de pequeño calibre que quedan ocluidos por la misma membrana hidatídica, pero que al puncionar ésta y retraerse, aumenta el espacio antes virtual que existe entre tal membrana y la cápsula reaccional periquística de los tejidos del pulmón y en donde abocan los bronquios o bronquiolos abiertos.

Este momento de la inundación bronquial por el líquido hidatídico es bien apreciable cuando se operan los quistes con anestesia local, porque en este momento el enfermo presenta intensa tos y crisis de sofocación con expulsión por vómica de grandes cantidades de líquido o, al menos, de sangre o esputos sanguinolentos.

Si las maniobras operatorias se hacen con rapidez, la pronta extracción de la membrana hidatídica y la aspiración del líquido restante en la cavidad, restablecen la normalidad con prontitud.

Pero en otros casos exige la aspiración en el árbol tráqueobronquial, problema relativamente fácil si se opera con narcosis e intubación traqueal, pero no tanto si se trabaja con anestesia local.

Todas estas consideraciones, más las complicaciones y peligros habituales en la evolución futura de cualquier cavidad marsupializada, tales como la hemorragia, la infección o la fístula bronquial definitiva, fuerzan a considerar tal