

BIBLIOGRAFIA

1. JIMÉNEZ DÍAZ, C. y H. CASTRO MENDOZA.—Rev. Clín. Esp., 29, 84, 1948. Idem, 36, 308, 1950. Idem, 37, 232, 1950; y 37, 78, 1950.
2. LIPPMAN, MARTI y CAMPBELL.—Arch. of Path., 53, 1, 1952.
3. MERCHANTE, A., R. ORTEGA, H. CASTRO MENDOZA y C. JIMÉNEZ DÍAZ.—En publicación.
4. LINAZASORO, J. M., C. JIMÉNEZ DÍAZ y H. CASTRO MENDOZA.—Bull. Inst. Méd. Res., 7, 53, 1954.
5. POLLAK, V. E., KARK, A. M., PIRANI, C. L., SHAFTER, H. A. y MUEHRCKE, R. C.—Am. Journ. Med., 21, 496, 1956.
6. BOROWSKY, B. A., D. M. KESSNER y L. RECANAT.—Proc. Soc. Exp. Biol. a. Med., 97, 857, 1958.

SUMMARY

It is proved that a renal extract (SAR) inhibits albuminuria and causes diuresis to increase in animals with nephropathy experimentally induced by nephrotoxic globulin shock or with tetrathionate. Some comments are made on the possible significance of these facts as a basis for further studies.

ZUSAMMENFASSUNG

Bei Tieren mit experimenteller Nephropathie, hervorgerufen durch nephrotoxischen Globulinstoss oder Tetrathionat, wird die hemmende Wirkung von einem SAR Nierenextrakt auf die Harneiweissausscheidung bei gleichzeitig erhöhter Diurese nachgewiesen. Diese Tatsachen und ihre etwaige Bedeutung als Grundlage für weitere Studien werden einigen Betrachtungen unterzogen.

RÉSUMÉ

On démontre comment un extrait rénal SAR inhibe l'albuminurie et augmente la diurèse chez des animaux avec néphropathie expérimentale de shock par globuline néphrotoxique ou par tétrathionate. On fait quelques considérations sur le probable sens de ces faits, comme base pour d'ultérieures études.

REVISION DE 5.800 BIOPSIAS

J. M. MARTÍNEZ PEÑUELA.

Jefe del Laboratorio del Hospital Civil de Navarra.
Pamplona.

Institución Príncipe de Viana.

Al hacer una revisión superficial de la labor de diez años encontré que las cifras eran significativas y, en muchos aspectos, diferentes de las que se publican en otros Centros. El presente trabajo es un estudio profundo de los datos recogidos en mis archivos.

Se han considerado solamente los diagnósticos histológicos, dejando los puramente citológicos. La revisión comprende 5.800 biopsias y

piezas operatorias realizadas en el Hospital y Maternidad de Navarra entre los años 1948 y 1958. Se han archivado todas las preparaciones, así como los trozos remitidos para su examen. Las fichas han sido triples: una, de descripción y diagnóstico; otra, de localización, y otra, de lesión. En muchos casos se han revisado los diagnósticos e introducido las correspondientes modificaciones, volviendo sobre las preparaciones y repitiendo los cortes cuando ha sido preciso. De este material así preparado se han elaborado las siguientes tablas. Los diagnósticos se han hecho siguiendo siempre el mismo criterio y la nomenclatura sigue la línea clásica, huayendo de toda subdivisión que pudiera complicar la interpretación de los datos. Se han estudiado con especial interés las biopsias ganglionares, siguiendo la misma pauta que en un trabajo anterior (REV. CLÍN. ESP., 15 octubre 1955).

Tabla I.—Resalta, en primer lugar, la cifra de 2.415 piezas de útero, representando un 41,63 por 100 del total, viniendo a continuación la piel, los senos craneales, la mama, estómago y ganglio. Del estudio un poco más profundo de las cifras se desprende el notable predominio del hombre en los exámenes de epiglotis, esófago, estómago, laringe, piel y vejiga. La mujer, en cambio, ha proporcionado más análisis en la lengua, saco lagrimal, tiroides (la proporción es de 130 a 12) la vesícula biliar.

Tabla II.—Prescindiendo de las lesiones que son privativas de cada sexo, el resto tiene algunos aspectos que conviene hacer notar. El adenocarcinoma es mucho más frecuente en la hembra, siendo la relación de 3 a 1; la colecistitis es de 8 a 1 y el melanoma de 2 a 1. En cambio, se destaca el hombre por la gran cantidad de úlceras (117 a 45), de las cuales la gran mayoría son de estómago.

Tabla III.—En los tumores malignos epiteliales existe un enorme predominio de la localización genital a favor de la hembra y más del doble de frecuencia en el intestino. En los no epiteliales es mayor la cifra en la mujer en las localizaciones genitales y, en cambio, en las ganglionares es el hombre el que tiene cuatro veces más de casos. De los números totales se deduce que las tres localizaciones más frecuentes en total de hombres y mujeres son los órganos genitales, la mama y la piel.

Tabla IV.—En los epitelomas el 21,10 por 100 corresponden al cuello uterino, el 12,80 por 100 a la laringe (exclusivamente varones) y el 21,90 por 100 a la piel, con una frecuencia aproximadamente igual para los dos sexos. De 48 epitelomas de labio, 45 corresponden al hombre, y de 22 de vejiga, 20. En 15 localizaciones en la lengua, todos eran varones.

Tabla V.—Los adenocarcinomas han sido más frecuentes en la mama, estómago y útero.

Tabla VI.—En los tumores malignos no epiteliales, el Hodgkin es el que se ha visto más, siendo la proporción de 3 a 1 a favor del hombre. El sarcoma le sigue en frecuencia, con cifras aproximadamente iguales para los dos sexos. El linfosarcoma se ve dos veces más en el masculino.

Tabla VII.—Clasifica por localizaciones y diagnóstico 283 ganglios linfáticos. Se ponen en un primer grupo los casos en los que la biopsia ha sido definitiva para el diagnóstico. En el término "linfoma" se incluyen el linfosarcoma, el reticulosarcoma, la enfermedad de Hodgkin y las leucemias. Las metástasis y las inflamaciones específicas completan este grupo, que se califica como de biopsias de resultado "positivo". En otro apartado están incluidas las inflamaciones no específicas, las hiperplasias, el granuloma inespecífico y la estasis linfática. En el grupo "otras localizaciones" están los ganglios pre y postauriculares, parotídeos, extremidades, pared abdominal, etc.

Tabla VIII.—El tanto por ciento de hallazgos positivos se ha calculado sobre el total en cada localización. Los cervicales y los axilares son

los ganglios más extirpados y en los primeros domina la tuberculosis (42,3 por 100), mientras que en los segundos son las metástasis (58,3 por 100).

Tabla IX.—El 30 por 100 de todas las biopsias ganglionares fueron cervicales y el 21,2 por 100 axilares.

Tabla X.—Se puede ver la diferencia entre los resultados del Hospital de Pamplona y los de otros Centros.

Tabla XI.—Se dan los porcentajes de las distintas enfermedades según el número total (283): el grupo "positivo" (214) y el "negativo" (69).

Tabla XII.—Se expresa la relación entre localización y diagnóstico de linfoma, metástasis y tuberculosis y se tienen en cuenta las biopsias positivas respecto del número total de cada localización. En los cervicales, el 46,1 por 100 son tuberculosis, el 41,6 por 100 linfomas y el 18 por 100 metástasis. En los axilares, el 42,1 por 100 son metástasis y el linfoma y la tuberculosis se ven con mucha menos frecuencia.

TABLA I

LOCALIZACIÓN	Hombre	Mujer	Total	Por 100
Amigdala	17	12	29	0,50
Ano	8	7	15	0,26
Apéndice	16	26	42	0,72
Arteria	5	4	9	0,15
Articulación	32	20	52	0,89
Bazo	9	5	14	0,24
Boca	12	10	22	0,37
Bolsa sinovial	1	2	3	0,05
Brazo	—	2	2	0,03
Cápsula suprarrenal	—	1	1	0,017
Cartílago	1	—	1	0,017
Cerebro	1	—	1	0,017
Cicatriz	2	3	5	0,08
Clítoris	—	1	1	0,017
Colon	5	6	11	0,18
Conjuntiva ocular	5	1	6	0,10
Cornetes nasales	3	2	5	0,08
Cuello	1	1	2	0,03
Cuero cabelludo	1	—	1	0,017
Encia	5	3	8	0,13
Epididímo	3	—	3	0,05
Epiglotis	11	—	11	0,18
Esófago	11	1	12	0,20
Espuños	8	3	11	0,18
Estómago	175	69	244	4,20
Faringe	8	5	13	0,22
Fosa nasal	13	13	26	0,44
Ganglio linfático	133	145	283	4,91
Glándula de Bartolino	—	1	1	0,017
Idem lagrimal	1	—	1	0,017
Idem salivar	11	15	26	0,44
Ganglio simpático	2	—	2	0,03
Hígado	53	36	89	1,53
Hueso	28	20	48	0,82
Intestino	23	22	45	0,77
Laringe	118	12	130	2,25
Lengua	27	117	144	2,58
Mama	—	378	378	6,51
Mastoides	—	1	1	0,017
Mediastino	1	—	1	0,017
Médula ósea	11	23	34	0,58
Meninge	1	—	1	0,017

LOCALIZACION	Hombre	Mujer	Total	Por 100
Menisco	2	1	3	0,05
Mesenterio	1	2	3	0,05
Músculo	4	3	7	0,12
Nariz	8	10	18	0,31
Ovario	—	308	308	5,31
Oido	8	13	21	0,36
Ojo	48	44	92	1,58
Paladar	2	4	6	0,10
Páncreas	—	1	1	0,017
Pene	6	—	6	0,10
Peritoneo	4	7	11	0,18
Piel	212	144	356	6,13
Placenta	—	19	19	0,32
Pleura	1	—	—	0,017
Próstata	104	—	104	1,79
Pulmón	5	5	10	0,17
Recto	23	21	44	0,75
Riñón	34	37	71	1,22
Saco lagrimal	4	14	18	0,31
Senos craneales	151	152	303	5,22
Testículo	25	—	25	0,43
Trompa uterina	—	146	146	2,51
Tiroides	12	130	142	2,44
Uréter	3	4	7	0,12
Utero	—	2.415	2.415	41,63
Uña	1	1	2	0,03
Uretra	1	7	8	0,13
Vagina	—	25	25	0,43
Vejiga	35	7	42	0,72
Vena	3	—	3	0,05
Vesícula biliar	9	24	33	0,56
Vulva	—	35	35	0,60

TABLA II

LESIONES	Hombre	Mujer	Total	Por 100
Acantosis	1	—	1	0,017
Actinomicosis	4	—	4	0,06
Adenitis aguda	1	1	2	0,03
Idem crónica	4	3	7	0,12
Adenocarcinoma	126	399	525	9,05
Adenoma	19	4	23	0,39
Adenosis	—	1	1	0,017
Amigdalitis	5	2	7	0,12
Amilosis	—	1	1	0,017
Anexitis	—	1	1	0,017
Angiofibromioma	—	1	1	0,017
Angioma	12	27	39	0,67
Apéndice caudal	1	—	1	0,017
Apendicitis	7	21	28	0,48
Aplasia	—	1	1	0,017
Arterioesclerosis	1	—	1	0,017
Banti	3	—	3	0,05
Basalioma	14	7	21	0,36
Besnier Boeck	1	1	2	0,03
Botriomicoma	—	1	1	0,017
Bronquiectasias	1	1	2	0,03
Calcificación	—	1	1	0,017
Cáncer indiferenciado	1	—	1	0,017
Cervicitis	—	88	88	1,51
Ciclo anovular	—	3	3	0,05
Cirrosis hepática	27	9	36	0,62
Cistoadenocarcinoma	—	1	1	0,017
Cistoma	—	47	47	0,081
Coágulo	1	—	1	0,017
Colecistitis	2	16	18	0,31
Colesteatoma	1	—	1	0,017
Colesterosis	1	—	1	0,017
Colitis membranosa	—	1	1	0,017
Condroma	6	3	9	0,15
Condrosarcoma	1	2	3	0,05
Conjuntivitis	1	1	2	0,03
Corioepiteloma	1	5	6	0,10

LESIONES	Hombre	Mujer	Total	Por 100
Cuerpo lúteo	—	88	88	1,51
Chalación	4	2	6	0,10
Dacriocistitis crónica	3	17	20	0,34
Idem tuberculosa	—	2	2	0,03
Dermatitis de During	1	—	1	0,017
Dermoide	—	2	2	0,03
Dismenorrea membranosa	—	13	13	0,22
Divertículo de Meckel	3	—	3	0,05
Idem vesical	2	2	4	0,06
Idem uretral	1	—	1	0,017
Edema	—	1	1	0,017
Elefantiasis	1	—	2	0,03
Embarazo extrauterino	—	27	27	0,50
Embrión	—	1	1	0,017
Endometriosis	—	2	2	0,03
Endometritis	—	185	185	3,10
Endotelioma	1	—	1	0,017
Enfermedad poliquística	1	4	5	0,08
Idem de Schoenlein	—	1	1	0,017
Epiteloma	259	235	494	8,29
Idem intraepitelial	1	—	1	0,017
Epulis	2	6	8	0,13
Erosión	—	23	23	0,39
Esclerosis	10	30	40	0,68
Esterilidad	—	2	2	0,03
Ewing (sarcoma de)	1	—	1	0,017
Extrofia	—	1	1	0,017
Fibroangioma	1	4	5	0,08
Fibrocondroma	1	2	3	0,05
Fibrocondrosarcoma	1	—	1	0,017
Fibromixoma	2	3	5	0,08
Fibroma y fibroadenoma	28	240	268	4,62
Fibrosarcoma	5	3	8	0,13
Fibrosis	5	2	7	0,12
Gastritis	3	—	3	0,05
Ginecomastia	1	—	1	0,017
Glaucoma	—	1	1	0,017
Glioblastoma	—	1	1	0,03
Glioma	1	1	2	0,03
Granuloma de cuerpo extraño	1	—	1	0,017
Idem inespecífico	48	58	106	1,82
Idem sifilitico	5	—	5	0,08
Granulosa (tumor de)	—	1	1	0,017
Hemangioendotelioma	—	2	2	0,03
Hemangiofibroma	—	1	1	0,017
Hematoma intrafolicular	—	2	2	0,03
Hematosalpinx	—	2	2	0,03
Hemorroides	1	—	1	0,017
Hidrocele	2	—	2	0,03
Hidronefrosis	6	3	9	0,15
Hiperkeratosis	7	7	14	0,24
Hipernefroma	7	3	10	0,17
Hiperplasia	—	429	429	7,39
Hipertrofia	74	5	79	1,36
Hodgkin	37	11	48	0,82
Ictericia	2	2	4	0,06
Idem hemolítica	1	—	1	0,017
Iridociclitis	—	2	2	0,03
Infarto	—	3	3	0,05
Inflamación aguda	—	2	2	0,03
Idem crónica	40	26	66	1,13
Idem subaguda	2	2	4	0,06
Krukemberg	—	5	5	0,08
Leucemia	5	2	7	0,12
Leucoplasia	—	3	3	0,05
Linfangioma	2	7	9	0,15
Linfoma folicular	—	1	1	0,017
Linfosarcoma	10	5	15	0,25
Lipoma	12	9	21	0,36
Lupus eritematoso	—	2	2	0,03
Lupus Pernio	—	1	1	0,017
Mastitis	—	8	8	0,13
Melanoma	7	15	22	0,37
Metaplasia	—	2	2	0,03
Metropatia hemorrágica	—	170	170	2,93
Metrorragias	—	3	3	0,05

LESIONES	Hombre	Mujer	Total	Por 100
Mikulicz	—	1	1	0,017
Mioma y fibromioma	—	257	257	4,43
Miosarcoma	1	3	4	0,06
Miositis fibrosa	—	1	1	0,017
Mixoma	2	4	6	0,10
Mixosarcoma	1	3	4	0,06
Mola	—	3	3	0,05
Mola vesicular	—	15	15	0,25
Mucocele	2	2	4	0,06
Mucosa decidual	—	24	24	0,41
Idem de mioma	—	33	33	0,56
Muñón ocular	—	1	1	0,017
Necrosis	9	10	19	0,32
Nefritis intersticial	5	2	7	0,12
Neumonia crónica	—	2	2	0,03
Neuroblastoma	1	—	1	0,017
Neurofibroma	3	6	9	0,15
Nevus	2	1	3	0,05
Normal	38	576	614	10,58
Osteitis	2	—	2	0,03
Osteoclastoma	3	3	6	0,10
Osteocondroma	1	3	4	0,06
Osteocondromixoma	—	1	1	0,017
Osteofibroma	2	—	2	0,03
Osteoma	2	1	3	0,05
Otitis media	—	1	1	0,017
Paget	—	1	1	0,017
Pancreatitis	—	1	1	0,017
Papiloma y pólipos	104	283	387	6,67
Periarteritis nodosa	—	1	1	0,017
Perinefritis	1	—	1	0,017
Peritonitis tuberculosa	—	1	1	0,017
Pielonefritis	2	2	4	0,06
Placenta acreta	—	3	3	0,05
Plasmocitoma	1	—	1	0,017
Pólipo dermoideo	1	—	1	0,017
Pterigion	5	—	5	0,08
Quiste	1	22	23	0,39
Quiste dermoide	1	21	22	0,37
Idem folicular	—	71	71	1,22
Idem hidatídico	1	5	6	0,10
Idem sinovial	1	—	1	0,017
Rabdomioma	—	1	1	0,017
Radionecrosis	1	1	2	0,03
Recklinhausen (hueso)	1	—	1	0,017
Idem (neurofibromatosis)	—	1	1	0,017
Restos adenoideos	1	—	1	0,017
Idem ovulares	—	256	256	4,41
Reticulosarcoma	3	—	3	0,05
Reticulosis	1	—	1	0,017
Riñón embrionario	—	1	1	0,017
Idem poliquístico	1	—	1	0,017
Salpingitis	—	32	32	0,55
Salpingitis tuberculosa	—	2	2	0,03
Sarcoma	11	9	20	0,34
Seminoma	6	—	6	0,10
Senil (mucosa)	—	65	65	1,12
Seudoartrosis	1	—	1	0,017
Simpatoblastoma	—	2	2	0,03
Sinusitis	151	152	303	5,22
Timoma	1	—	1	0,017
Tracoma	1	—	1	0,017
Trombosis	7	1	8	0,13
Tuberculosis	90	126	216	3,72
Tumor de células intersticiales	1	—	1	0,017
Idem id. gigantes	—	2	2	0,03
Tumor glómico	1	—	1	0,017
Idem masculinizante	—	1	1	0,017
Idem mixto	3	18	21	0,36
Idem de Wilms	1	—	1	0,017
Ulcera	117	45	162	2,79
Ureteritis	2	1	3	0,05
Utero doble	—	1	1	0,017
Uveítis	1	—	1	0,017
Xeroderma pigmentosum	—	1	1	0,017

TABLA III

LOCALIZACION	Epiteliales		No epiteliales		Total	
	Hombre	Mujer	Hombre	Mujer	Número	Por 100
Organos genitales	26	282	4	13	325	26,77
Mama	—	168	—	—	168	13,85
Piel	68	53	16	13	150	12,35
Estómago	56	32	—	1	89	7,33
Labio	46	4	—	—	50	4,10
Laringe	62	—	—	—	62	5,10
Ganglio linfático	19	26	40	13	98	8,07
Vejiga	20	2	—	—	22	1,81
Recto	11	15	2	1	29	2,38
Ojo	9	6	3	3	21	1,72
Tiroides	1	13	—	—	14	1,15
Hueso	2	—	8	6	16	1,31
Riñón	5	2	1	1	9	0,74
Lengua	15	—	—	—	15	1,23
Hígado	11	1	1	1	14	1,15
Intestino	7	17	2	1	27	2,22
Faringe	3	—	—	—	3	0,24
Amigdala	7	—	—	—	7	0,57
Leucemia	—	—	5	2	7	0,57
Pulmón	2	1	—	—	3	0,24
Paladar	—	5	—	—	5	0,41
Cerebro	—	—	1	—	1	0,08
Esófago	4	1	—	—	5	0,41
Vesícula	3	2	—	—	5	0,41
Fosas nasales	—	3	2	—	5	0,41
Masa muscular	—	—	2	1	3	0,24
Pleura	—	—	1	—	1	0,08
Articulación	—	—	—	1	1	0,08
Timo	—	—	1	—	1	0,08
Mandíbula	—	—	4	—	4	0,33
Otras localizaciones	23	13	8	19	53	4,44
TOTALES	400	646	101	66	1.213	

TABLA IV
EPITELIOMAS

LOCALIZACION	Hombre	Mujer	Total	Por 100
Cuello uterino	—	106	106	21,10
Utero	—	12	12	2,42
Laringe	62	—	62	12,80
Labio	45	3	48	9,71
Vulva	—	16	16	3,23
Vagina	—	12	12	2,42
Ojo	7	6	13	2,63
Riñón	4	—	4	0,80
Vejiga	20	2	22	4,50
Faringe	3	—	3	0,60
Lengua	15	—	15	3,03
Esófago	4	1	5	1,01
Pene	8	—	8	1,61
Amigdala	7	—	7	1,41
Paladar	—	5	5	1,01
Piel	57	51	108	21,90
Ganglio	8	7	15	3,03
Otras localizaciones	19	14	33	6,66
TOTALES	259	235	494	

TABLA V
ADENOCARCINOMAS

LOCALIZACION	Hombre	Mujer	Total	Por 100
Mama	—	168	168	32,00
Estómago	56	32	88	16,76
Recto	11	15	26	4,94
Utero	—	86	86	16,40
Cuello uterino	—	19	19	3,60
Ovario	—	25	25	4,76
Próstata	16	—	16	3,04
Tiroides	1	13	14	2,66
Colon	2	6	8	1,52
Hígado	11	1	12	2,30
Ganglio	11	17	28	5,33
Intestino	5	11	16	3,04
Pulmón	2	1	3	0,57
Riñón	1	2	3	0,57
Vesícula	3	2	5	0,95
Otras localizaciones	7	1	8	1,52
TOTALES	126	399	525	

TABLA VI
TUMORES NO EPITELIALES MALIGNOS

LOCALIZACION	Hombre	Mujer	Total	Por 100
Leucemia	5	2	7	4,19
Hodgkin	37	11	48	28,74
Linfosarcoma	10	5	15	8,98
Sarcoma	11	9	20	11,97
Fibrosarcoma	5	3	8	4,79
Miosarcoma	1	3	4	2,39
Condrosarcoma	1	2	3	1,79
Reticulosarcoma	3	—	3	1,79
Glioma	1	1	2	1,19
Endotelioma	1	—	1	0,59
Tumor de Wilms	1	—	1	0,59
Idem de Ewing	1	—	1	0,59
Corioepitelioma	1	5	6	3,59
Fibrocondrosarcoma	1	—	1	0,59
Glioblastoma	—	1	1	0,59
Tumor de granulosa	—	1	1	0,59
Melanoma	7	15	22	13,17
Mikulicz	—	1	1	0,59
Mixosarcoma	2	1	3	1,79
Neuroblastoma	1	—	1	0,59
Osteoclastoma	3	3	6	3,59
Plasmocitoma	1	—	1	0,59
Rabdomioma	—	1	1	0,59
Reticulosis	1	—	1	0,59
Seminoma	6	—	6	3,59
Símpatoblastoma	—	2	2	1,19
Timoma	1	—	1	0,59
TOTALES	101	66	167	

TABLA VII

RELACION ENTRE LOCALIZACION Y DIAGNOSTICO EN LAS BIOPSIAS GANGLIONARES

	Cervical	Submaxilar	Supraclavicular	Inguinal	Axilar	Femoral	Interna	Otras localizac.	Total
Neoplasias:									136
Linfoma	—	—	—	—	—	—	—	—	53
Sarcoma linfocítico	2	1	—	1	1	1	—	4	11
Sarcoma reticular	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Linfoma folicular	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Linfoma linfocítico	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Enfermedad de Hodgkin	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Granuloma de H.	19	1	2	8	3	—	3	4	40
Sarcoma de H.	1	—	—	—	—	—	—	1	2
Leucemia linfocítica	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Leucemia granulocítica	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Metástasis	15	3	3	6	35	—	13	8	83
Inflamaciones:									
Específicas.									
Tuberculosis	36	13	3	5	9	1	1	10	78
Sarcoidosis	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Linfogranuloma venéreo	—	—	—	—	—	—	—	—	—
No específicas.									
Linfoadenitis:									
Aguda	—	—	—	—	—	—	1	—	1
Subaguda	1	—	—	—	—	—	1	—	2
Crónica	2	1	—	1	2	—	1	2	9
Hiperplasia	5	1	—	—	—	—	3	—	9
Granuloma (no específico)	1	—	—	—	—	—	—	2	3
Estasis linfática	—	—	—	—	—	—	3	1	4
Normal	3	—	1	5	10	—	21	1	41

TABLA VIII

RELACION ENTRE LOCALIZACION Y DIAGNOSTICO DE LINFOMA, METASTASIS Y TUBERCULOSIS

Biopsias positivas relacionadas con el número total en cada localización.

LOCALIZACION	Linfoma		Metástasis		Tuberculosis		Total en cada localización
	Número	Por 100	Número	Por 100	Número	Por 100	
Cervical	22	25,8	15	17,6	36	42,3	85
Submaxilar	2	10	3	15	13	65	20
Supraclavicular	2	22,2	3	33,3	3	33,3	9
Axilar	4	6,6	35	58,3	9	15	60
Inguinal	9	34,6	6	23	5	19,2	26
Femoral	1	50	—	—	1	50	2
Interna	3	6,3	13	27,6	1	2,1	47
Otras localizaciones	10	29,4	8	22,9	10	29,4	34

TABLA IX

RELACION ENTRE LAS BIOPSIAS Y SU SITUACION ANATOMICA

LOCALIZACION	Número de casos	Por 100 de todas las biopsias	Por 100 excluyendo gang. internos	DIAGNOSTICO POSITIVO			
				Número	Por 100 de todas las biopsias positivas	Por 100 excluyendo gang. internos	Por 100 en cada grupo
Cervical	85	30	36	73	34,2	37	85,8
Submaxilar	20	7,1	8,5	18	8,4	10,1	90
Supraclavicular	9	3,1	3,8	8	3,7	4	88,8
Axilar	60	21,2	25,4	48	22,5	24,4	80
Inguinal	26	9,2	11	20	9,4	9,1	76,9
Femoral	2	0,7	0,8	2	0,9	1	100
Interna	47	16,7	—	17	7,9	—	36,1
Otras localizaciones	34	12	14,5	28	13	14,3	82,3

TABLA X

PORCENTAJE DE BIOPSIAS POSITIVAS SOBRE BIOPSIAS TOTALES PARA CADA LOCALIZACION ANATOMICA EN LOS ESTUDIOS SIGUIENTES

LOCALIZACION	Hospital Civil de Pamplona	N. B. I. H.	BRINDLEY y MILLER	HEINRICH y JUDY
	Por 100	Por 100	Por 100	Por 100
Cervical	86,4	71	67,0	60
Submaxilar	88,2	80	—	—
Supraclavicular	87,5	83	—	—
Axilar	80	50	51,5	60
Inguinal	71	47	39,5	33
Femoral	100	46	—	—
Interna	34,2	40	—	—
Otras localizaciones	83,9	36	—	63

TABLA XI

	Número de casos	Por 100 de todas las biopsias (283)	Por 100 de todas las biopsias positivas (214)
Diagnóstico positivo:			
Sarcoma linfocítico	11	3,7	5,1
Sarcoma reticulocelular	—	—	—
Linfoma folicular	—	—	—
Linfoma linfocítico	—	—	—
Enfermedad de Hodgkin	42	14,8	19,7
Leucemia linfocítica	—	—	—
Leucemia granulocítica	—	—	—
Metástasis	83	29,3	38,7
Tuberculosis	78	27,5	36,5
Sarcoidosis	—	—	—
Linfogranuloma venéreo	—	—	—
Diagnóstico negativo:			
			Por 100 de todas las biopsias negati- vas (69)
Linfoadenitis:			
Aguda	1	0,35	1,4
Subaguda	2	0,7	2,9
Crónica	9	3,1	13,1
Granulomatosa	3	1,05	4,3
Hiperplasia	9	3,1	13,1
Estasis linfática	4	1,4	5,7
Normal	41	14,4	59,4

TABLA XII

RELACION ENTRE LOCALIZACION Y DIAGNOSTICO DE LINFOMA, METASTASIS Y TUBERCULOSIS

Biopsias positivas relacionadas con el número total en cada grupo.

LOCALIZACION	Linfoma		Metástasis		Tuberculosis	
	Número	Por 100	Número	Por 100	Número	Por 100
Cervical	22	41,6	15	18	36	46,1
Submaxilar	2	3,7	3	3,6	13	16,6
Supraclavicular	2	3,7	3	3,6	3	3,8
Axilar	4	7,6	35	42,1	9	11,5
Inguinal	9	16,9	6	7,2	5	6,4
Femoral	1	1,8	—	—	1	1,3
Interna	3	5,7	13	15,7	1	1,3
Otras localizaciones	10	18,9	8	9,6	10	12,8
	53		83		78	

RESUMEN.

Se hace un estudio estadístico de signos, localización y frecuencia según el sexo de 5.800 biopsias realizadas en los últimos diez años.

Agradecimiento.—A Sor Pilar Moreno y a la señorita María Teresa Diez Ruiz, que tan eficazmente ayudaron en este trabajo.

SUMMARY

A statistical study is carried out of signs, site and incidence according to sex on 5.800 biopsies performed over the last 10 years.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird über ein statistisches Studium der Zeichen, Lokalisierung und nach Geschlecht eingeteilten Häufigkeit von 5.800 Probeexzisionen berichtet, die in den letzten 10 Jahren durchgeführt wurden.

RÉSUMÉ

On fait une étude statistique de signes, localisation et fréquence, selon le sexe, de 5.800 biopsies réalisées ces 10 dernières années.

ENFERMEDAD DE BEHCET

Consideraciones clínicas y anatomo-patológicas acerca de un caso con encefalitis.

M. LOSADA^{1, 2, 3}, J. MOTLIS¹, J. RODRÍGUEZ¹,
J. GONZÁLEZ⁴ y A. MARTÍNEZ⁵.

GENERALIDADES.

BEHCET, dermatólogo de Estambul, fué el primero en describir, en 1937, una entidad clínica caracterizada por iridocititis con hipopion estéril y ulceraciones aftosas de las mucosas bucal y genital. Es cierto que desde 1898 otros investigadores habían observado las mismas manifestaciones, pero fué el médico turco el primero que relacionó dichos elementos como hechos básicos de una enfermedad independiente.

¹ De la cátedra E de Medicina de la Universidad de Chile y del Servicio de Medicina del Hospital del Salvador de Santiago, del profesor doctor HERNÁN ALESSANDRI.

² Jefe del Departamento de Reumatología de la cátedra E de Medicina de la Universidad de Chile y del Servicio de Medicina del Hospital del Salvador.

³ Profesor Auxiliar de Medicina de la Universidad de Chile.

⁴ Del Instituto de Neurocirugía e Investigaciones Cerebrales del profesor doctor ALFONSO ASENJO. Hospital del Salvador.

⁵ Jefe del Departamento de Neuropatología del Instituto de Neurocirugía e Investigaciones Cerebrales.

FRECUENCIA.

El cuadro clínico señalado es poco frecuente. La mayoría de los casos se han observado en Egipto y en el Cercano Oriente. NECDET SEZER, de la Universidad de Estambul, en un documentado estudio publicado en enero de 1956 en *American of Ophthalmology*, presenta 20 casos; en Inglaterra, en los últimos tres años y medio, se han descrito 10 casos; en Estados Unidos, hasta enero de 1956, se habían observado solamente tres casos en norteamericanos; en Chile, la primera publicación al respecto fué hecha por el doctor GORMAZ en *Archivos Chilenos de Oftalmología* en 1951; en el Servicio de Oftalmología del Hospital del Salvador de Santiago se han observado hasta el momento cuatro casos, incluyendo nuestro paciente.

La enfermedad se presenta de preferencia en adultos jóvenes (si bien se han citado casos de comienzo entre los doce y los cuarenta y seis años), con predilección por el sexo masculino (seis a siete veces más frecuente en hombres que en mujeres).

ETIOLOGÍA.

Numerosas hipótesis se han formulado para explicar la causa de esta rara enfermedad: lúes, tuberculosis, infecciones focales, leptospirosis, linfogranulomatosis venérea (sostenida por ESPILDORA LUQUE y COUTTS, entre nosotros), alergia y virus.

La etiología viral, sospechada por BEHCET y otros, ha sido puesta de actualidad por SEZER en trabajos publicados en 1953 y en 1956. Dicho autor comprueba un virus especial en la sangre de los pacientes, durante la fase aguda de la enfermedad (primera a tercera semanas), que estudiado en el microscopio electrónico demuestra un tamaño de alrededor de 100 milímetros, que se desarrolla bien en la membrana corioalantoidea del embrión de pollo, determinando la muerte del embrión en un plazo de tres a cinco días. Inoculado en el cerebro de las ratas, éstas desarrollan una encefalitis fatal después de una incubación de tres a cuatro días. La inoculación intraocular en conejos da origen a una coriorretinitis de mediana intensidad y, en algunos casos, a una encefalitis letal. Los cuyos inyectados por vía peritoneal mueren de neumonía lobar hemorrágica. La inoculación de orina en enfermos, en cuyos, puede originar la muerte de los animales, observándose que dicho fenómeno guarda relación con la intensidad de la sintomatología de los pacientes, lo cual podría significar que la cantidad de virus de la orina estaría supeditada a su presencia en la sangre.

El examen histopatológico de los animales de experimentación revela hiperemia de pulmones, corazón y riñones; lesiones hiperplásicas del hígado y hemorragia de las suprarrenales con aumento del contenido lipoideo.

Los títulos de aglutinación de la sangre de

los enfermos alcanzan su máximo dentro de las tres semanas siguientes al comienzo de la sintomatología y permanecen a dicho nivel por varios días antes de que se produzca su descenso gradual.

Las investigaciones de SEZER no han sido reproducidas por otros autores.

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

El estudio de las lesiones oculares revela signos de inflamación crónica inespecífica. El hipopion es estéril y está constituido fundamentalmente por leucocitos. En algunas autopsias de casos con participación neurológica se han comprobado múltiples lesiones encefálicas (de preferencia en el hipotálamo y pedúnculos cerebrales), en forma de pequeñas e innumerables zonas de reblandecimiento, en relación con los vasos más pequeños y de preferencia en la sustancia blanca.

SINTOMATOLOGÍA.

A partir de la triada característica descrita por BEHCET (iritociclitis con hipopion estéril, aftas bucales y genitales), y a medida que se han ido observando nuevos casos, se ha visto que pueden presentarse otras manifestaciones en el cuadro clínico de esta enfermedad: erupciones cutáneas diversas, fenómenos reumáticos, lesiones genitales, síntomas del aparato digestivo y del sistema nervioso y alteraciones vasculares.

1. *Lesiones oculares.*—En general se presentan tardíamente, después que el paciente ha sufrido por meses o años de aftas bucales y genitales, y se caracterizan por su tendencia recidivante. Se trata de uveítis agudas con hipopion estéril y enturbiamiento del vítreo, con tendencia a la formación de sinequias; intensa inflamación del iris y marcada disminución de la visión, que llega a la ceguera después de largos años de evolución (cinco, diez, veinte o más años). El hipopion, que representa el signo más característico de la enfermedad, no siempre está presente en los estadios iniciales; en cambio, es prácticamente casi constante en etapas finales. En la retina se comprueban frecuentemente hemorragias, fenómenos de perivasculitis, focos de coriorretinitis macular o paramacular; lesiones degenerativas que también pueden afectar a la mácula (degeneraciones microquísticas de la mácula y pequeños focos blancogrisáceos de la retina y alteraciones del nervio óptico). Pueden presentarse también conjuntivitis de carácter hemorrágico y alteraciones corneales de tipo pannus.

2. *Ulceraciones bucales.*—En la boca se observan ulceraciones con aspecto de aftas banales, de número y tamaño variables, superficiales, de forma lenticular, de bordes netos y fondo recubierto de seudomembranas tenues de co-

lor grisáceo, recidivantes, que cicatrizan en poco tiempo sin dejar secuelas. Se localizan especialmente en las márgenes de la lengua, labio inferior (con predilección en el surco gingivolabial), paladar y velo del paladar. Originan grandes molestias durante la masticación y se acompañan de infartos ganglionares submaxilares.

3. *Ulceraciones genitales.*—En el hombre se localizan en el escroto, periné, glande, prepucio, y mucosa anal; en la mujer, de preferencia en la cara interna de los pequeños y grandes labios, en el vestíbulo y en la vagina. Son de aspecto semejante a las bucales o bien herpetiformes, poco profundas y confluentes, con escasa secreción, y se acompañan de infartos ganglionares regionales. Como las aftas bucales, son recidivantes, cicatrizan en poco tiempo y no dejan huellas.

4. *Lesiones cutáneas.*—Pueden aparecer precozmente, y acompañarse de fiebre, en forma recidivante y con aspectos clínicos muy variados: eritema simple, nodoso o polimorfo, dermatosis pápulopustulosas o de tipo eczematoso o seborreico, furunculosis, piodermitis, nódulos subcutáneos dolorosos y fugaces y celulitis. En general, estos pacientes tienen una especial predilección por las erupciones estafilocócicas de la piel, por lo cual durante algún tiempo se pensó que la enfermedad estuviera ligada al estafilococo ("uveítis recidivante alérgica estafilocócica").

5. *Manifestaciones reumáticas.*—SEZER llamó la atención a la sintomatología reumática que se presentó en casi todos los casos por él observados en forma de artralgias de grandes articulaciones, de carácter más o menos pasajero, y a veces migratorio; en ocasiones, artritis con líquido estéril, lo que origina problemas de diagnóstico diferencial con el síndrome de REITER.

6. *Lesiones genitales.*—Pueden observarse uretritis recidivantes (en algunos casos con evidencias de úlceras aftosas) y epididimitis, hecho que también puede originar confusiones con el síndrome de REITER.

7. *Lesiones vasculares.*—Se han descrito también tromboflebitis.

8. *Manifestaciones digestivas.*—Con cierta frecuencia se observan perturbaciones intestinales con alternativas de diarrea y constipación.

9. *Manifestaciones del sistema nervioso.*—El sistema nervioso se compromete ocasionalmente, describiéndose en algunos casos meningoencefalitis y mielitis extremadamente graves y con hipertermia. La sintomatología se manifiesta en forma de paraplejías, hemiplejías o tetraplejías espásticas con deterioro intelectual, disartria y fenómenos parkinsonianos.

10. *Sintomatología general.*—En casos de evolución prolongada es frecuente el compromiso del estado general y la presencia de fiebre, de duración e intensidad muy variables.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Si bien en los casos con sintomatología característica el diagnóstico no ofrece grandes dificultades, es difícil cuando el cuadro clínico es incompleto, pues la afección es muy polimorfa en sus manifestaciones.

El diagnóstico diferencial debe plantearse especialmente con los síndromes de STEVENS-JOHNSON y de REITER. A continuación señalamos en un cuadro esquemático las principales características de las tres enfermedades.

PRONÓSTICO.

Es condicionado por las lesiones oculares y del sistema nervioso. En la generalidad de los casos, la enfermedad termina con ceguera, y en

relación con la uveítis o con una complicación glaucomatosa, el oculista se ve obligado a extirpar el ojo enfermo. La ceguera puede producirse después de pocos o muchos años de evolución y en la mayoría de los casos es bilateral. Según GILBERT, la enfermedad comienza en la tercera década y la ceguera se presenta en la quinta o comienzos de la sexta década. En cuanto a las manifestaciones del sistema nervioso (encefalitis, mielitis), son extremadamente graves y pueden llevar a la muerte o dejar serias secuelas.

TRATAMIENTO.

No existe en la actualidad tratamiento satisfactorio para esta enfermedad. Se han ensayado numerosas medidas terapéuticas sin resultado: transfusiones sanguíneas, sulfamidados, pe-

Manifestaciones oculares:

	STEVENS-JOHNSON	BEHÇET	REITER
Conjuntivitis catarral	+	+	+
Conjuntivitis purulenta o seudomembranosa	++		+
Epiescleritis		+	+
Escleroconjuntivitis			++
Iritis e iridociclitis		+	+
Hipopion recidivante		++	
Queratitis superficial	+	+	+
Ulceras corneales graves	+		
Panoftalmia	+		
Queratoconjuntivitis "sicca"	+		
Lesiones del fondo de ojo		+	+

Manifestaciones ulcerosas:

	STEVENS-JOHNSON	BEHÇET	REITER
Estomatitis ulcerosa	++	+	+
Aftas bucales		++	
Ulceras faringeas	+		
Ulceras vulvares y penoescrotales	+	++	+

Manifestaciones cutáneas:

	STEVENS-JOHNSON	BEHÇET	REITER
Erupciones vesiculobullosas bucales	+		
Urticaria			+
Eritema simple			+
Eritema polimorfo	++	+	+
Eritema nodoso		++	
Queratosis			+
Eczema seborreico		+	
Piodermatitis		+	
Lesiones herpetiformes genitales		++	

Lesiones genitales:

	STEVENS-JOHNSON	BEHÇET	REITER
Uretritis		+	++
Balanitis	+		+

Manifestaciones reumáticas:

	STEVENS-JOHNSON	BEHÇET	REITER
Artralgias	+	+	
Artritis		+	++

Manifestaciones gastrointestinales:

	STEVENS-JOHNSON	BEHÇET	REITER
Síndromes diarreicos	+	+	++

nicilina, estreptomicina, tetraciclina, tuberculina, autovacunas y radioterapia local. En cuanto a la cortisona por vía general, SEZER sostiene que sería perjudicial. Con el empleo local de esteroides se describen buenos efectos en algunos casos y fracasos en otros.

Tampoco la extirpación de un ojo enfermo permite preservar al otro de la enfermedad.

CASO CLÍNICO.

A. C. A., hombre de treinta y dos años de edad, casado, profesor primario.

Su enfermedad se inicia el 24 de diciembre de 1945, comprendiendo cinco grupos de síntomas y signos: oculares, digestivos, articulares, dérmicos y neurológicos, cuya evolución analizaremos en forma separada.

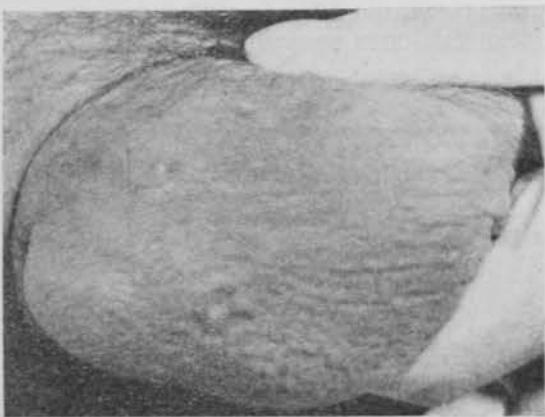


Fig. 1.—Ulceras del escroto.

Sintomatología ocular.—En la fecha señalada tuvo bruscamente dolor y enrojecimiento del ojo izquierdo, molestias que desaparecieron rápidamente con tratamiento médico. En febrero de 1947 presenta intenso dolor en el ojo derecho y compromiso del estado general; se le diagnostica iridociclitis tuberculosa y se le trata con tuberculina, con lo cual mejoró parcialmente. La sintomatología se repite en forma periódica. En 1952 el examen ocular no reveló anomalías. En 1953 pierde bruscamente la visión del ojo izquierdo; se somete a alcoholización del nervio óptico; posteriormente se produce atrofia del globo ocular izquierdo, por lo que se extrae, colocándose una prótesis. Desde 1956 aqueja disminución de la visión del ojo derecho por brotes; se le diagnostica uveítis con hipopion. En septiembre de 1957 se produjo pérdida total de la visión.

Sintomatología digestiva.—Se inicia también en 1945 con crisis de diarrea, precedidas de dolores cólicos, pirosis, náuseas, vómitos, plenitud postprandial, ulceraciones en la lengua y cara interna de las mejillas. En 1947 es operado con el diagnóstico de apendicitis, a pesar de lo cual persisten sus molestias digestivas. Desde 1954, y en coincidencia con el tratamiento de antibióticos, no ha vuelto a presentarlas, con excepción de las aftas bucales, las que se repiten periódicamente.

Sintomatología articular.—Desde 1947 padece, en forma intermitente, de dolores articulares a nivel de las rodillas y tibiotarsianas, en ocasiones con ligera fluxión. Esta sintomatología persistió así hasta la muerte. En febrero de 1957, además de las rodillas se compromete el codo derecho y aparecen dos nódulos de alrededor de 1 cm. de diámetro, adheridos a los tejidos profundos, duros y sensibles, a nivel del radio derecho y de la tibia izquierda. En coincidencia con tratamiento a base de piramidón, desaparecieron las alteraciones descritas.

Sintomatología dérmica.—Desde 1947 presenta, en forma periódica, manchas rojas solevantadas, dolorosas, de más o menos 3 cm. de diámetro, en las plantas de los

pies y en las piernas. En 1948, erupción purpúrica de la piel y desde la misma fecha prurito escrotal y ulceraciones superficiales en forma casi permanente. Ha tenido frecuentes infecciones estafilococicas de la piel con producción de pequeños abscesos. En los puntos en que se colocan inyecciones se forman pequeñas pápulas.

Sintomatología neurológica.—Se inicia en febrero de 1958 con disminución de fuerzas en el lado derecho del cuerpo, disartria y perturbaciones psíquicas hasta llegar a la confusión mental, cuadro de curso progresivo con fiebre de 38 a 40°, que se complica finalmente de una bronconeumonía que lleva al enfermo a la muerte el 23 de abril.

Sintomatología general.—En ocasiones, coincidiendo con períodos de reactivación de su sintomatología ocular o dérmica, ha tenido fiebre de escasa intensidad y de corta duración y períodos de anorexia y enflaquecimiento. La fiebre se hizo persistente y el estado general se comprometió intensamente a raíz de la aparición del cuadro neurológico.

Antecedentes mórbidos.—Conmoción cerebral en 1936, paratífus en 1938, apendicectomía en 1947, chancre sífilítico en 1944 (se trató, y posteriormente las reacciones serológicas han sido persistentemente negativas) y uretritis de tres días de duración, no tratada, en 1950.

Hábitos.—Bebe y fuma en forma moderada.

Antecedentes hereditarios y familiares.—Sin importancia.

EXAMEN FÍSICO.

Enfermo enflaquecido. Talla, 1,78 m. Peso, 59,7 kilos. Pulso, 80, regular. Presión arterial, 110/68. Afebril (en septiembre de 1957). Pequeñas zonas despigmentadas en ambos antebrazos y cuello. Pequeñas vesículas, algunas secas y con costras, alrededor de la comisura bucal; escasas pápulas en la región suprapubica con huellas de haberse rascado. En el escroto, algunas ulceraciones de más o menos medio centímetro de diámetro, de bordes nítidos y fondo sucio (fig. 1). Panadizo en el meñique izquierdo. En los bordes de la lengua se observan dos pequeñas ulceraciones redondeadas de fondo grisáceo (figura 2).



Fig. 2.—Ulceras de la lengua. Elementos vesiculosos, pustulosos y costrosos de la piel de las regiones peribucal y mentoniana.

Ojos.—Izquierdo, reemplazado por prótesis; derecho, inyección conjuntival; Descemet, cubierta de punteado fino; enturbiamiento del vitreo y presencia de cuerpos flotantes en el mismo; sinequias iridocristalinas; desde septiembre de 1957, glaucoma secundario, doloroso e irreparable; pupila con reacción tardía a la luz; ceguera (figura 3).

Sistema nervioso.—El examen neurológico, efectuado a mediados de abril de 1958, revela los siguientes hechos: somnolencia, confusión mental, desorientación y disartria; desviación de la comisura bucal a izquierda; hemiparesia derecha espástica con disminución de los reflejos superficiales y exageración de los profundos; Ba-

binski positivo a derecha y dudoso a izquierda; en ocasiones espasticidad muscular; escasas fibrilaciones musculares en los muslos.

Examen urológico.—Uretra sin secreción; próstata regular, de consistencia aumentada e indolora. Expresión prostática: Sustancia amorfía y corpúsculos prostáticos abundantes con ausencia de gérmenes.

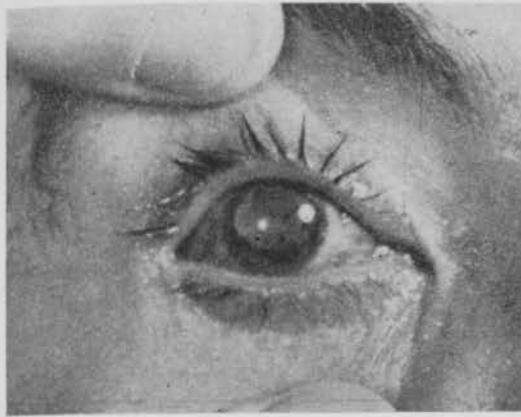


Fig. 3.—Lesiones del ojo derecho.

EXÁMENES DE LABORATORIO.

1. Radioscopia de tórax, normal.
2. Electrocardiograma, normal.
2. Electroencefalograma (16-IV-1958): Proceso lento difuso con discreta inhibición de los ritmos corticales en el hemisferio derecho.
4. Examen histopatológico del ojo izquierdo (1954): Inflamación crónica inespecífica.
5. Orina, normal.
6. Wassermann, Kahn y test de verificación, negativos.
7. Líquido cefalorraquídeo (10-IV-1958): Transparente, incoloro. Proteínas, 0,52. Leucocitos, 1,2. Glucosa, 0,26. Gram, negativo. Cultivo, negativo.
8. Sedimentación globular: 15, 13, 50 y 14, y en relación con el episodio neurológico, 32 mm.
9. Hemograma: Hematies y leucocitos, normales en numerosas oportunidades; durante algunas crisis de la enfermedad se ha comprobado aumento de los baciliformes (11, 8,5, 10 y 10,5); en dos ocasiones, eosinofilia de 6.
10. Células de Hargraves, negativas.
11. Uremia y glucemia, normales.
12. Cloremia, natremia y potasemia, normales en relación con el episodio neurológico.
13. Proteinemia (septiembre de 1957):
 - a) Total, 8,05 gr. por 100.
 - b) Serinas, 4,45 gr. por 100.
 - c) Globulinas, 3,60 gr. por 100.
 - d) Índice, 1,23.

EVOLUCIÓN CLÍNICA.

Desde el comienzo de su enfermedad, en 1945, y hasta la aparición del cuadro neurológico, el enfermo había enflaquecido en forma moderada. La sintomatología fundamental ha sido la relativa al compromiso ocular, que se ha traducido por enucleación del ojo izquierdo y por pérdida de la visión del derecho. En cuanto a las manifestaciones de tipo purpúrico, reumático y digestivo, pasaron a segundo plano, ocasionándole pequeñas molestias esporádicas. Se mantuvieron en forma casi permanente las ulceraciones de la mucosa bucal y del escroto y las manifestaciones cutáneas. El proceso neurológico, iniciado en febrero de 1958, se intensificó en forma alarmante hasta poner fin a la vida del enfermo después de la aparición de una bronconeumonía.

Fué sometido a múltiples tratamientos (tetraciclínas, penicilina, antihistamínicos, adrenalina, tuberculina, pi-

retoterapia, gangliopléjicos ciliares y esteroides locales) sin que se obtuviera efecto sobre las manifestaciones clínicas de la enfermedad.

NECROPSIA.

El estudio anatomopatológico reveló los siguientes hechos:

1. Cadáver muy enflaquecido.
2. Ojos.—Prótesis ocular izquierda. Ojo derecho pequeño, retraido, con opacidad difusa de la pupila (figura 4). En la córnea se observa infiltración inflamato-

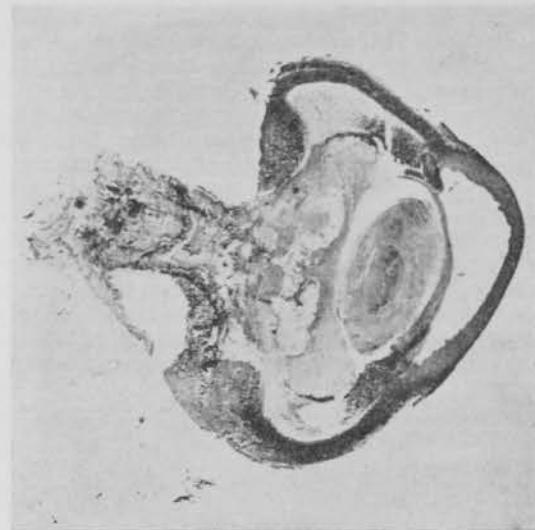


Fig. 4.—Vista panorámica del globo ocular derecho, que aparece esclerosado y retraido.

ria de células redondas mononucleadas, en su mayoría del tipo de los histiocitos. También se ven plasmazellen y neoformación de vasos sanguíneos. El proceso inflamatorio está localizado en la zona de transición de la córnea con la esclera (fig. 5). Toda la esclerótica apare-

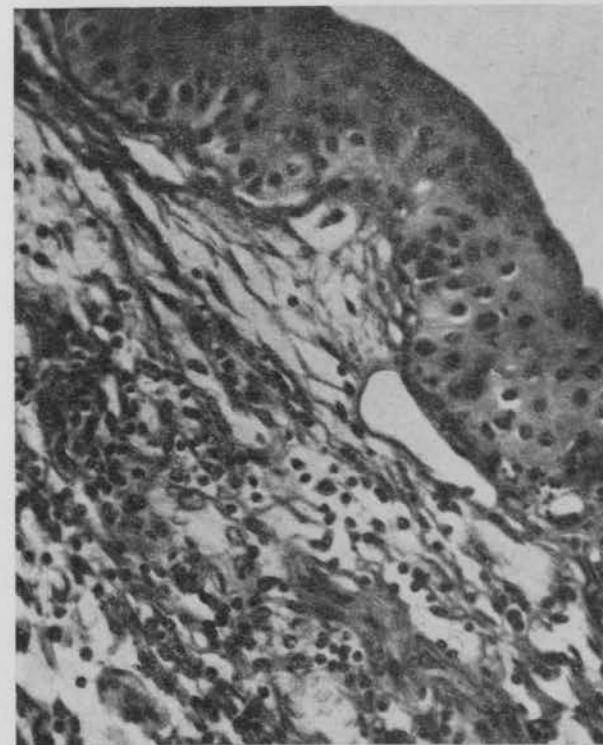


Fig. 5.—Marcada reacción inflamatoria en el estroma de la córnea.

ce muy engrosada y presenta pequeños focos inflamatorios diseminados. El iris está transformado en una masa fibrosa, en el seno de la cual se aprecia abundante tejido conjuntivo vascular neoformado y marcada hialinosis de los vasos. El músculo ciliar está indemne. La zona muestra moderada infiltración de células redondas. La coroides está difusamente infiltrada por elementos inflamatorios redondos de tipo linfocitario. La retina propiamente tal, apenas se reconoce en el seno de la proliferación conjuntiva.

3. *Cerebro*.—La configuración externa no demuestra alteraciones. En los cortes frontales se descubre marcada atrofia de ambos nervios ópticos y del quiasma, más acentuada en el lado izquierdo. En un corte frontal a través de los cuerpos mamillares se ve atrofia y borramiento del dibujo del globus pallidus izquierdo; disminución de volumen del núcleo dorsal medio del tálamo y un aspecto "corroido" o "apolillado" focal diseminado del pie peduncular izquierdo; fórnix de ambos lados y cuerpo subtalámico de ambos lados. Estas lesiones sólo se aprecian en el tercio caudal del pálidus. En un corte perpendicular a los cuerpos geniculados laterales se observa aspecto "corroido" de la sustancia nigra izquierda y del núcleo ventral posterolateral del tálamo del mismo lado. En el pie peduncular, en un plano perpendicular a los colliculi superiores, se observa aspecto "corroido" amarillento de los tres quintos medios del pie peduncular izquierdo. En cortes transversales del puente se nota un aspecto semejante en los nucleis pontis de la línea media y de la mitad izquierda de la porción ventral del puente. Estas lesiones se extienden hasta el tercio medio del puente (figs. 6 y 7).

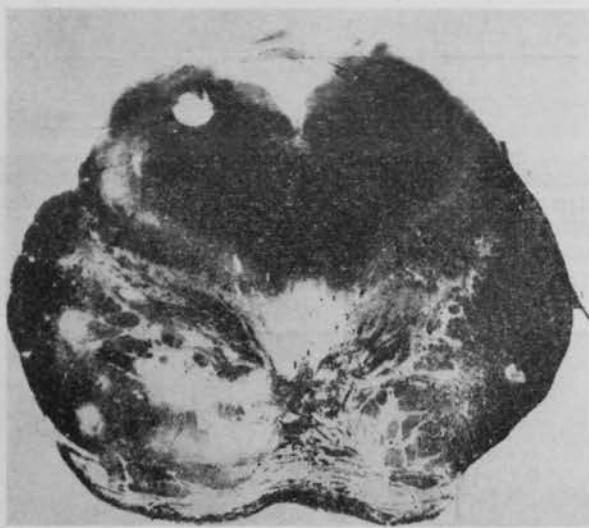


Fig. 6.—Corte transversal del puente, que muestra focos de desmielinización de la vía piramidal.



Fig. 7.—Extensos focos inflamatorios con desmielinización en la sustancia nigra y subtálamo.

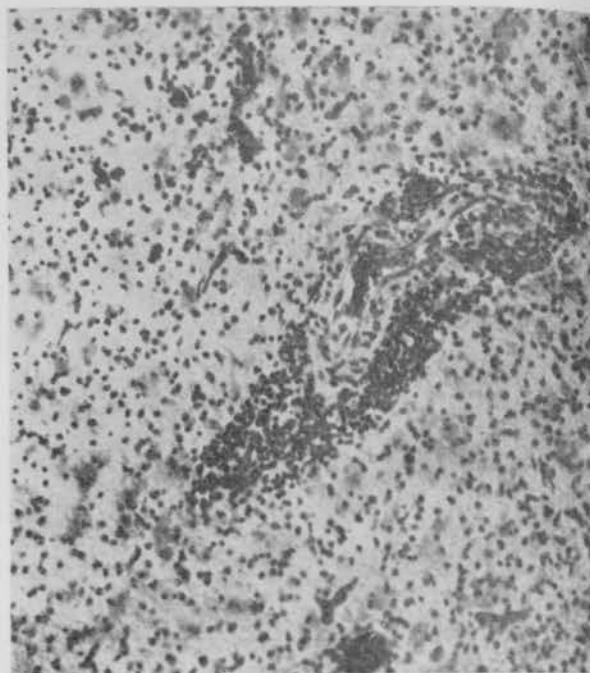


Fig. 8.—Inflamación crónica, especialmente perivasicular, en la porción reticulada de la sustancia nigra.

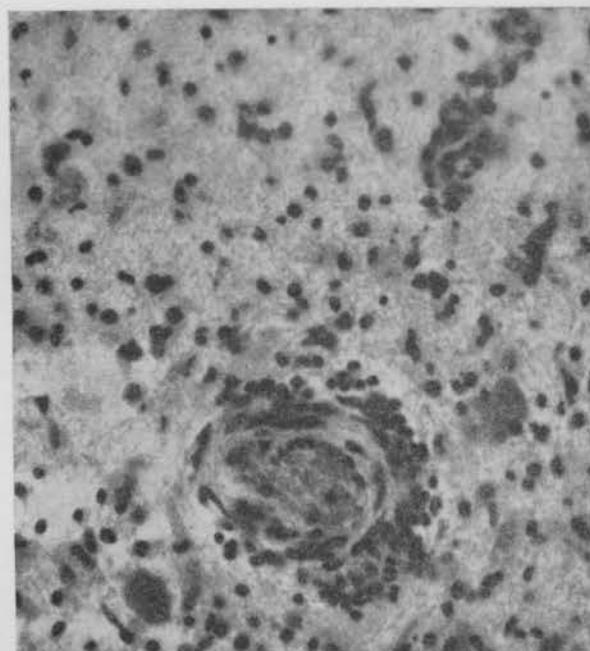


Fig. 9.—Vascularitis muy acentuada en una arteriola de la sustancia nigra.

El estudio histológico de preparaciones obtenidas del pie peduncular y del puente revela los siguientes hechos: Proceso inflamatorio focal diseminado, que se manifiesta por la presencia de exudado compuesto por linfocitos, algunas plasmazellen y abundantes microgliocitos dispuestos alrededor de numerosos vasos sanguíneos, capilares y venosos, así como de pequeñas arteriolas y metarteriolas. En el seno del exudado se descubre intensa proliferación de astrocitos y aparece evidente la neoformación capilar; muchos de los vasos pequeños forman redes con brotes proliferantes; en partes, el exudado se acompaña de hemorragias recientes. El proceso inflamatorio desmieliniza extensamente el tercio medio del pie peduncular, los núcleos talámicos posteriores y la vía piramidal en el puente. En la sustancia nigra el proceso inflamatorio es preferentemente perivenoso (figs. 8 y 9).

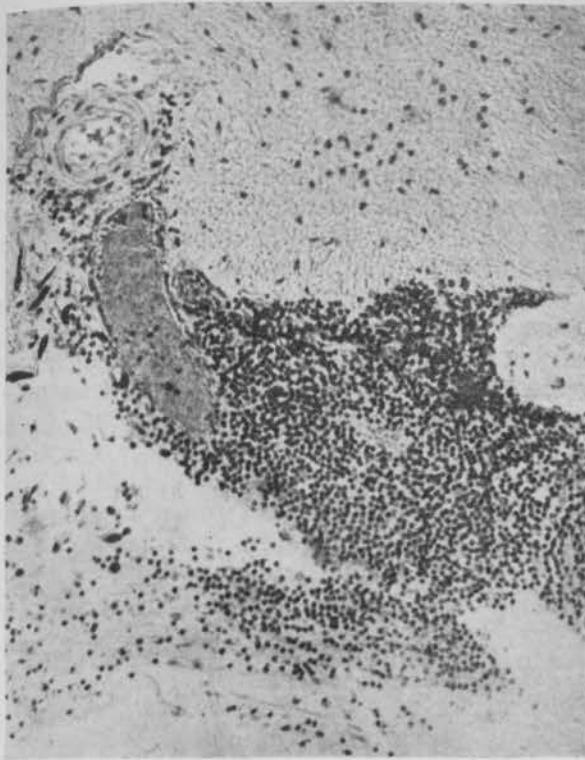


Fig. 9 a.—Pared del tercer venticulo. Ependimitis subaguda con exudado linfocitario y gliosis subependimaria.

4. *Aparato digestivo*.—Esófago con mucosa lisa; estómago e intestino, normales. Hígado y páncreas sin alteraciones.

5. *Corazón*.—Cavidad pericárdica con una cucharadita de líquido citrino. El órgano pesa 305 gr. Miocardio de color rojo oscuro. Endocardio: Vascularización de los velos de la mitral; abundantes nodulitos de 2 mm. de diámetro de color rojo grisáceo de las caras de oclusión de los velos valvulares. Coronarias, normales. El estudio histológico de la mitral revela: Esclerosis difusa, vascularización patológica y nódulos fibrohialinos (a modo de excrecencias) por debajo del endotelio. No se comprueban estigmas reumáticos (fig. 10).



Fig. 10.—Esclerosis de la mitral con reacción inflamatoria crónica inespecífica.



Fig. 11.—Inflamación crónica granulomatosa de las velosidades sinoviales de la rodilla.

6. *Aparato respiratorio*.—Laringe y tráquea con mucosa lisa. Pleuras, normales. Pulmones: Bronconeumonia confluente en el lóbulo inferior izquierdo.

7. *Aparato urogenital*.—Escroto: Ulceras rojizas y



Fig. 12.—Tejido sinovial de la rodilla. Hiperplasia conjuntival con hialinosis de los vasos y discreta infiltración inflamatoria perivasculares.

superficiales, de 2 a 3 mm. de diámetro, que al examen histológico revelan: Moderada y discreta infiltración inflamatoria focal en el dermis, a base de linfocitos perivasculares. Testículos: De aspecto normal; sin embargo, el estudio microscópico señala: Marcada fibrosis de los túbulos con espermiogénesis nula; hiperplasia de las células de Sertoli. Riñones: De tamaño y consistencia normales, de superficie lisa y brillante, sin alteraciones histológicas.

8. *Bazo*.—Normal macro y microscópicamente.

9. *Glándulas endocrinas*.—Tiroides, hipófisis y suprarrenales, normales.

10. *Rodillas*.—El examen histológico reveló una inflamación crónica granulomatosa de las vellosidades sinoviales (fig. 11).

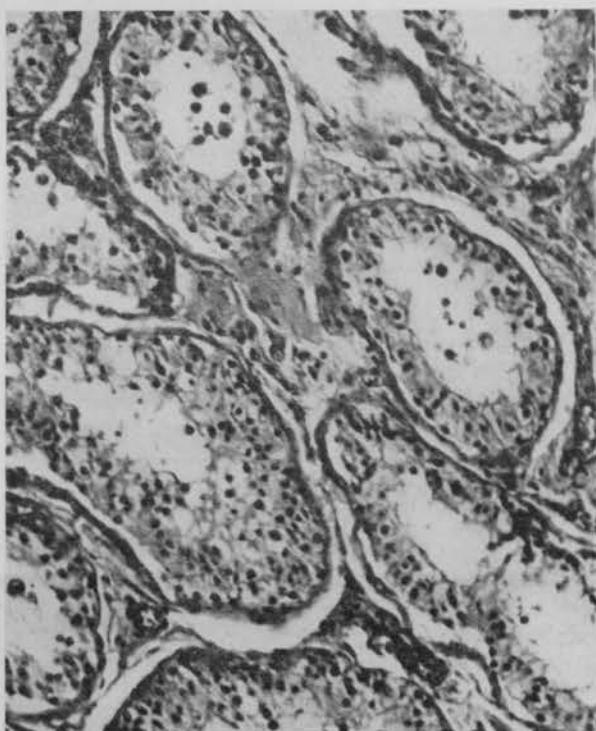


Fig. 13.—Testículo. Atrofia del epitelio germinal; engrosamiento de la membrana basal; hiperplasia de las células de Sertoli.

RESUMEN.

1. Los autores efectúan una revisión de la literatura médica en relación con la enfermedad de BEHCET, afección caracterizada por iridociclitis con hipopion estéril, aftas bucales y genitales; con frecuencia, erupciones cutáneas diversas, manifestaciones reumáticas y digestivas; en muy pocos casos, con alteraciones vasculares y neurológicas.

2. Insisten especialmente en el diagnóstico diferencial de esta entidad clínica con los síndromes de STEVENS-JOHNSON y de REITER.

3. Presentan en detalle la observación de un enfermo de treinta y dos años con fenómenos oculares bilaterales (que obligaron a la enucleación del ojo izquierdo y con pérdida de la visión del ojo derecho), ulceraciones bucales y genitales, manifestaciones reumáticas, cutáneas, digestivas y, finalmente, neurológicas, que llevaron al enfermo a la muerte después de una bronconeumonía.

4. Señalan los hallazgos necrópsicos, tanto

macroscópicos como histológicos, destacando los siguientes hechos: atrofia del globo ocular izquierdo, del quiasma y de ambos nervios ópticos; lesiones focales diseminadas en los pies de los pedúnculos cerebrales y cuerpos subtañámicos (con un aspecto "apolillado" o "corroido"); lesiones inflamatorias generalizadas e inespecíficas en los diversos segmentos del ojo; extensos focos inflamatorios, acompañados de desmielinización, en el pie de los pedúnculos, núcleos talámicos posteriores y vía piramidal, en el puente, especialmente alrededor de los vasos; lesiones inflamatorias inespecíficas en el escroto, testículos, sinovial de la rodilla y válvula mitral.

BIBLIOGRAFIA

- CAN, G. R.—Cellulitis and thrombophlebitis in Behcet's syndrome. *Lancet*, 358, 8, 1957.
 CAVARA, V.—Sindrome di Behcet. Le manifestazioni oculari delle malattie di virus età da Rickettsie. Licino Capelli, ed. Bologna, 1952.
 CONTARDO, R.—Sindrome de Behcet. *Arch. Chil. de Oft.*, 26 y 27, 15, 1951.
 CORREA, O.—Infecciones génitourinarias no bacterianas. Santiago, 1950.
 EGGERS, C.—Sindrome de Behcet. *Arch. Chil. de Oft.*, 36, 67, 1956.
 EVANS, A. D., PALLIS, C. A. y SPILLANE, J. D.—Involvement of the nervous system in Behcet's syndrome. *Lancet*, 219, 8, 1957.
 GORMAZ, A.—Sindrome de Behcet con hemiplejia. *Arch. Child. de Oft.*, 26 y 27, 60, 1951.
 McMENEMY, W. H. y LAWRENCE, B. J.—Encephalomyopathy in Behcet's disease. *Lancet*, 353, 8, 1957.
 PALMA, C. J. y LOSADA, L. M.—Consideraciones clínicas acerca del síndrome de Reiter. *Rev. Méd. de Chile*, 85, 481, 8, 1957.
 SEZER NECDET.—Virus of Behcet's disease. *Amer. Journ. of Ophth.*, 41, 41, 1, 1956.
 ZEAVIN, B. H., KING, M. J. y GOULD, R. S.—A case of Behcet's disease. *Amer. Journ. of Ophth.*, 41, 55, 1, 1956.

SUMMARY

1. The writers survey the medical literature on Behcet's disease, a condition attended by iridocyclitis with sterile hyopopyon and aphthous lesions of the mouth and genitals and frequently associated with different skin eruptions and rheumatic and digestive manifestations. Vascular and neurological changes are detected in a few cases.

2. Stress is laid on the differential diagnosis between this disease and Stevens-Johnson and Reiter's syndromes.

3. The case history is reported of a patient, aged 32 years, suffering from bilateral ocular disturbances (which led to enucleation of his left eye and to loss of vision of his right eye), ulcers of mouth and genitals, and rheumatic, cutaneous, digestive and, finally, neurological manifestations which resulted in death after bronchopneumonia.

ZUSAMMENFASSUNG

1. Die Autoren berichten über eine Übersicht der Behcet-schen Krankheit in der medizinischen Literatur. Kennzeichen des Übels sind: Iridozyklitis mit steriles Hypopyon, Aphthen in Mund und Genitalien; häufig findet man vers-

chiedene Hautausschläge, rheumatische- und Verdauungsstörungen vor und in ganz wenigen Fällen kommt es auch zu vaskulären und neurologischen Veränderungen.

2. Bensonderer Nachdruck wird auf die Differentialdiagnose dieses klinischen Bildes mit den Stevens-Johnson- und Reiters syndromen gelegt.

3. Es werden eingehend die Beobachtungen bei einem 32 jährigen Patienten besprochen, welcher folgende Erscheinungen aufwies: doppelseitige Augensymptome (zwangswise Enukleation des linken Auges und Verlust des Sehvermögens im rechten Auge), Geschwüre in Mund und Genitalien, begleitet von rheumatischen- Haut- und Verdauungsstörungen und zuletzt auch Veränderungen neurologischer Art, welche, nach einer Bronchopneumonie, schließlich zum Tod des Kranken führten.

RÉSUMÉ

1. Les auteurs réalisent une révision de la littérature médicale en rapport avec la maladie de Behçet, affection caractérisée par iridocyclite avec hypopyon stérile, aphtes buccaux et génitaux; fréquemment avec éruptions cutanées diverses, manifestations rhumatisques et digestives; dans très peu de cas avec altérations vasculaires et neurologiques.

2. Ils insistent spécialement sur le diagnostic différentiel de cette entité clinique, avec les syndromes de Stevens-Johnson et de Reiter.

3. Ils présentent en détail l'observation d'un malade, âgé de 32 ans, avec des phénomènes oculaires bilatéraux (qui obligèrent à l'enucleation de l'œil gauche et perte de la vision de l'œil droit), ulcérations buccales et génitales, manifestations rhumatisques, cutanées, digestives et, finalement, neurologiques, qui menèrent, le malade à la mort, après une bronchopneumonie.

ocasiones no es factible. Y cuando en nuestra duda, razonablemente insoluble, nos inclinemos por una apendicectomía en bien del enfermo, muy contadas veces tendremos ocasión de observar que el cuadro apendicular presentado por el paciente es debido a la presencia de un áscaris en su interior.

Nos ha parecido interesante presentar dos casos de apendicitis por áscaris, observados en nuestro Servicio, por varias razones: por ser discutido el papel etiopatogénico que los áscaris juegan en el desarrollo de la apendicitis; porque las complicaciones abdominales agudas producidas por los áscaris han sido objeto de un cariñoso estudio en nuestro Servicio, siendo objeto de numerosas publicaciones, e incluso motivo de tesis doctoral para el doctor ALMAGRO (q. D. g. a su lado), predecesor nuestro en el internado; finalmente, porque amparado en la experiencia de mi maestro y predecesores en lo relacionado con la clínica abdominal de los áscaris, vamos a estudiar los cuadros que producen en la fosa ilíaca derecha, advirtiendo de antemano que, cuadros apendiculares causados por la presencia intraluminal de un áscaris, no habían sido observados, a pesar del numeroso material existente en el Servicio, hasta estos dos casos. Admitamos a priori que su frecuencia es muy escasa. SIROL calculó en 1947 que 644 millones de personas están parasitadas por áscaris, y en contraste con esta cifra está las raras veces que se observan apendicitis ascaridias y sí más frecuentemente seudoappendicitis. Al hablar de estas apendicitis verdaderas no nos ocupamos de los cuadros que, con clínica semejante a la apendicitis, están producidos por la presencia de abundantes áscaris en las últimas porciones del ileon con apéndice macro y microscópicamente normal; ni de las apendicitis clínica y microscópicamente tales, debidas a la acción de los áscaris en intestino delgado o ciegoscolon (TOSONOTTI), también llamadas apendicitis por áscaris a distancia, en las que se supone, es probable que graciosamente, que los gusanos ocasionan una irritación o infección de las paredes intestinales, y los gérmenes, caminando por contigüidad, vía sanguínea o linfática, ocasionan una inflamación del apéndice.

Las complicaciones abdominales agudas producidas por los áscaris han aumentado, según NÚÑEZ, debido a que, con el uso tan extendido de fármacos antiparasitarios, se usan dosis excitantes para el parásito y no letales. Sin embargo, nosotros no podemos compartir esta opinión, pues ha decrecido de forma manifiesta el número de pacientes que acuden al Servicio de Urgencia con cuadros agudos ascaridianos; por otro lado, la literatura demuestra cómo estas complicaciones aparecen en tratados y no tratados. La incidencia de la apendicitis ascaridiana, respecto a los demás accidentes agudos producidos por los parásitos, viene dada por las siguientes casuísticas: SCHWARTZWELDER, entre 202 parasitosis, observa 18 obstrucciones intes-

CUADROS APENDICULARES POR LA PRESENCIA DE ASCARIS LUMBRICOIDES DENTRO DE LA LUZ APENDICULAR

M. MARINA VÉLEZ.

Médico Interno del Servicio.

Casa de Salud Valdecilla. Servicio de Aparato Digestivo.

Jefe: Doctor A. GARCÍA-BARÓN.

No es infrecuente, más aún en regiones muy parasitadas como la nuestra, que llegue a manos del cirujano un paciente, generalmente de corta edad, en el cual sea preciso hacer el diagnóstico diferencial entre la apendicitis aguda y la seudoappendicitis por áscaris. Tal separación es posible gran número de veces, pero en otras