

# SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

Cátedra de Patología Médica. Clínica del Hospital Provincial. Madrid. Prof. C. JIMENEZ DIAZ

## SESIONES DE LOS SABADOS. — ANATOMO-CLINICAS

Sábado 28 de febrero de 1959.

### ENFERMEDAD DE WEBER-CRISTIAN

Dr. P. DE LA BARREDA.—Enferma: L. A. A. Se trata de una enferma de 34 años de edad, casada, natural de Castillo de Navarceces (Asturias).

Viene a nosotros porque tiene unos bultos en la cara interna del muslo derecho desde hace dos años. Y nos cuenta la siguiente historia:

Hace dos años, y encontrándose antes bien, notó la aparición en la cara interna del muslo derecho de unos nódulos duros e indolores que levantaban la piel, del tamaño de un garbanzo, y que fueron creciendo hasta hacerse del tamaño de una nuez y extendiéndose hasta la ingle y región perianal. No tenía fiebre ni picores. Siguió así y, un año más tarde, estos nódulos se hicieron más planos, infiltrando la piel, llegando a indurar una zona extensa del muslo. Ultimamente, en agosto de este año, tuvo un cuadro de fiebre alta, con tos improductiva y afonía, que cedió a los pocos días. Pero a partir de entonces tiene fiebre diariamente, que llega, en ocasiones, a 39° por las tardes. Desde hace poco tiempo atrás, viene teniendo unas molestias vagas y dolores abdominales, especialmente en la fosa iliaca derecha. Va de vientre algo estreñida, pero las deposiciones son normales. Tiene anorexia y astenia, y se queja que desde que está mala el pelo se le cae con facilidad. Las orinas son escasas, con ligera disuria.

La menarquia la tuvo a los doce años y actualmente las reglas son normales, con un ciclo de 2/30.

Ha perdido algo de agudeza auditiva con el oído izquierdo desde que empezó a tener fiebre.

Sus antecedentes personales no tienen interés y siempre ha vivido en Asturias.

Los padres y hermanos, sanos. El marido, sano. Tuvo dos hijos, uno de los cuales nació muerto y el otro está sano.

En la exploración nos encontramos con una enferma bien constituida, en buen estado de nutrición y con buena coloración de la piel y mucosas. Las pupilas son isocóricas y normorreactivas. En la boca, descuidada, faltan muchas piezas, sobre todo de la arcada dentaria superior, que le da cierto aspecto especial a la boca y región peribucal. En las amígdalas y pilares anteriores de éstas existe una discreta infiltración blanquecina. En el cuello no se aprecia nada anormal. Pulmón normal a la percusión y auscultación. Corazón con tonos puros y rítmicos. P. A. de 115/80. Pulso a 90 por minuto. La piel del tórax es completamente normal en el plano anterior. En la espalda se aprecian algunas zonas de despigmentación. El abdomen es blando y depresible, sin puntos dolorosos. No se palpa el hígado, aumentado de tamaño, y parece palpase y percudirse el bazo, justo en el reborde costal, de consistencia blanda. En la región inguinal derecha se palpan adenopatías, del tamaño de una aceituna, deslizables y no dolorosas. La piel de esta zona también presenta zonas de despigmentación. En las extremidades superiores se aprecian abundantes efelides. En las extremidades inferiores se ven numerosas telangiectasias y una evidente circulación colateral, preferentemente en la derecha. En la cara interna del muslo derecho, en su porción superior y más proximal, la dermis está infiltrada y dura, de aspecto

to coriáceo, muy adherida a los planos profundos, palpándose unos nódulos duros, mal delimitados e indolores, que se extienden hasta la región perianal.

La enferma, en un primer momento, nos impresionó como una forma de esclerodermia en placas algo especial, tal vez influenciados por el diagnóstico que traía la enferma de fuera, y en este sentido orientamos todas nuestras exploraciones complementarias. En el hemograma tenía una anemia de 3.680.000, con 77 por 100 de Hb. y un V. G. de 1,05. Marcada anisocitosis con predominio de microcitos, ligera anisocromenia, algún macrocito policromatófilo, frecuentes esquistocitos. Leucocitos 4.700, con 60 segmentados, 16 cayados, 1 eosinófilo, 6 monocitos y 17 linfocitos. La velocidad de sedimentación es de 17,40 y 18,5. En la orina no presentaba nada anormal. La reacción de Mantoux era negativa. El espectro electroforético de proteínas nos arrojaba una cifra total de proteínas de 4,97 gr. por 100, con una distribución porcentual de albúmina 49,2, alfa globulina 12,7, beta globulina 21,5 y gamma globulina 16,6. El cociente alumina-globulina es de 0,96.

La enferma, al día siguiente de su ingreso en esta clínica, expulsó un parásito por la boca, que remitido al laboratorio fue identificado como un *ascaris lumbricoide*.

Para descartar posibilidades, y ante su cuadro pelviano, la examinó el ginecólogo, quien no vio otra particularidad que una discreta cervicitis, tomándole un exudado vaginal integrado por abundantes células epiteliales, abundante proporción de leucocitos. Flora microbiana muy abundante, virtualmente integrada por bacilos del tipo Döderlein. La investigación de trichomonas y hongos fue negativa.

El oftalmólogo nos la remitió con un informe de catarata coronaria bilateral.

Como se trataba de un problema de piel, siguiendo nuestra costumbre se la enviamos al Dr. Orbaneja para que la viese, y entonces nos hizo notar que la piel estaba por encima de los nódulos, bien respetada, y que la infiltración era principalmente de la capa dérmica, y que lo más verosímil era que se tratase de una paniculitis o enfermedad de Weber-Christian, pero que convendría hacer una biopsia para su confirmación.

### Estudio histopatológico.

Epitelio sin interés. Debajo, infiltración perivascular acentuada que comienza en el dermis papilar y profundiza alrededor de las glándulas y folículos pilosos para incrementarse donde se ve tejido celuloadiposo. Es preferentemente linfoide; pero también se ven lipófagos, más o menos abundantes; células plasmáticas y otros macrófagos. Existe un proceso muy notable de sustitución de la grasa por conjuntivo, por lo que el dermis tiene más de 1 cm. de espesor.

Se trata de una paniculitis, que para ser una enfermedad de Weber-Christian ha de reunir las características clínicas de ésta.

Como no sabíamos interpretar fijamente los dolores abdominales presentados por esta enferma, y dada la negatividad del examen ginecológico, le hicimos en un par de ocasiones un estudio radiológico digestivo para

tratar de descubrir la causa de sus dolores y, en parte, la evidente circulación colateral que presentaba, y, en el primer estudio, efectuado por el Dr. Pérez Gómez, no se le pudo apreciar alteración ninguna orgánica, y en el segundo, efectuado por el Dr. Marina, decía que la imagen del ileon recordaba a las residuales de la tuberculosis intestinal.

Sometida la enferma a reposo absoluto, a una higiene diaria de toda ella, y especialmente de la zona afecta, nos pareció que aquello disminuía de tamaño; pero no tan aprisa como nosotros deseábamos, y entonces se trató con iontoforesis de hialuronidasa, desapareciendo rápidamente. Una vez terminado el tratamiento no sólo tenía normal el muslo, sino que le había adelgazado, con relación al otro, unos 4 cm. Lo que no pudimos hacer desaparecer era la circulación colateral y las molestias abdominales, que achacamos, una, en parte, a la blanqueza de su piel, y la otra, a la parasitosis que portaba y que intentamos hacer desaparecer con varios tratamientos.

Ahora, retrospectivamente, creemos que el cuadro cae dentro de lo descrito por enfermedad de Weber-Christian, que, en la opinión de Bendel, más que enfermedad debe llamarse síndrome de Weber, y cuya etiología sería una alergia inespecífica tisular.

Se comenta la falta de los síntomas agudos febriles en brotes que se dan como característicos, así como el posible mecanismo etiopatogénico, discutiéndose la secuencia de los fenómenos. En opinión del Prof. Jiménez Díaz, lo importante es la necrosis de la grasa, que en Weber-Christian se une, formando quistes, verosímelmente como fenómeno primario. La transformación del glucógeno en grasa, localmente, por el tejido adiposo, parece estar alterada primariamente, siendo esta función de formación y conservación de los depósitos grasos regulada por el sistema nervioso. Así, pues, la enfermedad es una esteatonecrosis metabólica, quizá neuro vegetativa en su origen.

### OLEOMA

Prof. G. ORBANEJA.—Caso J. M. N.; nódulo en la región deltoidea, cuyo estudio histológico dice:

#### *Estudio histopatológico.*

Una matriz esclerosada y poco celular, muy degenerada; resaltan formaciones redondeadas impregnadas de sales de cal (hasta el punto de exigir decalcificación previa) y un componente inflamatorio crónico con presencia de células gigantes de cuerpo extraño que rodean espacios redondos huecos en las preparaciones. Todo ello, aunque no definitivo para el diagnóstico, coincide y es compatible con el clínico de vaselinoma en sentido lato. También puede corresponder a una reacción del pániculo de otra etiología.

### ERITEMA INDURADO

Dr. G. ORBANEJA.—Caso A. G.

#### *Estudio histopatológico.*

En el tejido celuloadiposo se encuentra un proceso inflamatorio, en el que se ven algunos nódulos de tipo epitelioide con alguna célula gigante. Algunos vasos gruesos tienen su pared muy espesa. No se han visto bacilos de Koch. La imagen corresponde a un eritema indurado.

En el comentario se resalta que este tipo de nódulo es reaccional, habitualmente a la tuberculosis, y destacado claramente, desde el punto de vista histológico, del nódulo de la vasculitis de Montgomery, al que se parece clínicamente cuando no se ha ulcerado, y asimilable a las angieitis alérgicas. Lo más interesante es que el

estudio de nódulos clínicamente, como el del eritema indurado, puede conducirnos al diagnóstico de enfermedades importantes latentes, como la tuberculosis, enfermedades del colágeno, angieitis alérgicas, etc.

### NODULOS SUBCUTANEOS EN ARTRITIS REUMATOIDE

Drs. LORENTE y JIMÉNEZ CASADO.—A. M. H., de 42 años, ingresó en la estación 4.ª el día 20-IV-1957, con una historia de dolores en los dedos de las manos y hombros de cinco años de duración. Posteriormente, afectación de rodillas, que se inflamaron, poniéndose rojas y calientes; luego, articulaciones de la garganta del pie. Hasta la actualidad ha seguido con temporadas de mejoría y empeoramiento, sin estar nunca libre de molestias. Pérdida de fuerzas en brazos y piernas.

Exploración negativa, salvo por las alteraciones articulares: manos en ráfaga, limitación de movimientos en dedos, muñecas, hombros. Deformación de rodillas, con crepitación y limitación de movimientos. En cara superior de ambas manos y sobre los codos, se palpan sendos nódulos subcutáneos, blandos, desplazables, adheridos a planos profundos. Los de los codos, como almendras.

En sangre: V. de S., 60 por 100 de índice, sin más alteraciones. Orina, normal. Antiestreptolisina, 333 u. Todd. Cultivo de faringe, negativo para estreptococo beta. Rose, positivo al 1/2048. Proteína C reactiva, de ++++. Glucosamina, 158 mgr. Mucoproteína, 310 mgr.

Se le extirpó uno de los nódulos del codo, cuyo estudio histológico es el siguiente: (Dr. MORALES.)

#### *Estudio histopatológico.*

Tejido muy fibroso, en el que quedan aún algunos grupos de adipocitos. Es muy PAS positivo en algunas zonas, y con V. G. hay sitios en los que la coloración, en vez de roja, puede ser amarilla. Zonas que claramente sean necrobióticas no se han visto. Hay gran abundancia de vasos rellenos de sangre, que forman grupos; se ve en alguna vena proliferación endotelial. Existe inflamación crónica manifiesta y se ven sabanas de células mesenquimales de apariencia poliédrica, con alguna agrupación folicular, incluso con células de tipo Langerhans.

Con el diagnóstico de artritis reumatoide, se le trató con cinco inyecciones de N3H, de 5 mgrs., con mejoría de los dolores, desaparición de la infiltración de rodilla izquierda y mayor amplitud en los movimientos de rodillas.

Posteriormente se le aconseja tratamiento con orsanil y butazolidina, sin que hayamos vuelto a tener noticias de su evolución.

Este caso plantea en los comentarios numerosos problemas de orden histológico, como la diferenciación clara entre los diversos nódulos descritos, Meiner, Oraffe, Klinge y el de Aschoff, el valor de identificación nosológica que cada uno de ellos pueda tener para diferenciar artritis reumatoide y en enfermedad reumática, etcétera.

Respecto a la formación de granulomas, dice el Profesor JIMÉNEZ DÍAZ que para algunos autores es la consecuencia de la degeneración fibrinoide; para otros, como los que siguen a FAHN, una y otra cosa no tienen nada que ver, y así había enfermedades con granuloma reumático, más o menos parecido al nódulo de Aschoff, sin degeneración fibrinoide, y no sólo eso, sino que, además, experimentalmente se puede provocar una u otra cosa. Con sueros antitissulares se obtiene degeneración fibrinoide; con gamma globulina de buey, granulomas. Parece, pues, que hay dos factores distintos, de donde puede resultar que en el hombre se pueden dar, según las circunstancias, enfermedades del colágeno—fibrinoide—o enfermedades granulomatosas.

## NODULO DE PANARTERITIS NUDOSA

Dr. LÓPEZ GARCÍA y Dr. RAMÍREZ.—Caso V. de la F.

*Estudio histopatológico de un nódulo subcutáneo.*

Nódulo bien delimitado, que muestra gran cantidad de vasos pequeños, de paredes gruesas, y una arteria de mayor calibre. Esta presenta una intensa infiltración celular, principalmente de linfocitos, y en menor proporción, eosinófilos, que afectan tanto a su periferia como a su pared, en la que existen zonas necróticas. La elástica interna es bien manifiesta, no está desfleada y ocasionalmente puede presentar una solución de continuidad, que más bien parece artificiosa. El interior del vaso contiene un trombo que obstruye por completo la luz, en parte organizado.

El cuadro corresponde a una periarteritis nudosa. El diagnóstico se confirmó más tarde mediante el estudio

de una biopsia renal, aparte los datos clínicos, bastante elocuentes, que habían permitido ya el diagnóstico de presunción.

## NODULO GOTOSO

Dr. LÓPEZ GARCÍA.—Caso C. G. M.

*Estudio macroscópico.*

Nódulo de 1 cm. por 1,5, blanco al corte, con zonas más duras alternando con otras más blandas.

*Estudio histopatológico.*

El trozo recibido está constituido todo él por tejido conjuntivo, rico en células y en vasos, en medio del cual se observan numerosas formaciones redondeadas que tienen en su periferia cristales en forma radial. En el centro existe una cavidad limitada en algunas partes por zonas hialinizadas infiltradas de células inflamatorias. Se trata de un tofo gotoso.

## I N F O R M A C I O N

## MINISTERIO DE LA GOBERNACIÓN

*Cuerpo Médico de Sanidad Nacional.*

Resolución por la que se convoca concurso voluntario de traslado entre funcionarios del indicado Cuerpo para proveer diversas vacantes del Grupo C) de su plantilla de destinos. (B. O. E. 1-X-59.)

Orden por la que se anuncia concurso de méritos entre funcionarios del indicado Cuerpo para proveer diversas vacantes del Grupo A) de su plantilla de destinos. (B. O. E. 15-X-59.)

## MINISTERIO DE JUSTICIA

*Médicos forenses.*

Resolución de la Dirección General de Justicia por la que se anuncia concurso de traslado entre Médicos forenses de primera, segunda o tercera categoría; la provisión de las Forensías vacantes en los Juzgados de Primera Instancia e Instrucción de Almansa, Archidona, Calatayud, Ecija, Fregenal de la Sierra, Guernica, Inca, Molina de Aragón, Peñafiel, Piedrahita, Sos del Rey Católico, Tolosa y Villanueva y Geltrú (B. O. E. 5-X-1959.)

## PRESIDENCIA DEL GOBIERNO

*Médicos del Servicio Sanitario de la Provincia del Sahara.*

Resolución por la que se convoca concurso para proveer dos vacantes de Médicos en los Servicios Sanitarios del Gobierno General de la Provincia del Sahara Español. (B. O. E. 8-X-1959.)

## MINISTERIO DE EDUCACION NACIONAL

*Enseñanza Universitaria.*

Decreto por el que se reduce el plan de estudios del período de Licenciatura de la Facultad de Medicina. (B. O. E. 12-X-1959.)

## AMERICAN COLLEGE OF CHEST PHYSICIANS

*Capítulo de Barcelona.*

Reunión de Otoño de 1959.

El Capítulo de Barcelona, de acuerdo con los temas prefijados para los Capítulos españoles por el Regente del A. C. C. P. en España, Dr. Caralps, celebrará su Reunión de Otoño de 1959 en el Hospital de la Cruz Roja, calle del 2 de Mayo, Barcelona, el día 21 de noviembre de 1959, a las doce horas de la mañana.

Se desarrollará el tema, *Cardiopatías y angiopatías congénitas*, actuando de moderador el Dr. L. Trias de Bes.

Ponentes: Dr. P. Botet, "Exploración agfiocardiográfica". Dr. M. Torner Soler, "Diagnóstico clínico". Dr. Castro Llorens, "Indicaciones quirúrgicas".

Quedan invitados a participar en la discusión de estos temas todos los compañeros interesados. Se concederá un tiempo máximo de 5 minutos para estas intervenciones, que para efectos de publicación no deben exceder de una cuartilla escrita a doble espacio. Los que deseen tomar parte en esta Mesa de Discusión deberán comunicarlo a la Presidencia de la Sesión o por escrito a la Secretaria de este Capítulo, Córcega, 393, Barcelona. El resumen de la misma será publicado y repartido entre los *fellows del American College* en España.

## CRUZ ROJA ESPAÑOLA

*Curso de Especialización Radiológica.*

En los servicios médicoquirúrgicos de enfermedades del corazón, del que es Jefe el Dr. D. Enrique García Ortiz, del Hospital Central de la Cruz Roja Española, se convoca un curso de Especialización en Cardiología y Cirugía Cardíaca.

Este curso de Especialización es de dos años, es decir, 1960-1962, con objeto de realizar estudios teórico-prácticos de la especialidad, desde el 1 de enero de 1960 hasta el 1 de enero de 1962, con arreglo a las siguientes normas:

1.º Se convocan seis plazas de Médicos Licenciados en España y seis Médicos extranjeros que presenten su