

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección; Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada D. D. S

de la Asociación de Prensa Médica Española



M A D R I D

Jorge Juan, 39

Editorial

Número 178 (10)

1958

LA ENFERMEDAD DE BRILL BAEHR ROSENTHAL

En la sesión clínica de los sábados que en el Hospital de San Carlos dirige el Profesor Jiménez Díaz. presentó el pasado 8 de marzo el doctor Rabadán una enferma diagnosticada de enfermedad Brill Bæhr Rosenthal, que interesa al odontólogo y que por la amabilidad del doctor Rabadán tiene «Odontoiatría» el honor de verla en sus páginas.

Se trata—como comenta—de una enfermedad poco definida, es decir, de un diagnóstico diferencial con ciertas dificultades y caracterizada por una linfadenopatía generalizada, asociada o no con esplenomegalia, con hipertrofia e hiperplasia, y un cuadro histopatológico que puede serle propio.

El primer caso fué publicado por Baker (1901), aun cuando su descripción patológica fuera hecha por Brill-Bæhr y Rosenthal en 1925. Graver (1934) propuso se le denominara «enfermedad de Brill-Symmers», por haber también este último autor (1927) descrito ampliamente la enfermedad.

La entidad está caracterizada como una «linfadenopatía gigante-folicular», un «linfoma folicular», una «esplenomegalia con linfocitosis», o bien como un «linfoblastoma macro-folicular», etc., considerándose como de mayor incidencia en los países sajones y en la edad adulta y en edades de los treinta a los cuarenta años.

Su comienzo es insidioso, malestar general, anorexia y astenia. Localmente se manifiesta por una tumefacción ganglionar de preferencia asentada en la región latero cervical, de consistencia semidura y fluctuante, tumefacción que puede revertir; sin embargo, el proceso esplénico la califica (Fieschi, 1938), aun cuando también puede estar su sintomatología ausente.

Según su localización pueden presentarse fenómenos de compresión o irritación, con disnea y todo el acompañamiento de la sintomatología mediastínica. En la región cervical y cabeza puede interesar la glándula

lacrimal o la parótida. En la piel rara vez adopta la forma de eczema o micosis fungoide.

El cuadro hematológico revela una ligera anemia hipocrónica, que puede acentuarse al final de la enfermedad; lucopenia y, en casos raros, leucocitosis neutrófila.

Anatomopatológicamente, los ganglios y los folículos malphigianos del bazo se presentan muy aumentados, variando su tamaño del de una nuez a una manzana; pero mientras el cuadro clínico y anatómico es de una gran variabilidad, el cuadro histológico es siempre constante, y aunque la glándula linfática no esté profundamente alterada y su cápsula no aparezca infiltrada, el seno linfático es todavía reconocible y el folículo malphigiano, con la arteriola todavía presente, aunque con contorno irregular, lo conserva bien delimitado, resaltando en el fondo del tejido interfolicular.

La hiperplasia folicular malphigiana dentro de una zona periférica de linfocitos que le circundan nos presenta una zona clara, en la que se pueden apreciar linfoblastos y prolinfocitos y elementos celulares con gran núcleo oval y escaso citoplasma, pobre en cromatina. Entre estos linfoblastos y las células pobres en cromatina (célula sombreadas de Symmers) se presentan numerosos procesos de división atípica, que en casos más raros ofrecen el folículo nada claro, con células de tipo exclusivamente linfoideo (Slavich), sin observarse cosinófilos.

Para el diagnóstico se exige el examen de la biopsia, ya que ni el cuadro ganglionar o el esplénico son suficientes, como tampoco el examen histológico dispone de una especialidad suficientemente característica, sino la de una hiperplasia linfonodular inflamatoria. La forma más común recuerda la linfadenitis crónica hiperplásica.

El curso de la enfermedad es muy variable y de evolución lenta y solución fatal, estando indicada la roentgenoterapia a dosis relativamente bajas (de 200 a 1.000 r cada dos o cuatro días), ya que el tratamiento medicamentoso a base de Aclt o cortisona no ha llegado a producir efecto alguno.

Los autores coinciden en considerar la enfermedad como tumoral, que de origen benigno es susceptible de llegar a transformarse en maligna o evolucionando de muy diversas maneras adquirir un carácter maligno. La forma de transformación observada es la de reticulolinfosarcoma, la de sarcoma polimorfonucleado, la linfadenosis leucémica o aleucémica o la del linfogranuloma. Rara vez se ha observado su regresión espontánea temporal (Fischi) o definitiva (Volp, Zannini).

La patogenia, está demostrado, puede ser de naturaleza tóxica o infectiva, como es el caso de Rabadán, motivada por una necrosis pulpar, como ya fué aceptado por Symmers en 1927, aunque su bien delimitada o escasa personalidad o especialidad patológica ha sido suficiente para tener dudas en considerarla como una verdadera entidad nosológica (Tribaudino) cuando, como sabemos, los tumores de células gigantes no constituyen unidad patogénica alguna.

RESUMEN

El linfoma gigante folicular o enfermedad de Brill Bähr y Rosenthal, también llamado de Brill-Symmers, está caracterizado por una hiperplasia del folículo linfóide de la glándula linfática, que termina degenerando su forma sarcomatosa, de gran sensibilidad en el primer estadio de la enfermedad a la terapéutica contra la adenopatía maligna, como el fósforo radioactivo o las radiaciones roentgen, etc. (Bousser, 1955).

Se ha calculado que el 5 por 100 de todas las adenopatías malignas son enfermedades de Brill Bähr Rosenthal.

Desde el punto de vista clínico es característico el polimorfismo, lo mismo que se presenta en la enfermedad de Hodgkin, aun cuando en éste las células gigantes de Sternberg imprimen al cuadro histológico su carácter propio y base para su diagnóstico diferencial.

Los linfosarcomas de las partes blandas de la cavidad bucal son más bien raros. Histológicamente se reconocen dos tipos, los reticulosarcomas, y los linfoblastomas (Rotter y Lapp), los primeros que proceden de la estructura reticular, de afinidad por la plata, consta de células redondas y ovales, amontonadas, capaces de producir metástasis (por vía linfática), los linfocitosarcomas o linfoblastomas antes que los reticulosarcomas, especialmente en los nódulos linfáticos del cuello, de los que pasan a nuevos grupos de ganglios, para dar lugar a sus amontonamientos, apreciables clínicamente en algunos casos.

Los linfoblastosarcomas poseen, por el contrario, un cuadro histológico más uniforme, con células redondas y pocos linfocitos polimorfos y algunos linfoblastos de mayor tamaño. Crecen con más rapidez que los reticulosarcomas bien diferenciados.

Junto con la radiografía se puede hacer el diagnóstico diferencial con los sarcomas maxilares (Ewing).

El pronóstico es para los casos operables siempre incierto, y en los demás, casi indefectiblemente fatal.

ESTUFAS DE BUTANO

Cada año se informan casos fatales de intoxicación con motivo de emanaciones de monóxido de carbono en camarotes de cruceros de placer y en casas. Estos son debidos a la combustión parcial causada por el cambio de aire insuficiente en recintos pequeños con calefacción a estufas de «calor-gas» o parafina. El calor-gas mismo contiene muy poca cantidad de monóxido de carbono, pero su combustión incompleta es semejante a la de la parafina en una estufa común de petróleo en un espacio cerrado, produciéndose en ambos casos monóxido de carbono.

Sin embargo, combustión parcial es una frase algo ambigua y puede significar ya sea el escape de una porción de gas no quemado, ya sea la

oxidación parcial del gas. El escape de butano no quemado no produce una atmósfera tóxica, si bien puede producir una mezcla explosiva. La oxidación incompleta del butano no produce monóxido de carbono. Tal oxidación incompleta se debe a una mezcla inadecuada del aire con el gas antes de la combustión, o a una provisión insuficiente de aire a la llama misma. Estos dos defectos surgen de una construcción defectuosa de la estufa, de la obstrucción de los orificios para la entrada de aire, de un ajuste inadecuado de la provisión de gas, o de varios otros factores. No es el cambio insuficiente de aire en recintos pequeños el que causa esta combustión incompleta, aun cuando es esta ventilación deficiente la que favorece la acumulación de monóxido de carbono, en caso de producirse, hasta niveles tóxicos. (B. M. J.)

NOTA: No son infrecuentes o raros los accidentes producidos por el empleo del butano. Por un lado, si bien las intoxicaciones son irreversibles, mortales, son quizá desconocidas, existe no sólo el peligro de intoxicación clínica—como el referido por Pozuelo—, sino que los mismos escapes de la conducción pueden dar lugar a mezcla explosiva, como se ha dado algún caso en España.

TRAS EL TELON DE ACERO

El doctor Milo Danzeisen ha dictado el siguiente informe sobre su visita a una policlínica en Moscú antes de regresar a Estados Unidos, tras su servicio militar en Europa:

«El 21 de junio de 1958 nuestro cicerone del «Intourist», una enfermera de la Universidad de Columbia y yo hicimos una visita de aproximadamente dos horas a la Policlínica número 3, Persulok D. 26, Moscú. Fuimos bienvenidos oficialmente por el Médico Principal, un odontólogo y una enfermera—doctor Petropavlovski, doctor Asner y enfermera Naumenco, respectivamente—.

La clínica incluye muchos departamentos: medicina interna, neurología, oftalmo-otorrinolaringología, dermatología, radiología, fisioterapia, ginecología y estomatología. Sin embargo, esta clínica no puede hospitalizar a enfermos ni tiene niños entre sus pacientes.

Moscú tiene más de cien clínicas-dispensarios de este tipo en los barrios de la ciudad. Esta clínica fué inaugurada en 1955, y probablemente es una de las mayores de la ciudad. En el curso de un día ordinario la clínica atiende de 1.500 a 2.000 pacientes. El personal comprende a 160 médicos y solamente diez de éstos son hombres. De los 26 cirujanos dentistas, tres son hombres y los demás son mujeres. El cicerone recalcó que «todo es gratuito en la clínica», pero el paciente tiene que pagar los medicamentos y productos farmacéuticos.

El doctor Asner, que es estomatólogo, trabaja seis días a la semana y cinco horas y media al día. De vez en cuando ha de trabajar horas ex-

traordinarias, y para éstas está reembolsado. Sus emolumentos son de 1.600 rublos al mes.

El odontólogo principal, con el cicerone del «Intourist» actuando de intérprete, nos acompañó durante una visita a la clínica dental. Hay salas separadas para la radiología, diagnosis, cirugía, prótesis y un laboratorio. La sala de radiología tiene la mampara de plomo y parece adecuada. La sala de diagnosis tiene tres sillones con pocos instrumentos y, a mi juicio, sólo tenía los más imprescindibles para las necesidades más perentorias, en comparación con las clínicas americanas. Vi solamente un juego de forceps quirúrgicos y un armario para los materiales. No se practicó ninguna intervención durante la visita. La sala estaba muy limpia.

La sala de operaciones me dió la impresión de ser muy funcional, pero limitada en sus posibilidades. Los odontólogos tienen pocos instrumentos y medicamentos en su armario. El doctor Asner me explicó que las unidades tenían una velocidad de 3.000 a 5.000 r. p. m.; pero que tenían también algunas de alta velocidad de más de 50.000 r. p. m.; sin embargo, esta clínica no tenía unidades de este tipo hasta ahora. Silicatos, cementos y amalgamas constituían todo el material de restauración, y no vi ningún trabajo hecho en oro. A nuestra súplica, un odontólogo preparó una amalgama. La preparación era algo rara, puesto que fué lavada en amoníaco. La mezcla se hizo en un mortero y no vi ningún amalgamador mecánico en la sala.

Esta mañana el departamento más ocupado parecía ser el de prótesis. Un odontólogo estaba preparando un arco superior para una prótesis parcial al colocar varias coronas de acero en los dientes estribos. No vi oro empleado en este departamento tampoco. Otro odontólogo estaba insertando una prótesis parcial que fué confeccionada de acrílico con ganchos metálicos como retenedores directos. Este fué el único tipo de prótesis parcial que vi preparar. Evidentemente, no se utiliza ticonio u otro metal para el esqueleto de una prótesis parcial en esta clínica. El otro odontólogo trabajando en este departamento estaba tomando impresiones con yeso. Utilizaba yeso también para una impresión definitiva para una prótesis completa superior y parcial inferior. No vi ningún material de impresión de tipo alginato en la clínica.

El laboratorio mecánico tenía unas quince personas trabajando en dos salas separadas. La primera sala es donde se curan las dentaduras de tipo acrílico. La segunda sala se dedicaba a la articulación, colocación de los dientes y el enceramiento de las dentaduras. No se trabaja en oro ni ninguna especie de puentes fijos.