

ENFERMEDAD DE BRILL BAEHR ROSENTHAL

por el

DR. MARIANO RABADÁN MARINA

La enferma que presentamos, Dolores Marcado López (*), de sesenta y nueve años, viuda, natural de Villacarrillo, ingresó el 3 de febrero de 1958.

Estado actual.

Hace cuatro años, y estando bien, después de haberle aparecido un flemón dentario en la encía inferior, rama derecha, muy doloroso, empezó a notar una tumoración pequeña, de consistencia dura y dolorosa, en la región submentoniana del mismo lado (no recordando si tuvo o no fiebre). El flemón le desapareció al poco tiempo, persistiendo la tumoración sin crecer ni dar ninguna otra molestia hasta hace un año, en que observó que crecía a lo largo de la mandíbula, hacia atrás. Al mismo tiempo le aparecieron una serie de tumoraciones en cara lateral derecha del cuello, no dolorosas, llegando a ocupar hasta fosa supraclavicular.

Hace unos tres meses le aparecieron en el lado izquierdo del cuello, en su tercio inferior, otras tumoraciones, que han ido aumentando de tamaño hasta la actualidad.

No ha tenido fiebre ni picores y ha perdido en el último año unos diez kilos de peso.

En la actualidad tiene molestias a la deglución y tirantez de piel en la zona afectada, sobre todo en el lado derecho.

Exploración.—Enferma bien constituida, con buena coloración de piel y mucosas. Pupilas isocóricas, con reacciones normales. Boca séptica. Faltan numerosas piezas. Cuello. Cara lateral derecha: Por inspección se aprecia una gran tumoración de superficie lisa, que se extiende desde la región mastoidea a

(*) Sala 30, cama 5, Hospital Provincial, Madrid. Policlínica Hospital San Carlos.

la submentoniana, prolongándose hacia abajo con otra más pequeña de aspecto lobulado, y que llega a fosa supraclavicular. La piel que la recubre es de aspecto normal.

Por palpación percibimos una serie de lobulaciones, algunas de ellas unidas entre sí, de consistencia no homogénea, aunque predomina la dureza, no llegando a adquirir el carácter leñoso. Estas lobulaciones no son dolorosas y no están adheridas a piel, pero sí a planos profundos.

En fosa supraclavicular se aprecian una serie de lobulaciones, fusionadas entre sí, del tamaño aproximado de una avellana, de consistencia blanda, no adheridas a piel y movibles.

Cara lateral izquierda: Por inspección se aprecia una tumoración lobulada que se extiende desde mastoides a fosa supraclavicular, siendo la piel que las recubre de aspecto normal.

Por palpación distinguimos una serie de tumoraciones, unidas entre sí, del tamaño aproximado de una avellana, de consistencia más dura que las de la cara lateral derecha, que ocupan la fosa supraclavicular y se continúan hacia arriba por otras más pequeñas, llegando a región mastoidea, donde resalta una de mayor tamaño.

Región axilar derecha.—Por palpación encontramos una tumoración, del tamaño de una nuez, de consistencia firme, no leñosa.

Tórax. Prominencia de mango esternal. Pulmón. No se aprecia nada anormal. Corazón. Timpanismo del segundo tono aórtico. Pulsaciones: 80/minuto. Tensión arterial: Máxima, 15; mínima, 7,5. Abdomen. Blando y depresible. Hígado: Se palpa en límites. Bazo: Se palpa a dos traveses de dedo del reborde costal.

Mandamos realizar los siguientes análisis:

1. Exploración hematológica. 2. Análisis de orina. 3. Punción ganglionar; y 4. Estudios anatomopatológico.

Recibidos los dos primeros, el resultado es el siguiente:

Sangre.—Hemates, 4.900.000. Velocidad de sedimentación: primera hora, 4; segunda hora, 14. Índice, 5,5.

Serie blanca.—Leucocitos, 6.900. Neutrófilos: Adultos, 63. En cayado, 14. Total, 77 por 100. Eosinófilos, 2. Basófilos, 0. Linfocitos, 17. Monocitos, 4.

Orina. Color, amarillo. Densidad, 1.022. Reacción, ácida. Aspecto, ligeramente opalino. Albúmina, no contiene. Glucosa, no contiene.

En espera del resultado de la punción ganglionar y del estudio anatomopatológico, exploraciones sin las cuales en ninguna enfermedad ganglinar podemos fundamentar un diagnóstico de base sólida, nuestra deducción ha sido la siguiente:

En la historia de esta enferma podemos considerar dos fases en su proceso ganglionar: una, primera, de duración de tres años, en la que aparece una tumoración quiescente, de poca actividad, perfectamente tolerable por la enferma, y una segunda fase, aproximadamente de un año de duración, en que su tumoración toma un aspecto mucho más maligno, reproduciéndose con gran rapidez y afectando ya al estado general de la enferma, llegando a perder 10 kilos de peso en este último año.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Desde un primer momento se desechó la posibilidad de que se tratara de un Hodgkin, porque en esta fecha tendría que tener fiebre de tipo Pel y Ebstein, picores, etc.

No parecía tratarse de un linfogranulomatosis benigna por su aspecto y marcha; tampoco de una adenitis fímica por su exploración hematológica, presencia de bazo, etc.

Por no ser los ganglios muy generalizados y tener una consistencia más dura, tampoco nos parecía una leucemia linfática.

Se apuntaba que, cualquiera de las posibilidades diagnósticas, tenía que aceptar un proceso relativamente benigno, bien tolerado, que en un momento dado se maligniza.

En esta situación recibimos los informes de punción ganglionar y estudio anatomopatológico, que copiamos a continuación:

Punción ganglionar.—Punción ganglionar en adenopatía submentoniana y en adenopatía del lado lateral izquierdo del cuello.

Se obtiene abundante material en grumos blanquecinos mezclados con sangre, con los que se hacen impresiones y extensiones.

La citología ganglionar es con seguridad neoplásica y presenta un gran pleomorfismo.

Por una parte, existe una proliferación de células de estirpe linfática, con acusada anaplasia y evidente desdiferenciación (dislinfoblastos), alternando con muy frecuentes elementos de estirpe reticular y gran talla, que con frecuencia adoptan una disposición sincicial o de estrecha trabazón con núcleos grandes, a veces monstruosos, y nucleolos muy destacados.

Son muy frecuentes las mitosis, y en alguna rara ocasión se ven células reticulares binucleadas. Algunos de estos elementos tienen muy evidente actividad citofágica.

Citológicamente impresiona como una proliferación sarcomatosa linfática y reticular combinada, en la que predomina el componente reticular.

Comparando la citología obtenida en la adenopatía submentoniana (primera en aparecer) y en un ganglio de la cadena lateral izquierda (último en brotar), se comprueba el carácter más definidamente sarcorreticular del último frente al matiz del linfosarcoma predominante del primero.

Estudio histopatológico

El informe es el siguiente: Linfoblastoma folicular, con grandes centros de reacción, donde se ven abundantes fenómenos de división citológica. Existe una hiperplasia reticular de dos núcleos bastante frecuentes y protoplasma visible; los núcleos son claros, y los nucleolos, pequeños. No impresionan como células displásicas, aunque sí son hipertróficas. El componente inflamatorio es pequeño.

COMENTARIO

El informe de anatomía patológica nos dice que se trata de un linfoblastoma folicular, y el informe de punción ganglionar, que se trata de un proceso neoplásico, con gran pleomorfismo, y que impresiona como una proliferación sarcomatosa linfática, encontrando en uno de los ganglios un matiz de linfosarcoma, y en otro de ellos, más definidamente sarcorreticular.

Estos dos informes, que en principio parecen contradecirse, creemos que se complementan y nos aclaran la historia de la

enferma, en cuanto que ella padecía una enfermedad Brill-Baehr-Rosenthal, y desde hace un año evoluciona a un linfoma.

Es posible que, como ha sido en tres lugares distintos (un ganglio de biopsia y dos de punción), nos hayan dado una visión, por decirlo así, más estereoscópica y más real que si se hubiera tomado una sola muestra, porque ni el diagnóstico del linfoblastoma folicular concuerda con la enferma, ni el linfoma aisladamente, mas sí en conjunto, que es la opinión que presentamos.

RESUMEN

Se trata de un Brill-Baehr-Rosenthal evolucionando a un linfoma.

Los comentarios giraron acerca de la aparente disconformidad del concepto que de la enfermedad señalaron el citólogo y el anatomopatólogo, cada uno con su ángulo de visión propio, y los dos igualmente acertados. Las células grandes atípicas, algunas binucleadas, de reticulosis maligna; la falta de isocetismo y monotonía celular, más bien la anisocitosis proliferante, más de linfoblastoma folicular. Asistimos aquí a una malignización distinta de la malignización por generalización territorial y más próxima a la del tipo de transformación celular.

De cualquier modo, esta evolución del linfoblastoma folicular que se cita es la primera vez que la vemos por nosotros mismos.

EL BAÑO DESPUÉS DE LAS COMIDAS

Todavía persiste esta vieja advertencia, pero evidentemente muchas veces es desatendida y la mayoría de los niños (y muchos adultos) se bañan inmediatamente después de una comida sin ningún efecto perjudicial observable. Si tuvo alguna base fisiológica, probablemente se funda en las siguientes creencias: 1) que el estómago lleno trabaja al diafragma en sus movimientos e impedía la respiración; 2) que la musculatura periférica estaba relativamente anóxica y, en consecuencia, propensa a calambres, puesto que el grueso del volumen sanguíneo se había concentrado en la región mesentérica para fines digestivos; 3) que la coagulación de la sangre presentaba un aumento posprandial. Por cierto no son teorías muy convincentes.

PRIMER CASO DE INTOXICACION CON GAS BUTANO

El butano es un hidrocarburo que tiene de fórmula C_4H_{10} . Es un gas más pesado que el aire. Para su empleo se comprime en bombonas de cierra hermético que se envían para su uso, a domicilio; sus usos habituales son la cocina y los calentadores de baño.

Khan Abrest dice que este gas, en concentraciones del 22 por 100 en la atmósfera, no produce ningún trastorno durante hora y media. Al 30 por 100 señala cambios respiratorios y fenómenos asfícticos, con acción narcótica propia. La acción narcótica la señala en el animal en menos de treinta minutos, en una concentración al 30 por 100. Después, hizo una experiencia de ocho horas de sueño en una atmósfera al 10 por 100, de la que el sujeto de experimentación salió indemne.

Nuestro paciente, de cincuenta y tres años, cuenta que entró en el baño normalmente, cerró la puerta y comenzó a afeitarse. Pasados unos minutos, se encontró de pie, sin acertar a abrocharse el botón del pijama, pálido y sin dar sensación de conciencia, se le metió al paciente en la cama; exhala un olor dulzón que es el mismo que se huele en el cuarto de baño donde está instalado el butano. Su expresión es placida y sonriente, relativamente consciente, con sensación de memoria. Su piel está fría, con ligero sudor. La lengua la tiene seca. Al comenzar la exploración de abdomen presenta una crisis de vómitos súbitos, con sensación de náusea, son muy violentos y rápidos. Sólo de bilis y jugo gástricos. Tensiones de 95/50. Pulso, 128. La normalidad psíquica se recupera lentamente.

Prescribimos citocromo, vitamina B12, cocarboxilasa y dieta con agua mineral. Dos ampollas de guconato cálcico, para calmar la situación de hiperemesis, que da sensación de una verdadera tetania.

Visto de nuevo a las tres horas, ha mejorado mucho. Nuevo control a las tres horas con absoluta normalidad, quejándose de cefalea.

El comentario más interesante es que se produce una narcosis clínicamente antes que la insuficiencia respiratoria y en menos de treinta minutos. Si después de eso el enfermo cae al suelo, va a respirar una atmósfera cada vez más concentrada de butano, porque éste, más pesado que el aire, como el gas del alumbrado, se va depositando de abajo a arriba, eliminando el oxígeno.

Hemos visto un primer grado de narcosis. La anisocoria con paresia pupilar hace pensar que su narcosis es progresiva corteza cerebral, protuberancia. En corteza, posiblemente predominio de afectación fronto temporal. Esto no es tranquilizador en un síndrome tóxico de narcosis. Yo pienso que, si su narcosis hubiera continuado, el coma hubiera sido indudable. ¿Reversible quizás?