

MEDICINA ANATOMOCLINICA

Medicina Anatomoclínica Caso No. 1 Correspondiente a la Sesión No. 336

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

B. L. C. M. PROTOCOLO 14.589

Molestia principal:

Cefalea, Anorexia, Disnea de esfuerzo, Edemas.

Paciente del sexo femenino, de 29 años de edad, casada, de oficios domésticos, nacida en Santiago de Puriscal, provincia de San José; reside en el mismo lugar de nacimiento.

Ingresa al Servicio de Medicina el día 20 de mayo de 1957.

Antecedentes familiares:

Padres vivos, sanos; 1 hermano y 5 hermanas sanos; esposo sano; 8 hijos, 7 de los cuales viven y 1 falleció en la infancia, de Gastroenteritis.

Antecedentes personales no patológicos:

Tabaquismo y alcoholismo negativos.

Antecedentes personales patológicos:

Sarampión y tosferina en la infancia, antecedentes palúdicos, luéticos, fímicos, reumáticos y transfusionales negativos.

Antecedentes Ginecológicos y obstétricos:

Menarca a los 14 años, ritmo menstrual de 30 por 8; dismenorrea. Nupcias a los 19 años. 8 embarazos. Partos eutócicos. Fecha de la última regla: hace 1 año, amenorrea desde entonces.

Alimentación habitual:

Desayuno.....	agua dulce	1 vaso
	tortilla	1 pieza

Almuerzo.....	arroz	1 plato
	frijoles	1 plato
	tortillas	2 piezas
	banano	1 pieza
	chocolate	1 taza
Comida	frijoles	1 plato
	arroz	1 plato
	verdura	1 ración por semana

Apreciación del régimen alimenticio: deficiente en calidad y cantidad, muy pobre en aportes proteicos y vitamínicos.

Calorías 1284 H. de C. 189 gms. Prot. 42 gms. Grasas 40 gms.

Padecimiento:

Inició su padecimiento hace 15 meses, durante el tercer trimestre de un embarazo tenido en esa época, con la presencia de cefalea frontal intensa, hiporexia no selectiva y edemas discretos en miembros inferiores; en estas condiciones evolucionó durante el final de su gestación.

Fue internada en este Hospital el día 30 de junio de 1956 en los Salones de Maternidad, en donde tuvo un parto normal con niño vivo.

Las cifras tensionales entonces fueron de 110-80. No hubo albuminuria.

La enferma fue dada de alta dos días después de su ingreso.

Según lo referido por la paciente una vez salida del Hospital, persistió la cefalea y la hiporexia, notando edemas francos en miembros inferiores progresivamente ascendentes; disnea de esfuerzo evolutiva a disnea de pequeños esfuerzos y a ortopnea, condiciones éstas, que le hicieron ingresar de nuevo al Hospital el día 1º de agosto de 1956; la exploración recogida entonces reveló: pulso 100 por minuto, respiraciones 38 por minuto. P. A. 115-90. Se encontró a la paciente disneica y edematosa, se auscultó ritmo de galope en mesocardio, hubo estertores en base de pulmón izquierdo de burbujas finas, el abdomen estaba globoso, aumentado de volumen, con edema de la pared y ascitis libre en su interior, se encontró hepatomegalia, con borde inferior a 5 cm. bajo el borde costal, el bazo no fue palpable. Se anotó que había loquios y edema generalizado.

De los exámenes practicados en este internamiento merecen citarse: orina: trazas de albúmina, nitrógeno ureico 19,8 mg. por ciento. Glicemia 79 mg. Proteínas totales 4,42 gm. por ciento con 2,89 de albúminas y 1,53 gm. por ciento de globulinas. Relación A/G de 1.88. Se hicieron los electros siguientes: (8 de agosto de 1956) (23 de agosto de 1956).

Los exámenes de tórax fueron informados como Cor Bovis (6 de agosto de 1956) (20 de agosto de 1956) y con estasis pulmonar.

La paciente fue dada de alta el día 1º de setiembre por mejoría clínica.

La enferma en referencia, volvió a ingresar al Servicio el día 17 de octubre de 1956 por presentar de nuevo, disnea continua y edemas generalizados. En esta ocasión la exploración radiológica reveló: P. A. 120-100, pulso 100 por minuto. Galope en mesocardio, soplo merosistólico I en apex. Hepatome-

galia III. Ascitis libre en cantidad abundante. Edemas II en miembros inferiores y regiones lumbares.

Al día siguiente de su ingreso se practicó punción abdominal; extrayéndose 2500 cc. de líquido de ascitis. Fue examinado en el Laboratorio dando una reacción de Rivalta positiva y proteínas totales de 2 gm. por ciento. Se practicó fondo de ojo que fue reportado normal.

La paciente salió mejorada clínicamente el 8 de noviembre de 1956.

Ingresó por tercera vez a los Servicios de Cardiología el 26 de noviembre de 1956, por molestias en todo semejantes a las relatadas en ingresos anteriores.

La exploración cardiológica reveló entonces: P. A. 140-80. Pulso 64 por minuto. Región precordial: extrasístoles frecuentes. Ascitis libre. Hepatomegalia II. No había edemas. El examen de orina mostró huellas de albúmina. Fue dada de alta el 12 de diciembre de 1956.

Su último ingreso es el de la actual permanencia, llegó la enferma el 20 de mayo de 1957. Acudió por iguales síntomas a saber: fundamentalmente disnea de mínimos esfuerzos, edemas, oliguria e hiporexia.

Los exámenes que se han practicado son los siguientes:

Normales o negativos	Heces. VDRL.
Orinas	Albúmina escasa, leucocit.
Citología hemática	Normales.
Protrombinas	40% (19.V.57) 97% (19.VI.)
Nitrógeno ureico	19 mg. 25.4 mg. (13.VII).
Creatinina	1.9 mg. 2.1 mg. (13.VII).
Glicemia	69 mg. %
Proteínas totales	3.75 gm. %
Albúminas	2.10 gm.
Globulinas	1.65 gm.
Relación A/G	1.27
Eritrosedimentación	4 mm.
Pruebas de funcionamiento hepático.....	Floculaciones negativas, Colesterol 157 mg., Bilirrubina total: 1.1, Bromosulfaleína 12% a los 30 minutos.
Albuminurias cuantitativas	6.12% (28.VI.57). 2.9% (29.VI.57) 0.4% (3.VII.57).
Prueba del Rojo Congo	34% de retención.
Electrocardiogramas: 23.V.57 28.VI.57	
Investigación de células L.E.	Negativa.
Presión venosa	34.5 cc. de agua.
Rayos X	Cor Bovis, estasis pulmonar.

En la actualidad la paciente se queja de disnea de pequeños esfuerzos, de ortopnea, de edemas en miembros inferiores y regiones lumbares, tiene tos productiva con esputo hemoptoico, estado nauseoso con vómitos de contenido

gástrico, insomnio pertinaz, oliguria y dolor en hemitórax izquierdo.

Digestivo: lo anotado.

Respiratorio: lo anotado.

Circulatorio: lo anotado.

Renal: oliguria.

Genital: amenorrea de 1 año de evolución.

Nervioso: insomnio.

Organos de los sentidos, sin datos de interés.

Síntomas Generales. anorexia, adelgazamiento y astenia.

Exploración física:

Paciente disneica delgada.

Cráneo: pelo seco. Normocéfalo.

Ojos: reflejos normales, pupilas simétricas, movilidad ocular normal.

Nariz: cloasma bilateral.

Boca: prótesis dentarias superiores, faltan piezas en arcada inferior.

Cuello: ingurgitación yugular bilateral grado IV a 45°. Pulso carotídeo sincrónico, débil, arritmico, igual en ambos lados.

Carótidas duras grado II. Tiroides no palpable.

Tórax: cara posterior: forma y volumen normales. Movilidad disminuída. Vibraciones normales. Ruido respiratorio fuerte. Estertores bronquiales. Submatidez en base izquierda. Dolor a la presión en espacios intercostales izquierdos.

Cara anterior: área precordial; ápex en sexto espacio intercostal izquierdo a nivel de L. axilar anterior. Choque potente en dos tiempos; no se aprecia trill. Perfil izquierdo agrandado, perfil derecho crecido.

Existe arritmia. Pulso Central de 100 por minuto. Soplo sistólico apexiano I a II, reforzamiento del segundo ruido pulmonar.

Abdomen: piel seca, diastasis de rectos anteriores; manchas hiperocrómicas de tamaño y distribución irregular. Existe ascitis libre en regular cantidad. Area hepática crecida por hepatomegalia grado IV, dura, finamente granular, no dolorosa. Esplenomegalia dudosa, parece palparse polo inferior en inspiración profunda. Pelo del pubis escaso.

Genital: cuello de múltipara, resto sin datos de interés.

Miembros inferiores: edema grado III. Venas varicosas. Reflejos normales. Presión arterial 150-80. Temperatura 37.1°C. Respiraciones 30 por minuto.

DISCUSION

DR. R. VINOCOUR:

A esta paciente yo le encontré un thrill diastólico.

DR. R. CORDERO Z.:

En este caso ha habido grandes diferencias de apreciación. Los doctores Vinocour y G. Miranda encontraron retumbo y eso inclinaría a pensar en car-

diopatía reumática. Se plantea además la posibilidad de Síndrome de Pick, basado en la existencia de ascitis, la poca movilidad cardíaca, etc.

Se investigó amiloidosis, pero la prueba del Rojo Congo fue negativa. Cuando ya había mejorado algo, aparecieron hemoptisis. Se pensó en embolia pulmonar y se dio tratamiento anticoagulante; siguió con expectoración hemoptica y falleció bruscamente. Para mí siempre estuvo en duda la existencia de retumbo.

DR. GUIDO MIRANDA:

Otro dato de interés es que se intoxicaba rápidamente con cualquier preparado digitálico, habiendo que descontinuar el tratamiento y el galope persistía. El mejor tolerado de los preparados fue la Ouabaína.

DR. E. GARCÍA CARRILLO:

Los datos sugieren una mitral. Sin embargo podría pensarse en aorta pequeña y gruesa pulmonar. Es interesante el dato de febrícula, sugerente de flebitis. Recuerdo que hay casos de lesión valvular mitral, sin semiología auscultatoria característica. En este caso además el cuadro apareció después de un embarazo, tal como sucede en los mitrales.

La pericarditis constrictiva se descarta por la movilidad cardíaca.

DR. AGUILAR PERALTA:

Este no es un caso claro. La diversidad de opiniones en la exploración misma lo dice. Este paciente nunca entró en fibrilación. Con esa silueta, la auscultación de un retumbo no tendría dificultad, así que dudamos de estenosis mitral. La resistencia enorme al tratamiento no es habitual en una reumática que hace insuficiencia cardíaca. De ahí que en principio la catalogué como insuficiencia mitral y posteriormente cambié hacia una miocarditis en que anda en juego un factor desconocido, o una colagenosis, o de etiología Chagásica.

DR. R. VINOCOUR:

Si existe silueta sugestiva mitral, electrocardiograma con crecimiento de aurícula izquierda y fenómenos auscultatorios diastólicos, podemos pensar en trombosis auricular que cambiara la auscultación. El hallazgo de thrill me inclinó a pensar en lesión valvular mitral. Lo que no está claro es la albuminuria; claro que en la insuficiencia cardíaca puede haberla, pero no de 6 gm. por mil como en este caso. Si había esplenomegalia y febrícula se puede pensar en endocarditis bacteriana agregada.

DR. CORDERO Z.:

En contra de fiebre reumática están los 9 partos que esta paciente tuvo y que no fue sino hasta hace dos años que empezó su cardiopatía, la cual

ha llegado al final que un reumático mitral hace evolucionando desde su infancia. Además, el electrocardiograma hizo cambios en P en los dos últimos trazos, lo que me sugiere embolias pulmonares repetidas subclínicas, dando un Cor pulmonale subagudo, llegando al final con embolia pulmonar. Esto me hace pensar en colagenosis, ya que en éstas el fenómeno embólico es reiterado.

DR. E. GARCÍA CARRILLO:

Me refiero a lo que ha dicho el Dr. Vinocour sobre trombosis auricular. Esta en general da un cuadro muy agudo con asfixia.

DR. SALVADOR ACEVES:

Me dispensan el comentario: Ya todo está dicho. Indudablemente esta paciente era una cardíaca y era también una desnutrida; pero yo no veo la relación entre una cosa y otra. La desnutrición fue adyuvante. No era una cardiopatía de desnutrido, como la prueba el número de internamientos al Hospital; si fuera cardiopatía de desnutrido hubiera mejorado con sólo los ingresos.

La radiografía es impresionante: es de una endomiocarditis reumática triavicular que afecta a la tricúspide, mitral y aorta.

No hay datos para probarlo. Si no es ésto, me encuentro en un callejón sin salida. Hay discrepancia sobre la existencia o no de retumbos; si lo hubo y se palpó thrill, era reumática y si además había alteración de P, tenemos que admitir patología auricular evidente.

Sin embargo, la evolución no es típica de cardiopatía mitral ya que permitió 8 embarazos y sólo al final del noveno dio manifestaciones. En ese embarazo hubo cefalea que no sabría explicar. Hubo tres hechos que torcieron la evolución de este caso:

Primero: un infarto pulmonar. Recordemos que era puérpera y tenía várices. Esto la lanzó verticalmente al callejón del que ya no salió.

Pienso que fueron muchos infartos pulmonares que resultaron los responsables de ese gran arco medio izquierdo. Antes pudo haber infartos pulmonares sin manifestaciones clínicas ni radiológicas. El treinta por ciento de los enfermos reumáticos autopsiados tienen infartos pulmonares.

Segundo: otro factor pudo ser una comunicación interauricular, dado el arco medio y el soplo sistólico.

Tercero: o bien la endocarditis bacteriana agregada. Podría encajar en una trombosis intra-auricular, aún cuando no hubo el cuadro clásico de asfixia. Hemos visto muchas veces cuadros de cambios auscultatorios debidos a un trombo esférico intra-auricular.

La resistencia e intolerancia a la digital me hace darles mayor importancia a los infartos pulmonares. Seguramente los trastornos del ritmo se debieron a extrasístoles, talvez por la digital. Es raro que no haya fibrilación auricular en una trombosis intra-auricular. En general la trombosis se ve en casos fibrilantes crónicos, sin ninguna relación con la actividad reumática. En suma el caso es

complicado. Yo me inclinaría a pensar, con los datos que hay, en una cardiopatía reumática cuyo equilibrio se rompió por embolias pulmonares múltiples.

Que además, era una carenciada. Que la febrícula se debió, o a endocarditis bacteriana agregada, o a la reabsorción de los infartos. No creo en una nefropatía y creo que la albuminuria es consecuencia de la insuficiencia cardíaca, ya que mejoró.

DR. C. AGUILAR PERALTA:

Quiero llamar la atención en la evolución de R. de V1 a V6 en las derivaciones precordiales. Dicha onda aumenta el voltaje de V1 a V3; en V4 hay Q profunda, en V5 una Q empastada, que persiste en V6. En agosto de 1956 observamos algo parecido: el 28.VI.57 hay complejo QS evidente. La R aumenta de V1 a V3, disminuye en V4 y en V5 hay una Q profunda. En el último electrocardiograma sucede lo mismo. Esto es sugestivo de que hubiera una zona muerta en la cara lateral, lo que vendría en apoyo de colagenosis.

DR. VINOCOUR:

Se ha descrito en las grandes dilataciones de la aurícula izquierda una imagen semejante a infarto de cara lateral.

DR. FERNANDO VINOCOUR:

Hay en la hipopotasemia de los desnutridos crónicos mayor intolerancia a la digital?

DR. SALVADOR ACEVES:

Puede ser así.

Resumen de la autopsia: Protocolo 19.589. (Dr. R. Céspedes F.).

Cadáver enflaquecido, edema mediano de miembros inferiores.

Organos del Cuello: Aorta mínima infiltración lipoidea.

Cavidad torácica: Hidrotórax bilateral. Infarto hemorrágico en la base del lóbulo inferior derecho con trombo reciente en la rama correspondiente de la arteria pulmonar. Tinte ocre de insuficiencia ventricular izquierda en ambos pulmones. Ateroma en las ramas de la arteria pulmonar en grado II.

Corazón: 452 gramos. Hidropericardio 80 cc. Dilatación de todas las cavidades e hipertrofia moderada del ventrículo derecho cuya pared mide 8 mm. Ventrículo izquierdo muestra adelgazamiento parietal especialmente hacia la punta donde mide 7 mm. El endocardio aparece engrosado en varios puntos del ventrículo izquierdo y de la aurícula, de color blanquecino; numerosos trombos parietales en el ventrículo izquierdo. El miocardio tiene al corte numerosas áreas blanquecinas de aspecto fibroso de 3 hasta 10 mm. de diámetro cada uno. Coronarias amplias, permeables.

Examen Histológico: El tejido conjuntivo subendocárdico está muy aumentado de espesor y se presenta integrado por colágeno denso de haces entre cruzados; este mismo tejido penetra entre las fibras del miocardio separándolas y formando extensas zonas fibrosas. Hay zonas en las que progresivamente se puede apreciar la pérdida de la estructura de la fibra del miocardio y su reemplazo insensible primero por finas bandas y luego por gruesos haces de colágeno. Las ramas arteriolas son de aspecto normal.

Miometrio: En el cérvix, en el segmento inferior puede notarse la desaparición de las fibras musculares y su reemplazo por gruesas bandas fibrosas.

Cavidad Abdominal: Cianosis de todas las vísceras.

Riñones: De fondo liso con zonas de retracción.

Examen Histológico: Con técnica corriente la mayoría de los glomérulos están conservados. Con la técnica de PAS se aprecian en el espesor de los glomérulos el depósito de material Schiff positivo en el intersticio del ovillo glomerular. La membrana basal es muy evidente tanto en la hoja visceral como en la parietal de la cápsula. Los tubos revelan abundante material albuminoideo coagulado y algunos de ellos tienen en el lumen y también en el intersticio por fuera de la membrana basal, depósitos de material Schiff positivo.

Diagnóstico: Glomerulosis y Tubulonefrosis secundaria.

Diagnósticos Anatomopatológicos:

- 1) Miocardiosclerosis. Colagenosis cardiovascular. Trombosis parietal ventricular izquierda. Induración rojo morena e infarto pulmonar. Cianosis de las vísceras abdominales. Hidrotórax, Ascitis, Hidropericardio, Edema generalizado.
- 2) Glomerulosis y Tubulonefrosis secundaria.

Causa de muerte:

- I-a) Insuficiencia cardíaca.
- I-b) Colagenosis cardiovascular.

COMENTARIO FINAL

Es el segundo caso de esta enfermedad que vemos en Costa Rica con estudio necrópsico. Se hace notar que este padecimiento se presenta en gente joven con arterias de buena calidad en la que se desencadena un cuadro de insuficiencia cardíaca que en la clínica simula un proceso reumático atípico y cuyo sustrato morfológico está caracterizado por esclerosis del miocardio y subendocardio sin lesión coronaria; trombosis parietal ventricular izquierda, signos de insuficiencia cardíaca y complicación tromboembólica tanto en el territorio venoso cavapulmonar, como en el territorio de la aorta a partir de trombosis parietal ventricular izquierda.

Medicina Anatomoclínica - Caso No. 2

R. C. R.: HOSPITAL DEL SEGURO SOCIAL

PROTOCOLO DE AUTOPSIA N° 177

Molestia principal: Obesidad

Residente en San Vicente de Moravia, edad 68 años, masculino. Tuvo su primera hospitalización en julio de 1954, se anotaron como antecedentes entonces una obesidad largo tiempo mantenida y el haber sufrido paludismo en varias oportunidades, la última consulta un año antes de su hospitalización.

El motivo de su hospitalización en esa oportunidad fue un cuadro infeccioso que se instaló unas ocho horas antes con fiebre alta, cefalea y dolores osteócopos generalizados, así como también vómitos, sin que se anotara su carácter. Aseguró haber perdido 10 libras de peso.

En el examen de ingreso practicado en ese momento solamente se dejó constancia de una temperatura de 39.3°C. que cedió completamente después de la primera inyección de dicrysticina.

Los exámenes practicados mostraron solamente discreta leucocitosis de 12.600 sin alteraciones significativas en la fórmula, el resto de los exámenes fue normal.

Fue dado de alta en buenas condiciones.

Hospitalizado por segunda vez en octubre de 1954 a raíz de un traumatismo que le produjo una luxación de la clavícula izquierda de la cual se le recuperó en buenas condiciones.

Su tercer ingreso se produjo en abril de 1957 relatando el antecedente que cinco meses antes había sido visto en la consulta externa de Endocrinología de la Policlínica, Hospital Central del Seguro Social por su obesidad, habiéndose descartado del todo posible presencia de una diabetes. Fue puesto en una dieta hipocalórica, habiéndose obtenido una reducción de peso de 10 libras, pero el paciente discontinuó desde entonces las consultas, porque asegura que a partir de entonces comenzó a presentar marcada astenia y sensación de decaimiento, pérdida progresiva de peso que en el momento de su hospitalización asegura ha sido de unas 30 libras y que achaca a la dieta estricta que siguió durante algún tiempo.

La causa de su hospitalización fue un dolor abdominal vago, sin una localización definida y que no se acompañaba de diarrea, estreñimiento u otras molestias subjetivas. Negó vómitos, evidencia de sangramiento o ictericia.

La exploración de ingreso muestra un paciente de edad senil, lúcido, obeso de grado 4, en excedente estado nutricional, normoquinético, afebril, bien orientado en el tiempo y en el espacio, P. A. 130/80. Pulso 64 por minuto. Peso: 110 Kgr. Obesidad, hernia umbilical reductible.

Los exámenes de rutina fueron enteramente normales.

Fue sometido a estricto reposo en cama, alimentación completa y como acusara una desaparición de la sensación de astenia sin que se pudiera demostrar en ese momento ninguna otra patología se le dio la salida para que continuara sus controles en la consulta externa.

Tuvo su cuarto ingreso unas tres semanas después de haber sido dado de alta, ya que habiéndose mantenido en buenas condiciones en su casa, tres días antes de esta hospitalización aparecieron calofríos, marcada sensación de decaimiento, astenia, dolores sordos a lo largo de los miembros que tendían a localizarse sobre las masas musculares, cefalea y marcada postración. Su sintomatología se hizo severa y conjuntamente apareció fiebre que fue ascendiendo paulatinamente, presentando remisiones matutinas y en el plazo de dos días llegó a ser de 39°C., por lo que el paciente fue nuevamente hospitalizado.

En esta oportunidad la exploración de ingreso mostró un paciente senil, en regulares condiciones generales, de bastante buen estado nutricional, marcadamente obeso, algo decaído, de aspecto tóxico, francamente febril. En la exploración por sistemas solamente se encontró un discreto dolor a lo largo de las líneas pararectales abdominales, pero sin masas palpables, zonas de empastamiento, ni puntos específicos de dolor.

Los exámenes practicados en esta hospitalización mostraron orina y heces normales. Las determinaciones de úrea, nitrógeno, glicemia y creatinina fueron normales. Las aglutinaciones febriles fueron negativas y en el recuento de ingreso se encontró una disminución de la cantidad total de eritrocitos, con mayor reducción proporcional de su carga hemoglobínica, mostrando una anemia de tipo hipocrómico, que estaba ausente en su hospitalización previa; en el contra-interrogatorio nunca fue posible poner en evidencia la presencia de sangramiento detectado por el enfermo. El recuento de blancos mostró una discreta leucopenia sin alteraciones significativas en la fórmula. El paciente fue sometido a su ingreso a tratamiento con Terramycina (500 mgrs. cada 6 horas), habiéndose obtenido rápida caída de la fiebre en el plazo de cinco días y permaneciendo afebril durante tres días. Mientras se mantenía en estas condiciones y siempre suministrándosele este antibiótico se observó una nueva elevación de temperatura que alcanzó a 39°C. en el plazo de 48 horas, por lo que se discontinuó la Terramycina y se le comenzó a suministrar Cloromycetina en dosis de 500 mgrs. cada 6 horas, obteniéndose también una caída de su fiebre en el plazo de 48 horas y permaneciendo el paciente completamente asintomático y sin ninguna molestia durante una semana, por lo que se le autorizó la salida para investigar la causa de su anemia en policlínica.

Cuando el paciente concurrió al Policlínico 8 días después relató el haber observado deposiciones alquitranadas en los días precedentes, por lo que fue nuevamente hospitalizado.

El estudio radiológico gastro-duodenal mostró un estómago de situación alta, en forma de cascada, sin que se describieran evidencia de lesión gastro-duodenal, dejándose sí constancia de la presencia de un marcado ensanchamiento del marco duodenal.

Se practicó también estudio seriado de columna vertebral, describiéndose solamente una disminución de la altura en los espacios intervertebrales cervicales Nº 3, 4 y 5: No se describieron lesiones vertebrales propiamente tales.

El estudio electrocardiográfico fue normal. El recuento de ingreso mos-

tró una anemia de intensidad media de tipo normocrómico, con 3.200.000 eritrocitos y 9,64 grms. Hgb. por ciento. La cantidad total de glóbulos blancos fue de 6.100, nuevamente sin alteraciones significativa en la distribución proporcional. El examen de orina y heces fue negativo así como también las aglutinaciones febriles. Se practicaron pruebas de ictericia las cuales mostraron una discreta elevación de la bilirrubina total (1.4 mg. %) con elevación aún más acentuada de la bilirrubina directa (0.6 mgs. %). La cifra de colesterol fue normal (136 mgrs. %), pero se encontró un franco aumento de la fosfatasa alcalina (15 unidades Bodansky). Las floculaciones fueron negativas. La determinación de amilasas en sangre fue de 90 unidades para el método de Somogy y la investigación de sangre oculta en heces fue positiva (*).

Se hizo una determinación de protrombina de Quick la cual apareció espontáneamente en 32 por ciento. Un recuento de plaquetas mostró 280.000 por mm. cúbico. Un recuento anterior mostró mayor disminución de su cantidad de eritrocitos, alcanzando una cifra de 2.970.000 por mm. cúbico con 7.61 grms. de Hgb. por ciento, por lo que se hizo necesario el hacer varias transfusiones hasta llevar nuevamente el recuento a 10 grms. de Hgb. La fórmula blanca en esta oportunidad siguió mostrando una leucopenia (5.700), 59 segmentados, 32 linfocitos y 9 monocitos. Los controles de los exámenes anteriores seguían apareciendo dentro de límites semejantes y únicamente persistía una discreta ictericia de 1.4 mgrs. por ciento y fosfatasa alcalina moderadamente elevada ya que los controles oscilaron entre 12 y 15 unidades Bodansky.

Durante su estada en el Servicio solamente en dos oportunidades hubo deposiciones con aspecto de melena.

Los controles de peso practicados demostraron que a esta altura el paciente había perdido 12 Kgs. de peso. Los controles de temperatura mostraron que al ingreso el paciente fue febril de 39°C. y permaneció en estas condiciones durante cinco días; habiéndose comenzado el suministro de Cloromycetina, la fiebre cayó rápidamente en el plazo de 48 horas hasta hacerse afebril por lo que se suspendió el antibiótico reapareciendo nuevamente la fiebre en el plazo de 4 días. Nuevamente se inició el suministro de antibiótico, observándose un nuevo descenso febril cuatro días después, para hacerse en este momento intermitente, con grandes ascensos y descensos alcanzando el aspecto de fiebre de campanario.

Se decidió su traslado al Servicio de Cirugía para practicar una laparotomía y en los 15 días que permaneció en este Servicio el paciente corrió una fiebre permanente de más o menos 39°C. con moderadas remisiones que fue agravando rápidamente su condición general hasta el punto que se hizo imposible practicar el procedimiento quirúrgico y sin experimentar mayores variaciones significativas hasta que falleció cuatro semanas después de haber sido hospitalizado en esta última oportunidad.

Fue enviado a Anatomía Patológica con el diagnóstico final de:

- 1) Probable Carcinoma del Páncreas.
- 2) Sangramiento digestivo por invasión Duodenal Secundaria.

DR. GUIDO MIRANDA G.

DISCUSSION

DR. MONTALTO: Parece claro que este paciente tuvo siempre un estado infeccioso cuya etiología no se estableció. Su consulta por obesidad que motivó la penúltima hospitalización tal vez no fue sólo por obesidad, sino porque el paciente no se sentía bien y al momento de venir a la Policlínica lo que más llamó la atención fue su condición de obeso.

DR. ESTEBAN LÓPEZ: Cuando el paciente fue trasladado a Cirugía el problema clínico era el de una ictericia obstructiva febril, pero el compromiso progresivo del estado general no nos permitió la exploración quirúrgica. La hipótesis más probable era la de carcinoma de la cabeza del páncreas.

DR. RAFAEL COTO: No parece haber fundamento clínico ni radiológico para sostener el diagnóstico de carcinoma de la cabeza del páncreas, sin embargo, hay un cuadro de evolución lenta que compromete el estado general, se acompaña de fiebre, anemia y finalmente de ictericia; podría existir un tumor maligno intraabdominal cuya localización no se precisó.

DR. GUIDO MIRANDA: La idea de tumor maligno que pudiera comprimir las vías biliares no es mala incluso podría tratarse de metástasis en los ganglios del hilio hepático, y en este sentido hasta puede suponerse que haya un Hodgkin o linfosarcoma. La ictericia sería entonces por compresión del colédoco. La evolución del paciente en los últimos días no permitió precisar más el diagnóstico.

RESUMEN DE LA AUTOPSIA

DR. R. CESPEDES F. — PROTOCOLO 177 — SEGURO SOCIAL

Cadáver obeso pálido icterico. Aorta ateroma mediano.
Ganglios paratraqueales, mediastínicos y lumboaórticos. Aumentados de volumen, tumefactos.

Cavidad Torácica: Pequeñas zonas de esplenización en ambos pulmones.
Ateroma coronario mediano.

Cavidad Abdominal: Mucosas difusamente hiperémicas. Hígado 2095 g. aumentado de consistencia, finamente granular con pequeños puntitos blanquecinos. Bazo 649 g. con múltiples nódulos blanco amarillentos aspecto de salame.

Examen Histológico: Hígado, bazo y ganglios: granuloma maligno de Hodgkin que infiltra difusamente.

Diagnóstico Anatómo Patológico: Enfermedad de Hodgkin con invasión del hígado, bazo y ganglios linfáticos, ictericia.

Ateroma aórtico coronario y renal.

Obesidad.

Bronconeumonía discreta.

Causa de muerte: Enfermedad de Hodgkin.

La ictericia se explica por compresión de las vías biliares intrahepáticas por el granuloma que infiltra difusamente. El sangramiento digestivo es difuso y se debió seguramente a insuficiencia hepática.