



## ***Sesión clínico-patológica del Departamento de Medicina de la Universidad de la Habana***

*Esta Reunión se celebra de modo rotatorio en los Hospitales Docentes "General Calixto García", "Nacional", Clínico Quirúrgico "Joaquín Albarrán" y "Cmde. Manuel Fajardo" todos los jueves de 3 a 6 p.m. Intervienen en la misma los Profesores del Departamento de Medicina, Cuerpo Médico de los Hospitales respectivos, así como todos los Residentes e Internos de Medicina.*

***Reunión celebrada en el Hospital Docente General Calixto García, el 17 de Enero de 1963***

Discusión a cargo del DR. ANTONIO SENTÍ PAREDES Moderador: DR. ANTONIO SAN MARTÍN MARICHAL

**Paciente:** M.C.H. **Edad:** 46 años. **Casada.**  
**Raza:** N.  
**ler. Ingreso:** Mayo 10 de 1961.  
**M.E.A-:** La paciente refirió que seis meses antes de su ingreso, y con historia de buena salud anterior, comenzó a sentir dolor difuso en todo el abdomen, de poca intensidad y acompañado de náuseas. Un mes antes de su ingreso, notó secreción amarillenta, fétida procedente de sus genitales y que, según ella, parecía agua, durándole 15 días. Consultó a un facultativo, que le indicó lavados vaginales con ácido bórico, que no le aliviaron. Al persistir tanto el dolor

como la secreción vaginal, decide ingresar en este Hospital.

**I. P.A.:** A.R., tos y expectoración.

**A.C.** Palpitaciones. Cefaleas constantes.

**A.D.—**Pirosis- Cólicos abdominales y náuseas. Diarreas amarillas, pastosas y fétidas, que alternan con constipación.

**G.U.:** Disuria. La secreción vaginal señalada.

**Ginecológico:** Ultima regla, hace 8 meses.

**F.M.** 4/30.

**Embarazos:** 5 **Partos:** 5 fisiológicos.

**Leucorrea.**

**Otros datos:** Astenia, anorexia, pérdida de peso no precisada.

A.P.P.: Sarampión, parotiditis, rubéola, varicela, ictericia.

A.P.F.: Padre muerto del corazón. Madre: muerta del corazón, y diabetes. Hijos: 5, vivos y sanos.

Género de vida: Ordenado. Alimentación: regular. Vivienda mala.

Examen físico general: Enferma nor- molínea que deambula sin dificultad y que no guarda decúbito obligado.

Piel propia de su edad, sexo y raza.

Mucosas: normocoloreadas.

T.C.S.: no infiltrado. Panículo adiposo : disminuido.

S.O.M.A.: n/s Temperatura: 37.5°

Regional y por aparatos: cabeza: cráneo: n/s.

Cara: ojo derecho: queratitis.

Cuello: n/s-

Aparato respiratorio: Negativo.

Aparato circulatorio: Ruidos cardíacos normales. Taquicardia.

T.A.: 125 y 80. Pulso: 120 por minuto.

Digestivo: Boca: sepsis oral. Ilalitis. Faltan varias piezas y las que quedan están en mal estado.

Hígado: rebasa unos dos traveses de dedo el reborde costal, es liso y muy discretamente doloroso.

Aparato urinario: n/s.

Ginecológico: Cervicitis. Tumoración en el Douglas.

Hemolinfopoyético: Microadenopatías axilares y supraclaviculares bilaterales. Bazo: no palpable ni percutible.

Sistema nervioso: n/s.

Exámenes complementarios: Hemo- grama: 3.840,000 hematíes. 64% de lib- 9.6 g. 7,000 leucocitos, 76 seg-, 5 stab., 13 linfo, 6 mono. Hematocrito: 36%; urea: 24; glicemia: 87. Cardioplipina y Kahn: negativas. Heces fecales: negativo. Orina: vestigios marcados de albúmina. Leucocitos: numerosos. Colesterol: 138. Takata-Ara: negativo. Hanger: x Turbidez del timol: 1.5 U. Aclaramiento del timol: negativo. Tiempo de protrombina: 14 segundos.

Concentración: 75%. Telecardiograma: Diámetros cardioaórticos dentro de límites normales- No se observan signos de lesión pleu- ropulmonar.

Electrocardiograma: Sugiere alteraciones miocárdicas ventriculares isquémicas. Arritmia sinusal.

Laparoscopia.

Hígado: Aumentado de tamaño, de superficie lisa, con grandes áreas de perihepatitis sobre todo en el lóbulo derecho. Discretas adherencias a ese nivel.

Vesícula: De color blanco mate.

Bazo: rodeado de múltiples adherencias.

A nivel del hemiabdomen inferior se encuentra gran cantidad de adherencias que impiden la visualización de esa zona del abdomen.

*Conclusiones:* Perihepatitis marcada en un hígado liso. Múltiples adherencias en el abdomen.

Biopsia hepática: Hígado dentro de límites normales.

Permaneció 12 días ingresada en el Hospital, siendo tratada con Estrepto- Penicilina, Meprobamato y lavados vaginales. En este tiempo, su estado general mejoró, ganó de apetito y de peso y la leucorrea disminuyó.

Reingresó en este Hospital el 21 de marzo de 1962. Relató que no había seguido el tratamiento que le habían impuesto a su egreso, habiendo continuado en buenas condiciones hasta 2 meses antes cuando se reinstaló la misma sintomatología. Es decir, dolores abdominales difusos y leucorrea fétida.

El examen físico en esta ocasión no mostró cambios de importancia. Los exámenes practicados en esta ocasión mostraron lo siguiente: Hemograma:

4.280,0 hematíes, 78% de Hb-, 11.7 g-, 39% de hematocrito, 6,200 leucocitos,

1 estab-, 63 seg-, 33 linfo., 3 mono-, eritro.: 74,

glicemia 88, urea 30. Serología: negativa. Heces fecales: negativa. Orina: bacterias abundantes. Tiempo de pro- trombina: Concentración: 95%; repetido; 100%.

Nueva laparoscopia:

Higado: Con marcada perihepatitis no generalizada.

Vesícula: De aspecto normal.

Bazo: Aumentado de tamaño con periesplenitis.

En el resto del abdomen: múltiples adherencias que inclusive bloquea el hemiabdomen inferior.

*Conclusiones:* perivisceritis interna, con perihepatitis y periesplenitis, de causa indeterminada, posiblemente secundaria a una metroanexitis antigua.

El 30 de Agosto de 1962, reingresa en este Hospital, relatando dolor fuerte en hipogastrio que se le irradiaba al periné, de algunos meses de evolución, acompañado de secreción vaginal muy abundante de color amarillento y fétida, así como de fiebre de 38°. El examen físico, mostró esplenomegalia perceptible. En el tacto vaginal, doloroso, se apreció que el cuello no se movilizaba bien del lado derecho, así como dolor en el fondo de saco de Douglas-Especulum: vagina lisa y de color blanquecino. Cuello erosionado y con nodulos de aspecto de pólipos. Leucorrea. El resto del examen no mostró variación con los realizados en ocasiones anteriores.

Exámenes practicados en esta ocasión: Hemograma: 3.740,000 hematías, hematocrito: 74%, leucocitos: 15,000, stab 5, segmentados: 80, linfo: 14, y mono: 1. Duke: 1% minutos. Lee-White: 6 minutos.

Orina: Albúmina: XXX, leucocitos: abundantes. Epitelio plano abundante. Heces fecales: negativo.

Biopsia de cuello uterino: La mucosa muestra en una zona, alteraciones de

polaridad con pleomorfismo e hiperplasia de las células correspondientes al través de todo el espesor de la mucosa, representando ésta un área de carcinoma in situ. No hay evidencia de erosión en los cortes. Gran infiltración de células inflamatorias crónicas y algunos polimorfonucleares. Zonas de necrosis. Esta biopsia demuestra solamente el área "Carcinoma in situ", sin evidencia de invasión. Pudiera haber sido tomado de la vecindad de un carcinoma, pero no aparece en estas secciones.

*Conclusiones:* 1º Carcinoma in situ del cérvix.

2º Cervicitis crónica con erosión marcada.

3º Cervicitis aguda-

Radiografía de tórax: Reforzamiento de la trama pulmonar. Tractus fibrosos a nivel de la región infraclavicular derecha.

Se practicó una intervención quirúrgica.

DR. ANTONIO SENTÍ PAREDES

Estamos frente a una enferma de la raza negra de 46 años de edad, que ingresó en el Hospital Calixto García, el 10 de mayo de 1961 con una sintomatología de dolor abdominal difuso, fiebre, la cual no precisa la historia clínica y la presencia sobre todo de una leucorrea amarillenta y que después la enferma manifestó que era de aspecto acuoso, en aquella ocasión. Se le puso un tratamiento persistiendo la sintomatología, por lo que ingresa. En el interrogatorio se precisan unos datos desde el punto de vista general como astenia, anorexia, pérdida de peso. En los antecedentes patológicos personales llama la atención las enfermedades propias corrientes y una ictericia con una interrogación la cual tampoco se precisa en la historia clínica.

Desde el punto de vista del examen físico llama la atención un hígado que rebasa uno o dos traveses de dedo, blando y algo sensible y al examen del sistema hemolinfo-poyético unas microadenopatías pequeñas axilares y en ambas fosas supraclaviculares; en el examen ginecológico llama la atención una tumoración dura que tampoco es precisada con respecto a otros caracteres, simplemente escueta y lacónicamente tumoración en el Douglas.

Desde el punto de vista sindrómico en esta paciente podemos considerar varios síndromes, indiscutiblemente saltan a la vista dos rápidamente: un síndrome ginecológico y un síndrome digestivo, además un síndrome general y un síndrome adénico; en el síndrome ginecológico llama la atención la leucorrea con la característica de ser amarillenta, fétida, no hay otros datos, no se sabe si hay sangre o no y la tumoración en el Douglas que ya ustedes han oído sin ningún otro detalle. Desde el punto de vista del síndrome digestivo, hay dolor abdominal difuso, tampoco sin precisar características si es de tipo cólico o no; náuseas y unas deposiciones diarreicas tampoco detallado en la historia clínica, en relación con sus caracteres particulares, si son esporádicas, si son continuas o si son intermitentes. Desde el punto de vista del examen físico, en el aparato digestivo se constata una hepatomegalia de dos traveses de dedo con las características señaladas. Desde el punto de vista del síndrome general: astenia, anorexia, pérdida de peso y una fiebre no precisada y desde el punto de vista del síndrome adénico unas adenopatías pequeñas en ambas axilas y en fosas supraclaviculares.

Indiscutiblemente que podemos analizar nuestro caso en dos etapas, en una etapa prelaparoscópica y una etapa postlaparoscópica ya que la laparoscopia

indiscutiblemente nos muestra una serie de datos que nos llevan por la mano en cierto sentido a plantear algunas posibilidades diagnósticas. Antes de la laparoscopia, cuando uno lee la historia, con los datos que faltan en la descripción de la sintomatología subjetiva sobre todo, tenemos la presencia de un dolor abdominal difuso con antecedentes de diarreas alternando con constipación, fiebre y con los caracteres del hígado ya reportados, rápidamente nos pasa por la mente el diagnóstico posible de una colitis amebiana, una colitis parasitaria haciendo una localización extraintestinal, una hepatitis amebiana difusa o un absceso hepático, claro está que los caracteres del dolor en sí niegan bastante esta posibilidad o sea no es un dolor intenso, no localizado al hipocondrio derecho, los caracteres de la fiebre tampoco son evidentes; por otro lado el examen de heces fecales es negativo, además los exámenes evolutivos que se hacen en esta paciente, nos permiten descartar esa posibilidad.

Siendo nuestro diagnóstico en esta primera oportunidad la de un hidro o piosplinx asociado a una metroanexitis. La segunda posibilidad diagnóstica que ya surge después de la laparoscopia la cual demuestra de una manera fehaciente una peritonitis plástica tanto en el hemiabdomen superior como en el hemiabdomen inferior. Pensamos que sea todo esto secundario a una metroanexitis no específica, que nos está dando todo este proceso plástico generalizado con más evidencia en el hemiabdomen inferior lógicamente, pero hay otra posibilidad diagnóstica que realmente viene a la mente y por la cual pudiéramos explicarnos por lo menos, la mayor parte de la sintomatología que tiene esta paciente, y es que puede ser portadora de una peritonitis plástica, pero específica, de tipo tuberculosa con participa-

ción hepatoesplénica, siendo su punto de origen ginecológico, realmente la tuberculosis desde el punto de vista genital es relativamente frecuente. Cuando revisamos algunas estadísticas, encontramos que el 97.5 por ciento de la tuberculosis genital en la mujer asienta en la trompa el 58.5 en el endometrio y un 37 a un 38 por ciento en el ovario, realmente esta posibilidad es la que más puede explicar los síntomas generales, los síntomas digestivos y las manifestaciones ginecológicas de la paciente. No obstante el exudado vaginal por ejemplo, no lo encontramos precisamente para buscar bacilo de Koch y el otro examen que se debió haber hecho en este caso es una biopsia de endometrio con coloración específica buscando las lesiones tuberculosas. La otra posibilidad, injertada concomitantemente, ya que como hemos leído todos, hay una biopsia de cuello donde demuestra una serie de cambios inflamatorios de tipo crónico, el patólogo hace además el diagnóstico de carcinoma "insitu". La verdad es que esa posibilidad no la podemos dejar pasar, porque nos la han señalado y creo que esto motivó la intervención quirúrgica de la paciente. De todas maneras en resumen, las posibilidades diagnósticas que nos gustan en este caso son: 1º tuberculosis genital dando una peritonitis plástica en el hemiabdomen inferior predominantemente y generalizada después con participación hepatoesplénica y 2º carcinoma "in situ" del cuello uterino.

MODERADOR: Al ser presentado el caso en la Sala, el Dr. Enríquez hizo el siguiente resumen: impresión diagnóstica, síndrome general constituido por fiebre, pérdida de peso, astenia; síndrome cardiovascular constituido por palpitaciones y taquicardia, temblores, síndrome digestivo, diarreas, dolor difuso abdominal especialmente en hipogastrio, hepatomegalia lisa no dolorosa; síndrome ginecológico constituido por leucorrea.

En el orden nosológico se plantea la posibilidad de una neoplasia ginecológica con metástasis hepática, la cual fué descartada inmediatamente por el examen ginecológico, otro planteamiento es el de una infección ginecológica, metroanexitis, añadiéndose un hipertiroidismo. Se esperan como es natural los exámenes complementarios para el diagnóstico definitivo.

Vistos todos los resultados endoscópicos queda definitivamente descartada la posibilidad de una neoplasia ginecológica con metástasis hepática, confirmándose el diagnóstico de metroanexitis con perivisceritis, no abordándose en ese momento su verdadera etiología.

El diagnóstico al cerrar la hoja clínica al ser dada de alta en su primer ingreso fue el de metroanexitis con peritonitis crónica plástica y perivisceritis.

En esta enferma se tomó biopsia de endometrio inclusive para precisar la etiología tuberculosa y que en aquel momento no apareció.

Se practicó después biopsia de cuello uterino en el Servicio del Profesor García Gutiérrez, con los informes que ustedes oyeron del estudio histopatológico de carcinoma in situ, decidiendo por lo tanto intervenir a la paciente, practicándole una laparotomía, los hallazgos le hicieron reclamar la presencia del patólogo en el salón, e hizo una biopsia por congelación y después de conocer sus resultados procedió a hacer una histerectomía total.

Para comentar el resultado de esa biopsia de congelación, en el examen histológico de las piezas operatorias le cedo la palabra al profesor Gómez Barry.

Dr. GÓMEZ BARRY.—El Departamento de Anatomía Patológica estudió, como dice la historia clínica, una primera biopsia en la cual se diagnosticó un carcinoma in situ de cuello uterino. Posteriormente se hizo el estudio por congelación a que se ha referido el compañero San Martín y finalmente el estudio de la pieza operatoria que confirma aquél. Se trata de una tuberculosis genital.

En esta primera fotografía se muestra el aspecto macroscópico del útero y los anejos. El primero, que presentaba dimensiones dentro de límites normales y exteriormente un aspecto normal, excepto por una moderada congestión de la serosa a nivel del cuerpo y alrededor del orificio externo del cérvix, aparece seccionado sagitalmente, observándose a nivel de la superficie de sección que, a partir de la zona inmediata al referido orificio cervical externo, la mucosa endocervical y luego la endometrial aparecen irregulares, como mamelonadas, de tal manera que la cavidad uterina, que normalmente tiene en una sección como ésta una disposición rectilínea se ve anfractuosa; a nivel del istmo existe una zona de alteración, blanda y algo friable en forma de cuña que penetra profundamente en el miometrio. Las trompas aparecen congestivas, con adherencias fibrosas y algo arrolladas sobre sí mismas, extendiéndose las adherencias al ovario que aparece en la fotografía abierto en forma de libro, conservando en la parte superior sus detalles estructurales, en tanto que en la inferior se observa una zona blanquecino-amarillenta homogénea de contornos irregulares y de 1 cm. de diámetro aproximadamente.

En la segunda fotografía se aprecian, a pequeño aumento, varias formaciones

granulomatosas aisladas a nivel de la mucosa endocervical, compuestas por áreas de células epitelioides, incluyendo algunas células gigantes de tipo Langhans, rodeadas por un exudado linfocitario y una tina de ellas, por lo menos, en un pequeño foco de necrosis caseosa. En la fotografía siguiente se observa un aspecto semejante, pero con un proceso algo más intenso que corresponde a la zona señalada del istmo, siendo aquí los folículos más amplios con mayor necrosis caseosa y algunos confluentes.

Esta próxima fotografía muestra también la presencia de la inflamación granulomatosa a nivel del endometrio. Y también esta otra, distinguiéndose los mismos elementos mencionados y una glándula endometrial en fase secretoria que da idea de la localización. Algunos focos de caseosis en medio de los granulomas se perciben netamente.

El siguiente es un aspecto de una sección de la trompa a pequeño aumento donde se aprecian formaciones tuberculosas típicas en el eje de los pliegues tubarios distendiéndolos y provocando en algunos sitios ulceración de la mucosa. Algunos pliegues aparecen soldados entre sí. A nivel de la capa muscular no se detectaron folículos tuberculosos y sí a nivel de algunas zonas de la serosa. En la siguiente vista, a mayor aumento, se reconocen todos los elementos que ya hemos visto repetidamente del granuloma tuberculoso.

Finalmente, en las siguientes dos fotografías se demuestra la afectación del ovario por el proceso. También aquí se ven los folículos aislados o coalescentes en su foco de necrosis caseosa, su zona de células epitelioides, las células gigantes tipo Langhans y finalmente su corona de linfocitos. En un extremo se observa una pequeña zona de la cortical del ovario identificable.

En secciones de las distintas zonas se practicaron coloraciones especiales, en particular la de Ziehl-Nelsen para bacilos tuberculosos, detectándose la presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes.

En resumen, se trata, como dijimos, de un caso de tuberculosis genital con afectación del endocérnix, endometrio, trompa y ovarios.

La tuberculosis genital en la mujer es hoy un hallazgo relativamente raro. Lo más frecuente es la producción de una salpingitis tuberculosa generalmente por una extensión hematógena, aunque se reconocen las posibilidades linfática, de extensión directa a partir de una peritonitis de la misma causa y hasta una forma primaria o ascendente a través del tracto genital inferior como sostienen algunos autores. Su incidencia comparativamente a otros tipos de infecciones de las vías genitales varía entre un 3 y un 11.5%, ocurriendo mayormente en la mujer adulta joven. La tuberculosis uterina lo más frecuentemente se considera extensión de la salpingitis, aunque algunos aceptan la extensión linfática o hematógena y la extensión

directa desde otras estructuras adyacentes. Está presente en el 3 a 76% de los casos de tuberculosis del tracto genital. La tuberculosis del ovario es rara.

En lo que al carcinoma in situ diagnosticado por una biopsia previa se refiere, quedaba sólo una pequeña zona de él, luego de practicada aquella, es decir, que su mayor parte quedó incluido en la referida biopsia. No obstante, se constató aún una hiperplasia de la basal del epitelio y pequeñas áreas con la pérdida de la polaridad, la discariosis y la presencia de algunas mitosis, propias del carcinoma in situ. Como dato adicional se comprobó en el miometrio la presencia de una endometriosis interna.

MODERADO R. —¿Algún compañero quiere hacer alguna alusión al caso? Entonces solo nos resta felicitar al compañero Sentí Paredes, darle las gracias por su cooperación e invitarlos para la próxima sesión anatómico-clínica del Departamento de Medicina que se celebrará el próximo jueves a la misma hora en el Hospital Nacional.