

HODGKIN PELVICO

Doctor Guillermo López Escobar

Jefe de Clínica Ginecológica de la Universidad Nacional.

Presentado a la Sociedad Lombana Barreneche, el 4 de septiembre de 1949.

M. R. (Historia Clínica número 47-353 del Servicio de Ginecología del Hospital de San Juan de Dios). Natural de La Palma. Vive en Bogotá. Llega al Hospital el 25 de julio de 1949, quejándose de:

Dolor en la fosa Iliaca izquierda.

Antecedentes familiares: Sin importancia.

Antecedentes patológicos: Gripas frecuentes. Sinusitis frontal. Síncopes cardíacos? que no precisa.

Antecedentes quirúrgicos y traumáticos: negativos.

Antecedentes tóxicos: Bebe cerveza y guarapo frecuentemente.

Antecedentes ginecológicos: Menarquia: 14 — Ciclo 30:3. Sus menstruaciones en un comienzo eran dolorosas y abundantes durándole seis días, pero desde que vino a Bogotá (hace 4 meses) duran tan sólo tres.

Hace cuatro meses que sufre de un flujo blanco, fétido. Historia sexual y matrimonial sin importancia.

Antecedentes obstétricos: Gravida: IV, para IV, último hijo hace siete años.

Enfermedad actual: Desde hace unos cuatro meses comenzó a notar dolor y endurecimiento de la fosa iliaca izquierda, habiendo aumentado los dolores y el tamaño del tumor especialmente en los dos últimos meses. Es una constipada crónica y últimamente ha tenido flujo blanco fétido, poliaquiuria y disuria.

Al examen físico se encontraba: una mujer de 34 años, bien constituida, en buen estado general. Cabeza y cráneo negativos. Cuello: no se palpaban masas ni ganglios indurados. Mamas normales. Ruidos cardíacos: el primer tono aórtico reforzado.

Pulso regular 80 por minuto. T. A. 110/65. Tórax y extremidades por lo demás negativas.

A la palpación del Abdomen se percibía en la fosa iliaca izquierda una masa dura, alargada de unos 8 centímetros de longitud, fija, adherida a la pelvis y dolorosa. Por dentro de ella se encontraba otra masa pequeña, redondeada, menos fija, pero también dura y dolorosa y de unos 3-4 centímetros de diámetro.

Al examen ginecológico: Genitales externos negativos excepto por ligera relajación perineal y cistocele de 1º Espéculo: Cuello erosionado, flujo

mucoso. T. V.: Cuello y cuerpo de consistencia normal, móviles, regulares. El cuerpo ligeramente aumentado de tamaño. En el anexo derecho se palpaba el ovario. Sobre la región anexial izquierda se tocaba una masa alargada de unos 10 x 4 centímetros, que correspondía a la encontrata a la palpación abdominal, fija a la pared pélvica, que no seguía los movimientos del cuello ni hacia conexión con el cuerpo del útero aun cuando era posible tocar la trompa izquierda saliendo del útero y dirigiéndose hacia la masa en cuestión. El T. R. confirmaba lo anterior, no había estrechez de la luz rectal.

Los exámenes de Laboratorio practicados al ingreso de la enferma al Servicio dieron los siguientes resultados:

Cuadro Hemático: Hematíes: 4.160.000. H. B.: 80%. V. Globular: 0,98. Leucocitos: 9.400. De los cuales 80% de segmentados neutrófilos, 2% de Eosinófilos y 18% de Linfocitos pequeños.

Sedimentación: A la media hora: 33 mm. A la hora: 65 mm.

Uronalisis: Albúmina y Glucosa: Negativo.

Sedimento: Leucocitos - - -. Células de descamación: - - -.

Azohemia: 0,36 gms. por 1.000. Gli-cemia: 0,82 gms. por 1.000.

Ex. Coprológico: H. de Ascaris: +-. De Anquilostomideos: - -. De tricocé-falo: +.

Un enema baritado mostraba que el medio de contraste ascendía normalmente por todo el grueso desde su terminación hasta la valvula ileocecal y que la masa de la fosa iliaca izquierda, era completamente extracólica.

Todos los datos mencionados hicieron que como diagnóstico de impresión anotáramos: "Masa intraligamentaria izquierda inflamatoria? o tumoral?". Es decir: Parecía tratarse de una de aquellas celulitis viejas que a menudo alcanzan una dureza extraordinaria, intraligamentaria puesto que, podíamos palpar la trompa aislada de ella, por la fijeza, etc.; localizada hacia la base del ligamento ancho en su parte externa ya que adhiriéndose a la pared permitía al útero una movilidad normal. A pesar de esto los mismos caracteres no nos dejaban excluir una lesión tumoral ya ósea, por la dureza, ya conjuntiva de vecindad, pero ninguna nos encuadraba perfectamente dentro del caso.

La sedimentación acelerada y el hecho de que a poco de llegada la enferma al Hospital hiciera dos alzas térmicas de 38,2° C., nos decidieron a tratarla médicamente por un tiempo con antibióticos, vacunas y diatermia, y naturalmente le dimos vermífugos para disminuir su parasitismo.

A mediados de agosto, la sedimentación había disminuido; 15 y 25 mm. a la media y a la hora respectivamente, pero la masa continuaba extremadamente dolorosa al tacto y sumamente adherida. Prolongamos el tratamiento, a pesar del cual, la enferma en cinco ocasiones tuvo 38,5° 38,2° C. de temperatura, y como la masa continuara prácticamente en el mismo estado del día de admisión resolvimos intervenir quirúrgicamente el 19 de septiembre del 49. Así pues, le practicamos una laparotomía infraumbilical media, encon-

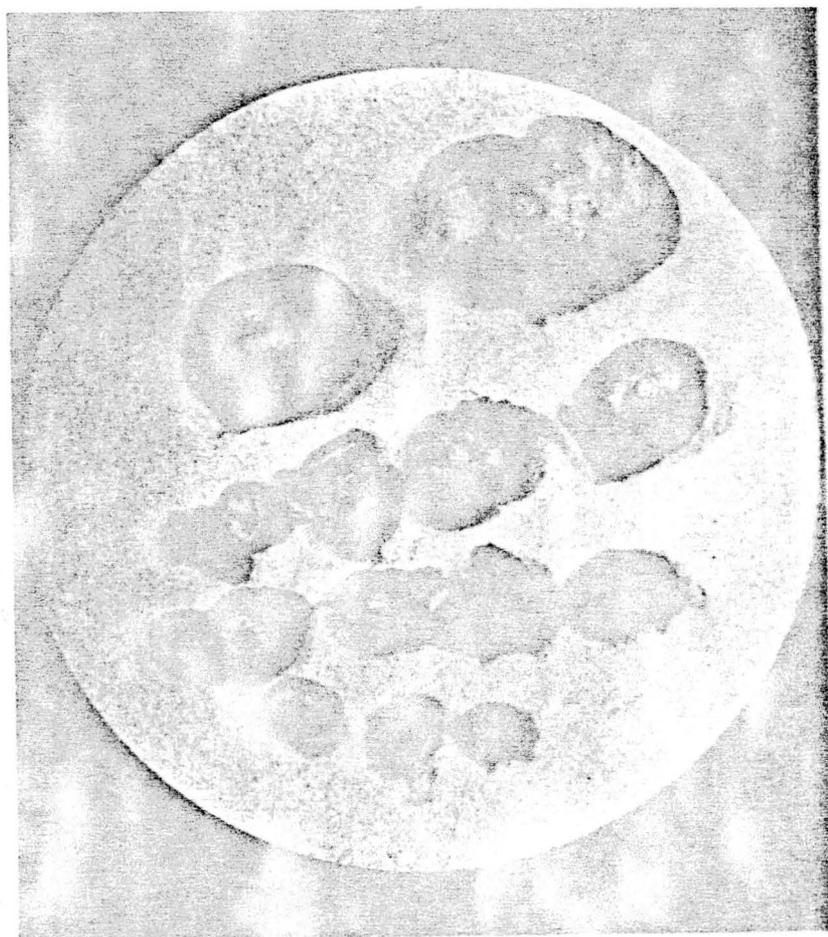


Figura 1.
LAS MASAS TUMORALES

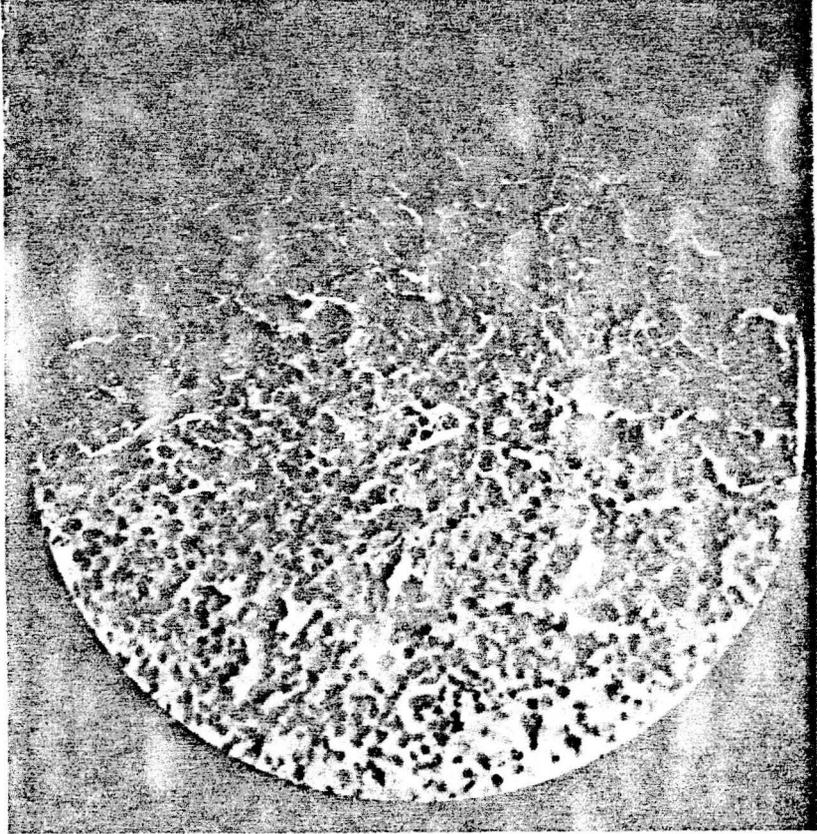


Figura 2.

CUADRO HISTOLOGICO DE LAS PIEZAS

trando en la base del ligamento ancho izquierdo una masa ovalar de unos 6 centímetros de diámetro mayor, de consistencia firme, y adherida a la pared pélvica. A continuación de ésta hacia arriba, se encontraron otras masitas, similares a la anterior pero de un menor tamaño, que llegaban casi hasta el diafragma.

La fácil dificultad con que tales masas fueron extirpadas es un tanto paradójica. Imagínese el cirujano lector la satisfacción vanidosa del operador durante el acto quirúrgico, al ir extirpando con éxito, a través de una incisión intraligamentaria, casi a ciegas y con pura disección digital, todas estas masas que estaban en conexión íntima con vasos ilíacos, uréter, plejos nerviosos, aorta, etc., sin haber lesionado ninguna de tan importantes estructuras. El resultado histopatológico nos hizo comprender más tarde que tal satisfacción era un tanto pretenciosa, pues eran los caracteres histológicos mismos de la lesión los que habían hecho posible la extirpación de ella; antes bien, esta "difícil facilidad" de extirpación ha debido hacernos sospechar la entidad con que tratábamos, ya que, se hubiera tratado de un Linfomasarcoma verdadero o de un Neurofibroma, como supusimos durante el acto quirúrgico, tal vez no hubiera sido posible extirparlos en la misma forma.

El estudio anatomopatológico de las piezas reveló la típica estructura de una enfermedad de Hodgkin.

He creído interesante publicar el presente caso por la rarísima atipicidad del cuadro clínico de un Hodg-

kin, estrictamente localizado, aparentemente, a la pelvis. Esta enfermedad no presentaba adenopatías palpables en ninguna otra parte del cuerpo. No había tenido sintomatología pruriginosa alguna y aparte de una piel un tanto morena no mostraba nada dermatológico que llamara la atención. En el cuadro hemático apenas si había una ligera anemia, pero no se encontraba eosinofilia, ni monocitos aumentados, ni células plasmáticas, tan sólo un ligero aumento de leucocitos: 9.400. El examen radiológico del tórax practicado en el Instituto de Radium, inmediatamente después de que conocimos el diagnóstico, era negativo, no había ganglios hipertrofiados en el mediastino. Por otra parte bien sabido es (1) (2) que el Hodgkin ocurre en proporción, dos a tres veces más frecuentemente en el hombre que en la mujer. Quedaban pues, sólo dos elementos diagnósticos: La fiebre y la adenopatía pélvica misma, sobre los que quiero extenderme un poco más.

Byfield (1) afirma: "Tan pequeña proporción de casos aparecen bajo observación durante el periodo latente que existe poca información respecto a como se comporta la temperatura". Sin embargo, parece que la fiebre, de grado moderado, no sigue una curva definida y en el caso común no asume una posición lo suficientemente importante. Longscope y Mc Alpin (3) anotan: La fiebre varía considerablemente, a veces es continua y regular, en otras muestra amplias variaciones diarias. Tal vez, la forma más característica es la descrita por Pel y Ebstein (3) en la que después de un periodo afebril de

semanas o meses, repentinamente sube la temperatura y permanece alta por varios días o semanas para retroceder de nuevo a la normal. Nuestra enferma nunca presentó más de 3 a 4 días seguidos, de una pequeña fiebre de 38,2° C. y en total sólo hubo siete días febriles durante un período de observación de dos meses.

En cuanto a la localización pélvica Hodgkiniana, precisamente en agosto de 1949, Lovelady y Dockerty (4) de la Mayo publicaban un extenso trabajo sobre "Tumores Pélvicos Extragenitales", que cubría un período de 38 años y en el que presentaban 127 casos de tales tumores ocurridos en la Clínica, sin mencionar siquiera la enfermedad de Hodgkin. Dichos autores al comienzo de su trabajo, hacen un rápido repaso de la literatura existente sobre el tema y allí tampoco aparece el nombre de Hodgkin por ninguna parte. Ciertamente es, que en la discusión suscitada en la reunión de la Asociación Central de Ginecólogos y Obstetras de los Estados Unidos, donde fue leído el artículo en cuestión, Kennedy de Detroit hace referencia a dos interesantes casos de Hodgkin encontrados en su práctica.

Como para resaltar aún más, la rareza de la localización exclusiva aislada de nuestro caso observemos que los libros de Cecil (5), Novak (6), Wharton (7), y varios otros consultados no anotan tal posibilidad. Glenn Craig (8), en su capítulo sobre "Tumores del Ligamento Ancho" aunque habla del Sarcoma, el Angioma, etc., no nombra la enfermedad de Hodgkin. Sin embargo, Chevallier (2), en su obra afirma que el

Hodgkin, no siempre comienza por adenopatías externas y que los tumores profundos adenopáticos o viscerales no son raros y Kracke (9) dice: Que la enfermedad puede comenzar y permanecer localizada a los ganglios mesentéricos o retroperitoneales por un largo tiempo sin crecimiento notable, a más de que Symmers (10), en observaciones de autopsias ha comprobado que los ganglios abdominales y torácicos estaban invadidos en un mayor número de casos que los cervicales. Por esto, a pesar de la rareza del cuadro clínico de tumoración aislada de nuestra enferma, el ginecólogo debe recordar la posibilidad de la enfermedad que nos ocupa.

Para terminar relatemos que esta enferma fue trasladada al Instituto de Radium para su tratamiento roengenterápico. A los diez días de operada, la paciente notó la presencia de un pequeño tumor en la región inguinal izquierda, era la primera adenopatía periférica que presentaba. El cuadro hemático tomado algunos días después ya mostraba una franca eosinofilia: 16% y presencia de algunas células plasmáticas. Esto era de esperar, como muy bien lo dice Hinton (11), la extirpación quirúrgica de las adenopatías del Hodgkin sólo sirve para hacer aparecer nuevas y más grandes.

BIBLIOGRAFIA

- 1) A. F. Byfield. Hodgkin's Disease. Tice Practice of Medicine Vol. V, Página 107, W. F. Prior Co. Inc. Ed. Hagerstown Md. 1946.

- 2) P. Chevallier et J. Bernard. **La Maladie de Hodgkin**. Masson et Cie. Ed. Paris. 1932.
- 3) Longscope and Mc Alpin. **Hodgkin's Disease**. Cecil's Text book of Medicine. Pag. 1131. Saunders Co. Ed. Philadelphia. 1948.
- 4) S. B. Lovelady and M. B. Dockerty. **Extragenital Pelvic Tumors in Women**. Am. J. Ob. Gyn. Vol 58. Número 2. Pag: 215. Ago. 1949.
- 5) Cecil. **Textbook of Medicine**. W. B. Saunders Co. Ed. Philadelphia. 1948.
- 6) E. Novak. **Textbook of Gynecology**. Williams and Wilkins Co. Ed. Baltimore. 1944.
- 7) L. R. Wharton. **Gynecology**. W. B. Saunders Co. Ed. Philadelphia. 1943.
- 8) R. Glenn Craig. **Tumors of Broad Ligament**. Lewis's Practice of Surgery. Vol. XI. Capt.: XXII. W. F. Prior Co. Inc. Ed. Hagerstown. Md. 1946.
- 9) R. R. Kracke. **Diseases of the Blood**. J. B. Lippincot and Co. Ed. Philadelphia. 1941.
- 10) Symmers D. **The Clinical Significance of the Pathological Changes in Hodgkin's Disease**. Amer. J. Med. Sci. 157-313-1924.
- 11) J. William Hinton. **The treatment of Benign and Malignant Tumor of the Mesentery and Retroperitoneal Spaces**. Pack and Livingstone Treatment of Cancer and Allied Diseases. Chapt: LXXVII. P. E. Hoeber Inc. Ed. New York. 1940.

Rogamos a todos los Obstetras y Ginecólogos del país, que nos envíen su dirección, con el fin de hacerles llegar la revista.

APARTADO NACIONAL 276 — BOGOTA