

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, América Central.

# ESCLERO-LINFANGITIS CRONICA

---

## TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA

DE LA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DE LA

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

POR

CARLOS SOZA BARILLAS

Ex-interno de los Servicios de Cirugía, Medicina y Maternidad del Hospital General. Ex-preparador del Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Medicina.

EN EL ACTO

DE SU INVESTIDURA DE

MÉDICO Y CIRUJANO



NOVIEMBRE DE 1946

TIPOGRAFÍA SÁNCHEZ & DE GUISE  
8ª Avenida Sur N° 30.

## INTRODUCCION

Al hacer el estudio de la ESCLERO-LINFANGITIS CRONICA, creo haber tratado un punto cuyo escaso estudio ofrece un campo verdaderamente interesante al estudiante y al médico nacionales. La desatención y el poco estudio de los casos así etiquetados, abandonados casi a su propio mal, es un problema que debe inquietarnos, pues debido a aquellas circunstancias, su enfermedad progresa y los tenemos en el medio social como legítimos inválidos, como seres que pesan sobre la economía nacional, además de que son un gran lunar en la misión del médico, formada de apostolado e imbuída del espíritu cristiano hacia nuestros semejantes.

Entre los puntos de estudio de nuestros programas figuran dolencias que jamás vemos en nuestra práctica cotidiana porque faltan en nuestros climas y a veces las estudiamos con detenimiento. ¿Por qué no hacerlo con nuestras propias afecciones? No. Las olvidamos a menudo y eso que las tenemos tan cerca de nosotros. Gran satisfacción sería para mí que la Facultad obligara al estudio de estos puntos y de otros más que permanecen oscuros en nuestro medio tropical.

Los enfermos que observé no se encuentran en su mayoría en los hospitales, sino que tuve que ir a buscarlos por los departamentos en distintos lugares, pues a menudo son enfermos resignados a su propia desgracia.

La Bibliografía es escasa, debido a que poco se conoce de ella y solo con la ayuda de Dios y el consejo de mis maestros pude dar por terminado este modesto trabajo.

## ESCLERO-LINFANGITIS CRONICA

### Sinonimias.

Pseudo lepra del Dr. Robles.  
Pseudo elefantiasis nostras.  
Pie punudo.  
Erisipela.  
Hispundia.

### HISTORIA

Con los nombres enumerados, científicos y vulgares se conoce una de nuestras enfermedades tropicales y descrita en nuestra literatura médica guatemalteca. No sería de afirmarse que esta enfermedad solamente existiera en Guatemala, pero sí podemos decir que en nuestro país ha sido reconocida por primera vez y debido a sus características tan especiales, es que la podríamos llamar **ESCLERO-LINFANGITIS CRONICA**. Decimos Esclero-linfangitis, porque se trata de un proceso en el cual participan los vasos linfáticos y hay marcada proliferación conjuntiva, tanto de la pared linfática que se estrecha o se obstruye, como del tejido celular subcutáneo. Crónica, porque después de un período agudo que desaparece rápidamente, pasa al estado crónico, quedando en esta forma en el resto de la vida de los enfermos.

El Dr. Rodolfo Robles fué el primero en observar estos casos y por su parecido con la lepra, (siendo entidades completamente diferentes) se le llamó Pseudo-lepra de Robles y Elefantiasis nostras, por su semejanza con esta enfermedad.

Entre el pueblo se conoce como "Pie Punudo", debido a la forma que toman los pies. Asimismo se le llama Hispundia y Erisipela, nombres que probablemente han sido dados por su sintomatología.

Como queda dicho anteriormente, esta enfermedad fué descrita por primera vez por el Dr. Robles, quien envió sus estudios a la Academia de Medicina de París, donde se publicaron en una de las revistas médicas, lo cual le valió el premio de la Academia.

Se conoce otro trabajo publicado a este respecto y es la tesis de doctoramiento en el año de 1933, del Dr. J. Ramiro Rivera A., cuyos trabajos fueron hechos bajo la dirección del mismo Dr. Robles; fuera de lo enumerado no se conoce en ningún texto médico o revista científica la descripción de la **ESCLERO-LINFANGITIS CRONICA**, ya con este nombre o con otro diferente.

Nuestro mal seguramente data de muchos años atrás, lo que hemos sacado en conclusión por los relatos de los enfermos y sus largos padecimientos.

### DISTRIBUCION GEOGRAFICA

La enfermedad es conocida en Guatemala, pero no habría ninguna razón para pensar que fuera autóctona nuestra; probablemente se encuentre también en México, las demás partes de Centro América y en algunos países de la América del Sur, que guarden relación, más o menos con la altitud de Guatemala, ya que pudimos comprobar que los enfermos habitan regiones medianamente templadas, sin tomarlo tampoco como exclusivo, pues encontramos casos hasta en la orilla del mar, (Puerto de San José) aunque en número muy reducido.

Los lugares visitados y de mayor cantidad de enfermos fueron: Antigua, sobre todo en las aldeas de Dueñas y Ciudad Vieja, Chimaltenango, Santa Rosa, Guatemala y el Progreso. En menor escala sería: Palencia, Santa Rosita, Amatitlán, Palín, Escuintla, Puerto de San José, Morán, Canales, Petapa y Villa Nueva.

Por datos de los mismos enfermos en el resto de la república, casi no existe.

### ETIOLOGIA

Enfermedad que ataca únicamente a los individuos descalzos. En nuestra corta experiencia no encontramos un caso que habiendo sido calzado fuese atacado por la enfermedad.

Los enfermos atribuyen su mal a la humedad y al agua, de lo que podemos decir que en parte tienen razón, porque la mayoría de los individuos trabajaban unos entre lodo y otros metidos en los ríos, favoreciendo de esta manera la invasión microbiana.

### BACTERIOLOGIA

*El microbio.*—Hasta la fecha no podemos señalar un determinado agente causal y más bien nos inclinamos a pensar que se trate de una asociación microbiana, introducida al organismo por las agrietaduras y reblandecimientos de la piel en las personas descalzas. ¿Sería entonces forzoso que todos los desprovistos de zapatos fueran enfermos? Esto no es cierto. Ahora nos preguntamos si esas personas estarían expuestas a contraer la enfermedad. Sin duda que sí, pero no sólo ello bastaría y creemos más en una susceptibilidad especial de ciertos organismos por la in-

fección, reaccionando con una gran proliferación del tejido conjuntivo esclerosado y dando de esta manera el aspecto tan especial de nuestros enfermos.

De los cultivos hechos en los distintos medios de gelosa, caldo, gelosa-sangre, distintas clases de gelosas, sembrando sangre tomada por punción venosa, durante y fuera de los accesos agudos, tanto en el día como en la noche, no se obtuvo ningún crecimiento en los diferentes medios; se hicieron también cultivos en los mismos medios, de gotas de sangre del dedo y del pabellón de la oreja, con resultados enteramente negativos. Pensando que se trataba de una linfangitis crónica y habiendo por lo tanto una adenitis secundaria, nuestras investigaciones se dirigieron a los ganglios inguinales. Se hicieron varias siembras en los cultivos enumerados, sin resultado alguno y como eso no fuera suficiente, de la pulpa del propio ganglio extirpado y con los mejores cuidados de asepsia se sembró, quedando los medios tan estériles como antes.

De las siembras hechas de la región enferma, obtuvimos cultivos con asociaciones microbianas de estreptococo y estafilococo; tomando secreción y punccionando las piernas de los enfermos, con una asepsia rigurosa, los cultivos fueron positivos de estafilococo, a lo cual no le dimos mayor importancia por ser la piel un foco demasiado séptico, en todos los casos puncionados los resultados fueron positivos de estafilococo.

Pensando que se tratara de un hongo, las pruebas se repitieron en medios de Saboureaud, quedando en la misma negatividad.

Para descartar que se pudiera tratar de un parásito (filaria), los frotos de la sangre y de la secreción los repetimos cada quince minutos durante el día y la noche, coloreándolos con Panóptico, Hemateína-eosina, Gram y distintas coloraciones simples sin que se llegara a ninguna conclusión, parasitaria o bacteriana. Así mismo para descartar la lepra, se tomó secreción nasal con la debida técnica sin encontrar Bacilo de Hansen.

### ANATOMIA PATOLOGICA

Con respecto a la parte histopatológica de la dolencia, podríamos decir que aportamos algo nuevo, ya que en los anteriores trabajos, está incompletamente descrita. Basados en tales hallazgos, hemos aplicado a la enfermedad el nombre que figura como título de este trabajo, pues en las distintas preparaciones histológicas como veremos, llaman la atención precisamente las alteraciones vasculares linfáticas, la esclerosis de los vasitos y del tejido celular, así como las adenitis regionales correspondientes.

Para entrar en más detalles, transcribo los resultados de las biopsias tomadas en dos enfermos.

A. S.—Tercera Medicina de Mujeres. Biopsia de la piel. Piel: en la epidermis encontramos un aumento del espesor de la capa córnea, que es adherente. Las capas inferiores de la misma muestran un perfil irregular, sinuoso y se encuentran más bien atrofiadas. La pigmentación está aumentada y en su cara profunda se ven prolongaciones hacia el corión de formas irregulares (Acantosis).

El corión y tejido celular subcutáneo muestra alteraciones marcadas consistentes en un proceso de linfangitis, con infiltración linfo y monocitaria. Además, la luz de los capilares linfáticos está alterada por proliferación endotelial y la pared está espesada y rodeada de un manguillo de esclerosis. Esta esclerosis se propaga a todo el tejido conjuntivo subyacente, que muestra además edema intersticial.

Se trata, pues, de un proceso de inflamación crónica esclerosa y edematosa, de predominio y probable origen linfático. Los otros vasos muestran también moderada esclerosis y son más bien escasos. LINFANGITIS CRÓNICA ESCLEROGENA, con lesiones epidérmicas marcadas.

(f) DR. JOSÉ CIRO BRITO

J. A.—Segunda Cirugía de Mujeres. Biopsia de la piel de la pierna y ganglio crural. Piel de la pierna, epidermis: hay hiperqueratosis y una pigmentación muy marcada de la misma.

El perfil de la epidermis es sumamente irregular, sinuoso, como dentado en partes. En el corión y tejido celular subyacente se puede ver un proceso de marcada linfangitis crónica, con infiltración inflamatoria crónica linfocitaria y de otros elementos celulares diversos, con espesamiento de la pared del vasito y notable estrechamiento de su luz. El tejido conjuntivo está marcadamente esclerosado y edematizado.

Piel del muslo: las lesiones son las mismas, sólo que la pigmentación es menor.

Ganglio: hay un marcado proceso de adenitis crónica o sub-aguda caracterizada por una descomposición de la estructura normal del ganglio, actividad marcada de los centros germinativos y presencia de algunos leucocitos polinucleares en grupos.

Resumen: linfangitis crónica esclerógena con alteraciones epidérmicas y adenitis crónica o sub-aguda.

(f) DR. JOSÉ CIRO BRITO

## GRADACION ANATOMO-CLINICA DE LAS LESIONES DE ESCLERO-LINFANGITIS CRONICA

(de acuerdo con las ideas del Dr. José Ciro Brito,  
Patólogo del Hospital General de Guatemala).

a) *Primer grado.*—Clínica y Anatomía Patológica macroscópica.

Corresponde al período de iniciación y de los ataques subsiguientes agudos, que van dejando el miembro un tanto alterado. Esos primeros ataques acompañados de fiebre y adenopatía agudas, casi no dejan en los intervalos de los mismos, huellas visibles macroscópicas en el miembro. Al seguirse produciendo, la piel va tomando un aspecto alisado, un tanto tenso. Si se ha visto el miembro antes de los ataques (y el enfermo lo dice a menudo), se nota muy ligero aumento de volumen del mismo. Ocasionalmente se nota en algunas zonas escamas fugaces y cierto grado de sequedad del miembro, como falta de lubricantes. Esto se debe a un principio de hipofuncionamiento de glándulas sebáceas probablemente.

Al corte con el escalpelo, la piel es apenas poco dura y su sección se ve pálida, en el intervalo de las crisis.

*Histopatología.*—Se notan alteraciones epidérmicas ligeras o mínimas. Hay queratosis y moderada acantosis. Los vasos linfáticos superficiales, con infiltración inflamatoria crónica, con manguillos formados por células linfocitarias e histiocitarias. Empieza, desde luego, una reacción endotelial de los mismos vasos (que corren paralelamente a la superficie cutánea) que en algunos puntos se traduce ya en ligera esclerosis de las paredes de dichos vasos. A veces se nota ya también alrededor del mismo una cierta reacción esclerosa, acompañada de edema incipiente en el tejido conjuntivo.

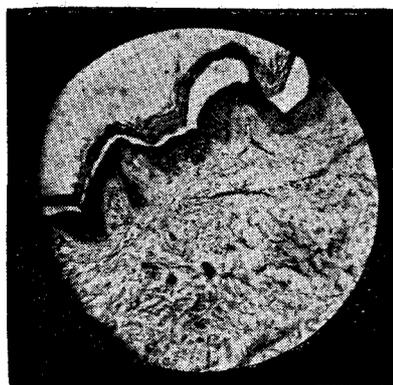
Las glándulas sudoríparas, sebáceas y pelos no muestran alteraciones anatómicas.

b) *Segundo grado.*—Clínica y Anatomía Patológica macroscópica.

Corresponde a un período más avanzado, cuando en el intervalo de las crisis se nota ya una alteración residual perceptible claramente, sobre todo si se compara con el miembro que está sano (no siempre lo está desgraciadamente). El miembro se nota aumentado visiblemente de volumen, la piel es densa y lisa, con ligeras arrugas muy limitadas, transversales. A la palpación se nota un edema duro, que no deja cúpula digital a la presión; a la palpación también se nota cierto grado de enfriamiento, una dife-

rencia muy leve de temperatura en relación con el otro miembro, (en los intervalos de los ataques de linfangitis aguda, pues en dichos ataques el miembro está más bien caliente, debido a la linfangitis reticular que se produce). En los dedos empiezan a formarse elevaciones que más tarde serán formaciones papilomatosas. El paciente principia a notar cierta torpeza en la sensación táctil local.

*Histopatología.*—Hiperqueratosis marcada e hiperacantosis. Pigmentación aumentada en algunas zonas. Linfangitis crónica con esclerosis linfática y perilinfática. Edema intersticial.



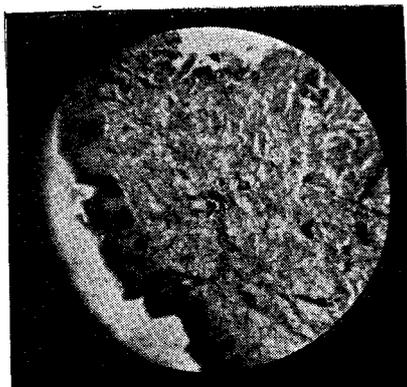
Esclero-linfangitis crónica, grado II.

c) *Tercer grado.*—Clínica y Anatomía Patológica macroscópica.

Los ataques de linfangitis febril en el miembro se han seguido produciendo con intervalos variables. El miembro ha adquirido un aspecto y una deformidad característicos; el grosor del miembro es enorme y su dureza es notable; el enfermo es un sujeto que sufre ya dificultades en la marcha, cojea a menudo marcadamente. El otro miembro puede hallarse en un período menos avanzado de su evolución esclero-linfangítica. Se han producido vegetaciones papilomatoides y lesiones tróficas de las uñas, que se ven como retorcidas y pigmentadas, duras. La parte superficial de la piel se ve escamosa, surcada, seca. Los vellos son raros. El edema es duro y no deja impresión digital ninguna. En la planta del pie se ven rugosidades cutáneas y surcos marcados.

*Histopatología.*—Hay ya hiperqueratosis e hiperacantosis marcadas. Las vegetaciones papilomatosas se ven al microscopio con una corona densa de láminas córneas adheridas, que no descaman sino en una fase tardía, por lo que se acumulan encima de las capas celulares epidérmicas. Gran espesamiento del corión e

hipodermis, con la misma linfangitis esclerógena crónica mucho más marcada e infiltración edematosa. Las glándulas sebáceas se ven algunas atrofiadas y otras por el contrario, en marcada actividad.



Esclero-linfangitis, grado III

d) *Cuarto grado.*—Clínica y Anatomía Patológica macroscópica.

El mismo aspecto, más avanzado, PERO CON PRODUCCION DE RAJADURAS ENTRE LOS DEDOS, úlceras en la garganta del pie y en la pierna, rodeadas de hiperpigmentación algunas veces, similares a las úlceras “tropicales.”

*Histopatología.*—Las lesiones son las mismas, pero se agrega al cuadro la pérdida de sustancia de las ulceraciones, que se infectan secundariamente y dan lugar a infiltración de polinucleares en la vecindad de la úlcera.

El otro miembro puede estar en grado II o III al mismo tiempo.

### SINTOMATOLOGIA

Enfermedad de comienzo agudo y brusco que ataca a la juventud desde los 14 a los 40 años. Muy rara en el viejo en el que se encuentran las lesiones crónicas adquiridas en su juventud.

*Síntomas generales.*—Los enfermos se quejan primeramente de un prurito, generalmente sobre el dedo gordo del pie o bien en el dorso del mismo, siendo indiferente el derecho como el izquierdo y tan frecuente el uno como el otro, pero siempre el comienzo es de uno sólo volviéndose bilateral en un tiempo, variable oscilante entre un mes o dos años. Aparece luego en el pie una mancha rojiza de aspecto erisipelatoide y que a veces puede encontrarse a nivel de la pierna. En seguida los enfermos

experimentan un frío intenso semejante a los fríos palúdicos, seguido luego de elevación de la temperatura hasta 39 y 40 grados, con sudores abundantes, raquialgia y lumbalgia, cefalea, anorexia, náuseas y vómitos en algunos casos; el estado febril disminuye en la mañana a 38 grados y se exacerba en la tarde y la noche durante el brote agudo, como término medio tres días, casi nunca más allá de los cinco y menos de los dos.

*Síntomas locales.*—La mancha rojiza erisipelatoide, como hemos dicho se puede localizar en el pie o bien en la pierna, teniendo un tamaño variable desde una moneda de veinticinco centavos las más pequeñas hasta abarcar toda la región afectada; en la parte enferma hay hipertermia comparada con el lado opuesto; el enfermo experimenta dolor muy agudo localmente irradiado a la ingle en donde aparece una adenitis muy dolorosa, lo mismo que linfangitis en el miembro afectado. Durante el acceso agudo en que el enfermo tiene que guardar cama, el miembro se edematiza, teniendo como característica muy importante de señalar que nunca pasa el edema de la rodilla, lo que nos señala una diferencia con cualquier otra enfermedad de origen linfático, siendo, pues, una enfermedad muy propia de los miembros inferiores y especialmente de la pierna. De los casos observados en uno sólo se encontró que el edema pasaba arriba de la rodilla después de muchos años de evolución; sin embargo en el examen histopatológico de la piel de la región del muslo no presentaba los mismos caracteres que los de la pierna. Fuera de ese caso es marcada y muy saliente a la observación, ver que el edema existe por debajo y nunca por encima de la rodilla.

Después del período y sin tomar ningún medicamento, nuestros enfermos se restablecen por completo de su mal estado general; el edema disminuye, pero nunca desaparece y es marcada la diferencia con el lado sano.

Otro síntoma local y tardío en aparecer es la hiperqueratosis que se presenta generalmente al año de haber principiado la enfermedad, es decir que siempre se desarrolla muy distante del comienzo. Estas vegetaciones son características de la enfermedad y algunos autores les han encontrado semejanza con el Moosy foot (pie musgoso del Brasil); tienen un aspecto papilomatoso y se localizan en los bordes interno y externo de los pies, en los pliegues interdigitales, abarcando casi todos los dedos y en el talón llegando a veces hasta los tobillos, pero nunca más arriba. Son células de descamación que se superponen unas sobre de otras y que sumadas a la suciedad le dan el aspecto ya descrito.

Los enfermos sufren agrietaduras, en los pies y piernas por donde secretan un líquido blanco amarillento de olor nauseabundo característico, pero nunca un pus franco.

Las uñas adquieren tamaños muy grandes y se muestran deformadas.

Los brotes agudos en el comienzo de la enfermedad se suceden con mucha frecuencia, variando entre ocho días y un mes, pero a medida que la enfermedad va volviéndose crónica, se van distanciando y en lesiones muy viejas se registran uno o dos por año. Con cada brote agudo, el edema de la piel aumenta, disminuyendo cuando ha pasado, pero nunca llega al estado natural y es por esto, que la extremidad va tomando cada vez mayor tamaño, dándole ese aspecto tan característico de pie de elefante.

En un tiempo variable entre seis meses y dos años, la enfermedad ataca al miembro del lado opuesto, en la misma forma con los mismos brotes agudos y la misma evolución que el anterior.

Quedan, pues, nuestros enfermos con los dos miembros edematizados en forma de patas de elefante y notándose siempre un poco de mayor edema, en el miembro afectado primero.

Los enfermos sufren en su marcha, son impotentes para los trabajos fuertes, caminatas largas, despiden un olor nauseabundo y son susceptibles a recaídas frecuentes, quedando como verdaderos inválidos para el resto de su vida.

En reposo los enfermos, sobre todo poniendo sus miembros en alto, y para lo cual hicimos medidas diariamente de las piernas, se notó que el edema disminuía considerablemente, pero al volver de nuevo al ejercicio, el edema aumentaba; y mientras mayor fuera, mayor era el volumen adquirido por los miembros, llegando hasta producirles dolor intenso; esto nos indica que hay una estasis de la circulación linfática debido a la disminución de la luz de los vasos.

El estado general de los enfermos es relativamente bueno, sus distintos aparatos y sistemas funcionan normalmente.

### **VARIEDADES**

Podríamos considerar dos variedades en lo que respecta a su cronicidad y a su forma de evolucionar. Tenemos así: una variedad **MALIGNA** que es la más abundante y la constituyen aquellos individuos en que el edema es mayor y presentan más vegetaciones; sus brotes agudos son más frecuentes y más intensos. La otra sería la **BENIGNA**, en que el edema es menor, casi sin vegetaciones, a veces sólo hay un miembro afectado y los brotes agudos son más escasos.

## EVOLUCION

La Esclero-Linfangitis Crónica, es una enfermedad que principia en la juventud y no termina sino con la muerte. Se registraron casos de treinta y cuarenta años de evolución.

## DIAGNOSTICO

Por su sintomatología tan especial, la Esclero-linfangitis crónica, podríamos diferenciarla de ciertas entidades parecidas:

*Elefantiasis de los árabes.*—En primer lugar, no se han registrado casos de esta dolencia en los países americanos y aunque no hay semejanza entre ambas enfermedades, la elefantiasis de los árabes no se localiza solamente en las extremidades inferiores. Por otra parte, su agente causal, es conocido.

*Lepra podálica.*—Se elimina por la falta de desaparición de los dedos, característica de esta enfermedad y no de la Esclero-linfangitis crónica.

*Linfangitis y celulitis.*—Tampoco las podríamos confundir con éstas enfermedades que curan más o menos fácilmente con los tratamientos corrientes.

## PRONOSTICO

Con respecto a la vida de los enfermos, podemos decir que es benigno, pero en lo que respecta a su curación, son enfermos que quedan lisiados para siempre.

## TRATAMIENTO

Una vez principiado el mal, todo tratamiento médico resulta completamente inútil. Ensayamos varios medicamentos y tratamientos quirúrgicos con resultados poco satisfactorios. En varios casos tratados en los períodos agudos con sulfas y penicilina, se vió que la fiebre cedía, mejoraba su estado general, pero la evolución hacia la cronicidad continuaba. Un caso tratado con penicilina fuera del período agudo, no mejoró en lo más mínimo. Los distintos tratamientos con neosalvarsán, lactyl, tripaflavina, sales de plata, mercuriales, quinina, etc., etc., fracasaron.

El único tratamiento que da algún resultado, es el quirúrgico, en casos no muy avanzados. Se trata de la extirpación de uno

o varios ganglios inguinales; el edema se mejora notablemente disminuyendo de volumen, sintiéndose los enfermos muy mejorados, pero su curación no es completa.

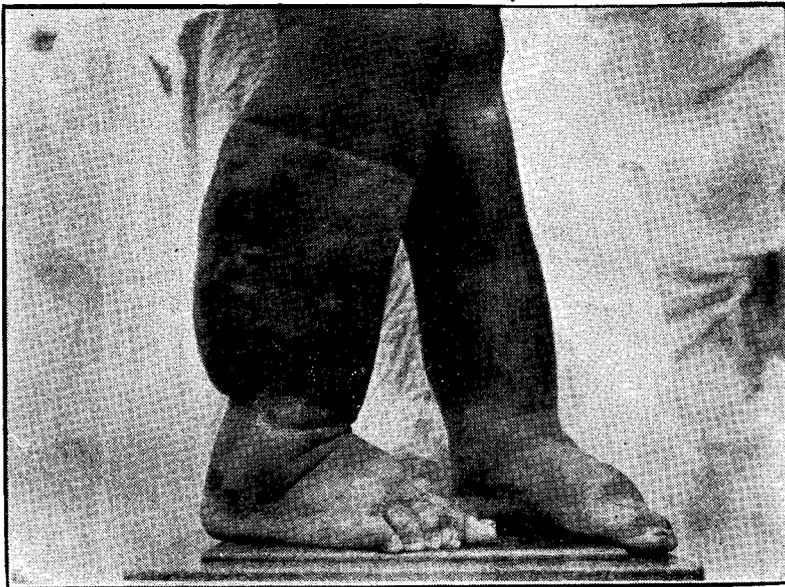
Nuestra experiencia a ese respecto es poca, porque sólo hemos tratado tres casos en esa forma. Después de haber sido presentado este trabajo en el Congreso Médico Guatemalteco-Mexicano, patrocinado por la Juventud Médica, nuestras experiencias han aumentado; se han operado otros más en la Tercera Medicina de Mujeres del Hospital General, así como el Dr. Oscar Batres ha tratado algunos casos en el Hospital de San Vicente, lo que hace un total de veinticinco enfermos tratados así y podemos decir únicamente que los resultados han sido bastante halagadores.

La explicación del por qué se mejoran los enfermos con esta operación sería muy difícil, pero teorizando podríamos pensar que al extirpar los ganglios viniera una vaso dilatación linfática y favoreciera de esta manera la circulación de la linfa, pero sin llegar a obrar nunca sobre el tejido conjuntivo esclerosado. También es creíble que los ganglios linfáticos inguinales constituyeran un reservorio focal de virus, que al extirparlos, quedaría así eliminado.

## ALGUNOS DE LOS CASOS OBSERVADOS EN DISTINTAS PARTES DEL PAIS DE FORMA MALIGNA Y BENIGNA

### Caso Número 1.

A. S., de 33 años de edad. Originaria de Santa Rosita. Residente en el mismo lugar. Oficios domésticos. Ingresa al Hospital General en Enero de 1945, a curarse de una herida en la mano.

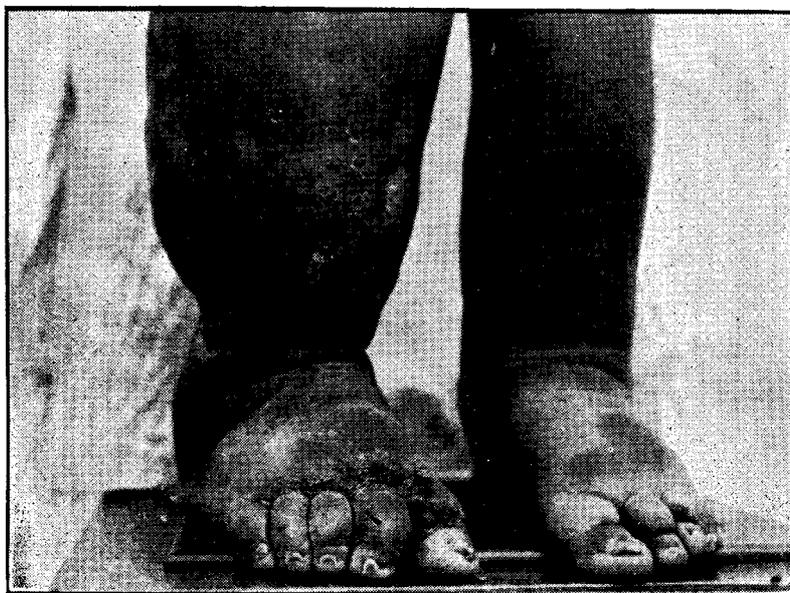


CASO NUMERO 1.—Esclero-linfangitis crónica bilateral, forma maligna.

Presenta la enferma un edema muy voluminoso en ambas extremidades, por lo que se puso en observación en la Tercera Medicina de Mujeres desde la misma fecha y fué con ella, que se hizo la mayoría de exámenes e investigaciones necesarias.

La historia de su enfermedad data de diez años atrás. Principió con la sintomatología de las formas malignas descritas y llegó a adquirir un desarrollo enorme, en ambos miembros, siendo el derecho el más voluminoso. Los brotes agudos le repetían cada seis o siete meses; en el servicio pudimos observar dos recru-

decencias características de la enfermedad y haciendo las investigaciones precisas en esos momentos, se obtuvieron los resultados ya descritos. La enferma permaneció un año bajo estricta vigilancia y con diversos tratamientos, habiendo salido del Hospital sin ninguna mejoría y podemos asegurar que es de los casos más graves observados.



CASO NUMERO 1.—Esclero-linfangitis crónica bilateral, forma maligna.

### Caso Número 2.

J. J., de 35 años de edad. Originario de San Martín Jilotepeque. Residente en Antigua. Oficios: agricultura. Observado en Septiembre de 1945 en Antigua. Refiere que trabajando en el campo con los pies metidos entre el lodo y el agua, comenzó a sentir prurito en el pie derecho, apareciéndole inmediatamente una rubicundez de la misma región que se le hinchó al día siguiente, sacudiéndole frío y fiebre alta. Sintió dolor en la ingle con aparición de adenitis; cada 15 días o un mes los brotes se le repetían en la misma forma. A los 6 meses poco más o menos, sintió las mismas molestias en el lado opuesto, quedándole ya ambos miembros hipertrofiados. En este caso diez años más tarde se marcó la aparición de las vegetaciones hiperqueratósicas.

Al enfermo le salía gran cantidad de líquido blanco amarillento, cuando se le agrietaban los miembros.



CASO NUMERO 2.—Esclero-linfangitis crónica de forma maligna.

El estado general del enfermo es más o menos bueno. El edema del lado derecho es más marcado que el izquierdo. Tiene brotes agudos cada dos o tres meses. Trabaja con carreta de mano, pero se fatiga muy pronto. Se ha mejorado un poco con el calzado.

### Caso Número 3.

V. T., de 64 años de edad. Originaria de Antigua. Residente en Dueñas, Antigua. Oficios domésticos. Hace 35 años, residiendo en Dueñas, le principió la Esclero-linfangitis crónica, habiendo sentido comezón en el dedo gordo del pie izquierdo, frío, fiebre durante tres días. A los diez años le apareció en el lado opuesto. Tiene brotes agudos cada siete meses y los dos miembros están completamente edematizados hasta la rodilla.

Entre sus colaterales la enferma refiere que hay varios familiares con las mismas lesiones, figurando entre ellos un hijo suyo, pero todos nacieron sanos, sus parientes enfermos residen en el mismo lugar de Dueñas.



CASO NUMERO 3.—Esclero-linfangitis crónica, forma maligna.

### Caso Número 4.

J. A., de 32 años de edad. Originaria del Fiscal. Residente en el Gallito, Guatemala. Soltera. Oficios domésticos. Refiere que viviendo en El Gallito, su mal le principió por el pie derecho, como especie de mazamorra (mucho comezón), luego le dió frío y fuerte fiebre, edema del miembro con rubicundez, cefalea, raquialgia, lumbalgia, y muy mal estado general, que le duró 3 días.

La historia de los padecimientos datan de dos años atrás y hasta ahora sólo es un miembro el afectado, permaneciendo el otro completamente sano; sin embargo por los caracteres de las lesiones parece de tipo maligno.

Este caso fué encontrado en el Hospital San José, en pleno acceso febril que le duró tres días.



CASO NUMERO 4.—Esclero-linfangitis crónica, forma maligna.

En su acceso agudo fué tratada intensamente con sulfas habiendo bajado la fiebre de 40 grados a 37.5.

Se le hicieron toda clase de exámenes de sangre, (recuentos, Wassermann, dosificaciones, etc.) de orina, de heces, investigaciones microscópicas, etc.

Se le tomaron series de medidas en sus miembros, enfermo y sano durante el ejercicio y en completo reposo, (con el miembro en alto). Los tratamientos fueron muy variados, médicos y quirúrgicos, entre estos últimos, se practicaron incisiones de la piel y por último la extirpación de uno de los ganglios inguinales. Permaneció en el Servicio, Segunda Cirugía de Mujeres, por espacio de diez meses.

Después de ese tiempo la enferma se mejoró mucho, y al salir se le puso una bota de Uña, pero hasta la fecha no hemos vuelto a tener noticias de ella.



CASO NUMERO 4.—Esclero-linfangitis crónica, forma maligna.

### Caso Número 5.

M. C., de 44 años de edad. Originaria de Guatemala, residente en Petapa, lugar en donde le principió su enfermedad. Oficios domésticos, más en agricultura. En su historia relata el comienzo de sus padecimientos, desde cuatro años atrás; habiendo sido sus brotes agudos en la misma forma que los demás, pero las lesiones son menos intensas, no hay vegetaciones, no ha tenido agrietaduras, ni salida de secreciones, los brotes agudos ya casi no existen en ella.



CASO NUMERO 5.—Esclero-linfangitis crónica, forma benigna.

Se puede notar en la fotografía que el edema es de menor intensidad y que no hay vegetaciones.

**Caso Número 6.**

I. G., de 35 años de edad. Originaria de la Villa de Guadalupe, Guatemala. Residente en Guillén, Petapa. Principió su enfermedad desde hace diez años, en la misma forma de accesos con una duración de tres días. El edema es de menor intensidad, no ha tenido agrietaduras nunca y no hay vegetaciones de ninguna especie. La Esclero-linfangitis de esta enferma, es de forma benigna; nótese la fotografía.



CASO NUMERO 6.—Esclero-linfangitis crónica, forma benigna.

## RESUMEN Y CONCLUSIONES

*Enfermedad como entidad nueva.*—ESCLERO-LINFANGITIS CRONICA. Sinonimias anteriores: Pseudo lepra de Robles, Pseudo elefantiasis nostra; Pie punudo; Erisipela; Hispundia.

*Historia.*—Enfermedad que data de muchos años, estudiada primeramente por el Dr. Robles sin haber llegado a ninguna conclusión.

*Distribución geográfica.*—Reconocida en Guatemala, como foco principal, propia de climas templados, lo cual no es exclusivo, pues encontramos casos en la costa. Probablemente se encuentre extendida en México, Centro América y algunos países de la América del Sur.

*Etiología.*—Enfermedad sin germen específico; es probable que más bien se trate de una asociación microbiana encontrada en nuestras investigaciones, sumada a la susceptibilidad de ciertos organismos y propia de personas descalzas.

*Anatomía patológica.*—En las biopsias de la piel se encontró hiperqueratosis y acantosis de la misma. La pigmentación está aumentada. El corión y tejido celular subcutáneo con alteraciones marcadas de linfangitis, con linfocitosis y monocitosis. La luz de los vasos capilares reducida por proliferación endotelial, la pared con esclerosis propagada al tejido conjuntivo y con edema intersticial. Se trata de un proceso de inflamación crónica esclerosa y edematosa de predominio y probable origen linfático. Linfangitis crónica esclerógena con lesiones epidérmicas marcadas. Ganglio: marcado proceso de adenitis crónica o sub-aguda, caracterizada por una descomposición de la estructura normal del ganglio, actividad marcada de los centros germinativos y presencia de algunos leucocitos polinucleares en grupos.

### *Gradación Anatómo-Clinica:*

*Primer grado.*—Corresponde a las alteraciones que principian después de los primeros ataques de linfangitis aguda; son

alteraciones ligeras o mínimas; la queratosis y las alteraciones linfáticas son también mínimas. Es decir que el proceso está, pero es poco perceptible.

*Segundo grado.*—Es un período más avanzado, cuando en el intervalo de las crisis se ve ya también una alteración residual perceptible claramente, sobre todo si se compara con el miembro que está sano. Ya en este grado predomina el edema del miembro sobre las demás lesiones.

*Tercer grado.*—Grado aún más avanzado de las lesiones en su evolución. El miembro ha adquirido un aspecto y una deformidad característicos; el grosor del miembro es enorme y su dureza es notable. El otro miembro puede hallarse en un período menos avanzado de su evolución esclero-linfática. Aparecen las vegetaciones papilomatoides y lesiones tróficas de las uñas retorcidas y pigmentadas. Las hiperqueratosis e hiperacantosis son bien marcadas. Es, pues, el ataque completo de los tejidos o más bien la transformación enteramente crónica de los mismos.

*Cuarto grado.*—El mismo aspecto, más avanzado, pero con producción de rajaduras entre los dedos, úlceras en la garganta del pie y en la pierna, rodeadas de hiperpigmentación algunas veces, similares a las úlceras “tropicales”; puede haber pérdida de sustancia de las ulceraciones que se agrega al cuadro, se infectan y secundariamente dan lugar a infiltración de polinucleares en la vecindad de la úlcera.

El otro miembro puede estar en grado II ó III al mismo tiempo.

*Sintomatología.*—De comienzo brusco entre los 15 y 40 años, con prurito en la piel, rubicundez de la región afectada, frío intenso, fiebre entre 38 y 40 grados, raquialgia, lumbalgia, anorexia, náuseas y vómitos con duración media de tres días; edema de la región enferma, duro y que casi nunca pasa de la rodilla, es en un principio unilateral y después se vuelve bilateral con un tiempo muy variable. Brotes agudos con intervalos de uno o dos meses al principio y uno o dos años cuando la enfermedad se ha vuelto crónica. Aparición de vegetaciones papilomatosas (Hiperqueratosis) poco más o menos un año después de principiada la enfermedad. Padecen de un olor nauseabundo en los pies. Hay una estasis de la circulación linfática y los enfermos sienten pesadez en sus miembros, quedando casi impotentes para sus trabajos.

*Variedades.*—Variedad maligna de cronicidad mayor, edema más fuerte, vegetaciones muy abundantes y brotes agudos más repetidos.

Variedad benigna, en que su sintomatología está muy disminuída y a veces es un solo miembro el afectado.

*Evolución.*—Comienza en la juventud y termina hasta que el individuo muere.

*Diagnóstico clínico.*—Esclero-linfangitis crónica.

*Diagnóstico anatomo-patológico.*—Linfangitis crónica esclerógena.

*Diagnóstico diferencial.*—Elefantiasis, Lepra podálica, Linfangitis y celulitis simples.

*Pronóstico.*—Benigno con respecto a la vida del enfermo y grave con respecto a su curación.

*Tratamiento.*—El tratamiento médico casi sin ningún resultado en la mejoría del enfermo, únicamente las sulfas dieron un alivio al brote agudo, no así sobre el edema.

El tratamiento quirúrgico es el que mejores resultados ha dado: extirpando uno o varios ganglios inguinales, disminuye el edema probablemente por una vaso-dilatación linfática.

El número de casos observados desde el año de 1941, en la Tercera Cirugía de Hombres, primero, en las demás salas del Hospital General y de San José después y en los Departamentos, fueron al rededor de 125; dos casos en especial fueron detenidamente examinados y observados por espacio de un año continuo, en las salas del Hospital General, haciéndoles los exámenes más completos y habiendo obtenido los resultados ya descritos.

CARLOS SOZA BARILLAS.

Vo. Bo.,

DR. JOSÉ CIRO BRITO.

Imprímase

DR. C. M. GUZMÁN,

Decano.

## BIBLIOGRAFIA

*Trabajos del Dr. Rodolfo Robles.*—Revista de la Academia de Medicina de París.

*Tesis del Dr. J. Ramiro Rivera A.*—Sobre Contribución al estudio de la Pseudolepra.

*Le Dantec.*—Patología Exótica.

*E. Brumpt.*—Parasitología.

Contribución al estudio de una forma de lepra, especial por su localización y por su benignidad, observada en Guatemala por el *Dr. Ramiro Gálvez.*—Memoria del IV Congreso Médico Centroamericano.

## PROPOSICIONES

<i>Anatomía Descriptiva</i> . . . . .	Arteria femoral.
<i>Anatomía Topográfica</i> . . . . .	Región femoral anterior.
<i>Anatomía Patológica y Patología General</i> . . . . .	Trombosis.
<i>Bacteriología</i> . . . . .	Bacilo de Koch.
<i>Botánica Médica</i> . . . . .	Atropa Belladona.
<i>Clínica Quirúrgica</i> . . . . .	Lujación de la cadera.
<i>Clínica Médica</i> . . . . .	Percusión del tórax.
<i>Física Médica</i> . . . . .	Osmosis.
<i>Fisiología</i> . . . . .	Digestión gástrica.
<i>Higiene</i> . . . . .	Profilaxis de la fiebre tifoidea.
<i>Histología</i> . . . . .	Piel.
<i>Medicina Legal y Toxicología</i> . . . . .	Asfixia por submersión.
<i>Obstetricia</i> . . . . .	Placenta previa.
<i>Parasitología</i> . . . . .	Amiba histolítica.
<i>Patología Médica</i> . . . . .	Insuficiencia cardíaca.
<i>Patología Quirúrgica</i> . . . . .	Úlcera del estómago.
<i>Patología Tropical</i> . . . . .	Elefantiasis.
<i>Pediatría</i> . . . . .	Sarampión.
<i>Psiquiatría</i> . . . . .	Biotipos.
<i>Técnica Operatoria</i> . . . . .	Ligadura de la radial.
<i>Química Biológica</i> . . . . .	Investigación de albúmina en la orina.
<i>Química Inorgánica</i> . . . . .	Cloruro de Calcio.
<i>Química Orgánica</i> . . . . .	Novocaína.
<i>Terapéutica</i> . . . . .	Morfina.