

Enfermedades de Baja Incidencia en Nuestra Patología

CISTICERCOSIS

**Dres. Jorge Hómez Chacín
Adolfo R. Pons**

*Un caso clínico con localización
subcutánea*

Paciente referido por el Dr. Pedro Iturbe.— M.A.C. Mujer de 44 años de edad, raza negra, soltera y de oficios domésticos.



Foto 1

cos. Natural de Cartagena (Colombia), desde hace 8 meses está
residenciada en Maracaibo.

Cuenta la paciente que en Enero de este año (1964), empezó a sufrir de crisis de cefaleas intensas acompañadas de vértigos, dolores musculares y osteoarticulares, sensación de vacío epigástrico y fiebre. Dos meses después, en Marzo, observó la aparición en cara y cuello de pequeñas tumoraciones, algunas dolorosas al tacto que crecían lentamente.

En efecto, al examen clínico de la enferma llama la atención la presencia de numerosos nódulos, de localización exclusiva, en el tejido celular subcutánea del cuello y de la cara. (Foto 1). De forma redondeada, consistencia renitente y tamaño variable (4 a 8 mm.), algunos levantan la piel haciéndose visibles a simple vista, otros se detectan mejor por el tacto. Los nódulos son perfectamente movilizables por debajo de la piel, la cual presenta un aspecto normal, no estando adheridos a ella. Últimamente, la paciente ha sufrido de ataques epileptiformes.

Exámenes complementarios.

Serie blanca, conteo y fórmula normales, no se observa eosinofilia. Velocidad de sedimentación acelerada (corregida 40 mm.). Radiografías de cabeza y tórax, practicadas en el Hospital Central, no mostraron calcificaciones.

Biopsia.

El estudio histopatológico de uno de los nódulos del cuello, realizado por el Dr. Manuel Henríquez, Anatómo-patólogo del Sanatorio Antituberculoso de Maracaibo, reveló la presencia de un cisticerco, especie ?. (Foto 2). El estudio parasitológico de este material, nos permitió identificarlo como *Cisticercus cellulosae* (larva de *Taenia solium*) por haberse observado un escólex invaginado provisto de una doble corona de ganchos. (Foto 3).

Comentarios y conclusiones

La historia clínica y la ausencia de cisticercos calcificados nos lleva a concluir, que la cisticercosis en esta paciente es de adquisición reciente y de evolución aguda. La localización de los cisticercos es predominante en el tejido celular subcutáneo del cuello y de la cara y muy probablemente en cerebro.

A pesar de la frecuencia de la cisticercosis en los animales de consumo, particularmente el cerdo, la cisticercosis humana parece ser rara en Venezuela si nos atenemos a los pocos casos publicados, la mayoría como hallazgos de autopsia o en pacientes operados. L. Potenza y E. G. Vogelsang (1943-1944), Rafael Castillo y J. Rhode (1953), K. Solfelder (1956), César Alemán (1960). El primer caso autóctono diagnosticado clínicamente en

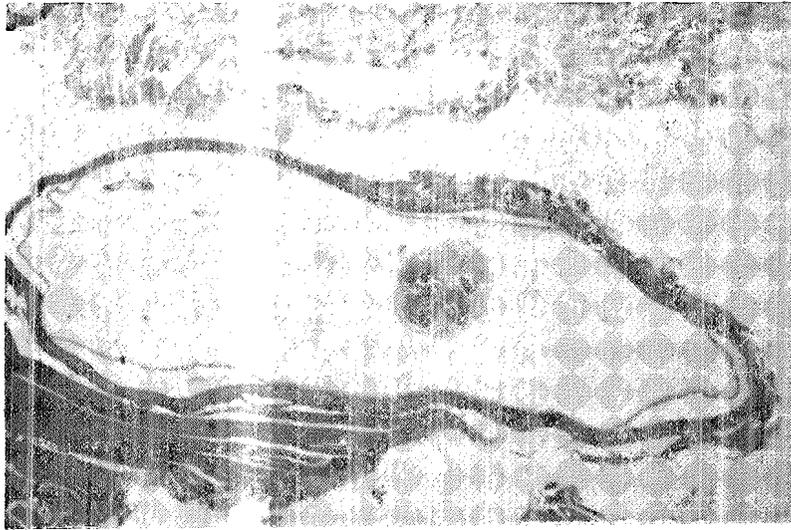


Foto 2

el país, fue publicado por uno de nosotros (Pons) en la Revista de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Zulia (1958).

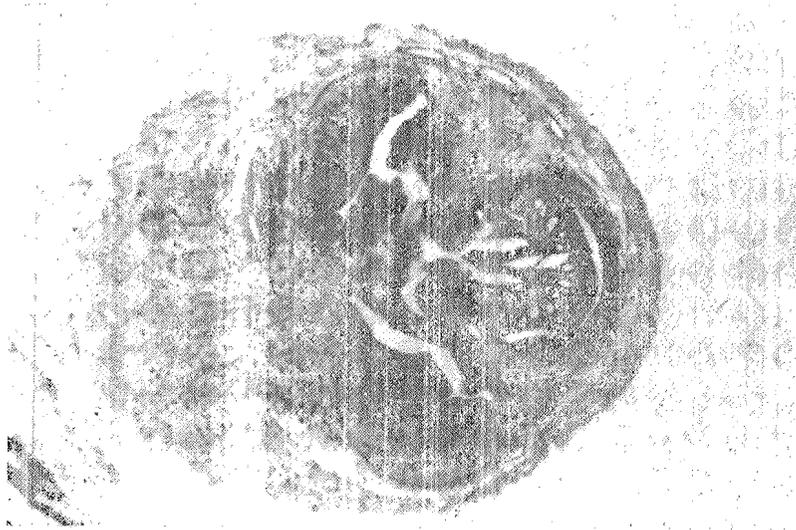


Foto 3

KALA-AZAR
Un caso clínico

Dr. Adolfo R. Fons.
Dr. Jesús María Roldán.

Niño A. Q. de nueve meses de edad, blanco, procedente del caserío Pica Pica, Municipio Lagunillas del Distrito Bolívar, de donde es nativo. Ingresa al Servicio de lactantes del Hospital de Niños de Maracibo el 10-10-63.

Informa la madre, que desde hace 5 meses viene padeciendo de fiebre y caflaquecimiento progresivo.

Al examen clínico, observamos un niño pálido, desnutrido y de abdomen prominente que contrasta con la delgadez del tórax y las extremidades. Anémico y febril, completa el cuadro clínico la presencia de esplenomegalia del tipo III de la escala de Boyd, con berramiento moderado de las escotaduras del órgano y hepatomegalia, en la cual el borde inferior del hígado se palpa a cuatro traveses de dedos por debajo del reborde costal. No hay ascitis. Pulmones normales. Cardiomegalia presente. Microadenopatías cervicales no dolorosas. Piel normal. Fiebre del tipo remitente matinal.

Exámenes de Laboratorio

Contaje de glóbulos rojos: 1.160.000. Hemoglobina 3,4 grs. %. Hematocrito 41%. H.C.M. 30,9 gammas. V.G.M. 100 m3. Anisocitosis. Contaje de glóbulos blancos: 6.600. Fórmula leucocitaria: Neutrófilos 20%. Eosinófilos 0%. Basófilos 0%. Linfocitos 80%. Monocitos 0%. LEUCOPENIA MODERADA CON LINFOCITOSIS

Proteínas totales: 6,20 grs.%. Albúmina: 1,52%. Globulinas: 4,68%.

ELECTROFORESIS

Albúmina: 1,1129 grs.% — 17,8%
Globulinas: Alfa: 1,0612 grs.% — 16,9%
Beta: 0,6514 grs.% — 10,5%
Gamma: 3,4225 grs.% — 54,8%

HIPERGAMMAGLOBULINEMIA ACENTUADA.

Otros exámenes: Malaria: negativo. Widal, Brucella, Weil-Felix, Kahn y W.D.R.L. negativos.

En resumen, nos encontramos en presencia de un síndrome hepato-esplenomegálico febril, acompañado de anemia y leucopenia.

El 14-10-64, se le practicó, con fines de diagnóstico, punción esplénica, obteniéndose pulpa con la cual se hicieron frotis que

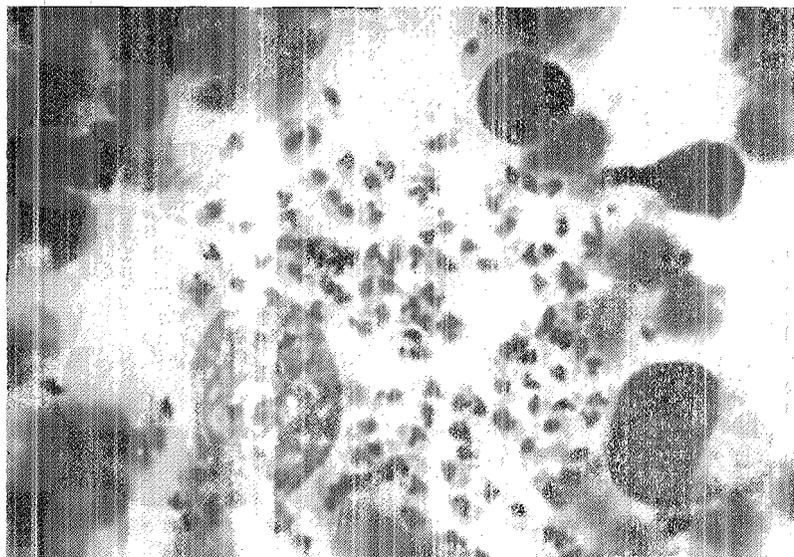


Foto 4

coloreamos con Giemsa. Al examen microscópico, encontramos abundantes Leishmanias, libres y en el interior de los macrófagos (Foto 4), lo que establece indiscutiblemente el diagnóstico de Kala-Azar en nuestro enfermito.

Sometido a tratamiento con Glucantime, a razón de 10 cgrs. por Kgr. de peso diarios, se produjo la muerte el 17-10-64. La autopsia confirmó el diagnóstico.

Comentarios y conclusiones.

Hasta hoy, se han confirmado en el Estado Zulia 6 casos de Kala-Azar: uno, adulto, procedente de Bobures (Distrito Sucre) y los otros cinco, niños pequeños, procedentes: cuatro del caserío Pica-Pica y uno de la población de Mene Grande (Distrito Baralt) en la misma zona. Es de advertir, que en la región de los Distritos Bolívar y Baralt, la Leishmaniasis Tegumentaria Americana está muy difundida, con carácter endemo-epidémico.

Aún no conocemos bien la epidemiología del Kala-Azar en Venezuela. El carácter esporádico de los casos y el ocurrir prefe-

rentemente en niños, nos hace pensar que pueda tratarse de la forma infantil, igual a la que ocurre en los países del Mediterráneo. Es de observar que cuatro de los seis casos zulianos proceden del caserío Pica-Pica, donde lógicamente debe existir un foco endémico de esta enfermedad.

De los seis casos, incluyendo el nuestro, tres han sido publicados: Mayz Valenilla y A. Núñez Montiel. (Rev. Venez. Puer. y Ped. 1960), A. Bemergui y L. Scto Pirela. (Rev. Soc. Méd.-Quir. del Zulia. 1959); los otros tres permanecen inéditos.

LARVA MIGRANS VISCERAL

Un caso de infestación masiva pulmonar por larvas de TOXOCARA.

*Dr. Enrique Salazar Velázquez
Médico-Residente del Servicio
de Anatomía Patológica del
Hospital Universitario de
Maracaibo.*

E. R., de 29 años de edad, venezolana, natural del Estado Falcón, morena y de oficios domésticos. Embarazada a término. Ingresa el día 6-8-62, procedente del Distrito Bolívar, por presentar un cuadro clínico cardio-respiratorio agudo y grave, manifestado por: disnea intensa, cianosis y estado de angustia. Aprécianse taquicardia y edemas. La auscultación pulmonar revela abundantes estertores y sibilancias. Fue consultado el Servicio de Cardiología del Hospital Universitario, donde se le practicó electrocardiograma que dio el siguiente resultado: fibrilación auricular y bloqueo incompleto del Haz de His. Impresión diagnóstica: Miocarditis. Se practicó radiografía de tórax. El Dr. A. López Sagredo, Neumólogo, informa lo siguiente: hiliós, sobre todo el derecho, reforzados. Imágenes trabéculo-nodulares bilaterales, más marcadas en campos superior y medio del pulmón izquierdo, que aparentemente corresponden, desde el punto de vista radiológico, a procesos bronquíticos y peribronquíticos con pequeños focos infiltrativos parenquimatosos. (Foto 5).

La paciente se agrava progresivamente, y en estado agónico es pasada al Quirófano, donde se practica al morir operación cesárea, obteniéndose un feto vivo.

El 7-8-62, la autopsia reveló: proceso de endocarditis con mio y pericarditis y bronconeumonía crónica. Al estudio histopatológico de los pulmones, encontramos gran cantidad de larvas de un NEMATODE e infiltración eosinofílica peribronquial. (Foto 6).

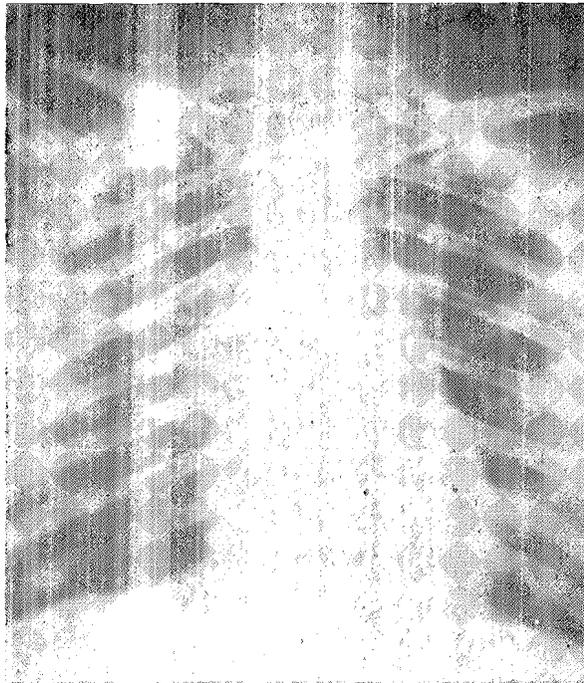


Foto 5



Foto 6

Por medio de cortes seriados, logramos establecer que las larvas presentan las siguientes características: de forma cilíndrica y de unas cuatro a quinientas micras de largo, presentan en los cortes transversales, a cada lado, un engrosamiento o repliegue de la cutícula en forma de aletas que se extienden a lo largo del cuerpo. (Foto 7). Aparato bucal con tres labios, que se continúa

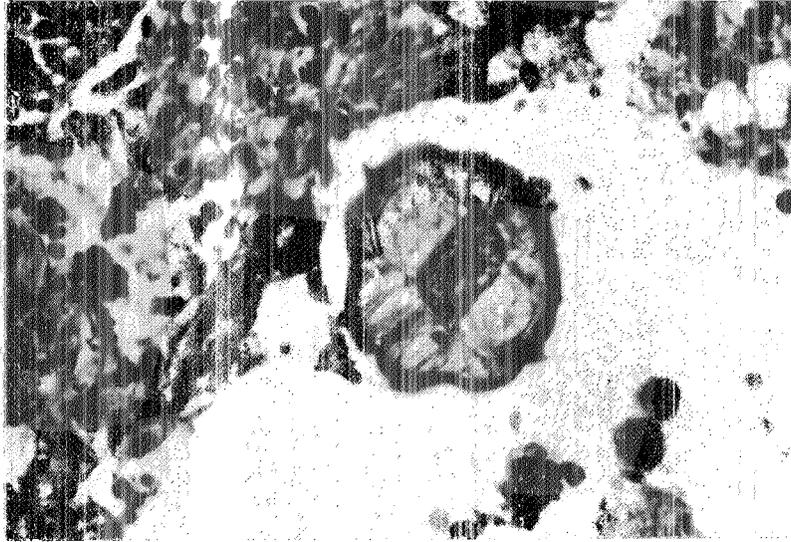


Foto 7

con un esófago que ocupa el tercio anterior; luego sigue el intestino, que se extiende en los dos tercios posteriores, siendo al principio delgado para luego ensancharse. En el tercio medio del parásito aparecen dos columnas excretoras, que en su comienzo rechazan el intestino hacia la porción dorsal y luego se adelgazan, ocupando entonces el intestino una posición central en relación a dichas columnas. La formación nerviosa más llamativa, es un anillo que rodea al esófago, en un sitio que corresponde a la mitad de su recorrido.

Por todas estas características, concluimos que se trata de una larva en su segundo estadio evolutivo de *Toxocara*, especie ?

La búsqueda de larvas de este tipo en otros órganos, particularmente hígado y mucosa intestinal fue negativa, pero pudo apreciarse en éstos, infiltraciones de eosinófilos reveladoras de su paso en la migración a los pulmones.

Comentarios y conclusiones.

Existen dos especies de *Toxocarass*: *T. canis*, parásito intestinal del perro y *T. cati* que parasita al gato, muy difíciles de distinguir en su fase larvaria. El hombre, al ingerir alimentos contaminados con heces de estos animales que contengan huevos de *Toxocara*, se infesta, las larvas emigran a través de la mucosa intestinal, pasan por el hígado y finalmente llegan a los pulmones, donde pueden permanecer por tiempo largo sin completar su ciclo como lo hace en su huésped natural. (Beaver et al - 1952).

Desde hace tiempo, se conoce un síndrome clínico-radiológico caracterizado por infiltrados pulmonares, síntomas respiratorios y leucocitosis con eosinofilia producido por el paso por el pulmón, durante su ciclo evolutivo, de las larvas de *Ascaris lumbricoides*, *Necator americanus* y *Estrongyloides stercoralis*. Los aspectos radiológicos del pulmón, descritos en estos casos por varios autores, coinciden con el ya anotado para nuestro paciente.

Perlingiero y Gyözgy (1947) describen un síndrome parecido en un niño, al cual hay que añadir la presencia de hepatomegalia con focos de necrosis en este órgano. Desde entonces, muchos casos semejantes han sido referidos: Zuelzer y Apt (1949), Mercer (1950) y Behrer (1951). Beaver et al en 1950, comprobaron que dicho síndrome (hepatomegalia y eosinofilia), es producido por la invasión masiva del humano por larvas de nematodos de animales inferiores y lo denomina: "Larva migrans visceral".

R. L. Nichols (1955) en un magnífico estudio sobre la etiología de esta enfermedad, da papel predominante a la infestación por larvas de *TOXOCARA*.

Creemos que en nuestro caso, la infestación pulmonar masiva por estas larvas, fue la causa de la muerte.

No conocemos de ningún otro caso de infestación por *TOXOCARA*, que haya sido publicado en Venezuela.

*QUISTE HIDATIDICO.
Un caso autóctono de localización
primitiva en el Miocardio.
Hallazgo de autoptia.*

*Dr. Ernesto Corzo Romero.
Adjunto del Servicio de
Anatomía Patológica del
Hospital Universitario de
Maracaibo.*

R. Q., de 70 años de edad, sexo masculino, trigueño, de profesión desconocida, venezolano, natural de Machiques, Distrito

Perijá del Estado Zulia, donde siempre ha vivido, viajando sólo, ocasionalmente, a Maracaibo.

Consulta en la Emergencia del Hospital Universitario de Maracaibo el día 2-11-63 por sufrir de intenso dolor precordial con irradiación al brazo izquierdo, acompañado de colapso. Fue hospitalizado con el diagnóstico de Infarto del Miocardio. El Servicio de Cardiología, que fue consultado, concluye que se trata de un paciente pulmonar crónico, hipertenso, arterioesclerótico y coronario. No se pudo practicar electrocardiograma.

Al día siguiente muere con síntomas de insuficiencia cardíaca aguda.

Practicamos la autopsia el día 4-11-63, encontrando lesiones anatómico-patológicas que muy bien corresponden a la avanzada edad de este caso: arterioesclerosis, nevroesclerosis, enfisema y edema pulmonar, aracosis y fibrosis hepato-esplénica. Llama la atención la gran hipertrofia cardíaca (corazón con un peso de 530 grs. y un espesor de la pared, a nivel del ventrículo izquierdo, de 19 mm.). En uno de los cortes practicados, fuimos sorprendidos por la presencia de una formación quística, que se abrió con



Foto 8

el escalpelo, dejando salir a presión un líquido transparente que contenía algunos gusmos. De forma ovalada, medía 3,5 cm. en su diámetro mayor y estaba ubicado exactamente en el espesor del tejido muscular cardíaco, en el ventrículo izquierdo, a nivel

de la unión del tercio medio con el tercio superior y en el ángulo formado por la pared anterior con el tabique interventricular. (Foto 8). En el interior del quiste se apreció una membrana plegada, de color blanquecino, que se desprende con facilidad de la pared del Miocardio, dejando al descubierto una superficie fibrosa, en íntimo contacto con el tejido muscular cardíaco.



Foto 9

Al examen microscópico del líquido del Quiste, observamos gran cantidad de escólex invaginados, de forma ovoide, que presentan en su centro una corona compuesta por 30 a 40 ganchos pequeños. (Foto 9). También se observaron ganchos libres.

En cortes histológicos de la pared del Quiste observamos que está constituida por 3 capas: a) una interna celular con escasas vesículas que contienen escólex (germinativa); b) capa laminada, hialina, sin núcleos y de color de clara de huevo, (membrana cuticular). Estas dos capas forman la verdadera membrana del Quiste; c) capa fibrosa formada a expensas del órgano afectado, por tejido fibro-elástico que se infiltra en el tejido muscular cardíaco (membrana periquística o adventicia). (Foto 10).

Puede concluirse, por estas características, que se trata de un Quiste Hidatídico o larva de la Tenia Echinococcus granulosus, fértil, único y primitivo del corazón, ya que la búsqueda mi-

nuciosa de otros quistes en otros órganos, particularmente hígado, pulmón y tejido óseo, fue negativa.

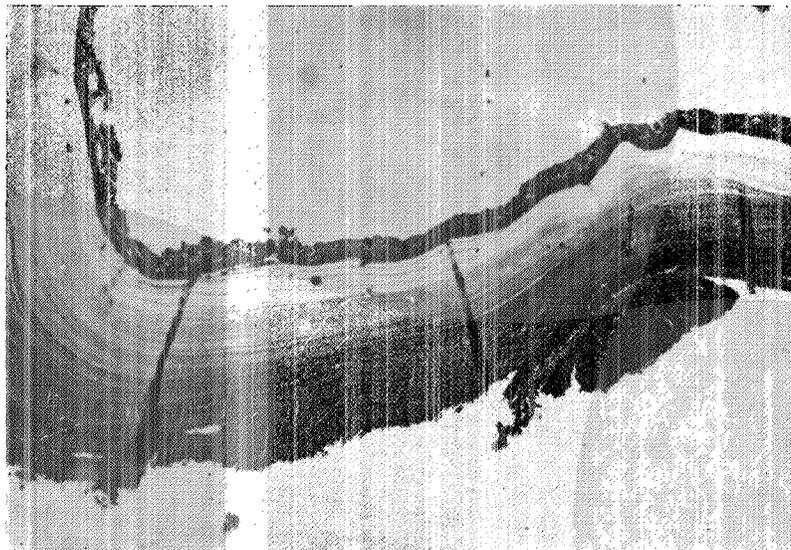


Foto 10

Comentarios.

En 1919, J. M. García Parra presentó a la Sociedad de Médicos de Ciudad Bolívar un caso operado por él, en que hace el diagnóstico de Quiste hidatídico del hígado, el cual sería el primero descrito en Venezuela (Gaceta Médica de Ciudad Bolívar, N.º. 57 - 1919). El Dr. Luis Razzeti, pone en duda el diagnóstico de este caso por el aspecto del líquido, descrito por García Parra y sobre todo por no haberse comprobado al examen microscópico de éste: *escólex ni ganchos*.

Augusto Ortega publica en 1920 en la Gaceta Médica de Caracas, un trabajo en que niega la existencia del Quiste Hidatídico en Venezuela.

Gómez López y Luis Guillermo Luna en 1938 publican los primeros casos de Quiste Hidatídico del pulmón en Venezuela en las Memorias del I Congreso Venezolano de Tuberculosis. Tres de los casos eran del Estado Lara y el otro de Guanare (Estado Portuguesa). En uno de ellos se confirmó el diagnóstico, al comprobarse la presencia de *escólex* en el líquido obtenido por pun-

ción del Quiste. Los mismos autores refieren que la hidatidosis es frecuente en los cerdos que se benefician en el matadero municipal de Barquisimeto, y haber encontrado la *Tenia Echinococcus* en un perro de los alrededores de dicho matadero.

De acuerdo con la bibliografía consultada, pueden considerarse estos casos como los primeros, autóctonos, descubiertos en Venezuela.

En estos últimos años se han operado varios casos de Quiste Hidatídico del hígado en inmigrantes europeos, particularmente españoles e italianos. J. Valencia Parparcen, R. Salomón y C. E. Louis, publicaron una interesante recopilación de estos casos. G.E.N. 1958.

De todas maneras, la Equinococosis entre nosotros es poco frecuente y su localización cardíaca, como en nuestro caso, es extraordinaria.