

HOSPITAL PROVINCIAL DE JAÉN
SERVICIO DE CIRUGÍA

LINFADENITIS MESENTÉRICA

APORTACIÓN PERSONAL (1)

DR. FERMÍN PALMA

Otra entidad clínica en patología abdominal que se comienza a diagnosticar con más frecuencia, es la linfadenitis mesentérica, al mismo tiempo que se la confunde con otros procesos más frecuentes y gastados, como la apendicitis.

S U M A R I O :

INTRODUCCIÓN.-APORTACIÓN PERSONAL.-COMENTARIO Y DISCUSIÓN.-CONCLUSIONES

INTRODUCCIÓN

Es una afección que hasta hace muy poco no se ha diferenciado clínicamente, pues se la viene confundiendo, con gran frecuencia, con la apendicitis aguda. Entre nosotros se han ocupado de este tema PI-FIGUERA, PIULACHS y NOGUES.

Nada hay más discutido como la etiopatogenia de este proceso. Hay quien la considera de naturaleza fímica, y aunque hay probalidades de que la etiología específica sea en algunos la causa, prevalece más la opinión de que no hay especificidad de agente causal considerando a la adenitis mesentérica como un proceso

(1) El estudio histopatológico de los casos aportados, fué realizado por el anatomopatólogo de la Beneficencia Provincial de Jaén, Dr. A. Moreno Querada, así como la obtención de las microfotografías que se acompañan. Desde estas líneas, nuestro agradecimiento.

inespecífico y concebido como una reacción hiperérgica de unos ganglios sensibilizados previamente en relación con substancias de tipo variable, bacterias, toxinas, virus, parásitos y productos de desintegración metabólica. PIULACHS y NOGUES, creen que entre estos agentes, los más frecuentes serían los de origen alimenticio y los de origen bacteriano. En cuanto a la etiología tuberculosa, algunos abogan en su favor diversas razones. Parece ser que algunas adenitis bacilares en fase de hipertrofia, de caseificación y de calcificación, pueden producir cuadros abdominales dolorosos agudos, subagudos o crónicos. Otras razones que apuntan son la falta de una puerta de entrada apreciable en el momento de la operación, que explique el proceso adenítico y los resultados, por todos comprobados, de la evolución después de la laparatomía. Autores como ROSELBURG, ADAMS y OLNEY suponen que la adenitis mesentérica puede ser secundaria a enfermedades de los órganos abdominales como apendicitis, enteritis regional, duodenitis, que aun en el curso de la laparatomía pueden estar ya curadas, mientras perdura el proceso adenítico. En opinión unánime, podemos afirmar que en la linfadenitis mesentérica existen casos de tuberculosis cierta, pero esto no quiere decir que no existan otros muchos casos en que la etiología puede ser múltiple.

El cuadro clínico de esta afección es muy variado, a veces se manifiesta de una forma similar a la apendicitis, en sus diversas formas clínicas, la diverticulitis de MECKEL, a algunas formas del cólico hepático, y algunas otras del cólico nefrítico. Ahora bien, el cuadro clínico de la linfadenitis mesentérica puede ser francamente agudo o bien crónico.

Las formas agudas en su forma habitual o común, producen crisis dolorosas abdominales muy parecidas a las de la apendicitis aguda. Son las formas más frecuentes. En un estadio más avanzado pueden los ganglios abscesificarse pudiendo originar cuadros de peritonitis aguda por rotura de un ganglio abscesificado.

El historial que más destaca en la forma de linfadenitis mesentérica, es el dolor espontáneo. Es característica suya que aparezca en forma de crisis, todo lo contrario de lo que ocurre en las apendicitis, en donde, *por lo general*, el dolor aparece en forma continuada.

Este dolor lo localizan los pacientes alrededor del ombligo, en ocasiones hacia la derecha y otras hacia el epigastrio y en otras zonas del abdomen.

PIULACHS, se ha ocupado detenidamente en la patogenia del dolor en la adenitis mesentérica aguda. Entre las particularidades clínicas, que ofrece este proceso, dice, destaca el tipo de dolor, que se presenta con los caracteres propios de un dolor de tipo cólico y que son principalmente: la presentación intermitente, en accesos paroxísticos, durante los cuales el dolor es más intenso, el comienzo brusco, de golpe o con progresión rápida de máxima intensidad, el alivio por la presión local suave y en amplia superficie y por la aplicación del calor y, por último, la brusca terminación, pasando el paciente a una fase de calma y de bienestar.

El intentar explicar como se produce el dolor en la afección que nos ocupa, es cuestión complicada. Se han dado diversas opiniones por lo que se refiere a su punto de origen y a su mecanismo de producción.

En cuanto al primero (punto de origen) hay tres opiniones. Una la de que el dolor se originaría en el intestino, otra de que partiría del peritoneo parietal y finalmente la de que el dolor partiría del mesenterio.

En cuanto a su mecanismo de producción, se señalan tres causas. El espasmo intestinal, las invaginaciones repetidas y la periadenitis con reacción peritoneal.

Parece ser que el dolor parte del mismo mesenterio y que su aparición se debe a la irritación local provocada por el proceso inflamatorio de los ganglios del mismo, así como a los trastornos vasomotores ganglionares y a la reacción peritoneal local, que hace un momento apuntábamos.

El mecanismo del dolor, sin duda es debido a la irritación directa de los filetes sensitivos del neurovegetativo, que inervan el mesenterio. Esta irritación, de los filetes del sistema neurovegetativo, produce, bien directamente o bien por vía refleja, alteraciones del peristaltismo intestinal, causando contracciones intestinales dolorosas.

Tenemos, pues, que al dolor originado en el mesenterio, se le suma el producido por las contracciones anormales, con lo

que se viene a cumplir la ley de sumación de los estímulos, ley que favorece la aparición del dolor.

Son causas del dolor, como antes decíamos, las pequeñas invaginaciones intestinales, manifestadas por fuertes paroxismos dolorosos que alternan con períodos de calma que coinciden con la desinvaginación espontánea.

Junto al dolor, y con las características señaladas, en el cuadro clínico de la linfadenitis mesentérica, se observa fiebre. En unos casos, es sofo febrícula. En otros es alta y en relación con la aparatosidad de los otros síntomas (dolor, vómitos y contractura abdominal). Finalmente, en otros, contrasta una fuerte elevación de la temperatura con muy pocos síntomas locales. Hay casos con fuerte estreñimiento y en otros predomina la diarrea.

Suele haber fuerte taquicardia y en unos casos está en relación con la intensidad del cuadro. Sin embargo, se citan casos en que no guarda relación con los otros síntomas, especialmente, con la temperatura.

La contractura abdominal no es fija. Suele haberla en un buen número de casos, pero parece ser que más bien es provocada al palpar la zona dolorosa del abdomen.

Sí es constante el hallazgo de una leucocitosis con polinucleosis. En algunas observaciones se encuentra una linfocitosis, dato de gran valor para el diagnóstico de esta afección.

El diagnóstico de la linfadenitis mesentérica es francamente difícil hacerlo antes de la laparatomía.

Todos los autores están de acuerdo que la inmensa mayoría de las intervenciones practicadas por este síndrome, obedecen a un error de diagnóstico y en la mayor parte de los casos, la confusión tiene lugar con la apendicitis aguda (PI FIGUERAS).

Solo pensando en esta afección ante un cuadro abdominal agudo en que no encajen los procesos más frecuentes y de otro lado, recordando las características del dolor intermitente, la fiebre y la leucocitosis y la poca contractura muscular, así como una difusión ligera del dolor por el abdomen, es como podremos, en algunos casos, diagnosticar esta afección, que con tanta frecuen-

cia se la viene confundiendo con otras afecciones abdominales más frecuentes.

La anatomía patológica de este proceso, no es nada característica. Se suelen observar numerosos ganglios afectados, siendo poco frecuente el encontrar uno solo. Por lo general, están separados unos de otros, aunque otras veces, y debido al enorme engrosamiento, se ponen en contacto y originan masas inflamatorias que pueden palparse en el comienzo de la exploración. El tamaño de estos ganglios es muy variable; oscilan desde el tamaño de una lenteja al de un cacahuet. El peritoneo que los cubre puede estar congestionado e incluso cianótico. Es menos frecuente encontrar derrame o líquido intraperitoneal. El examen histopatológico solo manifiesta una hipertrofia ganglionar y con fuerte reacción de los cordones medulares, existiendo en estadios finales una verdadera supuración intraganglionar.

El tratamiento de esta afección en la actualidad no está definido. Frente a los que sostienen una conducta abstencionista, estamos los que creemos que la conducta debe ser operatoria, máxime si recordamos que la mayor parte de los casos, por no decir la totalidad, se diagnostican en el curso de la laparatomía. Todos los autores están de acuerdo en que se debe extirpar el apéndice, al mismo tiempo que se debe hacer una exploración completa del abdomen para que, de esta forma, no pase desapercibida una diverticulitis de MECKEL, una ileitis terminal o bien un proceso anexial o biliar. Es unánime la observación de que, después de la laparatomía, regresan los síntomas y la afección se cura. Se le atribuye a la simple laparatomía, la curación de esta enfermedad. Es observación totalmente no explicada. Los antibióticos han venido a dar, en la mayoría de los casos, carácter de benignidad.

APORTACION PERSONAL

En el curso de los primeros seis meses del año en curso hemos observado diez casos de linfadenitis mesentérica. Nueve en su fase aguda y uno en la forma crónica. En casi todos ellos se erró el diagnóstico, que solo se hizo en el curso de la laparatomía

En todos ellos se practicó la apendicectomía y biopsia de un ganglio. Todos evolucionaron hacia la curación. El empleo de los antibióticos se hizo en cantidad, usando desde la Penicilina hasta la Terramicina.

A continuación exponemos, muy brevemente, los casos observados por nosotros en nuestro servicio y los informes anatómopatológicos, correspondiendo el primero al Dr. OLIVA (Santander) y el resto al Dr. MORENO QUESADA (Jaén).

Caso 1.º—Francisco U. F. 32 años. Hace ocho días que tiene dolor abdominal con fiebre y vómitos. Hace 48 horas repite todo con gran intensidad quejándose más del lado derecho.

Exploración clínica: Dolor espontáneo a la presión en región paraumbilical y fosa iliaca derecha. Sangre: 11.000 leucocitos con 79 polinucleares. Diagnóstico: Probable apendicitis.

Intervención quirúrgica: Anestesia raquídea isobara. Incisión para-rectal derecha. Apéndice normal. Mesenterio a manera de empedrado, lleno de ganglios, sin contactar unos con otros, del tamaño de avellanas.

Curso postoperatorio: Terramicina, un gramo diario y perfusión continua gluco-salina. Al tercer día, desaparece la fiebre.

Alta por curación al décimo día.

Biopsia (Dr. Oliva). Aspecto macroscópico:

Pieza tamaño avellana, redondeada, más bien blanca y de color gris y pardo. Previa fijación en solución acuosa de formol al 10 %, se hacen cortes por congelación que se tienen con hematoxilina-eosina.

Estructuras correspondientes a un ganglio linfático en las que clínicamente nos llama la atención la existencia en algunos puntos de abundantes vasos dilatados y repletos de sangre, así como de pequeñas hemorragias difusas. Diagnóstico histopatológico, adenitis simple.

Caso 2.º—Antonio M. de 20 años. El cuadro clínico es similar al caso primero.

Exploración clínica: Gran hipertemia 39° y 40° y taquicardia (120) y ligera contractura muscular en fosa iliaca derecha.

Diagnóstico: Se sospechó apendicitis aguda.

Intervención quirúrgica: Apéndice ligeramente congestionado. Todo el mesenterio se encuentra invadido de ganglios hipertrofiados, siendo algunos del tamaño de una almendra.

Biopsia (Dr. Moreno Quesada). El diagnóstico histopatológico es el de una linfadenitis aguda con catarro del seno. La pieza remitida para su

estudio tiene el tamaño de una almendra de color blanco-grisáceo y duro al tacto. En imagen histológica de los cortes teñidos con hematoxilina eosina, vemos como la cápsula está distendida con lesiones inflamatorias (linfocitos y algunos polinucleares) (microfotografía 1).

En el parenquima hay hiperplasia del tejido linfadenoidal y proliferaciones del tejido reticular.

En los senos dilatados hay mayor riqueza celular (microfotografía 2) con predominio de histiocitos y células reticulares (microfotografía 3) así como de eosinófilos.

En el tejido linfoide están aumentados los linfocitos y en algunos puntos hay destrucción de células en los centros germinativos (microfotografía 4).

Caso 3.º—Dionisio G. L. de 30 años. Cuadro clínico: Acusa dolor fuerte epigástrico y paraumbilical con náuseas, vómitos y febrícula.

A las 48 horas repite con menos intensidad cuando es observado por nosotros de urgencia.

Exploración clínica: Dolor espontáneo y a la presión en región paraumbilical y fosa ilíaca derecha. Leucocitos 10.300, 70 % de polinucleares.

Diagnóstico: Apendicitis.

Intervención quirúrgica: Con este diagnóstico es llevado a la mesa de operaciones apreciando en el curso de la laparatomía, un apéndice libre y un mesenterio con numerosos ganglios pequeños que se extienden por casi todo él. Se extrae ganglio para biopsia.

Diagnóstico histopatológico: (Dr. A. Moreno Quesada). Linfadenitis mesentérica aguda. El informe dice así: Macroscópicamente, la muestra remitida es del tamaño de una judía, de color blanquecino.

Histológicamente vemos una imagen semejante al caso anteriormente descrito con ligero predominio del tejido linfoide. Son aquí demostrativas las alteraciones vasculares (microfotografía 5) con dilatación capilar e infiltración linfocitaria en forma de manguito.

Caso 4.º—Ramón G. G. Cuadro clínico: Desde hace 20 días, se queja de dolores intermitentes en el abdomen derecho con diarreas y estado nauseoso. Ultimamente, el dolor se irradia a todo el abdomen, pero parte de la fosa ilíaca derecha. No hay fiebre.

Exploración clínica: En la exploración abdominal, solo encontramos dolor por todo el abdomen y parece ser que más acentuado en la fosa ilíaca derecha. Se le practica Czepa que no orienta sobre nada. No se llenó apéndice.

Diagnóstico: Probable apendicitis.

Intervención quirúrgica: Incisión pararectal derecha. Apéndice normal. Mesenterio con ganglios hipertrofiados y distribuidos por todo el.

Diagnóstico histopatológico. Macroscópicamente, la pieza remitida es del tamaño de una lenteja y en ella las lesiones, aunque menos acentuadas que en las antes referidas, la imagen histológica, es casi idéntica, si bien la dilatación vascular con extravasaciones sanguíneas y depósitos de hemodisina, son la única observación más llamativa al microscopio.

Casos 5, 6 y 7.—Similares al anterior en todos sus aspectos. (Mujeres de 17, 22 y 25 años respectivamente).

Caso 8.—Francisco Almagro (Andújar), de 22 años (Dr. Sánchez Delgado). Cuadro clínico: Desde hace 36 horas dolor epigástrico con irradiación a fosa ilíaca derecha. Vómitos no muy acentuados y fiebre de 38°.

Exploración clínica: Fuerte defensa en hemiabdomen derecho y región periumbilical. Sangre (Dr. García Morillas), leucocitos 12,300; polinucleares, 87.

Diagnóstico: Probable apendicitis. Tratamiento: Laparatomía. Apéndice congestionado. Grandes masas ganglionares dispersas por el mesenterio. Apendicectomía:

Terramicina un gramo diario en perfusión venosa continua con solución gluco-salina isotónica. Hipertemia al segundo día de la intervención de 40°. Al tercer día baja la fiebre. Es dado de alta por curación, al décimo día.

Caso 9.—Josefa V. B. de 40 años. Cuadro clínico: La vemos a las once horas de iniciarse el proceso, caracterizado por dolor fuerte en epigastrio con irradiación a fosa ilíaca izquierda, náuseas sin llegar al vómito y temperatura de 37.5.

Exploración clínica: Tiene en el momento de la exploración gran dolor espontáneo en todo el hemiabdomen izquierdo, y fuerte dolor a la presión en fosa ilíaca izquierda con gran contractura abdominal.

Diagnóstico: Abdomen agudo. Intervención quirúrgica: Anestesia Eter-curare-Oxígeno.

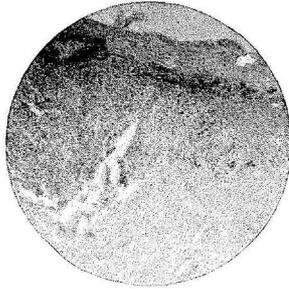
Laparatomía media, supra-infraumbilical. Apéndice de aspecto normal. Gastroduodeno y vesícula biliar normal, asas yeyunales colapsadas en contraposición a las asas ileales que se encuentran dilatadas.

Apendicectomía.

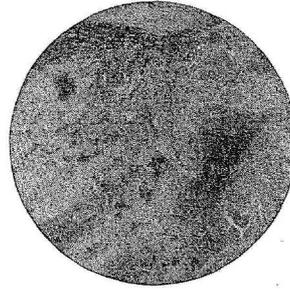
Curso postoperatorio normal. Sale del Hospital al octavo día de la intervención.

Caso 10.—Matilde Pulido P. de 18 años.

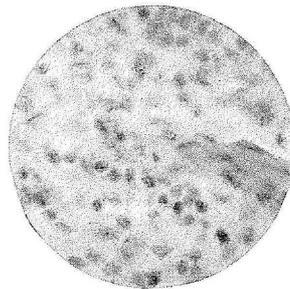
Cuadro clínico: Desde hace dos años tiene dismenorrea intensa. Hace seis meses crisis de dolor abdominal con algún brote diarreico y adelga-



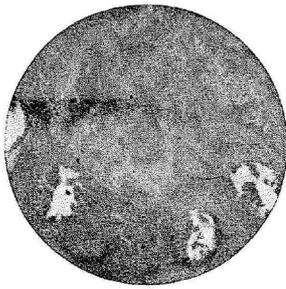
Microfotografía 1.ª



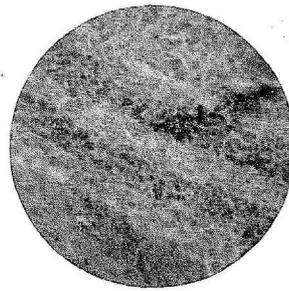
Microfotografía 2.ª



Microfotografía 3.ª



Microfotografía 4.ª



Microfotografía 5.ª

Sección de Histopatología del Hospital Provincial de Jaén. Jefe: DR. MORENO QUESADA.

zamiento con astenia y anorexia. Hace quince días ingresa en nuestro servicio.

Exploración clínica: Vientre flácido. Alguna hipertriosis. Dolor a la presión en fosa iliaca derecha. Czepe. Apéndice visible solo en su primera mitad.

Diagnóstico: Apendicitis crónica e intensa dismenorrea (fimia).

Intervención quirúrgica: Anestesia Pentothal-Oxígeno. Incisión de Mac-Burney. Apéndice normal. Anejos quísticos y esclerosos. En mesenterio se palpan pequeños ganglios muy endurecidos y con cicatrices conjuntivas esparcidas entre uno y otro ganglio; se extrae ganglio para biopsia.

Diagnóstico histológico (Dr. Moreno Quesada). Linfadenitis fímica caseosa.

Curso postoperatorio: Normal. Salió dada de alta del Hospital, a los veinte días de la intervención, por haber estado sometida a un tratamiento con hidracidas y aceite de hígado de bacalao.

COMENTARIO Y DISCUSIÓN

Hemos observado en el curso de medio año, diez casos de linfadenitis mesentérica, que nos hace revisar este proceso, que tan olvidado se tiene en la clínica de cada día.

Teníamos que hacer, en primer lugar, el comentario de que esta afección es bastante más frecuente de lo que se cree y, además, es posible que, en muchos casos de abdomen agudo, el cirujano, al no haber explorado suficientemente la cavidad abdominal y contentarse con extirpar un apéndice mas o menos hiperémico o congestionado, le han pasado desapercibidos muchos casos que podrían estar dentro del cuadro de la linfadenitis mesentérica aguda.

No podemos hacer comentario, con arreglo a nuestras observaciones, referente en donde predominaría más esta enfermedad. Hemos observado los mismos casos en mujeres que en hombres.

Donde sí resalta la observación, es en lo que se refiere a la edad. Se trata, por lo general, de enfermos jóvenes y, especialmente, los comprendidos entre los 17 y 35 años.

No podemos establecer una clara etiopatogenia en nuestros casos, nada más que en el último. Se trata de una linfadenitis de tipo específico en fase de cronicidad; la clínica, además, lo corroboraba al tratarse de una chica joven, dismenorreica y con gran desnutrición. En los demás casos, no sumamos a todas las suposiciones etiopatogénicas que los autores tienen de esta afección y que están resumidas en la introducción de esta comunicación.

Las formas clínicas que predominaron en nuestras observaciones fueron las agudas. Excepto uno, todos los demás ingresaron de urgencia. Unos, con el diagnóstico de abdomen agudo y otros, con el de apendicitis aguda.

En casi todos ellos se practicó biopsia y la característica histopatológica, como se divisa en las microfotografías, es la similitud de todos los casos. Se evidencia un gran catarro del seno linfático y una infiltración típica de las adenitis simples.

Las pruebas de laboratorio nada nos dicen, pues una leucocitosis con polinucleosis, es típica por ejemplo, de otros procesos supurados abdominales. Sí nos lo diría, una leucocitosis con gran reacción linfocitaria.

La exploración clínica, después que se han observado varios casos, nos orienta un poco. En todos nuestros enfermos las características del dolor no encajaban en ningún proceso típico abdominal. De otro lado es paroxístico intermitente. La defensa abdominal solo la hemos encontrado clara y evidente en un caso. En los demás, el dolor es provocado a la presión, en el momento de la exploración y localizándolo en epigastrio, en región periumbilical y en ambas fosas ilíacas.

La conducta terapéutica que en todos los casos seguimos, fué operatoria, máxime si se recuerda que el mayor número de ellos llegaron con el diagnóstico de abdomen agudo. En todos practicamos la apendicectomía y todos ellos evolucionaron hacia la curación. Fueron empleados los antibióticos y creemos que favorecieron el pronóstico.

Mucho se ha discutido de la acción de la laparatomía en estos casos. En concreto, en el último de los nuestros, creemos que sería muy beneficiosa debido a la especificidad del caso. En

los demás, se discute si también la aireación resultaría beneficiosa. Las mismas razones se abogan en cuanto a la apendicectomía.

No cabe duda que puede constituir en algunos casos el foco, el motivo de la reacción ganglionar, y que su extirpación, de rechazo, cura el proceso ganglionar; pero la experiencia nos dice que, en la mayoría de los casos, el apéndice está normal, al menos macroscópicamente.

Nosotros hemos considerado correcto extirparlo, ya que, en la mayoría de los casos, así lo aconsejan.

Hemos creído conveniente extraer uno o dos ganglios para biopsia, cuidando después de peritonizar muy bien el mesenterio. En los casos específicos, hemos dejado hidracidas dentro de la cavidad abdominal.

No hemos tenido que lamentar ninguna defunción. Podríamos decir, que salvo en casos avanzados, en que pueda haber casos supurados, el pronóstico no es grave. Quizá sea que en la actualidad la aplicación de antibióticos de amplio espectro antimicrobiano, como la Terramicina, es decisiva en el tratamiento de ésta afección; al menos, así lo interpretamos por nuestros casos.

CONCLUSIONES

Podemos resumir nuestro trabajo con las siguientes conclusiones:

- 1.^a La linfadenitis mesentérica, tanto en su forma aguda como en su forma crónica, es una afección bastante frecuente.
- 2.^a Ha contribuido a que se diagnostique poco, en primer lugar, el confundirla con una afección tan frecuente como la apendicitis. En segundo lugar una insuficiente exploración de la cavidad abdominal.
- 3.^a Es un proceso que parece observarse en enfermos jóvenes.
- 4.^a Las características del dolor paroxístico con localización paraumbilical, epigástrica o bien en ambas fosas ilíacas y

un cuadro febril más o menos acentuado, constituyen las notas salientes de su cuadro clínico.

5.^a Como norma terapéutica, actualmente, no contamos mas que después de laparatomizar al sujeto, practicarle una apendicectomía, pese a que el apéndice sea normal y la aplicación de antibióticos de amplio espectro antimicrobiano.

BIBLIOGRAFÍA

- PI FIGUERAS.—Patología abdominal clínica (F. GALLART MONÉS)
Salvat Editores. Barcelona. 1943.
- PIULACHS.—Patogenia del dolor en la adenitis mesentérica aguda.
Actas de las reuniones científicas del cuerpo facultativo de
Instituto Policlínico de Barcelona, números 5 y 6. Volu-
men VII, 1953.
- P. PIULACHS y NOGUÉS.—Linfadenitis Mesentérica. Folia Clínica
Internacional, 1953, pág. 424.