

Aneurisma de la Subclavia

R. Ch. de veinte y dos años de edad, originario de La Paz, labrador, ingresa ni primer Servicio de Cirugía del Hospital General el 22 de Junio, í 930, quejándose de un tumor en el cuello y dolor en H brazo derecho.

Historia déla Enfermedad: el primero de Mayo sintió un dolor suave en el hombro derecho; dolor que poco a poco fue descendiendo al brazo, codo, antebrazo, puño y mano y al mismo tiempo acentuándose al grado de impedirle el sueño tranquilo, como se encuentra actualmente.

Hace un mes que los movimientos de abducción del brazo de flexión, extencion, supinación, pronación del antebrazo y mano fueron limitándose hasta llegar a la actual condición de inmovilidad. La sensibilidad está exagerada.

Hace diez y ocho días, dice el enfermo que se dio cuenta de que tenía una pelotilla del tamaño de un huevo de paloma, que le apareció en el hueco supraclavicular, en su tercio interno, que nunca se la toe" y que le fue creciendo hasta llegar al tamaño actual de una naranja.

Examen Local: se encuentra al nivel del hueco supraclavicular ocupando sus dos tercios interno en su totalidad y la mitad derecha del hueco supraesternal, desplazando hacia adelante el externo cleido mastoideo derecho, en la

mitad inferior, una tumefacción poco mas grande que una naranja, tiene una longitud transversal de 12 centímetros por 8 de altura, inmóvil en todos los sentidos, de consistencia mas bien dura que blanda, muy dolorosa a la presión, de coloración igual al resto de la piel; temperatura normal, de forma fuertemente convexa. A la palpación se sienten latidos sincrónicos con los sístoles cardiacos; movimientos de expansión y soplos que se propagan hacia la axila; las pulsaciones arteriales se sienten bien inmediatamente abajo del tumor sobre la horquilla *esternal*, lo mismo que arriba al nivel del ángulo del maxilar sobre la carótida externa. Los latidos de la subclavia se perciben muy suaves inmediatamente por fuera de la clavícula, mucho más en el hueco axilar, apenas en la humeral y nada en la radial y la cubital; el lado opuesto normal.

Examen general: enfermo delgado, de ciento treinta libras de peso, pálido, que ha enflaquecido desde que empezó su dolencia, encontramos a la inspección de la cara una enoftalmía derecha, con lagoftalmia y miosis; al tacto faríngeo nada extraordinario, corazón normal, ciento diez y ocho pulsaciones, tensión, catorce máxima, nueve mínima en el brazo izquierdo, en el brazo derecho no marcó nada con el aparato de Vaquez. Aparato respiratorio

normal, aparato digestivo, normal, fuera del las lesiones antes apuntadas del brazo, sistema nervioso normal.

Antecedentes Personales: En su infancia padeció detosferina; después ha padecido de gripe, fiebres tercianas.

Antecedentes Hereditarios. Su padre murió de *alcoholismo* agudo. Su madre vive, ■ padece de *litisias biliar*.

Antecedentes Colaterales. Tiene cinco hermanos vivos, sanos, y dos que murieron pequeños.

Exámenes de Laboratorio: Heces: Positivo por ascárides. Orina: Positivo por Pigmentos biliares.

Reacción de Kahn: Negativa.

Sangre Glóbulos rojos, 4,080.000

Glóbulos blancos, 29,00

Polinucleares neutrofilos, 79%

Linfocitos 13%

Grandes mononucleares, 2%.

Pequeños mononucleares 2%

Transicionales, 5%

Radiografía, negativa.

Fluoroscopia, negativa. Esta observación fue tomada el

día de entrada del enfermo al Hospital.

Durante una semana que permaneció en él notamos que el tumor crecía día a día con gran rapidez; el dolor se hacía intenso; la temperatura de 37.2 **pasó** a 38°, 38°.5; el sueño era inconciliable; el apetito perdido.

COMENTARIO.

Desde la primera vez que examiné al enfermo formulé el diagnóstico de aneurisma de la **aublavia** derecha por los síntomas siguientes: tumoración pulsátil del hueco **supraclavicular** avanzando hacia el supra-esternal; percepción de latidos sincrónicos con los sistólicos cardiacos; expansión; soplos sistólicos; retardo del pulso **axilar y abolición** del radial; fenómenos paralíticos y dolorosos de todo el miembro superior derecho; síndrome de Claudio Bernard-Horner, consistente en **enoptalmía**, lagoptalmía y miosis del lado derecho,—y hasta aquí todo muy bien. Pero luego se presentaron nuevos síntomas que hicie-

ron vacilar el diagnóstico primitivo.

Llamó nuestra atención desde el **primer** instante el hecho de haber adquirido la tumoración supraclavicular el **tamaño** de una naranja grande en el término de 28 días; el de ser dolorosa exponetaneamente y sobre todo a **la presión**; de haber presentado oscilaciones térmicas de algunos décimos hasta un pirado y medio en los últimos días; de presentarse calor, rubor y edema en la tumefacción; antecedentes personales y reacción de *Kahn* negativos por sífilis; exagerada leucocitosis que alcanza 29,000 **glóbulos** blancos por milímetro cúbico.

Ante un cuadro de sintomatología tan rica y variada no podía menos que nacer la duda en el espíritu y entonces nos planteamos el siguiente problema: se trata de un simple aneurisma de la subclavia; de un flemón supraclavicular del cuello, o de un aneurisma infectado?

Los accidentes dolorosos crecientes y la creencia de encontrarlos en presencia de una afección infecciosa simple o asociada nos decidió a intervenir.

Anestesiado el enfermo al éter, empecé por una **incisión** oblicua **del** espacio supraclavicular; separación de los músculos y punción **del** tumor que dio salida a un fuerte chorro de sangre confirmando la idea de un aneurisma. Entonces intentamos hacerla ligadura del tronco braquiocefálico por una esternotomía transversal,

con tan mala fortuna que cuando llegué al vaso el enfermo moría.

Acto continuo hice una esternotomía media vertical de la primera pieza y resección de la clavícula derecha encontrando una **tumoración** del tamaño de un zapote constituida hacia delante por la vena yugular interna enormemente dilatada, mayor que el **grueso de un dedo pulgar de adulto**. **Atrás de la** vena un saco **aneurisma** I de consistencia friable extendido más bien hacia arriba que a la derecha y que emanaba de la arteria subclavia a un centímetro de la separación de la carótida primitiva y ocupando dos o tres centímetros de la pared superior de la arteria; hacia adentro y completamente líbrela arteria carótida primitiva derecha; atrás las ramas que van a formar el plexo braquial bien adheridos a la bolsa aneurismal. Dentro de la bolsa no habían coágulos. Desgraciadamente no hicimos el examen bacteriológico de la bolsa.

Cual hubiera sido la evolución natural de este aneurisma Por la rapidez con que creció, 28 días; por el aumento en 6 días de **un** tercio del volumen, y por los fenómenos infecciosos manifestarlos por la temperatura, dolor, rubicundez, edema y leucocitosis, pienso que la ruptura no hubiera tardado más de tres o cuatro semanas.

Hay un punto no resuelto y es la etiología. No hay antecedentes específicos; la reacción de *Kahn* **es negativa**; no hay alcoh-

lismo ni *saturnismo*. Como enfermedades infecciosas solo **grippe** y tos febril.

Por tratarse de un caso de excepcional importancia, como no se encuentra con frecuencia en la clínica, por la oscuridad de la etiología, por la evolución tan rápida y por el desastre final, con-

sidero que no escaso servicio prestará su conocimiento.

Mi opinión es que el enfermo descrito tenía un aneurisma infectado de la arteria subclavia, de carácter sumamente grave.

S. PAREDES P.

Tegucigalpa, Julio, 1930.