

DESARTICULACIÓN INTERESCAPULO-TORACICA



M. de V. de 38 años de edad, de oficios domésticos, casada) y de esta capital, ingresó al Hospital (general, al Servicio de Cirugía de mi cargo, el 17 de junio, 1930, quejándose de un tumor del brazo izquierdo.

Historia de la enfermedad: Hace como año y medio, dice la enferma, sufrió un golpe en el **brazo** izquierdo y que desde esa fecha le aparecieron dolores lancinantes de carácter permanente. A los dos meses noto una tumoración lenticular en el tercio superior del brazo hacia su cara anterior. Esta tumoración fue creciendo rápidamente de enton-

ces para acá hasta **alcanzar** el tamaño actual.

Examen Local: Llámala atención a primera vista el **gran** volumen de una tumoración situada en el tercio superior del brazo izquierdo del tamaño de una cabeza de adulto, ovoide, piel rosada y reluciente, con placas violáceas y circulación periférica abundante; se extiende desde tres traveses de dedo arriba del codo **hasta** la articulación del hombro, abarcando toda la circunferencia del miembro, pero siendo más **prominente** hacia afuera; de consistencia desigual; blanda y dura en partes, sensación de pergamino;

signo de Estlander, tumor inmóvil y doloroso a la presión fuerte; las apófisis escarolares son invisibles; el tendón del pectoral mayor está invadido; no hay infarto ganglionar.

El brazo es movable hasta un ángulo de 45° grados, gracias al desplazamiento del omoplato, pues la articulación escapulo humeral no funciona.

Examen General: Mujer delgada, pequeñísima, anémica.

Aparatos normales.

Antecedentes sin importancia.

Reacción de Kahn negativa.

Heces: tricocéfalos.

Orina: normal.

Glóbulos Rojos: 2,888,000

Glóbulos Blancos: 7,900

KÓHMŪLA LECCOCITAKIA.

Polinucleares neutrófilos	63%
---------------------------	-----

Grandes mononucleares	6%
-----------------------	----

Pequeños	„	17%
----------	---	-----

Linfocitos	„	10%
------------	---	-----

Formas de transición	4%
----------------------	----

PLABMODHIM VIVAX

Radiografía: muestra un tumor que ha destruido el húmero en gran parte.

Diagnóstico Clínico y Radiológico. Osteosarcoma.

Operación practicada el 20 de junio.

Desarticulación interescapulo-torácica en 35 minutos.

Cicatrización por primera intención. Salió la enferma del Hospital el 8 de julio.

COMENTARIO.

Nada tiene de extraordinario el caso relatado en lo referente al

diagnóstico y tratamiento; pero sí en el resultado. Dos enfermos he perdido de "shock" operatorio: uno por desarticulación coxo-femoral y otro por desarticulación escapulo humeral.

En el presente caso solo hice la desarticulación esternoclavicular extirpando en un solo bloque húmero, omoplato y clavícula.

Prevenido por los fracasos anteriores, hice poner al enfermo 500 gramos de suero fisiológico por la vía endovenosa, una inyección de aceite alcanforado y una de caféina. Dos horas después de operada la enferma despertaba sintiéndose bien. Los dos días subsiguientes tuvo elevaciones fuertes de temperatura; sospechamos paludismo y fue comprobado por el hallazgo del plasmodium vivax y por haber cedido a la quinina.

Al punto de vista local la enferma manifestaba estar perfectamente bien. Así estuvo hasta la salida del Hospital 21 días después del ingreso.

Publico este caso para mostrar mi convicción de que, a pesar del miserable estado de la enferma, de la intervención brutal y fuerte "shock" operatorio, la amputación interescapulo-torácica es una operación benigna que puede dar, cuando no están invadidas las masas musculares escapulares y pectorales, como en el caso referido, un éxito lejano de 50%.

S. PAREDES P.

Tegucigalpa, Julio, 1930.