

Tumores Gigantes de la Cabeza

En los últimos 5 años he tenido oportunidad de observar 3 casos de tumores gigantes de la cabeza, todos secundarios a neoplasias primitivas de otros órganos, uno conocido desde el principio, y los dos restantes hasta que la tumoración había alcanzado un gran volumen.

*En el más antiguo, un viejo de 65 años, el tumor se desarrolló en el frontal y luego se extendió hacia el parietal y temporal del mismo lado, el primitivo se encontró en la glándula tiroides; creció inmensamente pero nunca llegó a ulcerarse; el individuo murió de asfixia por invasión del tiroides- de la laringe y tráquea, fue imposible hacer traqueotomía.

El segundo se refiere a un pequeño tumor duro aparecido en el parietal derecho, de evolución rápida, en una señora de 76 años. Hacía ya 2 meses le habíamos encontrado un carcinoma que empezaba en la ampolla rectal con los síntomas característicos. Un médico prometió curarle su tumor de la cabeza al asegurarle ya a la paciente la inutilidad de tocarlo quirúrgicamente; se le extirpó, pocos días después empezó a crecer con una rapidez asombrosa y a los 3 meses era gigante, había crecido mucho más rápidamente que el rectal; falleció de caquexia cancerosa.

El tercer caso se refiere en la observación siguiente:

Feliciana Barahona, de 70 años de edad, de oficios domésticos, nacida en San Antonio de Oriente y residente en Tegucigalpa, D. C., ingresó al Servicio de Cirugía del Hospital General el 8 de Abril de 1943 con el objeto de curarse un tumor de la cabeza.

Anamnesis próxima

Hace aproximadamente un año que la enferma notó la aparición de un tumorcito del tamaño de un grano de maicillo en la región fronto-parietal izquierda, tumor que era indoloro, fijo y que creció rápidamente hasta adquirir las dimensiones que actualmente presenta. Actualmente acusa dolor que ella atribuye a las repetidas palpaciones a que ha sido sometida la tumoración.

hace tres años; sufrió continuamente pero a veces se hacían intolerables, hasta el último en que su médico le aconsejó intervención. Cosa curiosa el muñón vaginal estaba tan bien peritonizado¹ como si la histerectomía se hubiera hecho por vía abdominal; la adherencia estaba lejos de éste; se hizo indudablemente en alguna pequeñísima porción de peritoneo no suturado sobre extremo de ligamento redondo.

S. PAREDES, P,

Febrero de 1943.

Así mismo la enferma acusa haber padecido de sensaciones de calambre que partiendo del tumor se irradian hacia el ojo del mismo lado y a todo el cuello. -

Hace más o menos seis meses que viene sintiendo dolores en la fosa ilíaca izquierda, dolores que se* irradian hacia la extremidad inferior izquierda hasta el nivel de la rodilla. Estos dolores no son constantes pero con el menor movimiento que intente, hacer o con la palpación de la fosa ilíaca izquierda aparecen con gran intensidad hasta el grado de serle difícilísima la marcha.

Anamnesis lejana

Antecedentes personales: dice haber padecido únicamente de paludismo y disenterías.

Antecedentes genitales: el flujo menstrual se le 'presentó a los 18 años, siendo irregulares -en su presentación, indoloros y i de 3 días de duración. Ha tenido dos¹ embarazos que han llegado a feliz término. No han habido abortos. Entró en la menopausia hace 25 años. Hace 2 años sufrió en este centro dos intervenciones quirúrgicas, una abdominal y otra perineal, ambas con el objeto de reducir un prolapso genital. Asegura que su matriz ha vuelto a descender.

Antecedentes Específicos: no hay.

Antecedentes hereditarios: ignora la causa de la muerte ; de su padre a quién no logró conocer. Su madre murió de un síndrome disentérico.

Antecedentes colaterales: carecen de importancia.

Examen local

En la región fronto-parietal izquierda se nota la presencia de una tumoración del tamaño de una mandarina; la piel que la resubre es brillante, lisa y está surcada de algunas venosidades.

Por la palpación se nota que *la superficie es bastante regular, que la consistencia de la tumoración es renitente y da la impresión, de contener líquido a presión. La piel es adherente; al tumor y éste no es movilizable sobre los planos profundos. En el punto en que la tumoración se implanta se "percibe la presencia de un rodete duro que circunscribe completamente la base de implantación.

Por la compresión no disminuye de volumen y con los esfuerzos o emociones no aumenta de tamaño.

Estado general

Se trata de una paciente de baja estatura, con panículo adiposo muy poco desarrollado y de estructura ósea y musculatura normales. La piel es de coloración morena oscura, seca, apergaminada. Su sistema piloso está regularmente desarrollado.

En esta enferma llama la atención la presencia de una tumoración del tiroides que abarca ambos lóbulos, siendo mayor el de-

recho. En la masa de ésta se¹ logran localizar nódulos de consistencia más dura que el resto de la tumoración.

Funciones orgánicas generales: anorexia, frecuente insomnio y estreñimiento.

Examen de aparatos

Aparato circulatorio: la punta late en el 5º espacio intercostal izquierdo en la línea medio-clavicular. Ruidos cardíacos normales con una frecuencia de 90 contracciones por minuto. Tensión arterial: Mx. 132 — Mn. 60.

Aparato respiratorio: normal.

Aparato genital: se comprueba la presencia de un prolapso genital total, con las heridas operatorias (perineales y abdominales) de las intervenciones a que se sometió hace dos años. Fondos, de saco posterior e izquierdos sumamente dolorosos pero sin lograr diferenciar netamente una masa. Por la comprensión de la fosa, ilíaca izquierda se provoca intenso dolor que se irradia hacia el miembro inferior del mismo lado.

Sistema ganglionar: no hay hipertrofia apreciable de este sistema.

Exámenes complementarios

Heces: positivo por amibas.

Orina: amarillenta, olor suigéneris, turbia, sedimentos, acida,, glucosa: ligeras trazas, albúmina: neg., células epiteliales, leucocitos, cristales de fosfato amónicomagnesiano, células de pus, bacterias y cocos.

Reacción de Kahn: Negativa.

Rayos X: la radiografía antero-posterior y lateral muestran un área de destrucción ósea en la región fronto-parietal izquierda, de forma elíptica, que mide 6 por 3 cm. Al rededor de esta área y en su parte superior se observa una zona de superproducción ósea,, de borde externo liso y de borde interno muy irregular.

[Esta zona de hiperproducción ósea sirve para eliminar un gran quiste solitario.

Impresión: tumor mixto (osteolítico y osteogénico). Como posibilidad: carcinoma metastático o mieloma óseo.

Diagnóstico: Carcinoma metastático de la región fronto-parietal izquierda y carcinoma del tiroides.

C O M E N T A R I O :

La apariencia de este tumor más inclinaba a pensar en un quiste que en una neoplasia maligna pero la rapidez del crecimiento)- la- edad de la paciente, la dureza del rodete de implantación al cráneo y sobre todo la presencia de nódulos duros también de crecimiento rápido de la glándula tiroides, amén del reporte radiológico, nos hicieron forzosamente formular el diagnóstico de tumor maligno metastático.