

## Historias Clínicas del Servicio de Niños del Hospital General

Dr. Antonio Vidal.

—OBSERVACIÓN N° 1—

### ESTENOSIS PULMONAR

Julio César García— 7 años de edad—. Nacido en Agua Fría, (Depto del Paraíso), y avecindado en Tegucigalpa. Ingres a este servicio a curarse de lombrices.

Historia.— Refiere la madre que el niño viene padeciendo, desde hace tres meses {a la fecha de su ingreso), del diarreas frecuentes, acompañadas de expulsión de lombrices y otros animalitos blancos que dan saltos, usando su prop<sup>a</sup> expresión.— Etn<sup>1</sup> concomitancia con estos accidentes tuvo catarro, tos y calenturas.— Este cuadro no ha sido continuo sino que ha presentado sus remisiones.— Hace como cuatro días tuvo un último episodio diarreico, en la misma forma que los anteriores, por lo que trajo al niño a internarlo en este servicio.

Anamnesia Lejana.— De un año, Gastro-enteritis.— A los tres años, Sarampión.— No da historia de otras afecciones infantiles, fuera de las ya mencionadas.— Por otra parte, hace tres meses, Adenitis Inguinal Supurada, la que conserva aún sin curar.

Nació a término, sin asistencia facultativa, con duración del trabajo de tres días.— Coriza nasal al nacer.— La madre confiesa no haber padecido de ninguna enfermedad durante todo el tiempo del embarazo.— Lactancia variada pero poco nutritiva.— Dentición: marcado retardo en su aparición, pues comenzó hasta los trece meses con emisión de los incisivos medios superiores.— Comenzó a andar a los dos años.— intercalamos aquí el hecho, motado por su madre, de que el niño se vuelve cianótico, presenta dificultad respiratoria y le sobrevienen accesos de tos, en ocasión de cualquier disgusto.

Antecedentes Familiares.— Del padre, como ocurre frecuentemente en nuestro medio, no sabemos nada.— Respecto a la madre, que a los siete años tuvo una fiebre con pérdida del conocimiento durante quince días.— Curó, quedando sin embargo, como secuela de este accidente, Parálisis del Motor Ocular Común Izquierdo y Paresia del Motor Ocular Externo Derecho (probablemente un **Ictus** Apoplético).— Ha tenido seis embarazos de los cuales el cuarto finalizó con un aborto de dos meses, espontáneo.— Otro nació muerto.— Los cuatro restantes nacieron a término, pero uno murió al año a consecuencia de una Gastro-enteritis aguda; dos más, de dos años, de Dispepsia Gástrica, quedando vivo únicamente el que es objeto de nuestra observación.

Aquí tenemos que hacer la observación de que, dado que el niño ingresó por una afección de carácter intestinal, no hicimos hincapié, en investigar con más detención, todas las afecciones de or-

den familiar o hereditario, que pudiera haber habido en sus antecesores, o familiares; decimos esto porque el objeto de esta observación es de; carácter cardíaco, distinto al motivo de su ingreso y cuyos signos solamente encontramos accidentalmente, merced al examen, sistemático que se lleva a cabo en todos los enfermitos de este, servicio.

Estado Presente.— Niño con expresión huraña, mirada viva, psiquismo normal.— Talla poco desarrollada, con relación a su edad; desnutrido, con peso de 22 libras.— Piel con tinte ligeramente cianótico, mucosas decoloradas.— Temperatura, 36 1/2 grados.— No hay edemas, exantemas, etc., presentando únicamente una herida operatoria a nivel del pliegue inguinal izquierdo, por Adentis Su purada.

Estado Especial.— A. Respiratorio normal (al principio, porque después presentó una sintomatología de bronco-neumonía. A. Digestivo.— Labios ligeramente cianóticos, lengua saburral, dientes en buen estado.— Amígdalas, estómago, normales; deposiciones diarréicas amarillentas, con evacuación de ascárides.— A. Uninario. Normal. Nervioso, normal.— Ganglios inguinales y cervicales.

Aparato Circulatorio.— Corazón— Inspección.— Aun cuando no debe ser intercalado en este aparato, hacemos notar cierta configuración en quilla del tórax.— Punta del corazón, late a nivel del 5° espacio intercostal izquierdo, por debajo de la tetilla {normalmente en los niños debe ser observado a nivel del 4°}.— Palpación.— Comprobación del dato anterior. No observamos estremecimiento catario ni ninguna otra anomalía.—

Perdición.— Aunque con bastante! dificultad, nos parece notar un aumento de las diámetros normales; el choque de la punta más abajo- de lo normal viene en muestra ayuda.— Auscultación.— Percepción de un soplo sistólico en el Poco Pulmonar (extremidad inferior del 2° espacio intercostal izquierdo), de tonalidad algo ruda, con propagación hacia la clavícula izquierda, y hacia tras parte superior del espacio inter-escápulo-vertebral izquierdo pero no a los vasos del cuello.— Ocorre, sin embargo, que este soplo no es de carácter permanente, pues en varias auscultaciones, algunas veces lo percibimos bien claro, pero en otras no se manifiesta.— Vasos.— Normales.— Pulso de 90 por minuto.

Cardiografía.— Imagen, demostrando un aumento de la sombra cardíaca en todos sus diámetros, a expensas del ventrículo izquierdo (corazón Mitral).

Exámenes complementarios.— Orina; cristales fosfato-amónico magnesianos y bacterias.— Heces: *Lambliia Giardia*.— Exámenes de sangre no se le verificaron.

Conclusiones Diagnósticas.— Con una sintomatología cardíaca, como la expuesta, en un niño de tan corta edad, cabe pensar en varias afecciones, de las cuales iremos eliminando de una en una, por exclusión, para quedarnos con lo más probable.— Y así tenemos:

Soplos Inorgánicos.— Podría hacernos pensar en esto, únicamente lo que referimos con respecto al carácter no permanente del

soplo, pero debemos recordar que los soplos inorgánicos, sin bien es cierto que se pueden presentar a nivel del foco pulmonar, su mayor frecuencia- no ocurre en este lugar, sino en la región meso-cardíaca y cerca de la punta; por otra parte, tienen una mutabilidad propia, es decir, que durante el curso de una misma auscultación, con solo los cambios de posición del paciente, varían de lugar de aparición; existen otros caracteres diferenciales, pero con estos basta.— Así pues, no.

Enfermedad de Roger.— Tampoco: Además de no haber cianosis el soplo radica a nivel del tercer espacio intercostal izquierdo, con propagación transversal, vibrante, y viene<sup>1</sup>, acompañado de estremecimiento catado.

Persistencia del Agujero Botal.— Bastante difícil por no decir imposible diagnosticarla en clínica.

Nos quedan pues, por diferenciar la Insuficiencia Mitra! y la Estenosis Pulmonar.—

Nos referimos a estas dos afecciones en particular, porque aun cuando tienen un sustrato anatómico diferente, a veces se nos presentan, según algunos autores, con una **sintomatología** tan semejante, al grado del poderlas confundir.— Pueden presentar el soplo al mismo nivel, y verificar su propagación posterior hacia el espacio interescapulo vertebral: sin embargo, el foco de propagación posterior, en la Insuficiencia Mitral correspondería a la parte inferior del espacio, mientras que en la; Estenosis se localizaría en la parte superior. —Por otra parte, la propagación anterior, se verifica hacia la clavícula en esta última afección, mientras que ocurre transversalmente en las primera.

En nuestro caso particular, nos encontramos con que el soplo se propaga hacia la parte superior, del espacio interescapulo vertebral y hacia la región **subelavicular**: y aun **cuando** no existe estremecimiento **catarlo** (que por otra parte no es constante., así como el soplo, sobre todo cuando se trata de una Estenosis de la arteria y no sólo del orificio), y aun cuando el examen de rayos X, nos dé la impresión de un **corazón** mitral, nos inclinamos a creer que se trata de una Estenosis Pulmonar.—

Respecto a la etiología' diremos que basándonos en los datos que nos da la madre, con respecto a las enfermedades infecciosas de la infancia, 'padecidas por nuestro enfermito. capaces de producir una; complicación cardíaca (endocarditis), sólo nos refiere el sarampión que tuvo a los tres años y que curó pronto, según' ella manifiesta, descartamos que pudiera tratarse de una afección adquirida o secundaria.—

En cambio, la historia que sobre ella misma nos da., en relación con su vida sexual, durante la cual de seis embarazos que tuvo, hubo un aborto espontáneo de dos meses; otro niño que nació muerto, y el dato importante de que el niño, objeto de esta observación, padeció de coriza nasal al nacer (uno de los signos más frecuentes de heredo-lúes) nos inclinamos, a creer que este niño adolece de una Estenosis Pulmonar Heredolúética Congenital.

Tratamiento,—Reposo.— Y cuando se presentaran complicaciones, el tratamiento indicado para cada una de ellas.

## OBSERVACIÓN No 2

### Infantilismo Tiroideo Hipofisiario

Ramona Vásquez, natural de Sacualpa, de 14 años de edad, ingresó a este servicio a curarse de hinchazón en la cara.

Anamnesia próxima.— Relata la madre que esta niña ha sido así desde que nació.— La enfermedad no ha progresado aparentemente, y no ha tenido ningún tratamiento hasta la fecha.

Anamnesia lejana.— Niña nacida a término, alimentada al pecho materno durante veinte meses.— Dentición retardada.— Le aparecieron los incisivos medios inferiores a la edad de un año; a continuación y con cortos intervalos que la madre no puede precisar, salieron los demás dientes en el orden ordinario, pero cariándosele varios de ellos también muy pronto.

Empezó a andar á los cuatro años; antes de este tiempo era una niña que permanecía sentada, inmóvil, en actitud de indiferencia, completa (ha sido siempre muy calladita, dice la madre), los miembros inferiores flácidos, los superiores normales.— Cuando comenzó a caminar lo hizo muy torpemente, sufriendo frecuentes caídas.— Empezó a articular algunas palabras, a los cinco años de edad y habló bien hasta mucho tiempo después; antes de los cinco años solamente decía mamá.— Padeció en la primera infancia de sarampión, viruela y coqueluche.— Con mucha frecuencia ha padecido de granos diseminados en todo el cuerpo.— Siendo muy pequeña le aparecieron en el tercio superior y cara interna de ambos muslos, unas mañanitas rojizas del tamaño de una moneda de veinte centavos, que pronto se hicieron más oscuras y después se levantaron en la superficie, trasformándose en ampollas que luego se abrieron dejando salir un líquido turbio.— Las ulceraciones que dejaron en su lugar tardaron mucho tiempo en cicatrizarse.

FUNCIONES ORGÁNICAS GENERALES.— Apetito, -sed, sueño y evacuaciones normales.— Organos de la respiración, circulación, del aparato digestivo, urinario y del sistema nervioso normales.— Organos genitales de tipo infantil.— Oído, olfato, y gusto normales.— Sensibilidad un poco exagerada al frío.— No se ha instalado aún el flujo catamenial.

GENERO DE VIDA.— Esta niña lleva una vida sedentaria, pues no se dedica absolutamente a ninguna actividad ni mental ni física.— Alimentación escasa y poco nutritiva.

### ESTADO PRESENTE

Antecedentes hereditarios.— Madre vive, se encuentra actualmente **interna en el Asilo de Indigentes de este centro, curándose de**

una erisipela, que padece en ambos miembros inferiores desde hace un año.

Ha tenido 10 hijos, de los cuales han muerto 6 a una edad que oscila entre 2 meses y un año y medio, de catarro al pecho y lombrices, según ella dice.— No tuvo abortos.— Los cuatro restantes viven, y son, sanos.

El padre vive, es sano, muy adicto a las bebidas alcohólicas.

Tuvo 7 hermanos de los que han muerto dos, uno de 1 año de edad, a consecuencia de una pelota en la axila y el otro de fiebre, no puede especificar qué clase de fiebre.— Los restantes son sanos.

### ESTADO PRESENTE

Estado general.— Expresión de la cara indiferente, mirada apagada, sensorio embotado, psiquismo retardado.— Corpulencia poca, peso 50 libras, arquitectura ósea normal musculatura poco desarrollado, panículo adiposo escaso, estatura 1 metro 13 centímetros.

Actitud del cuerpo indiferente, marcha lenta y como vacilante.— Color de la piel moreno, seca y con temperatura oscilando entre 36, y 36.5 grados c, no presenta exantemas, pigmentaciones ni cicatrices.»-- Últimamente ha tenido elevaciones de temperatura entre 37 y 39.7 grados c. debido al tratamiento a que ha estado sometida.

### ESTADO ESPECIAL

Órganos de la respiración.— Tórax en quilla, es decir, abultado hacia adelante y aplanado: hacia los lados, ligeramente estrechado en sentido transversal y alargado en sentido vertical, más estrecho hacia la base que hacia el vértice.— Palpación, percusión y auscultación pulmonar negativos.

Órganos de la circulación.— Punta del corazón late en cuarto espacio intercostal izquierdo; con una frecuencia de, 80 pulsaciones por minuto.— Inspección, palpación y auscultación del área precordial negativas.— Inspección y palpación de los vasos, negativos.

Aparato digestivo.— Boca: dientes en posición y forma defectuosos, los incisivos medios superiores tienen una forma que recuerda ligeramente a los dientes de Huthcinson, los laterales están colocados hacia la cara anterior de la encilla y están cariados y reducidos a la raíz.— Varias piezas dentarias más' están en pésimo estado y en posición, forma y tamaño muy diversos. Lengua normal.— Amígdalas un poco enrojecidas y aumentadas de volumen.— Faringe normal.— Esófago, estómago, intestinos e hígado normales, vaso percutible.— Abdomen glubuloso, indoloro.— Evacuaciones en número de una diaria, normales.

Órganos urinarios normales.— Cantidad de orina en 24 horas: 1 litro.

Sistema nervioso.— Sensorio embotado.— Es de notar que se hace repetir siempre las preguntas, no porque sea sorda, sino porqué parece como que no las comprendiera de momento y además responde lentamente y como haciendo un gran esfuerzo.—

Cabeza alargadas en sentido antero-posterior y como terminada en punta roma.— Cabellos gruesos y poco abundantes.—

Reflejo abdominal, rotuliano y plantar normal.— Reflejos pupilares a la luz y acomodación normales.

Vista, -, oído, gusto y olfato normales.

Cuello.— A la inspección se nota que el cuello presenta una ligera incurvación hacia adelante de la parte medra.— La cara anterior es plana y las **laterales** ligeramente abultadas.

Al la palpación se nota una glándula tiroidea de dimensiones reducidas, de consistencia blanduja y superficie regular.— Los dos lóbulos laterales, que SCKI los que se palpan, son de forma redondeada.

La columpia vertebral a la inspección y palpación presenta una; exageración ligera de la curvadura lumbar y de la dorsal.— Hacia la región lumbar se nota una ligera escoliosis con la convexidad) hacia la izquierda.

Exámenes **complementarios**.— Sangre, recuento:.....

GR 2.650.00 GB 9.600; N 80% ; L 16% ;GM4%;B 0% ; B oo/o.— Sangre por Khan, 0; Líquido cefalorraquídeo por Khan.— Resuento 2.10, Takata.— Ara 0, Nonne.— Appel 0.—

Orina; color amarillo claro, olor fétido, aspecto transparente, sedimentos abundantes, reacción ácida, densidad 1015, glucosa 0, albúminas 0, Pigmentos biliosos ligeras trazas.— Microscópico, **colibacilos** III Heces, positivo por **tirocéfalos**.— **Cantidad**, 300 grs. en 24 horas.

Radiografía del cráneo.— La silla turca presenta un tamaño prácticamente normal en relación con el tamaño del cráneo.— Dentro de ella se observan sombras de calcificaciones, lo **mismo** que en la glándula pineal.— Tanto los huesos del cráneo como los de la cara tienen las peculiaridades de acromegalia.

**Resumen** de los síntomas que llaman la atención.— Son en primer lugar la estatura de la enferma que la hace considerar como, una niña de unos 7 u 8 años aproximadamente; en efecto to- — mandóle la estatura y el peso se ve que están muy debajo del promedio normal, **pues** son de 1 m. 13 cm. de estatura y con 50 libras de peso, correspondiendo normalmente a esta edad, una altura de Im. 45 cm y un peso de 81 libras, aproximadamente.— En segundo lugar la facies de la enferma, es una facies como de preocupación, de aburrimiento, de abulia.— La cara chata, como edematosa, abotagada, la frente estrecha y con el entrecejo contraído, la mirada yaga e indiferente.— La piel del cuerpo es seca, fría, arrugada y de color pálido.— La musculatura es flácida.— Además hay una: sensibilidad exagerada al frío.— Luego la falta de desarrollo **sexual**, pues los órganos genitales externos y los senos son de aspecto **infantil**, no tiene pelos en el pubis ni en las axilas y no se le ha instalado el flujo catamenial.— La marcha es lenta y como vacilante.— La voz parece enronquecida y la palabra es lenta y como temblona, aunque perfectamente articulada.— El examen, radiográfico del cráneo y la cara que da por **resultado** : ' el qué ya **conocemos**.

El examen de la boca, muestra la disposición, forma y dimensiones tan anormales y la carie precoz de varias piezas dentarías.— Aumento de volumen de las amígdalas y además el vazo es percutable.

Diagnóstico.— Tomando en cuenta los datos anteriores, el diagnóstico es de Hipotireosis congénita con distrofia hipofisaria, en un terreno heredo-sifilítico.— Naturalmente, para sentar este diagnóstico con más seguridad, hubieran sido de mucho! valor algunos exámenes complementarios, como el metabolismo basal, el examen de sangre, orina y heces, investigando cantidad y manera de asimilarse y eliminarse la glucosa, el nitrógeno y el fósforo, lo mismo que la colesterinemia, exámenes que no pueden hacerse en! nuestro medio.

en este entro.— En cuanto al diagnóstico de heredo-sífilis, se apoya en los estigmas que presenta la enferma y además en que la madre es sifilítica.

El diagnóstico diferencial podría hacerse con una acromegalia, que aunque en esta enfermedad' hay detención en el desarrollo sexual, y órganos genitales extemo y trastornos tiroideos, estos últimos son generalmente manifestaciones de hipertiroidismo y aunque a veces pueden ser de hipotiroidismo, la enferma no presenta el desarrollo exagerado del esqueleto que caracteriza a esta enfermedad.

Con una tiroesis congénita, pero en este caso los trastornos son mucho más acentuados y es mortal en los primeros días de la vida. —Lo mismo puede decirse de la enfermedad de Simmond.— En esta enferma los síntomas son muy discretos, y no hay taquicardia ni manifestaciones tróficas greves.

Por el edema de la cara podría<sup>1</sup> pensarse<sup>1</sup> en una nefritis crónica, pero el edema de origen renal principia generalmente por las regiones maleolares, es blando y depresible y tiene tendencia marcada a generalizarse.— Esta enferma sólo presenta un edema muy discreto, localizado en toda la cara y es duro, no depresible y por otra parte no tiene esta enferma ningún otro síntoma que pueda hacer creer' en la existencia de una nefritis.

Por último, con una hipovitaminosis completa, pero los trastornos del sensorio, las facies, el retardo y lentitud de las actividades tanto físicas como mentales no hablan en su favor.— Además, si e« caso se halla presente y sobre añadida esta vitamino-sis, solo podría deslindarse la parte que le corresponde con un tratamiento de prueba.

Pronóstico.— Es reservado, pues el tratamiento debe continuarse durante toda la vida y además a veces no es efectivo y en cambio puede ser de manejo delicado y peligroso.

Tratamiento.— Administración oral de preparados tiroideos e hipofisarios.— Aunque mejor sería' administrar preparados pluriglandulares, pues como se sabe, estas glándulas tienen relaciones hormonales y consecutivamente, funcionales, dependientes unas de las otras y cuando una de ellas funciona mal, sea por aumento o por discinución de sus secreciones, las otras sufren las consecuencias de este desfuncionamiento.

Los preparados tiroideos se administran: preferentemente por vía oral, en forma de tabletas de preparados biológicamente valorados, de los cuales se administran de 0.05 a 0.10 gramos al día vigilando cuidadosamente el pulso, el metabolismo basal, el peso, las deposiciones, el sueño, etc. que serán las que regularán las dosis— Así se logra casi siempre el mejoramiento de todos los síntomas, así físicos como mentales.— También se puede administrar la tírotoxina a la dosis de 1 a 2 gotas diarias de una solución al 2 por 1000, tomando siempre las mismas precauciones.— Los preparados hipofisarios se darán, en la misma forma.

Continuará.