

UN CASO DE NEUROFIBROMA

Por el Dr. MANUEL CACEKES VIJIL

PAULA JUANES CORTES, de 22 años de edad, mestiza, soltera, y de oficios domésticos, nacida en la aldea de El Carrizal, departamento de Francisco Morazán, residente en el mismo lugar, ingresó al Servicio de Medicina de Mujeres del Hospital San Felipe el día 10 de abril de 1947, a curarse de parálisis de las piernas.

Anamnesia próxima.—Refiere la enferma que su enfermedad le empezó hace ocho meses, teniendo que ayudarse con un bordón para poder caminar; ¡al cabo de los cuales los trastornos de la pierna derecha se le manifestaron en la izquierda, imposibilitándosele la marcha desde esa fecha. Siente mordiscos en la cadera y como si le oprimiesen el ombligo, —poco tiempo después notó que iba perdiendo la sensibilidad al calor y al dolor y que la parálisis le progresaba con alguna rapidez.

sentido de su eje longitudinal. Sutúrase en dos planos: músculo-muscular y sero-serosa. Sutúrase el peritoneo sin dejar drenos en la cavidad abdominal. Drénase la vejiga extraperitonealmente con sonda de Pezzer. Cierre de los planos con catgut. Déjase sonda uretral permanente.

Post-operatorio.—Suero glucosado isotónico intravena. Niketamida. Penicilina y sulfas. Tratamiento antilúético. A los nueve días se le quitaron los puntos; al décimo, la sonda de Pezzer, y a los 15 días la sonda uretral, haciéndole de antemano un lavado vesical antecéptico. Fue un post-operatorio feliz. Se le dio salida a los veinte días?

D—Considera alones del caso

Este enfermo fue atendido en cuanto llegó al Hospital por el Practicante de Turno, Valenzuela, quien me llamó para consulta y quien sospechó una ruptura de la vejiga. Lo exploré, estando de acuerdo con el diagnóstico hecho. Demás está decir que un examen radiológico salía sobrando, pues el enfermo no hubiera resistido el tiempo que se toma para un examen de Rayos X. El sondeo, aun con la mejor asepsia, podía haber llevado una infección a la cavidad abdominal. Los conmemorativos y la exploración se impusieron en este bellissimo caso, satisfaciendo una vez más los esfuerzos hechos por salvar una vida.

E—Bibliografía

Testut-Latarget.—Anatomía Humana.

Thorek.—Modern Surgical Technic.

James I. Farrell.—Text-book of Surgery, by Christopher. Y

Tegucigalpa, D. C., mayo de 1948.

Después que le empezaron los trastornos en la pierna derecha y antes que le empezaran en la izquierda, tuvo fiebre con escalofríos, que desapareció con abundante diaforesis. Cuando empezó la enfermedad las micciones eran normales, pero hace como tres meses orina a poquitos y a veces no siente los deseos de verificar la micción. Las evacuaciones son diarias y según dice la enferma, ella siente el deseo de defecar. Hace cuatro meses tiene suspensión de reglas.

Como tratamiento ha tomado algunos remedios caseros como purgantes e infusiones de hojas y raíces.

No ha habido cefalalgias, pero sí artralgias, insomnio sin causa aparente, zumbidos de oídos y sordera bilateral desde hace tres meses.

Vida genital. —Evitorrea a los 16 años, irregular en su fecha de aparición con 5 días de duración, abundante los tres primeros días, fétida y sin dolor. Nunca ha estado embarazada. Leucorrea desde hace cuatro meses.

Anamnesia lejana.—Ha padecido de sarampión, paperas, calenturas, tos y catarros.

Funciones orgánicas generales.—Apetito normal. Insomnio con frecuencia; polaquiuria y micciones involuntarias. Impotencia funcional en los miembros inferiores con abolición de las sensibilidades.

Género de vida.—Enferma de familias pobres, con alimentación bastante deficiente. Dedicada a las ocupaciones del hogar. No fuma ni ingiere bebidas alcohólicas.

Anamnesia familiar.—Su madre murió de fiebres que iban acompañadas de fríos, habiendo estado en cama tres meses antes de su muerte. Tuvo cinco hijos nacidos a término y un aborto.

De su padre no sabe ningún antecedente. De sus cinco hermanes hay uno que padece de cefalalgias, los demás son sanos aparentemente. Su abuela materna murió de un tumor en la pierna. No sabe dar detalles sobre el particular.

Exploración física.—Estado general: Enferma en decúbito supino con desplazamiento al decúbito lateral a voluntad aunque con alguna dificultad. Puede sentarse si se le ayuda; no puede mantenerse en pie ni mucho menos caminar. Piel, morena y pálida, con discromías cicatrizales secuelas de quemaduras; descamación epitelial de ambas piernas. Cabello abundante, Facies normales: Psiquismo, normal; la enferma sostiene una conversación sin ninguna dificultad. No hay disartria ni disfonía. Estatura mediana; sistema osteoarticular, normal; panículo adiposo, uniformemente distribuido; miembros inferiores, ligeramente atrofiados. Marcha imposible. Temperatura: 37°, pulso 80 por minuto. Sistema nervioso: enferma que yace en decúbito supino, si se le sienta mantiene esta posición si se le ayuda, y para ello no siente ningún dolor y es imposible ponerla de pie, porque al intentarlo hay flexión en ambas piernas con rigidez en esta posición. La marcha es del todo imposible.

Examen de aparatos.—Aparato digestivo.—Boca con dentadura incompleta y en mal estado. Lengua aframbuesada y con fi-

suras. Pirosis después de las comidas. No hay vómitos. Exoneraciones normales. Hígado normal. Bazo percutible. La palpación no se puede llevar a cabo porque el abdomen está contracturado.

Aparato circulatorio: Normal.

Aparato respiratorio:—Tórax con **incursiones** costales normales, adelgazamiento sin ninguna deformación manifiesta. Pulmones normales. Aparato urinario. Micciones en número de cinco al día en poca cantidad, algunas de ellas involuntarias, sin ardor ni dolor al verificarse la micción. Se le hizo cateterismo de la vejiga y se le extrajo regular cantidad de orina, de un color amarillo intenso.

Aparato **genital**: Normal.

Sistema linfático.— Micropoliadenopatías inguinales bilaterales.

Sistema nervioso.—Enferma en decúbito dorsal desde hace cinco meses aproximadamente.

Exploración. —Miembros superiores: No hay dismetría, asinergia ni cinecia, no hay incoordinación motora. Motilidad activa, normal; motilidad pasiva, normal. Sensibilidad superficial, normal. Sensibilidad profunda, normal. Sensibilidad térmica y al dolor, normales. Reflejos: bicipital y masetérico, normales. Epitroclear un poco disminuido.

Extremidad cefálica: movimiento de los ojos, normales. No hay nistagmo. Mímica normal. Sensibilidad térmica, al dolor, superficial y profunda, normales. No hay parálisis. Temblor fibrilar de pequeñas oscilaciones en los párpados superiores tanto durante la vigilia como durante el sueño.

Tronco. —Cara anterior: sensibilidad superficial, normal hasta el nivel de la novena costilla, lo mismo las sensibilidades térmicas y al dolor. De la novena costilla hasta la última están abolidas las sensibilidades, lo mismo en el abdomen. Reflejo abdominal abolido. Músculos con fracturados que dificultan la exploración manual.

Tronco. —Cara posterior: Las sensibilidades son normales hasta el nivel de la duodécima vértebra dorsal, de allí para abajo hay abolición de todas las sensibilidades. No hay escara sacra, pero sí hay escaras a nivel de los trocánteres.

Miembros inferiores.—Sensibilidades: táctil, térmica al dolor superficial y profunda completamente abolida. Rigidez espasmódica en extensión de los miembros inferiores, pudiendo adoptar la flexión sin la voluntad de la enferma y sin sentir para ello ninguna sensación extraña, quedando así las piernas en espasmo. Para poder extenderle de nuevo las piernas, hay que hacer un gran esfuerzo.

Motilidad activa: abolida. Motilidad pasiva: abolida.

Reflejos. —Tendinosos: rotuliano exagerado y aquiliano exagerado.

Cutáneos: Hay Babinsky permanente y al tratar de provocarlo haciendo cosquilla en la planta del pie se exagera y más la pierna izquierda.

Signos de Gordon y Oppenheim: positivos.

Clónulo de la rótula: negativo.

Clono del pie: positivo.

Reflejo dorcuboideo de Mendel **Betchterew**: negativo.

Otros reflejos: al investigar el clono de la rótula hay trepidación epileptoidea del pie, lo mismo exagenación del reflejo de Babinsky ya existente.

Al hacer presión en las masas musculares posteriores de la pierna (soleo y gemelos) hay flexión de la pierna sobre el muslo y de éste sobre la pelvis, además que se observa trepidación **epileptoidea** del pie.

Exámenes de Laboratorio.—Examen de sangre: recuento globular:

Glóbulos rojos: **3.200 000**

Glóbulos blancos: 10.900

Homoglobina 55%

Hematozooario: negativo

Fórmula leucocitaria: N., 92%; L. 6^ª Á ; P. E. 2%.

Examen de orina: color ámbar, densidad 1010, reacción ligeramente alcalina. Leucocitos y hematíes, 9 por campo (se hace la observación de que la enferma estaba con su regla).

Reacción de Kahn: negativa.

Punción Lumbar: líquido transparente, muy escaso y sumamente hipótenso, por lo que se extrajo muy poca cantidad. Prueba de Quequen Stookey: negativo.

Mielografía. —12 de abril de 1947. —La investigación en el descenso del lipiodol mostró que éste se detiene brusca y totalmente entre la 4a. y 5a. vértebras dorsales. Al mismo tiempo se observa una sombra de contornos redondeados netos que partiendo del lado derecho del **mediastino** avanza sobre el campo pulmonar medio del mismo lado. Por otra parte existe destrucción de la 6a. y 7a. costillas en su porción posterior y de la apófisis transversas y pedículos de las vértebras 6a. y 7a. dorsales. No hay desviación del mediastino.

Impresión.—Neoplasia originada en el tejido conectivo probablemente en el periostio de las costillas o en el sistema ligamentario o perióstico de las vértebras (Sarcoma).

Diagnóstico: Comprensión medular por tumor.

La enferma murió el 13 de abril de 1947 con síntomas bulbares: salivación, nistagmo, afonía, disnea, disfagia y últimamente asfixia.

Autopsia.—Tumor a nivel de la 5a., 6a., 7a. y 8a. vértebras dorsales con destrucción de los cuerpos vertebrales y de las costillas del lado derecho en su parte posterior. Tumor del tamaño de una naranja mediana, encapsulado, Heno de un tejido sólido de aspecto gaseoso y marrilento, no había secreción en el interior y