

Adiposis por Insuficiencia Ovárica

por el Dr. Manuel Cáceres Vijil

J. Z_i, de 36 años de edad, viuda, vecina de Comayagüela, **ingresa** el 6 de marzo del corriente año al servicio de la Sala de Medicina de Mujeres del Hospital General, quejándose de un aumento considerable de las nalgas y la parte superior de los muslos.

Anamnesia próxima. Refiere la enferma que hace seis años le empezaron sus actuales males consistentes en aquel entonces en trastornos menstruales, foligomenorrea) pues en lugar de durarle tres días como era lo corriente, le disminuyó a dos estando en esta forma durante el término de un año, al cabo del cual, le disminuyó a un día durante seis meses, y que después se le suprimió del todo, de esto hace cuatro años y medio. Durante todo este tiempo experimentaba obnubilaciones cefalalgias, raquialgias con alguna frecuencia, pero de carácter transitorio. Hará unos cuatro años que notó un desarrollo exagerado de su tejido adiposo de las regiones glúteas, invadiendo la parte superior y externa de ambos muslos. De un año a esta fecha ha experimentado sensación de calor en la cabeza y en ambas regiones inguinales, acompañadas estas últimas de prurito, sufre a veces de insomnio sin ningún motivo.

Anamnesia lejana. Antecedentes personales.—En su infancia padeció de Sarampión, varicela, tos ferina. En su juventud tuvo

un ataque de gripe y después uno de paludismo que le duró dos años. De ocho años a esta parte padece de bronquitis crónica consecutiva al ataque de gripe. Ha padecido de Disenteria aguda hace tres años. Tuvo dos partos: el primero de ocho meses de embarazo muriendo al nacer y el de término muriendo tres días después, sin presentar ninguno de los dos lesiones apreciables *^{ne} dieran sospechar la causa de su muerte. Desde su último P^a del cual hace ocho años no ha vuelto a <Juedar TM'

frazada, aun siguiendo en relación ^c>^{one}* sexuales. Antecedentes hereditarios y colaterales: sm ^{lm}portancia-

Estado presente: Enferma de talla y consistencia regular; a nivel del cuero cabelludo se notan unas zonas de alopecia. En el cuello parte lateral derecha se notan las yugulares externas dilatadas. Las glándulas mamarias están atrofiadas; a nivel de las regiones glúteas y caderas se comprueban una deformación que detallaré adelante. Pulso, 70. Temperatura, 37. Presión arterial, Mx. 14. mn. 8.

A la inspección se nota en ^lus caderas y regiones glúteas una prominencia exagerada debida a la hipertrofia el tejido adiposo que llega por abajo-hasta la parte media de ambos muslos > de suma flacidez, pues se desplaza lidad durante los cambios de posición de la enferma - En estas mismas regiones se

nota un desarrollo anormal de las venas superficiales.

Palpación.-La tonicidad general muscular normal. En las regiones afectadas se comprueba la flacidez del tejido hipertrofiado, correspondiendo al celular subcutáneo, no acusa ningún dolor a la presión. Motilidad activa y pasiva normal. Fuerza muscular al dinamómetro, miembro superior derecho 25 Kg.; izquierdo 18 kg. Reflejos tendinosos normales tanto los del miembro superior como del inferior, reflejos cutáneos: disminuidos. Sensibilidad superficial, táctil, dolorosa y térmica normal.

Sensibilidad profunda; perióstica, noción de posición, actitudes segmentarias, parestecia y sentido estereognóstico normales. ■

Estación de pie y marcha: normales.

En la exploración de los órganos de los sentidos no se encuentra nada de patológico.

Aparato cardio-vascular: normal.

Sistema linfático ganglionar: adenitis inguinal bilateral.

Aparato respiratorio, vías superiores normales: pulmones: inspección, palpación y percusión: normales. Auscultación: estertores gruesos en la región subescapular derecha.

Radiografía: negativa por infiltración tuberculosa.

Aparato digestivo: Boca: piezas dentarias malas; faringe bucal eritematosa, demás partes de dicho aparato normales.

Examen ginecológico: Vulva normal, vagina normal, útero en retroversión.

Aparato urinario: normal.

Exámenes- complementarios:
Sangre: Reacción de Kahn: negativo. Hematozario: negativo, Orina: químico y microscópico: negativo.

Heces: positivo por huevos de uncinaria.

Metabolismo basal: más 19.

Peso: 152 libras,

Recuento globular: Rojos: 3 256 000 Blancos: 7.500.0.

Diagnóstico: Hicimos el diagnóstico de Am is deficiencia de la función $\text{O}^{\wedge} \text{vic}^{\wedge}$ Des-

cartamos **paramente la Enfermedad de Dercum o Adiposis**

dolorosa porque en esta última $\log^{\wedge} \wedge^{\wedge}$ afectados son más duros y sumamente dolorosos a la presión; hay sensación de que ma^{\wedge} duras en su espesor y la presencia de zonas de anestesia

trastornos vasomotores y secretorios. También descartamos el trofoedema, localizado sobretodo

en los miembros inferiores, siendo también un edema duro, blanco y generalmente congénito o

de los primeros años de vida. Se descartó las lipodistrofias en que

la parte superior del tronco es muv^{\wedge} delgada contrarrestando

con la parte inferior bastante gruesa. Con las otras obesidades de origen endocrínico. La obesidad tiroidea, con todos los signos del mixedema y su bajo metabolismo. La obesidad hipofisaria que se observa en el curso de evolución de tumores ordinariamente malignos desarrollados en la hipófisis o en su vecindad, se acompañan ordinariamente de signos de compresión de las vías

ópticas.

La obesidad epifisaria: manifestación inconstante de los tumores malignos de la epífisis, se