

No. 164

²³
~~Año 22~~

~~Vol. XX~~

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE HONDURAS
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECAS
BIBLIOTECA MEDICA NACIONAL
Tegucigalpa, D. C., Honduras C. A.



REVISTA MEDICA HONDUREÑA



FEBRERO



MARZO



ABRIL

1953

Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director: HERNÁN
CORRALES P.

Reductores: RAMÓN
ALCERRO CASTRO

J. NAPOLEÓN ALGEBRO

J. RAMÓN PEREIRA

Secretario:
ALEJANDRO ZUNIGA

Administrador;
SALOMÓN MÚNGUIA ALONZO

Año XXII Tegucigalpa, D. C., Honduras, C. A., Febrero, Marzo y Abril, 1953 ! 164

MICOSIS PROFUNDAS

Por el Di, Hernán Corrales P.

Nuestro objeto es poner de manifiesto, en un trabajo de conjunto, las diversas Micosis Profundas que existen en nuestro país a través de los casos observados en el Hospital San Felipe, de Tegucigalpa, Honduras, procedentes de diversos rumbos del territorio.

No abordaremos el estudio clínico, micológico e histológico, que es interesante y que hemos abordado en otras ocasiones en comunicaciones de casos parciales (Sesión ordinaria de la Asociación Médica Hondureña de febrero de 1953), porque está fuera de nuestro objetivo actual. Queremos afirmar, categóricamente, que en Honduras se encuentra la gran mayoría de las micosis profundas que se describan universalmente, simulando cuadros clínicos no sólo cutáneos sino también broncopulmonares, laríngeos, óseos y viscerales. Sirva esta revisión para llamar la atención de nuestros colegas hacia los cuadros de Micosis Profundas en presencia de problemas clínicos a veces sin relación aparente con aquéllas.

1°—ACTINOMICOSIS

Esta afección ya es muy conocida por nuestros prácticos en su forma cérvico-facial (descripción clásica de los libros en Patología General), olvidándose otras formas clínicas que deben tenerse igualmente presentes, como son la que simula una infiltración gomosa sífilítica de miembros o una tuberculosis indurativa o una simple osteomielitis fistulizada. Sirva para ilustrar este hecho la fotografía N° 1, de un paciente nuestro, ya curado, en el Servicio de Dermatología del Hospital San Felipe, que presentaba fistulas y nudosidades fistulizadas en pierna y rodilla, con aumento del volumen del miembro que lo triplicaba, con anquilosis de rodilla en



Figura N° 1

Paciente que presenta múltiples fistulas y nudosidades fistulizadas, por actinomicosis de pierna y rodilla izquierdas



Figura N° 2

Radiografía de la rodilla, perteneciente al enfermo de la Fig. N° 1



Figura N° 3

Estudio radiográfico del mismo paciente de la Fig. 1, vista antero posterior

ángulo agudo y roengenograma muy parecido al de la tuberculosis articular, con serología por Kahn positiva, inclinando a los médicos que lo habían examinado antes a pensar en una sífilis gomosa.

El estudio del producto de las fistulas (Serosidad muy fluida), en extensión fresca nos reveló granos típicos de actinómices bovis con miselios muy claros en la periferia. El corte histológico nos mostró varios granos típicos en abscesos. La figura N° 5, expone un caso semejante al anterior, con un 25% de mejoría, después de un mes de tratamiento con ioduros y aureomicina.



Figura N° 4

Granos típicos de Actinomyces bovis, extensión fresca

La actinomicosis es causada por el actinomyces bovis o varias especies del género Nocardia. Se distribuye por todo el mundo y la frase de Cope ilustra mejor el concepto: «Donde haya un microscopio y un laboratorio el hongo se encuentra como causa de enfermedad». Por ello insistimos en no desapercibir las formas clínicas como la de miembros inferiores, torácicas y abdominales, y hacer estudio exhaustivo en pacientes con lesión cutánea actinomicótica. Una paciente nuestra con actinomicosis de cara insistió en un dolor suave a la presión a nivel del maxilar superior y la radiografía mostró una reacción hiperplástica en el macizo óseo, que se redujo con el tratamiento.



Figura N° 5

Caso semejante al anterior, con un 25% de mejoría después de un mes de tratamiento con ioduros y aureomicina



Figura N° 6

Paciente con Actinomicosis de cara



Figura N° 7

La misma enferma de la Fig. N° 6, visto de perfil

Este caso fué diagnosticado por el Servicio de Guardias como un granuloma piógeno y no se situó entre las actinomicosis hasta que se hizo estudio micológico e histológico. La figura N° 6 nos muestra el paciente después de tratado durante cinco meses con aureomicina inyectable y per os a dosis de 3 gramos diarios, con j descansos de 10 días cada mes, y con lugol e hiposulfito de sodio

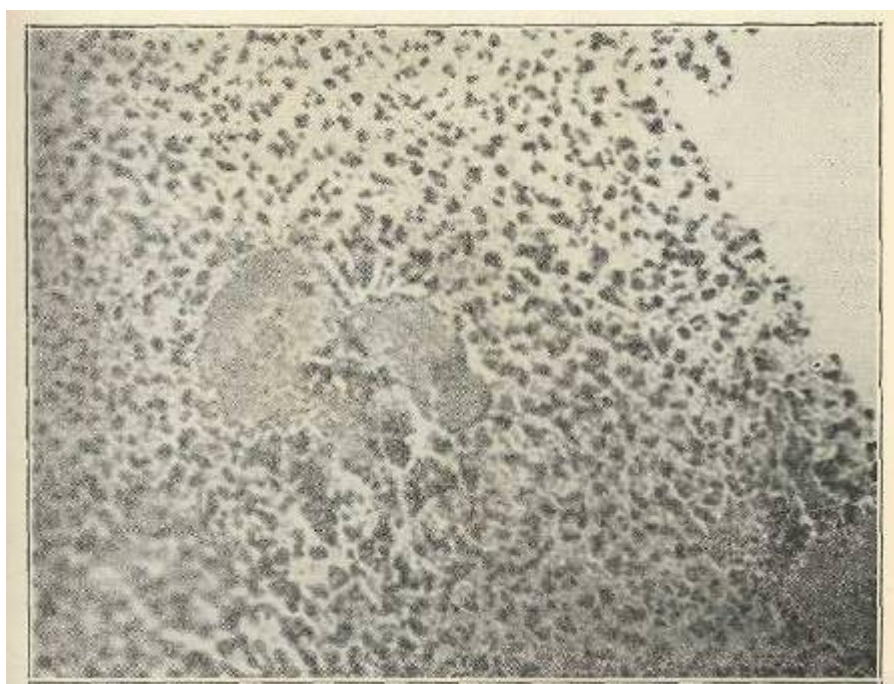


Figura N* 8 Mostrando a gran aumento varios granos típicos en abscesos

a partes iguales por vía endovenosa para cerrar tres fistulas que se mostraron rebeldes a la acción benéfica de la aureomicina durante un mes más.

Queremos dejar constancia de que la penicilina y las sulfas, que son generalmente recomendadas, han dado buenos resultados en varios casos nuestros, pero siempre nos hemos visto forzados a usar ambas drogas sucesivamente por estancamiento del cuadro. La sulfadiazina nos parece la mejor de las sulfas para la actinomicosis localizadas, y la aureomicina nos parece la droga de elección en los casos muy extendidos y profusamente fistulizados de los miembros.

Durante los últimos 24 meses hemos tratado ocho casos de actinomicosis y queremos destacar el hecho de que cuatro de ellos lo fueron con lugol e hiposulfito de sodio a partes iguales en dosis de 5 gramos cada uno, diarios, sin observar fenómenos de intolerancia y solamente un paciente mostró esclerosis venosa que nos obligó a suspender dicho tratamiento.

Cope, citado por Pomposiello, en una serie de 1.330 casos recopilados de la literatura Médica, dice, que el 56% se localizan en el cuello; 22.3% en abdomen, 15% en tórax y deja un 5.9% para otras localizaciones.

2?—MADUROMICOSIS

Muy frecuente entre nosotros, pareciéndonos que el agente más frecuente en nuestra latitud es miembro del grupo aerobio de actinomicetes o Nocardia. La figura N° 9, nos muestra un caso. Hemos encontrado granos amarillos y negros con mayor frecuencia. El pie musgoso de que habla Manson Bahr lo hemos observado en una oportunidad que fue tributario de la amputación. La figura N° 10 ilustra micetomas incipientes y el estado de los huesos del pie. Nos ha parecido, que debe clasificarse su agente causal entre el Monosporium angiospermum. La observación nos ha permitido identificar en varios casos, la existencia de granos rojos.

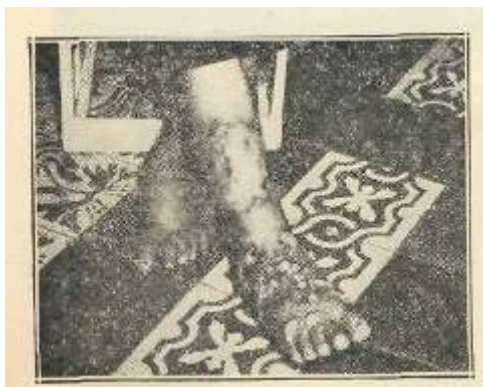


Figura N° 9

Fotografía de un paciente con Maduromicosis del pie derecho



Figura N° 10

Micetoma incipiente del pie derecho

Queremos llamar la atención sobre la enorme incidencia de micetomas que hay en nuestro país, en la cual no hemos catalogado ninguna zona del territorio como la más infestada, por cuanto los casos observados vienen de diversos rumbos del país. La inhabilitación para el trabajo y la invalidez total por micetomas es enorme, siendo muy crecido el número de pacientes con interesamiento de ambos miembros inferiores que requieren amputación, pues el estado de emaciación a que llegan estos pacientes es semejante al de **la tuberculosis pulmonar avanzada.**

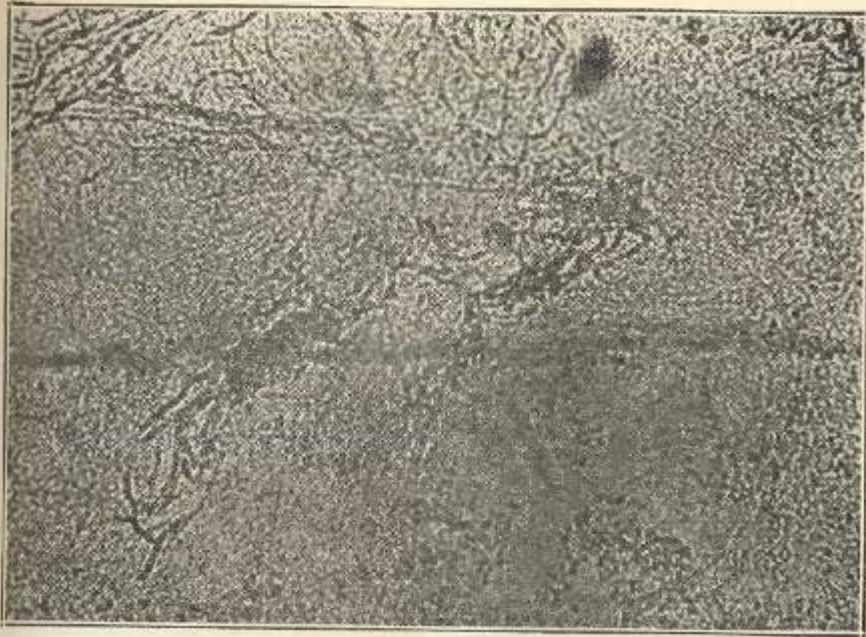
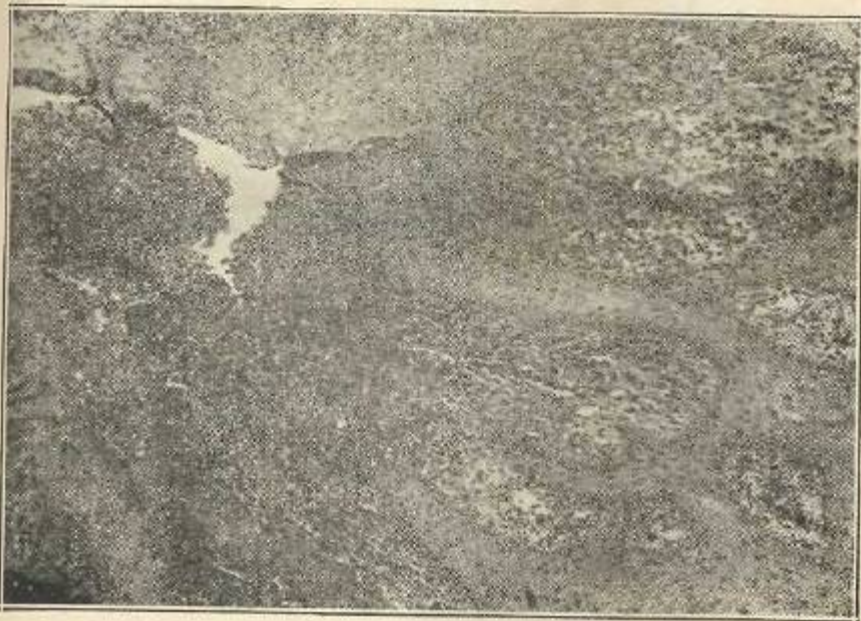


Figura N° 11

Nótese micelios al lado de un grano en protis fresco de un caso de maduromycosis



Nótese la intensa acantosis en esta maduromycosis a granos rojos

Hemos obtenido éxito terapéutico en casos incipientes y medianos mediante administración de Penicilina, Sulfadiazina y Lugol (este último por vía endovenosa), por períodos no menores de 6 meses. Por otra parte se practicó la amputación a 6 pacientes en el lapso de dos años. Si tomamos en cuenta el gran número de pacientes que no solicitan asistencia hospitalaria por diversas causas (vías de comunicación, pobreza, temor, etc.), y los que ostentando un cuadro inicial de maduromicosis —a quienes no se diagnostica correctamente— evolucionan al micetoma irreductible, tendremos, en el panorama nacional, un problema médico-social que casi iguala al del parasitismo intestinal.

La infección es de origen exógeno y resulta del contacto directo con el polvo, favorecido por efracciones cutáneas. Agregando a esto, que nuestros campesinos en su inmensa mayoría llevan los pies desnudos, tendremos la explicación de la enorme incidencia de micetomas. Haciendo una campaña «Pro-calzado para los Campesinos», como lo han hecho ya algunos países vecinos, reduciríamos en gran número la invalidez por micetomas y anquilostomiasis que azota dolorosamente a nuestro pueblo.

3?—CROMOBLASTOMICOSIS

Producida por el *Hormodendrum pedrosoy*, forma vegetaciones papilomatosas prominentes que a veces se ulceran y que se

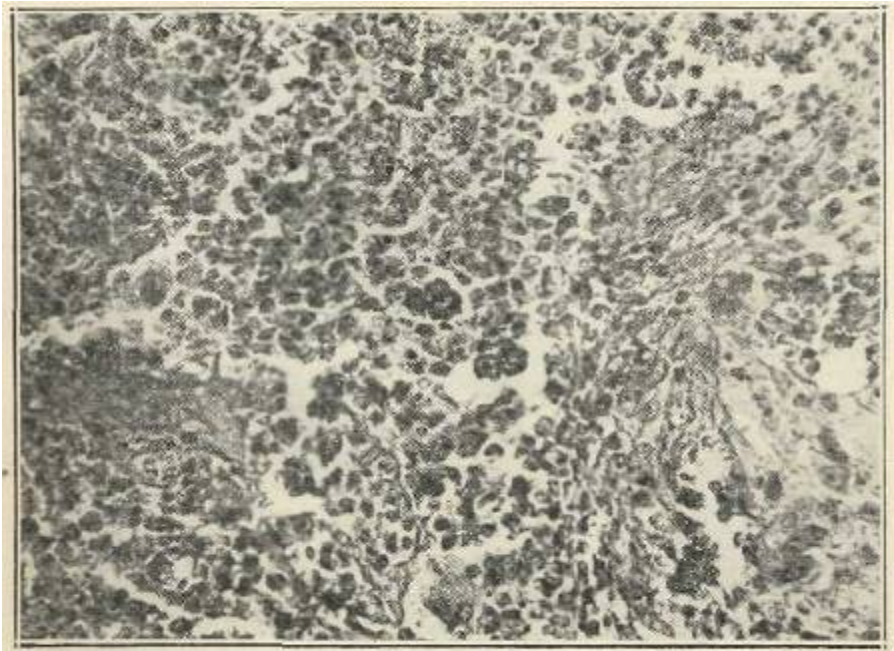


Figura N° 12

Cuadro histológico de un caso de cromoblastomicosis, pequeño aumento

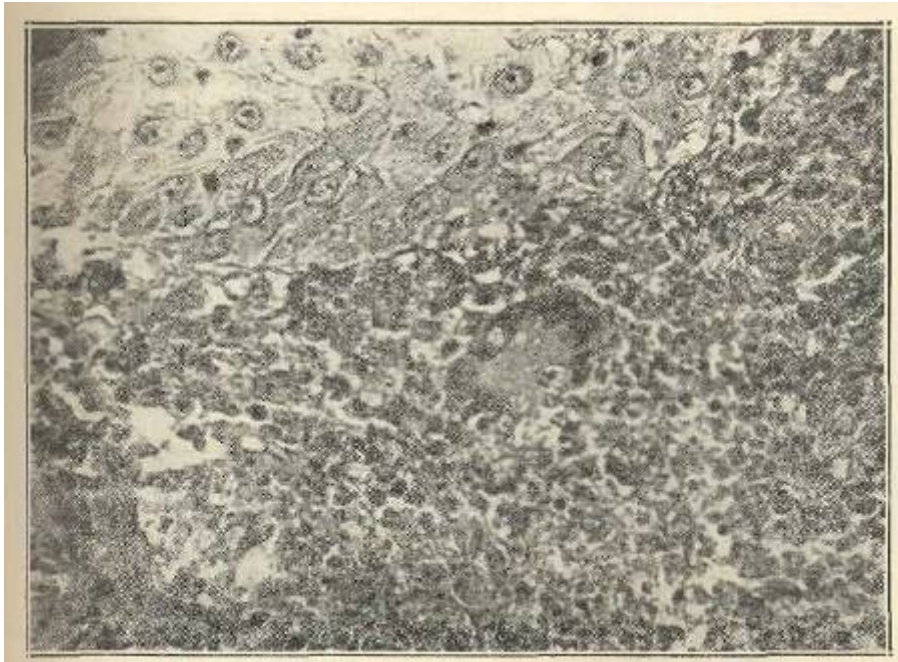


Figura N° 13

Vista a gran aumento de una célula gigante con elementos en ella contenidos, mismo caso de Cromoblastomicosis que aparece en la Fig. 12

localizan preferentemente en extremidades inferiores. El microorganismo tiene color de hoja de tabaco y no forma blastóporos.

Frecuente en Norte y Sur América, África y Rusia, también ha sido comunicada ya en Cuba, Santo Domingo, Venezuela, Guatemala y Costa Rica. Cada vez se comunican casos en diversas partes de la piel: manos, cuello, cara, etc.

Declaramos hoy tres casos que hemos observado en nuestro servicio, presentando las siguientes localizaciones: dorso de mano y antebrazo derecho, dorso de ambos pies, rodilla izquierda y costado derecho. Esta última formaba una gran placa de 20 centímetros en su eje mayor, papi lo matosa, con aspecto de epiteloma.

El caso con lesiones en costado curó con electrocoagulación de las lesiones y con iodo endovenoso —en cantidades progresivas hasta alcanzar 10 gramos diarios— durante cuatro meses. El caso de mano y antebrazo derechos se ha mostrado rebelde a la misma terapéutica sostenida durante casi un año, combinada con radioterapia. **No ha revelado eficacia, tampoco, el tratamiento con Dizu-**



Figura N° 14

Ilustración de un caso de cromoblastomycosis. con localizaciones en dorso de mano y antebrazo derechos. El mismo paciente presentaba localización en dorso de pie derecho

lone. Con el yodo se logró cicatrizar únicamente las lesiones de antebrazo y en pleno tratamiento apareció una lesión en dorso de pie derecho.

El tercer caso curó con dicho tratamiento, pero no ha vuelto a control por lo que lo referimos con la reserva pertinente.

Las figuras Nos. 12 y 13, muestran el corte histológico que ilustra nuestro casos, observándose en ellas los microorganismos típicos.

4°—COCCIDIODOMICOSIS

Su agente causal tiene forma esférica endoesporulada, con un tamaño de 70 mieras de diámetro aproximadamente. Se adquiere por contagio del mundo exterior, en donde vive saprofiticamente, penetrando por la piel, mucosas e inhalación.

Produce gomas, ulceraciones, abscesos, tumores fungosos, etc. Se localiza en cualquier parte del organismo. Puede llevar a la caquexia y a la muerte en corto plazo. *Coccidioides immitis* es el nombre de su agente causal y se le considera el más infeccioso entre todos los hongos capaces de producir micosis profundas.

Se conoce también con el nombre de Enfermedad Posadas-Wernick y se describió por primera vez en Argentina. El foco de infección más grande, que se conoce actualmente, es el valle de San Joaquín, en California. Algunos casos se han reportado en Italia y Nuevo Méjico. Cutireacciones con Coccidioidina llevadas a cabo por la Dirección General de Sanidad de Honduras, en el valle

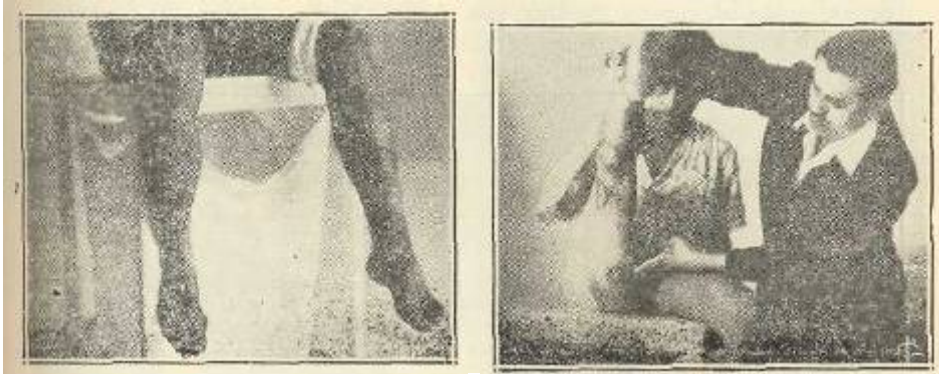


Figura N° 15

Blastomicosis Norteamericana de miembros inferiores, vista anterior

Figura N* 16

El mismo caso de la Fig. N» 15, vista posterior

de Comayagua, revelaron una elevada incidencia de reacciones positivas en personas de diversas edades, señalando una infección universal en dicha zona, semejante a la que se descubrió entre los niños indios de Arizona. Siendo, como sabemos, eminentemente contagiosa, no creemos pecar de exagerados al aseverar que muchas coccidioidosis deben ser causa de muerte entre nosotros (constituyendo cuadros clínicos diversos), pasando desapercibida la causa real.

En nuestro servicio de Dermatología hemos observado dos casos de Coccidioidomicosis, uno pulmonar y cutáneo y otro cutáneo simplemente. Nos referiremos brevemente al primero, que evolucionó como una coccidioidomicosis progresiva (se publicará in extenso),

A, V., mecánico, originario de Nacaome, 51 años de edad, residente en Comayagüela, D. C, Honduras, desde enero de 1950 tiene tos seca que aumenta por la noche, sintiéndose irritado por la mañana. Tratamientos para resfrío común y bronquitis han sido ineficaces. Luego, aparece dolor en piernas y raquialgia que lo obligan a encamarse. Ha perdido 20 libras de peso a pesar de que conserva el apetito. Su termómetro marca ocho décimas por las mañanas y las tardes, desde hace unos dos meses. Un día escupió sangre, el tanto de un vaso, roja y espumosa. Sudoración intensa por la noche. Persiste la tos. Se internó en una clínica de Tegucigalpa, en donde se diagnosticó una probable escrofulodermia y se pensó en una in-

filtración T. B. C. pulmonar, o una neumonía atípica a pesar de que el examen físico pulmonar fue negativo. Viajó a Guatemala donde, en mayo de 1950, se encontró en esputo: *Histoplasma capsulatum*, examen practicado en el hospital San Vicente, servicio del doctor F. Rosales. En abril de ese año se había reportado un examen Radiológico de pulmones, en los siguientes términos: «infiltración de ambas regiones parahiliares, especialmente marcada al lado derecho, que se extiende al campo medio» {Dr. Armando González}. En ese mismo mes se había reportado también un examen de esputo positivo

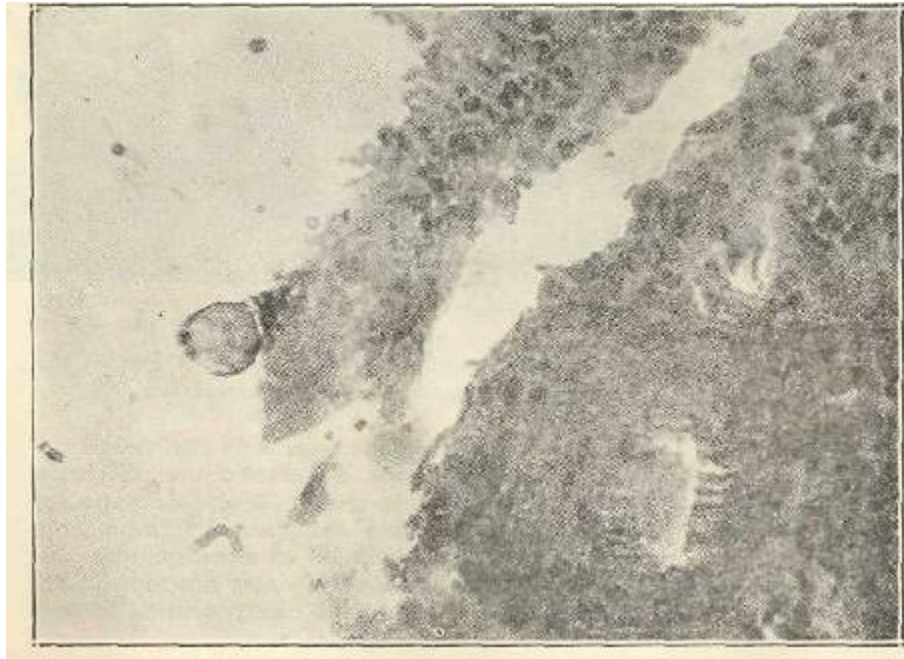


Figura N*1 17

Corte histológico de Ganglio cervical en un caso de Blastomycosis Norteamericana con localización pulmonar, se ven elementos redondeados de doble contorno, que corresponden a **Blastomices** dermatitides

para *Histoplasma capsulatum* (Dr. Nicolás Wiss). En abril del mismo año el examen fluoroscópico revela lo que sigue: La densidad del lado derecho, situada en la base del lóbulo superior, corresponde a una Atelectasia (segmento, faka). El origen de esta atelectasia debe ser una obstrucción incompleta de un bronquio. Si esta obstrucción es consecuencia de un proceso inflamatorio crónico, mucosidad, o de un tumor incipiente, no se puede decidir radiológicamente. Para tuberculosis no hay ninguna señal radiológica. (Dr. Ernesto Cofiño U.). A su regreso de Guatemala apareció una **tu-moración, redonda, dura, indolora, en región supraclavicular dere-**



Figura N» 18

Colonia de Blastomices dermatitides en medio Sabouraud inoculado con el producto del lavado bronquial

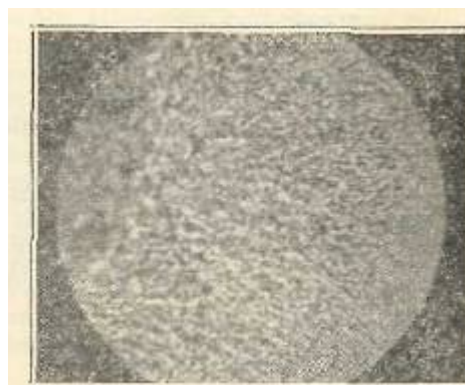


Figura N° 19

Ver explicación en el texto

cha, que algunos días después se ulceró dando salida a líquido seroso fluido y pus. Luego han seguido en base de cuello y tórax, otros elementos semejantes que se ulceran sin tendencia a cicatrizar. Como persistiera la los y fiebres se interna nuevamente en la misma clínica de Tegucigalpa, en donde con diagnóstico de Histoplasmosis, se comienza a tratar con ioduros y otros fármacos, haciéndose estudio radiológico de clavícula derecha, la cual no se muestra interesada por el proceso úlcero-supurante de dicha región.

Se envía al Dr. Marcial Fallas, de San José de Costa Rica, biopsia de la lesión supraclavicular y encuentra en un tejido de granulación, elementos de tipo parasitario de forma redonda compatible con hongo que no se identifica. El Dr. Alfonso Trejos, Jefe del Laboratorio Bacteriológico del Hospital San Juan de Dios, Costa Rica, estudió también los preparados y encontró elementos parasitarios que clasificó como Coccidioides immitis y sugirió la probabilidad de una Blasiomycosis, sin poder encontrar elementos en endosporulación que pudieran asegurar el diagnóstico.

Así las cosas, consulta a nosotros en febrero de 1952, en un estado de anarquía de diagnóstico y con aparición constante de nuevos elementos duros, ulcerados, subcutáneos en el cuello, tórax y miembros inferiores, habiendo recibido tratamientos diversos con Dermatológico y antibióticos en forma masiva.

Antecedentes Personales: Paludismo, Hemorragia, Resfríos comunes. Ha masticado tabaco, ingiere alcohol moderadamente.

Antecedentes Hereditarios: Padres muertos de causa ignorada, una hermana sana.

Examen Físico: Hiperesténico, facies normal, bien nutrido.

Cabeza

Cráneo

Nariz
Oídos
Nada especial.

Boca: Faltan piezas dentarias; algunas careadas; cavum algo congestionado.

Cuello: Elementos nodulares y adenitis gruesas cervicales indoloras, ulceraciones de bordes rojos despegados escrofulodermoideos con secreción de serosidad fluente cetrina, en número de cuatro, en regiones supraclaviculares y supraesternales.

Tórax: vibraciones disminuidas, vértice izquierdo doloroso a la palpación por elemento ulcerado cutáneo. Auscultación, respiración algo soplante en hilios.

Corazón: Normal.
Abdomen: Normal. Hígado
y Bazo: Normales. Genital:
Negativo.

Extremidades: Ulceraciones del tamaño de 20 y 50 centavos en número de dos en pierna izquierda. Aspecto atónico y retracciones en algunos sitios de los bordes.

Exámenes **Complementarios**: índice Ictérico, 15 unidades.
Eritrosedimentación, 60 milímetros en media hora. 99 milímetros en una hora.

Orina: Normal y pigmentos biliares en otra ocasión.
Kahn Standard: Negativa.
V. D. R. L: Positivo.

Homograma de Schilling: Eosinófilos.....	18%
Segmentados	58%
Monocitos	2%
Linfocitos	21%

Hematozooario.....Negativo.

Normotenso con Electrocardiograma, Normal.

Lo llevamos a nuestro servicio de Dermatología del Hospital

General San Felipe. Lo trasladamos al Sanatorio para que nos practicara lavado Bronquial, Mantoux y hacemos cutireacción con Cocci- I dioidina.

La cutireacción fue fuertemente positiva, provocando una reacción local intensa en el antebrazo, que se edematizó al doble con un eritema, interesando casi todo el antebrazo. Al mismo tiempo hubo reacción local, pues los elementos cutáneos se enrojecieron y edematizaron.

En el sedimento del lavado bronquial encontramos elementos redondeados con un tamaño aproximado de 50 mieras, algunos de los cuales presentaban franca endoesporulación.

Examen directo del pus de los elementos cutáneos nos reveló: Esférulas de pared gruesa con endoesporas algunas y otras no.

Comprobado nuestro diagnóstico, iniciamos tratamientos.

Martin y Smith (citados por Conant) han demostrado que los casos de Blastomicosis que han revelado gran sensibilidad al producto del hongo, son resistentes al tratamiento y pueden crecer rápidamente a pesar de la terapéutica iodada. Igual criterio hemos usado para tratar nuestro caso de Coccidioidosis, desensibilizando al paciente con dosis progresivas de Coccidioidina diluida en solución salina. Luego iniciamos terapia con Lugol e Hiposulfito de Sodio, 10 c. c. de cada uno por vía endovenosa durante seis meses diariamente, con períodos libres de un mes cada dos. A los seis meses, hay cicatrización total de elementos cutáneos y el estudio radiológico es normal.

5?—BLASTOMICOSIS NORTEAMERICANA

Blastomicosis dermatítides es el nombre del agente causa! que produce lesiones granulomatosas y supurantes. Tiene predilección por la piel. Ataca también los pulmones y los huesos.

Estados Unidos y Canadá son los sitios en donde preferentemente se le encuentra. La primera comunicación se debe a Gilchrist en 1896 y la segunda, al mismo Gilchrist y Stokes. A Orsmy y Miller se debe el primer caso comprobado de Blastomicosis Norteamericana. Hay reportes en otros sitios de América, que sólo tienen valor relativo, por cuanto no han sido debidamente comprobados.

Hoekenga M. T. y Soto G. R. hicieron comunicación de un caso con Gilchristi sistemático y aportan datos que apoyan la tesis de que su afección fue contraída en Honduras (Revista Médica Hondureña, Vol. 20, N° 156, Septiembre y Octubre, 1951, pág N° 464).

Uno de nuestros pacientes, remitido a nuestro servicio por el Dr. Castillo Barahona, presentaba lesiones granulomatosas supurantes, en placas de diversos tamaños y contornos serpiginosos y centro con ligera tendencia a la cicatrización espontánea.

Las placas ocupaban ambos miembros inferiores desde los pies hasta las regiones glúteas, algunas muy exuberantes. Las fotografías números 15 y 16, nos muestran las lesiones. Cuadro Histológico con intensa acantosis, aspecto pseudoepiteliomatoso y microabscesos. No había invasión generalizada a otros órganos.

Blastomicina positivo. Fue tratado con sulfadiazina y lugol inyectado por vía endovenosa junto con hiposulfito de sodio, 5 c. c. de cada uno durante períodos de 20 días y descanso de 5 días. Se hicieron cuatro cursos, Electrocoagulación. En vista de la reacción fuerte a la Blastomicina hicimos un curso de desensibilización con Blastomicina, previa a Lugol.

Presentamos el corte histológico de un ganglio cervical de un paciente de la Sala Medicina de Hombres, que hemos estudiado en colaboración con el Dr. R.-Alvarado, y que adolece de afección pulmonar con aspecto clínico de tuberculosis, con disfonía, y que



Figura N° 20

Caso de **Esporotricosis** de miembro inferior derecho, hilo de sangre recorre la pierna



Esporotricosis de miembro superior en fase avanzada: úlceras escalonadas supurantes casi confluentes.

sugirió al Dr. R. Alvarado la conveniencia de estudio encaminado a identificar una afección micótica. En el preparado se ven elementos redondeados de doble contorno que corresponden a Blastómicos dermatitides.

Un centrifugado del producto obtenido por lavado bronquial nos mostró, en preparación fresca, numerosos elementos redondos de doble contorno sin endoesporas. El cultivo en medio de Sabouraud, a temperatura del Laboratorio, nos reveló una colonia algodonosa, blanca, típica. Encontramos Conidias piriformes y redondas en el estadio filamentososo del hongo, Fig. N° 19.

No tuvimos oportunidad de hacer reacción con Blastomicina en este paciente. Se encuentra actualmente en tratamiento.

Se desprende de lo anterior, que todos los Internistas que actúan en Honduras, sobre todo en región Noroeste, deben hacer estudio exhaustivo de los pacientes con afecciones sistemáticas para lograr establecer el grado de incidencia de tales Blastomicosis en nuestro país, y que dejemos de clasificar, a priori, todos los infiltrados pulmonares como siendo de naturaleza tuberculosa, sin un estudio completo.

De particular interés es mencionar que varios casos de la Blastomicosis que declaramos hoy, provienen de pueblos cercanos unos a otros como San Nicolás y Nueva Celilac, en el Departamento de Santa Bárbara. Otros provienen del centro y Sur del país.



Figura N° 21

Caso de **Histoplasmosis** de boca, deformidad en "Boca de Tapir" por infiltración edematosa de labios

6?—ESPOROTRSCOSIS

Esta micosis profunda no ofrece una novedad entre nosotros, pero vale la pena afirmar enfáticamente que tiene una incidencia elevada y se encuentra en todas las latitudes del país. En el transcurso de dos años, hemos observado 12 casos repartidos así: 6 en el Servicio de Dermatología del Hospital San Felipe, 3 en nuestro consultorio privado y 3 en el Consultorio Externo del mismo Hospital San Felipe.

La forma corriente de gomas en el trayecto linfático es la que hemos observado siempre, con ulceraciones profundas, bordes despegados, fondo sanioso y evolución muy favorable con el tratamiento iodurado. Queremos destacar el hecho sin embargo, que la poca costumbre de pensar en esta micosis ha hecho posible que pase desapercibida en gran número de casos, a algunos médicos que nos han remitido pacientes con diagnósticos de Sífilis Terciaría, cuando las ulceraciones ya han confluído y de Periflebitis en casos incipientes en que los gomas son aún muy chicos

Sporotrichun schenckii es el organismo causal de esta micosis de lesiones nodulares que se rompen dando ulceraciones indolentes. Gougerot ha encontrado una cepa de *Sporotrichun* patógeno para el hombre y que crece saprofito en las plantas, sobre

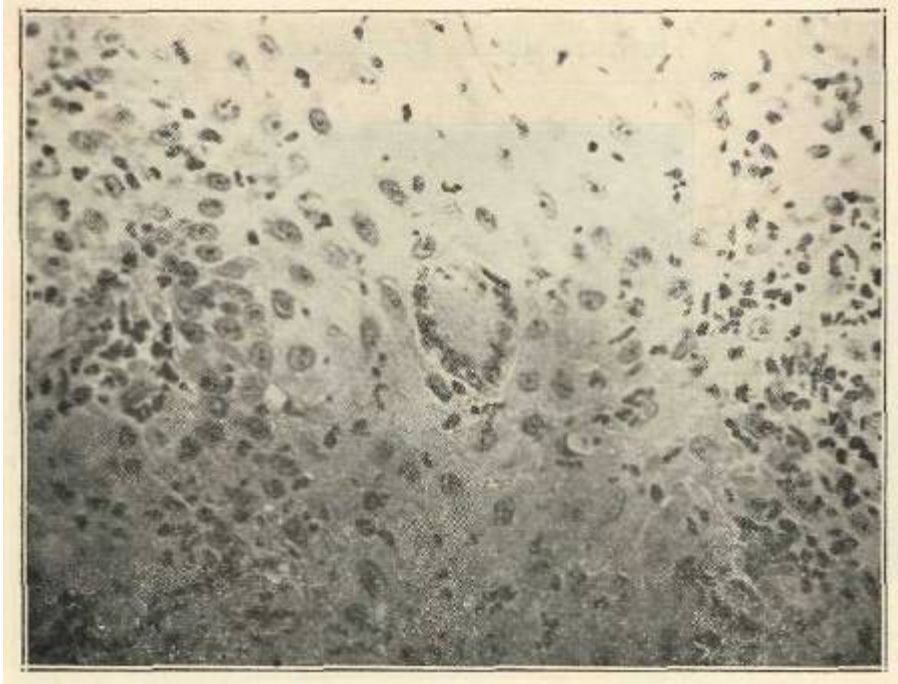


Figura N° 22 Célula gigante parasitada por Histoplasma, perteneciente al caso de la Fig. N° 21

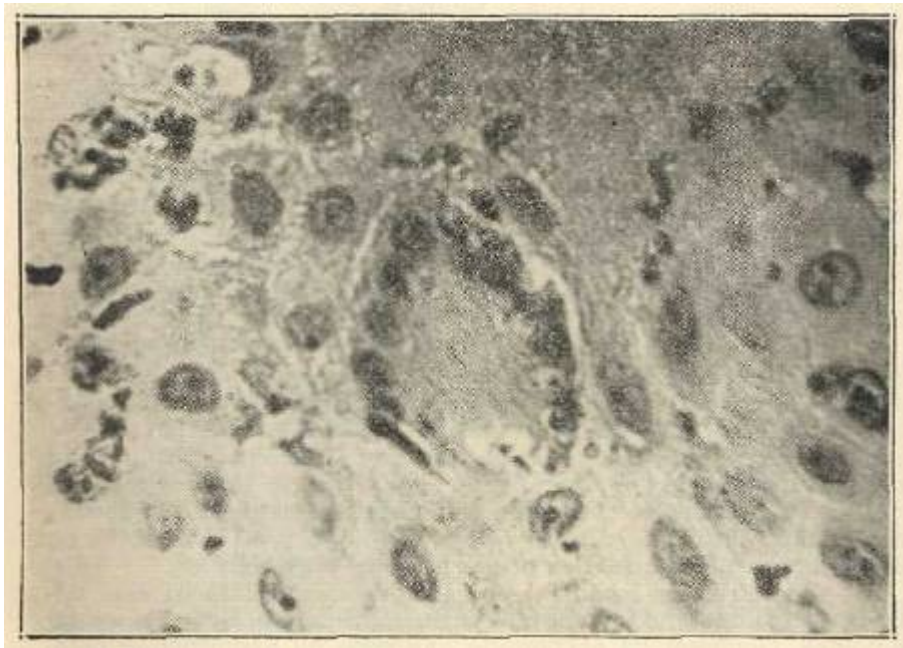


Figura N° 23 La misma imagen de la Fig. 22, a mayor aumento

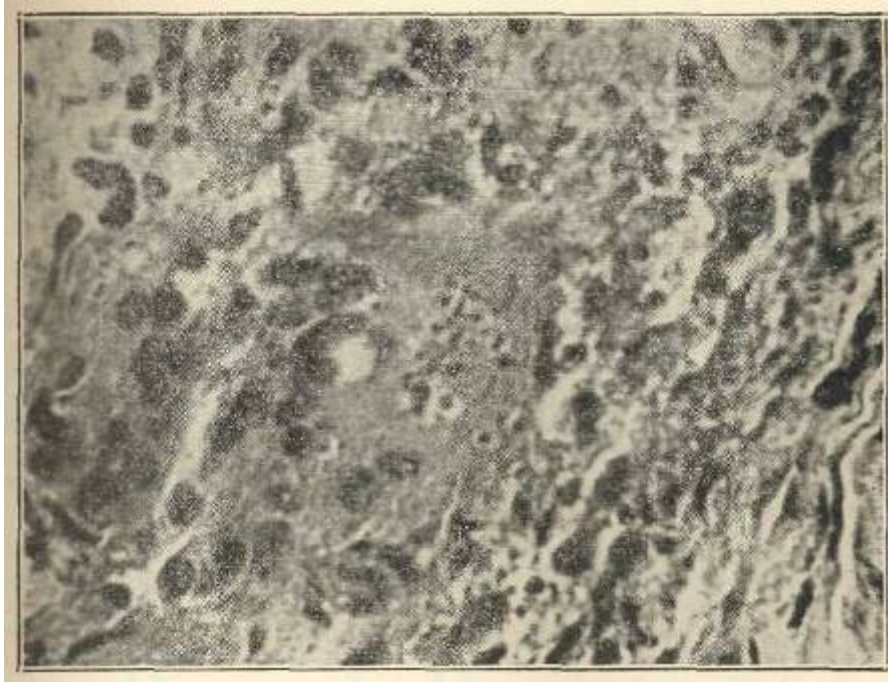


Figura N° 24

Grupo de Histoplasmas **capsulatum**, pertenecientes al mismo paciente de las Figuras 22 y 23



Figura N° 25 Intensa acantosis de la mucosa gingival del paciente de la Fig. N° 21

todo en los Alpes Franceses. En los Estados Unidos se han reportado casos de infección con *Sporoírichun gougerotii*, como el reportado recientemente por Youn J. M. y Urlich E.

7?—HISTOPLASMOSIS

Creemos estar en presencia de un caso de Histoplasmosis de velo del paladar, encías y labios en un paciente de 60 años, procedente del Departamento de Comayagua, que revela afección que comienza por pústula que se ulcera, en el paladar duro a la que sigue una infiltración granulomatosa del mismo y destrucción de la encía superior, con aspecto epiteliomatoso. Edema de ambos labios e hipertrofia ganglionar submaxilar, mal estado general y anemia moderada.

La figura número 21 nos muestra al paciente con su edema de labios. Las fotografías números 22 y 23, nos muestran a pequeño y gran aumento una célula gigante parasitada por microorganismos redondeados y la número 24, nos muestra Histoplasmas a mayor aumento. La número 25, expone intensa acantosis e infiltrado inflamatorio abundante.

No pudimos establecer categóricamente diagnóstico diferencial con Granuloma Paracoccidioidal, en este caso en el cual las formas parasitarias que hemos visto dentro de las células gigantes podrían corresponder a brotes de las células madres de un *Blastomices brazilensis*, pues Conant explica que hay cortes histológicos en los que se encuentran en tal profusión estas células chicas, en *f* el Granuloma Paracoccidioidal, sin encontrarse las células madres.

El paciente abandonó el servicio intespectivamente, no pudiendo terminar nuestra investigación que tiene por una parte semejanza objetiva con la célebre «Boca de Tapir» del Granuloma Paracoccidioidal y por otra parte un cuadro histológico que lo aproxima más a la Histoplasmosis.

En todo caso, el paciente nos ha revelado un campo para la investigación de estas micosis. Nuestra mayor satisfacción sería que este modesto aporte sirviera para inducir a nuestro gremio a la investigación de tan importante tópico de la patología hondureña.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Conant N. y colaboradores. Manual of Clinical Micology. Philadelphia and London. — W. A. Saunders. — 1945.
- 2.—Goldman L. — Herbert O'hara: Blastoraicosis Norteamericana, Revista Argentina de Dermatosifilología, Julio de 1950. Tomo 34, N° 2.
- 3.—Grinspan D. y Pereyra J.: Granuloma Paracoccidioides, Arch. Arg. Derm. Tomo II N° 3.

- 4.—Hoe-Kenga M. T. y Rodríguez Soto: Blastomicosis Norteamericana Generalizada.— Comunicación de un caso. Revista Médica Hondureña, Vol. XX, N: 156.
- 5.—Negroni P., Estudios sobre el *Coccidioides immitis*. Revista Argentina de Dermatosifilología, Julio a Dic. de 1948. Tomo 32, N° 72. Pág. 220.
- 6.—Nousitou. Cordero, Mon: Elementos de Dermatosifilografía. Buenos Aires.
- 7.—Ornsby O. y Montgomery H.: Diseases of the Skin, Lea y Febiger, Philadelphia, 1948.
- 8.—Pomposiello M.: Actinomicosis, Arch. Arg. Derm., Julio 1953, Tomo II, N° 3.
- 9.—Pomposiello M. y Cásala Augusto: Evolución de 2 casos de Granuloma Paracoccidioides, Arch. Arg. Derm., Octubre 1951, Tomo I. N° 1.
- 10.—Seoane M.: Micetoma Actinomicotico, Arch. Arg. Derm., Enero 1952, Tomo II, N° 1, Pág. 84.
- 11.—Youn J. M. — Urlich E. Sporotrichosis produced by *Sporotrichum gougerotii* Arch. of Derm. and Sphi. Enero 1953, Vol. 67. N° 1.

LA LEUCORREA EN NUESTRO MEDIO

Por el Dr. Ramiro **Figueroa Rodezno**

La leucorrea, flujo blanco o flores blancas, como la llama nuestro pueblo, es la expresión compleja de una patología genital a la que poca importancia se le presta, a menos que se acompañe de manifestaciones ruidosas, pero cuando se presenta en esa forma fría y sorda nuestras mujeres la aceptan como una cruz más que acompaña a su sexo, y a esto se agrega la indiferencia que la profesión médica le presta, que no pasa de indicarle a la paciente las clásicas irrigaciones como para deshacerse de ella, sin llegar casi nunca a encasillarla en un tipo de erección, que bien puede derivar de un disturbio endocrino, de un desequilibrio del quimismo vaginal o por la agresión de gérmenes infecciosos; a lo que debe añadirse la actitud de dejadez que asumen nuestras mujeres, sin distinguir de clases ni edades, desde la virgen y la recién casada hasta la menopáusica.

La susceptibilidad de la vagina a los procesos patológicos se debe en gran parte a su estructura anatómica y al fácil desequilibrio del medio vaginal, regulado por la producción del ácido láctico de la transformación enzimática del glucógeno celular, bajo la acción catalítica de los bacilos de Doderleim. La anormalidad cuanti o cualitativa en el pH del medio vaginal, fisiológicamente inclinado a la acidez, desencadena leucorrea. Y cuántas veces no vemos patologías difusas y a distancia que arrancan de una afección focal de la vagina o del cérvix..

Las leucorreas se pueden clasificar como infecciosas y no infecciosas, entre las primeras se cuentan como agentes responsables el gonococo, colibacilo, estrepto y estafilococo, las tricomonas, monilias, etc. Entre las no infecciosas tenemos la leucorrea premensual consecutiva a una disfunción ovárica por congestión pelviana, la de la preñez que en gran **parte** es congestiva, la de la vaginitis senil derivada del hipoestronismo propio de esa edad, la carcinomatosa, etc., etc.

Hay en nuestro ambiente un tipo de leucorrea que parte de un aborto o un parto, como reliquia indeleble, ya que entre nosotros se sigue practicando en el curso del parto el tacto vaginal, tantas y tantas veces condenado por la tocología moderna; por eso en su anamnesis muchas mujeres nos hablan de flujos como secuelas de un parto anterior, pues quien las asistió probablemente no tuvo el escrúpulo de tectarlas vaginalmente. En este minuto actual de la tocología, en que a pesar de que campean los antibióticos, está formalmente proscrito el tacto vaginal en el curso del parto, sustituido ventajosamente por la exploración reical, ya que el arrastre de saprofitos, que son de por sí resistentes a los antibióticos, contamina el cérvix, en ese entonces edematizado, provocando, **aparte** de la infección puerperal a que se expone, un catarro eró-

nico desde el seno de las glándulas de moco, donde se acantonan y se tornan resistentes, manteniendo una patología tórpida.

El tacto rectal para seguir el proceso clínico del parto con suficiente práctica es tan expresivo y preciso como el vaginal, y en las clínicas obstétricas casi sólo se practica éste en el quirófano previo a una intervención tocúrgica o cuando el tacto rectal no arroja una exactitud absoluta como en el caso de un cordón en procúbito.

De manera que mientras nuestras comadronas y parteros sin ningún escrúpulo sigan haciendo tactos vaginales y una defensa de periné infundada con los dedos introducidos en vagina, nuestras mujeres seguirán llevando una cruz más aparejada a su misión de madre. Y es precisamente la casta médica la llamada a revolucionar ese aspecto anticuado de nuestra tocología.

No quiero extenderme sobre la leucorrea aparatosa y factible de diagnosticar de la gonococia, que tiene una etiología clara, a menos que la paciente trate de despistar al médico, pues en sus antecedentes hay casi siempre un contacto sospechoso, y se acompaña de uretritis y el pus característico, evidenciable de gonococos; pero sí me ocuparé con más detención de un tipo de cérvicovaginitis, tan frecuente en nuestro medio, producida por las tricomonas, que invaden la vagina por un autocontagio. De todos es conocida la forma de limpieza que hacen nuestras mujeres después de defecar, en un sentido pósterio-anterior, arrollando desde el ano materias excrementicias contaminadas de tricomonas que anidaban en la luz intestinal y llevadas por el papel higiénico al campo vulvo-vaginal.

Sorprende leer los textos europeos y ver también en aquellas clínicas ginecológicas la escasísima aparición de tricomoniasis vaginal, contrastando con nuestra elevada casuística, ya que en mi consultorio privado he encontrado un 23 % .

Una vez en la sociedad Tocoginecológica de Madrid pregunté el por qué de la casi nula morbilidad tricomoniasis en aquel país, a lo que se me contestó satisfactoriamente que los pueblos europeos y los influenciados por sus costumbres usan sistemáticamente el bidé en su higiene anal.

Las tricomonas no parecen existir en las secreciones vaginales en que el pH es normal, pero se encuentran en las que éste se acerca a la alcalinidad, que generalmente ellas mismas se lo proporcionan, y es en esto precisamente en lo que se inspira en gran parte su tratamiento a base de irrigaciones ácidas. En cambio las monilias y otras micosis pueden vegetar en una acidez normal.

Ante la presencia de tricomonas se manifiestan en la vagina estados hipoepiteliales, hipoglucosados e hipoácidos, lo que proporciona un ambiente propicio para la invasión de gérmenes patógenos. La leucorrea que producen es profusa, blanquecina, espumosa, espesa y algunas veces fétida, provocando una rubicundez en la mucosa que se propaga hasta la vulva, con prurito intenso en esta última; a veces hay diminutas hemorragias que le dan a la vagina

y al cérvix un aspecto de fresa; subjetivamente hay sensación de escozor y quemadura, que vuelve muy sensible la vagina.

No podría pasar por alto las leucorreas por disendocrinias muy abundantes entre nosotros, muchas con todo el cortejo sintomático de -una insuficiencia ovárica; son flujos en que la flora bacteriana es hasta normal, y los factores bioquímicos son los que¹ se han desequilibrado; algunas veces las pacientes consultan por su demasia o por sus consecuencias irritativas, generalmente son criptogenéticas a golpe de vista y sólo la negatividad de gérmenes virulentos nos pone en la pista de un estudio de la citología por el método de Papanicolacu, con el que tan eficientemente ha colaborado conmigo el Doctor Adán Cueva; otras veces se muestra como una colpitis banal o con trastornos tróficos vaginales, ya que las condiciones de salud de la mucosa vaginal, su secreción normal y su fuerza depuradora exigen una equilibrada función ovárica. Las frecuentes alteraciones inflamatorias de la mucosa vaginal atrófica en la senilidad y la respuesta satisfactoria a la hormonoterapia estrogénica, testimonian esta acción de la foliculina de la que carecen las mujeres ancianas. Pero es que también durante la edad fértil de la mujer se puede alterar la formación del epitelio vaginal, cuando hay una insuficiencia estrogénica. Ya con el Dr. Hernán Corrales hemos visto casos con complicaciones de piel, pruriginosas, urentes e inflamatorias, por la irritación leucorreica ! que ha cedido con sólo el tratamiento foliculínico, con el que se consigue que la mucosa vaginal sea menos permeable a los líquidos tisulares y a que por su influjo haya presencia de glucógeno, que se puede manifestar mediante la prueba del lugol, cuando el yodo tiñe los gránulos de glicógeno del epitelio; con la ausencia de este último se altera la producción del ácido láctico que es parte defensiva de la vagina frente a los gérmenes que la acometen.

Se habla en los tratados de endocrinología de las vaginitis endógenas que se asocian con los síntomas y signos típicos de hipovarismo, tales como útero hipoplástico, oligomenorrea, hipomenorrea, amenorrea, frigidez sexual, etc., y de las colpitis seniles de origen atrófico, con frecuencia acompañadas de pérdidas sanguinolentas que se yugulan precozmente con la foliculinoterapia, tanto local como por administración oral y parenteral; ninguno de todos estos tipos de leucorreas se extrañan entre nosotros cuando se piensa en ellos y se les busca. Resulta oportuno recordar aquí la frecuente curación espontánea de la vulvogaginitis gonocócica infantil en la adolescencia determinada por los cambios en la biología vaginal y los caracteres de adultez que adopta, como el aumento del espesor del epitelio a expensas de su capa espinosa superficial y cariopícnica, cargándose de glucógeno, modificación esta que el

médico trata de imitar aplicando el tratamiento hormonal en esta afección tan rebelde durante la infancia.

Ya nadie niega que los estrógenos gobiernan las funciones tróficas en los órganos sexuales, que son sus efectores, no sólo por el aumento de la presencia de glicógeno, sino por lo que clásicamente se conoce como el efecto de las tres haches (3H); hiperemia, hipertrofia e hiperplasia.

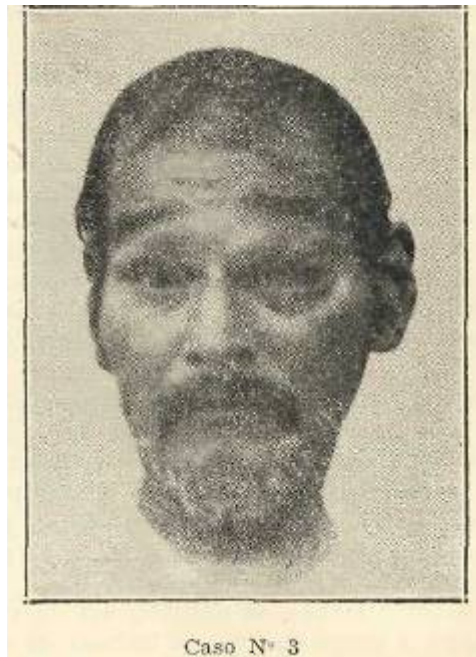
■ Para concluir debo decir que las etiologías leucorreicas que dominan en nuestro ambiente son la tricomoniasis, las disendocrinias, la mala asistencia de partos y la gonococia.

Tegucigalpa, D. C, Abril de 1953.

MUCOCELE FRONTO-ETMOIDAL

Por el Dr. J. Napoleón Alcerro

Los quistes benignos de los senos paranasales, se dividen en dos grupos: los que nacen de la mucosa del seno, y los que teniendo origen dentario, invaden el seno maxilar. El primer grupo comprende los quistes no secretores y los quistes secretores; entre estos últimos se encuentra el Mucoccele, objeto de nuestro estudio.



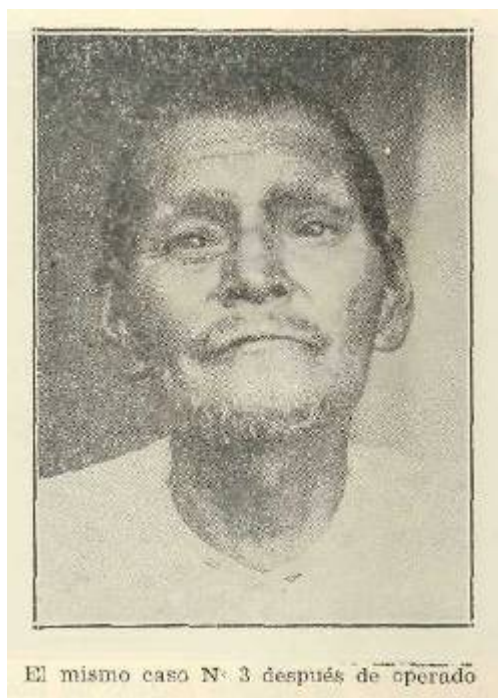
Caso N° 3
Paciente **presenta** tumor bilateral en *Ángulos* superointernos de órbitas

y los quistes por retención glandular. Los quistes de origen dentario son de dos clases: los quistes foliculares y los quistes radiculares.

EL MUCOCELE es una de las formas de quiste benigno secretor, que se localiza especialmente en los senos **frontales y etmoidales**, y muy raramente en los senos maxilares y esfenoidales. Constan de una envoltura quística, que no es sino la capa mucoperióstica distendida del seno, y de un contenido líquido, de color citrino, que contiene productos de secreción, de descamación y de inflamación; a veces ese líquido se vuelve purulento.

La etiología del mucocele no es muy clara, pero se cree **que** los traumatismos frontales, las neoplasias y las infecciones repetidas son la causa más probable de su formación. También hay quienes sostienen (Reverchon y Worms) que el mucocele tiene origen congénito, y admiten que el quiste es el resultado de alteraciones en el desarrollo embriológico de la región **fronto-etmoidal**.

La patogenia es mejor conocida, ya que el factor determinante es la obstrucción del conducto naso-frontal, o de uno de los conductos especiales de comunicación de las celdas etmoidales a la nariz. La posición especial del conducto naso-frontal, predispone

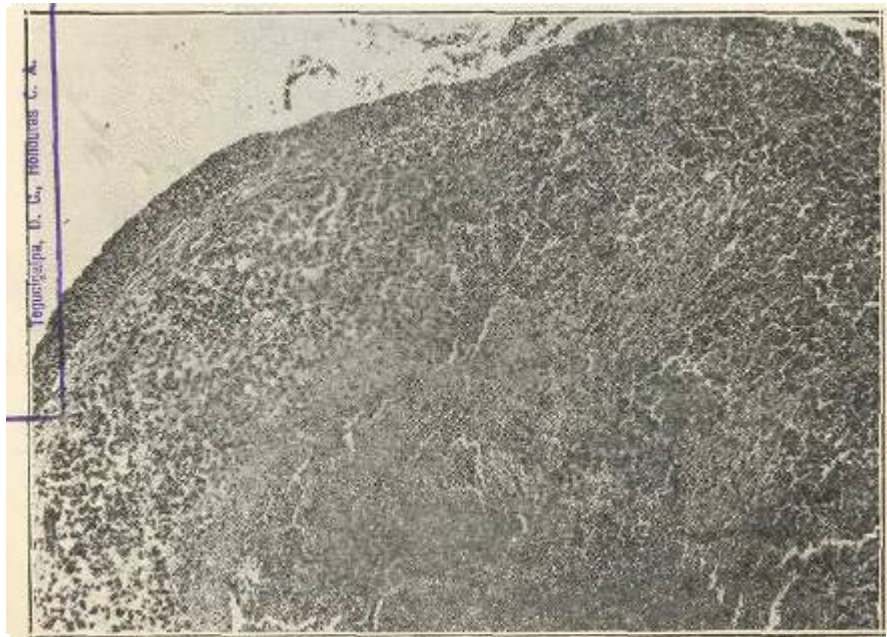


a la obstrucción, que se produce, ya sea por una inflamación **aguda** repetida o por una inflamación crónica, por traumatismo, y por neoplasias, de las cuales el **osteoma** es el más frecuente. Cualquiera que sea la causa de la producción del mucocele, parece ser que cierta forma de degeneración quística de la mucosa del seno se lleva a cabo, antes de que se **forme** dicho quiste mucoso.

Histológicamente estudiada la pared del **quiste**, se comprueba que no es sino la capa mucoperióstica del seno distendida; el epitelio se vuelve pavimentoso por la compresión prolongada; **las** glándulas acinosas disminuyen aparentemente de número y se encuentran comprimidas. El epitelio se encuentra rodeado de **una**

densa capa de tejido conjuntivo, infiltrado de pequeñas células redondas.

Los Síntomas varían según el estado en que se encuentra el mucocele. En el período latente de la afección, es difícil hacer el diagnóstico, ya que los síntomas pueden inducir a pensar en una sinusitis crónica: cefalalgias frontales fugaces o permanentes, pesadez frontal, falta de deseos de estudiar y trabajar, y a veces, neuritis óptica. Es tan difícil hacer el diagnóstico en este período, que sólo un estudio detenido clínico y radiológico puede establecerlo; generalmente la intervención quirúrgica es la que descubre un mucocele en su primer estadio de evolución.



Corte histológico de la pared del mucocele extraído del paciente N¹¹ 3. Puede verse el epitelio completamente aplanado por la compresión. El subepitelio consiste en una densa capa de tejido conjuntivo infiltrada de células redondas

En su desarrollo, el mucocele aumenta de tamaño destruyendo las paredes óseas que lo aprisionan, siendo las más delgadas las primeras en desaparecer: tabiques de las celdas etmoidales, tabique medio frontal, piso y pared posterior del seno frontal. Después que el piso del seno frontal ha sido destruido, se hacen aparentes los signos y síntomas de exteriorización; son éstos tan claros, que difícilmente se puede confundir el mucocele. En el ángulo supero-interno de la órbita, se observa una tumoración más o menos grande que desplaza el globo ocular hacia afuera y abajo, I produciendo o no, diplopia; a veces hay lagrimeo por compresión I

del saco lagrimal. A la palpación, la tumoración uni o bilateral, puede apreciarse ya sea con sensación de crepitación cuando hay una delgada capa ósea que recubre el tumor, o una fluctuación manifiesta, cuando todo vestigio óseo ha desaparecido, y únicamente el revestimiento mucoperióstico se encuentra bajo la piel. Cuando el mucocele es unilateral, la palpación descubre una fluctuación clara, pero hay resistencia a la presión del dedo que palpa; cuando es bilateral, esa sensación de resistencia es menor, y el dedo colocado en el tumor del lado opuesto, percibe la ola líquida desplazada por el dedo opresor, porque generalmente la lámina intersinusal frontal, ha desaparecido. Cuando el mucocele es fronto-etmoidal, o etmoidal puro, puede invadir la fosa nasal produciendo obstrucción nasal uní o bilateral, y el tumor se hace aparente a la rinoscopia anterior, en la bóveda -:-9 la fosa.

En la Radiografía se pueden hacer aparentes diversas formas, según el estado en que se encuentre el tumor, y la localización del mismo; la sustitución del aire del seno por el líquido del Mucocele, produce sombras muy evidentes.

El diagnóstico es difícil durante el período de latencia, y no es sino después de una intervención quirúrgica por supuesta sinusitis, que se ha logrado hacerlo, (hallazgo quirúrgico). En "el periodo de exteriorizaron no hay ninguna duda respecto a la naturaleza de la tumoración, ya que los síntomas son típicos; ¿sin embargo, a veces es necesaria ana punción para estar completamente seguros de que se traía de un quiste mucoso,

El tratamiento es eminentemente quirúrgico. Los mucocelos . etmoidales y los fronto-etmoidales con expansión a la nariz, son ' susceptibles de la extirpación endonasal; pero generalmente se prefiere la vía externa para quitarlos,, ya que se obtiene mayor visibilidad y con ello mayor corle;->. do limpiar bien todas las celdas etmoidales tomadas.

Al hacer la extirpación del quiste, es necesario quitar completamente la pared del mismo, y después dejar una amplia comunicación de los senos a la nariz para facilitar el drenaje y evitar las recidivas por nueva obstrucción del conducto si queda estrecho. Si el quiste es bilateral, .es necesario abrir a ambos lados, porque no es posible darse cuenta pe: un sólo lado de la extensión del opuesto. Terminada la operación, se deja un tubo de goma que de los senos pasa a la fosa, y ese tubo se quita a las 24, 48 o 72 horas, según el caso.

CASUÍSTICA

En mi práctica hospitalaria he logrado diagnosticar y operar tres casos; dos fueron enviados en interconsulta del servicio de Oftalmología del Hospital General, y el otro del Pensionado Civil del mismo Centro.

Caso N° 1.—P. S., de 40 años de edad, nacida en Santa Rita, Santa Bárbara, ingresó al Servicio de Oftalmología del Hospital General, quejándose de un tumor en la órbita izquierda y desplazamiento del globo ocular, hacía abajo y afuera.

Diez años antes, la paciente comenzó a notar la aparición de un pequeño tumor en el ángulo supero-interno de la órbita izquierda, que fue creciendo poco a poco hasta llegar al tamaño de una aceituna mediana; con el crecimiento del tumor, el ojo se desviaba hacia afuera. Como síntomas, la paciente dice que le ha molestado una sensación de peso en la frente, obstrucción nasal, especialmente del lado izquierdo, y catarros nasales frecuentes. No tuvo tratamiento médico, y vino a consultar únicamente porque el tumor le había desviado el ojo.

Al examen clínico, se encontró un tumor en el ángulo supero-interno de la órbita izquierda, de consistencia blanda pero elástica; dicho tumor había desviado el globo ocular hacia abajo y afuera, pero sin producir diplopia; los movimientos del ojo izquierdo hacia arriba y adentro estaban limitados. La rinoscopia anterior mostró un tumor a nivel de la bulla etmoidal (fosa izquierda) de igual consistencia del tumor externo y con trasmisión de la ola líquida desplazada por el dedo opresor. La radiografía a pesar de haberse repetido, no mostró la destrucción ósea del piso del seno, que se encontró al practicar la operación. En el examen físico general únicamente se encontró en la paciente la falta de algunas piezas dentarias, y el mal estado de otras. Los exámenes de laboratorio, mostraron la presencia de quistes de amiba histolítica, en las heces; trazas de albúmina y células de pus en la orina.

El 19 de junio de 1952, con anestesia general con tubo endotraqueal, se practicó una sinusostomía frontal izquierda, constatándose que se trataba de un mucocelo fronto-etmoidal que había destruido la pared medio frontal, todos los tabiques de las celdas etmoidales y el piso del seno frontal izquierdo. Se hizo la extirpación de toda la capa mucoperióstica, dentro de la cual se encontró un líquido citrino, turbio y con mal olor. Una amplia cavidad quedó en el sitio que ocupaba el quiste, la cual se comunicó ampliamente con la fosa nasal y se dejó un tubo de drenaje por espacio de 48 horas.

El post-operatorio fue bueno, y la paciente dejó el hospital 20 días después de la operación.

Caso N° 2.—J. R. O., de 49 años de edad, casado, nacido en Choluteca y vecindado en Comayagüela, ingresó al Pensionado Civil del Hospital General, en el mes de junio de 1952, quejándose de cefalalgia frontal. En su historia cuenta el paciente que padece de cefalalgia desde hace un año; que en el mes de marzo anterior fue tratado con antibióticos e inductotermia frontal, porque le diagnosticaron sinusitis crónica; que con ese tratamiento mejoró de su cefalea; que dos meses después, en mayo, comenzó a notar que tenía una pequeña tumoración en el ángulo supero-interno de la órbita izquierda, y otra más pequeña en el lado opuesto; que pal-

pando cualquiera de ellas que eran blandas, se transmitía una ola que iba de uno a otro lado.

A su ingreso en junio el paciente me fue enviado para diagnóstico y tratamiento. Clínicamente se hizo el diagnóstico de mucocele bilateral frontal; la radiografía no mostró el mucocele.

Al examen clínico encontré dos pequeños tumores en los ángulos supero internos de las órbitas, pequeños, blandos, con sensación de ola líquida que se transmitía de uno al otro, al comprimirlos; la piel a nivel de los tumores era delgada y de color más oscuro que el resto de la piel de la cara. No habían producido desviación de los ojos, ni otras molestias oculares. Fuera de la cefalalgia y la falta de deseos de trabajar, no había más síntomas. Tanto el examen clínico como los exámenes de laboratorio, fueron negativos por otras enfermedades.

El paciente fue operado con anestesia local con meticaína al 1%, adrenalina y wydase, el 4 de julio de 1952. Se operó primero el lado izquierdo por ser más grande el tumor, y después el lado derecho; en el izquierdo habían sido destruidos todos los tabiques etmoidales, y la pared interna del seno frontal presentaba una perforación de un centímetro de diámetro aproximadamente que dejaba ver la duramadre. El piso del seno frontal había desaparecido completamente. El lado derecho había destruido únicamente los tabiques de las celdas etmoidales anteriores y los dos tercios internos del piso del seno frontal, el tabique medio frontal había desaparecido; al ser extirpados completamente ambos mucoceles, quedó una amplia cavidad fronto-etmoidal, que se comunicó con las fosas nasales por amplios túneles en los que se colocó un tubo de goma que se retiró a las 72 horas. El post-operatorio sin complicaciones, fue benigno, y el paciente dejó el Hospital a los 10 días de operado.

Caso N^o 3.—J. A. C, de 68 años de edad, soltero, labrador, nacido en Santa Fe, Ocotepeque, ingresó al servicio de Oftalmología del Hospital General, el 30 de diciembre de 1952, quejándose de tumores en las órbitas. ■

Un año y medio antes el paciente comenzó a notar la aparición de unas prominencias en la parte superior interna de las órbitas, bajo las cejas; poco a poco le fueron creciendo, especialmente la del lado izquierdo, produciéndole desviación marcada del globo ocular hacia abajo y afuera; sentía sensación de peso en la frente, ardor en los ojos y lagrimeo en ojo izquierdo.

Al momento del examen el paciente (Fig.....) presentaba un tumor en ángulo supero-interno de órbita izquierda del tamaño de una ciruela, que desviaba el ojo hacia abajo y afuera y limitaba los movimientos de ese órgano. En el lado derecho, tumor más pequeño, sin producir desviación del ojo ni otros trastornos oculares; tumores blandos con sensación de fluctuación que se transmitía de uno a otro de los dedos opresores.

Diagnosticado el caso de Mucocele fronto-etmoidal bilateral, se operó con anestesia local con meticaína al 1%, adrenalina; se practicó sinusostomía frontal bilateral comprobando el diagnóstico

clínico. Se extirpó completamente la cápsula del quiste mucoso bilateral, que había convertido las celdas etmoidales de ambos lados y los senos frontales, en una amplia cavidad. Como en los otros casos, se hizo comunicación, a la nariz y se dejó drenaje con tubo de goma por espacio de 72 horas. El paciente recuperó completamente, y a los 15 días se le dio el alta.

NOTA: Al único paciente que he seguido observando es el del caso N° 2, que vive en Comayagüela; si presente se encuentra perfectamente curado de sus síntomas subjetivos (cefalalgia frontal y falta de deseos de trabajar), y no hay vestigio de los tumores.

BIBLIOGRAFÍA

- Benign Cysts of the Paranasal Sinuses, Harold F. Schuknecht, M. D. and John F. Lindsay. M. D. *Archives of Otolaryngology*, Volumen 49, Number 6. June 1949.
- Mucocele Do Seio Maxilar, Fabio Barreto Mathus, *Revista Brasileira de Oto-Rino-Laringología*. Vol. **XX**. Número 2, Marzo-Abril de 1952.
- J. E. Rezende Barbosa — Cândido Souza M. Sobre tres casos de Mucocele, *Revista Brasileira de Oto-Rino-Laringología*, Vol. **XII** Número 1 — 1944. Enero y Febrero.
- Otorrinolaringología Práctica. Segura, Canuyt, Errecart y Viale del Canil.

ARACNIDISMO

Por el Dr. Tito H. Cárcamo

El «Lactrodectus Mactans» denominada vulgarmente «cazampulga» entre nosotros, «Black Widow» en Norte América, «Araña Capulina» en México, y «Botón de Zapato» en algunos otros lugares del Continente Americano, es conocida desde hace muchísimo tiempo.

Los indios de California que la llamaban «pokomoo» empleaban su veneno en las puntas de sus flechas. Pero hace apenas un cuarto de siglo que ha merecido la atención de los científicos, habiendo establecido una entidad clínica perfectamente definida, el cortejo sintomático consecutivo a su picadura.

La Cazampulga «Lactrodectus Magtans», es una especie de araña venenosa que se encuentra distribuida en todas las latitudes, pero que especialmente abunda en los climas cálidos moderadamente secos.

Los casos publicados hasta hoy, proceden en su mayoría de las regiones rurales, pero parece que últimamente, ha invadido las ciudades, ya que según una de las últimas informaciones norteamericanas, se ha encontrado en el décimo quinto piso de un rascacielos de Nueva York.

En apariencia la venenosa cazampulga tiene más o menos 1 1/2 centímetros de diámetro. Su abdomen abultado y negro como el carbón —que le ha merecido el nombre de «botón de zapato», presenta en su superficie inferior o ventral, una figura simétrica que asemeja a un reloj de arena, de un color rojo profundo. Sus cuatro pares de patas largas, están cubiertas de pelos negros, lo mismo que el cuerpo. El macho es más pequeño que la hembra y así como su tamaño, es inferior la potencia de su veneno. En la hembra aumenta el tamaño de los sacos que contiene el veneno y la potencia de éste, también aumenta a medida que la araña va creciendo hasta llegar a su madurez. Esto quiere decir, que la picadura de la hembra es más peligrosa. El macho después de fertilizar los huevos de la hembra vive muy poco, ya sea porque su compañera se lo come si está hambrienta o porque su período de vida es más corto.

Algunos investigadores norteamericanos, entre ellos Woodson y Thorp, han demostrado que el veneno de la araña hembra es quince veces más potente que el de la serpiente Cascabel gota a gota.

La cazampulga, vive generalmente en escondrijos y rincones oscuros, sin embargo suele preferir los lugares habitados por el hombre. Por lo general, la araña nunca lo ataca, a menos que se le asuste o lastime, es especialmente delicada, cuando se encuentra

en el cuidado de sus huevos. Tiene especial predilección para vivir en los cajones vacíos, armarios, garages y entre las piedras o plantas de los campos y jardines. El veneno de la araña es una toxalbumina como el veneno de la Cobra que afecta las extremidades de los nervios y es difundido en el organismo, por el torrente circulatorio.

SINTOMATOLOGIA.-Los tres enfermos que en el ejercicio de mi profesión me ha tocado asistir picados por la cazampulga (*L. Mactans*), presentaban los síntomas típicos de esta entidad clínica perfectamente definida, con variantes —por supuesto— en cuanto a la intensidad de los mismos en uno y otro enfermo.

El primer indicio es la sensación de punzada o pinchazo como el de una aguja, seguido de ardor y picazón que va aumentando a medida que progresa la absorción linfática, en seguida viene la diseminación vascular que comienza más o menos dentro de media a una hora después de la picadura, es durante este período que los dolores comienzan, se hacen lancinantes y se difunden, invadiendo primeramente la región lumbar, el tórax, abdomen y las extremidades inferiores, el enfermo toma una posición típica, en «gatillo de escopeta». La pared abdominal se pone rígida, esto junto con los calambres causados por el hiper-peristaltismo intestinal, semejan un «abdomen agudo».

La respiración es difícil y «quejumbrosa», el pulso débil al principio se torna rápido a medida que la presión sanguínea se eleva. Hay sensación de debilidad absoluta combinada con inquietud y cierta inestabilidad emotiva en la que el enfermo «se siente morir». La diaforesis es sencillamente intensa; hay hiperreflexia tendinosa y temblor generalizado que el enfermo hace mover la cama.

La etapa final del síndrome de «aracnidismo», descrita magistralmente por Blair (quien se dejó picar por una araña *L. Mactans*, para poder anotar los síntomas clínicos experimentados en sí mismo) y aceptada desde entonces por la mayoría de los observadores como la fase de eliminación, se caracteriza por aumento de la presión sanguínea, disminución general del espasmo muscular, leucocitosis moderada y finalmente lesión renal. Entonces la recuperación del shock es rápida, desaparece la diaforesis al normalizarse la emisión urinaria y desaparece también la cefalalgia, el temblor y el sensorio vuelve a su estado normal.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL.—Los síntomas de diseminación vascular provocados por la picadura de la cazampulga (*Lactroectus Mactans*) se asemejan bastante fielmente a los síntomas de abdomen agudo, peritonitis, úlcera gástrica perforada, ruptura I de apéndice, etc., etc.

En los niños, sobre todo en los de muy corta edad, en los que se nos hace difícil conseguir antecedentes, el súbito y violento ataque de dolor en el abdomen, acompañado de dureza de madera, sin una apreciable elevación de temperatura, hace que este síndrome pueda confundirse con el «abdomen agudo». Así es pues, que

es muy aconsejable en el diagnóstico **diferencial**, tomar en cuenta esta similitud.

PRONOSTICO.—El pronóstico es favorable, cuando la enfermedad se diagnostica oportunamente y se trata de modo adecuado en la gran mayoría de los casos; sin embargo, la gravedad de la intoxicación es muy variable. En los niños puede ser de fatales consecuencias. En los sifilíticos y alcohólicos el pronóstico es peor que en los sujetos sanos. Bogen opina, que la mayoría de las muertes ocurridas en los adultos, se deben más bien, a ciertas complicaciones que a la propia intoxicación; sobre todo alteraciones del sistema circulatorio a tal grado que el espasmo vascular y la hipertensión consecutiva provocan hemorragia cerebral o ataque apoplético.

TRATAMIENTO.—La absorción del veneno inyectado es tan rápida, que todo tratamiento local carece de importancia.

En cuanto a tratamiento general, han sido muy numerosos los remedios aplicados contra este síndrome. Bogen menciona haber empleado sesenta y Thorp y Woodson noventa. Sin embargo, los norteamericanos Gilbert, Stewart y Groer afortunadamente parece que han encontrado un remedio específico contra la intoxicación por la picadura de esta araña venenosa. Pues comunican haber tratado seis casos inyectando una solución de gluconato de calcio al 10%, con lo cual **produjeron** alivio rápido y prolongado al tiempo que la invalidez de los enfermos se redujo a cuatro días solamente. El Dr. Bayardo Madrid, de México, informa que ha experimentado el hipo sulfito de sodio con notables resultados y recomienda su uso.

COMENTARIOS.—En mis cinco años de práctica médica en el sur de la República he tenido ocasión de asistir a tres enfermos picados por la «cazampulga» (*Lactrodectus Mactans*). El primer caso se me presentó en una zona rural, había sido llamado para asistir un parto que se había complicado, al tener conocimiento los vecinos, de mi arribo a dicho lugar, fui llamado para asistir a una niña de 11 años de edad que hacía dos días había sido picada por una «cazampulga». Desgraciadamente, en mi maletín no llevaba ningún remedio de los que están aconsejados para este caso. Pero había que hacer algo. Al ver a la enfermita, en sumo estado de gravedad, cuya sintomatología me hizo pensar en una nefritis tóxica de tipo agudo. Y partiendo del principio que sostienen algunos autores, de que el cuadro clínico de shock profundo provocado por el aracnidismo, es semejante si no igual al producido por la reacción a la «histamina» vino a mi mente esta pregunta: ¿Podría producir algún efecto favorable algún antihistamínico? Dichosamente, cargaba hacia tiempos un frasco de Cloro-trimetón, e inmediatamente indiqué a sus familiares que le dieran 16 miligramos diarios. 36 horas después, la enfermita entraba en período de franca mejoría (el edema palpebral había desaparecido, el insomnio, dolor y temblor, habían mejorado notablemente) tres días estuve en ese lugar y a mi regreso la enferma quedaba levantada.

Los otros dos casos se me presentaron en San Marcos de Colón, el **último** de ellos a principios de octubre recién pasado. Se trataba de un **labrador** de 24 años de edad, con una **sintomatología** bastante alarmante. Instituí un tratamiento a base de gluconato de calcio al 10% por vía endovenosa cada 6 horas y al mismo tiempo 12 miligramos de Cloro-trimetón, al tercer día el enfermo entraba en franco período de mejoría, al sexto pudo dedicarse a sus quehaceres habituales.

CONCLUSIÓN: El gluconato de calcio al 10% inyectado por vía endovenosa cada 6 horas es casi un medicamento específico contra la intoxicación provocada por la picadura de la «cazampulga» (L. Mactans).

INTERROGACIONES:

¿Producen los anti-histamínicos alguna influencia favorable sobre los síntomas tóxicos provocados por la picadura del Lactrodectus Mactans?

¿La niña que se trató exclusivamente con el clorotrimetón, curó favorecida por el medicamento, o sólo actuó la influencia de su propia naturaleza?

¿En el segundo caso en el que usamos gluconato de calcio endovenoso asociado al clorotrimetón **sinergizaron** favorablemente para acortar el período de curación?

Quedan hechas estas preguntas, para que la experiencia futura, sobre el tema, que nos ocupa pueda contestarlas.

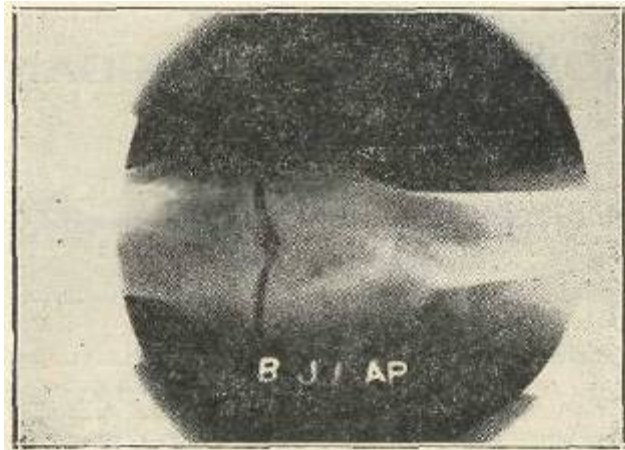
TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES

Pos.¹ el Di. César R. Zúniga

**Servicio de Ortopedia y Traumatología del Hospital General
«San Felipe»**

El misterio que hasta ahora representa la etiología del tumor de C. G. será descubierto cuando en líneas generales se profundice la naturaleza de los tumores y es quizá debido a esta obscuridad etiológica que los diferentes autores denominen a este tumor en forma variada. La teoría por un tiempo sostenida de que el tumor de células gigantes es de origen epifisario dada su localización, no es por más tiempo sostenida debido ya que la epífisis se ha fusionado totalmente en dos tercios de los casos observados y en otros tantos, antes de la fusión diafiso-epifisaria el tumor crece como una formación independiente. La Malignidad o benignidad de estos tumores ha dado lugar a las más contrarias opiniones, algunos reconocen con Bracheto-Briam formas puramente Benignas y formas de malignidad local o agresivas otros le confieren en ciertas formas todas las características de un tumor maligno. En cuanto a su localización todas las obras modernas concuerdan en los porcentajes siguientes: 56% miembros inferiores y 23% para los miembros superiores. La extremidad inferior del lémur, superior de la tibia y extremidad inferior del radio son las localizaciones más frecuentes y muy raramente se presentan en cuerpos vertebrales, apófisis espinosas, iliaco, metacarpianos y metatarsianos. Es extremadamente raro antes de los 20 años habiendo sido relatados sin embargo casos en niños de 2 años. Su mayor frecuencia oscila entre los 20 y los 40 años. Según la mayoría de los autores es más frecuente en la mujer que en el hombre. El traumatismo en algunos casos ha sido consignado pocos días antes de la aparición del tumor, circunstancia por la cual se ha considerado las violencias traumáticas como un factor etiológico que no debe despreciarse.

La sintomatología no es específica, tumor, dolor e impotencia funcional dominan el cuadro. El dolor circunscrito al sitio del tumor o localizado en una articulación vecina es el síntoma de comienzo, agravándose generalmente con los movimientos y durante la noche. La impotencia funcional se instala rápidamente yendo acompañado de debilidad y atrofia musculares. El tumor suele crecer rápida o lentamente y el aumento de volumen, determinado por el crecimiento tumoral es susceptible de confusión con las enfermedades que determinan cambios morfológicos para articulares. Algunas veces la masa tumoral es dura y consistente a la palpación

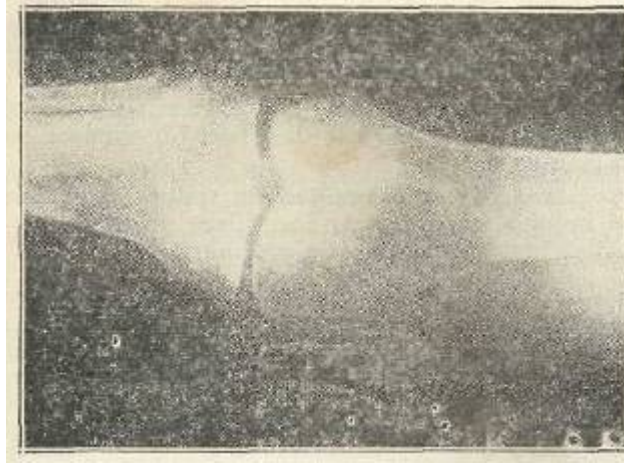


Tumor de células gigantes

y oírás es blanduzca y crepitante. En no raras ocasiones el paciente concurre a la clínica con una fractura patológica.

El diagnóstico radiológico a semejanza de los cambios locales determinados por el tumor, puede dar lugar a confusión según la imagen que muestre la diferente etapa de su desarrollo con enfermedades como la tuberculosis, la sífilis, osteomielitis, enfermedades óseas, parasitarias u otros tumores como encondromas o sarcomas osteolíticos. La imagen radiológica típica se caracteriza por un crecimiento epifisario oval sin reacción perióstica, que presenta en etapas ulteriores trabeculación desigual con adelgazamiento cortical, estando algunas veces perforada la corteza en varios puntos. Se ha descrito como muy característico la presencia de una imagen osteolítica excéntrica deslindada del hueso sano por un límite claro. El diagnóstico radiológico puede a veces ser más o menos acertado en cuanto se refiere a malignidad o benignidad puesto que en la forma maligna de tumor de C. G. además de la perforación cortical hay invasión de las partes blandas y osteogénesis reaccionaria. El diagnóstico de certeza es siempre el anatomopatológico y en éste se apoya la indicación terapéutica, sin embargo ante la clasificación anatomopatológica de benignidad, formas agresivas y malignidad, surge el problema, pues tumores diagnosticados anatomopatológicamente como benignos, luego de tratados por algunos de los procedimientos que luego describiremos, han dado lugar a metástasis viscerales y óseas en ausencia de recurrencia local.

Por lo general el paciente que adolece de un tumor de C. G. consulta por dolor en ocasión de movimientos de una articulación, o por un dolor espontáneo que ellos localizan en el hueso por la profundidad en que lo perciben. Revisando escritos, muchos son los pacientes que han sido sometidos por largo tiempo a tratamientos antirreumáticos, antineuríticos o antilúéticos, cuando de habér-



Tumor de células gigantes

seles hecho una exploración radiológica, se hubiera descubierto una lesión incipiente de esas que se benefician de una cirugía escasamente mutilante o que no lo es del todo.

En el diagnóstico de un tumor de huesos, una vez que éste se sospeche y hecha previamente una buena historia clínica, deben ordenarse radiografías en diferentes posiciones y si las circunstancias lo requieren, llegar hasta la Planigrafía. Por medio del laboratorio deben investigarse, T. B. C, lúes, fosfatasas acida y alcalina, calcemia, fósforo en la sangre, Albumosa de Bence Jones, llegando como último recurso a la biopsia local y de regiones ganglionares vecinas.

El tratamiento en particular del tumor de C. G. ha seguido una larga evolución. Antiguamente lo que se hacía era amputar, luego se hicieron resecciones parciales, hoy gracias a los avances de la cirugía, radioterapia y citodiagnóstico, se hacen tratamientos combinados como son los siguientes: radioterapia, curetaje y cauterización seguido de radioterapia, curetaje y relleno de hueso homogéneo seguido de radioterapia. La amputación que cuenta con buenas estadísticas en cuanto a que no hay casos de metástasis ni recurrencia, ha sido abandonado, pues supone el sacrificio de un miembro. La resección parcial ha sido relegada para aquellos casos en que el tumor es muy sospechoso de malignidad o bien aquellos en los cuales el crecimiento radica en un hueso como el cubito o el radio. La radioterapia sola, cuenta con muy buenas estadísticas y algunos se inclinan a creer que es el tratamiento de elección. Se le ha criticado que cuando se aplica a dosis elevadas produce cambios en las articulaciones vecinas que comprometen la función y otros han llegado a culpar a esta terapéutica el cambio a malignos de algunos tumores tratados. La cirugía realizada en

forma de curetaje, seguida de cauterización o de relleno de hueso homogéneo o de Banco de Huesos seguida de la aplicación de radioterapia, se considera actualmente como un buen tratamiento. En ambas circunstancias se extirpa el tumor completamente y se controla por medio de radioterapia la **neoformación**, si la cavidad se rellena con hueso homogéneo o de Banco de Huesos se asegura la regeneración ósea.

Hemos tenido la oportunidad de tratar en el Hospital General «San Felipe», un paciente con tumor de C. G. de la rodilla izquierda, cuya historia relatamos a continuación.

J. B., de 21 años, soltero, mecánico, mestizo, ingresa al Hospital el 9 de marzo de 1951, remitido por el Dr. Gabriel Izaguirre. Síntoma principal, dolor en la rodilla izquierda con aumento de volumen, flexión de 140° e impotencia funcional. Su enfermedad comenzó aproximadamente en marzo de 1949, con dolores en la rodilla izquierda siempre que hacía ejercicios. Progresivamente el dolor se intensifica y se acompaña de impotencia funcional. Durante los primeros 8 meses el cuadro sigue una marcha progresiva y el paciente es sometido a un tratamiento antirreumático por un médico general, sin lograr mejoría. En diciembre del mismo año, consulta nuevamente porque después de un golpe sufrido en la cara interna de la rodilla izquierda, nota que no puede mover bien la rodilla y además descubre un endurecimiento muy sensible a la palpación en el área que corresponde al cóndilo femoral interno. En esta etapa fue ordenada una radiografía, la cual mostraba un padecimiento que simulaba un tumor. Por razones ajenas a la voluntad del médico a su cargo y del mismo paciente, el ingreso a este Hospital es diferido hasta la fecha. Los antecedentes, patológicos y familiares carecen de importancia.

Género de **Vida:** Mecánico, no ingiere alcohol, fuma poco, deporte, football. Sabe leer y escribir, jornada de trabajo, 8 horas.

Talla: 1.78 metros; Peso: 142 Lbs.; Desarrollo Oseo: Normal. Panículo Adiposo: bien distribuido.

Cabeza: 0. **Ojos:** 0. Nariz: 0. **Boca:** 0. **Oídos:** 0.

Cuello: 0. **Tórax:** 0. Corazón: 0. **Abdomen:** 0. **Urogenital:** 0.

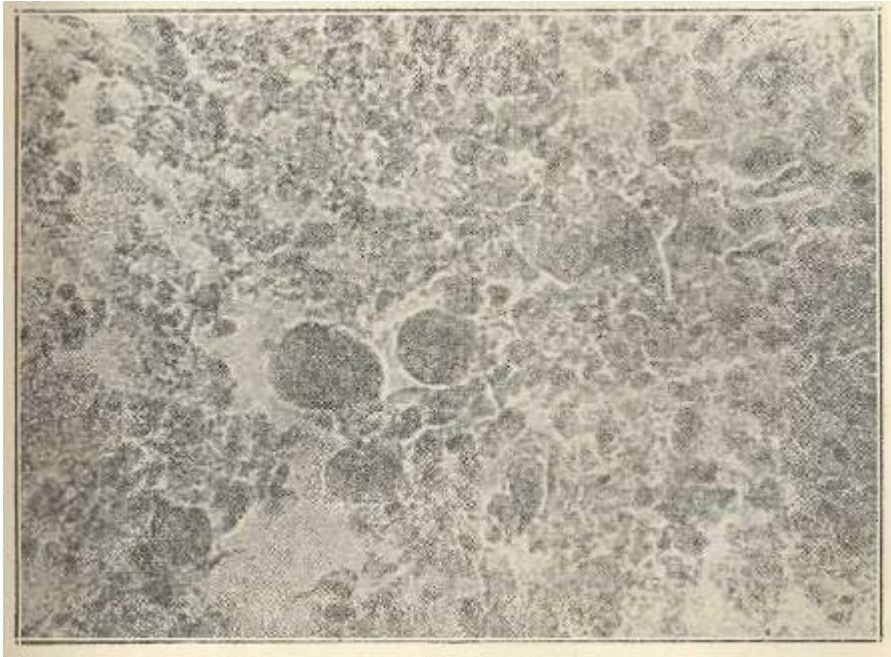
Extremidades Superiores: 0. **Extremidad Inferior Derecha:** 0.
Piel: 0

Sistema Nerviosa: 0.

Rodilla Izquierda: Aumento de volumen del tamaño de una toronja pequeña correspondiendo al cóndilo femoral interno. Piel delgada, brillante, con red venosa azulada, se observa pequeña cicatriz por donde se hizo biopsia.

Biopsia N° 57. Diagnóstico: «Tumor de C. G. muy necrótico y abundantes pigmentos biliares».

Exámenes complementarios:
 Sangre: G. R. 4.800.000.; G. B. 8.500.; Hg. 78%; Poli 62%;
 L28%; N. 0%; B. 1%;
 Orina: Negativo por albúmina y **glucosa**, escasas células epi-
 teliales.
Kahn: Negativos. Eritrosedimentación 5 milímetros en una
 hora.
Radiografía de Pulmones: Negativo. **Radiografía** de la ro-
 dilla izquierda: (Rx N° I).

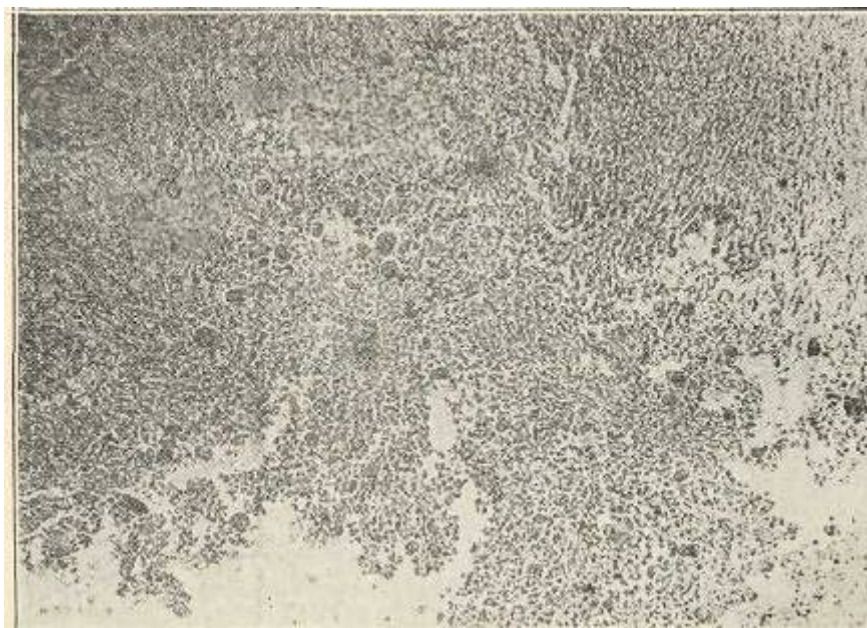


Microfoto topográfica. Obsérvense algunas células gigantes **dentro** de un tejido en vía de Necrosis

«Se observa zona de destrucción ósea osteoclástica con expansión de la zona cortical que ha causado ruptura en la mitad superior del aspecto lateral de la lesión. Trabécula ósea en forma anular delimitando el aspecto inferior de la lesión. La **imagen** radiográfica es consistente con un **T**, de C. G. u **Osteoclastoma**».

Paciente preparado para la operación con diagnóstico anatomopatológico de tumor de C. G. Operación verificada por dos teams simultáneamente. El tumor **fue** extirpado mediante curetaje siendo rellenada la cavidad dejada por el tumor con **hueso** esponjoso y trozo de cortical tomada de la tibia **derecha**. **El hueco** no se rellenó totalmente, teniendo cuidado de colocar los **trozos** de **cor-**

tical en el sentido del eje del hueso, la herida en el área tumoral se cerró en un solo plano, la herida en la tibia derecha se cerró por planos. Se colocó yeso muslo-rodilla con rodilla en extensión. Post-operatorio: antibióticos, sedantes, miembro en alto. Los primeros días del post-operatorio fueron normales y afebriles, al cuarto día fiebre elevada, intensa diaforesis y dolor en el miembro inferior izquierdo, acompañados de edema de caracteres alarmantes, pálido con ligero enfriamiento de la pierna, se diagnosticó Trom-



Microfoto a gran aumento de tumor a microploso. Obsérvense algunas de ellas en el seno de un tejido en vía de necrosis I

boflebitis aguda, la cual fue tratada convenientemente por espacio de doce días, al cabo de los cuales desapareció el cuadro de esta complicación. La cicatrización fue por primera intención.

El paciente fue enviado a Radioterapia, donde fue tratado en la forma siguiente: Campo: 15 cm. Distancia: 50 cm. Kv.: 130 M. A. 4. Filtro milímetros, mm. Al. 4. Tiempo de radiación: 13 minutos 12 segundos. Dosis Total: 3.600 r.

Ejercicios del cuádriceps fueron ordenados y ejecutados por el paciente. Al cabo de cuatro meses se retiró completamente el yeso y el paciente comenzó a caminar sin apoyo del miembro operado, ayudándose con muletas, permitiéndose el apoyo completo a los cinco meses. Alta a los seis meses y medio, caminando con

bastón sin dolor en la rodilla, la cual llegaba a una flexión de 160° y extensión completa.

Nuevo examen se ha verificado el día 16 de marzo de 1953. Cicatrices en perfecto estado, volumen normal de la rodilla, flexión de la pierna sobre el muslo 90°, ausencia absoluta de dolor a la palpación, fuerza muscular buena. El paciente maneja automóvil y presenta un estado general satisfactorio.

La última radiografía (N° 2) tomada en abril del 53, revela el relleno de la cavidad a expensas del hueso usado en la operación, considerado radiológicamente este nuevo hueso como de buena calidad.

CONCLUSIONES:

- 1°—En el diagnóstico de T. de C. G. la biopsia es de suma importancia para el diagnóstico de certeza, aun cuando la imagen radiológica sea considerada como típica.
- 2°—En nuestro caso, tratándose de un tumor de regular tamaño localizado en una región de fácil acceso quirúrgico, pensamos hacer curetaje con relleno de huesos homogéneo seguido de Rayos X, pues no creímos que la radioterapia sola hubiera reducido la gran masa a menos de someter al paciente a un tratamiento muy prolongado.
- 3°—El relleno de hueso homogéneo hecho en la cavidad dejada por el tumor favorece y asegura la regeneración ósea, evitando además el riesgo de fracturas post-operatorias.

Se ha presentado un caso de T. C. G. tratado en colaboración con el Dr. Gabriel Izaguirre. Hasta la fecha el paciente presenta una curación a plazo de dos años y es nuestra esperanza que el futuro nos deje la satisfacción de considerar nuestra actuación como la más beneficiosa para el paciente.

Bibliografía: F. Brailsford. Radiología de huesos y articulaciones. Espas-calpe. Buenos Aires 1947. Gechickter-Coppeland. Tumors of Bones. J. B. Lippincot C° 1949. Howorth. Text book of Orthopedics. W. B. Saunders. Philadelphia 1952. Frederic W. Bancroft. Henry C. Marble. Surgical Treatment of the Motor-Skeletal System. J. B. Lippincott Company. Philadelphia. Journal of Bone and Joints Surgery Vol. 31 B. N° 2 may 1949.

COMUNICACIÓN DE UN CASO DE QUISTE OVARICO DERMOIDE PARÁSITO O ERRANTE

Por el Dr. Alejandro Zúniga L.

En la literatura Ginecológica mundial que hemos tenido ocasión de leer, únicamente hemos encontrado, como Tumores errantes, Miomas subserosos pediculados, que han perdido su vínculo nutricional uterino, para alimentarse de otro u otros órganos, a los cuales se unen íntimamente, para que éstos los sustenten en su crecimiento. Siendo el Epiplón Gastro Cólico, elemento vascular por excelencia, y si & ello agregamos la **facilidad** de adherencia del mismo, es a él a quien con mayor frecuencia se arriman, para que los mantenga y nutra.

Al consignar esta curiosidad patológica y **quirúrgica**, nos anima el propósito de aumentar la casuística ginecológica de las Neoplasias parásitas o errantes, como las denominan **Crossen** y **Crossen** en su «Clínica Ginecológica» y **Cullen** y **Kelly** en su monografía Myomata of the Uterus.

Queremos apuntar al mismo tiempo, que dichos autores se refieren a Miomas subserosos pediculados erráticos y no a Quistes **Ováricos** pediculados desprendidos, como también se les denomina, como el caso que actualmente nos ocupa, de lo cual no hemos tenido noticias hasta la fecha.

Se trata de la Sra. M. del R. G., de 43 años, que ingresa al servicio de Ginecología del Hospital «San Felipe» el día 4 de Mayo del 53 a curarse de «tumor en el vientre».

Historia de la enfermedad: Refiere la paciente que hace 15 años y después de un parto notó la presencia en el Hipogastrio de **un** tumor del tamaño de un nance grande, duro, movable y poco doloroso, Progresivamente le fue aumentando, hasta adquirir el volumen de una toronja, que es el que actualmente presenta al ingreso al servicio. Notando además que al tiempo que crecía, se movilizaba mucho más, llegando en sus desplazamientos hasta el Epigastrio, donde le provoca sensación de llenura.

Antecedentes: Sin importancia.

Historia Genital: Menarca a los 14 años, tipo menstrual 3/30, escasa e indolora.

Ultima regla hace 3 años. 6 partos a término, el último hace años. 3 abortos de 4, 2, 1, mes respectivamente. Niega enfermedades Venéreas.

Examen físico general: Normal.

Examen ginecológico: Vulva entreabierta, al hacer esfuerzo la enferma sale el 1/3 inferior de las paredes anterior y posterior de la Vagina, Perineo con desgarro de primer grado. Vagina flácida y cubierta de secreción mucosa. Cervix erocionado. Matriz senil. Anexos en fondo de saco lateral derecho se palpa una tumoración, semidura, redondeada, renitente, del tamaño de una toronja movilizable por todo el Abdomen.

Exámenes complementarios: Orina y Heces: 0.

Recuento globular: G. R. 3.960.000; G. B. 7.850. Khan: 0.

T. C. 1.30". Temperatura: 36.5. Tensión arterial: 105-60.

El 8 de mayo se le practicó una Celiotomía, con el diagnóstico de Quiste Ovárico pediculado o Mioma subseroso pediculado. Encontrándose un Quiste Ovárico Dermoide, adherido al Epiplón Gastro-Cólico y desligado completamente de los órganos genitales 'internos. Al explorar la cavidad Pélvica, hallamos: Útero atrófico, Ovario y Trompa izquierda normales. Trompa derecha con fimbria ovárica muy alargada y Ovario derecho ausente. Procedemos al dospegamiento del Tumor, que queda en nuestras manos al liberarlo de las adherencias epiplóicas. Al incindirlo fluye líquido amarillento sebáceo, espeso, encontrando además adheridos a la cara interna, pelos, dientes y hueso.

Diagnóstico postoperatorio: Quiste ovárico dermoide errante Apendicectomía profiláctica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—Crossen, H. S. y Crossen, R. J.—Enfermedades de la mujer.—Tomo II.—Segunda edición española.—Editorial Hispano-Americana. México.
- 2.—Monografías **Myomatus** of the Uterus de Cullen y Kelly, mencionado por Crossen y Crossen.
- 3.—Obs-Gin. Lat-Amer. Buenos Aires, Argentina.

REFERATAS

Por el Dr. Alcerro Castro

Revista Española de las Enfermedades del Aparato Digestivo y de la Nutrición.

Del tomo 11, Número 4, correspondiente a julio-agosto de 1952, hacemos los siguientes resúmenes V

Simpatomas abdominales, por el Dr. J. Soler Roig

El Dr. Soler Roig se refiere a 3 casos que ha tenido ocasión de asistir en su servicio de Cirugía del Hospital de La Santa Cruz y San Pablo, en Barcelona. Se trataba de tumores de tipo Simpático con manifestaciones digestivas predominantes. Recuerda el autor que en el sistema nervioso vegetativo se encuentran tumores de dos tipos: Los que se forman a expensas de la membrana de Schivan de los nervios linfáticos y que se parecen a los neurinomas del sistema nervioso periférico; y otros que se originan de las células ganglionares simpáticas. Sobre el origen embiológico recuerda la división entre los que suponen que provienen de la cresta neural exodérmica y los que los consideran procedentes de mesenquima; citando además a Pizuñer entre los que creen que ambas teorías se complementan y que los elementos ganglionares centrales son de origen neural, mientras que los elementos intersticiales periféricos tienen origen mesenquimatoso.

Recuerda también que el elemento celular primitivo o simpatogonía puede diferenciarse en doble forma, bien como células linfáticas o bien como tejido cromafín; y que los tumores del nervio vegetativo pueden ser simpatoma y **paraganglioma** o tumores cromafines.

Los Simpatomas en general aparecen en la edad juvenil y pueden estar sobre *un* nervio o ganglio simpático o en el espesor de la suprarrenal; puede tratarse de simpatogonioma o simpatoblastoma. Los ganglioneuomas son formas adultas de evolución, en general benignas.

De los tres casos presentados por el autor en el primero se trataba de un enfermo de 37 años que en 1931 tuvo molestias gástricas diagnosticadas como úlcera duodenal y que es operado de gastroenterostomía retromesocólica. Después de 3 meses durante los cuales pasa bien, aparecen vómitos biliosos y dolores abdominales que no se calman ni con el reposo ni con los sedantes, por lo cual es hospitalizado nuevamente. En un examen radiográfico se demuestra la existencia de una deformación duodenal de tipo ul-

ceroso y en la boca anastomósica una úlcera del tamaño de 10 céntimos. En abril de 1945 opera al paciente con el diagnóstico de úlcera duodenal y confirma la úlcera anastomósica, haciendo sección de la sanyia yurnal y anastomosis término terminal. Practica también una resección muy amplia y anastomosis antecólica.

En un curso postoperatorio normal a los 7 días aparece intenso dolor hipocondrial izquierdo, que no se calma con los analgésicos y continúa por varios días, es lancinante y se irradia a lo largo de la 9^a costilla. Llega a suponerse que la actuación del enfermo puede ser exagerada debido a la habituación o los opiáceos, y al cabo de un mes de postoperatorio sale del hospital, después de lo cual se hace infiltración de los espláncnicos y neurólisis intercostal, lo cual mejora por poco tiempo los dolores, haciéndose necesarias repetidas infiltraciones. Después se envía el enfermo al campo y pasado algún tiempo regresa con el mismo cuadro doloroso; se opera nuevamente en diciembre de 1946, se encuentra junto a la raíz del mesenterio una tumoración del tamaño de una naranja, que llega junto a la columna vertebral y que se extirpa después de incisión del mesenterio y separación de la aorta cuya advertencia es necesario incidir. Después de la extirpación del tumor se explora el resto del estómago y se encuentra una úlcera anastomósica perforada a la pared y adherida al plano costal. Se hace nueva resección previa anastomosis término terminal yeyunal. Se reseca estómago por encima y se verifica nueva anastomosis antecólica. La tarde de la operación persiste dolor intensísimo, el cual continúa y se agrava a las 24 horas, muriendo el paciente pocas horas después de la agravación.

En la Necropsia se encontró peritonitis y nueva ulceración y perforación. Ningún fallo de sutura.

En el examen de la tumoración se pensó en un simpatoma. El autor se pregunta cuándo se iniciaría la evolución del tumor y qué influencia podría haber tenido en la evolución de la úlcera gástrica y anastomósica.

El segundo caso es el de una enferma de 23 años, quien 6 años antes después de un examen radioscópico pulmonar se consideró al principio como infiltrado redondo específico y que después se pensó que se trataba de un quiste hidatídico de pulmón izquierdo. Después aparecieron otros quistes y el caso se consideró como de hidatidosis pulmonar.

En los días en que consultó al autor se quejaba de molestias vagas de tipo digestivo, por lo cual había sido sometida a exploración radiográfica digestiva sin apreciarse en él ninguna anomalía. El autor la vio posteriormente por dolor agudo localizado en zona epigástrica, en la cual hay una minoración del tamaño de una nuez, dolorosa a la presión. Se propuso el diagnóstico de hernia epigástrica probablemente epiploica y se sugirió la operación de urgencia. Otro Cirujano estuvo de acuerdo con el diagnóstico y la familia aceptó la operación. Doce horas después de iniciado el cuadro doloroso se practicó una laparatomía media, encontrándose una dilatación peritpneal epigástrica **sin** saco, **que** se incendió y am-

plió. Se encontró en toda la pared gástrica, tanto anterior como posterior, una serie de tumoraciones de tamaño variable, siendo la mayor como una mandarina y la mayoría del tamaño de una nuez. Alguno de los tumores presentaban degeneración quística aparente y después de la punción se obtendrá únicamente sangre. El tumor de mayor volumen también fué puncionado, extrayéndose de él, sangre.

Se resecaron 2 de los tumores, uno de ellos del tamaño de una castaña, que se resecó por sección de la serosa y la muscular sin penetrar en la mucosa. El plano de clivaje no era limpio sino que se penetraba íntimamente en los intersticios del plano muscular. Daba la impresión de tratarse de fibroma, teniendo en su centro zona de reblandecimiento de aspecto granulomatoso. Antes de cerrar el abdomen se practicó un cuidadoso reconocimiento de todos los órganos contenidos, sin hallar ninguna otra anomalía.

El postoperatorio fue excelente, la enferma recuperó su bienestar, aunque la palpación abdominal pone de manifiesto la existencia de un tumor grande, alojado en el antro pilórico, que no determina obstrucción de la luz gástrica y no altera las digestiones ni el apetito. El examen histológico fue encomendado a varios histopatólogos, siendo los informes los siguientes: El Dr. Roca de Voña dijo que se trataba de un simpato- blastoma. El Dr. Alvarez Zamora, de un blastoma de estirpe simpática en fase mixta de evolución en simpático-gonioma y simpato-blastoma; el profesor Overlin, de París, lo clasifica como sarcoma poco diferenciado, y el Dr. Gofold, de los Estados Unidos, informa de un neoplasma maligno de bajo grado de virulencia, clasificado como tumor celular mixto del tipo del simpático blastoma neuroblástico.

El tercer caso es de un paciente de 33 años sin antecedentes patológicos de interés que desde 4 años antes de la consulta sufría un síndrome abdominal vago con molestias difusas en todo el abdomen, con estreñimiento y despeños diarréicos. Fue repetidamente examinado con Rayos X, sin que se observara ninguna lesión. Había sido tratado con hierro y extracto Hepático por anemia hipocrómica.

En mayo, después de una excursión a caballo, tuvo súbitamente dolor intenso en el vientre, vómitos que no se calmaron con morfina. Con anestesia general se le practicó una laparatomía media que demostró una invaginación del colon transverso con intensa dureza, acompañada de una zona periférica de edemas; y llamando la atención en toda la superficie del colon, un gran número de tumores de tamaño variable, subserosos algunos de ellos, dando la impresión al tacto de encontrarse en la luz intestinal. Se practicó resección con anastomosis término terminal aséptica, haciendo caer la sutura en una zona sin tumoraciones. El postoperatorio fue normal y durante él se administró sulfatidina en grandes cantidades. La sección de la pieza mostró tumoración de implantación sésil en la superficie mesentérica de la luz intestinal y el examen histológico del tumor demostró tratarse de un blastoma de estirpe simpática muy diferenciado. El curso ulterior del enfermo ha sido excelente.

INFORME

DEL DELEGADO DE HONDURAS AL PRIMER CONGRESO DE NEUROPSIQUIATRIA DE CENTROAMERICA Y PANAMÁ

Por el Di. Armando Bardales

Comayagüela, D. C, 31 de Enero de 1953

Señor Ministro de Educación Pública,
Licenciado don Julio C. Palacios. Su
Despacho.

Señor Ministro:

La Asociación Psiquiátrica de Centro América y Panamá, en reunión celebrada en la ciudad de México, en diciembre de 1951 y bajo los auspicios de la Asociación Psiquiátrica de América Latina, acordó celebrar el Primer Congreso de Neuropsiquiatría de Centro América y Panamá, del 5 al 8 de diciembre de 1952, en la ciudad de San José de Costa Rica.

Y comprendiendo la utilidad y apreciando los beneficios que esta reunión científica tendría como medio de estímulo para el desarrollo de la Neuropsiquiatría en Centro América y Panamá, y por lo tanto como medio para mejorar la condición de los enfermos mentales, fué que el día 7 de octubre de 1952 el Primer Vice-Presidente de la República de Costa Rica en el Ejercicio del Poder, Doctor don Alberto Oreamuno, dio, por solicitud del Presidente de la Asociación Psiquiátrica de Centro América y Panamá y de los Médicos Neuropsiquiatras de Costa Rica, el acuerdo siguiente: 1°—Efectuar el Primer Congreso de Psiquiatría de Centro América y Panamá en la ciudad de San José de Costa Rica, del 5 al 8 de diciembre de 1952.

2°—Invitar a los Gobiernos de Centro América y Panamá a participar en dicho Congreso, haciéndose representar en él.

3°—Integrar la Comisión Organizadora con los Médicos Neuropsiquiatras de Costa Rica que pertenecen a la Asociación Psiquiátrica de Centro América y Panamá, en la forma siguiente:

Dr. Fernando A. Quirós M.	Dr. Fernando Zepeda R.
Dr. Nilo Villalobos Q.	Dr. Gonzalo Arias D.
Dr. Gonzalo González M.	

Es así que el Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica y la Asociación Psiquiátrica de Centro América y Panamá convocaron al Primer Congreso Centroamericano de Neuropsiquia-

tría. El Gobierno de Honduras, en vista de la gran importancia de dicho Congreso, aceptó la invitación que le hicieron, y el Excmo. Señor Presidente de la República, Doctor don Juan Manuel Gálvez, en Acuerdo N° 1305, del 18 de noviembre de 1952, me honró con el nombramiento de Delegado de Honduras a dicho Congreso, y al efecto me trasladé a la ciudad de San José de Costa Rica el día 4 del mes recién pasado, habiendo principiado los trabajos desde esa fecha, a las 8 p. m.

Se hicieron representar todos los Países de Centro América y Panamá, así:

COSTA RICA:

Dr. Fernando A. Quirós M.	Dr. Gonzalo Arias D.
Dr. Nilo Villalobos Q.	Dr. Ramón Fallas
Dr. Gonzalo González M.	Prof. Mariano L. Coronado C.
Dr. Fernando Zepeda R.	

EL SALVADOR:

Dr. José Molina Martínez

GUATEMALA

Dr. Ricardo Ponce Ramírez

HONDURAS:

Dr. Ramón Alcerro Castro	Dr. Armando Bardales
--------------------------	----------------------

NICARAGUA:

Dr. Emilio Lacayo

PANAMÁ:

Dr. Mariano Gorríz	Dr. Camilo Justiniani
Dr. José Kaled	Dr. Ludwig Strauss.

P R O G R A M A :

Jueves 4 de Diciembre de 1952

El programa que se desarrolló fue el que sigue:

A las 8 p. m.—Sesión preliminar de gobierno, con asistencia de los señores delegados y miembros de A. P. C. A. P. En esta se-

sión preliminar se discutió y aprobó con ligeras modificaciones el PROYECTO DE REGLAMENTO del Primer Congreso Centroamericano de Neuropsiquiatría convocado por el Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica y la Asociación Psiquiátrica de Centro América y Panamá, elaborado por el Comité Organizador de dicho Congreso.

Se dispuso nombrar como MIEMBROS HONORARIOS a los Presidentes de las Repúblicas de Centro América y Panamá y a sus respectivos Ministros de Salubridad.

Se eligió al Dr. Emilio Lacayo para que contestara el Discurso del Excmo. Señor Presidente de la República de Costa Rica, don Otilio Ulate Blanco, en la sesión de apertura del día 5 de Diciembre de 1952.

Se acordó que presidieran las sesiones los países por orden alfabético, así:

Costa Rica	Honduras
El Salvador	Nicaragua
Guatemala	Panamá

Y se eligieron a los Doctores Emilio Lacayo y Ricardo Ponce Ramírez, secretarios del Congreso.

Se eligió el Comité Ejecutivo de A. P. C. ñ. P., así:

Dr. Fernando A. Quirós M.	Dr. Ramón Alcerro Castro
Dr. José Molina Martínez	Dr. Emilio Lacayo
Dr. Ricardo Ponce Ramírez	Dr. José Kaled.

Este Comité Ejecutivo eligió como Presidente al Dr. Fernando A. Quirós M., y como Secretarios, a los Doctores Emilio Lacayo y Ricardo Ponce Ramírez.

Desde este día quedó, en el local del Colegio de Médicos y Cirujanos, organizada por el Comité Nacional de Salud Mental de Costa Rica, una Exposición de:

1°—Trabajos manuales y artísticos de las siguientes Instituciones, presentados por el Prof. Fernando Centeno Güell.

Escuela de Enseñanza Especial Hospicio Nacional de Insanos (Asilo Chapul)
Reformatorio de Varones «San Dimas»
Reformatorio de Mujeres «El Buen Pastor»
Cárcel de Varones.

2°—Exposición de Afiches presentados al Concurso por el Comité Nacional de Salud Mental.

Viernes 5 de Diciembre de 1952

De 8 a 10 a. m.—COLEGIO DE MÉDICOS Y CIRUJANOS DE LA REPUBLICA.

Inscripción de congresistas. Presentación de credenciales.

A las 10 a. m.—Primera sesión administrativa de A. P. C, A. P., presidida por el Dr. Nilo Villalobos Q,

En esta sesión se principió a discutir y aprobar el PROYECTO ESTATUTUARIO PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE CENTRO AMERICA Y PANAMÁ DENOMINADA A. P. C. A. P.

A las 11 a. m.—Sesión de apertura, con asistencia del Excmo. Señor Presidente de la República, don Otilio Ulate Blanco.

El Señor Presidente Ulate Blanco dio la bienvenida a todos los delegados en un brillante discurso, al que contestó el Dr. Emilio Lacayo, con frases elocuentes plenas de observaciones y enseñanzas magníficas.

A las 2 p. m.—Primera sesión científica ordinaria, presidida por el Dr. Molina Martínez, cuyo desarrollo fué así:

TEMA OFICIAL: La Evolución, el Estado Actual y Futuro de la Asistencia Psiquiátrica de Centro América y Panamá:

1°—Dr. Nilo Villalobos Q. y el Dr. Fernando A. Quirós M., de COSTA RICA.

2°—Dr. Ricardo Ponce Ramírez, de GUATEMALA.

3°—Dr. Ramón Alcerro Castro, de HONDURAS.

4°—Dr. Ludwig Strauss, de PANAMÁ.

5°—Psiquiatría Judicial en Panamá, Dr. Camilo Justiniani, de PANAMÁ.

6°—Orientación educativa y vocacional en Panamá (participación del Psiquiatra). Dr. José Kaled, de PANAMÁ.

7°—Escuela de Enseñanza Especial. Enseñanza de la Psiquiatría en Panamá, Dr. Mariano Gorriz, de PANAMÁ.

Fue ilustrado este tema con una proyección cinematográfica. Por último, se guardó un minuto de silencio por la muerte del Dr. Roberto Chacón Paut.

NOCHE: ACTIVIDADES SOCIALES en el Club Unión

Sábado 6 de Diciembre de 1952

A las 9 a. m.—SEGUNDA SESIÓN CIENTÍFICA ORDINARIA. Presidió el Dr. Ricardo Ponce Ramírez, desarrollándose así:

1°—La Evolución, el Estado Actual y Futuro de la Asistencia Psiquiátrica de Centro América y Panamá, Dr. José Molina Martínez, de EL SALVADOR.

2°—Psicocirugía en Costa Rica, Dr. Gonsalo González M. y Dr. José Luis Orlich, de COSTA RICA.

3°—Leucotomía transorbitaria, Dr. Fernando Zepeda R., de COSTA RICA.

4°—Consideraciones sobre algunos tratamientos somáticos usados en Psiquiatría, Dr. Ricardo Ponce Ramírez, de GUATEMALA.

A las 12 a. m. —Almuerzo en el Gran Hotel, Costa Rica. A las 2 p. m.—TERCERA SESIÓN CIENTÍFICA ORDINARIA.

Presidió el Dr. Ramón Alcerro Castro, y se desarrolló así:

1°—Problemas psiquiátricos de los alcohólicos, Dr. Ramón Alcerro Castro, de HONDURAS.

2°—Análisis de las Toxifrenias en la República de Panamá, Dr. Ludwig Strauss, de PANAMÁ.

3°—Contribución al estudio de la Marihuana en Costa Rica, Dr. Santos Quirós N., de COSTA RICA.

4°—El factor constitucional en la «Chorea Minor», Dr. Fernando A. Quirós M., de COSTA RICA.

NOCHE: Banquete en el Country Club, ofrecido por el Excelentísimo Señor Ministro de Salubridad Pública de Costa Rica, Dr. José Cabezas Duffner.

Domingo 7 de Diciembre de 1952

A las 7 a. m.—Visita al Volcán Irazú y Sanatorio Carlos Duran.

A las 12 a. m.—Inauguración del Sanatorio Psiquiátrico «Roberto Chacón Paut».

Hablaron el Dr. Nilo Villalobos Q. y el Dr. Ramón Fallas, actual Director de este Sanatorio.

Almuerzo ofrecido por la Junta de Protección Social de San José.

A las 7 p. m.—Proyecciones cinematográficas científicas. Se proyectaron películas que fueron cedidas gentilmente por la Embajada de los Estados Unidos de Norte América, como una importante colaboración al Primer Congreso Centroamericano de Neuropsiquiatría, cuyos títulos son los siguientes:

Síndrome neuro-oftálmico

Encefalografía

Atrofia muscular progresiva

Tipo somato-endocrinos

Psiconeurosis

Enfermedad Hepato-lenticular (Wilson)

Estados convulsivos y afines.

Lunes 8 de Diciembre de 1952

A las 9 a. m.—Sesión presidida por el Dr. Emilio Lacayo, cuyo desarrollo fue así:

1°—Higiene mental en Costa Rica, Prof. Mariano L. Coronado C, Presidente del Comité Nacional de Salud Mental, de COSTA RICA.

2°—Segunda sesión administrativa de A. P. C. A. P.

Se terminó de discutir y aprobar el PROYECTO ESTATUTARIO PARA LA ORGANIZACIÓN DE LA ASOCIACIÓN PSIQUIÁTRICA DE CENTRO AMERICA Y PANAMÁ DENOMINADA A. P. C. A. P.

3°—Se acordó que el Segundo Congreso de Neuropsiquiatría de Centro América y Panamá, se reúna en la ciudad de Guatemala en el mes de noviembre de 1953.

4°—Se eligió la Directiva de A. P. C. A. P. y quedando integrada así: Secretario General, Dr. Ricardo Ponce Ramírez. Vocales, en su orden: Dr. Fernando A. QUIROS M., Dr. José Molina Martínez, Dr. Ramón Alcerro Castro, Dr. Emilio Lacayo, Dr. Ludwig Strauss.

5°—Se visitó el Hospicio Nacional de Insanos (Asilo Chapuí). A las 2 p. m.—CUARTA SESIÓN CIENTÍFICA ORDINARIA. Presidida por el Dr. Ludwig Strauss, cuyo desarrollo fue así;

1°—Consideraciones sobre el choque acetilcolínico, Dr. Giovanni Cantagalli, de PANAMÁ.

Este trabajo fue leído por el Dr. José Kaled, por no haber podido asistir al Congreso el Dr. Cantagalli.

2°—Incidencia de la Psicosis en Panamá. Estudio particular de una Provincia. Valores exógenos y endógenos, Dr. José Kaled, de PANAMÁ.

3°—Psicosis por tetraetileno de plomo. Estudio de dieciocho casos en Panamá, Dr. Mariano Gorrioz y Dr. Camilo Justiniani, de PANAMÁ.

4°—Enseñanza de la Enfermería Psiquiátrica. Su importancia y métodos, señorita Elvin H. Santos, de ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

A las 6 p. m.—Sesión Plenaria.

Se aprobaron las CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES siguientes:

CONCLUSIONES DEL PRIMER CONGRESO DE PSIQUIATRÍA DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ:

1°—Con excepción de la República de Panamá, se comprueba la falta de trabajo estadístico que informe sobre la situación integral psiquiátrica nacional de cada país centroamericano.

2°—Se comprueba la falta de centros asistenciales arquitectónica y científicamente adecuados a la práctica hospitalaria psiquiátrica en las Repúblicas Centroamericanas.

3°—Se comprueba la gran escasez de personal técnico especializado en la práctica hospitalaria psiquiátrica.

4°—Se comprueba la insuficiencia de los presupuestos oficiales dedicados a la atención psiquiátrica por los gobiernos centroamericanos.

5°—Se comprueba la falta de conocimiento y de cooperación del medio ambiental particular extra-hospitalario con los centros psiquiátricos existentes en cada país centroamericano.

6°—Se comprueba que en la mayor parte de los países centroamericanos está estructurada inadecuadamente la enseñanza académica de la Psiquiatría.

7°—Se comprueba que con la honrosa excepción de la República de Costa Rica, los restantes países centroameri-

canos no tienen ninguna actividad práctica y actual en Higiene Mental.

- 8°—Se comprueba que en la mayor parte de las Repúblicas Centroamericanas la atención de los Gobiernos hacia los centros de enseñanza especial para débiles mentales, sordo-mudos y ciegos, no ha alcanzado aún la intensidad y eficiencia que esta clase de enfermos requiere.
- 9°—Se comprueba que el tráfico y consumo de la marihuana es problema importante, especialmente en las Repúblicas de Costa Rica y Panamá.

RECOMENDACIONES DEL PRIMER CONGRESO DE PSIQUIATRÍA DE CENTRO AMERICA Y PANAMÁ:

- 1°—Elaborar un trabajo estadístico respecto a la situación psiquiátrica nacional.
- 2°—Trabajar por el planeamiento y construcción de edificios hospitalarios modernos dedicados exclusivamente a la asistencia psiquiátrica, que reúnan los perfeccionamientos que señala la ingeniería hospitalaria de la especialidad.
- 3°—Intensificar la cantidad y la calidad del personal técnico que preste sus servicios en las instituciones psiquiátricas, otorgando becas, realizando cursos de entrenamiento y contratando servicios técnicos especializados, etc.
- 4°—Aumentar las partidas presupuestarias oficiales destinadas al sostenimiento de los centros psiquiátricos.
- 5°—Hacer una campaña de divulgación respecto a las realidades psiquiátricas nacionales, tratando de obtener la comprensión y la colaboración de los sectores particulares.
- 6°—Recomendar a las autoridades universitarias respectivas la revisión y perfeccionamiento de sus programas de enseñanza psiquiátrica.
- 7°—Procurar la organización de Ligas Mentales Nacionales de Higiene Mental, cuyo fomento debe estimularse preferentemente.
- 8°—Crear donde no los hay, y perfeccionar donde existen, centros de enseñanza especial para débiles mentales, ciegos y sordo-mudos.
- 9°—Establecer comisiones investigadoras para que estudien e informen sobre el tráfico y el consumo de marihuana, para que propongan un plan de prevención que tienda a evitar la propagación y en lo posible la erradicación del cultivo, tráfico y consumo de este tóxico.
- 10°—Evitar la propaganda que tienda a estimular el consumo de bebidas alcohólicas.

Se acordaron como Ponencias Oficiales para el próximo Congreso, las siguientes:

- 1°—Incidencia de las enfermedades mentales en Centro América y Panamá, Dr. Fernando A. Quirós M. y Dr. Ludwig Strauss, de COSTA RICA y de PANAMÁ, respectivamente.
- 2°—La enseñanza académica de la Psiquiatría, Dr. Ricardo Ponce Ramírez y Dr. Mariano Gorriz, de GUATEMALA y de PANAMÁ, respectivamente.
- 3°—El alcoholismo como problema psico-social, Dr. José Molina Martínez y Dr. Ramón Alcerro Castro, de EL SALVADOR y de HONDURAS, respectivamente.
- 6°—Disponiéndose, además: Dar un Acuerdo de Condolencia para los familiares del Dr. Roberto Chacón Paut, de Costa Rica, y del Dr. González Henríquez, de México, fallecidos últimamente.
- 7°—Manifestar el agradecimiento del Congreso al Gobierno de Costa Rica por todas las atenciones con que ha favorecido a sus miembros.

A las 8.30. p. m.—SESIÓN DE CLAUSURA. Con asistencia del Excmo. Señor Ministro de Salubridad Pública de Costa Rica, Dr. José Cabezas Duffner.

Y recepción ofrecida por la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos de San José, en el Club Unión.

De esta manera informo al señor Ministro de las diversas actividades que se desarrollaron en el Primer Congreso Centroamericano de Neuropsiquiatría, del 4 al 8 de Diciembre de 1952, en la ciudad de San José de Costa Rica.

LA APROXIMACIÓN DE LA MEDICINA GENERAL A LA PSIQUIATRÍA A TRAVÉS DE LA SOMATOTERAPIA

Por el Dr. Alcerro-Castro *

Agradezco mucho la oportunidad que se me da de presentar una pequeña charla en este Congreso. En realidad, era otro compañero de Honduras, el Dr. R. Gómez Róbelo, quien estaba anotado en el programa, pero por inconvenientes que ignoro, ni el colega ni el trabajo pudieron llegar.

Yo he oído con satisfacción que dos temas que se han presentado en este Congreso con relaciones psicológicas, han sido acogidos con bastante atención y casi han sido los que han producido mayores comentarios de parte del auditorio. Ustedes recuerden bien que me estoy refiriendo al tema de la «Psicología del leproso», que se presentó el primer día y a las consideraciones del «Tratamiento del alcoholismo con antabús», que se presentó esta mañana, y ello me anima a hacer una pequeña relación sobre mi experiencia con el tratamiento de algunas psicosis, sobre todo las esquizofrénicas, por medio de lobotomías prefrontales y transorbitarias. Si yo hubiera traído este trabajo escrito, posiblemente le hubiera intitulado o por lo menos hubiera escrito en el subtítulo lo siguiente: «El camino de la aproximación de la medicina general y la psiquiatría a través de la somatoterapia psiquiátrica». El médico general se ha sentido siempre alejado de la psiquiatría, pero se acerca cada vez más a ella a medida que en ésta usamos más los tratamientos de tipo somático.

Ninguna otra rama de la medicina tiene ahora tanto problema como la psiquiatría, porque precisamente el fondo de la misma es problemático hondamente. Las corrientes de investigación se han dividido sobre todo en dos sistemas: por una parte, la investigación desde el punto de vista psicológico, y por otra la de los puntos de vista somáticos. La primera incluye la psicopatología, la psicología profunda, el conductismo, la reflexología, fisiognómica, caracterología, etc., etc., teniendo a veces una aproximación filosófica —como las escuelas alemanas—, otras una psicológica pura— como las conductistas— y otras haciendo una mezcla de ambas, la psicológica y la filosófica. Al mismo tiempo que la literatura médica se ha inundado con teorías de esta naturaleza, otros psiquiatras — sobre todo europeos y entre éstos los alemanes— han tratado

* Delegado del Colegio Médico de Honduras,

de profundizar en los fundamentos somáticos de las enfermedades mentales y cobra actualidad la antigua idea de la investigación del asiento de las cualidades psíquicas sobre una base cerebral. La teoría de las localizaciones cerebrales, según la expone actualmente Kleist, reviste gran importancia y es de gran interés. Pero una cosa hay que hacer notar y es que a medida que corre el tiempo se ha ido desplazando la importancia concedida a la corteza cerebral y se la ha concedido mayor al tronco cerebral. Después de las investigaciones sobre el alamo como factor importante en la determinación de las emociones, se le da gran importancia al hipotálamo en toda su complejidad y a las relaciones de esta región hipotalámica con las otras regiones del encéfalo.

Pensando somáticamente, y en parte siguiendo las ideas de Caial, Egas Moniz, alrededor de 1935, pensó que podría influirse sobre la evolución de las psicosis a través de la cirugía cerebral seccionando ciertos haces de la sustancia blanca a la que según su teoría podrían estar fijadas ciertas ideas morbosas, creyendo que al interrumpir esos haces también se interrumpiría el círculo de ideas morbosas del psicótico, pudiendo entonces provocarse un cambio en la psicosis, cambio que él esperaba que fuera favorable. Ideó así la leucotomía de las regiones prefrontales de la cual presentó varios casos en el Congreso de Londres en 1936. La intervención trataba de seccionar las fibras que van de la corteza cerebral frontal a la talámica.

Freeman y Watts, en Washington, D. C, tomaron y modificaron la técnica de Egas Moniz y dieron una nueva interpretación psicopatológica de la intervención explicando el mecanismo de acción de la misma más o menos así: el tálamo es la gran central a donde llegan todas las vías que vienen de las zonas inferiores y desde donde se distribuyen en los diversos haces tálamo-corticales hacia los lóbulos frontales, hacia las regiones motoras, hacia los lóbulos parietales, occipitales y temporales. Ellos creen que es precisamente en el tálamo en donde se cargan de emoción las diversas representaciones que los abundantes datos que les dan las otras regiones cerebrales elaboran los lóbulos frontales anteriores en donde a criterio de los autores estaría la capacidad de proyección hacia el futuro, la de introspección, la de autoscopia. Como es posible que la psicosis resulte de una sobrecarga emocional adquirida por ciertas ideas morbosas, con una falta de coordinación armónica entre tálamo y corteza frontal. Idearon métodos de secciones amplias de esas conexiones en su trayecto en la sustancia blanca de los lóbulos frontales anteriores (lobotomías prefrontales). Después de investigar sobre la operación óptima haciendo diversos cortes en varios cuadrantes, llegaron a la conclusión de que los mejores cortes eran los situados en el plano de la sutura frontoparietal y que seccionaban las zonas superiores e inferiores bilateralmente (lobotomías prefrontales bilaterales). En experiencias neuropatológicas posteriores lograron demostrar que después de las lobotomías prefrontales se encontraba una atrofia del núcleo dorsal medio del tálamo; se relacionó así este núcleo con las fibras

del fascículo frontal. Los autores europeos piensan que esa explicación es insuficiente y que hay que pensar que los cortes afectan no solamente los haces tálamo frontales, sino también conexiones frontofrontales, de las zonas frontales a otras zonas cerebrales y que intervendrían también en su resultado relaciones subtalámicas relacionados con la emotividad y la impulsividad. La teoría de la acción de las lobotomías se ha ido enriqueciendo y las intervenciones a su vez han enriquecido la investigación y teoría neuropsiquiátrica.

También los psicoanalistas han hecho interpretaciones sobre el modo de acción de las lobotomías: unos creen que lo que sucede es que sobreviene una falta de acción del superego sobre la capa instintiva talámica, y otros creen que lo que pasa es que la capa instintiva no da suficiente material para la elaboración superegótica de la personalidad.

Poco a poco se van decantando esas diversas teorías y va quedando un cuerpo de doctrina que al hacer referencia a estratos neurológicos ligan la psiquiatría a la medicina general. La psicocirugía se ha enriquecido con nuevas intervenciones como las topectomías que se dirigen a la corteza frontal y las tálamotomías que ejercen acción directa sobre el tálamo. Las tálamotomías tendrían la ventaja de conservar mejor la personalidad post-operatoria del paciente, pero en cambio los resultados se mantienen mucho menos, al parecer, que en las lobotomías prefrontales. De las topectomías se continúa haciendo estudios que permitan la comparación con los otros procedimientos psicoquirúrgicos. Las lobotomías prefrontales han sido indicadas por Freeman y Watts, sobre todo en psicosis de tipo afectivo, en las melancolías involutivas, en las neurosis angustiosas, en las dipo depresivo y secundariamente en las esquizofrenias y psicosis maniaco depresivas. Se ha hecho la objeción de que precisamente las indicaciones en que insisten esos autores son las de los casos que ceden más fácilmente con otras terapéuticas, a veces espontáneamente, otras por procedimientos psicoterapéuticos y otras por métodos de choque, de tal manera que no estaría plenamente justificada la producción de una amputación de la personalidad como la que queda después de unos cortes amplios en las regiones prefrontales. Se dejaría entonces la intervención para los casos de esa naturaleza que ya han sido tratados por esos otros métodos, cuando han pasado muchos años sin que hayan sido modificados por las mismas. Resultaría así que para algunos va quedando la operación reducida en sus indicaciones y como método paliativo en las esquizofrenias, pero no en las reactivas sino en las endógenas, en las demencias precoces propiamente en las que conservan cierta tensión afectiva que indica la capacidad de lucha contra la enfermedad, cierta tendencia a la curación.

En esos casos es de esperarse que los pacientes puedan recuperar algo de lo que ya por otros procedimientos estaría dado por perdido, recuperación que puede llevarles o bien a una mejor adaptación hospitalaria, o a una buena adaptación familiar y hasta social, habiendo pacientes que vuelven al trabajo, tal vez no en

el mismo nivel que tenían antes de enfermar, pero de todos modos viviendo una vida de la que todavía son en parte propios autores.

Tengo aquí anotados los casos operados desde 1945: en total 27 lobotomías prefrontales y 12 transorbitarias. Como ustedes ven, a pesar del número de años la estadística es baja. No he operado por lobotomía prefrontal ninguna psiconeurosis y la mayor parte de mis casos son de esquizofrenias. Esta enfermedad es en principio incurable. Al parecer, las que se curan son esquizofrenias reactivas, no nucleares; y es en estas últimas en las que se indica la operación. De los 27 operados han mejorado 17, es decir el 63.3%; la mejoría se ha manifestado en varias formas: unos solamente se han hecho más manejables dentro del medio hospitalario disminuyendo el número de problemas que antes presentaban; otras trabajan dentro del hospital; otras han podido vivir en sus casas en una adaptación moderada y otros, en fin, han podido volver al trabajo. No mejoraron o mejoraron poco y transitoriamente siete pacientes, es decir el 23% y tenemos todavía una mortalidad de 11%. Estas muertes fueron los tres primeros casos: yo creo que en los decesos en las lobotomías influye el que consideremos la operación como muy sencilla, por lo cual tal vez nos confiamos demasiado y queremos hacer cortes muy amplios y situados muy posteriormente, en la zona límite. En un caso que autopsié, comprobé la situación muy posterior de los cortes; Barahona Fernández dice que las muertes que acaecieron en Portugal al principiar a usarse el método se debieron también a cortes muy posteriores. En uno de mis casos, la muerte fue por una meningitis fulminante.

Con respecto al uso de las lobotomías prefrontales como terapéutica del dolor en los cánceres incurables, no tengo experiencia personal, pero en los dos años que estuve con el Prof. Freeman tuve oportunidad de observar algunos casos con resultados bastante felices en los que podía después de la operación reducirse a dosis ínfimas la cantidad de morfina usada.

Tomada de la Revista del Colegio Médico de Guatemala.—
Dic, 1951—Vol. II.—N° 4.