

Semiología Quirúrgica  
y Diagnóstico Clínico

Prof. VELASCO

Dr. ALDUNATE

FLORES ACEVEDO

CASANUEVA DAZA

ediciones ercilla







SEMIOLOGIA QUIRURGICA

Y

DIAGNOSTICO CLINICO



# SEMIOLOGIA QUIRURGICA Y DIAGNOSTICO CLINICO

ALFREDO VELASCO SANFUENTES

Prof. Extraordinario de Patología Quirúrgica.—  
Prof. Suplente de Clínica Quirúrgica.—Jefe de  
la Clínica Quirúrgica del Prof. Covarrubias.

EMILIO ALDUNATE PHILLIPS

Segundo Jefe y actual Jefe Suplente de la  
Clínica Quirúrgica del Prof. Covarrubias.

NESTOR FLORES W.

MANUEL CASANUEVA

ENRIQUE ACEVEDO D.

FELIX DAZA B.

EDICIONES ERCILLA

SANTIAGO DE CHILE

1938

Es Propiedad  
Registro N.º 6329

---

COPYRIGHT by  
ED. ERCILLA, S. A., 1938

PRINTED IN CHILE

Prensas de la Editorial Ercilla. S. A.—Santiago de Chile.

# SEMIOLOGIA QUIRURGICA

Y

## DIAGNOSTICO CLINICO

CUELLO — MAMA — COLUMNA VERTEBRAL — AFEC-  
CIONES ANO-RECTIALES — RODILLA

Dr. Alfredo Velasco S.

Prof. Extraordinario de Patología Qui-  
rúrgica.

Profesor Suplente de Clínica Quirúr-  
gica.

Jefe de la Clínica Quirúrgica del  
Prof. Covarrubias.

Dr. Emilio Aldunate Ph.

Segundo Jefe de la Clínica Quirúrgica  
del Prof. Covarrubias.

Jefe Suplente de Clínica Quirúrgica.

Dr. Néstor Flores W.

Jefe del Instituto de Anatomía.

Cirujano del Hospital del Salvador.

Dr. Manuel Casanueva del C.

Ayudante de Clínica Quirúrgica.

Cirujano de la Asistencia Pública.

Dr. Enrique Acevedo D.

Ayudante de Clínica Quirúrgica.—Prof.

Encargado del Curso de Histología.—

Prof. de Biología Geral. del Inst. de  
Educación Física.

Dr. Félix Daza B.

Jefe del Servicio de Radiología del  
Hospital del Salvador.



## INDICE DE MATERIAS

Prólogo .....	13
Introducción .....	15

### PRIMERA PARTE

#### CUELLO

Inspección.. . . . .	17	Bocio tóxico.. . . . .	41
Palpación.. . . . .	19	Enfermedad de <i>BASEDOW</i> ..	41
Exploración ganglionar . . . .	19	Bocio de la adolescencia.. . .	45
Exploración de la glándula sub- maxilar.. . . . .	20	Osteoperiostitis.. . . . .	49
Adenitis piógena.. . . . .	21	Angina de <i>LUDWIG</i> .. . . . .	50
Adenitis tuberculosa.. . . . .	22	Flegmón agudo circunscrito..	51
Adenitis sifilitica.. . . . .	25	Adeno-flegmón.. . . . .	52
Linfosarcoma.. . . . .	26	Absceso osifluente cervical..	52
Metástasis ganglionar.. . . . .	27	Flegmón leñoso del cuello.. . .	52
Actinomicosis.. . . . .	28	Fistulas congénitas.. . . . .	53
Angina monocitaria.. . . . .	28	Quistes congénitos.. . . . .	54
Leucemia linfoidea.. . . . .	29	Quistes branquiales.. . . . .	54
Leucemia aguda.. . . . .	30	Linfagiomias.. . . . .	54
Enfermedad de <i>HODGKINS</i> ..	31	Aneurismas.. . . . .	55
Absceso.. . . . .	35	Diverticulos del esófago.. . .	56
Tiroiditis.. . . . .	36	Antrax de la nuca.. . . . .	57
Estrumitis.. . . . .	36	Meningocele.. . . . .	57
Quiste hidatídico.. . . . .	36	Botriomicoma.. . . . .	58
Tuberculosis del cuerpo tiroides	37	Lipoma.. . . . .	58
Sífilis.. . . . .	37	Torticolis.. . . . .	59
Condritis.. . . . .	38	Mal de <i>POTT</i> . suboxipital. . .	61
Bocio (clasificación).. . . . .	38	Traumatismos del cuello.. . .	62
Bocio (evolución).. . . . .	39	Fracturas de la laringe.. . . .	63
Bocio (degeneración).. . . . .	39	Hematomas.. . . . .	64
Bocio simple.. . . . .	40	Heridas.. . . . .	65

## SEGUNDA PARTE

## MAMA

Interrogatorio.. . . . .	68	Absceso retro-mamario.. . . . .	77
Inspección.. . . . .	68	Mastitis crónica.. . . . .	78-79
Hipertrofia simple.. . . . .	68-71	Cáncer.. . . . .	78-86
Palpación.. . . . .	69-86	Pronóstico del cáncer de la mama.. . . . .	81
Exploración ganglionar.. . . . .	70-86	Biopsia.. . . . .	81
Expresion del pezón.. . . . .	71	Pérdida de sangre por el pezón	82
Quiste hidatidico.. . . . .	71	Escirro.. . . . .	83
Tuberculosis.. . . . .	72	Enfermedad de <i>PAGET</i> .. . . . .	83
Sifilis.. . . . .	73	Sarcoma.. . . . .	84
Actinomicosis.. . . . .	75	Evolución de las operadas.. . . . .	84
Angioma.. . . . .	76	Heridas de la arteria mamaria interna.. . . . .	89
Galactoforitis.. . . . .	77		
Mastitis aguda supurada.. . . . .	77-88		

## TERCERA PARTE

## COLUMNA VERTEBRAL

Interrogatorio.. . . . .	92	Cáncer vertebral.. . . . .	119
Semiología.. . . . .	93	Mal de <i>POTT</i> .. . . . .	120
Esguinces.. . . . .	100	El absceso osifluente.. . . . .	125
Desgarros musculares.. . . . .	101	Trastornos medulares.. . . . .	127
Fracturas.. . . . .	101	Escoliosis.. . . . .	130
Fracturas de las apófisis espino- sas.. . . . .	103	Xifosis.. . . . .	132
Fracturas de las apófisis tras- versas.. . . . .	103	Lordosis.. . . . .	132
Fracturas de las láminas.. . . . .	103	Espina bifida.. . . . .	134
Fracturas con desviación.. . . . .	106	Costillas cervicales.. . . . .	136
Luxaciones.. . . . .	106	Enfermedad de <i>KLIPEL-FEIL</i>	137
Enfermedad <i>K Û M M E L L-</i> <i>VERNEUIL</i> .. . . . .	106	Sacralización.. . . . .	137
Radiografías vertebrales.. . . . .	110	Espondilolistesis.. . . . .	138
Espondilitis tífica.. . . . .	114	Platespondilia.. . . . .	138
Osteomielitis.. . . . .	115	Quistes dermoides.. . . . .	139
Sifilis vertebral.. . . . .	117	Cáncer.. . . . .	139
Espondilitis gonocócica.. . . . .	118	Quiste hidatidico.. . . . .	143
Actinomicosis.. . . . .	119	Lesiones de los meniscos in- tervertebrales.. . . . .	143
		Punción lumbar.. . . . .	144

CUARTA PARTE

AFECCIONES ANO-RECTALES

Semiología general.. . . .	149	Prurito peri-anal.. . . . .	169
Abscesos de las márgenes del ano.. . . . .	151	Tacto rectal.. . . . .	169
Condilomas acuminados.. . . .	152	Incontinencia de materiales fecales.. . . . .	172
Prolapso rectal.. . . . .	154	Anomalias congénitas.. . . .	172
Fistulas de las márgenes del ano.. . . . .	154-176	Recto-sigmoidoscopia.. . . .	174-177
Condilomas planos.. . . . .	155	Fisuras.. . . . .	175
Hemorroides.. . . . .	155	Esfinteritis.. . . . .	176
Ulcera tuberculosa.. . . . .	156	Papilitis.. . . . .	176
Gomas sífilíticas.. . . . .	157	Procesos inflamatorios.. . . .	179
Ulceraciones fagedénicas (DUCREY).. . . . .	157	Cáncer rectal.. . . . .	180
Chancro sífilítico.. . . . .	157	Melano-sarcoma.. . . . .	181
Dolor.. . . . .	158	Cáncer de la S iliaca.. . . .	181
Neuralgia esencial.. . . . .	159	Biopsia.. . . . .	182
Tenesmo.. . . . .	159	Granuloma amebiano.. . . . .	182
Hemorragias.. . . . .	159	Pólipos.. . . . .	184
Reacción de WEBBER.. . . . .	164	Rectitis estenosantes.. . . . .	185
Secreción anormal.. . . . .	165	Tumores vellosos.. . . . .	191
Diarrea.. . . . .	167	Radiología simple.. . . . .	191
Constipación.. . . . .	167	Radiología con doble contraste	194
Exámenes de deposiciones.. . .	168	Radiología con sustancias flo- culantes.. . . . .	194

QUINTA PARTE

RODILLA

Semiología general.. . . . .	196	Arteriografía.. . . . .	208
Inspección.. . . . .	196	Quiste del hueco popliteo.. . .	208
Nociones anatómicas.. . . . .	197	Absceso frío.. . . . .	209
Estudio de los movimientos.. . .	199	Lipomas del hueco popliteo.. .	209
Palpación.. . . . .	200	Tumores de la extremidad inferior del fémur.. . . . .	210
Choque rotuliano.. . . . .	203	Osteomielitis.. . . . .	213
Bursitis pre-rotuliana.. . . . .	206	Sífilis ósea.. . . . .	214
Higromas pre-rotulianos.. . . .	206	Tuberculosis ósea.. . . . .	215
Heridas del hueco popliteo.. . .	207	Actinomicosis ósea.. . . . .	216
Aneurismas del hueco popliteo	207		

Exostosis de crecimiento.. . . .	217	Hematoma pre-rotuliano.. . . .	257
Osteomas.. . . . .	218	Luxaciones de la rótula.. . . .	257
Hidatidosis ósea.. . . . .	219	Hemartrosis.. . . . .	258
Enfermedad de <i>RECKING- HAUSEN</i> .. . . . .	219	Entorsis.. . . . .	259
Quistes.. . . . .	223	Lesiones de los meniscos.. . . .	259-266
Metástasis ósea cancerosa.. . .	224	Desgarro de los ligamentos la- terales.. . . . .	259
Osteosarcoma.. . . . .	224	Ruptura de los ligamentos cru- zados.. . . . .	260
Tumor de células gigantes.. . .	226	Fracturas supra-condileas.. . .	262
Artritis en general.. . . . .	229	Fracturas de los cóndilos fe- morales.. . . . .	262
Artritis gonocócica.. . . . .	231	Fracturas de la extremidad su- perior de la tibia.. . . . .	263
Artritis sifilitica.. . . . .	234	Fracturas de la extremidad su- perior del peroné.. . . . .	264
Artropatia tabética.. . . . .	237	Luxaciones de la rodilla.. . . .	264
Artritis de origen focal.. . . .	238	Examen radiológico.. . . . .	268
Artritis piógenas.. . . . .	238	Artroneumografía.. . . . .	277
Osteomielitis del fémur.. . . .	240	Genu-valgum.. . . . .	277
Reumatismo poliarticular agudo	240	Genu-varum.. . . . .	281
Artritis crónica.. . . . .	240	Genu-recurvatum.. . . . .	281
Osteo-artritis tuberculosa.. . .	241		
Sinovitis tuberculosa.. . . . .	246		
Lesiones traumáticas.. . . . .	253		
Fracturas de la rótula.. . . . .	256		

## PROLOGO

*El inmenso camino recorrido por la medicina en los últimos años, hace que hoy el estudio de la Clínica Quirúrgica exija el dominio previo de un vasto conjunto de conocimientos que no sólo se relacionan con la técnica operatoria, sino, también, con las afecciones internas, con la radiología, con el laboratorio, con la cirugía experimental y, muy especialmente, con la semiología quirúrgica y general.*

*Lógicamente debe, entonces, suponerse que todo esto no puede ser encerrado en el marco de un texto; pero que si se logra, mediante una didáctica exacta, mostrar la forma correcta de conducir un diagnóstico verdaderamente científico, y que si se agrega a esto una exposición literaria realizada en forma que todo el conjunto ofrezca gran claridad e interés, se habrá, sin duda alguna, realizado una obra profundamente útil para estudiantes y médicos.*

*Estimo que todas estas condiciones unidas a las profusas y magníficas ilustraciones que contiene, harán que "Semiología Quirúrgica y Diagnóstico Clínico", de que son autores mi Jefe de Clínica el Prof. don ALFREDO VELASCO SANFUENTES y un grupo de profesionales distinguidos, encuentre una amplia acogida en el mundo médico.*

ALVARO COVARRUBIAS P.,  
Profesor de Clínica Quirúrgica.



## INTRODUCCION

*Cuando hace algunos años germinó por primera vez en mi espíritu el propósito de buscar una fórmula sencilla al par que amena que condensara los problemas que a diario afronta el Cirujano, nada me permitía suponer que, con el correr del tiempo, habría de realizar mi anhelo desde una Cátedra adonde me llevaran mis oscuros y pacientes esfuerzos por progresar en el camino sin fin de la Clínica y Técnica Quirúrgicas. —Ni pude, en consecuencia, en ese entonces, imaginarme que toda la documentación que fui guardando con meticuloso orden habría de procurarme alguna vez la honda satisfacción de ofrecerla en el texto de un libro como aporte al acerbo científico de los jóvenes estudiantes que dan sus primeros pasos por el apasionante campo de la Clínica.*

*A ellos y en especial a mis discípulos ofrecemos este libro en cuyas páginas desearía que supieran leer, junto al caudal modesto de mi experiencia y la de mis colaboradores, el cordial afecto que nos mueve a dedicárselos.*

*La forma que se ha dado a la exposición de los temas reproduce el método a que he ceñido mis lecciones de Patología Quirúrgica primero y de Clínica, como subrogante del Profesor COVARRUBIAS, después.*

*Es este, a mi juicio, el método más racional, científico y sencillo de iniciar y agotar el estudio del "Caso Clínico" y vale a la vez como excelente disciplina en el*

difícil proceso de la discusión diagnóstica que conduce al cirujano consciente hacia la indicación terapéutica adecuada.

Demostrar que la observación minuciosa del enfermo es la mejor escuela, trazar las líneas generales de una metodización semiológica inteligente, valorizar el concurso de los especialistas en la tarea de buscar la luz entre las sombras de complejos cuadros y poner de relieve cuanto y cómo es indispensable al Cirujano familiarizarse con la Medicina y la Fisiopatología generales, fueron los principios fundamentales sobre cuyas bases procuramos estructurar las lecciones de clínica que integran este texto.

Y nada tendrá para el suscrito mayor significación de recompensa por un esfuerzo grande que el llegar un día a convencerse de que en alguna medida ha sido útil a sus alumnos.

Hemos tratado en todo momento de ofrecer a los lectores el producto de nuestra propia experiencia y así, cada uno de los temas expuestos, ha sido objeto de un largo estudio realizado personalmente o con mis colaboradores; todos ellos han contribuido en manera efectiva a este trabajo; no puedo, no obstante, dejar de hacer resaltar especialmente la labor desarrollada por el Doctor EMILIO ALDUNATE PHILLIPS, quien ha tomado un especial y constante interés no sólo en la redacción del texto, sino que también en la ejecución de las láminas que lo ilustran.

Cábeme también expresar en este sitio mi felicitación calurosa a la Empresa Editorial Ercilla en la persona de su caballeroso y digno Director Técnico y Literario Sr. LAUREANO RODRIGO; débese a la constante preocupación suya la excelente presentación de este libro que nos enorgullece como exponente del considerable progreso alcanzado por la industria editorial chilena.

Dr. ALFREDO VELASCO SANFUENTES.

## PRIMERA PARTE

### CUELLO

La presencia en el servicio de varios enfermos con lesiones localizadas a nivel del cuello, nos permitirá hoy día, hacer un estudio de la forma cómo hay que examinar esta región y de los distintos procesos patológicos que se deben tener presente para llegar a un buen diagnóstico.

Colocad al enfermo sentado; los brazos caen a lo largo del cuerpo; los ojos miran al frente. Observad con atención y fijaos, primero, en la simetría o asimetría aparente del cuello. Para que podáis apreciarlo en mejor forma os presentamos aquí un individuo normal y otros tres en los cuales, junto con ustedes, procuraremos llegar a una conclusión que permita indicar el tratamiento adecuado.

Ved en el primero la orientación de su cabeza respecto al plano sagital y al horizontal pasado por debajo de la mandíbula inferior; aquí responde a lo normal. Fijaos en la línea media y, fácilmente, apreciaréis una prominencia: la laringe; desde el punto de vista semiológico ofrece la característica muy importante de ascender con la deglución; en el individuo obeso esta referencia desaparece a la inspección.

Observad, ahora, una depresión regular por debajo de ambos lados de la mandíbula inferior, más acentuada.

sin duda, por detrás del ángulo mientras es, justamente, desde ese punto de donde parte un relieve redondeado, que se dirige oblicuamente hacia el mango del esternón y que, como ya lo sabéis, corresponde al músculo esternocleido mastoideo. En las partes látero-inferiores y por sobre las clavículas apreciáis, a cada lado, una zona excavada; son las fosas supra-claviculares limitadas, en la parte inferior, por las clavículas que.



Dr. E.F.

...mientras una mano inclina la cabeza la otra palpa los ganglios submaxilares...

disegnando una doble curva suave se dirigen del esternón hacia el acromion. La descripción detallada que hacemos en otro capítulo con respecto a la movilidad de la columna cervical nos evita repeticiones inútiles y sólo queremos haceros resaltar que en la rotación e inclinación de la cabeza y cuello juegan un rol preponderante los músculos externo-cleido mastoideos ya citados. Vamos, ahora, a los hechos prácticos y ved a este paciente. Interrogadlo: ¿Por qué ha venido al hospital? Por una tumefacción no dolorosa situada en la parte derecha del cuello; no sabe precisar la fecha de aparición. La lesión es indolora.

Una rápida inspección os permitirá establecer que efectivamente, por debajo del borde maxilar y más o menos en la parte media del lado derecho se aprecia un au-

...

mento de volumen — ¿tamaño? — aparentemente tres a cuatro centímetros y no aseguréis más, pues aún no habéis palpado; observad la piel: está de aspecto normal. Miremos el costado opuesto y el resto del cuello; no se aprecia nada digno de mención. Haced ejecutar al enfermo los distintos movimientos: flexión, extensión, inclinación lateral y rotación: están normales. ¿Cómo seguir? — id a la palpación. Primeramente en el lado sano vuestros dedos, con la palma dirigida hacia arriba, exploran la región sub-maxilar desde la sínfisis mentoniana



...colocaos detrás del paciente para explorar la cadena ganglionar situada por delante del externo-cleido-mastoideo...



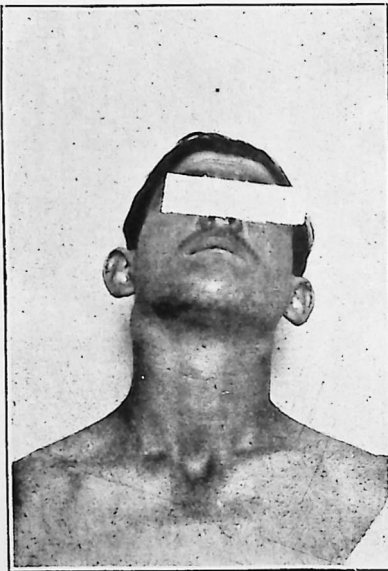
...se examinan las condiciones del músculo...

hacia el ángulo, al principio en forma superficial y luego profundamente. Tratad de daros cuenta de si hay a ese nivel ganglios palpables; apreciad su número, tamaño, sensibilidad, consistencia, adherencias a la piel o planos profundos y movilidad; en seguida repetid la maniobra mientras vuestra mano contraria hace inclinarse hacia adelante la cabeza del enfermo; en numerosas ocasiones tendréis la sorpresa de palpar en esta segunda forma lesiones que os habían pasado inadvertidas.

Completad la exploración del sistema ganglionar y para ello colocaos detrás del enfermo y palpad metódicamente de arriba hacia abajo a lo largo del externo-cleido-mastoideo primeramente el borde anterior y en seguida, con el pulgar hacia atrás y los otros cuatro dedos por delante, el espesor mismo del músculo.

Estáis ahora frente al paciente y en esta posición palpad metódicamente las fosas supra-claviculares tratando de daros cuenta del estado de la piel y tejidos subyacentes.

Nos diréis que en este costado no hay nada de anormal; bien, pero, en esta forma, os acostumbráis a la disciplina elemental de tener



...por debajo del reborde del maxilar inferior se aprecia una tumefacción...

un punto de comparación y no incurrís en el error imperdonable de empezar por la parte presuntamente afectada. Pasad ahora al costado enfermo — ¿qué buscáis?: tamaño de la lesión: notáis al palpar que es algo mayor que lo aparente; adherencia a la piel: en este caso no la hay; forma de la lesión: es ligeramente ovalada; superficie: lisa; consistencia: la apreciáis uniformemente dura y, finalmente, dolor a la presión que aquí, en realidad, no existe.

¿Pero de qué se trata?

¿esta pequeña tumefacción inframaxilar será, acaso, una inflamación o un tumor de naturaleza benigna o neoplásica de la glándula sub-maxilar?

Precisemos el examen: ved que, en realidad, la lesión está situada vecina al ángulo, es decir, es muy pos-

terior; por otra parte si con una mano inclináis hacia adelante la cabeza, con la otra podéis movilizar la lesión, fácilmente, hacia afuera. Examinad, finalmente, introduciendo primero un dedo dentro de la boca y palpando, en seguida, en el tercio medio y borde inferior del maxilar, es decir, en el sitio en que normalmente se encuentra la glándula y os aseguráis, así, que a este nivel no hay nada de anormal. Entonces es casi seguro que la tumefacción corresponde a los ganglios del cuello; sin embargo, como luego lo veréis, hemos dado sólo el primer paso hacia el diagnóstico.

Continuemos nuestro análisis y veamos modo de llegar a establecer claramente de qué padece este hombre de treinta y cuatro años.

¿Será una adenitis piógena común? Buscad la puerta de entrada en el territorio tributario o sea, en este caso, en la cavidad bucal y faringe. Ved la dentadura: por rara excepción está sana. ¿Las amígdalas? aparentemente tampoco hay a este nivel nada de patológico, pero ¿basta este examen sumario para eliminar esa presunción etiológica? sin duda que no y por tanto es imprescindible que os ayudéis con los síntomas clínicos.



Se trata, en las adenitis piógenas corrientes, de lesiones casi siempre dolorosas, que se acompañan de fiebre, malestar y escalofríos; abandonadas a sí mismas tienden a adherirse a los tejidos vecinos por procesos de periadenitis y a supurar; se acompañan de alteraciones de la

...en la adenitis piógena común, buscad la puerta de entrada en la cavidad bucal y faringe...

fórmula sanguínea en el sentido de una leucocitosis. Si bien es cierto que en este paciente hay 9.000 glóbulos blancos, por sí solo este síntoma no autoriza en forma alguna para hacer un diagnóstico.

Uno de ustedes nos dice que la lesión puede ser tuberculosa. En principio la hipótesis es razonable, pues esta enfermedad es la gran causa de las adenitis del cuello. Veamos el estado general; comprobamos que este



...también aquí es fácil sospechar la tuberculosis...

sujeto es de constitución muy robusta ¿que esto no tiene un valor absoluto? indudable; sabido es que dentro de su polimorfismo habitual, la tuberculosis puede presentarse con apariencia clínica de primitiva y sin repercusión orgánica manifiesta.

Si el examen os revela cicatrices antiguas en el cuello la presunción se hace grande; son los casos en que el paciente dice haber sufrido de escrófulas, generalmente en la niñez o en la adolescencia. Pero, de-

béis investigar con cuidado los antecedentes patológicos; preguntad por afecciones pleuro-pulmonares anteriores, despistad la tuberculosis en la familia del enfermo y finalmente, tened presente que, al ser este el origen de la afección, con frecuencia hay fiebre.

Desde el punto de vista del examen local, podemos describir una forma habitual y algunas modalidades clínicas que deben siempre tenerse presentes por ser difícil su diagnóstico.

En el primer caso la lesión toma uno o varios ganglios de un grupo siendo, por lo general, unilateral; tiene tendencia rápida a la peri-adenitis que se traduce por adherencias a la piel y tejidos vecinos. El hecho de encontrar simultáneamente ganglios en diferentes períodos evolutivos, es decir, unos duros y otros blandos o fistulizados, es un excelente detalle para ayudar al diagnóstico. El dolor a la palpación es de intensidad variable, pero es muy raro que esté ausente. La evolución es más tórpida que en las adenitis piógenas comunes, pero ofrece también como aquellas una gran tendencia a la abertura espontánea.

Sin embargo en ocasiones la lesión puede ser monoganglionar, lo que hace que las dificultades de diagnóstico sean mucho mayores, pues, se trata de un ganglio duro, liso, no adherido a la piel ni a los planos profundos. Existe también una forma de tuberculosis ganglionar bilateral que compromete numerosos ganglios, los cuales,

contrariamente a las normas generales enunciadas, pueden, durante un largo tiempo, presentarse duros y sin adherencias aparentes; la repercusión sobre el estado general puede ser muy escasa durante todo su primer período de evolución.

Si el diagnóstico os inspira dudas, examinad clínica y radiográficamente los pulmones y haced un recuento globular buscando la anemia y la linfocitosis que a me-



...si el examen revela cicatrices antiguas en el cuello, la posibilidad de tuberculosis es muy grande...



...las adenitis consecutivas a lesiones dentarias son sin duda las más frecuentes...

nudo acompañan a los cuadros de este origen. Os servirá también para orientaros sobre el posible origen leucémico de la afección. Completad vuestro examen sanguíneo determinando la velocidad de sedimentación.

Al tratarse de pacientes de pocos años la reacción de la tuberculina os puede ayudar grandemente, pero ha de tenerse presente que mientras mayor sea la edad del enfermo, menores serán las indicaciones que podréis obtener de ella. Se usa de preferencia el mé-

todo llamado de *VON PIRQUET*, que consiste en hacer una escarificación superficial en el brazo e inocular allí tuberculina vieja. En caso de reacción positiva encontraréis, a las veinticuatro o cuarenta y ocho horas, una pápula rodeada de una zona de aspecto violáceo; su diámetro oscila entre 10 y 20 milímetros. Se recurre también a la oftalmorreacción que consiste en instilar una gota de tuberculina en la conjuntiva y observar si, al cabo de doce a veinticuatro horas, se produce allí una coloración que varía del rosado al tinte equimótico.

Debemos, sin embargo, deciros que en muchas ocasiones ni aun el clínico más experimentado podrá afirmar o negar el diagnóstico de tuberculosis ganglionar y en estos casos debéis recurrir a otros métodos de examen: la biopsia o la punción biopsia de que os hablaremos más adelante en detalle.

Pero, ¿no podrá tratarse de un origen sifilítico? ¿Hay antecedentes en este sentido? Habéis oído que el enfermo

los niega en forma categórica; los exámenes serológicos practicados son negativos, pero para mayor seguridad interesa recordar las diversas modalidades que puede revestir la lesión ganglionar sifilítica. En los distintos períodos de evolución de esta enfermedad, podéis asistir a cuadros diferentes de repercusión ganglionar. El chancro inicial se acompaña de una adenopatía indolora múltiple, de ganglios pequeños, duros, no adherentes a los tejidos vecinos y que ruedan bajo el dedo. En algunos casos se destaca, en medio de ellos, uno de mayor volumen, sin que esto tenga la gran frecuencia de que hablan los clásicos. Hemos realizado aquí sin resultado la exploración de la cavidad bucal buscando una posible lesión primaria sifilítica que, por lo demás, tiene una relativa frecuencia; pero, si hubiésemos encontrado una ulceración bucal sospechosa de ser de tal origen habríamos tomado una muestra de secreción y practicado un examen ultramicroscópico tratando de precisar la existencia de la espiroqueta pálida.

Durante el período secundario el sistema ganglionar se toma en forma generalizada conservando las características ya descritas. Finalmente, en pleno período terciario, encontraréis, en algunas raras ocasiones, adenopatías gomosas locales con tendencia a la adherencia con los tejidos vecinos y piel y a la fistulización con salida de líquido siruposo. Pero ya en esta época es raro no encontrar lesiones oculares o alteraciones del sistema nervioso, que aún en



...y presentan modalidades diversas...

ausencia de reacciones serológicas positivas, os confirmen el diagnóstico de sífilis.

Creemos que estaréis de acuerdo con nosotros en que el cuadro de nuestro paciente difiere totalmente del que acabamos de describir. Alguien nos dice: ¿y por qué no hacer tratamiento de prueba? Alejad de vuestra mente ese ilógico y peligroso procedimiento. Estimamos temerario actuar en esta forma sin antes agotar el diagnóstico y

luego podremos mostraros los desastrosos resultados a que ha conducido esa norma nefasta y por desgracia tan generalizada.

¿Y no podría ser esta alguna de las múltiples variedades de linfosarcoma?

Estos tumores pueden, en realidad, presentarse en cualquiera edad y a menudo se localizan en el cuello: pero sería rara una forma tan circunscrita ya que lo habitual es que tome un grupo de ganglios. Por otra parte, después de varios meses, habría tendido al crecimiento rápido y a la adherencia con los



...el linfosarcoma ofrece a veces un notable parecido con las leucemias y la enfermedad de *HODGKINS*...

planos profundos formando una masa irregular de dureza leñosa o bien pseudo-fluctuante, muy adherida a los órganos vecinos y capaz de originar compresiones vasculo nerviosas. Estos hechos, en realidad, aquí no suceden ya que clínicamente parece estar afectado tan sólo un grupo muy escaso de ganglios. Sería también probable, al tratarse de alguna forma de linfosarcoma, que hubiesen aparecido metástasis pulmonares, hepáticas o vertebrales, como en este otro enfermo que a los dos meses

de iniciarse aparentemente su lesión presentaba ya extensas metástasis pulmonares. En algunos casos estos tumores se acompañan de alza de temperatura y leucocitosis lo cual puede dificultar aún más el diagnóstico. Es también habitual cierto grado de anemia que aquí no existe.

¿Puede esta lesión corresponder a una metástasis de un epiteloma de la cavidad buco-faríngea? — ciertamente que sí y hemos visto un caso análogo en que la afección causal era bien poco aparente. Sin embargo el examen detenido de la boca es negativo y para mayor seguridad enviamos el enfermo donde el especialista, quien no comprobó nada anormal. Recalcamos que en caso de duda esta corroboración es absolutamente indispensable, ya que a veces a cánceres bucales de tamaño insignificante corresponden ganglios metastáticos o ulceraciones enormes. Desde el punto de vista clínico la adenopatía cancerosa, en sus primeros períodos, se compone de ganglios pe-



...cánceres bucales de pequeño tamaño originan ganglios metastáticos enormes...

queños, muy duros, indolores y no adherentes. Debéis recordar que al estar su punto de origen en la lengua, es casi la regla que el compromiso ganglionar sea bilateral. Pero, en períodos avanzados estas características se pierden totalmente, debido a la infección secundaria.

Si tenéis presente la relativa frecuencia de la localización en el cuello de los procesos actinomicóticos, nos encontraremos razón cuando tratamos de eliminar este probable origen. De frecuencia igual en ambos sexos y de



...en periodos avanzados la adenopatía cancerosa se ulcera e infecta...

¿Podrá acaso tratarse de una adenopatía consecutiva a una angina monocitaria? Se encuentra siempre en estos casos el antecedente de una angina de intensidad variable que ha sido seguida muy rápidamente de una intensa adenitis que toma a menudo las regiones cervical y axilar, pudiendo aún provocar una respuesta ganglionar generalizada con esplenomegalia. Los ganglios no se



...recordad la relativa frecuencia de localización en el cuello de los procesos actinomicocicos...

aparición en cualquiera edad, las micosis ofrecen como características su lenta evolución, una tendencia franca a la infiltración difusa, fistulización múltiple y ausencia de adenopatías. El diagnóstico tiene un inmenso interés ya que la curación con un tratamiento adecuado es rápida. Convendréis con nosotros en que difícilmente podría aceptarse este origen en nuestro paciente.

presentan adheridos, pues no hay lesiones de periadenitis. La evolución de la enfermedad es siempre febril. El diagnóstico suele ser en extremo difícil y requiere practicar un examen de sangre, que, mostrará un enorme aumento de los mononucleares. El origen de esta afección es aún desconocido y sus caracteres difieren grandemente del cuadro presentado por este enfermo.

Y bien, ¿en qué otra enfermedad pensar? Hay tres

afecciones de gravísimo pronóstico y que son una clara demostración de lo que os hemos repetido hasta el cansancio: "el cirujano debe tener un amplio dominio de la medicina interna y un concepto claro del laboratorio y radiología". En efecto, si no conocéis la leucemia linfoídea, la leucemia aguda y la enfermedad de *HODGKINS*

os exponéis a los más burdos errores; recordad que por principio frente a toda afección ganglionar de origen no muy preciso debéis siempre pensar en ellas.

La primera se inicia generalmente con astenia, palidez, anemia y trastornos gastro-intestinales (diarrea); en ocasiones hay prurito intenso y ya en períodos más avanzados encontraréis adenopatías múltiples. Se trata de ganglios que al principio son duros, indoloros y fácilmente diferenciables por no existir periadenitis. La localización en el cuello se hace primeramente en los grupos superficiales y su tamaño decrece a medida que se desciende hacia la clavícula. Las lesiones son de tamaño variable pudiendo llegar a formar masas con siderables. Ante esta sospecha recurrid siempre al exa-



...el yoduro tiene sobre ellos un efecto sorprendente...



...la leucemia linfoídea se acompaña de adenopatías múltiples...

men de sangre, que mostrará un aumento de los glóbulos blancos a expensas de los linfocitos, los cuales presentan alteraciones especiales que traducen su gran fragilidad (núcleos vacuolares y fragmentados). Estas variaciones de la fórmula sanguínea pueden llegar en ocasiones a cifras enormes encontrándose cien mil o más glóbulos blancos por milímetro y acompañándose de una disminución acentuada de la hemoglobina. Las plaquetas también suelen estar disminuídas con respecto a su cifra normal.

La lesión del sistema linfático se extiende a los ganglios intratorácicos e intraabdominales y en este sentido la radioscopia del mediastino es un complemento indispensable. No olvidéis la exploración del bazo el cual se presenta aumentado de tamaño.

La leucemia aguda se inicia con un cuadro serio y de rápida repercusión sobre el estado general. Hay fiebre, astenia, palidez y gran tendencia a las hemorragias. Encontraréis a menudo graves accidentes buco-faríngeos

de tipo necrótico. La adenopatía cervical es precoz, pero debido al hecho de las infecciones asociadas múltiples de la cavidad no tiene, prácticamente, una semiología propia. El examen de la sangre nos revela no sólo una gran leucocitosis, sino también la presencia de las llamadas "células embrionarias de LAVEDAN", elementos mononucleados de núcleo claro y protoplasma basófilo.

Ciertamente que tampoco podrían invocarse estas afecciones en el caso que estudiamos y en cuya refe-



...en el HODGKINS encontráis ganglios duros, lisos, indoloros, no adherentes...



... pueden alcanzar tamaños enormes...

rencia vamos a exponer las razones que nos inducen a pensar en una enfermedad de *HODGKINS*.

Creemos conveniente insistir en que el principio de esta afección es de lo más variable, pudiendo revestir modalidades totalmente diferentes. Si interrogáis con cuidado al enfermo os relata que desde que se inició su afección ha notado un prurito tenaz y, en varias ocasiones, crisis de diarrea; él insiste sobre el hecho de que ésta le aparecía con su comida habitual. No sabe precisar si ha tenido

o no fiebre que es otro de los síntomas de esta afección. Respecto a la localización ganglionar existen grandes variaciones y al lado de casos en los cuales las masas ganglionares ocupan el cuello, las axilas, las regiones inguinales y el espacio mediastínico, existen otros en los que la lesión es muy localizada; así pues, esto no excluye la posibilidad diagnóstica en nuestro paciente aun cuando, en general, las características de los ganglios en tales casos son las siguientes: la lesión se inicia afectando un grupo de ellos; son duros, lisos indoloros, no adherentes a los planos superficiales o profundos y ruedan fácilmente bajo el dedo. Incluso cuando hay masas muy grandes, ellas conservan siempre, a la palpación, una multilobulación neta. El examen abdominal revela a menudo, un aumento de tamaño del bazo, fácilmente comprobable en nuestro enfermo.

El aspecto descrito como clásico, es decir, la cabeza enterrada en un cuello tumefacto, es en realidad bastante

raro de observar y sería absurdo esperar la presencia de este signo para formular un diagnóstico.

Podéis encontrar también manifestaciones cutáneas que varían desde el exantema pruriginoso hasta las eritrodermias descamativas.

Al igual que en la leucemia linfóidea, la investigación radioscópica del tórax tiene una gran importancia; os puede revelar, como en este enfermo, un franco aumento de la sombra mediastínica, hecho que, según el radió-



...investigad el posible aumento de volumen del bazo...

logo, es producido por masas ganglionares anormales.

En esta afección a menudo está aumentado el número de leucocitos, y, puede, a veces llegar a cifras muy elevadas; pero os insistimos en que el *HODGKINS* existe también con cifras leucocitarias normales. La eosinofilia es muy común y la fórmula acusa, en su conjunto, como en el caso presente, una franca desviación hacia la izquierda. Respecto al número de glóbulos rojos, hay generalmente una disminución de ellos.

No creemos necesario insistir en el cuadro clínico de la afección en períodos avanzados, pues el diagnóstico ofrece entonces mucho menos dificultad.

Veis, pues, que por los síntomas y datos clínicos puede pensarse que se trata de una enfermedad de *HODGKINS*; en realidad, para llegar a esta hipótesis hemos procedido a un verdadero diagnóstico de eliminación. Pero, nos guardamos de afirmarlo en forma perentoria: tan sólo analizamos los hechos y pensamos en una posibilidad, mas dada la gravedad pronóstica de la afección que suponemos, el diagnóstico preciso sólo se justifica con una biopsia. ¿Cómo realizarla? Ya sea extirpando un pequeño trozo de ganglio bajo anestesia local o bien por medio de una punción. En este último caso, secad bien vuestra aguja y jeringa e introducidla a través de la piel en plena masa tumoral, aspirando en varias direcciones; en seguida, el líquido extraído lo extendéis sobre un portaobjeto, y los pequeños trocitos de tejido que puedan salir, los incluíd en parafina, para lograr así hacer cortes y poder realizar el examen histológico.

¿Qué características microscópicas se observan en esta afección? Veréis distintas clases de células agrupadas irregularmente, pudiendo distinguirse entre ellas: eosinófilos, polinucleares, plasmazellen, linfocitos y, con frecuencia, células de *STENBERG* en distintos períodos de su evolución; se caracterizan por su gran tamaño y sus núcleos múltiples. Sin embargo, debéis tener presente que en otras afecciones puede también encontrarse este tipo de células (linfosarcomas, tumores del bazo, tumores originados en el sistema retículo endotelial).

En el enfermedad de *HODGKINS*, el examen sucesivo de un mismo ganglio en distintas épocas, muestra que las alteraciones se modifican (puede aumentar la fibrosis o bien una zona fibrosa infiltrarse con células diversas).

Si disponéis de medios necesarios, realizad la prueba o test propuesto por *GORDON*. Consiste en extraer un

ganglio, macerarlo en suero fisiológico e inyectarlo, previa trepanación, en forma intra-cerebral, al conejo. No se producirá una encefalitis, sino una paraplejia del tren posterior. Si tomáis el cerebro de este animal y procedéis también a macerarlo e inyectarlo, lograréis repetir la paraplejia. Se afirma que esta prueba tiene un gran valor para el diagnóstico de la enfermedad de *HODGKINS*.

\*  
\* \* \*

Al presentar hoy estos pacientes, queremos contribuir a fijar en la mente de ustedes los principios fundamentales de la exploración semiológica que conduce al diagnóstico en las afecciones de la parte anterior del cuello.

Ved a esta mujer; en la región que corresponde aparentemente a la laringe hay una tumefacción de aspecto



liso, redondeada y sin alteración de la piel a ese nivel. Mirad ahora a esta muchacha y sin dificultad podréis apreciar, por encima de la horquilla esternal, un gran aumento de volumen con alteración profunda de la piel, la cual está tensa, rojiza y, parece próxima a romperse. ¿Qué es esto? ¿A qué corresponde aquello?

Proceded ahora a hacer un estudio comparativo de ambos casos; rogad a la segunda enferma, a aquella cuya piel se aprecia tensa y rojiza, que ingiera un sorbo de agua, y observad con

...una tumefacción de la parte media anterior del cuello...

atención: el tumor del cuello no se mueve cuando la enferma traga; es ésta una noción capital que puede expresarse de esta manera: la lesión no está adherida a la laringe; si lo estuviera, seguiría el movimiento de ascenso que realiza este órgano durante la deglución.

Y comparad, ahora, con lo que ocurre con la primera enferma: aquí sí que hay movimiento del tumor durante la deglución; aquí sí que podemos afirmar que esta lesión adhiere a la laringe.

Procedamos, en seguida, a palpar; desde luego, nos llama la atención que en la segunda paciente encontramos fluctuación en ambas direcciones. Estos datos, complementados con el interrogatorio que intencionalmente hemos postergado, imponen el diagnóstico; la enferma relata que, hace diez días, se produjo, con un cuerpo extraño, una pequeña erosión de la piel; dice haber tenido fiebre, que aún subsiste; o sea, en resumen, todas las características de la inflamación, unidas a un antecedente traumático. El diagnóstico, repetimos, fluye por sí solo; absceso de la cara ántero-inferior del cuello.

Oíd, ahora, los antecedentes de la primera enferma: desde hace algunos años, nota una pequeña tumefacción en la misma zona en que se la observa actualmente. Sólo pocos meses atrás, la lesión aumenta de tamaño, y la pacien-



Dr. A. Pi

...la mano izquierda fija la cabeza mientras la derecha busca la movilidad lateral de la glándula...

te se torna irritable y presenta otra serie de molestias que luego analizaremos en detalle.

El cuadro clínico es tan típico, que fácilmente sospecháis que se trata de un bocio. Palpad, para daros cuenta con exactitud; colocaos detrás de la enferma y haced la exploración con ambas manos. Verificáis, entonces que, efectivamente, el aumento de volumen radica en el cuerpo tiroides. Daos cuenta de si hay dolor, de

la consistencia, tamaño, forma, superficie y adherencia a la piel y planos profundos.

\*

\* \*



...se trata de un absceso...

Pero que el tiroides esté aumentado, no quiere decir que se trate necesariamente de un bocio. ¿Qué otras afecciones determinan aumento de volumen de este órgano?

Descartad primero las alteraciones inflamatorias, es decir, la tiroiditis o inflamación aguda de la glándula anteriormente sana, y la estrumitis, en la

cual el cuerpo tiroides estaba anteriormente enfermo. Habrá siempre, en ambos casos, un aumento de volumen muy doloroso, con infiltración más o menos extensa de los tejidos vecinos y con síntomas generales serios (fiebre y adinamia). Estaréis de acuerdo con nosotros en que éste no es el cuadro de nuestras pacientes.

La posibilidad de un quiste hidatídico debe siempre tenerse presente; es, por lo demás, una regla diagnóstica

pensar en ello en presencia de cualquier tumor de origen no precisado. Esta lesión, rara vez se presenta a este nivel con características de primitiva y, por otra parte, tiene tendencia a la forma redondeada. Si aún tuviéramos dudas, haríamos la reacción de *WEINBERG* (desviación del complemento), o bien recurriréis a la intradérmica-reacción de *CASSONI*, o al examen de sangre que os puede revelar una eosinofilia.

Además, y en numerosas ocasiones, estos enfermos han padecido de pruritos más o menos rebeldes.

La tuberculosis del tiroides es extraordinariamente rara, por lo cual su valor clínico es escaso. Se trata, generalmente, de hallazgos

casuales de autopsia, pudiendo presentarse como absceso frío o en la forma de tipo esclerógeno; rarísima vez se observa clínicamente primitiva de tiroides. En realidad, dada su escasa frecuencia, carecemos de la experiencia para detallar un cuadro que le sea característico.

Con un poco mayor frecuencia, pero sin dejar, por eso, de ser una rareza, podéis encontrar localizaciones de la sífilis a este nivel. No se puede, tampoco, a este respecto, hacer una descripción clínica típica, pues el diagnóstico se basa más bien en la coexistencia de otras manifestaciones concomitantes. En el período secundario puede encontrarse una tiroiditis de tipo congestivo, y durante el



...la mejor manera de palpar el tiroides consiste en colocarse detrás de la paciente sentada...

período terciario las diversas formas de carácter escleromomoso; pero, en raras ocasiones, se observa una tiroiditis caracterizada por su dureza, tendencia a la invasión de los tejidos vecinos y fenómenos de compresión traqueal o de los recurrentes. Este tipo de lesión ofrece un notable parecido con el cáncer. ¿Cómo hacer un buen diagnóstico? Estimamos que, a falta de antecedentes francos de lúes, debe siempre recurrirse al estudio histológico. Nada de tratamientos de prueba, pues el cáncer tiroideo es curable en su comienzo, y lo que urge es no perder tiempo.

En cuanto a las condritis o inflamaciones agudas de los cartílagos laríngeos son, en realidad, excepcionales y se acompañan de los síntomas típicos a esta clase de procesos; de aquí que creamos inútil insitir a este respecto.

Llegamos, así, a la conclusión de que esta enferma padece de un bocio. Para una más clara comprensión de este punto, debemos definir lo que se entiende por tal. Dentro del estado actual de nuestros conocimientos, nosotros consideramos que "bocio es todo aumento de volumen no inflamatorio ni maligno del cuerpo tiroides, y en cuya etiología no intervienen los microbios hasta hoy conocidos". Nos diréis: ¿Esta forma de comprensión de la enfermedad es definitiva? Sin duda que no, ya que este tema está aún en pleno período de estudio; pero es, según nuestro criterio, la más aproximada desde el punto de vista clínico actual.

¿Cómo agrupar los bocios? Al margen de todas las discusiones existentes a este respecto, os proponemos la siguiente clasificación basada exclusivamente en el aspecto clínico: Hablad de "bocio difuso o simétrico" cuando el aumento de volumen reúna estas características, como en el caso de la mujer que aquí veis; decid que el bocio es "nodular o asimétrico", cuando deforma irregularmente el cuello, cosa que fácilmente podéis comprobar en esta otra paciente; llamadlo "bocio pendular", cuando cuelga por delante del esternón; pensad en la variedad de "bocio retroesternal", cuando con o sin gran tumefacción ex-

terna, hay, en cambio, manifestaciones claras de compresión traqueal; para este diagnóstico os puede ayudar en algo la percusión del mango del esternón, pero sólo lo precisa en forma categórica la radioscopia en posición oblicua. La variedad llamada "bocio intratorácico", obedece a una mala formación congénita e implica la presencia de un trozo aberrante de tejido tiroideo dentro del tórax, y desde el punto de vista clínico, casi carece de toda importancia, pues su diagnóstico diferencial con los distintos tumores del mediastino lo consideramos imposible.

¿Cuál es la forma de evolución de estas lesiones? En general, tienden con el tiempo a aumentar de volumen y pueden presentarse diversas complicaciones. Las unas, son sólo de tipo mecánico y se traducen en compresiones, ya sea de la tráquea o de los nervios recurrentes; lo veis claramente comprobado en esta mujer que habla con voz bitonal. Observáis lo



...un bocio difuso simétrico...

primero en esta anciana, en que después de varios años de evolución de la enfermedad, sin síntomas que le causaran gran molestia, presenta desde hace un mes, una intensa disnea.

La degeneración cancerosa es otra eventualidad seria y temible. ¿Qué os hará pensar en ella? Aplicad la regla general para cualquiera región del organismo; el rápido aumento de volumen de una lesión hasta entonces latente, la irregularidad de la misma, su cambio de consistencia, el hecho de hacerse más o menos dolorosa y el posible com-



...sería ésta la variedad nodular o asimétrica...



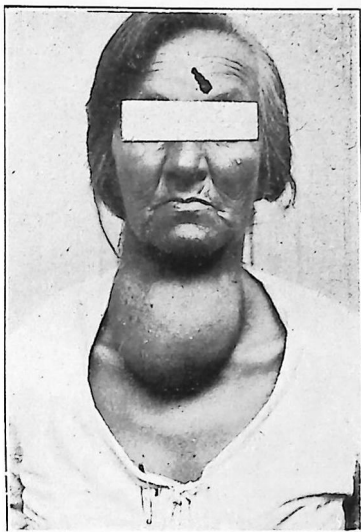
...aquí es mucho más manifiesta la asimétrica..

promiso de los nervios vecinos, hacen sospechar la transformación maligna. En otros casos, es la repercusión sobre el estado general lo que más llama la atención, aún antes de comprobarse la lesión local. Todos estos síntomas los encontramos en una desgraciada mujer, que falleció casi súbitamente antes de la intervención quirúrgica. Otras veces se agregan al cuadro ya dicho, ulceraciones que confirman aún más la posibilidad diagnóstica.

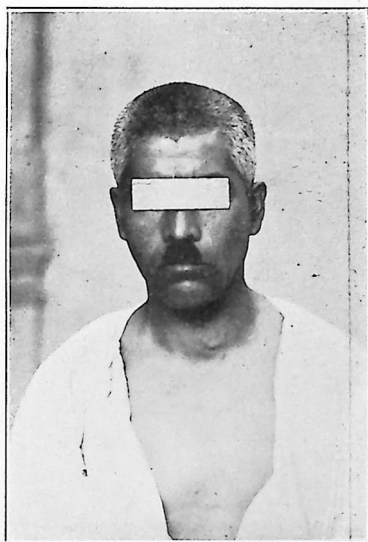
Pasemos, ahora, a otro tipo de complicaciones; son aquellas que van a hacer que el bocio tome el carácter de "tóxico". Precisemos esto con mayor detalle: durante todo el curso de la enfermedad, la paciente puede no presentar, fuera de los síntomas locales, ninguna alteración general; en todos estos casos agregad al nombre de la variedad clínica de que se trata (bocio difuso o simétrico, nodular o asimétrico, pendular o intratorácico). la palabra "simple", y así

tendréis que decir: "bocio difuso simple", etc. Pero, en un momento cualquiera de la evolución, pueden presentarse diversas manifestaciones que van a transformar el "bocio simple" en "bocio tóxico". ¿Cuáles son ellas? Principalmente, alteraciones de tipo cardíaco caracterizadas por taquicardia acentuada con pulso inestable; aumento marcado del metabolismo basal (lo normal entre nosotros es de  $-5$  a  $+10$ ), que no guarda relación con el síntoma anteriormente citado, y finalmente, manifestaciones por parte del sistema nervioso, consistentes en temblor y emotividad. Todo este conjunto de alteraciones van a seguir, desde el momento de su aparición, una curva progresiva y uniformemente ascendente, lo que constituye, podríamos decir, la característica del ritmo sintomático del bocio tóxico.

Sin duda, nos preguntareis: ¿Y la enfermedad de *BASEDOW*? Intencionalmente no hemos hecho alusión a ella, con el objeto de fijar en vuestras mentes



...es la forma llamada pendular...

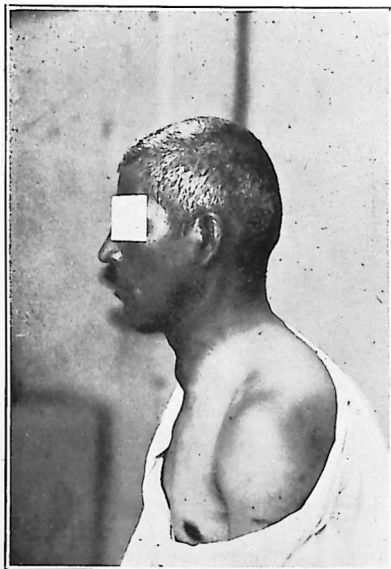


...la inspección no basta para el diagnóstico de bocio retrosternal...

este hecho fundamental: esta afección debe ser considerada en un capítulo totalmente aparte del bocio. ¿Por qué esta idea? Debido, por una parte, a que sus causas etiopatogénicas son muy distintas, y, por otra, a que la enfermedad de *BASEDOW* puede existir sin que haya bocio. Si dudáis, examinemos a estas tres enfermas: la primera, es una demostración clara de la aseveración anterior; la segunda, presenta un escaso aumento del tiroides, y la simple inspección de la tercera os revela un *BASEDOW* con bocio acentuado.

Entonces, ¿cómo hacer el diagnóstico? Proceded primero al interrogatorio; él os demuestra que antes de iniciarse la afección no había bocio. La observación que hemos hecho de un número más o menos grande de estas pacientes, nos lleva a establecer que, entre nosotros, la forma de comienzo del cuadro clínico es la siguiente: el principio es siempre brusco y consecutivo, en ocasiones, a algunas de las diversas enfermedades infecciosas, y la

afección se encuentra caracterizada por gran desequilibrio y excitabilidad del sistema nervioso, con alteraciones marcadas del carácter. Muy luego, se manifiesta, también, la taquicardia, que ofrece como hecho predominante el ser muy inestable. Simultáneamente, pueden existir manifestaciones gastro-intestinales, consistentes en diarreas rebeldes.



...veis que también lateralmente la apariencia es de lesión simple...

Aparece, en seguida, el exoftalmo, que es de grado variable, pudiendo apenas bosquejarse en toda es-

ta primera etapa, o bien ser unilateral.

El examen local os revela que, al existir bocio, se trata de un aumento de tamaño casi siempre moderado conservándose la forma del tiroides y revelando la palpación una consistencia firme y uniforme, debida a la hipertrofia e hiperplasia del tejido tiroideo.

Un hecho casi constante, es que estos sujetos presentan precozmente alteraciones sexuales, consistentes en pérdida del instinto genésico, impotencia sexual!



...el tumor maligno puede ofrecer aspectos típicos...

en el hombre y esterilidad en la mujer.

La aparición del temblor puede no ser un síntoma inicial, y nos ha llamado la atención que su intensidad no guarda una relación directa con el tiempo de evolución de la enfermedad.

En la mujer, suele también observarse transpiraciones profusas y congestiones intensas, pero fugaces, de la cara, cuello y piel del pecho.

El enflaquecimiento es un síntoma que, aun cuando no tiene carácter de muy precoz, es de gran frecuen-



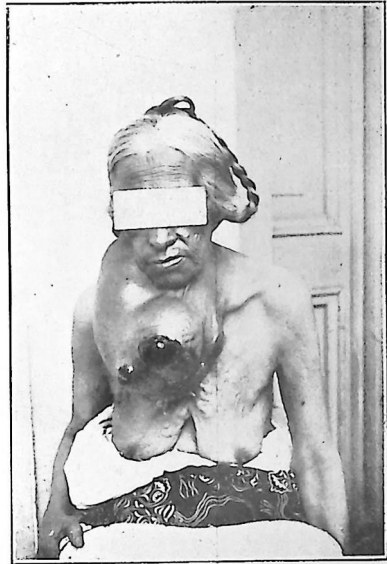
...crecimiento rápido, dolor y alteraciones de la voz caracterizan al cáncer...

cia. Tened presente este hecho, pues, a menudo hemos visto que estos pacientes han sido considerados como tuberculosos incipientes.

El *BASEDOW* evoluciona, a diferencia del bocio tóxico, por crisis con remisiones más o menos acentuadas; pero, a medida que pasa el tiempo, tienden, por lo general, a hacerse más frecuentes. Es un hecho característico el que el metabolismo se presente aumentado.

Se han descrito, también en la enfermedad, una serie de pequeños signos oculares (Signo de *GRAEFE*; cuando el individuo mira hacia abajo, el párpado no sigue el movimiento del globo ocular; Signo de *MOEBIUS*: al cerrar los ojos, la pupila se oculta tras el párpado en vez de pasar lo contrario). No dudamos que en muchas ocasiones existen, por lo cual es conveniente conocerlos; pero, retened que su presencia o ausencia no son en forma alguna indispensables para el diagnóstico.

Veis, pues, que encontrándose en planos totalmente diferentes la enfermedad de *BASEDOW*, puede ofrecer cierto parecido con el bocio tóxico; pero, si tenéis en cuenta los síntomas ya citados, si sabéis examinar, el diagnóstico se presentará casi siempre fácil; hacerlo es fundamental, ya que los principios del tratamiento son absolutamente diferentes, y lo que urge es aplicar una terapéutica precoz; pues, en caso contrario, el exoftalmo y las otras alteraciones tomarán un carácter definitivo.



...hay formas enormes que escapan a toda descripción...

La gran propulsión de ambos globos oculares con separación exagerada de los párpados no debe ser esperada, ya que ella indica lesiones irreparables. Esto a nuestro modo de ver, es tan burdamente erróneo como aguardar la aparición del vómito para afirmar el cáncer gástrico.

La existencia simultánea de la enfermedad de *BASEDOW* y la hipertrofia del timo, podrá, acaso, ser frecuente en otros países; pero afirmamos que, entre nosotros, no la hemos observado nunca en un total de más de quinientas enfermas que fueron sometidas a la intervención quirúrgica.

Por último, teniendo ya una idea precisa sobre estas afecciones, os queremos presentar una muchacha de catorce años, en la cual el examen muestra que se trata de un "bocio difuso o simétrico"; la palpación revela una consistencia elástica uniforme. Pero, ¿cuál es el interés de este caso? El hecho de recordar frente a todo sujeto con bocio, que el examen de metabolismo basal es indispensable, y que en un caso como este, en que la paciente no ha llegado a la edad adulta, por ningún motivo se está autorizado



...este otro caso es análogo al anterior...



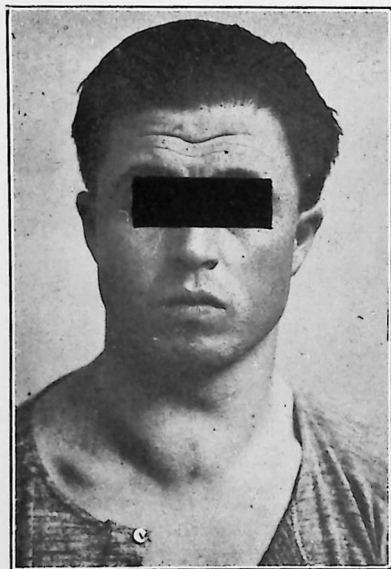
...corresponde a la misma enferma observada de frente...

para practicar una intervención quirúrgica sin antes haberse asegurado del resultado de este examen.

Para vuestra más clara comprensión, nos explicaremos en otras palabras. Hay casos como el presente, en que el bocio coexiste con un metabolismo basal muy disminuído; es decir, que el cuerpo tiroides ha aumentado de tamaño, con el objeto de volver el metabolismo a la normalidad; es entonces una verdadera defensa de una glándula insuficiente que, al producir poca secreción.



...también aquí sólo la radiografía reveló la presencia de la prolongación retro-esternal...



...otro caso análogo al anterior...

tiende a hipertrofiarse e hiperplasiarse, para lograr así llegar a entregar a la circulación una cantidad normal de ella. Entonces, si olvidando estos principios que estimamos fundamentales, operáis a esta paciente, la recidiva será, por las causas ya citadas, casi inmediata. En cambio, si dais extracto tiroideo para suplir la deficiencia de la glándula, asistiréis a la desaparición del bocio.

Como resumen de todos los hechos expuestos, diría-

mos que para hacer un buen diagnóstico clínico de bocio y saber diferenciarlo netamente de la enfermedad de *BASEDOW*, debe procederse en la forma siguiente: interrogatorio respecto a edad de la paciente; forma de principio de la afección; evolución de ella; investigación de los síntomas cardio-vasculares (taquicardia), nerviosos (temblor, irritabilidad, emotividad) y oftalmológicos (exoftalmo, etc.); palpación hecha en buena forma, buscando: adherencias superficiales o profundas, forma, superficie, consistencia, movilidad, dolor y eventual presencia de ganglios laterales o supra e infraclaviculares; percusión del mango del esternón; radioscopia en posición oblicua; metabolismo basal (examen que es, para nosotros, de enorme importancia clínica, tanto en lo que respecta al diagnóstico como al pronóstico y tratamiento) y examen laringoscópico tendiente a establecer si hay o no compromiso de los nervios recurrentes, hecho que tiene un valor pronóstico considerable desde el punto de vista de la voz.



...el Basedow puede existir sin bocio...

Si en el curso de nuestro estudio no hemos tomado en consideración para el diagnóstico clínico, ni para la clasificación de los bocios las características histológicas, es porque a la luz de los conocimientos actuales las distintas variedades de estas lesiones no ofrecen siempre aspectos típicos en este sentido. Desde este punto de vista, conviene recordar que puede haber predominio del coloide o del tejido parenquimatoso o igual cantidad de

estos elementos. Considerando estos hechos, creemos que actualmente la base del estudio y clasificación debe ser esencialmente clínica.

\*  
\* \* \*

Hace algunos días, tuvimos ocasión de ver en una de las salas del hospital a un paciente con una inflamación aguda del cuello, acompañada de síntomas generales tan graves, que le produjeron la muerte, a pesar de la intervención quirúrgica. Ese caso y este otro que os presentamos, en que la afección es, sin duda, de mucho menor gravedad, nos servirán para analizar con cuidado estos cuadros, pues ellos exigen un rápido diagnóstico y tratamiento.

Acude al servicio esta enferma que aquí veis, por una tumefacción dolorosa situada a nivel de la región submaxilar derecha. Hay fiebre, astenia y trismus. Con dificultad podéis observar, dentro de la boca, la exis-



...con escaso aumento del tiroides...

...o con gran aumento de la glándula...

tencia de numerosas caries dentarias de cuarto grado. Proceded ahora a la palpación. ¿Qué encontráis? Piel adherida a los planos profundos; la tumefacción es muy dolorosa y parece formar cuerpo con el maxilar. ¿Antecedentes? La paciente sufría, desde hace muchos años, de neuralgias dentarias, su afección actual empezó en forma brusca, hace cuatro días. Completad vuestro examen haciendo una exploración digital intrabucal de la cara externa del maxilar.

¿Comprobáis que a ese nivel hay borramiento del surco formado por la mejilla y dolor intenso? Pues bien, el diagnóstico es evidente: se trata de una osteoperiostitis maxilar de origen dentario. ¿En qué otras condiciones puede presentarse este cuadro? Como complicación de extracciones de piezas dentarias, o bien constituyendo algunas de las diversas complicaciones, que pueden acompañar la erupción del molar del juicio. En caso de duda, practicad una radiografía que os muestre



...en un principio el exoftalmo puede ser poco acentuado...

la pieza dentaria incluída. Y merece la pena que recordéis que esta eventualidad de la dentición puede originar no sólo alteraciones locales que alcanzan hasta el cuello, sino también que en ocasiones evoluciona con síntomas meníngeos cuyo diagnóstico es en extremo difícil si no se tiene una idea clara sobre estos hechos.

Pero, ¿qué tenía aquel enfermo que falleció en medio de graves síntomas generales? ¿Cuáles fueron los antecedentes de su enfermedad? Oíd con atención el relato

que hizo la gente de su familia, ya que él llegó en estado inconsciente. Era un individuo de 30 años, que siempre había gozado de muy buena salud. Cuatro días antes de su ingreso al hospital, se quejó de dolor en toda la cavidad bucal y región supra-hioidea. Desde el primer momento tuvo cierta dificultad para tragar y fiebre. Sus molestias se acentúan rápidamente y el estado general se altera en tal forma, que resuelven traerlo al hospital.

Desde que lo vimos, nos sorprendieron el aspecto de profunda intoxicación del paciente, la fiebre alta y, localmente, una gran infiltración tensa, dura y muy dolorosa que invadía los tejidos que forman el piso de la boca; el trismus acentuado impedía todo examen de esta cavidad. ¿Diagnóstico? Flegmón gangrenoso del suelo de la boca o, dicho de otro modo, angina de *LUDWIG*. ¿Pronóstico? Gravísimo, aún con intervención quirúrgica precoz.

El origen de esta enfermedad está ligado a infecciones de la cavidad bucal, y sólo muy raras veces a la osteomielitis del maxilar inferior.



...la operación tardía no modifica el exoftalmo...



...tampoco aquí se logró reducir la propulsión de los globos oculares...

También puede presentarse en la región alta del cuello el "flegmón agudo circunscrito" el cual suele tener durante varios días escasa repercusión sobre el estado general; se encuentra principalmente caracterizado por síntomas de predominancia intrabucal con tumefacción y dolor debajo de la lengua, cuyos movimientos se limitan; además, hay alteraciones en la palabra y dificultad en la deglución. Si el diagnóstico no os parece claro, colocad una de vuestras manos en la parte alta del cuello e introducid un dedo de la otra dentro de la boca. ¿Qué se trata de buscar? La induración y el dolor de los tejidos que forman el piso de la boca. Si el examen es positivo o aún ligeramente sospechoso, tened cuidado y vigilad estrechamente al enfermo, pues estas lesiones pueden, al igual que el flegmón gangrenoso difuso, tener una evolución traicionera y complicarse súbitamente con edema de la glotis y asfixia.



...metabolismo basal disminuido caracteriza el bocio juvenil por hipofunción...

Al hablar al principio de las inflamaciones de los ganglios del cuello, habíamos indicado en detalle la forma de evidenciar los cuadros agudos cuyo punto de origen está en la glándula submaxilar; por esto no insistiremos mayormente a este respecto, recordando tan sólo aquí que es un hecho muy característico de estas lesiones la rápida aparición de una tumefacción submaxilar debida a la obliteración del conducto escretor de la glándula.

La presencia de cadenas ganglionares numerosas situadas lateralmente en el cuello y en relación con los



...acude por una tumefacción dolorosa situada a nivel de la región sub-maxilar derecha...

paquetes vásculo-nerviosos, os explicará fácilmente que las lesiones inflamatorias agudas de esta zona, sean, a menudo, adenoflegmones. Desde el punto de vista práctico, pueden estar situadas entre las diversas hojas de la aponeurosis cervical, siendo inútil que os hagamos una relación detallada de cada una de ellas, pues bastará aplicar aquí las características generales propias a este tipo de lesiones. Fácilmente comprenderéis que en estos casos el punto de entrada de

la infección podrá ser cutáneo, bucal o consecutivo a una sepsis general en un individuo con escasas resistencias orgánicas. Si el proceso se sitúa en la vecindad o por debajo del esterno-cleido-mastoideo, traerá una rápida reacción de éste en forma de contractura e imposibilidad para efectuar los movimientos de rotación de la cabeza.

Aun cuando al hablaros de la columna cervical, señalamos el hecho, creemos que no está de más recordar que el Mal de *POTT* es capaz de originar abscesos osifluentes que pueden aparecer en las partes laterales del cuello. Sus síntomas son los propios a las complicaciones de esta índole, consecutivas a una osteo-artritis de origen bacilar y, como ya hemos insistido, la base para el diagnóstico precoz, es pensar en el Mal de *POTT* y explorar la columna cervical.

Os diremos dos palabras sobre el curioso cuadro que se conoce con el nombre de "flegmón leñoso del cuello". Se presenta generalmente en la parte lateral, y consiste

en una celulitis difusa subaguda con inflamación de la piel. Entonces, ¿qué vais a encontrar a la palpación? Piel y tejido celular formando una verdadera coraza que se extiende ocupando un área más o menos grande. Su evolución es lenta, progresiva y poco dolorosa; aún durante meses puede no acompañarse de reacción general. En períodos avanzados, hay formación de numerosos pequeños abscesos. El pronóstico es muy grave, ya que, en realidad, esta afección está rodeada de la mayor oscuridad en lo que respecta a sus condiciones de producción y formas de tratamiento.

\*

\* \*

Observemos, ahora, a esta muchacha que os muestra un pequeño trayecto fistuloso situado en la parte lateral izquierda del cuello, más o menos en la unión del tercio superior con los dos tercios inferiores. La lesión es indolora y, según ella misma dice, sólo le ocasiona una escasa molestia derivada de la pequeña cantidad de secreción que se escurre. ¿De qué se trata? ¿Será consecutiva a una infección piógena, sifilítica o tuberculosa? Pensamos que no pueden invocarse tales orígenes, y os vamos a exponer los motivos que tenemos para afirmar el diagnóstico de fístula congénita del cuello.

La paciente, según nos dice su madre, nació con esta alteración; la fístula está situada en el trayecto de la línea que une la apófisis mastoide a la horquilla esternal; este detalle relacionado al hecho de no presentarse alteraciones de la piel vecina, os estaría corroborando el diagnóstico.

¿Qué causa reconocen estas fístulas? Alteraciones de origen embrionario. ¿Variedades de ellas? Completas, o sea con comunicación esofágica y ciegas externas, en las que dicha comunicación no existe. ¿Síntomas? Los que ya visteis en esta enferma. ¿Condiciones anatómicas? Trayecto profundo que llega generalmente al cuerpo del hueso hioides o al esófago. Finalmente, os insistimos en que la exploración de estos trayectos con el estilete, a más de

ser difícil y peligrosa, expone a accesos intensos de tos por irritación del nervio laríngeo superior.

Es un hecho de observación bastante rara, pero no imposible, el que la fistula congénita aparezca años después del nacimiento; ello se debe a la existencia de un quiste branquial profundo que secundariamente tiende a abrirse al exterior.

Las fístulas situadas en la línea media ofrecen, más o menos, las mismas características, y son debidas a persistencia del conducto tirogloso.

Dentro del grupo de las lesiones congénitas, debéis también tener presente los llamados "quistes congénitos". Clínicamente se presentan como tumores lisos, redondeados, no adheridos a la piel, de consistencia más o menos dura y siempre algo adheridos a los planos profundos. Las diversas variedades que constituyen este numeroso grupo de lesiones, pueden tener una situación mediana o lateral, y su contenido ser mucoso o constituido por elementos de la piel (pelos o glándulas cutáneas). No nos ocuparemos en detalle de su diferenciación exacta desde el punto de vista de los tejidos que los forman, ya que es un tema aún en pleno estudio y sujeto a interpretaciones diversas. Recordaremos, sí, que en los llamados "quistes tiroideos" el tumor, teniendo las características ya dichas, es mediano y adhiere al hueso hioides; es, a veces, difícil, si no imposible, su diagnóstico diferencial con los bocios. El "quiste branquial lateral" se presenta en la misma línea que ya hemos indicado para las fístulas congénitas; no se une a la piel y está también como el anterior, en relación con el hueso hioides, por lo cual sigue los movimientos de deglución.

Podéis, igualmente, observar quistes serosos múltiples o "linfangiomas del cuello", los cuales pueden alcanzar un volumen enorme. Situados en la parte lateral de la región, pueden ser pequeños y aún no existir en el momento del nacimiento, para aparecer posteriormente. Al examinar al niño, os llamarán la atención: piel no alte-

rada, tumor de regular tamaño, consistencia blanda multilocular, adherencias profundas, fluctuación manifiesta, poca respuesta del estado general y, finalmente, que la lesión es indolora y con tendencia a ocupar la fosa supraclavicular. Se ha dado también como síntoma para el diagnóstico de estos tumores, la transparencia; pero estimamos que desde el punto de vista práctico, resulta casi siempre difícil de comprobar.

Ahora, veis aquí un caso de angioma del cuello, lesión congénita de límites imprecisos, consistencia blanda y tendencia a aumentar de tamaño con los gritos y esfuerzos del niño.

Pero, tened gran cuidado de no confundir estas afecciones con los aneurismas del cuello, cuyo punto de origen puede estar ya en las carótidas, en cuyo caso tendrá una situación lateral, ya en la fosa supra-clavicular cuando parten de la subclavia o del tronco braquio-cefálico. Recordad, para evitaros confusiones, las características propias de los aneurismas: tumor que presenta latidos isócronos con el pulso; soplo auscultatorio propagado, y en algunos casos, según sea su ubicación, diferencia de presión arterial en ambos miembros. Buscad, además, la gran causa productora de aneurismas, es decir, la sífilis; aseguraos si no ha existido un gran traumatismo anterior o una herida a ese nivel, que podrían explicaros un probable aneurisma arterio-venoso, y tened presente que en ellos una de las características principales es la sensación especial que percibe la mano que explora y que se conoce con el nombre de "fremite vibratorio", comparado, con mucha propiedad, al ronquido de los gatos; por lo demás,



...en la infancia suelen observarse angiomas de tamaño variable...

es común observar en tales pacientes una gran dilatación de las venas situadas por encima de la lesión.

Finalmente, palpad con cuidado, tratando de hacer una neta diferenciación de los aneurismas con los tumores del cuello que presentan latidos transmitidos.

Todo cuando se insista sobre la precisión diagnóstica en este tipo de lesiones, nos parece poco, pues las observaciones de errores clínicos y de intervenciones quirúrgicas fatales son, aún hoy día, relativamente frecuentes.

Se comprende con facilidad que los distintos tumores congénitos del cuello deben ser también diferenciados, ya



...pensad en la posibilidad de un botriomicoma...

sea de las otras lesiones que hemos expuesto, o de todo el numeroso grupo que forman los diversos tumores benignos, entre los cuales acaso los más frecuentes sean los quistes sebáceos y los lipomas. cuyas características veremos más adelante.

En algunas ocasiones podrá resultar difícil la diferenciación de una lesión congénita con un divertículo del esófago. Recordad, entonces,

las características de este último: enfermos que presentan trastornos disfágicos consistentes en sensación de retención de los alimentos; a veces vómitos tardíos y aliento fétido; a la inspección puede no observarse nada, o bien encontrarse una tumefacción lateral o supraclavicular que aumenta con la ingestión de líquidos o alimentos y que es, casi siempre, reductible por el propio paciente; palpando el tumor se os revela de consistencia blanda, no adherente a la piel, pero sí a la zona profunda.

He aquí dos pacientes: uno de los cuales presenta una afección aguda de la nuca, y el otro una lesión crónica; tratemos de llegar a un buen diagnóstico.

Observáis en el primero una placa roja, indurada, tensa, muy dolorosa, de más o menos ocho centímetros de diámetro, situada en la parte media; fácilmente podéis ver que se presenta acribillada en forma de regadera o nido de avispas, y que a través de esa serie de orificios sale pus. El estado general está bastante alterado; hay fiebre, cefalea y facies intoxicadas. Estáis frente a un ántrax; afección grave, cuya frecuente aparición en los diabéticos os hará investigar la posible presencia de azúcar en la orina; pero, como se trata de actuar con rapidez, tomad vosotros mismos cuatro o cinco centímetros cúbicos de licor de *FEHLING* en un tubo de ensayo, agregad igual cantidad de orina y haced hervir la mezcla; si hay glucosa, no tardará en aparecer la coloración característica, que varía entre el amarillo zapallo y el rojo ladrillo. Para nosotros, un buen diagnóstico de ántrax implica no sólo la exploración clínica local, sino también precisar si el individuo es o no diabético.



...ved otra variedad de la lesión anterior...

Pasad al segundo enfermo; presenta también una lesión de la nuca: un tumor de tamaño superior a un puño. Interrogadlo: os dice que la fecha de aparición dista ya diez años, y que, en el curso de este tiempo, ha ido creciendo lentamente. ¿De qué se trata? ¿Podrá ser, acaso, un meningocele o un meningo encefalocele? Incuestionablemente no, ya que, por una parte, el tumor se separa netamente de las partes profundas, no es parcialmente reductible, y no tiene ninguna tendencia a aumentar de

tamaño con los gritos o esfuerzos. Y, por otra parte, aquéllos constituyen lesiones cuya enorme mortalidad durante la infancia hacen que prácticamente no se observen en el adulto.

¿Corresponderá este tumor a un botriomicoma? Mirad esta imagen que os presentamos y que corresponde a una enferma afectada de esta lesión, e inmediatamente recharéis tal hipótesis. Por otra parte, los botriomicomas son tumores mamelonados que se ulceran y con gran tendencia a sangrar y veis, en cambio, en el caso de nuestra paciente, que la piel está intacta.

¿Nos encontraremos en presencia de un fibroma aponeurótico? La sola palpación nos permite también desechar este diagnóstico, ya que en tal caso la consistencia sería más bien dura y la movilidad casi nula, es decir, deberíamos constatar hechos diametralmente opuestos a los que aquí vemos.

¿Acaso se trata de un absceso frío o caliente? La evolución de diez años, aun sin examen local, aleja en el acto esta posibilidad.

Precisemos, entonces, sus características; tumor de evolución lenta, repercusión nula sobre el estado general, no doloroso, sin alteración de la piel, bien circunscrito, de consistencia blanda y lobulada, sin adherencias superficiales ni profundas; en resumen: todas las características propias de los "lipomas encapsulados subcutáneos". Pero, ¿no podrá haber aquí un principio de degeneración maligna? En realidad, es absolutamente imposible pronunciarse en sentido afirmativo; el hecho que haya crecido más o menos rápidamente en los últimos meses, es muy sospechoso; pero, no justifica una afirmación terminante.

El examen de estos pacientes nos trae a la memoria un caso observado por uno de nosotros hace algunas semanas. Se trataba de un muchacho de dieciocho años, en el que bruscamente había aparecido un dolor intensísimo con rigidez muscular en la región lateral superior izquierda de la nuca. El examen de la columna fué nega-

tivo y existía, como único antecedente, la extracción de un molar inferior del lado enfermo, realizada diez días antes. Era un adeno-flegmón consecutivo a una infección de origen dentario y que evolucionó con síntomas generales graves; la amplia incisión logró mejorar por completo el cuadro. Veis, con esto, toda la importancia de un cuidadoso examen de la cavidad bucal en aquellos pacientes que presentan alteraciones inflamatorias agudas de la nuca.

\*  
\* \*

Una paciente recientemente ingresada al servicio, y un muchacho que nos trajeron hace ya algunos días, nos dan ocasión de repasar con ustedes los métodos de examen y diagnóstico en uno de los capítulos más interesantes de las afecciones del cuello.

Ocupémonos primero de la muchacha. ¿Qué os llama la atención? Sin duda, la actitud viciosa de la cabeza. ¿Por qué hablamos de actitud viciosa? Lo hacemos teniendo en consideración que a la paciente le es absolutamente imposible modificarla a voluntad. Fijémonos ahora, en detalle, para poder así darnos cuenta de los diversos síntomas que complementan el cuadro.

Primeramente, verificáis que existe una franca inclinación de la cabeza hacia el costado izquierdo; notad, en seguida, que la cara está desviada hacia el costado derecho; hay cierta asimetría facial, vale decir que las dos mitades de la cara no son idénticas y, finalmente, llama la atención que el músculo esterno-cleido-mastoideo izquierdo se presenta sollevado, diseñándose como una cuerda.

Podéis ver que los movimientos espontáneos y provocados de rotación de la cabeza están casi abolidos; la palpación os revela que el músculo izquierdo mencionado opone una resistencia invencible, dándoos, además, la impresión de que la consistencia blanda normal de la fibra muscular estuviera reemplazada por la dureza del tejido fibroso.

Durante todo el curso del examen llama nuestra

atención que la enferma no se queja de ningún dolor.

¿Nos preguntáis ya por el diagnóstico? Sería aún temerario insinuarlo sin haber agotado el examen metódico. Explorad atentamente el cuello y la nuca, daos cuenta de si no hay ningún síntoma inflamatorio agudo o crónico; eliminad toda posibilidad de lesión de cualquier tipo de la columna cervical, siguiendo las normas que señalamos en el capítulo correspondiente. Y si a modo de conclusión, vosotros nos aseguráis en forma terminante que lo único que se comprueba es la desviación de la cabeza (con las características ya dichas) y la alteración del músculo esternalocleidomastoideo, entonces sí que os aceptamos el diagnóstico de "tortícolis".



...en el "tortícolis" llama la atención la desviación de la cabeza...

Desde un punto de vista general, este tipo de lesión puede ser congénito o adquirido. El origen de la primera forma es muy incierto; para algunos, debe buscársele en alteraciones embrionarias, y para otros reside en un hematoma del músculo, producido durante el parto.

Mientras más precozmente se haya presentado la afección, mayores serán las deformaciones secundarias. Ellas se traducen no sólo en una inclinación de compensación por parte de la columna cervical, sino, también, en asimetrías faciales originadas por un desarrollo desigual de ambas mitades de la cara.

Cuando se trata de una forma adquirida, como es el caso que presentamos, debéis empezar por eliminar la po-

sibilidad de una alteración histérica. Observad que en estas pacientes, cuando se trata de imprimirle movimientos a la cabeza, presentan una contracción de todos los músculos del cuello y de la nuca. Además, el principio de la afección ha sido en ellos súbito y la deformación desaparece por completo durante el sueño. Todos estos síntomas diferenciales permiten eliminar en nuestra enferma la posibilidad de una histeria y afirmar que presenta un tortícolis adquirido. ¿Cuál es su origen? Para determinarlo debemos someterla a un estudio minucioso, investigando si el principio de la afección ha coincidido con un cuadro infeccioso; si hay alteraciones dentarias o naso-faríngeas que pueden interpretarse como el punto inicial del cuadro, eliminando antecedentes reumáticos o gonocócicos y, finalmente, asegurándoos por todos los medios a vuestro alcance, de que esta mujer no tiene sífilis, ya que a esta afección se le atribuye un papel importante en la etiología de estos síndromas.

Este segundo paciente también presenta una actitud fija de la cabeza, pero muy diferente del otro caso. En efecto, lo que sucede a este muchacho es que aun cuando no hay alteración anatómica aparente, no puede ejecutar ningún movimiento con la cabeza, pues siente intensos dolores en la región de la nuca.

Proceded metódicamente a su examen: la inspección os revela que, en realidad, la cabeza no está inclinada, sino inmóvil, en actitud de mirar al frente. La palpación de toda la parte anterior del cuello no muestra nada de anormal. Si con cuidado tratáis de ejecutar movimientos pasivos, podéis comprobar que son aún posibles una muy ligera flexión y rotación no dolorosas; este hecho de la mayor importancia nos induce, desde luego, a poner en duda el diagnóstico de Mal de *POTT*, suboccipital con que nos fué enviado. Tratemos, ahora, de precisar el punto de mayor dolor; veis que, en realidad, se localiza al lado derecho, a unos tres traveses de dedo por fuera de la línea media e inmediatamente por debajo del occipital; los múscu-

mente negativo. Con dificultad introdujimos una sonda gástrica y vaciamos del estómago más de dos litros de líquido fuertemente alcohólico. Tuvimos la impresión de que el enfermo experimentaba una ligera mejoría, y dejándonos guiar por esta apariencia, hicimos el diagnóstico de intoxicación etílica.

Dos horas más tarde, vemos con asombro que la cianosis se ha hecho muy intensa y, al explorar la parte anterior del cuello, comprobamos ligero enfisema y signos de dolor. Momentos después, el enfermo fallece. La autopsia pone en evidencia una fractura del cartílago cricoides, con obstrucción casi completa del conducto traqueal.

La investigación comprobó que se había producido una riña, durante la cual el individuo fué golpeado bárbaramente en el cuello.

La base del error diagnóstico fué no sólo el engaño de que se nos hizo víctimas por parte de las personas que lo acompañaban, sino, y principalmente, la falta de un buen examen; es por esto que nunca nos cansaremos de repetiros: "generalmente la causa principal de los errores diagnósticos no está en la falta de conocimientos, sino en el mal examen del enfermo".

Las fracturas de la laringe, se presentan casi siempre con un cuadro más llamativo que el que os hemos relatado, siendo habitual que, además de la cianosis y de la disnea, se aprecie una tumefacción más o menos acentuada del cuello e intenso dolor local. El examen semiológico debe dirigirse a explorar con cuidado la laringe; tomadla entre vuestros cuatro dedos y el pulgar y comprimidla suavemente en sentido transversal. En caso de existir fractura, os será fácil encontrar los síntomas comunes a todas ellas. La palpación también revela un enfisema por infiltración de aire en el tejido celular. Los trastornos de la fonación son muy acentuados, y puede existir a veces espectoración hemoptoica. La lesión compromete el cartílago tiroides o el cricoides, siendo más fácil el diagnóstico en el primero de los casos, pues los síntomas locales son más evidentes.

Cuando es el hueso hioides el fracturado, el dolor se localiza más alto y los trastornos disneicos pueden ser muy intensos. El diagnóstico precoz es de enorme importancia para evitar la muerte del enfermo por asfixia.

Debéis recordar que en las partes laterales del cuello una fuerza contundente puede producir alteraciones principalmente en el músculo esterno-cleido-mastoideo; ella es traducen de ordinario en la formación de un hematoma que en ocasiones se organiza provocando formación de tejido fibroso y procesos de retracción que dificultan grandemente los movimientos del cuello.

Desde el punto de vista práctico, puede decirse que las contusiones del cuello no producen alteraciones vasculares de los gruesos vasos, pero que, en cambio, son capaces de originar serios trastornos en el territorio del plexo braquial. No creemos útil entrar aquí en un análisis detenido de estas alteraciones, que son del dominio de la neurología. Diremos, tan sólo en síntesis, que los cuadros más frecuentemente observados se traducen en trastornos sensitivos, motores o tróficos.

Las heridas cortantes del cuello, ya sean accidentales o por intento de suicidio, comprometen, con frecuencia, los grandes vasos o la laringe, trayendo consigo una elevada mortalidad inmediata. Es preciso tener presente estos hechos, pues una rápida intervención del médico puede salvar algunas vidas. Es la vena yugular externa la más frecuentemente lesionada, pudiendo observarse, ya sea una hemorragia franca hacia el exterior, o bien la formación de un hematoma que rápidamente aumenta de volumen; esto dependerá de que la herida sea neta o punzante.

El paquete vásculo-nervioso del cuello formado por la carótida, la yugular interna y el neumogástrico, sólo muy rara vez es afectado, porque su situación profunda y el músculo que lo cubre se encargan de protegerlo. Hemorragia externa, hematoma, formación de un aneurisma arterio-venoso y muerte por aspiración de aire, en caso que

La herida de la vena esté en la base del cuello, son los síntomas más comúnmente observados.

La sección de la tráquea o laringe va a originar un cuadro grave, caracterizado por intensa disnea, hemorragia y enfisema subcutáneo.

El conocimiento exacto de la situación anatómica de los vasos y el hecho fundamental de que en las heridas de las venas sangra el extremo superior, son las nociones principales para impedir la muerte inmediata del enfermo realizando una compresión digital intensa en el sitio de elección, mientras se intenta la intervención quirúrgica de urgencia.

## SEGUNDA PARTE

### MAMA

Para nuestra lección de hoy, que dedicaremos a la semiología y diagnóstico de las afecciones de la mama, os vamos a presentar estas tres enfermas, cuyos antecedentes pueden sintetizarse, respectivamente, como sigue:

La primera, es una viuda anciana, de 62 años, que vino al Policlínico a consultar por molestias localizadas en el seno derecho y que, según dice la enferma, empezaron hace sólo 15 días.

La segunda paciente, tiene treinta años; dos meses atrás, dió a luz un hijo, al cual amamantó hasta la semana pasada; se queja de agudos dolores localizados, también, en el seno derecho.

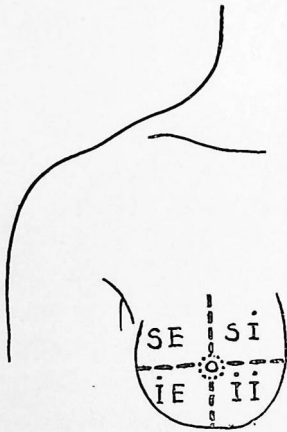
Y, por último, nuestra tercera enferma es una joven, virgen, de 18 años, que consulta por un pequeño tumor de la mama izquierda; dice haberlo notado hace pocos días, con ocasión de un traumatismo que, como veréis en seguida, no puede ser causa suficiente para explicar su lesión.

Sin entrar, por ahora, en mayores detalles, en presencia de enfermas de este género, debéis preguntaros: ¿Cómo realizar el examen de las afecciones de la mama? ¿Qué valor asignar a sus síntomas?

Sistematicemos un poco:

En primer lugar, y aun cuando os parezca extraño, es

necesario que dejemos establecido que el interrogatorio, hablando en términos generales, y dejando aparte los procesos inflamatorios, sirve, habitualmente, muy poco para el diagnóstico de los tumores de la mama; casi siempre la enferma consulta porque, casualmente, con ocasión de algún traumatismo, las más veces insignificante, o bien durante su toilette, pocos días antes de la visita al médico, se ha dado cuenta de la lesión. Proceded, entonces, metódicamente a la inspección teniendo a la enferma descubierta desde la cabeza hasta la cintura. Comparad primeramente



La mama se divide, para el estudio de sus lesiones, en cuatro cuadrantes: Superior externo; superior interno, inferior externo e inferior interno...

el tamaño y forma de ambas mamas; encontraréis en algunas ocasiones, aumento irregular y de aspecto nodular del seno; en estos casos, y aun cuando la piel esté de aspecto normal, pensad en la posibilidad de un tumor.

La hipertrofia simple de uno o de ambos lados, se os ofrece bajo el aspecto de un aumento uniforme de volumen sin otras modificaciones apreciables a la inspección;

fijaos luego, atentamente, en la piel misma, para cercioraros de sus caracteres y de las diferencias posibles entre uno y otro lado.

¿Hay circulación venosa? ¿Hay congestión de toda o parte de la piel que cubre la glándula?

Tomad nota, en seguida, de si existen o no ulceraciones o fístulas; las primeras las encontraréis en cierto número de tumores malignos en grado avanzado y acompañadas ya de otros signos típicos; las segundas no son raras en los procesos tuberculosos.

Observad, por último, antes de palpar, la situación del mamelón; comparad la prominencia de uno y otro lado

y también su altura correlativa. ¿Están a igual nivel? ¿Se presenta uno de ellos retraído? Buscad con detenimiento estos signos que, desde luego, deberán inducirlos a pensar en adherencias con los tejidos subyacentes; y ya podréis sospechar, sin asegurarlo todavía, la presencia de un tumor maligno.

¿Cómo seguir el examen?

Por medio de la palpación; pero, practicadla también metódica y conscientemente; en caso contrario, en esta región tal vez más que en otra cualquiera del organismo, una palpación hecha sin método y con ligereza, os puede inducir a graves errores.

Es preciso, primero, no coger la mama haciendo un grueso pliegue en sentido transversal, porque así se comprimen unos contra otros los lóbulos mamarios y aparecen, en consecuencia, más duros y simulando una neoformación. La manera correcta consiste en aplicar la mano extendida

sobre la glándula y comprimirla contra el tórax; de este modo se logra la separación de los lóbulos que, normalmente, tienen consistencia blanda y uniforme.

Completemos, ahora, el examen, adquiriendo una impresión de la forma, número, consistencia y sensibilidad de los tumores; de sus adherencias superficiales o profundas y de la probable existencia de ganglios infartados en las regiones correspondientes. O, dicho sea en otras palabras: al comprobar que existe un tumor en el seno,



...el aumento de volumen denuncia sólo una hipertrofia simple...



...no es raro en el medio hospitalario observar la lesión ya ulcerada...

sólo se ha dado el primer paso, pues queda aún la parte más difícil, cual es definir el tipo de la lesión.

Para daros cuenta de las posibles adherencias proceded en la forma siguiente: tomad la piel entre el índice y el pulgar haciendo pliegues superficiales; repetido a nivel del mamelón — ¿qué observáis? — que mientras en el lado sano esta manobra se ejecuta sin dificultad,

en el lado enfermo es imposible. Conclusión inmediata: tumor adherente a la piel.

Colocad, en seguida, el brazo de la paciente en abducción y mientras una de vuestras manos lo fija, ordenadle que lo acerque al cuerpo; de este modo tendréis contraído el pectoral mayor. En este momento tomad a mano llena la mama con la otra mano y tratad de imprimirle movimientos en el sentido de las fibras musculares; si esto se puede realizar, podéis afirmar que no existen adherencias profundas del tumor.

¿Qué ganglios explorar? Los axilares y supra e infraclaviculares de ambos lados. Retened esto, pues es muy importante: las metástasis de los carcinomas de la mama pueden hacerse hacia el costado opuesto, porque suelen existir linfáticos anormales que llevan esta dirección.

Poned nuevamente el brazo de la enferma en abducción y en seguida introducid la mano con los dedos extendidos y la palma hacia adentro, hasta la parte más alta de la axila (mano izquierda cuando se trate del lado derecho y viceversa). Bajad ahora el miembro y palpad entonces contra la pared costal; este es el mejor método para apreciar el estado de los ganglios. Se les puede encontrar, cuando ya están comprometidos, como pequeñas

masas duras, no dolorosas, movibles y que ruedan bajo los dedos.

La exploración de los grupos supra e infraclaviculares debe realizarse en la forma descrita al tratar del diagnóstico de las afecciones del cuello.

No olvidéis exprimir el pezón, pues la salida de líquido anormal o de sangre es un dato de gran interés clínico.

Y ahora podéis decir que vuestro examen os tiene sobre la pista del diagnóstico y, ¿no os parece que sería útil, en este momento, recordar las afecciones que pueden presentarse a nivel de la mama? Pero, guardaos, por humanidad, de hacerlo en presencia de las enfermas; no olvidéis que ellas están pendientes de todas vuestras palabras, del más fugaz de vuestros gestos, temerosas, sin confesarlo, de escuchar ese vocablo terrible: cáncer.

Ya hemos mencionado, al hablaros de la inspección, la hipertrofia simple o elefantiasis y queremos insistir en sus características, agregando que, en estos casos, la palpación revela consistencia uniforme, falta de adherencias y ausencia de compromiso ganglionar.

Ante todo tumor, sistemáticamente, debéis excluir la posibilidad de un quiste hidatídico. De ordinario, el quiste hidatídico se presenta en los tejidos blandos, en forma redondeada, sin adherencias a las zonas vecinas y no da lugar a adenopatías en los grupos ganglionares tributarios.

En caso de duda, debéis recurrir a diversos exámenes complementarios, que detallaremos en otro capítulo. Por lo tanto, no nos detendremos tampoco, mayormente, en esta hipótesis.

La tuberculosis del seno se



...retracción y ascenso del mamelón:  
muy posible cáncer...

presenta ya sea en forma nodular única o múltiple. Esta localización poco se observa como clínicamente primitiva, y es más común en pacientes con antecedentes pulmonares que hablan en este sentido. Como toda tuberculosis, la forma mamaria toma rápidamente los ganglios vecinos, los cuales se presentan aumentados de tamaño, dolorosos y con tendencia a adherirse precozmente a los tejidos que los rodean. En esta forma múltiple, la diversa consistencia de los distintos núcleos (unos blandos, otros duros), constituye un buen signo clínico. La fistulización y la existencia de fiebre son frecuentes en ambas formas, pero en algunas ocasiones el diagnóstico suele ser difícil: estos casos requieren un análisis minucioso de los antecedentes y buscar otra probable localización del proceso (radiografía pulmonar, recuento globular, sedimentación sanguínea, etc:). Como no siempre las características



...la palpación debe hacerse comprimiendo la mama contra la pared costal...

anteriormente dichas son muy precisas, sucede a menudo que el diagnóstico de tuberculosis de la mama se hace sólo cuando se practica el examen histológico de una glándula amputada por un probable cáncer.

La enfermedad poliúística o enfermedad de *RECLUS*, se presenta en forma de nódulos múltiples de ambos senos. El examen semiológico revela sus caracteres de benignidad. Pero, ¿es fá-

¿cil este diagnóstico?— Por el contrario, es extraordinariamente complejo, ya que el cáncer también puede ser bilateral. Entonces, ¿qué conducta seguir?— Si se trata de una muchacha joven, dadle grandes dosis de extracto ovárico o de foliculina, haced un suave vendaje compresivo y observadla (1); si pasado un plazo prudencial (cuatro semanas), la lesión está estacionaria, recurrid a la biopsia. Pero si es una mujer de edad, no vaciléis en practicar directamente este examen histológico (deben extirparse núcleos de ambos senos).



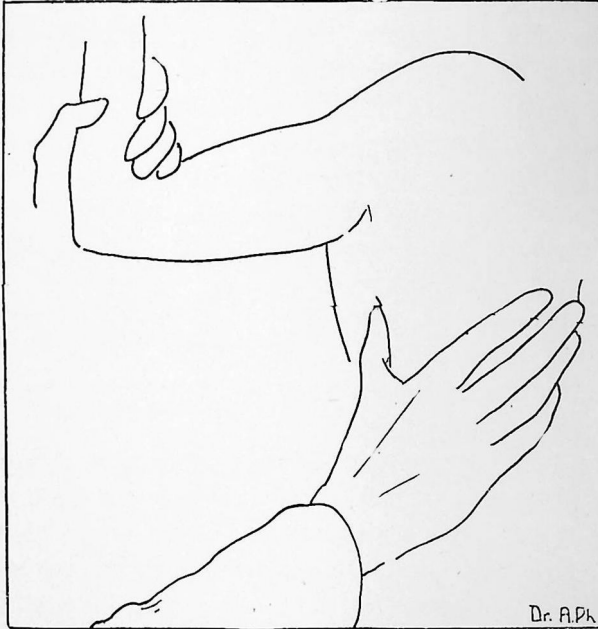
...bucad la adherencia superficial haciendo pliegues en la piel...

¿Que la clínica es incapaz de precisar más el diagnóstico? No le exijáis más de lo que puede dar, y puesto que ahora existen estos recursos complementarios de examen, empleadlos. Pero quede bien entendido que la conducta que indicamos (muchacha joven) sólo se justifica si vuestro examen cuidadoso y los antecedentes de la enferma (insuficiencia ovárica o tiroidea) os hacen pensar con fundamento en la enfermedad poliquística. ¿Conserváis la menor duda? Entonces, biopsia, sólo biopsia.

La sífilis ofrece, a nivel del seno, aspectos polimorfos. Podéis encontrar el chancro del pezón; en este caso, la inoculación ha sido directa (succión). Se presenta aquí

(1) Investigaciones recientes orientan el tratamiento de las mastitis crónicas hacia el empleo de la hormonoterapia masculina. Remitimos al lector interesado a la publicación hecha por *DESMARET* y Mme. *CAPITAIN* en la "Presse Médicale", de 26 de mayo de 1937.

como siempre: indoloro y con base indurada; es decir, si tomáis entre dos de vuestros dedos su superficie de implantación, podéis fácilmente apreciar que existe a ese nivel una infiltración dura. La adenitis axilar es, en estos casos, muy poco frecuente, observándose de preferencia en los gomas ulcerados e infectados secundariamente. Habrá que desconfiar mucho, para este diagnóstico, de los



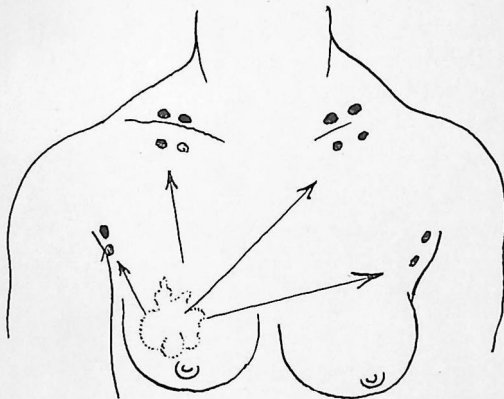
...una de vuestras manos mantiene el antebrazo y se opone a la adducción; en esta forma se contrae el pectoral mayor; entonces la otra mano explora la movilidad de la mama...

datos suministrados por la enferma, pues, a menudo e intencionalmente, los oculta o deforma; por esto, frente a toda ulceración cuya etiología os aparezca dudosa, recurrid al examen ultramicroscópico buscando la presencia de la espiroqueta pálida.

Durante el período terciario pueden aparecer gomas sifilíticas únicos o múltiples a nivel de la mama. Aun cuando a menudo ofrecen las características propias a los

tumores benignos, de que nos ocuparemos más adelante, se trata siempre de diagnósticos en extremo difíciles y para los cuales debéis recurrir al estudio de los antecedentes (chancros, abortos repetidos, cefaleas, dolores osteoscópicos, manifestaciones nerviosas), a las reacciones serológicas y al estudio del líquido céfalo-raquídeo (albuminosis, reacciones positivas). Si aún subsiste la duda, id directamente a la biopsia y no intentéis el nefasto tratamiento de prueba, pues si se tratara de un cáncer, podría activarse su evolución.

La actinomicosis del seno es de muy rara observa-



...no es raro encontrar compromiso de los ganglios del lado opuesto a la lesión...

ción. Tiene tendencia a no producir un tumor único, sino una infiltración con aspecto de coraza. Se fistuliza frecuentemente en forma múltiple; no se acompaña de adenitis regional ni de alza de la temperatura. Sólo teniendo siempre presente la posibilidad de esta afección lograréis hacer su diagnóstico, ya que él reposa, sobre todo, en la clínica, dado que la investigación microscópica del hongo difícilmente es positiva cuando hay fistulas.

No obstante los espléndidos resultados que en esta afección ofrece el tratamiento yodurado, os repetimos, a modo de prevención, como acabamos de hacerlo al ocu-

parnos de la sífilis: si alguna duda queda en pie, guardaos de practicar la cura específica.

La posibilidad de un angioma es, en realidad, muy remota al tratarse de afecciones de la mama. Si la lesión es superficial, puede pensarse en él cuando se trata de un tumor blando, que al comprimirlo se reduce y que puede ser, a veces, pulsátil; pero, si la afección es profunda, estas



...dirigid vuestra mano con la palma hacia adentro hasta la parte más alta de la axila, haced bajar el brazo y, comprimiendo los tejidos contra el tórax, buscad la presencia de ganglios...

características se ocultan en tal forma que, por nuestra parte, las veces que hemos tenido ocasión de comprobarlas, ha sido tan sólo durante el acto quirúrgico.

Pasemos, ahora, rápidamente en revista los diversos cuadros que pueden presentarse durante la lactancia: las grietas del pezón están constituídas por pequeñas erosiones muy dolorosas, producidas a este nivel; sin duda

que no es el caso de nuestra paciente; las linfangitis de la mama se presentan con gran rubicundez de la piel, y a menudo veréis una serie de líneas rojizas que de la glándula se dirigen hacia la axila; llama la atención en estos casos la fiebre alta y el estado general muy alterado; al palpar no se aprecia ninguna zona indurada, pero sí ganglios axilares dolorosos.

Saber distinguir los dos procesos de otras afecciones inflamatorias, tiene un gran interés práctico, puesto que en aquéllos está contraindicada la intervención quirúrgica.

Las galactoforitis se producen por retención e infección de la secreción láctea dentro de los conductos. Dolor, infiltración localizada y salida de pus por el pezón (para diferenciarlo se recoge la secreción en un algodón y se observa que mientras la leche se absorbe, el pus permanece con aspecto de gota amarillenta), son sus síntomas principales.



...palpad cuidadosamente las fosas supra claviculares...

Cuando el proceso se extiende al resto de la glándula, tanto el cuadro local como general son mucho más serios, y en la exploración comprobáis,

como en este caso, el compromiso de la mayor parte de los tejidos o aún de la totalidad de la mama, que se presenta muy dolorosa y con edema marcado (la piel conserva la impresión del dedo); este es el cuadro llamado "mastitis aguda supurada". En algunas ocasiones, el diagnóstico no puede precisarse en el primer momento y es absolutamente necesario indicar un vendaje suspensor y volver a examinar a la paciente.

Sólo muy pocas veces observaréis el absceso "retromamario" que está constituido por una colección purulenta en el tejido celular situado por detrás de la glándula. El

diagnóstico es difícil, ya que los síntomas que se describen como típicos —la proyección de la mama hacia adelante y su mayor tamaño—, no siempre están manifiestos. La punción exploradora en el surco inframamario y la radiografía con rayos blandos que mostrará que el espacio claro que normalmente existe allí está reemplazado por una sombra densa, son dos métodos complementarios de examen que conviene mucho tener presente.

Aun cuando hayan transcurrido algunos meses desde el momento que terminó la lactancia, debéis siempre, frente a una mujer que presente una mama dolorosa o aumentada de volumen, pensar en la posibilidad de una mastitis subaguda, pues, en no raras ocasiones el proceso inicial ha pasado inadvertido. También aquí la punción constituye una excelente ayuda y por medio de ella comprobaréis, más de una vez, abscesos profundos cuyo cuadro clínico era muy vago.



...el compromiso bilateral no excluye la lesión maligna...

La diferenciación clínica entre mastitis crónica, tumor benigno y cáncer es, a menudo, como ya podéis sospecharlo, en extremo difícil. Las dos primeras ofrecen como hechos principales: evolución lenta, poca o ninguna tendencia a contraer adherencias; falta de repercusión ganglionar; alguien nos objeta: ¿por qué no se menciona el compromiso del estado general? Sencillamente, porque la experiencia nos ha demostrado que en la gran mayoría de los casos las enfermas que se nos presentan con un cáncer del seno, gozan de un estado general bueno y, aún,

espléndido; por lo tanto, este detalle no tiene el valor que se le atribuye; fundar en él un criterio terapéutico, especialmente en los casos poco avanzados, sólo puede conducir a deplorables errores.

Las mastitis crónicas se presentan, sobre todo, en la mujer que ha tenido hijos; los tumores benignos pueden observarse aún en muchachas vírgenes de pocos años. Tanto las unas como las otras, pueden afectar uno o los dos senos y, en términos generales, la pluralidad de los tumores habla más en favor de estas lesiones que del cáncer. La fistulización, en cambio, es un hecho que inclina francamente hacia la posibilidad de lesión maligna.

Pero, no os imaginéis que el diagnóstico pueda ser siempre conducido de acuerdo con un esquema tan sencillo; no os repetiremos nunca lo suficiente que es éste uno de los problemas más serios que se ofrecen al clínico.

El cáncer del seno es una de aquellas afecciones cuyo pronóstico ha mejorado en forma considerable en los últimos veinte años; pero, por otra parte, las mastitis crónicas son de observación extraordinariamente frecuente y pueden ofrecer síntomas análogos. El primero exige la amputación total de la mama, con vaciamiento de la axila; las segundas son susceptibles de pequeñas intervenciones o, aún abandonadas a sí mismas, pueden no presentar complicaciones.

Saber diferenciarlas, os repetimos, y tener un concepto



...grandes tumores pueden evolucionar sin ulcerarse y conservando un excelente estado general...

claro de cómo debe procederse en caso de duda, son hechos de una importancia fundamental, ya que tan sólo un grave peligro de muerte os puede inducir a proponer a una mujer una intervención mutiladora, que es seria en sí misma, y, además, trae consigo profundas alteraciones de orden moral y funcional.

Veamos, ahora, cuáles son los síntomas principales de los tumores malignos del seno. Al principio, la lesión es indolora, y el tumor sólo se descubre en forma casual.



...aun cuando alcancen hasta la axila...

Puede o no existir aumento de la glándula, cuya deformación está ligada al tamaño del tumor; la retracción del mamelón es muy frecuente, pues el cáncer se propaga a la superficie e infiltra la piel; razón por la cual el nivel del mamelón es más alto que el del lado sano; la llamada "piel de naranja" tiene también un origen análogo (como su nombre lo indica, se refiere a un aspecto semejante al que ofrece la cubierta de esa fruta); el estrechamiento de la aréola pigmentaria es considerado por algunos como un síntoma precoz;

sin embargo, es de observación mucho menos constante que los signos anteriores y su causa sería la infiltración neoplásica de esa zona.

Si procedemos a palpar en la forma que ya hemos dicho, percibiremos lo siguiente: tumor de mayor o menor tamaño; tendencia a adherirse a la piel y a los planos profundos; invasión ganglionar precoz que puede afectar tanto

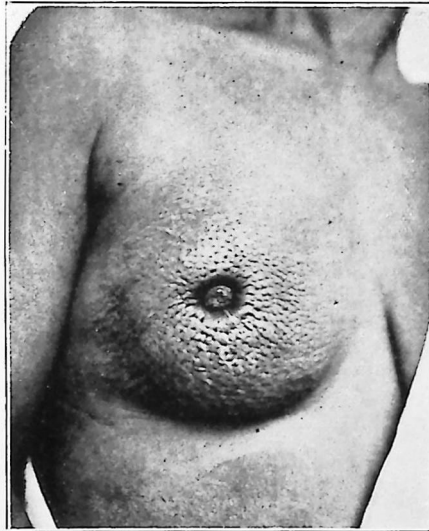
a los ganglios del lado enfermo como a los del costado opuesto.

Si bien es cierto que en algunas ocasiones la enferma se presenta con la lesión ya ulcerada, sería absurdo esperar esto para hacer el diagnóstico. ¿Bastan los signos anteriormente dichos para afirmar la existencia de un cáncer del seno? Indudablemente que sí en algunos casos.

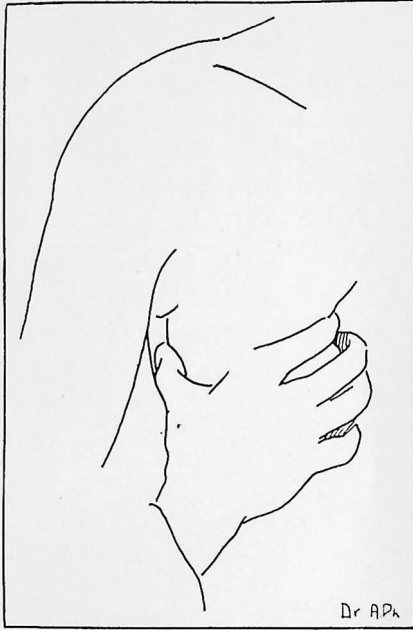
Nosotros precisaríamos aún más nuestro pensamiento en la forma siguiente: el examen clínico es incapaz, en numerosas ocasiones, de establecer la naturaleza de un tumor de la mama. Se impone, entonces, la biopsia, y ésta debe practicarse lo más precozmente posible; consistirá en una extirpación global del tumor sospechoso y examen histológico inmediato.

No debéis extrañaros de lo que acabamos de afirmar, pues, a través de los distintos capítulos de este texto, llegaréis al convencimiento de que la clínica, por sí sola, no basta, en muchas ocasiones, para realizar lo verdaderamente útil y urgente en materia de cáncer: el diagnóstico precoz.

Para formular un pronóstico e indicar un tratamiento, aseguraos por todos los medios a vuestro alcance que no existen metástasis. ¿Dónde buscarlas? Principalmente en los pulmones, esqueleto, hígado y cavidad abdomi-



...“la piel de naranja” no es de observación muy frecuente; cuando existe, su valor clínico es considerable...



...tomando la mama a mano llena...

nal (fondo de saco de *DOUGLAS*). Practicad, pues, sistemáticamente la radiografía pulmonar (las sombras nodulares múltiples y las infiltraciones extensas son sospechosas de cáncer), y si pensáis que hay metástasis ósea, proceded también a radiografiar la región.

¿Qué valor clínico tiene la pérdida de sangre por el pezón? De acuerdo con nuestra propia experiencia podemos decir que es un síntoma poco frecuente; pero envuelve en sí un pronóstico grave que hemos visto coexistir

con el cáncer en la mayoría de los casos. Sin embargo, si es fácil pensar en la lesión maligna, cuando unido a tal síntoma se comprueba la existencia de un tumor, podéis encontraros perplejos si la exploración revela una mama aparentemente normal; en estos casos, si la enferma es de edad avanzada, no vaciléis en tratarla quirúrgicamente como si fuera un cáncer confirmado; si, en cambio, se trata de una joven, practicad la punción biopsia en dos o tres puntos de la glándula, y si ella fuere negativa, observad periódicamente a la paciente. ¿Por qué no seguir igual conducta en la mujer anciana? Debido, por una parte, a que aún las biopsias ofrecen cierto margen de errores y por otra a que en la mujer de edad no entran en consideración las condiciones estéticas y funcionales.

Conviene que tengáis presente que una de las varie-

dades de cáncer de la mama llamada "escirro" presenta una gran cantidad de tejido fibroso, y por este motivo tiene tendencia a evolucionar con retracción acentuada de la glándula y poco tumor aparente.

La llamada enfermedad de *PAGET*, es un cáncer unilateral del mamelón que ofrece al principio el aspecto de un eczema de la aréola pigmentaria; es la infiltración superficial que encontráis en la base de la lesión, la que os debe hacer sospechar la probable degeneración maligna.

En los casos de cáncer de evolución aguda, el diagnóstico suele ofrecer serias dificultades, y puede confundirse con una mastitis de origen piógeno. La falta de sensibilidad, la sensación de peso que produce la glándula y el compromiso ganglionar precoz, son hechos importantes pero no categóricos. Tanto la fiebre como las alteraciones de la fórmula sanguínea pueden existir en ambos procesos; en la duda, debéis recurrir precozmente a la investigación histopatológica por punción.



...hay casos en que estas características son muy acentuadas...

Creemos necesario recalcaros una vez más toda la importancia que tiene hacer el diagnóstico de cáncer en sus primeros períodos, pues si lográis confirmarlo, podréis obtener, aún en las mastitis carcinomatosas, resultados sorprendentes por métodos quirúrgicos o con el rádiom.

El sarcoma se observa muy rara vez en la mama; crecimiento rápido, circulación venosa marcada y falta de compromiso ganglionar, son sus principales síntomas; pero insuficientes, muchas veces, para hacer el diagnóstico. Creemos que, en realidad, se ha exagerado la diferenciación clínica entre sarcoma y epitelioma. Se trata, por lo general, de comprobaciones histológicas post-operatorias que al mostrarnos la existencia de estas variedades, ensombrecen grandemente el pronóstico por la tendencia que tienen a producir metástasis alejadas por vía venosa (hígado, esqueleto, pulmón).

Si en el aspecto clínico predomina la ulceración, pensad por orden de frecuencia en el cáncer, la sífilis, la tuberculosis o la actinomicosis. Ya sabéis las características de estos procesos, y si hacéis, además, un buen examen, os será fácil orientaros en el sentido de un diagnóstico exacto.

Como enseñanza final, fijad en vuestras mentes este principio fundamental: Todo tumor de la mama, salvo casos excepcionales, debe ser extirpado; el tipo de intervención estará de acuerdo con el cuadro clínico, en primer lugar, y con el resultado de la biopsia, en seguida.

¿Cuál es, en términos generales, la evolución de las enfermas en las cuales se practicó la amputación de la mama con vaciamiento de la axila? Es indudable que si se hace la operación precoz y se conocen las indicaciones del rádiom, un porcentaje apreciable sana en definitiva. Otras vuelven con metástasis más o menos aparentes, y, finalmente, existe un grupo que consultan al médico por dolor en la axila y edema del miembro superior correspondiente. En estos últimos casos, existen tres posibilidades: o se trata

de una metástasis axilar poco apreciable; o los trastornos son debidos a que la incisión operatoria llegó hasta la axila misma, cosa que debe siempre evitarse o, finalmente, se trata de algunas de esas enfermas que presentan molestias post-operatorias cuya causa no logra determinarse, y cuidaos en este último caso de afirmar con ligereza la existencia de un presunto cáncer, pues hemos visto que numerosas de ellas no han presentado, durante años, ningún otro síntoma.

Y ahora que habéis examinado estas enfermas citándoos a un plan metódico y que os hemos acompañado a revisar, sumariamente, los cuadros nosológicos que con mayor frecuencia la clínica nos muestra en la glándula mamaria, os invitamos a considerar, en conjunto, la sintomatología de estas pacientes; así lograremos formular el diagnóstico de las lesiones que respectivamente presentan y fundamentar sobre bases sólidas la conducta a seguir con cada una de ellas.



...si la retracción se acompaña de ulceración el diagnóstico no ofrece dudas...

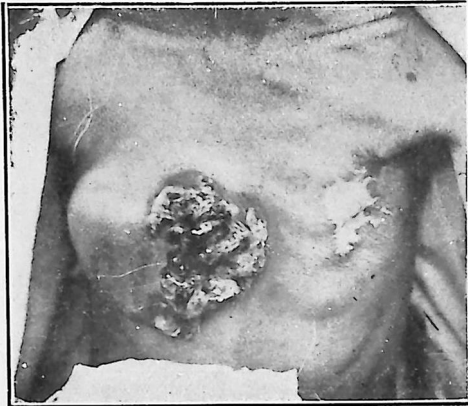
Nuestra primera enferma, una anciana de 62 años, la recordáis, consulta por molestias localizadas en el seno derecho; la sensación de peso en esa mama la condujo, hace quince días, a descubrir en ella un tumor indoloro.

La inspección nos permitió comprobar que la piel no está alterada, y que el mamelón se encuentra retraído y elevado.

Palpando, encontramos un tumor de unos 6 cm. de diámetro, situado en el cuadrante superior externo, de consistencia dura, indoloro y de superficie irregular. Pudisteis, también, comprobar la imposibilidad de hacer pliegues en la piel y que el pezón está adherido a los planos subyacentes, como ya lo sospechabais por su retracción visible.

Colocando en adducción el brazo del lado enfermo y aplicando las normas de examen que os dimos antes, pudisteis daros cuenta de que el tumor no ha contraído adherencias con los tejidos profundos; en efecto, la contracción de los músculos pectorales obtenida mediante la maniobra ya descrita (brazo en abducción) no logra fijar el tumor ni limitar siquiera los movimientos que se le imprime.

En la axila os ha sido fácil palpar numerosos gan-



...años después de extirpado un seno, el cáncer puede aparecer en el otro...

glios pequeños, duros y movibles, mientras, por el contrario, no parecen estar comprometidos los grupos supra e infra claviculares ni los ganglios axilares del lado opuesto.

En resumen: esta enferma os presenta antecedentes y signos clínicos suficientes para que formuléis el diagnóstico

de tumor maligno de la mama derecha. Pensando como vosotros, y antes de sentar la indicación operatoria, nosotros habíamos completado nuestro estudio del caso con una radiografía torácica; por fortuna para la paciente, esta investigación no reveló la existencia de metástasis y, en conclusión, puede y debe ser sometida sin pérdida de

tiempo a la amputación de la mama enferma y vaciamiento de la axila correspondiente.

La índole de esta obra no nos permite ocuparnos de las indicaciones y técnicas actuales del tratamiento pre y post operatorio de los tumores de la mama con Rádium o Rayos *ROENTGEN*; remitimos al lector interesado a los textos de la especialidad.

La segunda de nuestras enfermas, es aquella mujer de treinta años que, hasta hace pocos días, amaman-



...en ocasiones la pérdida de sustancia es extensa...



...y aun pueden presentarse infiltraciones enormes...

taba a su hijo de tres meses.

Os ha contado que seis días atrás aparece dolor en el seno derecho; que progresivamente el dolor fué en aumento y que al cabo de algunas horas se presentaron los signos clásicos de la inflamación; calor local, tensión, sensación de peso y, agrega la enferma, fiebre.

Desde ayer, el dolor se hace insoportable, el estado general decae visiblemente, mientras la mama

aumenta más de volumen y su piel, en la mitad inferior, se torna tensa, roja y brillante.

Hoy, la enferma tiene 39° de temperatura axilar y 120 pulsaciones por minuto.

La inspección que acabáis de realizar os permitió verificar los signos externos de la intoxicación general (palidez, tinte amarillento, disnea); y localmente el aspecto inflamatorio de la mama.

Vuestra palpación cuidadosa y suavemente practicada ha puesto en evidencia que la mitad superior de la glándula enferma no ofrece alteraciones; en cambio, la mitad inferior está dolorosa e infiltrada. La piel guarda la impresión del dedo (edema) y está caliente. Y, por último, la palpación bidigital os ha permitido descubrir una pequeña zona fluctuante.

¿Diagnóstico? Mastitis aguda.

¿Tratamiento? Incisión y drenaje. Suspensión de la lactancia por el lado enfermo, a fin de evitar los graves peligros que puede ocasionar al niño la ingestión de pus.

Analizad, por último, los datos y signos clínicos de la tercera enferma: es una muchacha de 22 años que, casualmente y en las circunstancias que os dijimos al presentárosla, descubrió la presencia de una pequeña "dureza" en la parte externa del seno izquierdo. Este solo motivo la trae a la consulta del Policlínico; habéis oído de labios de la propia enferma que no siente ni ha sentido nunca dolor ni molestia alguna.

Vuestra inspección ha sido totalmente negativa; el seno no presenta, en efecto, ningún cambio apreciable a la vista.

Palpando, habéis comprobado que en la parte superior y externa de la mama izquierda, profundamente situado en plena glándula, hay un pequeño nódulo duro, de más o menos 2 cm. de diámetro, no doloroso ni adherente a los planos vecinos.

No habéis encontrado ganglios infartados en los grupos tributarios, y nosotros podemos agregaros que la radiografía torácica es negativa.

¿Cuál es vuestra conclusión?

Diagnóstico probable: tumor benigno de la mama izquierda

Indicación: punción biopsia.

\*  
\* \*

Asistíamos, hace algunos años, a uno de los servicios de urgencia con que cuenta Santiago: desórdenes motivados por causas políticas habían hecho que aquella noche llegase en forma casi continua un número considerable de heridos. Entre ellos había una mujer joven, que presentaba una pequeña herida cortante de no más de un centímetro de ancho a nivel del cuadrante superior interno de la mama derecha. Considerando, por la inspección, que se trataba de una lesión leve, se la deja para el final, y nuestra actividad se dirige primero a los demás pacientes. No habría transcurrido media hora, cuando la mujer presenta un síncope con caracteres graves; el pulso se hace incontable y la palidez extrema. La percusión del tórax revela una matidez de todo el campo pulmonar derecho; se hace el diagnóstico de hemotórax por herida de la arteria mamaria interna. Operada rápidamente, se logra comprobar la lesión, y después de una convalecencia de lo más accidentada, es dada de alta, sana, a los dos meses.

Tomad, entonces, esto como una verdadera enseñanza, y considerad siempre como graves las heridas situadas en la línea para-esternal.

Al lado izquierdo, temed el posible compromiso del corazón o de los grandes vasos. ¿Qué síntomas buscar para comprobar este diagnóstico? Aumento de la matidez cardíaca; a la auscultación, tonos apagados; síntomas de

anemia aguda (pulso rápido, palidez, vértigo, etc.). El hemotórax del lado izquierdo no siempre existe, ya que la sangre puede estar dentro del pericardio; en todo caso, debéis percutir también ambas bases pulmonares (buscando matidez) y proceder a la auscultación (abolición del murmullo vesicular).

El diagnóstico precoz es de una importancia de vida o muerte, ya que la intervención quirúrgica es para la enferma la única posibilidad de salvación.

## TERCERA PARTE

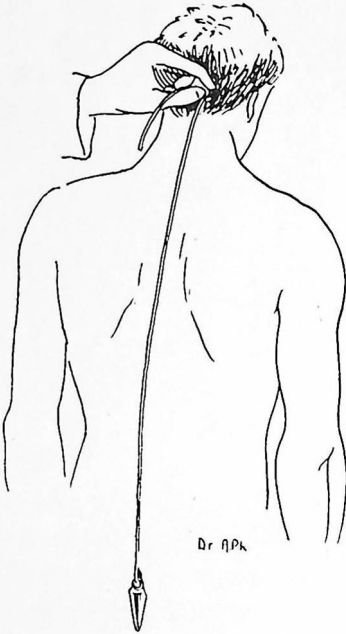
### COLUMNA VERTEBRAL

El completo abandono respecto a la legislación social en que se debatían nuestras clases obreras desde los tiempos de la Colonia, fué remediado, en parte, no hace aún muchos años, por diversas leyes, entre las cuales la de Accidentes del Trabajo es, acaso, de las más completas y avanzadas del mundo.

Pero cuando los amparados por ella llegaron a penetrarse bien de su esencia, no tardaron en ver que ofrecía un amplio campo para el engaño, y desde entonces, a la tarea difícil del médico, vino a agregarse un nuevo capítulo: "Los accidentados simuladores".

Nos argumentaréis que no es la primera vez que se tuerce el espíritu de una legislación, y ello es innegable; pero subsiste un hecho de inmensa importancia práctica: la dificultad del diagnóstico exacto, lo que esperamos demostraros con este paciente.

Se trata de un minero de veintitrés años que nos envían de fuera de Santiago, solicitando un informe relativo a la afección de que padece; él la atribuye a un accidente sufrido en su trabajo; sin embargo, preguntándole y contrainterrogándole, incurre en sus respuestas en una serie de vacilaciones; en fin, el asunto no nos parece claro, y creemos que de la exposición y discusión del tema junto



...un hilo a plomo bajado desde la protuberancia occipital externa, determina el eje normal de la columna...

con Uds., podremos obtener una conclusión imparcial y justa.

En el estudio de este tipo de lesiones, tal vez más que en ningún otro, se demuestra que la patología y la clínica quirúrgica no pueden considerarse como entidades separadas de un todo; a cada paso debéis recurrir a la radiología; en cada momento el laboratorio será vuestro precioso auxiliar.

¿Pero pierde, acaso por esto, toda su inmensa importancia la exploración clínica? No, en modo alguno, y quien sepa observar, aquel que interroge en forma hábil y, finalmente, el que palpe con

la conciencia de los peligros que ello encierra, habrá aportado un conjunto de elementos de gran valor a la fórmula de un diagnóstico exacto. Por fin, la asociación de conocimientos fundamentales de neurología, nos aparece como un complemento indispensable, tanto para fijar el pronóstico como para indicar el tratamiento.

Frente a este tipo de pacientes, se os pueden presentar dos eventualidades: o el enfermo llega por sus pies (como es el caso presente), o bien yace en cama con una impotencia funcional de intensidad variable.

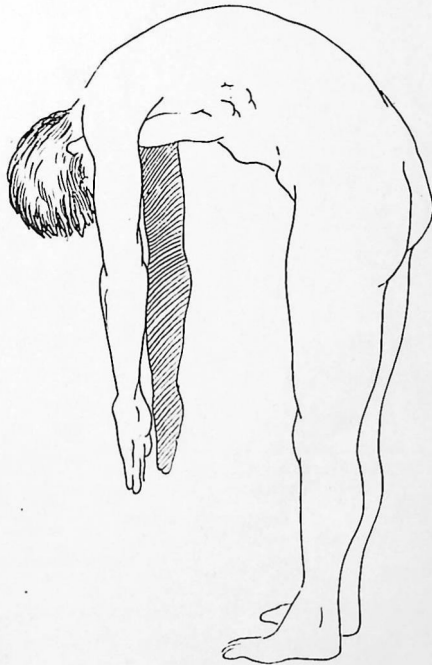
En la primera eventualidad se debe observar, ante todo, la actitud del paciente: mirad su facies y apreciad con una visión de conjunto cómo ejecuta los movimientos espontáneos. Proceded, en seguida, al interrogatorio, recordando que la etiología traumática es invocada en un porcentaje enorme de las afecciones de la columna vertebral. Os

será, pues, de gran utilidad, en estos casos, conocer cómo fué el traumatismo, cuál fué su intensidad, qué posición tenía en ese momento el paciente, si pudo después reanudar el trabajo, a qué movimientos se le sometió al prestársele los primeros auxilios y, por último, si quedó aparentemente sano durante algún tiempo. Precisa con calma estos detalles y tratad de reconstituirlos mentalmente; como luego veréis, su importancia puede ser considerable.

Pero, sed precavidos e informaos de posibles afecciones anteriores: sífilis, tuberculosis, gonorrea y cuadros infecciosos, que son, a menudo, el origen verdadero de la afección y no el accidente presunto. Este tiempo del interrogatorio jamás es perdido, ya que simultáneamente completáis la inspección asociando sus detalles con los resultados de aquél.

En el caso del enfermo que nos ocupa, podemos, desde luego, establecer dos hechos: primeramente, que el paciente, antes del traumatismo, sentía ya cierto dolor en la región dorsal y, por otra parte, que el golpe fué de escasa intensidad, a tal punto, que sólo le impidió su trabajo durante el día.

Examinad con el enfermo de pie y desnudo; ved que sus pies estén en la misma posición, vigilad



...ordenad al paciente que flecte el tronco hacia adelante manteniendo las piernas rígidas...

que sus hombros guarden el mismo nivel, y tendréis un conjunto de detalles que son primordiales.

Obsérvese atentamente la piel, su coloración. ¿Hay erosiones o equimosis? En caso afirmativo, se tiene cierta presunción de la realidad del accidente invocado. ¿Encontráis una erupción de vesículas a lo largo de un espacio

intercostal? ¿Es dolorosa?

Podrá entonces tratarse de un zona o herpes zoster.

Seguid observando y recordad que normalmente existe

una xifosis dorsal (es decir, una convexidad posterior de la columna en esa zona) y

una lordosis cervical y lumbar, o sea concavidad posterior de estas dos regiones situadas, respectivamente, por

encima y por debajo de la primera. Pero, normalmente, estas desviaciones fisiológicas se presentan como curvas

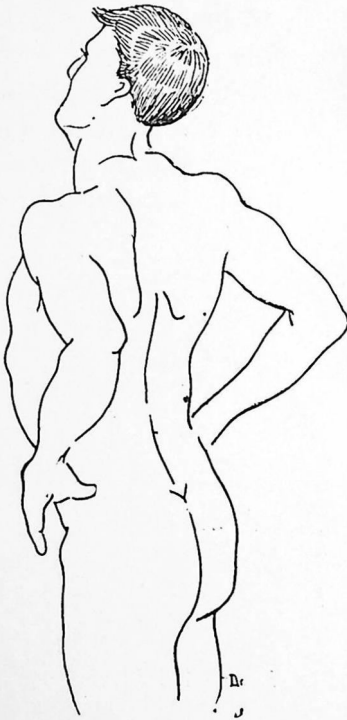
suaves; por lo tanto, una deformación angular, desde luego, os debe hacer pensar en la eventualidad de un

Mal de *POTT*.

Mirad, ahora, el conjunto: un surco más o menos profundo, según que se trate

o no de un obeso, se extiende desde la protuberancia occipital externa al pliegue interglúteo. ¿Es esta línea vertical? Más tarde lo comprobaréis bajando un hilo a plomo que una estos dos puntos. Anotad con cuidado si hay inflexiones laterales de aquel surco; observad en la parte inferior la presencia de fositas o fistulas. ved si en algún sitio de la línea media se aprecia una masa tumoral, esto

o no de un obeso, se extiende desde la protuberancia occipital externa al pliegue interglúteo. ¿Es esta línea vertical? Más tarde lo comprobaréis bajando un hilo a plomo que una estos dos puntos. Anotad con cuidado si hay inflexiones laterales de aquel surco; observad en la parte inferior la presencia de fositas o fistulas. ved si en algún sitio de la línea media se aprecia una masa tumoral, esto



...con las manos en las caderas el paciente inclina el tronco y la cabeza hacia atrás...

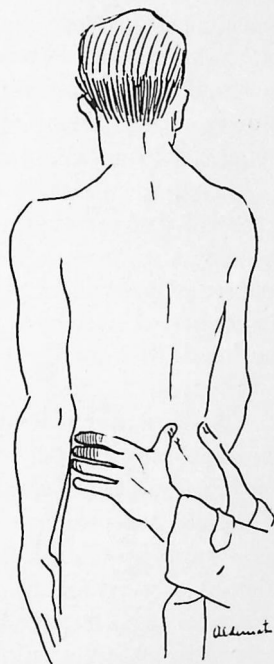
o no de un obeso, se extiende desde la protuberancia occipital externa al pliegue interglúteo. ¿Es esta línea vertical? Más tarde lo comprobaréis bajando un hilo a plomo que una estos dos puntos. Anotad con cuidado si hay inflexiones laterales de aquel surco; observad en la parte inferior la presencia de fositas o fistulas. ved si en algún sitio de la línea media se aprecia una masa tumoral, esto

o aquello os podrá hacer pensar en la posibilidad de lesiones congénitas que más adelante analizaremos. La hipertriosis de la región lumbo-sacra, es también un indicio en este sentido y, más aún, si se asocia a una tumefacción más o menos blanda y cuya consistencia aumenta con el grito y la tos: pero no deis un valor exagerado a la sola hipertriosis.

Comprobamos ahora el eje vertical de la columna con la maniobra del hilo a plomo o marcando con un lápiz demográfico las apófisis espinosas.

Completad, en seguida, la inspección, observando al enfermo de frente. ¿El tórax es simétrico? ¿El esternón se presenta de aspecto normal? Dad gran importancia a la apariencia y musculatura de los miembros inferiores, sin dejar jamás de observar los pies. Recordad siempre que en el complicado mecanismo de la estática las lesiones más insignificantes del tarso pueden acompañarse de actitudes compensatorias que, de segmento en segmento, lleguen multiplicadas a la columna cervical.

Estudiad, los movimientos: flexión, extensión y torsión se combinan en el raquis en grados variables que guardan estrecha relación, como luego veréis, con la conformación anatómica. Apreciemos primero el movimiento de conjunto. ¿Cómo? Haced inclinarse al paciente hacia adelante y que sus manos traten de tocar el suelo sin doblar las rodillas. Mirad cómo la columna describe una gran curva regular de convexidad posterior. Pero, ved este otro



...fijad la pelvis y pedid al enfermo que haga movimientos de rotación del tronco...

caso: hay una zona rígida por contractura muscular, fácilmente comprobable a la palpación. Desconfiad, pues, al igual que en el abdomen: ¡músculo contraído es señal de alarma! ¿Hay esguince? ¿Fractura? ¿Proceso inflamatorio? Muy luego lo veréis al completar vuestro examen que os dará una respuesta más satisfactoria.

Ordenad al paciente que, sin doblar las rodillas y con las manos en la cintura, se incline hacia atrás; la columna debe marcar una concavidad suave. Insistid si durante éste o aquel movimiento ha habido dolor en algún punto; sería, por lo demás, muy raro que la facies del paciente no lo revele.

Seguid, ahora, con la rotación: ella tiene un máximo cervical y es escasa en la zona lumbar. Con el enfermo en la misma actitud, fijad fuertemente las crestas ilíacas con vuestras manos y haced que rote su tronco a derecha e izquierda. Finalmente, ved que realice movimientos combinados de flexión y rotación del tronco y con los miembros superiores.

Completad vuestro examen colocando al paciente en decúbito dorsal, y fijando los pies contra el plano de la mesa, ordenadle que se siente sin apoyar las manos. El sujeto sano lo hace sin gran dificultad; en cambio, el que tiene una lesión en la columna, sólo lo consigue descomponiendo el movimiento o ayudándose con sus miembros superiores. Es esta una excelente forma de examen, pero sólo aplicable cuando no se sospecha una fractura del raquis.

Bien; todo ha sido normal. ¿Podéis tener ya una conclusión? No. Pero pensaréis: es probable que este enfermo no tenga una lesión del raquis; no obstante, para asegurarme de ello debo completar el examen. Id, pues, a la palpación, de acuerdo con la norma general: siempre de lo sano a lo enfermo y recordando la anatomía y fisiología normales. En la parte alta, vuestros dedos exploran el occipital, las apófisis mastoides, la cara dorsal de las costillas y los espacios intercostales, llegando en la parte infe-

rior hasta las articulaciones sacro-iliacas. Tratad siempre de daros cuenta cabal del estado de las partes blandas y óseas, buscad con cuidado la contracción muscular que delata siempre lesión subyacente. En numerosos casos os llamará la atención una zona fluctuante, más o menos lejos de la columna e indolora: discurrid, entonces, sobre la posibilidad de un absceso frío, sobre la eventualidad del temible Mal de *POTT*, y con este objeto no dejéis nunca de explorar las regiones inguinales, donde a menudo se presentan los abscesos fríos consecutivos a la tuberculosis del raquis. Tened presente que no sólo una, sino cientos de estas lesiones han sido tratadas equivocadamente por abscesos calientes o adenitis inguinales.

Examinad, en seguida, las apófisis espinosas: empezando por arriba encontraréis una depresión que normalmente está por debajo del occipital y que es determinada por la forma especial del atlas; luego, una prominencia, que es la apófisis del axis, y más abajo otra saliente marcada: la apófisis de la séptima cervical. Algunas veces también la sexta cervical presenta esta característica.

Las vértebras dorsales tienen apófisis poco salientes y de difícil palpación en el obeso; tendréis que llegar a la columna lumbar para que el cuadro cambie y se palpen netamente los espacios interespinosos. También en esta zona, si existiera algún antecedente traumático, explorad a dos traveses de dedo por fuera de la línea media. ¿Hay dolor localizado? ¿Hay equimosis? Tened, entonces, presente la posibilidad de fracturas de las apófisis transversas, lesión de cierta frecuencia. ¿Os llama la atención la existencia de un pequeño trayecto fistuloso en la región sacro-coxígea? ¿Están indurados los tejidos a su alrededor? Recordad la existencia de un posible quiste dermoide de esa región.

Finalmente, el sacro y el coxis, ¿os caben dudas sobre las condiciones de este último? Recurrid sin demora al tacto rectal.

Si a esta altura de vuestro examen creéis que os

ha sido ya posible circunscribir la zona donde asienta una lesión probable, profundizad la exploración, recordando que cada región de la columna ofrece particularidades anatómicas y fisiológicas que, hasta cierto punto, le son propias.

¿Cómo explorar en detalle la zona cervical? ¿Qué hechos peculiares se observan a su nivel? Desde luego, movilidad muy grande; rotación amplísima, en la cual el atlas junto con el occipital giran sobre el axis; la flexión y extensión se hacen en parte principal en la articulación occípito-atloídea. Procurad que el paciente ejecute estos movimientos. ¿Hay limitación acentuada en la rotación? Aseguraos que no se debe a lesiones inflamatorias de los músculos externo-cleido-mastoídeos (estarían contraídos y dolorosos) y, en seguida, pensad en la posibilidad de una artritis suboccipital tuberculosa o de otro origen.

No olvidéis que tratándose de la zona cervical, conviene proceder siempre con cuidado, y en este sentido os recordamos tan sólo para condenarla, la peligrosa práctica de la percusión sobre el cráneo, pues, si hay fractura, os expone a desastres. Recurrid a una palpación directa suave; en seguida, haced lo mismo y siempre en forma metódica, en la parte lateral del cuello, y tomad aquí como punto de guía el solevantamiento redondeado que corresponde a las apófisis transversas del atlas; en los individuos delgados lograréis alguna vez palparlo en la parte alta, por delante de la apófisis mastoides. Practicad, en seguida, el tacto faríngeo, por medio de vuestro dedo introducido en la boca; podréis así tocar la parte anterior del atlas, axis y tercera cervical. Luego, llevad vuestro dedo por detrás del último molar, hasta ponerlo en contacto con la cuarta y quinta cervical.

¿Qué particularidades ofrece la zona dorsal? Movilidad limitada de la primera a la décima, y bastante acentuada a nivel de la undécima y duodécima; hecho importante: es en este punto donde se van a producir la mayor parte de las fracturas por flexión, pues las apófisis espi-

nosas son muy oblicuas, los ligamentos resistentes y las facetas articulares casi verticales, reuniendo así un conjunto de condiciones mecánicas que os explicarán el porqué no se observan luxaciones de la columna en esta zona. Dada su situación profunda, la exploración clínica de la cara anterior de estas vértebras no puede realizarse. Tened presente que por la estrechez del canal raquídeo a esta altura, con frecuencia desplazamientos traumáticos mínimos pueden traer consigo lesiones medulares de alta gravedad.

Ya hemos dicho que las apófisis espinosas lumbares son horizontales y voluminosas; esta región desempeña un rol importantísimo en la estática y tiene una gran movilidad en la zona formada por la unión de las dos primeras lumbares con las dos últimas dorsales. La amplitud del canal y la solidez de los cuerpos vertebrales, os explicará que lesiones destructivas traumáticas o de otro origen, puedan no acompañarse de síntomas neurológicos.

La cara anterior del sacro y del coxis son explorables en parte por el tacto rectal; existiendo la menor duda, debéis siempre recurrir a esta forma de examen. La cresta sacra posterior está formada por la soldadura de las apófisis espinosas de sus vértebras, y es fácilmente accesible a la palpación.

Os llamamos la atención sobre ciertos puntos de reparo, cuyo conocimiento es indispensable: la médula termina en la parte media de la segunda vértebra lumbar: la horizontal que une el vértice de los ángulos de ambos omoplatos pasa por la apófisis espinosa de la séptima dorsal y corresponde al borde inferior de la séptima costilla; la horizontal que pasa por el punto culminante de ambas crestas ilíacas marca la apófisis espinosa de la cuarta lumbar.

Ahora bien, si en vez de un sujeto que llega por sus propios pies a consultaros, como hemos supuesto hasta aquí, se tratara de un enfermo postrado en decúbito dorsal

y que os habla de un traumatismo que por su intensidad o cualquiera otra causa hace temer una lesión de la columna, ¿cómo examinar? Con prudencia, con exceso de prudencia. Suponed siempre lo más grave, y sabed que un desplazamiento brusco puede aumentar considerablemente las lesiones ya existentes.

Debéis siempre empezar vuestro examen investigando la posible presencia de una lesión de la pelvis o de alguno de los miembros inferiores; si fuere negativo, existiendo una parálisis flácida, se tratará, casi seguramente, de una lesión medular grave; y para tratar de precisarla hay que estudiar atentamente la sensibilidad, los reflejos tendinosos y cutáneos y cómo se realizan la micción y defecación.

¿Qué tipo de lesión puede producir un traumatismo así actuar sobre la columna vertebral?

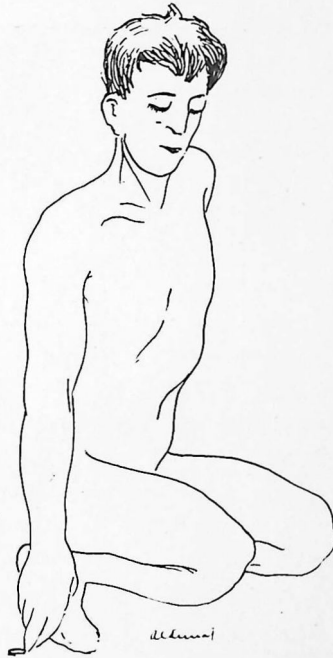
Recordad lo que ya os dijimos a propósito de los procesos articulares: existen cuadros comunes a toda articulación, agregad pequeñas variaciones en tal o cual sentido especial, y así tendréis la totalidad de la patología traumática de estas regiones. Buscad, pues: entorsis, fracturas parciales por arrancamiento o torsión, fracturas totales con o sin desplazamiento, subluxaciones y luxaciones. ¿Sana siempre integralmente en las otras articulaciones una alteración de esta clase? Ya sabéis que no. Entonces es posible que encontréis en la columna vertebral secuelas post-traumáticas.

La entorsis, sin lugar a dudas, existen en el raquis, observándose de preferencia en las regiones cervical y lumbar; pero están muy lejos de tener la relativa frecuencia que antes se creía. Y en este sentido la radiología, con técnicas especiales, ha revelado que en un número elevado de casos, se trata de fracturas parciales; el mecanismo determinante es un esfuerzo con la columna en flexión-torsión, y las lesiones anatómicas varían desde el simple desgarrado de una fibra a la sección total de uno o más liga-

mentos. ¿Cuál es el síndrome clínico? Dolor espontáneo intensísimo, limitación de los movimientos por contractura muscular (con notable rigidez de la zona afectada); exacerbación del dolor con los movimientos pasivos; no hay deformación persistente; la presión en las apófisis espinosas es indolora y el examen radiológico negativo. ¿Presentó, acaso, este enfermo un cuadro semejante? No; porque pudo muy luego reanudar su trabajo. Por otra parte, su examen radiológico revela ciertos detalles en que más adelante insistiremos. ¿Debe siempre practicarse este último? Sistemáticamente, al existir la menor duda y, sobre todo, al tratarse de accidentes del trabajo, deben agotarse los métodos de investigación para establecer la verdadera etiología; la placa radiográfica es un complemento indispensable, en estos casos, para llegar a un diagnóstico correcto.

A raíz de esfuerzos violentos, pueden también producirse fenómenos dolorosos debidos a desgarros de fibras musculares. La palpación muestra, entonces, que la molestia máxima está por fuera de la línea media, y que está conservada la integridad clínica del raquis.

Si después del examen la duda no se esclarece, pensad entonces en la posibilidad de una fractura o luxación, y recordad sus diversas modalidades clínicas. Como ya lo sabéis el raquis envuelve a la médula y guarda con ella



...para recoger un objeto del suelo, el paciente que tiene una lesión de la columna la mantiene rígida y flexa sus rodillas...

relaciones más o menos estrechas, según sea la zona que se considere: fluye de aquí un primer hecho que es fundamental; las fracturas de la columna pueden o no comprometer la médula, hablándose, respectivamente, de fracturas simples o complicadas.

En ocasiones, el diagnóstico es fácil; pero no debéis



...existen lesiones con gran desplazamiento...

olvidar que suelen pasar inadvertidas y manifestarse tardíamente mucho tiempo después del traumatismo. En realidad, existe cierta similitud entre este tipo de lesiones y las del cráneo, tanto desde el punto de vista de la posibilidad de manifestaciones tardías que acabamos de citar, como también en el hecho de que no siempre la alteración ósea va acompañada de lesión del tejido nervioso, pudiendo

aún existir alteración de este último sin lesión esquelética.

Los síntomas serán diferentes según que haya o no compromiso medular y, dada su importancia, estimamos necesario analizarlos con cierto detalle.

El antecedente de un traumatismo anterior es, sin duda, de primera importancia; el golpe actúa en forma directa o indirecta, que es lo más frecuente. En el primer caso podéis encontrar grandes fracturas con desplazamientos, en las cuales el diagnóstico es evidente, o bien fracturas parciales de las apófisis espinosas, transversas lumbares o de las láminas. El diagnóstico de estas tres últimas modalidades se basa en el dolor espontáneo y a la presión, en la equimosis tardía y, finalmente, en la comprobación radiológica. Frente a un paciente que ha recibido un violento traumatismo en la zona lumbar o realizado un gran esfuerzo, debe tenerse presente la posibilidad de fractura de las apófisis transversas. En cuanto a las fracturas parciales de las láminas, ellas son capaces de producir cuadros de compresión medular de muy difícil diagnóstico: la radiografía con técnica especial tiene, en estos casos, una importancia decisiva, ya que es de las pocas ocasiones que en una fractura de la columna vertebral está indicada con urgencia la intervención quirúrgica.

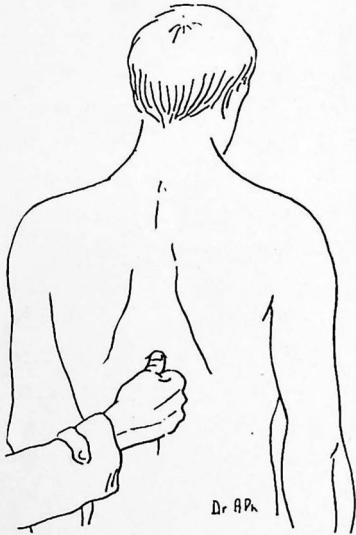
En los casos de traumatismo indirecto, se trata generalmente de enfermos que han sufrido un movimiento forzado estando la columna en flexión.

Si veis al paciente en los primeros días, podéis verificar los siguientes síntomas que son de gran valor: dolor localizado en la línea media de la espalda, exacerbado con los movimientos, calmados con el reposo y que aumenta con la palpación y presión: si están comprimidas las raíces, tenderá a irradiarse al pecho, abdomen o miembros, pudiendo, por ello, ser causa de errores de diagnósticos. Para investigarlo, debe hacerse un estudio metódico de las apófisis espinosas palpándolas una por una, desde la parte alta; no nos cansamos de repetiros que nunca iniciéis el examen por el sitio de la lesión, pues así como el buen

cirujano se revela en la forma en que toma el bisturí, el clínico se revela por el método con que realiza la exploración. ¿Quiere esto decir que procediendo en buena forma nunca se comete un error? No, y nos cuidamos de afirmar tan torpe apreciación; pero, en casi todos aquellos casos en que hemos llegado a un diagnóstico falso, analizando más tarde a solas los hechos, nos hemos sentido culpables de

poco cuidadoso o de precipitación en el análisis de conjunto de los síntomas.

La sensación de debilidad de la columna o insuficiencia de la prueba de la carga, es decir, el hecho de que el individuo no puede mantenerse sino corto tiempo en la misma posición, es también frecuente en las fracturas de que nos estamos ocupando, y puede presentar un carácter definitivo si no se sabe hacer un buen diagnóstico y tratamiento. Ciertamente que en nuestro enfermo no encontráis estos



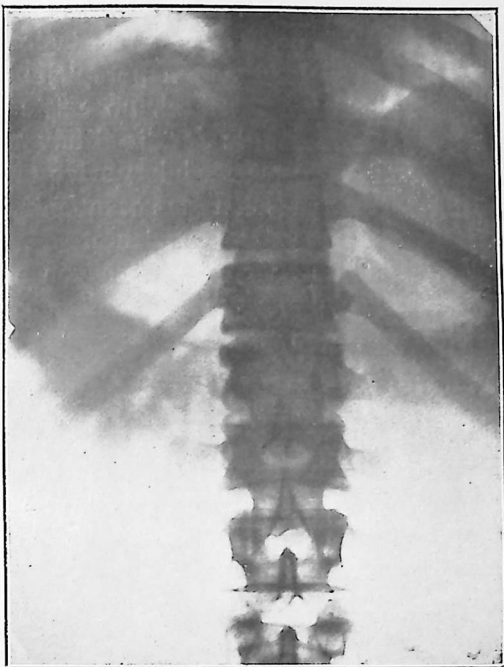
...vuestro pulgar explora, de arriba hacia abajo, una a una las apófisis espinosas...

síntomas; pero, en cambio, habéis verificado en la forma que ya os dijimos, que hay rigidez de la columna; ésta puede ser de grado variable en las fracturas y traduce la contracción muscular de defensa. Tal alteración traerá consigo una limitación de los movimientos en todas direcciones, lo que, naturalmente, es más evidente en la columna cervical, debido a su gran movilidad.

En general, en los traumatismos es raro verificar con la sola inspección una deformidad; en cambio, palpando la línea de las apófisis espinosas, puede aparecer quebrada en

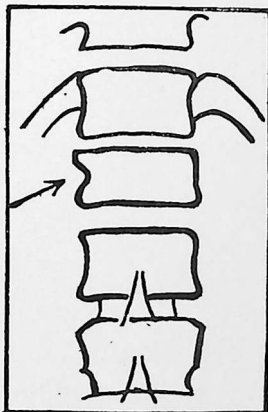
un punto que corresponde, por lo general, al sitio de mayor dolor.

La presión indirecta del raquis ejercida desde el cráneo, es una maniobra que como ya hemos dicho poco se usa, no sólo por sus peligros, sino también porque ella es positiva, ya se trate de lesiones inflamatorias o traumáticas.



...la radiografía frontal puede poner en evidencia un aplastamiento de la vértebra por el traumatismo...

En las fracturas complicadas, el cuadro se acompaña de alteraciones nerviosas que, en la mayoría de los casos, son paraplejas, parálisis o parestias, y a veces se une a esto la pérdida del control de los esfínteres y serias alteraciones tróficas. Son, sobre todo, este género de complicaciones, las que hacen temible esta clase de traumatismos, pues traen consigo graves infecciones del árbol urinario y la formación de escaras de muy difícil curación.



ESQUEMA

Queremos aquí insistir en un hecho que la experiencia nos ha demostrado que es de enorme importancia: frente a un enfermo que presenta una paraplejía por golpe reciente sobre la columna vertebral, no existe hoy por hoy, ningún síntoma capaz de decidir si hay sección, compresión, hemorragia o edema medular; salvo el caso que la radiografía revele una lesión ósea acentuada, es decir, que existe una fractura con desplazamiento.

El estudio en colaboración con el neurólogo se nos impone como algo necesario e indispensable en todos aquellos casos en que aparece compromiso cierto o probable de la médula o raíces.

Las luxaciones puras tan sólo se presentan en la zona cervical (de preferencia a nivel de la 5, 6 y séptima) donde originan diversas actitudes fijas e irreductibles de la cabeza y una prominencia de grado variable de las apófisis espinosas correspondientes; en el resto de la columna ofrecen la forma de luxofracturas.



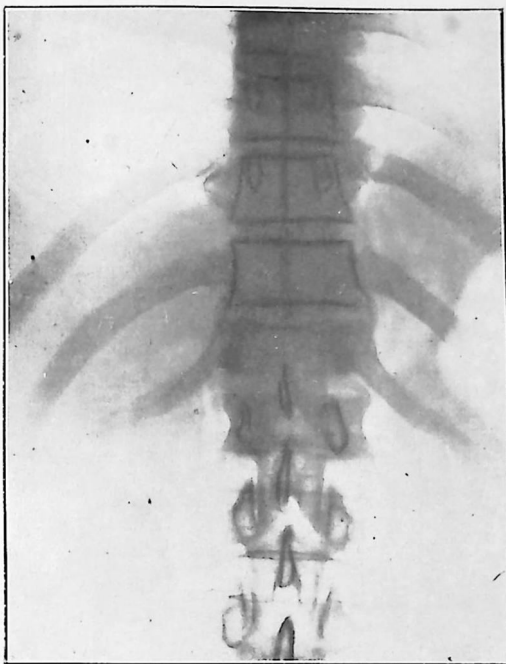
...las luxaciones cervicales suelen producir desviaciones laterales de la cabeza...

Veis, por lo expuesto, que, en realidad, el diagnóstico de estas lesiones es difícil, y el solo examen clínico no nos permite en nuestro paciente negar la causa etiológica que él invoca.

¡Pero no tendrá este individuo una espondilitis traumática o enfermedad de *KUMMELL VERNEUIL*? ¿En qué consiste y qué ideas se tienen sobre este cuadro clínico? Resumamos los hechos: hace cincuenta años, estos cirujanos afirmaron que en ciertos pacientes que habían sufrido un traumatismo vertebral a veces de escasa impor-

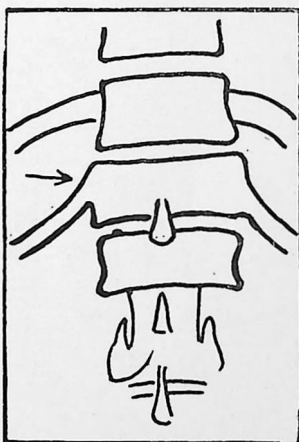
tancia y cuyos síntomas fueron de corta duración, podía después de un lapso variable (hasta de años) y durante el cual el sujeto está aparentemente sano, presentarse un cuadro doloroso intenso, con acentuada deformación de la columna e impotencia funcional.

Pasa el tiempo, se formula gran número de hipótesis etiológicas sobre esta afección; el estudio de las alteraciones del sistema simpático abre un nuevo horizonte a la medicina y como era lógico, se atribuye a ellas el origen de este cuadro clínico. Pero sobreviene el perfeccionamiento de la radiología, se establece que con incidencias especiales pueden explorarse no sólo las láminas, sino, también, las apófisis articulares vertebrales, y entonces la investiga-



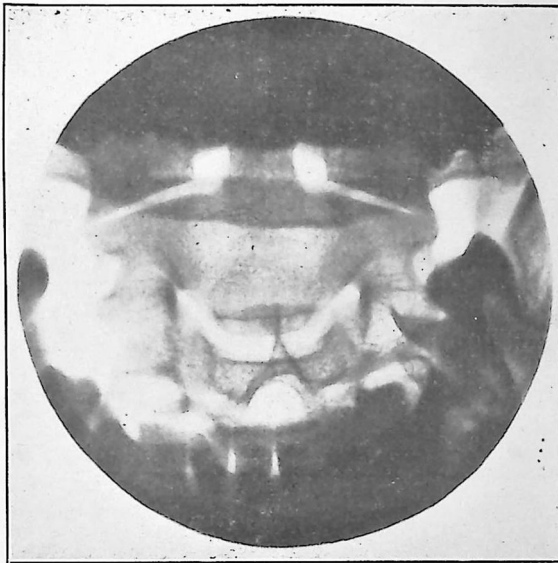
...a pesar de la gravedad del aplastamiento puede no haber lesión medular...

gias sobre esta afección; el estudio de las alteraciones del sistema simpático abre un nuevo horizonte a la medicina y como era lógico, se atribuye a ellas el origen de este cuadro clínico. Pero sobreviene el perfeccionamiento de la radiología, se establece que con incidencias especiales pueden explorarse no sólo las láminas, sino, también, las apófisis articulares vertebrales, y entonces la investiga-



ESQUEMA

ción seriada anatómo-patológica revela que el punto inicial puede corresponder a rupturas o necrosis óseas parciales, a menudo producidas por las fuertes presiones que ejercen en el momento del traumatismo los discos intervertebrales (ha podido comprobarse que en algunas ocasiones se originan verdaderas hernias de los meniscos en el tejido esponjoso de los cuerpos vertebrales). Como consecuencia de esto, habrá posteriormente alteraciones dolorosas de la columna, y el examen radiológico nos mostrará imágenes diversas, entre las cuales las más comúnmente ob-



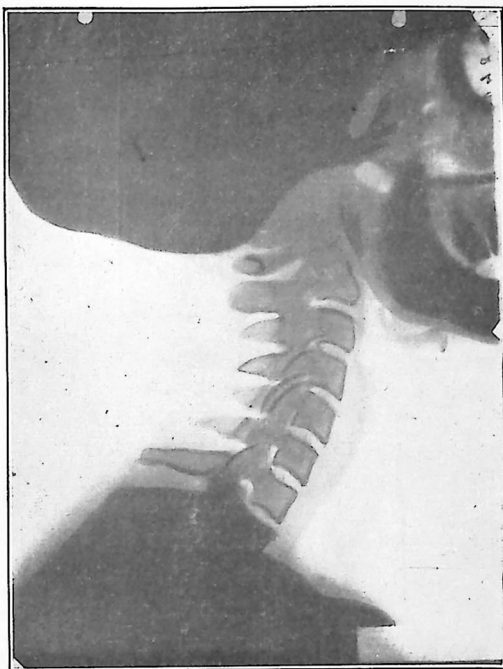
... a través de la boca abierta se obtiene una imagen muy clara del atlas, axis y apófisis odontoides...

servadas son: vértebras atróficas con ensanchamiento del disco intervertebral; alteraciones de los meniscos que pueden llegar a calcificarse, produciendo verdaderas sinostosis vertebrales; xifosis de gran curvatura con integridad o no de los discos intervertebrales y, más rara vez, aplastamiento del cuerpo.

En resumen, según nuestra propia experiencia y a la luz de muchos trabajos actualmente publicados, creemos

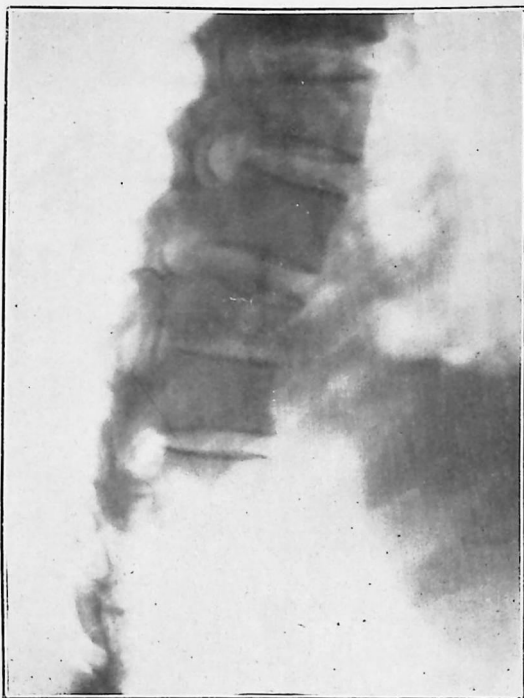
que el cuadro descrito con el nombre de enfermedad de *KÜMMELL-VERNEUIL* ha perdido gran parte de su integridad clínica y puede ser considerado como la complicación de una fractura desconocida.

Lo expuesto anteriormente, unido a las respuestas contradictorias del paciente y al examen radiológico sobre

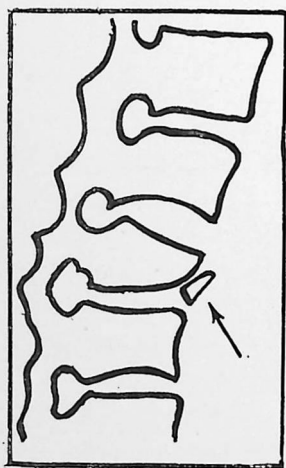


...en la columna cervical la radiografía lateral da una visualidad excelente...

cuyo resultado os informaremos, nos induce a afirmar que la afección de este individuo no tiene un origen traumático; esta hipótesis se encuentra corroborada por el hallazgo de una franca alteración inflamatoria del líquido céfalo-raquídeo. Quisiéramos, ahora, hacer resaltar algunos puntos referentes a las radiografías en los traumatismos de la columna, ya que hemos dicho que ellas deben realizarse en



...sólo la radiografía lateral mostró en este caso la lesión vertebral (fractura)...



ESQUEMA

todos los pacientes de esta índole. Se requiere, para esto, el concurso de un técnico muy competente y cuatro a seis negativos obtenidos desde diversos ángulos. Al ser las primeras vértebras cervicales las afectadas, debe radiografiarse la columna a través de la boca abierta, con lo cual se obtiene una imagen muy

clara del atlas, axis y apófisis odontoides de este último. Sobre todo, no os contentéis con la sola visión de frente, que es sumamente engañosa; sólo la radiografía lateral revelará, en muchos casos, la lesión vertebral, obteniéndose, sobre todo en la columna cervical una visualidad excelente. Estudiando la imagen radiológica misma podéis observar: lesiones con grandes desplazamientos, destrucción casi total de una vértebra con xifosis intensa,

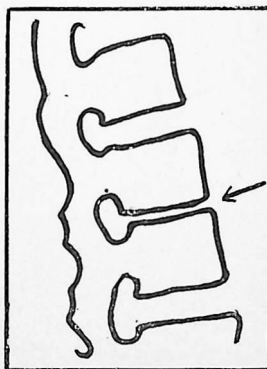
aplastamiento vertebral más o menos acentuado (llamando a veces la atención que, a pesar de su intensidad, no hay lesión medular), fracturas parciales de la parte anterior del cuerpo (sólo visibles en posición lateral) o bien fracturas parciales de las láminas o de los pedículos articulares, que son, sobre todo estas últimas, las que

más a menudo se desconocen, pues su diagnóstico radiológico exige una gran fineza de técnica.

Ved, ahora, las radiografías de nuestro paciente, y si os fijáis detenidamente, lograréis comprobar que en los diversos negativos los cuerpos vertebrales están de aspecto normal. Esto se encuentra confirmado por la visión estereoscópica, que es un complemento valiosísimo de este método de examen. En cambio, os llamará la atención la franca dis-



...el pellizcamiento del menisco intervertebral es uno de los síntomas radiológicos más precoces del Mal de POTT...



ESQUEMA

minución de altura del disco intervertebral, hecho que se conoce con el nombre de "pellizcamiento del disco".

Es debido, por una parte, a este síntoma, y por otra a lo poco categórico del examen clínico y a las contradicciones en que el enfermo incurre, que pensamos que, en realidad, el accidente no es responsable del cuadro actual. Entonces, ¿de qué se trata? Creemos que de un Mal de *POTT*, y como casualmente hay dos enfermos en el servicio, en los cuales el diagnóstico es evidente, esperamos hacerlos una exposición de conjunto en una de nuestras lecciones próximas.

\*

\* \* \*

El diagnóstico clínico era por demás complejo en una joven de dieciocho años, que llegó a nuestra consulta en octubre de 1936. La acompañaba su madre, quien exponía con detalle la enfermedad, pero de manera tan rápida, que era imposible reconocer, en medio del torbellino de sus palabras, cuáles eran los síntomas de valor. Sus razonamientos llegaban, finalmente, a formularnos estas preguntas. ¿Tiene apendicitis? ¿Hay que operarla?

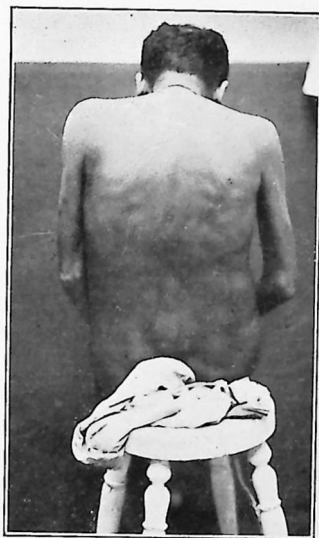
Haciendo un análisis metódico de sus antecedentes, llegamos a establecer que un año antes tuvo fiebre tifoidea; periódicamente sufría de forunculosis. Su enfermedad actual se había iniciado hacía dos meses con astenia y dolor en la fosa iliaca derecha; sin embargo, esta localización no era muy precisa, y a veces se situaba más hacia atrás. El dolor tenía ritmo intermitente y ella insistía en que cesaba por completo durante la noche. Al examen general encontramos palidez acentuada y enflaquecimiento (4 kilos).

La primera impresión al palpar el abdomen, fué que existía, en realidad, dolor a nivel de la fosa iliaca derecha; pero, al insistir con cuidado, se podía deprimir profundamente en toda la zona correspondiente al ciego, sin comprobar defensa muscular ni dolor. La descompresión brusca y el signo del *psoas* tampoco originaban ninguna mo-

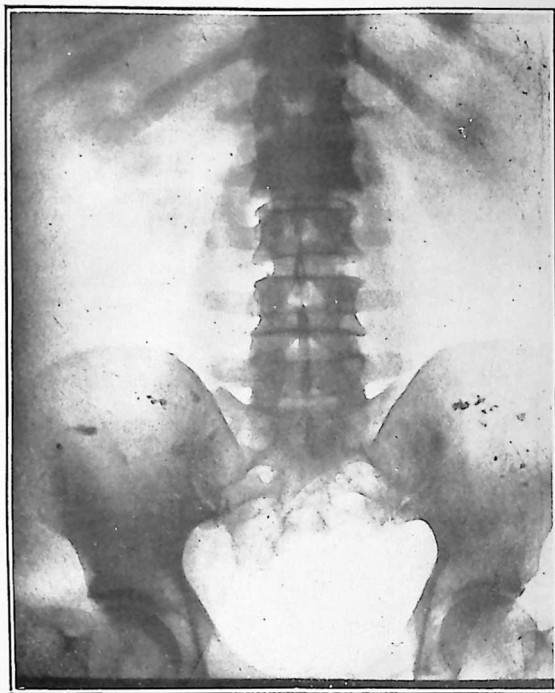
lestia. Al colocarla en decúbito lateral izquierdo, nos dimos cuenta de que el punto sensible era francamente posterior; palpando entonces las apófisis espinosas tuvimos la sorpresa de comprobar dolor muy intenso a nivel de la primera vértebra lumbar. Con este antecedente procedimos al estudio de los movimientos de la columna vertebral en la forma anteriormente indicada, y vimos que había franca limitación de ellos y contractura muscular a nivel de la zona dorsal inferior; no se apreciaba deformación aparente. Vemos, pues, que todo orientaba hacia la hipótesis de que aquella enferma pudiera tener una afección de la columna vertebral; dejemos, por el momento, en suspenso la afirmación de si junto a ella existía o no una apendicitis. ¿No creéis que una sola palpación abdominal es incapaz de corroborar este último diagnóstico? Busquemos, ahora, la etiología probable de la afección que aquejaba a nuestra enferma.



...la espondilosis rizomélica al anquilosar las vértebras y articulaciones coxo-femorales ocasiona una impotencia funcional muy acentuada...

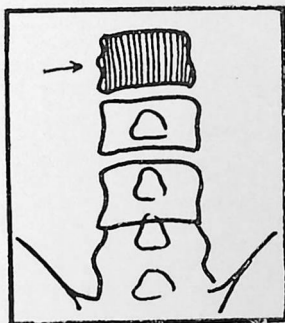


...estos infelices enfermos están condenados a una existencia miserable.



...existe aquí una gran condensación  
producida por la sífilis...

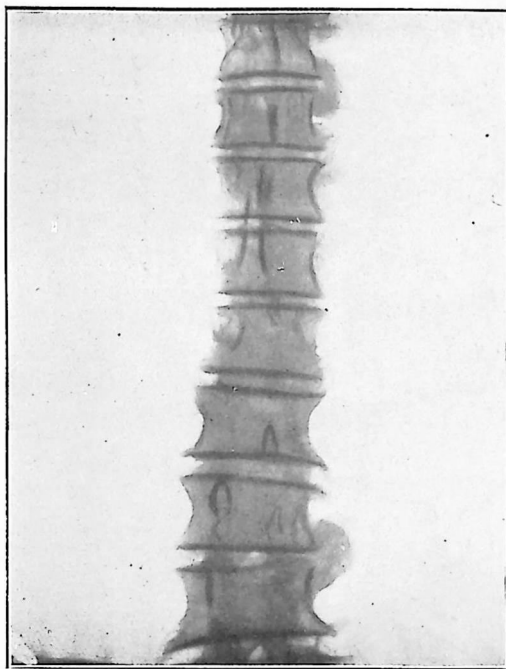
Atendida la circunstancia de que no existía ningún antecedente de traumatismo, creemos que se puede eliminar las lesiones de este origen. ¿No será acaso, nos preguntamos, una espondilitis tífica? Pero esta hipótesis parece incierta diez meses después del cuadro infeccioso, pues lo común es que se establezca a las tres semanas de la evolución. Su conjunto clínico se caracteriza por iniciación brusca y dolores muy intensos que comprenden, por lo general, varias vértebras; el examen local muestra rigidez acentuada



ESQUEMA

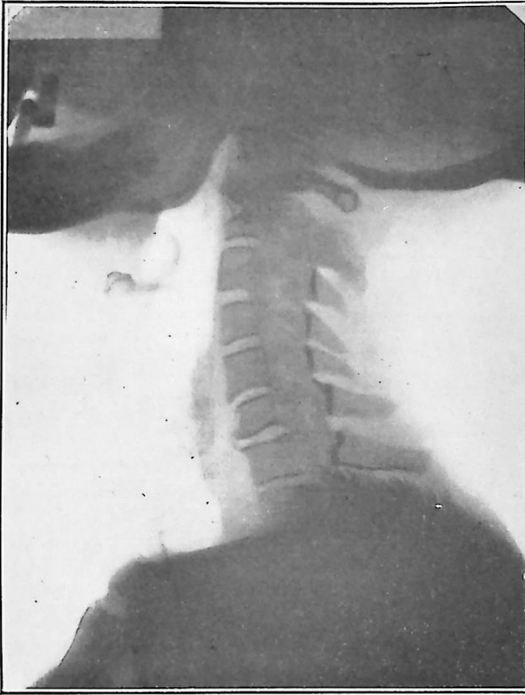
y edema; pero, lo mismo que en la mayoría de las espondilitis infecciosas, el diagnóstico es en extremo difícil, y la ayuda del examen radiológico es en todas ellas muy relativa, pues tan sólo permite apreciar ciertas características comunes: disco intervertebral casi siempre indemne, proceso inflamatorio único, etc.

El antecedente de la forunculosis inclinaba el raciocio-

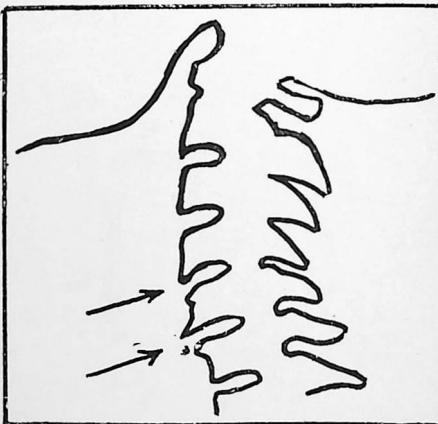


...son los casos de espondilartrosis con neoformación de puentes óseos...

nio en el sentido de una osteomielitis vertebral; apoyaba aún esta posibilidad el hecho de aparecer esta afección preferentemente en la adolescencia y de localizarse en la región lumbar. Es éste un diagnóstico difícil, ya que la infección origen puede seguir un curso agudo o subagudo y su punto inicial es variable. Suponed una localización grave en el arco vertebral. ¿Qué encontraréis? Dolor fijo



...en las espondiloartrosis deformantes, la radiografía tiene un gran valor (observad la cara anterior de las tres últimas cervicales)...



ESQUEMA

e intenso, fiebre alta y rigidez muscular, aparición precoz del edema y fluctuación; o sea, que no existe dificultad mayor para el diagnóstico. Pero, ¿y si el sitio inicial está en el cuerpo vertebral? Si los síntomas son muy intensos, la identificación del cuadro no es difícil; mas, si por el contrario, se trata de una evolución subaguda, el diagnóstico re-

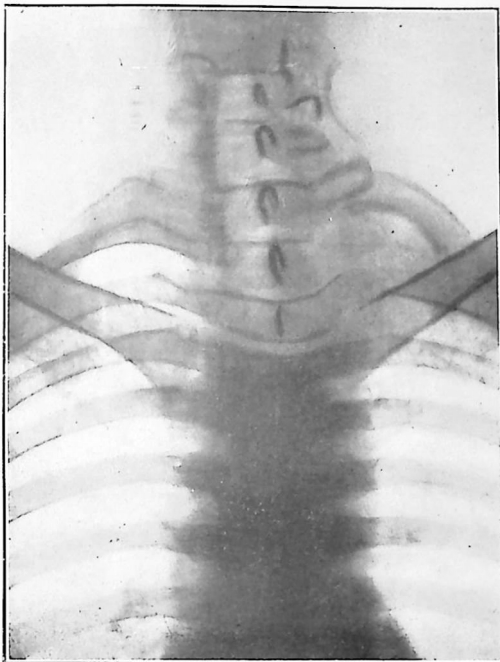
quiere toda vuestra sagacidad, ya que puede haber dolor poco acentuado, espontáneo y provocado, rigidez, fiebre o síntomas comunes a numerosos procesos. Investigad los antecedentes (forúnculo, ántrax, herida infectada, angina), haced un estudio de la fórmula sanguínea y proceded, en seguida,

a un diagnóstico de eliminación. Estos exámenes fueron negativos en nuestra paciente, y la investigación radiológica mostró los cuerpos vertebrales aparentemente intactos.

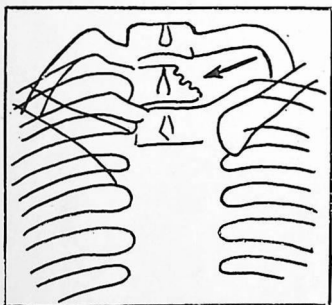
Aun cuando parece no haber antecedentes de sífilis, pensemos por un momento en esta posibilidad, recordando la frecuencia con que el público los niega.

La dificultad diagnóstica estriba en que no puede describirse un cuadro propio de la espondilitis sífilítica, pero pensad en que es una localización tardía característica y grave del periodo terciario, por lo cual os será fácil comprobar

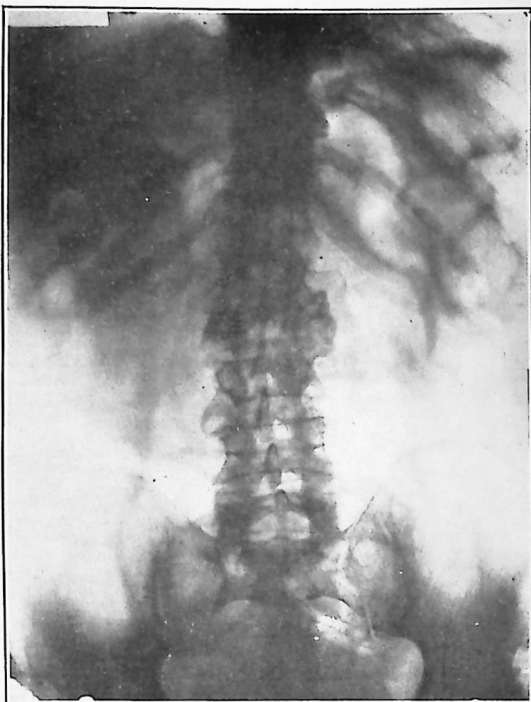
otras manifestaciones concomitantes. (De preferencia en el aparato circulatorio o nervioso). Su localización se hace, sobre todo, en la columna cervical, y como toda sífilis tiene tendencia a originar dolores nocturnos osteoscópicos. Estos hechos, unidos al resultado de los



...ved como casi la mitad de la segunda dorsal ha sido destruida por el cáncer...



ESQUEMA



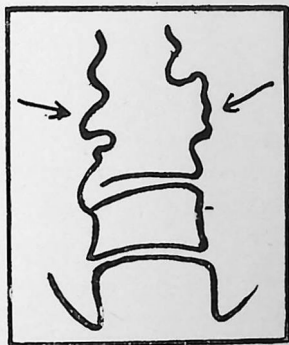
...en algunos casos de cáncer observaréis tumor y destrucción...

exámenes serológicos y a la radiografía, son los que deben ayudarnos a precisar el diagnóstico. La placa puede mostrar lesiones condensantes (vértebras de acero), procesos productivos de hiperostosis y rara vez destrucciones extensas por osteomielitis gomosa. Pues bien, en el caso que analizamos no existían estos caracteres.

No hemos querido insistir en la afirmación clásica que establece que en la sífilis el estado general está conservado; para nosotros es de importancia secundaria, porque en numerosos procesos de otra índole ocurre lo mismo.

La negatividad del examen microscópico de la secreción vaginal y de la gonorrea relacionada con la forma del cuadro clínico, nos permitió eliminar la hipótesis de una infección gonocócica.

Tenemos como norma habitual



ESQUEMA

pensar siempre en la posibilidad de este origen frente a todo proceso osteoarticular de etiología no bien precisada. Por otra parte, las espondilitis gonocócicas se inician con dolor intensísimo a nivel de la columna vertebral. ¿Pensáis que pueden haber lesiones vertebrales gonocócicas de forma atenuada? Efectivo, pero son excepcionales; y retened que para hacer un buen diagnóstico debéis, ante todo, considerar lo más frecuente. Os aseguramos que la aplicación de esta sencilla norma clínica podrá seros, en vuestra práctica, de gran utilidad.

Respecto a la actinomicosis, considéresela como posibilidad remota; por nuestra parte, sólo hemos observado un caso de localización ósea en catorce años de trabajo hospitalario. Sólo al existir fistulización múltiple asociada a una larga evolución del proceso, falta de fiebre y poca alteración funcional, podréis sospecharla. Este cuadro carece de fisonomía radiológica propia. De donde resulta que, en verdad, el clínico tiene muy escasas posibilidades de llegar a precisar este origen etiológico, salvo el caso en que haya coexistencia de manifestaciones cutáneas (de preferencia faciales) o digestivas.

Es poco verosímil la hipótesis de suponer que nuestra enferma padezca de un cáncer de la columna vertebral, ya que él es casi siempre metastático (lesión inicial en el seno, próstata, estómago, etc.). Además, ya sea en esta forma o en la primitiva, un síntoma ocupa el primer plano: es el dolor intenso, tenaz, insoportable, y que luego se acompaña de paraplejias y trastornos esfinterianos. Quien haya visto un cáncer vertebral, no lo olvida jamás, pues nunca el médico experimentará frente al paciente que sufre en forma horrible, una mayor sensación de impotencia. Pero, ¿y si fuera la fase inicial? Porque debemos convenir en que las primeras etapas de neoformación celular no pueden ofrecer manifestaciones tan llamativas. Entonces sí que el apoyo principal del diagnóstico será la radiología, pues la punción lumbar puede darnos la misma disociación albúmino-citológica de

la tuberculosis. Localización inicial en el cuerpo vertebral e integridad del disco intervertebral durante un tiempo variable, son sus características principales.

\*

\* \*

Ante un caso como el que nos ofrece la enferma de la clase pasada, ¿por qué se puede pensar también en un Mal de *POTT* cuando no presenta deformación raquídea aparente? He aquí la pregunta que nos fué formulada por uno de los alumnos.

Nadie podría discutir el inmenso mérito del gran cirujano inglés que describió esta afección trazando un cuadro clínico que conserva hasta nuestros días la exactitud de lo clásico; sin embargo, es innegable que el perfeccionamiento de los métodos auxiliares de examen ha permitido en los últimos años hacer el diagnóstico en una etapa mucho más precoz. Se está, pues, obligado a formularlo antes que aparezcan los síntomas del período de estado, ya que ellos indican una etapa evolutiva de ya difícil curación, y en muchas ocasiones de pronóstico fatal a breve plazo.

Retened, desde luego, este hecho que consideramos de la más alta transcendencia: la iniciación de la enfermedad puede hacerse en la forma más variada y caprichosa y los errores diagnósticos, aún en la actualidad, son extraordinariamente frecuentes, complicándose a menudo el curso del proceso a consecuencia de una terapéutica mal aplicada.

Analícemos rápidamente los síntomas propios del Mal de *POTT*, y veamos, en seguida, la forma de examen y las características que ofrece en cada zona de la columna vertebral.

¿Cuáles son los signos que llevan al paciente a consultar al médico? Ateniéndonos a nuestra propia experiencia, establecemos que existen dos grandes grupos de

enfermos: en el primero, el diagnóstico es difícil y sus síntomas variables (como sería el caso de nuestra paciente); en cambio, en el segundo, al que pertenecen estos otros dos individuos existen manifestaciones claras y el diagnóstico diferencial no ofrece dificultades.

El dolor, he aquí el hecho inicial de gran significación, el síntoma que bien investigado existe en la casi totalidad de los casos y cuyos caracteres semiológicos son en extremo importantes. Los tres enfermos que nos sirven hoy día para nuestra lección clínica, lo presentaban, y en todos ellos tuvo las características clásicas: cede al reposo; lo exacerban los movimientos y los esfuerzos y reaparece siempre en el mismo sitio. Cuando la lesión es cervical, podrá localizarse, ya sea en la línea media o bien en las regiones laterales, simulando el tortícolis. El dolor del Mal de *POTT* dorsal puede estar situado en la columna o referirse a la pared del abdomen o, aparentemente, a alguna víscera, lo que, en más de una ocasión, ha conducido a operaciones erróneas. En la columna lumbar suele presentarse como dolor irradiado a lo largo del ciático. ¿Cuál es la forma de investigar este síntoma? Por la palpación de las apófisis espinosas de la manera ya descrita y viendo si los diversos movimientos de la columna lo provocan o exacerban. ¿Causas del dolor? Propagación del proceso tuberculoso a las meninges, que puede traer consigo una compresión de las raíces nerviosas; compresiones, que son raras, por lesión ósea; o bien un absceso intrarraquídeo, también poco frecuente. En cuanto a la intensidad del dolor, es en extremo variable, pudiendo apenas bosquejarse como una sensación de cansancio, motivo por el cual muchos casos son tratados durante un lapso más o menos largo como afecciones banales, perdiéndose así un tiempo precioso.

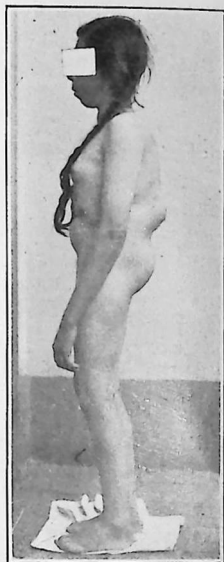
¿Qué otra ayuda os puede proporcionar para el diagnóstico el examen en este período de la afección?

Observad, en la forma que ya sabéis, si hay contractura muscular, poniendo especial atención en la investi-

gación de este síntoma de inmenso valor en cualquiera tuberculosis osteo-articular. En el caso de nuestra paciente, la lesión se encuentra en la región lumbar, y si le ordenáis que ejecute los movimientos que ya os dijimos, fácilmente puede apreciarse que toda esta zona está rígida y la palpación revela que, además del dolor localizado en la primera apófisis espinosa lumbar, existe contractura intensa de los músculos de las goteras vertebra-



...no esperéis la aparición de la xifosis para hacer el diagnóstico de Mal de POTT.



les; es fácil darse cuenta clara comparándolos con los de la región dorsal alta.

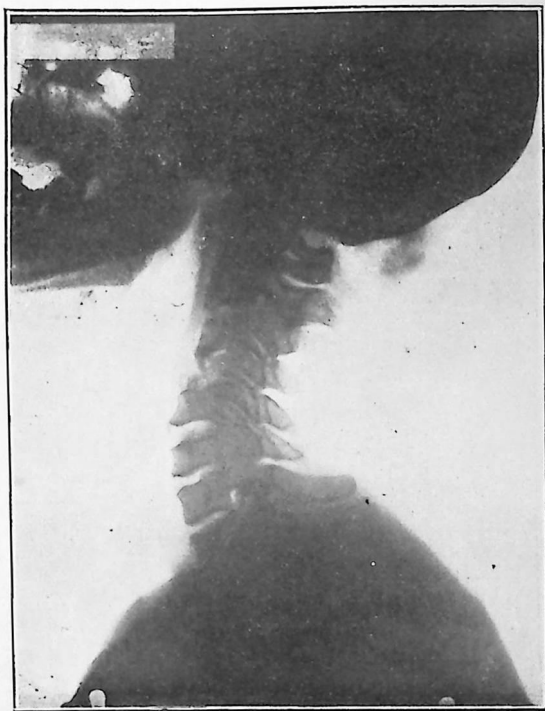
Dolor y contractura nos hacen suponer que la sintomatología de la fosa ilíaca derecha es tan sólo secundaria a una lesión de la columna vertebral. ¿Pero son suficientes estos síntomas clínicos para afirmar que se trata de un Mal de POTT? No son suficientes, y en los primeros períodos la radiografía es indispensable para el diagnóstico. No esperéis encontrar en ella destrucciones óseas acentuadas, que son propias de los procesos avanzados: es el "pellizcamiento" o estrechamiento del disco

intervertebral el signo inicial más precoz desde el punto de vista radiológico, y consiste en que mirando los diversos espacios intervertebrales, uno o varios se presentan de altura menor; sin embargo, es indudable que en el momento que esto se hace visible, ha transcurrido un largo tiempo desde la iniciación anatómica de la enfermedad, la cual, como bien sabéis, empieza en el cuerpo vertebral, y es en este momento indagnosticable debido a la dificultad que existe para obtener radiografías con detalles nítidos de la estructura ósea trabecular. Esta localización inicial se hace en la vecindad del menisco y hacia la parte anterior del cuerpo vertebral, que más tarde se altera y disminuye de altura debido al peso que soporta.

Se aprecia también, en este período, la decalcificación de la zona enferma comparativamente con las vecinas, y ese aspecto llamado "flu articular" o velamiento de las partes afectadas. Hecho muy importante: no existe tendencia a la neoformación ósea ni reacción perióstica; este detalle es primordial para el diagnóstico diferencial. En resumen: los síntomas radiológicos iniciales del Mal de *POTT* son análogos a los observados en procesos tuberculosos de otras articulaciones, y para su justa apreciación se necesita como mínimo dos radiografías (frontal y lateral). El hecho de comprobar en nuestra enferma las características anteriormente descritas y el examen clínico de ella nos permiten afirmar el diagnóstico de tuberculosis vertebral localizada en la porción lumbar.

Este otro paciente llega en un período mucho más avanzado de la afección. Nos relata que su enfermedad empezó hace dos años, con dolores en la columna que, poco a poco, han ido aumentando. Actualmente presenta también cierta dificultad en la marcha. Al examen, fácilmente se comprueban estos hechos verificando una deformación en la parte media de la columna dorsal, que comprende seis vértebras y es de tipo angular, es decir, que su vértice está constituido por una sola apófisis espinosa.

Recalcamos este hecho, porque sirve para diferenciarla de numerosas xifosis de otro origen (la del cáncer es generalmente aplanada). Coloquemos ahora al enfermo en decúbito dorsal, para ver sus reflejos tendinosos; pues bien, los encontramos muy exagerados, sobre todo en el



...el cuadro clínico del Mal de *POTT* se complementa con la radiografía: destrucción de la cuarta vértebra y sub-luxación...

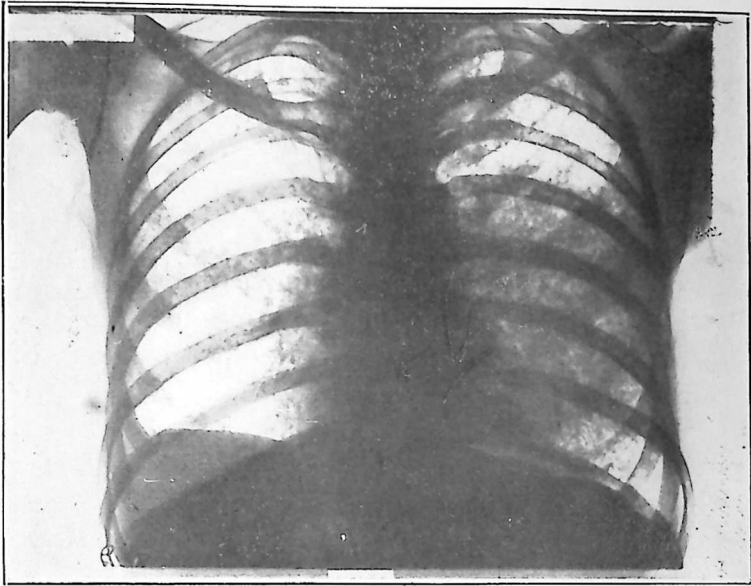
(Comparad esta imagen con la radiografía normal, pág. 109)

lado derecho. Esto es debido a una irritación de la vía piramidal o motora, ocasionada generalmente por paquimeningitis, tan frecuente en estos casos y más rara vez por compresión ósea. Estudiemos, ahora, la radiografía; veis que la xifosis es debida a un gran aplastamiento de la séptima vértebra dorsal, que se presenta en forma de

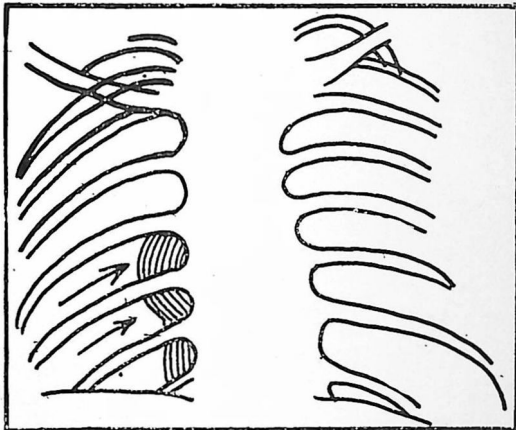
cuña de base posterior; las vértebras supra e infrayacentes están también deformadas, pero en un grado menos acentuado.

En algunas ocasiones, como en este otro caso, la radiografía nos muestra un absceso osifluente (se ve muy bien en esta placa), es ésta una complicación frecuente en los casos mal o tardíamente tratados, aunque hay enfermos en los cuales constituye la primera manifestación clínica del Mal de *POTT*. ¿Cómo se exterioriza el absceso osifluente? Depende de la zona en que se sitúe la enfermedad. Si la localización es cervical, aparecerá casi siempre detrás de la faringe, pudiendo ser el síntoma inicial y ocasionar trastornos en la deglución. La palpación intrabucal revelará una zona fluctuante. Pero, como en algunas ocasiones el absceso originado por una lesión cervical se presenta en la fosa supraclavicular, en la nuca o en las partes laterales del cuello, debéis tener como regla frente a toda tumefacción de origen no bien precisado, el completar vuestro examen explorando la columna vertebral y buscando los otros síntomas concomitantes (limitación de los movimientos por rigidez y contractura, dolor espontáneo y provocado, signos radiográficos, etc.). En cambio, si se trata de un Mal de *POTT* dorsal, el absceso determinará al examen radiológico, una imagen de límites precisos, bilateral en relación con la columna y con tendencia a desplazarse hacia atrás en posiciones oblicuas, hecho este último que sirve para diferenciarla de la sombra cardio-vascular.

Es común que los abscesos osifluentes de origen dorsal tiendan a emigrar a lo largo de la cara anterior de la columna y vaina de los músculos, apareciendo en la región inguinal, escotadura ciática, etc., cuando el mal radica en la columna lumbar, por la mayor resistencia que ofrecen los cuerpos vertebrales de esta zona, la sintomatología local es más apagada y los abscesos que origina suelen ser, a menudo, confundidos con procesos ganglionares supurativos e incindidos, en contravención con los prin-



...observad la forma redondeada del absceso osifluente; aquí hay también tuberculosis pulmonar...



ESQUEMA

cipios del tratamiento de las tuberculosis quirúrgicas.

En los casos de abscesos abiertos, cuyo origen sea dudoso, podéis proceder a inyectar lipiodol en la cavidad (10 a 30 cc.), dejando al enfermo acostado en un plano

inclinado (cabeza baja), y después de ocho a diez horas, tomad una radiografía. Se podrá, en muchas ocasiones, apreciar que el origen se encuentra a nivel de un cuerpo vertebral. Esta forma de examen no ofrece ningún peligro y constituye, en cambio, una preciosa ayuda para el diagnóstico. Al tratarse de una lesión cerrada, pensad siempre en la posibilidad de una tuberculosis; en particular cuando no hay signos inflamatorios agudos. Fijad entonces, en vuestras mentes, la enorme importancia que tiene el estudio de la columna vertebral para el diagnóstico clínico.

¿Cómo pueden interpretarse los trastornos medulares que presenta uno de nuestros pacientes? ¿Qué marcha van a seguir? ¿Cuál es su pronóstico?

Ante todo, tened presente que algunas veces en el curso de la evolución del Mal de *POTT* no se presenta deformación aparente, ni tampoco ningún trastorno de tipo nervioso. La iniciación de estos últimos puede hacerse en forma brusca o lenta, siendo esto lo más habitual. Aparecen alteraciones en la marcha, que progresan, pudiendo incluso establecerse una paraplejia de tipo espasmódico que se acompaña de alteraciones de los esfínteres y posteriormente de trastornos tróficos (escaras en la región sacra). No entraremos a exponer a Uds. las características detalladas de estas alteraciones medulares, pues ellas pertenecen más bien al especialista neurólogo, cuyo curso será, en este sentido, indispensable; sin embargo, es interesante conocer el siguiente concepto general: las paraplejas precoces y de evolución rápida son, a menudo, consecutivas a procesos de paquimeningitis, y su evolución es grave, puesto que traen consigo lesiones que no retroceden. El principio anterior ha de servir como orientación al respecto; pero, naturalmente, que no siempre podrá aplicarse en forma dogmática.

El diagnóstico del Mal de *POTT*, en el niño pequeño puede ser mucho más difícil, ya que los síntomas se presentan enmascarados. Son los signos de impregnación tuber-

culosa (malestar general, fiebre, etc.), unidos a la apatía y cansancio rápido cuando el niño juega, los que más llaman la atención. Al tratarse de un paciente de pocos años, el mejor método de exploración de la movilidad de la columna vertebral, consiste en colocarle en decúbito ventral y levantar con una mano ambos miembros inferiores; mientras al exagerar este movimiento en el niño sano la columna describe una curva de concavidad posterior, en el enfermo se aprecia fácilmente que los músculos de los canales vertebrales están contracturados y la columna rígida.

Cuando la lesión tuberculosa, en vez de localizarse en los cuerpos vertebrales, lo hace en las láminas, ocasiona el cuadro llamado "Mal Vertebral Posterior", cuya primera manifestación es, en muchos casos, el absceso osifluente. Los síntomas radiológicos son, entonces, de difícil investigación, y el estudio clínico bien conducido adquiere un interés primordial.

Como método coadyuvante para el diagnóstico, recurrimos, también, a la punción lumbar, la cual mostrará, a menudo, una disociación albúmino-citológica (albuminosis sin linfocitosis). Sin embargo, el hecho de presentarse también esta alteración en otras afecciones, disminuye su valor.

\*  
\* \*

El examen médico preescolar que hoy se realiza entre nosotros por sistema hace que frecuentemente el cirujano sea consultado a propósito de niños o adolescentes que presentan desviaciones del raquis. La vaguedad y poca intensidad de los síntomas clínicos que estas lesiones producen, explica el porqué es común que ni las propias personas de la familia del paciente se den cuenta de ellas; es así como tales desviaciones constituyen, muchas veces, un hallazgo casual.

Creemos les será de interés conocer algunas particu-

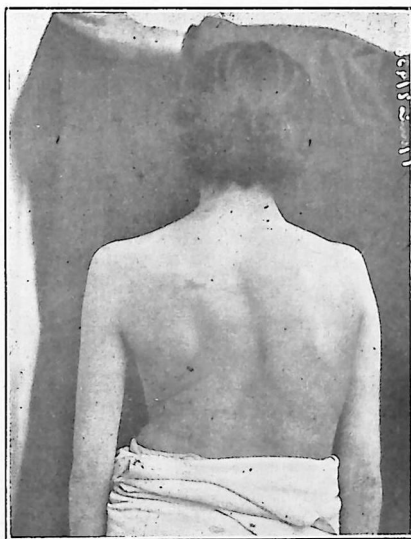
laridades de este tipo de alteraciones; pues, en muchos casos, son perfectamente curables con un tratamiento adecuado, es decir, con el concurso del enfermo y la vigilancia de los padres.

Hemos recordado antes que se habla de xifosis al existir una convexidad posterior del raquis; de lordosis cuando la convexidad es anterior y, finalmente, de escoliosis en los casos de desviaciones de la columna en sentido lateral.

Ahora bien: ¿en qué forma ha de conducirse el examen? Ante todo, tratando de determinar el origen de la deformación o, dicho en otras palabras, si ésta es congénita o adquirida.

Debéis eliminar las llamadas "desviaciones estáticas", ocasionadas, de ordinario, por lesiones de los miembros inferiores, y para ello se impone un primer principio: exploración de los miembros inferiores y, en seguida, colocar ambas espinas ilíacas ántero-superiores en un mismo plano horizontal. Podremos, así, ver muchas veces que lo que se estima como desviación primitiva de la columna, es una inclinación compensadora de la pelvis, debida al acortamiento de una de las extremidades inferiores.

Interrogad, también, sobre si el paciente ha sufrido de parálisis infantil o de procesos pleurales (que por retracción fibrosa son capaces de producir la desviación de la co-



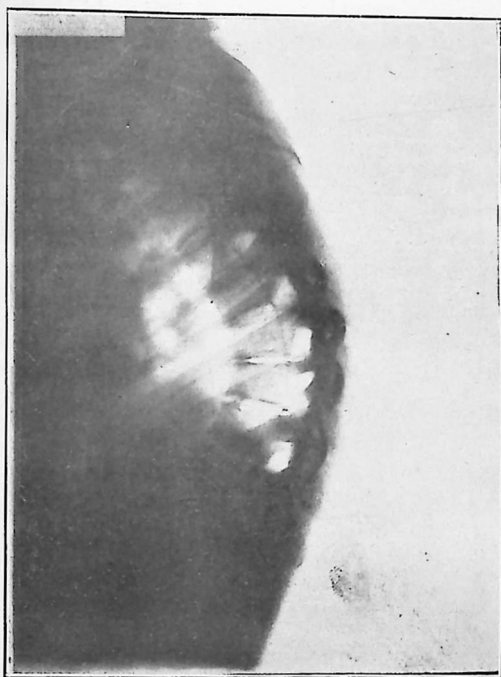
...es frecuente que la inspección baste para hacer el diagnóstico de escoliosis...

lumna). Supongamos que el examen nos convence de que, en realidad, se trata de una desviación primitiva en sentido lateral. Para apreciarla en buena forma, debéis proceder a marcar con un lápiz demográfico la línea de las apófisis espinosas. Bajad, entonces, un hilo a plomo desde la protuberancia occipital externa, y así os será sencillo apreciar el número e intensidad de las desviaciones: cuando en un escoliótico el hilo a plomo cae en el pliegue interglúteo, diréis que la lesión está equilibrada (la incapacidad funcional es relativa); en caso contrario, se tratará de una desviación desequilibrada (la incapacidad funcional suele ser extrema). Ahora será primordial para el tratamiento determinar si las desviaciones son o no reductibles. Procurad que el paciente, con las piernas rígidas, se incline hacia adelante, tratando de tocar el suelo con sus manos: si la línea de las apófisis espinosas se hace recta, hablaréis de "escoliosis reductible".

En ciertas oportunidades llamará la atención el hecho de que al existir alteraciones del esqueleto, esta maniobra acentúa la desviación, pudiendo, incluso, aparecer una gibosidad, debida a un movimiento de rotación de las vértebras.

Establecido así el diagnóstico, se hace indispensable determinar la causa etiológica presunta. ¿Puede el estudio radiológico ayudar en este sentido? Tan sólo en forma relativa, dado que los datos que suministra son comunes a procesos de diversa índole; pero, no es lícito desconocer su importancia debido, por una parte, a que podrá mostrarnos que la escoliosis es originada por malformaciones de las vértebras (Hemivértebra, piezas óseas supernumerarias, etc.) y, por otra, a que en casos difíciles permitirá eliminar la posibilidad de otras lesiones al poner en evidencia las alteraciones propias a estas desviaciones raquídeas: al comienzo decalcificación y disminución del espacio intervertebral del lado de la concavidad; más tarde, rotación de las vértebras, acusada

por la asimetría de las apófisis transversas y por la pérdida del paralelismo de las verticales que unen las apófisis espinosas y los pedículos; aparecerá también la característica desviación de las costillas (más juntas en el lado de la concavidad). Al seguir avanzando la lesión, o bien cuando es mixta (xifo-escoliosis), el estudio radio-

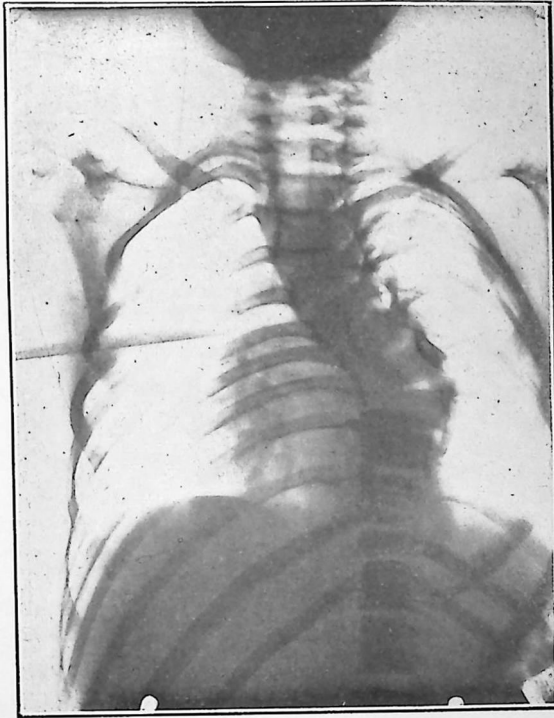


...lateralmente veis una xifosis pura...

lógico será más complejo, siendo de gran utilidad realizarlo con el enfermo de pie.

Si prescindimos de las escoliosis estáticas (principalmente por lesiones de los miembros inferiores), de las sintomáticas (lesiones pleurales, parálisis, etc.) y de las ocasionadas por una malformación congénita (hemivértebra, etc.), subsiste un numeroso grupo que habitual-

mente se engloba bajo el nombre de "escoliosis de los adolescentes", y si bien es cierto que sus condiciones etiopatológicas no están aún bien precisadas, interesa tener presente que es indudable que en ellas intervienen factores congénitos (falta de solidez de la columna, alteraciones primitivas de los discos intervertebrales), malas condi-



...se trata de una xifoescoliosis... (nótese el doble movimiento de desviación y rotación de las vértebras.)

ciones de nutrición general, alteraciones metabólicas que, tal vez, dependan de un incorrecto funcionamiento de las glándulas de secreción interna, o defectuosas actitudes del niño durante sus estudios.

Iguales consideraciones pueden hacerse valer con respecto a las otras desviaciones raquídeas (xifosis, lordosis).

Resumiendo los hechos, podríamos decir que en todos estos casos la primera etapa para el diagnóstico consistirá en eliminar una lesión compensadora y establecer que tampoco la desviación es sintomática de un proceso inflamatorio o de una neoformación del raquis.

\*  
\* \* \*

Les presentaremos, hoy día, estos dos enfermos, cuyo estudio ofrece un especial interés, ya que el error habitual en el diagnóstico del tipo de las lesiones que ellos presentan es debido a que el cirujano no toma en cuenta que las alteraciones congénitas de la columna vertebral pueden permanecer en estado latente durante largos años, apareciendo sus síntomas tan sólo en la adolescencia o edad adulta.

El primero, es un joven de dieciocho años, que recién ha ingresado a hacer su servicio militar. A pesar de su juventud, a los pocos días han observado que es incapaz de desarrollar los intensos ejercicios físicos a que allí se les obliga. Interrogado repetidas veces, manifiesta que sufre de poluciones nocturnas (dos o tres veces en cada noche); este síntoma que se inició mucho más atenuado hace algún tiempo, ha ido poco a poco adquiriendo mayor intensidad, acarreado el consiguiente compromiso del estado general. ¿Pero qué relación puede tener esto con la índole de nuestras clases, que son de clínica quirúrgica? ¿Por qué no enviarlo directamente al especialista en vías génito-uritarias? No incurráis en el error de omitir el examen de vuestros enfermos, sea cual fuere el sistema orgánico que os parezca afectado. Tan sólo cuando hayáis agotado vuestros recursos, sin llegar a una conclusión, pedid ayuda al especialista. Para nosotros, es ésta la norma de conducta que debe seguir siempre el cirujano, para no transformarse en simple operador con más o menos habilidad manual, pero sin base clínica.

Veamos, entonces, ¿qué puede originar la sintomatología de nuestro enfermo? Haced, ante todo, un examen de los órganos genitales, buscando ya sea una malformación congénita (fimosis, hipospadias, etc.), o bien cicatrices de lesiones adquiridas (chancros). En este caso es negativo. Al interrogarlo sobre posibles lesiones venéreas, las niega categóricamente; pero como esto es habitual, palpemos ambos testículos y epidídimos, buscando síntomas de una posible gonorrea (engrosamiento del epidídimo y cordón) e investiguemos por medio del tacto rectal la posibilidad de una prostatitis gonocócica (próstata aumentada de tamaño y dolorosa). Tampoco logramos comprobar nada anormal. Pensemos en la posibilidad del varicocele, que también puede, en ocasiones, originar estos trastornos.

Para descartar esta afección, con el enfermo de pie, palpemos el cordón en la parte alta del escroto y junto al conducto inguinal externo; veis que al tomarlo entre vuestro pulgar e índice, se aprecia muy bien el conducto deferente y a su lado las venas, que están de calibre normal.

Por el contrario, si se tratase de un varicocele, tendríamos en nuestros dedos, de ordinario al lado izquierdo, la sensación característica que dan las venas arrolladas sobre sí mismas, dilatadas (globulosas) e ingurgitadas, y el paciente os diría que con el reposo de la noche el aumento de volumen, que observaríais en ese sitio, desaparece.

Hemos descartado, en gran parte, la posibilidad de una sífilis por la falta de antecedentes y las reacciones serológicas negativas.

¿Cuál puede ser, entonces, el punto de origen del cuadro que padece nuestro enfermo? Una malformación congénita consistente en una falta de soldadura de los arcos vertebrales, llamada "espinas bífidas". ¿Pero cómo se explica esto cuando a la inspección la columna es normal? Porque hay una serie de grados diferentes de

esta lesión. En el niño puede observarse, por amplia abertura de los arcos vertebrales, una tumefacción, a veces de tamaño considerable, ocasionada ya sea por salida de las meninges solamente (meningocele), o de ellas y sustancia medular (mielomeningocele). Es, en estos casos, característico el que la tumefacción esté situada en la línea media, que aumente con los esfuerzos (tos, gritos) y que sea, a la palpación, de consistencia blanda; el estado de la piel a su nivel es variable, pudiendo presentarse de aspecto sano y otras veces azuleja y aún ulcerada. Como lógicamente supondréis, el diagnóstico es fácil y evidente desde el primer instante; la región lumbosacra es la más frecuentemente afectada. Sin duda que éste no es el caso del paciente en cuestión, y de aquí que pensemos que padece de la llamada "espina bífida oculta", en la cual la malformación congénita permanece sin dar síntomas subjetivos ni objetivos locales (consideramos excepcional la hipertriosis a nivel de la lesión), y sólo se manifiesta a edades variables por poluciones nocturnas, enuresis o trastornos genésicos. Procedimos en este caso a solicitar una radiografía, que demostró una dehiscencia del arco de la cuarta vértebra lumbar, confirmando así plenamente nuestra presunción diagnóstica.

Veamos este otro enfermo: es un hombre de veintisiete años, y en el cual llama la atención su espléndida constitución física. Relata que ha gozado siempre de muy buena salud ("no recuerda haber estado nunca enfermo"), pudiendo desempeñar bien su pesado oficio de cargador. Hace tres meses aparece —sin causa visible— sensación de hormigueo y adormecimiento en el miembro superior derecho; estas molestias eran el principio transitorias y de corta duración; pero, poco a poco, se han ido intensificando, y en las últimas semanas se han acompañado de una pérdida marcada de las fuerzas, a tal punto que sólo con dificultad puede actualmente levantar el brazo.

Procedamos a su examen, dejando para el final la

zona enferma. A pesar de ser todo en apariencia normal, detengámonos con más detalle en la columna cervical y en el cráneo. Veis que la movilidad de la primera no está alterada y la palpación de las apófisis espinosas indolora; a nivel de la bóveda craneana no hay, tampoco, nada de sospechoso. La reacción correcta de las pupilas, el buen estado mental y la negatividad de los datos suministrados por la punción lumbar nos permiten suponer que, probablemente, no hay una lesión ósea ni encefálica; pero, en ningún caso, descartaremos del todo estas hipótesis, y si el resto del examen es negativo, volveremos a realizar en este sentido una investigación más minuciosa.

Veamos, ahora, el miembro afectado; existe una ligera atrofia muscular del deltoides y bíceps; por lo demás, esto no es extraño, dado el hecho que el enfermo relata que desde hace algún tiempo apenas mueve su brazo; sin embargo, llama la atención una atrofia muscular acentuada a nivel de los músculos de las eminencias tenar e hipotenar. La palpación revela que no existe dolor en ningún sitio y que los movimientos pasivos pueden efectuarse perfectamente en toda su amplitud. Los movimientos activos del codo y articulación radiocarpiana se realizan, pero con cierta dificultad; en cambio, a nivel del hombro la abducción está muy limitada. Existe dolor marcado en la fosa supra-clavicular derecha; la presión arterial es igual en ambas radiales.

Debemos confesar que, en realidad, nos encontramos desorientados respecto al diagnóstico; pero, dada la forma de los síntomas y a pesar de la negatividad del examen clínico en este sentido, lo enviamos a practicarse una radiografía de la columna cervical, poniendo como presunto diagnóstico, entre interrogativos: "Mal de *POTT*". Y aquí tenéis el resultado, que fué para nosotros una sorpresa: el enfermo presenta "costillas cervicales", o sea un desarrollo anormal de las apófisis transversas de la séptima cervical. La coexistencia de trastornos sensitivos y motores y de dolor a la palpación de la fosa supra-

clavicular (al cual no dimos importancia), asociada a la negatividad de la anamnesis y al resultado del resto del examen debió hacernos sospechar el diagnóstico, el cual es, en otras ocasiones, más sencillo, debido a la manifiesta prominencia ósea que se diseña en la fosa supraclavicular. Pero esto sólo se observa en los casos en que la costilla es larga; entonces la consistencia dura del sollevamiento y su grado de tamaño invariable, serán preciosos coadyuvantes para el diagnóstico. Suelen observarse algunas veces compresiones de la arteria subclavia con alteraciones y aún desaparición del pulso radial; como complicación más rara se ha citado la gangrena con trombosis arterial.

¿Qué otras alteraciones congénitas interesa conocer? Citaremos solamente algunas: en la reducción numérica de las vértebras cervicales o Síndrome de *KLIPEL-FEIL*, los pacientes presentan el aspecto llamado de "hombre sin cuello" y los principales rasgos del cuadro clínico deben tenerse presente, a fin de evitar la confusión con un Mal de *POTT* o con alguna lesión traumática. Helos aquí: ausencia de cuello, limitación de los movimientos de la cabeza (son indoloros), implantación baja de los cabellos (que alcanza hasta el dorso), radiológicamente columna cervical y aun cervico-dorsal transformada en un tallo óseo, en el que es imposible individualizar las vértebras, y abertura de los arcos (espina bífida oculta).

Se entiende por sacralización de la quinta vértebra lumbar la soldadura de sus apófisis transversas con los huesos vecinos (sacro, huesos ilíacos). Esta anomalía puede causar dolores lumbares que, a veces, por alteración de los agujeros de conjugación, simulan una ciática; molestias que se calman con el reposo y se exacerban con los esfuerzos. La inspección puede ser negativa o revelar un aplastamiento de la columna lumbar y contractura muscular. Sin embargo, como los estudios radiológicos practicados en un gran número de individuos sanos han probado que esta malformación tiene un porcentaje

alto de frecuencia, sin determinar ningún síntoma en sus portadores, es preciso no proceder con ánimo ligero a atribuirle las molestias del enfermo, sin haberse convencido antes por un detallado proceso de eliminación, que no hay en juego otras causas. Os insistimos en el siguiente hecho de grande alcance: el estudio radiológico de la quinta vértebra lumbar ha demostrado reiteradas veces que esta pieza ósea ofrece grandes variedades en su forma y detalles. Quien lo olvide se expone a groseros errores.

El deslizamiento hacia adelante de la quinta vértebra lumbar (rara vez de la cuarta) sobre la base del sacro, se conoce con el nombre de espondilolistesis. Caracterizada durante un largo tiempo de su evolución por dolores espontáneos que se calman con el reposo y que se localizan en la zona lumbar o lumbo-sacra, la enfermedad durante su primer período es clínicamente casi indistinguible, ya que la palpación es indolora y no se exterioriza deformidad alguna. La radiografía lateral pondrá en evidencia el deslizamiento vertebral hacia adelante. En etapas ya más avanzadas, los síntomas se acentúan, puede haber impotencia funcional considerable y la deformación de la zona afectada se hace aparente.

Bajo el nombre de Platespondilia se ha descrito un cuadro congénito caracterizado por una disminución de la altura de los cuerpos vertebrales con integridad de los discos. La lesión puede ser local o generalizada a todo el raquis, y casi siempre coexiste con otras malformaciones (espina bífida, soldadura, etc.). Desde el punto de vista clínico el enfermo presenta desviaciones de la columna (sobre todo xifosis) y síntomas dolorosos análogos a lo que ofrece el Mal de *POTT*. El diagnóstico es esencialmente radiológico, y aquí reside, sobre todo, el interés de conocer la existencia de este cuadro para no darle interpretaciones equivocadas.

Os llamaremos, finalmente, la atención hacia el hecho de que en la región sacro-coxígea pueden presentarse diversos tipos de fístulas y de tumores congénitos. De

entre ellos interesa tener presente a los quistes dermoides, de relativa frecuencia, y cuyo período latente se prolonga, a veces, durante largos años, para manifestarse sólo en la adolescencia o en la edad adulta por fistulización o por fenómenos inflamatorios agudos; en este último caso, la piel y tejidos blandos que recubren la región, están infiltrados, rojizos y muy dolorosos a la palpación.

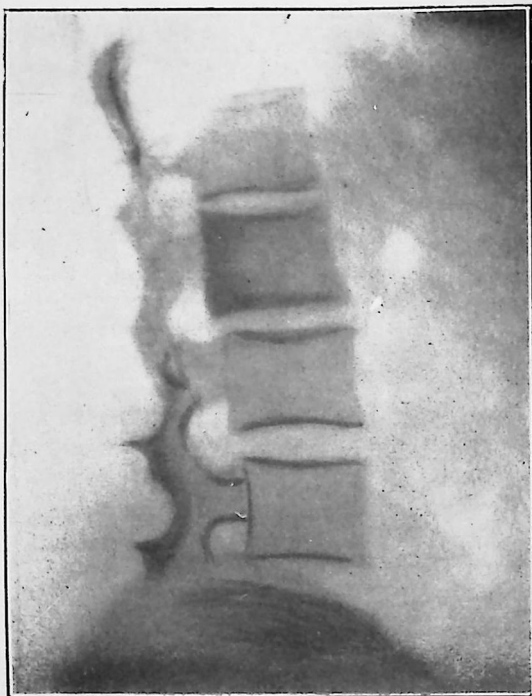
\*  
\* \* \*

Hace algunos meses, mostramos a Uds. una enferma con un cáncer de la mama; ella nos sirvió para revisar la semiología de esa región y la manera de llegar a un diagnóstico. La paciente fué operada y con posterioridad ha presentado una mala evolución, provocada por complicaciones que creemos de gran interés conocer.

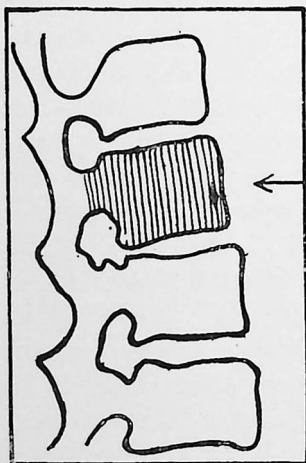
Concretemos lo ocurrido: después de la intervención quirúrgica (amputación de la mama y vaciamiento de la axila), sigue aparentemente bien durante tres semanas; al cabo de este tiempo, presenta un dolor en la parte baja de la columna dorsal, molestia que era, al principio, poco acentuada, y que se intensifica rápidamente; ahora, escuchen a la pobre mujer, que se queja continuamente y suplica a gritos que no la muevan. ¿Qué ha sucedido? Procedamos al examen. La cicatriz operatoria de la mama se presenta en buenas condiciones y el miembro superior correspondiente conserva todos sus movimientos. En el costado opuesto y en el tórax no se ve nada de especial. El abdomen, francamente excavado, traduce la desnutrición, debido en gran parte a la anorexia que tiene la paciente.

Los movimientos de los miembros inferiores son normales; pero la enferma los realiza con gran cuidado; los reflejos tendinosos se presentan ligeramente exagerados.

Vamos, ahora, a la zona que sospechamos enferma. Veis que con gran dificultad y a costa de intensos dolores,



...la sífilis, el cáncer y otras afecciones de origen impreciso, producen estas grandes condensaciones o "vértebras de acero"...



ESQUEMA

conseguimos colocar a la paciente en decúbito dorsal. Esta circunstancia hace que, en realidad, el estudio de los movimientos de la columna sea muy difícil; debemos contentarnos con la inspección y la palpación; la primera no nos da ningún dato en este caso, y la segunda, a pesar de la forma suave en que la practicamos,

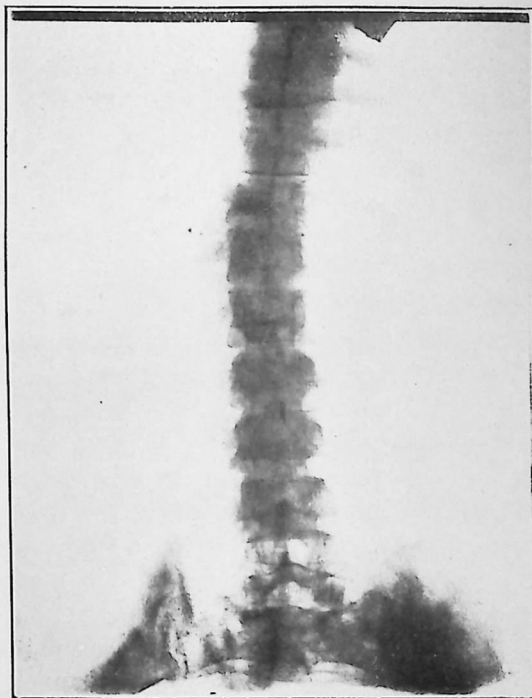
despierta un dolor intensísimo en las sexta y séptima vértebras dorsales (apófisis espinosas). Contrasta con esto el hecho de que no haya rigidez de los músculos de los canales vertebrales.

Para llegar a un diagnóstico, pensad en lo más probable, y así diréis: frente a todo enfermo operado de un cáncer y que posteriormente presenta dolores con localización ósea, hay

que asegurarse que no tiene una metástasis. En realidad, el cáncer de la columna se inicia generalmente con un cuadro análogo al de nuestra paciente: dolor al principio poco acentuado, pero que rápidamente aumenta de intensidad, hasta hacerse atroz y no ceder a ningún calmante. Este síntoma es originado por la compresión de las raíces en los agujeros de conjugación. Frecuentemente se observa también una paraplejia dolorosa ("la más dolorosa que existe"). ¿Cómo proceder para confirmar el diagnóstico? ¿Orienta en algo la punción lumbar? Ella puede mostrarnos una disociación albúmino-citológica que, por lo demás, es común a otros procesos. Tomando en cuenta estos hechos y toda la dificultad que tendremos para realizarla en este caso, preferimos practicar una radiografía, y podéis así observar que la vértebra afectada se presenta en el positivo con una oscuridad homogénea; es la llamada "vértebra de ébano o de acero". Un hecho importante y que conviene tener presente, es que, en realidad, el cuerpo vertebral no ha perdido su forma. Esta imagen radiológica se observa en el cáncer, en la sífilis vertebral y, algunas veces, en ciertas afecciones cuyo origen no ha sido posible precisar; pero la circunstancia de que nuestra enferma haya sido operada de un tumor maligno, nos inducirá, lógicamente, a pensar en la metástasis.

Sin embargo, en otras ocasiones, el aspecto radiológico no será tan claro, pudiendo observarse aplastamiento de la parte anterior del cuerpo vertebral, con deformación de éste en cuña o bien destrucciones óseas limitadas. El diagnóstico ofrece dificultades, sobre todo con el Mal de *POTT*, y por esto insistimos en recordaros los principales síntomas radiológicos de éste; lesiones de osteo-artritis con pellizcamiento del disco intervertebral (en el cáncer al principio el proceso es óseo y el disco intervertebral se conserva intacto, aún en períodos avanzados de la enfermedad); tendencia a invadir las vértebras supra y subyacentes.

Nuestro diagnóstico será, pues, cáncer metastático de la columna dorsal. Debemos agregaros que, como bien lo recordaréis, esta enferma no presentaba al comienzo ningún otro síntoma fuera del tumor de la mama; sin duda, en aquel entonces existía ya el cáncer vertebral, pues no puede explicarse en otra forma su rápida aparición. Te-



...el mieloma múltiple da una imagen muy típica, a base de zonas claras, vacuolares, contrastadas sobre sombras; compárese con cualquier radiografía normal...

ned, por otra parte, presente que, en ocasiones, la primera manifestación de la enfermedad puede ser la aparición súbita de una paraplejía dolorosa.

Os diremos finalmente que, en términos generales, puede afirmarse que el cáncer primitivo de la columna vertebral es excepcional, siendo lo más frecuente el metastático; son los tumores malignos de la mama, cuerpo

tiroides y próstata, los que más a menudo originan esta terrible complicación. Por lo tanto, frente a cuadros dolorosos de naturaleza dudosa de la columna, debéis explorar siempre estos órganos.

El diagnóstico de quiste hidatídico de la columna vertebral es extraordinariamente difícil, y sus síntomas clínicos pueden ofrecer, como los del cáncer, un notable parecido con el Mal de *POTT*. Dado el hecho de que la radiología sólo raras veces demuestra la forma redondeada tan propia del quiste, será la coexistencia con otros signos y los datos suministrados por el laboratorio los que orientarán en este sentido.

No entraremos en el estudio de los tumores medulares o meníngeos, porque son del dominio del neurólogo; en todo caso, su colaboración se hace indispensable para fijar la localización y aún la indicación operatoria de la mayoría de estas lesiones. Estimamos, no obstante, indispensable que el clínico tenga vasto conocimiento de ésta y de las otras especialidades, sin que pretendamos, con ello, negar la valiosísima ayuda del especialista a quien, en caso de dudas, debemos recurrir sistemáticamente.

\*

\* \*

La patología de los discos o meniscos intervertebrales es, en realidad, una adquisición reciente de la clínica quirúrgica, y debido a ello se encuentra todavía en pleno período de estudio. Queremos, sin embargo, precisar algunos puntos que estimamos fundamentales a este respecto: ha logrado demostrarse que después de traumatismos de la columna (caída sobre los isquiones) suelen producirse trastornos medulares de tipo motor o sensitivo, debidos a una propulsión o hernia de los discos intervertebrales en el canal raquídeo. Se explicaría en esta forma una serie de cuadros que, hasta hoy, nos aparecían de difícil interpretación, debido al hecho de que el examen

radiológico del esqueleto resultaba aparentemente normal.

No pueden Uds. dudar de que el interés práctico de estos hechos es considerable, y si se piensa que en manos de radiólogos expertos la radiografía con inyección de lipiodol puede mediante técnicas especiales llegar a precisar la lesión, se comprende fácilmente que en un futuro cercano se logrará mejorar grandemente el sombrío pronóstico de algunos de los traumatismos de la columna vertebral.

\*

\* \*

La extraordinaria frecuencia con que se practica hoy día la punción raquídea, hace necesario que se tengan algunas nociones fundamentales a este respecto. ¿Cuáles son los caracteres normales del líquido céfalo-raquídeo? Densidad, 1007; aspecto: transparente "agua de roca", rico en cloruros (siete por mil), y pobre en albúmina (0.20 por mil); tiene 0.50 por mil en glucosa y urea en una cantidad de 0.20 por mil. Normalmente se encuentran uno o dos leucocitos por milímetro cúbico.

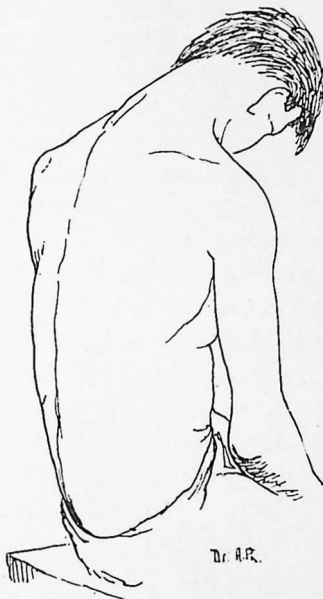
¿Con qué objeto se realiza la punción? Ya sea con fines diagnósticos (examen del líquido, introducción de sustancias opacas que tiendan a hacer más nítida la radiografía), o bien como un procedimiento terapéutico (extracción de líquido, inyección de medicamentos).

¿Cuál es su técnica? Ya sea con el enfermo en decúbito lateral, posición que debe emplearse de preferencia en todos aquellos casos en que se tema que exista un gran aumento de la presión del líquido céfalo-raquídeo, porque expone menos a las graves consecuencias que pueden tener la descompresión brusca y el enclavamiento del bulbo raquídeo o, ya sea con el enfermo sentado al borde de la mesa de examen. Precisemos sus detalles, pues son de gran interés práctico.

Emplearéis un trocar de ocho a diez centímetros de

largo, que tenga poco diámetro y bisel corto; estas dos condiciones son fundamentales, pues se dice que la mayoría de las molestias consecutivas a la punción son debidas a que sigue escurriéndose líquido por el agujero de la duramadre. Tened siempre un aparato manométrico para medir la presión del líquido y un tubo esterilizado para recogerlo y proceder a su examen microscópico y serológico. Debéis poner especial atención en la asepsia de la aguja, piel del enfermo y de vuestras manos, ya que la infección del líquido céfalo-raquídeo producirá una meningitis de pronóstico casi siempre fatal.

Colocad al paciente en cualquiera de las posiciones que ya dijimos (según el caso), haciendo siempre que flecte fuertemente hacia adelante la cabeza y columna cervico-dorsal, para lograr en esta forma separar al máximo las apófisis espinosas. Tened presente que el sitio de elección está a la altura de la cuarta o quinta lumbar (es fácil orientarse recordan-



...una fuerte inclinación de la cabeza y tronco hacia adelante, separa las apófisis espinosas y facilita mucho la punción lumbar...

do que la línea que une las dos crestas ilíacas pasa por la apófisis espinosa de la cuarta lumbar). La pulpa de vuestro dedo explora entonces el espacio interespinoso y a ese nivel vais a introducir el trocar. Franqueadas la piel y el ligamento que une las apófisis, tendréis la sensación de una zona de uno o dos centímetros en que el trocar encuentra poca resistencia y en seguida un tejido más firme, que corresponde al ligamento vertebral común poste-

rior; atravesadlo suavemente y retirad entonces el mandril del instrumento; si no sale líquido imprimiréis al pabellón de éste un suave movimiento de rotación y avance. Si se escurriera sangre, debéis esperar un instante; pero, si comprobáis que la pequeña hemorragia no es seguida de la salida de líquido, es preferible retirar y volver a puncionar.

Puede también suceder que vuestra aguja, una vez pasados los tejidos más superficiales, no logre penetrar en el canal raquídeo; debéis entonces retirarla en sus tres cuartas partes y volver a introducirla dirigiendo su punta más hacia arriba; si fracasáis en dos o tres de estas tentativas, no vaciléis en ir francamente a puncionar en el espacio interespinoso situado inmediatamente por encima. Sin embargo, debe considerarse la posibilidad de obstrucción del lumen de la aguja, y por eso tendréis al alcance de vuestra mano el mandril, que os permitirá comprobar en todo momento la permeabilidad del lumen.

Es indudable que en ciertos individuos, ya sea por anomalía anatómica o por osificación del ligamento vertebral común posterior, la punción fracasa; pero ésta es una eventualidad rara, y quien logre adquirir experiencia, alcanzará casi siempre buen éxito al primer intento.

Este procedimiento de diagnóstico y tratamiento es, en la mayoría de los casos, absolutamente inofensivo; pero en algunas ocasiones pueden observarse cefaleas, vértigos, vómitos y aún convulsiones. Para reducir al *mínimum* la frecuencia de estos accidentes, conviene ceñirse a las reglas siguientes: puncionar en decúbito lateral; empleo de una aguja con las características adecuadas; extraer poca cantidad de líquido y dejar después de la intervención al paciente en decúbito dorsal (sin almohada) durante veinticuatro horas. Al tratarse de un tumor cerebral, no debe puncionarse sino con grandes precauciones, pues expone a accidentes serios y aún mortales.

Si suponemos una punción hecha en forma ideal, ¿cómo proceder desde el momento que salen las primeras

gotas de líquido? Hay que considerar diversas eventualidades. Si se trata de un traumatismo craneano, tomad inmediatamente la presión (pero, hacedlo con un aparato manométrico; para estimar la presión no os fieis de que el líquido salga gota a gota o formando chorro, pues esto expone a los mayores errores), si ella está por debajo de lo normal —15 en decúbito lateral y 20 sentado— no extraigáis nada, pues sólo conseguiréis agravar los síntomas. Si poniéndose en el mismo caso anterior, el líquido fuera cristalino y a gran presión, temed la posibilidad de un hematoma extradural, y antes de retirar líquido fijaos rápidamente en vuestra mente en la sintomatología clínica; al no proceder en esta forma os exponéis a que el vaso que producía la hemorragia, que hasta entonces podía ser pequeña, empiece nuevamente a sangrar. Finalmente, en estos pacientes, al existir hipertensión con líquido turbio, debe prudentemente retirarse ocho a diez centímetros de él; estimamos muy preferible en determinados casos practicar pequeñas punciones repetidas a grandes extracciones en una sola vez.

Si suponemos que vuestra intervención ha sido hecha tan sólo con un fin diagnóstico, os insistimos nuevamente: sacad poco líquido. En aquellos casos en que se desee introducir algún medicamento (suero, metales coloidales, etc.), debéis, por lo general, extraer prudentemente cierta cantidad, cuidando de que ella sea francamente inferior a la que se va a inyectar.

Existe una serie de afecciones traumáticas o inflamatorias del raquis, en las cuales la radiografía simple da escaso resultado y, en cambio, se obtiene una gran ayuda si ella se practica haciendo previamente una punción e inyección de lipiodol (este cuerpo es una solución de 0.40 gr. de yodo en un centímetro cúbico de aceite).

Para realizar esto debéis actuar en estrecha colaboración con el radiólogo y proceder de acuerdo con una serie de detalles técnicos cuyo estudio queda fuera del marco de una obra de la índole de la presente. Os reco-

damos, sin embargo, que es en los procesos de compresiones medulares donde este procedimiento (radiografía con lipiodol) encuentra más aplicación.

La inyección de aire en el canal raquídeo tiene por objeto poder radiografiar en mejor forma los ventrículos laterales (ventriculografía); no debéis, en ningún caso, practicarla sin que exista una indicación categórica precisada por el neurólogo, pues es un procedimiento que encierra algunos peligros.

No entraremos aquí en un análisis detallado de las diversas alteraciones físicas o químicas que pueden presentarse en el líquido céfalo-raquídeo, como tampoco en la técnica de las distintas reacciones biológicas que con él se practican, pues este estudio está en íntima relación con la patología cerebro-medular y exige, por lo tanto, un completo conocimiento de ella.

## CUARTA PARTE

### AFECCIONES ANO-RECTALES

Os pedimos atención para el relato que hacemos en síntesis de la enfermedad de estos dos pacientes: no sacaréis sino provecho, ya que los errores de diagnóstico son la mejor fuente de enseñanza.

En el primer caso, se trata de un hombre de treinta y siete años, cuyas molestias se inician hace dos años, con diarrea persistente.

Consulta médico, quien le hace, durante largo tiempo, tratamiento sintomático; el cuadro no mejora y, al fin, agotados sus recursos, ingresa al hospital, donde se comprueba un cáncer del recto, inoperable.

Ved, ahora, esta señora de cincuenta y dos años de edad; dice sufrir desde hace dieciocho meses de hemorroides no dolorosas que sangran fácilmente; fué operada, pero ha seguido igual. Al examen, encontramos una lesión análoga a la del enfermo anterior y de idéntico pronóstico.

Y podríamos así exponeros quince o veinte observaciones semejantes que, sin duda, os demostrarían la relativa frecuencia del cáncer rectal.

¿Por qué, os preguntáis, tan a menudo no se hace el diagnóstico de cáncer? Dos causas principales influyen en ello: vaguedad de los síntomas y desconocimiento de los métodos de exploración de esta zona. Como ya com-

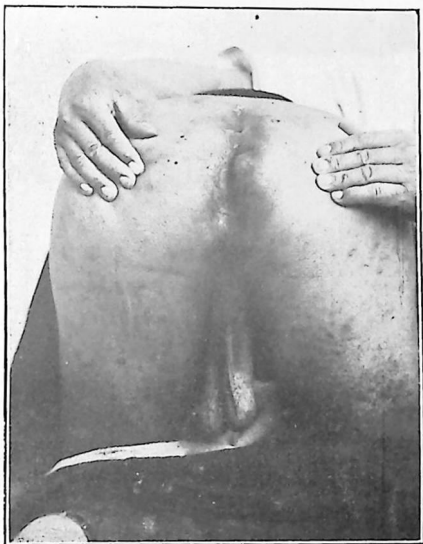


...idad preferencia para el examen a la posición genu-pectoral...

prenderéis, por su situación profunda, el recto debe ser examinado sirviéndose de ciertos procedimientos; sin embargo, la sola inspección y la palpación externa permiten apreciar algunas alteraciones de no escasa importancia.

Para que podáis convenceros de la gran variedad de lesiones que se pueden presentar en la zona ano-rectal y de las dificultades con que a veces tropezamos para individualizar el cáncer entre ellas, os hemos hecho traer un numeroso grupo de enfermos a cuyo examen procederemos juntos.

¿Posición del paciente? Siempre la genu-pectoral y, primero que todo, mirad. ¿Os llama la atención una zona rojiza, tensa, más o menos abombada y situada en la vecindad del ano? ¿Acusa el paciente dolor agudo al palpar suavemente en este punto? ¿Habéis observado que aún la marcha se encuentra dificultada por el



...¿os llama la atención una zona rojiza, tensa, más o menos abombada y situada en la vecindad del ano?..

dolor? Pensad, entonces, en la posibilidad de un absceso de las márgenes del ano. ¿Causa? Por lo común, infecciones de microbios piógenos o anaerobios provenientes del recto. Y aquí es oportuno insistir en que la etiología tuberculosa ha podido ser demostrada sólo en relativamente pocas ocasiones. ¿Variedades de estos abscesos? La forma subcutáneo-mucosa, que es, tal vez, la más frecuente y afecta una localización intraesfinteriana de fácil diagnóstico; pero si encontráis la variedad llamada "absceso de la

fosa isquio-rectal", los síntomas generales serán más acentuados, y si palpáis con cuidado cerca del ísquion, se os revelará una zona dura, tensa y dolorosa; el tacto rectal acusa abombamiento e infiltración de la pared en una altura variable. Finalmente, puede también existir "flegmón del espacio pelvi-rectal superior", que está situado por encima de los músculos elevadores del ano; es ésta una variedad que se observa de preferencia en sujetos diabéticos o con escasa resistencia orgánica; suele, en ocasiones, presentarse complicando un cáncer del recto.



...se trata de los llamados "condilomas acuminados"...

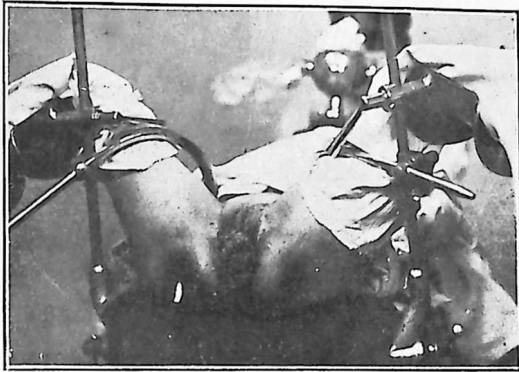
Es un cuadro muy grave y de difícil diagnóstico en los primeros momentos. El tacto rectal mostrará, en la parte alta, una infiltración dolorosa.

En general, en todas estas lesiones debéis daros bien cuenta de si ellas son extra o intraesfinterianas, pues este hecho tiene una enorme importancia para el diagnóstico y tratamiento.

Observáis ahora, en este hombre, una gran masa tumoral; su aspecto de coliflor es característico; se trata de los llamados "condilomas acuminados"; la lesión puede también extenderse hacia la región genital, como se ve

muy bien en esta mujer. ¿Origen de esta afección? Sífilis o gonorrea, en la mayoría de los casos.

Mas si, por el contrario, no hay nada a la inspección, separad entonces las nalgas, pero haceos ayudar en esta



... la lesión puede también extenderse a la región genital...



...en ocasiones existen papilomas...

maniobra, para conservar vuestras manos libres para explorar. Una gran masa rojiza, prominente y ulcerada que aparece a través del ano, que sangra fácilmente y que, según dice el enfermo, es reductible, hace pensar en la



...el ayudante separa fuertemente las nalgas...

variando los casos desde aquellos en que sólo está comprometida la mucosa, hasta otros en que es el recto íntegro el invaginado; la terapéutica es totalmente diversa, y por eso conviene no olvidarlo. Tratar la reducción del prolapso es la indicación general, salvo que haya una franca gangrena de la pared intestinal.

¿Veis uno o varios orificios que dan salida a secreción purulenta? Se trata de las llamadas fistulas de las márgenes del ano. ¿Dónde están? Orientadlas siempre de acuerdo con la esfera de un reloj y así diréis: posible fistula a las doce, a las cinco, etc... ¿Por qué el diagnóstico no es más categórico desde el primer momento? Sencillamente, porque no habéis explorado, ni interrogado. ¿Hubo primero un absceso? ¿Sí? Pues bien, el cuadro se aclara considerablemente. ¿Variedades de fistulas? Decid que son completas cuando tienen un orificio cutáneo y otro mucoso; hablad de fistula ciega externa o interna cuando tengan sólo un orificio. Pero retened que la experiencia nos ha enseñado que la casi totalidad de las fistulas perianales tienen trayectos múltiples y comunican con el recto. El fracaso operatorio está ligado, por una parte, al desconocimiento de estos hechos fundamen-

tales y, por otra, a faltas de técnica en la exploración.

Pero, ved a este otro enfermo: a ambos lados del orificio anal presenta zonas de aspecto blanquizco, como si allí la parte superior de la epidermis hubiera desaparecido. ¿De qué se trata? Son condilomas planos, cuya etiología está ligada a la sífilis en un enorme porcentaje de los casos; la extrema contagiosidad de esta lesión propia del período secundario, os obligará a tomar cuidadosas medidas de desinfección con vuestras manos.

¿Os llama la atención la presencia en el límite cutáneo-mucoso de una o varias tumefacciones rojizas, ligeramente dolorosas a la palpación, que pueden sangrar y que aumentan con los esfuerzos? Posiblemente se trata de hemorroides externas. ¿Sólo externas? No prejuzguéis; es frecuente la concomitancia con lesiones internas; en todo caso, os recalamos este punto: con sólo un examen tan sumario guardaos de operar a este tipo de pacientes, ya que las hemorroides en apreciable número de casos son sintomáticas del cáncer rectal y de la cirrosis hepática. Sin embargo, no alarméis todavía al enfermo, pues hablar de la posibilidad de un cáncer es tan serio, que sólo puede hacerse con base de examen muy completa.

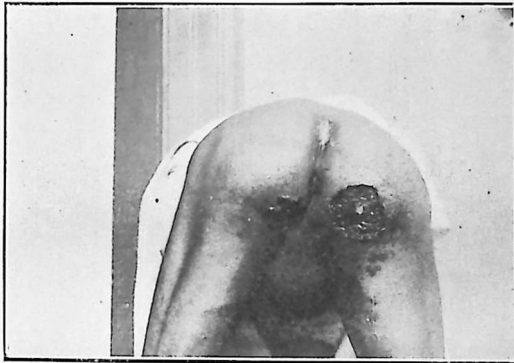


... tumefacción rojiza, ligeramente dolorosa y que sangra fácilmente: posiblemente se trate de hemorroides...

Seguid observando; ved este otro caso: existe una ulceración poco profunda, dolorosa, extensa y de bordes ligeramente despegados; se la encuentra en el límite cutáneo-mucoso del ano y constituye la forma típica, aun-



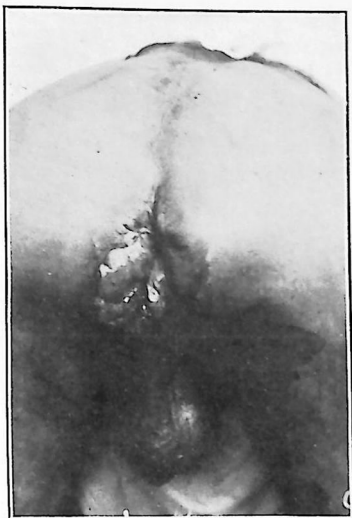
...la forma en herradura puede hacer sospechar el diagnóstico: gomas sífilíticas ulceradas...



...ulceraciones fagedénicas producidas por el bacilo de Ducrey...

que de bastante rara observación, de la úlcera tuberculosa de las márgenes. Para afirmar en forma perentoria tal diagnóstico, debéis recurrir a la biopsia, pues la semejanza clínica con lesiones de otra índole suele ser consi-

derable. Si dudáis, mirad estos dos pacientes: ambos presentan extensas ulceraciones perianales, la secreción es fétida y existe dolor vivo en toda la zona enferma. La forma en herradura puede haceros sospechar el diagnóstico del primero: gomas sifilíticas ulceradas; pero, ¿no encontráis que este otro caso se le asemeja bastante? Sin embargo, se trata de ulceraciones fagedénicas producidas por el bacilo de *DUCREY*, y que han evolucionado con la rapidez que les es característica.



...el epiteloma de las márgenes del ano es a veces primitivo...

Sigamos revisando a nuestros pacientes; si en este hombre se separan profundamente las nalgas para distender los pliegues de la mucosa, cuidadosamente, para no provocar dolor, veréis en la vecindad del orificio anal una pequeña lesión ulcerada, de base dura. ¿De qué se trata?



...sifilides papulosas en el lactante

Es preciso descartar la posibilidad del cáncer o del chancro sifilítico. Aquél rara vez se localiza en esta zona, se acompaña de adenopatía inguinal constante y es más frecuente que sea una propagación de un cáncer rectal. Sin embargo, el

epitelioma de las márgenes del ano puede ser primitivo. Pero bastan estos solos caracteres para hacer un diagnóstico? No, en manera alguna; y dado el hecho de que la sífilis ofrece un notable parecido, se impone la biopsia.

En el lactante, la sífilis ofrece manifestaciones concomitantes muy típicas, que os serán reveladas por una exploración inteligente (queratitis intersticial, sordera, mal formaciones dentarias, paladar ojival, lesiones de la tibia, erupciones de la piel, etc...).

Queremos, finalmente, llamaros la atención hacia el hecho de que las diversas sustancias inyectadas por vía intramuscular, son capaces de producir, largo tiempo después, induraciones de difícil diagnóstico. Tendremos oportunidad en la lección próxima, de mostraros un paciente de este género, que nos fué enviado de fuera de Santiago, y en el cual se temía la eventualidad de una lesión maligna.



...diversas sustancias inyectadas por vía intramuscular son capaces de originar pseudo-tumores...

Hagamos una rápida revista de los síntomas más comunes de las afecciones anorrectales y de su valor clínico.

El dolor es signo que se presenta con relativa frecuencia, sobre todo en las lesiones del esfínter y zona vecina del ano. Así, vemos que los abscesos perianales, las fisuras del ano y las hemorroides, cuando se infectan, son muy dolorosos. Pero, es un hecho de observación corriente la falta de paralelismo entre la intensidad del dolor

y la afección causal. Retened en vuestras mentes, como dato de gran interés, el hecho de que los tumores rectales, ya sean benignos o malignos, rara vez provocan dolor: éste sólo aparece en períodos avanzados indicando el progreso del tumor, su ulceración o la infección secundaria.

Frente a un enfermo que os acuse dolor, investigad primeramente las funciones gastro-intestinales; no aceptéis a priori el diagnóstico de rectitis, pues os podemos asegurar que la inflamación aislada del recto es sumamente rara; haced un examen completo, usad el rectoscopio y, sobre todo, no recetéis sin haber agotado vuestra investigación.

Pero, es innegable que existe cierto número de enfermos que se quejan de dolores ano-rectales muy intensos y en los cuales un examen completo hecho por persona competente, no logra encontrar su causa. Es en estos casos cuando se puede hablar de "neuralgia esencial", cuadro extraordinariamente raro y que requiere, para afirmarlo, que se haya hecho un diagnóstico de eliminación muy completo; pues, en un total de más de dos mil pacientes con afecciones de esta zona que fueron observados por nosotros, tan sólo lo encontramos en siete casos.

El tenesmo acompaña no sólo a las rectitis puras, sino también a una larga serie de afecciones gastro-intestinales y de cuya sintomatología forma, por lo general, parte integrante.

Síntoma de extraordinaria frecuencia, la hemorragia, se observa en un gran número de afecciones ano-rectales, y el desconocimiento de su verdadero valor constituye una causa común de errores de diagnóstico.

Las tres cuartas partes de los enfermos que hemos observado presentan hemorragia y, hecho importante, en un número considerable de ellos fué imposible que el paciente precisara sus características, que se confundían en forma estrecha con el resto de la sintomatología, llevándonos al convencimiento de que este signo por sí sólo es incapaz, casi siempre, de darnos la certidumbre diagnós-

tica. Creemos que en la literatura clásica se ha exagerado, en realidad, la esquematización sobre la forma misma de la pérdida de sangre.

Prescindiendo de lesiones de otro orden, en cuyo cuadro sintomático encontramos también las hemorragias ano-rectales, pasemos en revista a aquellas afecciones de esta zona que las producen.

Sin lugar a dudas, las hemorroides, ya sean internas o externas, constituyen su causa más frecuente, variando en extremo su intensidad, que llega en algunas ocasiones a producir cuadros de anemia aguda o crónica que desorienta por completo el diagnóstico. Es la regla que en estos pacientes la hemorragia se produzca al término de la defecación y que persista un tiempo mayor o menor después de este acto fisiológico; mas, lo dicho, por cierto, no tiene nada de absoluto. La pérdida de sangre se observa con gran frecuencia en las hemorroides extra o intraesfinterianas, y no siempre guarda relación con la intensidad de éstas, y es frecuente que en tales enfermos se produzcan aumentos del flujo sanguíneo con ocasión de rectitis sobreagregadas o embarazos. Estimamos que un ochenta por ciento de los pacientes portadores de hemorroides presentan la hemorragia como síntoma preponderante.

Si ciertamente la lesión causal es en estos casos fácil de descubrir, en cambio, una interpretación del síntoma hemorragia, hecha con ligereza, puede prestarse a los mayores errores, y os podríamos citar varias observaciones en las cuales no se llevó más adelante la exploración y se desconoció la existencia de un cáncer que causaba el síntoma; por este motivo, la intervención fué erróneamente conducida a atacar la complicación sin tomar en cuenta la enfermedad que la originó. Las consecuencias de equivocaciones semejantes ya podéis, vosotros, imagináros las.

Queremos, finalmente, haceros resaltar el hecho de

que la hemorragia en algunos enfermos portadores de hemorroides, se presenta sin que el paciente se dé cuenta; retened, pues, esto para el diagnóstico de ciertos casos de anemia que os pueden parecer de difícil explicación.

El cáncer rectal es capaz de producir pérdidas de sangre que revisten las más caprichosas características. Su alta gravedad reside no tanto en la intensidad de



...es un cáncer ulcerado situado en el cuadrante superior derecho...

este síntoma, sino en el hecho de que al presentarse el sujeto muchas veces en estado floreciente, hace que jamás se piense en su verdadera causa; esto, asociado al poco entusiasmo que, por lo común, pone el médico en tal clase de exámenes, trae consigo una irreparable pérdida de tiempo en tratamientos inútiles que explican el gran porcentaje de enfermos que hemos encontrado ya inoperables.

Como más adelante exponemos, debe siempre recordarse que una cuarta parte de los cánceres ano-rectales presenta la hemorragia como síntoma inicial único y preponderante. Recalquemos que para conocer el cáncer rectal es preciso pensar en él, y no limitarnos sólo a largos interrogatorios sobre si los excrementos están o no íntimamente mezclados con sangre.



...habitualmente encontramos masas mamelonadas, ulceradas, y que sangran fácilmente...

Las rectitis y recto-colitis producen también hemorragias y comprenden un vasto capítulo íntimamente ligado a muchos cuadros de la patología digestiva. Hacemos resaltar el hecho de que en las llamadas "rectitis hemorrágicas" pueden producirse tales pérdidas de sangre, que inducen a pensar en la ulceración de un grueso vaso sanguíneo. Creemos que uno de nosotros ha demostrado

en su Tesis de profesorado (1) que la sífilis, en su período secundario, puede ser una de las causas de estos cuadros.

Si en el primer tiempo de la evolución de las rectitis estenosantes, la pérdida de sangre se observa sólo en escaso número de pacientes, a medida que avanza la enfermedad tiende a hacerse más frecuente y en pleno período de estado, podemos afirmar que en el sesenta y cinco por ciento de los casos existe la hemorragia pura o acompañada de secreción purulenta.

Hemos podido también observar este síntoma en pólipos rectales o recto-cólicos.



...en las rectitis crónicas resalta el gran desarrollo de los vasos...



...el diagnóstico de pólipo requiere siempre la confirmación histológica...

En muchos otros casos de lesiones locales, suele también observarse la pérdida de sangre por el ano; pero las afecciones citadas son aquellas que principalmente deben tenerse en cuenta cuando se encuentra este antecedente entre los datos proporcionados por el enfermo.

¿Cuáles son las normas generales para la investigación y diagnóstico de una hemorragia del tubo digestivo? Sin lugar a dudas, interesa especialmente saberlo para no atribuirle una causa rectal sin asegurarnos antes de que su origen no es más alto.

(1) VELASCO: Consideraciones sobre algunas afecciones ano-rectales.— Tesis de Profesorado.— 1936.

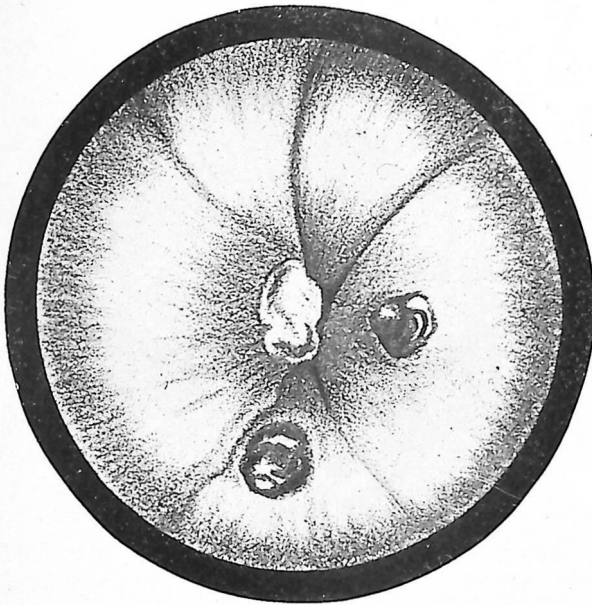
Empezad, en consecuencia, por una investigación del estado de la dentadura, de las amígdalas y de la faringe; si se trata de un paciente con cirrosis hepática, pensad en las várices esofágicas. Haced con cuidado la historia clínica desde el punto de vista gastro-intestinal y terminad con un examen cuidadoso de la región ano-rectal. Pues bien, ¿aún os caben dudas? Practicad, entonces, un examen de deposiciones, con buena técnica. El paciente no debe ingerir carne ni ningún alimento que contenga fierro, durante los tres días anteriores a la investigación. Lo que interesa saber es no sólo si hay sangre, sino también, las características mismas de la hemorragia, es decir: cantidad, persistencia, relación con los excrementos, aspecto e influencia que sobre ella tienen el reposo y el régimen alimenticio. Pensad en que hay afecciones gástricas en que estos detalles bien interpretados pueden orientar grandemente un diagnóstico dudoso; en el cáncer del estómago la hemorragia es discreta, persistente y no cede al régimen, en oposición franca con lo que se observa en la úlcera gastroduodenal.

Para la investigación misma se diluye una pequeña cantidad de deposiciones en agua destilada que contenga un tercio de ácido acético; se agregan algunos centímetros de éter, se agita y se decanta. En seguida, este extracto etéreo se trata con tintura de guayaco, obteniéndose en el límite de ambos líquidos un anillo azulejo; se habla, entonces, de Reacción de *WEBBER* positiva. ¿Es éste un procedimiento muy sensible y absolutamente seguro? Si tal cosa no puede afirmarse, podemos, en cambio, estimarlo como un método de ejecución fácil y cuyos resultados ofrecen una aproximación que nos permite recomendarlo.

Para reconocer la sangre se puede, también, recurrir al examen microscópico directo, disolviendo las deposiciones en un líquido salino; sin embargo, esta forma de investigación es bastante difícil, pues los glóbulos rojos se confunden con otras células. Finalmente, el examen es-

pectroscópico, aunque de técnica complicada, es un buen método para investigar la presencia de sangre en los excrementos.

La pérdida de secreción anormal por el ano se observa frecuentemente en los abscesos fistulizados al recto; son de fácil diagnóstico. De las otras lesiones locales, es en las rectitis estenosantes donde más a menudo



Rectitis estenosante consecutiva a una disentería amebiana grave; se observa dos ulceraciones y al centro una gota de mucopús. Nótese el edema de las paredes.

se presenta y adquiere en los períodos avanzados, el carácter de pérdida involuntaria y casi permanente. La secreción escasa al principio, se hace después muy abundante, sobre todo cuando la enfermedad se complica con fístulas.

En no raras ocasiones los pacientes con hemorroides presentan pérdida de escasa secreción serosa por el ano, que les ocasiona un prurito muy molesto; iguales sín-



Anexitis izquierda fistulizada; originó un cuadro clínico y endoscópico semejante al cáncer. Al lado izquierdo se aprecia una zona de tejido duro, infiltrado y mamelonado, con secreción sanguíneo-purulenta.

tomas se observan en las fístulas simples ano-rectales.

En el grupo de los tumores del recto, el cáncer una vez ulcerado, da salida por el ano a secreción sanguino-purulenta fétida. Los llamados "tumores vellosos", aunque poco frecuentes y de origen no precisado, producen gran cantidad de líquido gelatinoso, siendo ello tan característico, que al hacer el examen endoscópico induce a pensar en la lesión aún antes de verla.

Por lo demás, toda una serie de afecciones localizadas en diversos sitios del intestino grueso, S iliaca y recto, son causa de salida por el ano de secreción de aspecto muy variado y que va de la hemorragia pura a la franca eliminación de pus.

No sólo en la patología de esta zona, sino también

en la de todo el tubo digestivo, la investigación de la diarrea y constipación tiene un gran valor. Las múltiples afecciones de tipo inflamatorio de la última porción del intestino son capaces de provocarlas y los pacientes de esta índole forman el mayor porcentaje de los que nos son enviados para examen endoscópico. Insistimos más adelante en que nuestra experiencia nos enseña que, si bien es cierto que las alternativas de diarrea y constipación son frecuentes en las lesiones cancerosas del colon, a nivel del recto no es común observarlas. Existe, más bien, cierto grado de frecuencia en el número de deposiciones, pero sin alteración de su carácter. Lo que acabamos de decir sólo se refiere a la enfermedad en sus comienzos, ya que en períodos avanzados el cuadro cambia por completo. Sin embargo, el síntoma inicial y único del cáncer puede ser la diarrea. Este detalle, sin duda muy importante, aconseja hacer un examen endoscópico en todo paciente que presente este síntoma sin una causa que lo explique satisfactoria y claramente.

Los pólipos y tumores vellosos se manifiestan, también a menudo, por esta molestia; pero, mientras en los segundos toma el carácter de persistente, es común que en los primeros revista una forma más o menos cíclica.



...gran solevantamiento de la pared, pero sin lesión aparente de la mucosa, es lo que se observa en el cáncer metastático...



...es otra forma común del cáncer rectal...

Las rectitis estenosantes se acompañan, igualmente, de diarrea que es más o menos acentuada y frecuente, mientras mayor tiempo tenga la evolución de la enfermedad.

En resumen, para nosotros, la principal importancia de estos dos síntomas, desde el punto de vista de la patología rectal, está en establecer que se ha alterado el ritmo y a veces la forma de la defecación del paciente, contrastando con lo que fueron hasta entonces su ritmo y forma habituales. Por otra parte, no debe vacilarse en extender cuanto sea necesaria la indicación del examen endoscópico, como quiera que exista la más leve duda en el diagnóstico.

En todos estos casos se presenta también como un complemento indispensable el examen de deposiciones; pero debéis tener una idea clara sobre qué podéis pedir y esperar de esta investigación y sobre la forma en que debe procederse. Ya os hemos hablado de la determinación de la sangre; veamos ahora el estudio bacteriológico. Ha de recordarse que para la investigación de las amebas, precisa enviar al laboratorio una muestra fresca de materias recién emitidas y abstenerse siempre de dar purgantes, pues, sin estas precauciones, el parásito se hará difícilmente diagnosticable al microscopio; en cambio, si se procede en forma correcta, es fácil ver los movimientos característicos de la *Entamoeba Histolítica*.

Pequeñas variaciones de técnica permitirán poner en evidencia, con mayor o menor dificultad, las distintas formas de tenia: los oxiurides, anquilostomas o triquinas, los bacilos de *EBERTH*, paratíficos y el bacilo de *KOCH*.

En realidad, aún hoy día es difícil precisar cuál es el límite en que los huéspedes habituales del intestino, los bacilos coli, se hacen virulentos. Se necesitará, pues, en estos casos, interpretar el examen bacteriológico a través de la evolución clínica.

Finalmente, la determinación del coeficiente de asimilación de las grasas puede indicar el probable origen

hepático o pancreático de una diarrea, y en igual sentido os orientará la falta de digestión de las fibras musculares.

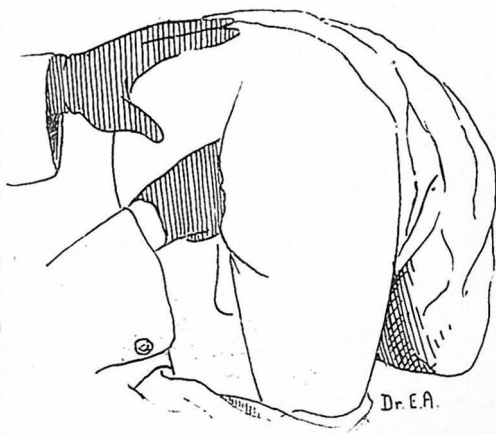
El prurito peri-anal es una molestia de observación frecuente; como ya lo dijimos, acompaña a menudo a las hemorroides y constituye, a veces, un síntoma rebelde al tratamiento mientras persiste la causa. Su presencia debe hacer pensar en esta lesión o en la presencia de oxiurides.

Pero existen determinados enfermos en que, sin causa aparente, el prurito reviste caracteres de tal intensidad, que llega a transformarse en una enfermedad grave. Múltiples estudios se han hecho en este sentido y, sin embargo, permanece aún en la oscuridad el origen de esta curiosa afección en los casos llamados "prurito de tipo esencial".

Examinemos ahora este enfermo. Vuestro dedo palpa el contorno del ano e investiga la presencia de dolor localizado

para despistar la posibilidad de un absceso en formación o la eventualidad de una fisura que sería ligeramente sensible en esta forma y atrocamente dolorosa durante la defecación.

Continuad vuestra investigación clínica practicando un tacto rectal; conserva este examen un gran valor como método diagnóstico en algunos casos, y es un procedimiento sencillo, de fácil aplicación y que debe siempre preceder a todo examen endoscópico. Permite al observador experimentado suponer con gran base de probabi-



...el dedo enguantado palpa el recto y canal anal...

lidad la existencia de ciertas lesiones; pero es, sin embargo, indispensable asociarlo a la visión directa; sólo los seis u ocho últimos centímetros del recto son accesibles al dedo.

Vuestro dedo enguantado y cubierto de vaselina, explora el canal anal; fácil os será daros cuenta de la tonicidad del esfínter, el cual puede estar en extremo relajado (homosexuales) o, por el contrario, contraído espasmódicamente (casos de fisuras). Retened que, en general, es difícil la palpación de las hemorroides internas, salvo cuando son muy voluminosas. Ejerced ahora una ligera presión con vuestro dedo en distintas direcciones dentro del canal anal; una fisura, por insignificante que sea, responde siempre por dolor a esta maniobra.

Seguid vuestra exploración hacia arriba, teniendo presente que el canal anal tiene una situación excéntrica con respecto a la ampolla rectal; a este nivel el lumen del recto se presenta amplio y libre; palpad entonces la próstata, ved si es dolorosa, apreciad su consistencia, daos cuenta de si sus límites laterales son netos o si, por el contrario, existe una infiltración difusa a esa altura. Recordad que la hipertrofia de la próstata es común en los individuos de edad, pero sin olvidar que el cáncer de esta glándula tiene cierta frecuencia y, desde luego, os recalcamos que el solo tacto rectal no basta, en la mayoría de los casos, para formular un diagnóstico. Sed, pues, prudentes y decid tan sólo: "hay un aumento de la próstata con características tales o cuales", y solicitad entonces un examen urológico.

Completad, en seguida, la exploración palpando la cara anterior del sacro y, apartándonos un instante del caso de este enfermo, debemos recomendaros que, en las mujeres verifiquéis si hay infiltración del tabique recto vaginal. El dolor localizado en el fondo de *DOUGLAS*, es un síntoma de inmenso valor para el diagnóstico de gran número de afecciones abdominales agudas.

El dedo que palpa encuentra un obstáculo a cinco

centímetros del ano. Insistid suavemente, tratando de franquearlo; daos cuenta de su consistencia y de la probable induración de las paredes vecinas; apreciad si es posible, su forma y extensión. ¿De qué se trata? En realidad, no podéis, hasta aquí, con este solo examen, precisar la etiología de la afección.

Si la disminución del calibre del recto es de origen canceroso, se encontrarán, por lo común, masas blandas, de tamaño variable, implantadas sobre una base indurada y que sangran fácilmente; pero, no sigáis en el burdo error de prejuzgar y tened siempre presente que la visión directa se impone en toda lesión rectal de origen dudoso.

Para grabar en vuestras mentes los enormes errores a que puede exponer la falta de examen rectal, oíd el relato que os hacemos de un paciente que tuvimos ocasión de observar hace algún tiempo: era un individuo de treinta años que presentaba síntomas abdominales agudos; se le opera por vía abdominal sin tener un diagnóstico preciso, y en la intervención se comprueba un cuerpo extraño del recto; que se extrajo mediante una dilatación del ano. Podéis deducir de aquí una indicación fundamental: el examen rectal se impone no sólo en pacientes que se quejan de molestias de esta región, sino también frente a todo cuadro abdominal de diagnóstico y etiología dudosos.

Nos diréis, sin duda, algo perplejos: ¿Y el interrogatorio? Os aseguramos que, como en las lesiones de la mama, aunque por bien distintas causas, poco puede dar en estos casos; el enfermo, por razones que fácilmente comprenderéis, niega sistemáticamente cuanto pueda denunciar una desviación morbosa de sus instintos; tenedlo siempre presente y así no incurriréis en errores de terapéutica, ni quedaréis en descubierto si otro médico más perspicaz formula el diagnóstico y extrae del recto algunos de los innumerables cuerpos extraños que pueden introducirse los individuos con perversiones sexuales.

En algunas ocasiones, aunque muy raras, la primera manifestación del cáncer rectal puede ser un cuadro abdominal agudo de obstrucción; lo que viene a confirmar una vez más lo que os decíamos respecto a la absoluta necesidad del tacto rectal como método diagnóstico en un gran número de cuadros patológicos. Este procedimiento de examen tiene también un inmenso valor en la invaginación intestinal aguda del niño pequeño, pues permite a veces palpar la masa invaginada o ver que el dedo explorador sale manchado de sangre.

Ahora, pasando a otro tipo de lesiones, interrogad a esta mujer de cuarenta y dos años de edad. Se queja de una incontinenia total de materias fecales; es decir, ha perdido el control de la defecación voluntaria. Dice que sus molestias han sobrevenido después de una operación en la región anal. Procedamos al examen en posición genu-pectoral; veis, desde luego, que toda la zona anal y perianal están cubiertas de excrementos; limpiando con un algodón se observa una cicatriz operatoria antigua y de aspecto blanquizco a las cinco. Al tacto rectal, podréis notar que no se siente la contractura normal del esfínter. ¿Qué ha sucedido? Con seguridad, una sección del esfínter externo durante la operación por fistula del ano a que fué sometida esta paciente; y la tenéis ahora con una incontinenia, cuadro que estimamos de los más graves de la patología rectal. Un gran traumatismo puede, igualmente, ser la causa de esta lesión; os recomendamos, sin embargo, ser desconfiados, pues en un porcentaje considerable de casos, la relajación esfinteriana corresponde a estados homosexuales.

En algunas oportunidades, en un recién nacido, podéis tener la sorpresa, cuando vais a examinar o palpar la región anal, de encontrar anomalías congénitas consistentes ya sea en un tabique imperforado a nivel del ano o bien en una ausencia franca de desarrollo del recto.

Esta última malformación se traduce, para el médico que examina, en una falta absoluta de orificio anal y,

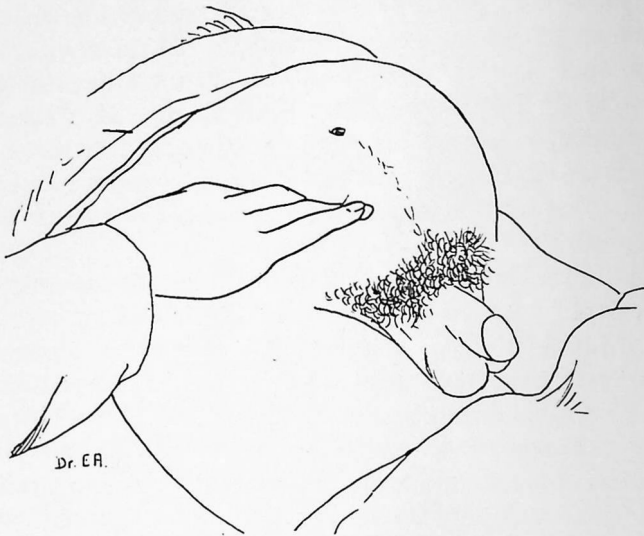
aún, en ocasiones, de la más leve depresión que señale el sitio en que el ano debió implantarse. El recto, en tales casos, suele estar situado a unos cuantos centímetros de distancia de la piel y unido a ella, aunque no siempre, por un simple tractus fibroso desprovisto de lumen.

Estas alteraciones son casi siempre incompatibles con la vida, aun cuando se recurra a complicadas intervenciones quirúrgicas.

Dad término a esta parte de la exploración acostando al paciente para un examen general. Palpad siempre la región inguinal. ¿Hay ganglios? Ellos serán un elemento de primera importancia, no sólo para el diagnóstico, sino que, también, en muchas ocasiones, para el pronóstico de la enfermedad. Investigad con cuidado la macidez hepática; palpad el borde inferior del hígado. ¿Qué puede encontrarse? La evidencia de una cirrosis que contra indica casi en absoluto la operación de hemorroides, o bien, como aquí veis, un hígado grande, duro, de borde irregular y de superficie sembrada de nódulos re-



...en las afecciones ano-rectales investigad siempre la presencia de ganglios inguinales...



...y la posible adenopatía iliaca...

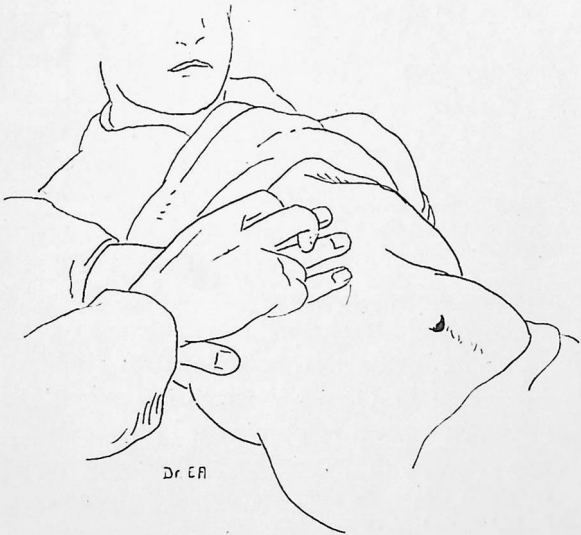
dondeados: se trata de metástasis de una neoplasia rectal, y os podríamos relatar al respecto dos casos de pacientes a los cuales se les sometió a graves intervenciones quirúrgicas, cuando la sola palpación del hígado habría bastado para contraindicarlas.

\*

\* \*

La experiencia nos ha demostrado y ya lo hemos dicho que la recto-sigmoidoscopia es un complemento indispensable para el diagnóstico de gran número de afecciones no sólo de esta zona, sino también de todo el tubo digestivo. El médico, al igual que el cirujano, debe tener un amplio conocimiento de su valor y técnica, y hoy día aparece como inadmisibile el hecho de que se formulen regímenes o medicamentos en las afecciones gastro-intestinales sin este examen previo.

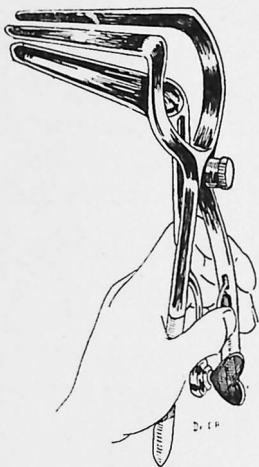
Empezad por la exploración del ano, y para ello, si no tenéis una gran experiencia, preferid el anoscopio de valva en vez del tubular, pues con este último la compresión de la pared puede induciros a equivocaciones. Entibiad el instrumento y, con el paciente en genu-pectoral, introducidlo primero horizontalmente, procurando que la presión sea gradual y continua y, una vez franqueado el esfínter, dirigid el extremo del aparato ahora arriba, para seguir la concavidad del sacro. Dilatad ahora muy lentamente. ¿Veis una o varias tumefacciones rojas, prominentes y que sangran con facilidad? ¿Están situadas en pleno canal anal? Se trata, seguramente, de hemorroides internas. Mirad, en cambio, aquí: a la vista se aprecia una pequeña grieta vertical de la mucosa; se trata de una fisura, lesión que aun cuando es insignificante en apariencia, es capaz de originar cuadros terriblemente dolorosos.



...la metástasis hepática es frecuente en los cánceres recto-sigmoideos...

Fijaos ahora en la coloración de la mucosa del canal anal: el aspecto rosado oscuro normal está modificado al rojo violáceo. ¿Alteración localizada sólo al esfínter? Probable esfinteritis, lesión consecutiva a una serie de afecciones gastro-intestinales y caracterizada por dolor, contractura y ligera secreción.

Podéis, también, daros cuenta de la presencia de pequeñas eminencias duras, acaso córneas, situadas en pleno canal anal; son papilitis, en ocasiones muy dolorosas y fácilmente diferenciables de las hemorroides por su aspecto y por no aumentar de volumen con el pujo.



...si no tenéis gran experiencia preferid esta forma de espéculum...

La existencia del chancro sifilítico situado en esta región ha sido discutida; pero hemos observado dos casos muy demostrativos cuyas características ya describimos.

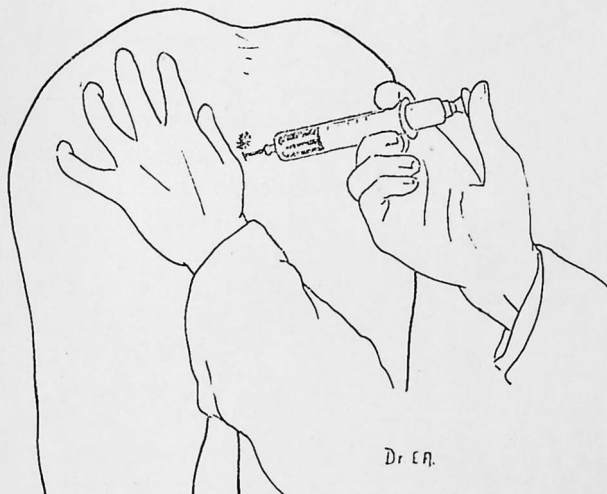
Si la inspección interna os ha revelado la presencia de orificios que hacen sospechar una fístula perianal, aprovechad la dilatación del espéculum e inyectad por el orificio externo, con una jeringa de aguja roma, una solución colorante (azul de metileno al 2%);

esta sencilla maniobra, que rara vez se practica, os servirá para daros cuenta de la probable comunicación con el recto y de la altura a que ésta se encuentra; facilitará también grandemente la técnica operatoria, permitiendo seguir los diversos trayectos propios a la mayoría de estas fístulas. En caso de duda, explorad muy suavemente con un estilete fino (esto es casi siempre doloroso) retirando entonces el dilatador y reemplazándolo por vuestro dedo, podéis apreciar si el trayecto fistuloso queda por fuera o

por dentro del esfínter, hecho de una importancia capital para el diagnóstico y tratamiento.

\*  
\* \*

Proceded, ahora, al examen con tubo endoscópico, que os recomendamos aprender al lado de alguien que tenga experiencia. Nosotros damos a esta exploración un valor preponderante y una indicación muy extensa



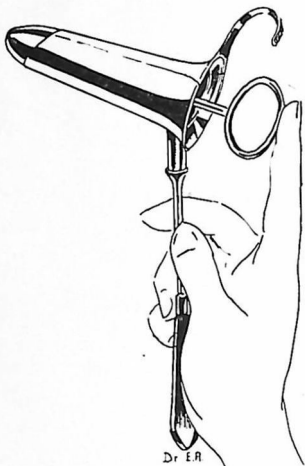
...la inyección de azul de metileno en los trayectos fistulosos es una forma de examen muy práctica...

en el diagnóstico de las lesiones ano-recto-sigmoideas. Hemos presentado ya numerosos enfermos de esta índole, en que por omisión de este examen se equivocó lamentablemente el tratamiento.

Sin embargo, conviene recordar que no debe practicarse rectoscopia en individuos caquéticos, en lesiones agudas del intestino (principalmente disentería), ni tampoco en procesos de pelvi-peritonitis, pues se corre el riesgo de perforar el intestino. Casi nunca es necesaria

la anestesia; pero, al tratarse de cuadros muy dolorosos, os podéis ayudar con un pequeño enema de 100 cc. de novocaína al  $\frac{1}{2}\%$ , asociada a tintura de belladona por vía bucal. Como preparación previa, aconsejamos un lavado intestinal de un litro de agua tibia hervida, practicado cuatro horas antes. Sólo en aquellos casos de grandes diarreas damos láudano a tomar el día anterior.

¿Tiene algún peligro la rectoscopia? Ninguno, si recordáis las contradicciones y procedéis prudentemente. Por nuestra parte, en varios miles de exámenes no hemos tenido jamás accidentes.



...el anoscopio de vástago móvil es muy útil para el estudio de los trayectos fistulosos; sin embargo su uso requiere práctica en la interpretación de las imágenes...

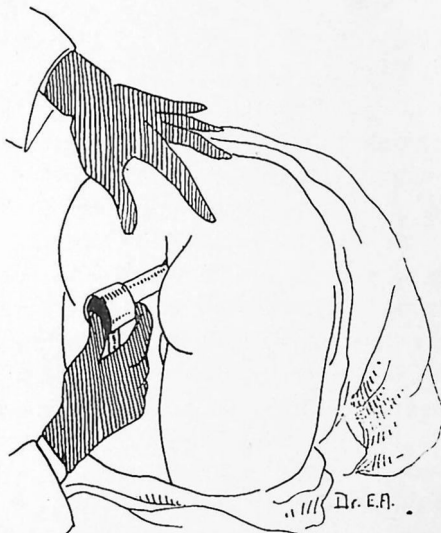
Siempre con el enfermo en posición genu-pectoral y habiendo hecho previamente el tacto rectal, entibiad el rectoscopio en agua caliente y con su obturador puesto, introducidlo hasta franquear el esfínter; insistid en que el paciente respire tranquilo y haced una presión continua. Franqueada la barrera esfinteriana, retirad el obturador y avanzad bajo el control de la vista; ¡esto es para nosotros una precaución absoluta!

Dirigid, ahora, fuertemente el mango de tubo hacia abajo, para seguir la concavidad del sacro y con una ligera inclinación hacia la izquierda vais en busca de la entrada de la S ílica; ésta se presenta en forma valvular o más rara vez de aspecto prolapsado, lo cual puede inducir a error. Bastará, en este último caso, insuflar ligeramente para distender la pared. Franqueado este punto, cambiad la dirección del instrumento, dirigiendo su extremo distal hacia el ombligo y no vaciléis en

recurrir, si fuera necesario, a la insuflación; es un recurso inocuo que simplifica notablemente el examen.

Ante todo, formémonos una idea del aspecto general del intestino, que se ofrece distinto en el recto, cuya cavidad es real, que en la S íliaca, cuyas paredes se presentan adosadas limitando una cavidad virtual. Ved, en seguida, la coloración de la mucosa; si hay congestión, piqueteado hemorrágico o secreción anormal; investigad la presencia de posibles ulceraciones, su número y características, la posibilidad de un tumor o de una estenosis de origen no canceroso.

Los distintos cuadros gastro-intestinales, especialmente si son agudos, no se acompañan, por lo general, de imágenes endoscópicas totalmente típicas, y si en algunas ocasiones podéis casi afirmar que se trata de una disentería o de una



...para introducir el rectoscopio es preciso dirigir su extremo distal hacia arriba...

colitis mucosa, en cambio persiste un grupo, tal vez el más numeroso, en el cual se necesita asociar este examen con el cuadro clínico y la investigación bacteriológica; y es por esto, como ya hemos dicho, que el conocimiento completo de la patología gastro-intestinal, se nos presenta como algo indispensable para todo el que practique esta clase de exámenes.

Puede decirse, en términos generales, que la inflamación de la mucosa intestinal reviste en esta zona una



...la entrada normal a la S iliaca ofrece imágenes endoscópicas diferentes...

serie de grados que comprende desde la rectitis mucosa hasta la purulenta.

La imagen endoscópica del cáncer rectal es, la mayoría de las veces, característica en su forma habitual de grandes masas mamelonadas (coliflor), muy friables, que sangran fácilmente (hacer la biopsia con cuidado, por ser, a veces, persistente la hemorragia); el tumor reposa so-

bre una base indurada, que contrasta bruscamente con la mucosa vecina de aspecto normal.

El cáncer primitivo puede, en ocasiones, revestir aspectos atípicos, hecho que es preciso retener. A este respecto, recordamos la observación de un hombre de cincuenta y un años de edad que corrobora lo que acabamos de decir. El paciente presentaba síntomas vesicales; el examen rectoscópico reveló la presencia de una pequeña ulceración situada en el cuadrante superior derecho de una válvula de *HOUSTON* a más o menos cinco centímetros del ano, la biopsia estableció que se trataba de un adeno-carcinoma, siendo este el caso más incipiente que hemos visto de cáncer rectal.

En lesiones de esta índole, ni aún con gran experiencia puede afirmarse el diagnóstico sin la ayuda del examen histológico. Tenemos un paciente en el cual lo que se estimó como cáncer, resultó un tejido que el anatómo-patólogo consideró de probable



...pero lo más comúnmente observado es esta forma...

origen sifilitico. Bastaron seis meses de tratamiento anti-luético, para hacer desaparecer la lesión a tal punto que en tres exámenes practicados con posterioridad, fué imposible encontrar el menor vestigio de ella.

La visión endoscópica es diferente, según se trate de una localización metastática o primitiva; aun cuando la primera eventualidad es rara, debe siempre tenerse presente e investigar la posibilidad de un tumor originario situado lejos del recto. Generalmente, en estos casos el tumor tiene tendencia a solevar la pared, pero no a perforarla.

El melano-sarcoma reviste aspectos poco característicos y en extremo variados; la lesión estrecha el lumen rectal y tiene un notable parecido con algunos casos de rectitis estenosantes.

En cambio, el diagnóstico endoscópico del cáncer rectal es relativamente fácil: las imágenes revisten aspectos generalmente típicos y el empleo de un tubo de calibre adecuado, unido a la poca profundidad en que se manobra, contribuyen grandemente a facilitar el examen.

Cuando se trata de lesiones situadas por sobre la entrada de la S iliaca, se tropieza, a menudo, con mayores dificultades que dependen de varios factores: dejando aparte la profundidad que en realidad no tiene mayor importancia, hay que considerar que el cáncer, en



...o esta otra imagen...



...en la S iliaca, el cáncer tiene más bien el aspecto de placa infiltrativa, que de masa vegetante...

esta zona toma un aspecto distinto del rectal; se observan habitualmente placas induradas, friables y que sangran. El hecho de que las paredes de la S iliaca tengan tendencia a unirse haciendo la cavidad virtual, trae consigo la acumulación de secreción que dificulta el diagnóstico.

Es frecuente, en estos casos, que sin un examen más alto, se diagnostique la lesión como recto-sigmoiditis de tipo hemorrágico purulento.

Respecto a la biopsia, podemos decir que con instrumental adecuado es siempre fácil hacerla. En la zona alta deberá tenerse especial cuidado de tomar la muestra en forma superficial, pues la pared intestinal es delgada. Se han publicado numerosos casos de perforación.



... y es raro observar la fase inicial de una rectitis estenosante sifilitica...

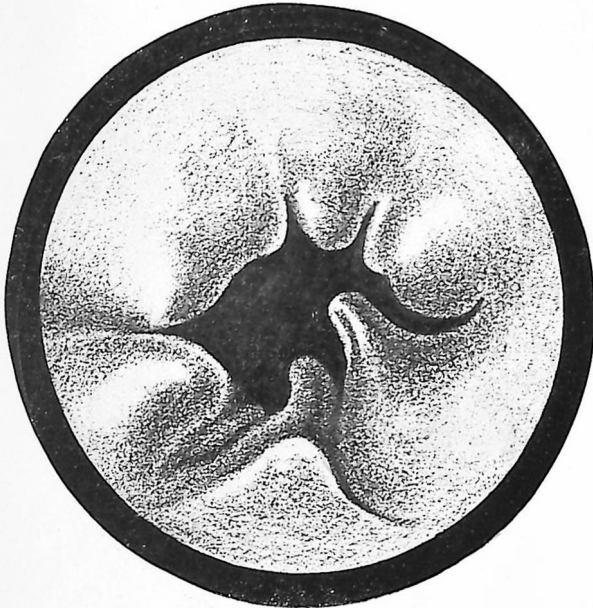
De acuerdo con lo que hemos observado, queremos volver a insistir en un punto importante del examen endoscópico; no es prudente asegurar en forma terminante que el enfermo no tiene un cáncer mientras no se hayan practicado dos exámenes

con algunos días de intervalo. Una serie de factores (situación, tamaño, secreción rectal) puede fácilmente inducir en el error de una exploración aparentemente negativa.

En algunas oportunidades, aunque raras, coexiste un cáncer con la disentería amebiana, lo que debe tenerse presente para atribuir a cada uno los síntomas que le corresponden.

La disentería amebiana es capaz de originar cuadros de diagnósticos muy difíciles, y en el llamado "granuloma amebiano", la producción de tejido inflamatorio origina un tumor que simula grandemente el carcinoma.

Desde el punto de vista clínico, la sintomatología del cáncer de esta región es variable; fundándonos en un número elevado de enfermos observados por nosotros, podemos enumerar los síntomas según el siguiente orden de frecuencia: sensación de pesadez o cuerpo extraño refe-



Melano-sarcoma. Mamelones duros sobre una base rígida. El aspecto es semejante al de algunas rectitis infiltrativas.

rida por el hombre al periné y por la mujer a la misma región o al fondo de la vagina; alteraciones en el ritmo de la defecación (respecto de las cuales podemos afirmar que, contrariamente a lo aseverado, no están en este caso representadas, como en el cáncer del colon, por alternativas de diarrea y constipación, sino por defecación de aspecto normal repetida varias veces al día o cada dos o tres días); hemorragia, que no tiene nada típico ni ca-

racterísticas precisas; el dolor propiamente tal es de escaso valor como síntoma precoz; las hemorroides pueden ser la primera manifestación del cáncer rectal; diarrea cuyo valor estriba en el hecho de que penséis en la eventualidad de un cáncer en todo paciente que presenta este síntoma y su etiología os aparezca dudosa; finalmente,



Melano-sarcoma. Llamaba la atención en este enfermo el aspecto blanquizco de la lesión que ocupa el cuadrante superior izquierdo de esta lámina.

subrayamos que el comienzo de la enfermedad suele referirse a otros órganos.

Los pólipos se presentan en la S iliaca y en el recto, ya sea en forma solitaria o múltiple; muchas veces se trata de poliposis difusa de todo el colon.

El examen endoscópico los muestra como tumores pediculados de tamaño variable, de consistencia dura, con poca tendencia a sangrar e implantados sobre una mu-

cosa de apariencia normal. El peligro de la degeneración, comprobado por nosotros, exige que en todos estos casos deba recurrirse a la biopsia, especialmente de la base del pólipo, pues es éste el sitio inicial de la transformación maligna. El aumento de tamaño verificado en exámenes sucesivos, debe hacer temer esta desgraciada eventualidad. Clínicamente, los pólipos o no dan síntomas o producen



...un pólipo puede disimular un cáncer situado más alto...

diarreas que resisten a toda dietética o tratamiento; en pocas ocasiones los hemos visto originar intensas hemorragias.

\*  
\* \*

Y llegamos a un punto de los más discutidos de la patología rectal: las rectitis estenosantes. A algunos cen-

tímetros por encima del ano encontraréis una disminución franca del calibre rectal; puede haber un diafragma o un verdadero túnel que comprende varios centímetros de altura. Si se franquea con un rectoscopio fino encontraréis por encima de la estrechez una rectitis ulcerosa hemorrágica muy intensa.

En resumen: estenosis, ulceraciones, fragilidad de la



Vedlo aquí; corresponde al mismo paciente de la figura anterior: el rectoscopio se ha insinuado más. En la parte baja se ve el pólipo, y en la mitad izquierda, un cáncer.

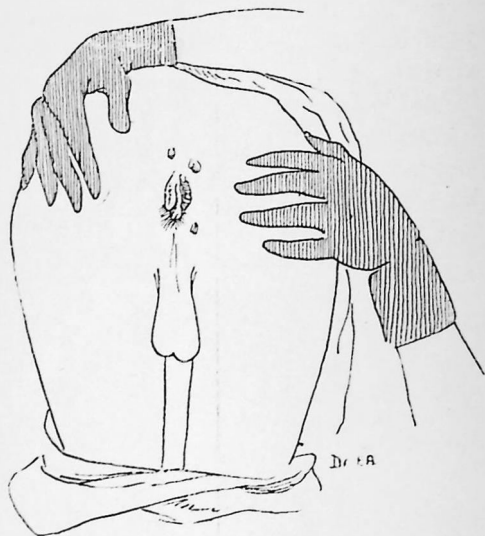
pared rectal y secreción purulenta abundante in situ y proveniente de la parte alta; la biopsia se os presenta como algo indispensable para aclarar en parte el diagnóstico. Pero, ¿es que entonces no puede en estos casos formularse un diagnóstico exacto y preciso? No; y entendedlo bien; es imposible, y si descartáis los casos de cáncer, queda aún un grupo numeroso de pacientes que ofrecen cua-

dros de "rectitis estenosantes" en los cuales no puede afirmarse con base científica el origen de la enfermedad. Nos diréis: ¿Y el virus de *NICOLAS FABRE*? No discutimos que puede ser la causa; pero estamos convencidos, a través de una investigación minuciosa, de que se ha exagerado su participación, incurriendo en el mismo error de hace algunos años, cuando se vió en la sífilis la causa



Rectitis ulcerativa de origen disintérico. La gravedad de la hemorragia hizo pensar en un cáncer. En la imagen se ve una ulceración que atraviesa todo el campo.

determinante de todos estos cuadros. ¿Os causa extrañeza y os parece demasiado categórica nuestra afirmación que contradice toda una tendencia actual? Entonces oíd con calma para que podáis juzgar: hemos observado hasta hoy alrededor de ciento cuarenta casos de rectitis estenosantes; pues bien, casi en la mitad de ellos el enfermo presentaba antecedentes simultáneos de sífilis o



...la invasión de la piel por un cáncer primitivo de la ampolla rectal es excepcional...

gonorrea y adenitis inguinal anterior; dada la circunstancia de que el examen histológico sólo puede decir si la lesión es o no cancerosa, pero en ningún caso aclarar otra etiología, nos preguntamos: ¿por qué culpar a una enfermedad y no a las otras? ¿Tiene esto base científica seria?



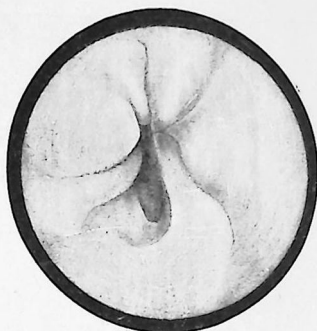
...veis una rectitis estenosante acen-  
tuada y con antecedentes patológi-  
cos múltiples; por esto os será im-  
posible precisar su verdadero ori-  
gen...



...es el mismo enfermo anterior, des-  
pués de seis meses de dilatación con  
diatermia. Observad la pared de  
aspecto acartonado, la mucosa no  
ha recobrado su aspecto normal...



...en este caso de rectitis estenosante sólo existían antecedentes de linfo-granuloma...



...si operáis a un sífilítico en período activo, puede evolucionar en el una estenosis rectal grave...

Estimamos que no. Queremos hacer resaltar que la mayoría de nuestros enfermos de este tipo nos fueron enviados con el diagnóstico de cáncer rectal, y estimamos que muchas veces ni aún con gran experiencia, se llega a la certidumbre que tan sólo la biopsia es capaz de proporcionar.

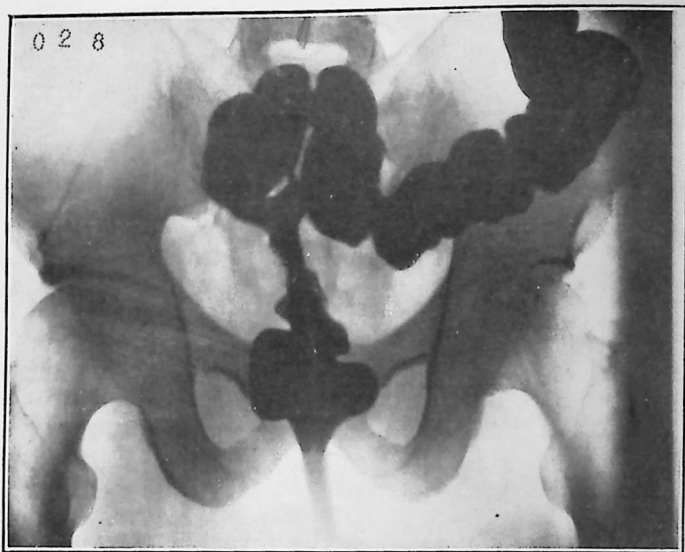
En sus períodos avanzados las rectitis estenosantes se complican de nefritis de forma y evolución diversas.



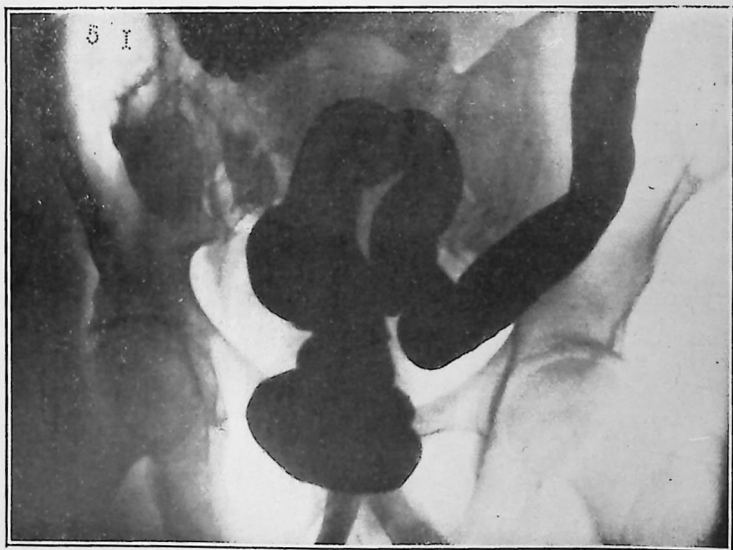
...edema y congestión de la mucosa, caracterizan la fase inicial de la rectitis gonocócica...



...setenta y dos horas después predominaba el edema y había aún escasa secreción...



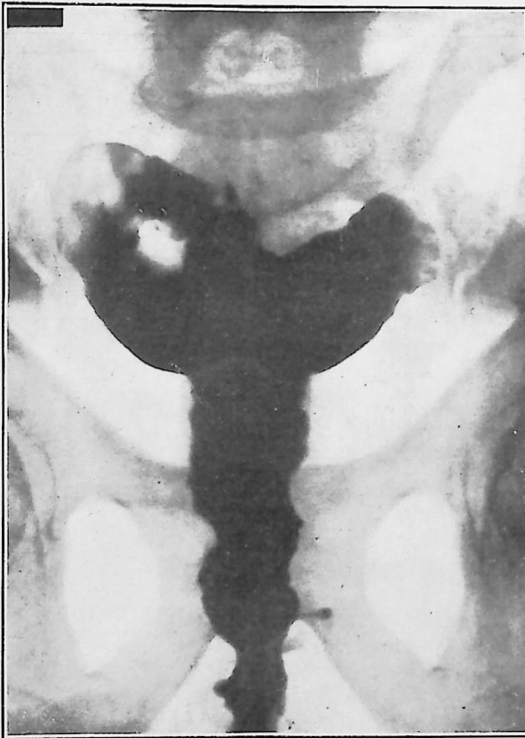
...esta imagen en que el recto aparece con su lumen disminuido y paredes rígidas e infiltradas fué interpretada como cáncer...



...sin embargo el tratamiento antisifilítico la hizo desaparecer por completo...

El diagnóstico de los "tumores vellosos" por medio de la visión directa, es relativamente fácil. Se trata de lesiones bastante poco frecuentes y en las cuales las características de la secreción rectal (ciara de huevo) pueden aún hacer presumir su existencia antes de verlos.

El estudio radiológico en lo que respecta al recto, es de escaso valor y sólo permite determinar la existen-



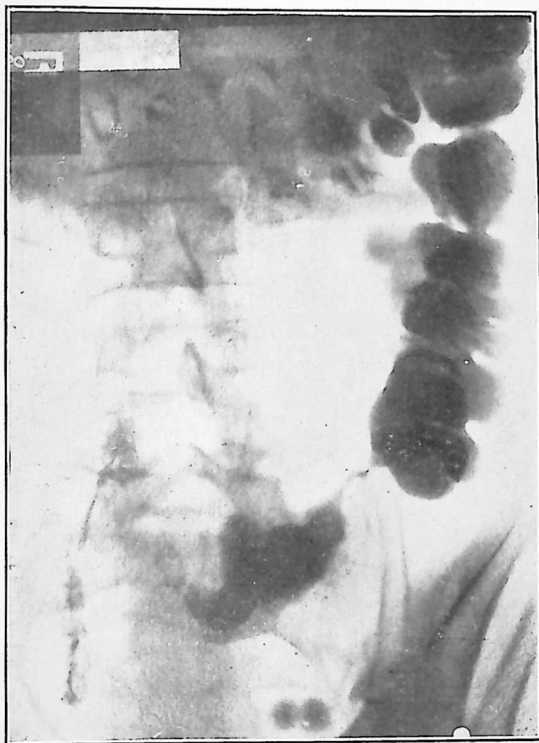
...en este otro caso, la infiltración e inextensibilidad de la pared hizo también pensar en una lesión maligna. La autopsia demostró una rectitis estenosante no cancerosa...

cia de lesiones relativamente avanzadas que, por lo demás, fácilmente se comprueban con los otros métodos de examen. En cambio, en las alteraciones de la S iliaca, esta investigación es sumamente interesante y nos ha permitido la presunción precoz del cáncer en varias ocasiones. Usad el enema de bismuto y, si os caben dudas y no se trata de un caso de obstrucción intestinal aguda, combinadlo con la ingestión de la sustancia opaca. Podréis así observar irregularidades del contorno de la S iliaca



...el enema de bismuto sirve para ver la falta de continuidad del bismuto a nivel del cáncer de la S iliaca...

en forma de muescas o aún interrupciones totales de la columna de bismuto, y también precisar la amplitud del lumen y la extensión del proceso; pero, tened presente que el examen radiológico es incapaz de precisar la etiología de las lesiones, ya que la infiltración de la pared del recto o sigmoides produce una imagen análoga, sea cual fuere la causa que la origina.



...también aquí la inyección de bismuto revela una obstrucción de la S iliaca. La biopsia demostró su origen canceroso...

Si ponéis en práctica el método del "doble contraste", es decir, vaciar el enema de bismuto, insuflar y radiografiar nuevamente, lograréis hacer diagnósticos de pólipos o alteraciones de la mucosa que os habían pasado totalmente inadvertidas con el examen simple.

Con el empleo de las técnicas radiológicas preconizadas últimamente para el estudio de la mucosa del intestino grueso (sustancias floculantes, óxido de torio), se ha logrado llegar aún a visualizar ulceraciones, divertículos y lesiones de tipo irritativo; sin embargo, este modo de examen no está todavía comprendido entre los que habitualmente se practican en nuestros hospitales.

## QUINTA PARTE

### RODILLA

El estudio de la patología quirúrgica de la rodilla, ofrece un gran interés, ya que el conocimiento de numerosas de estas afecciones es tan sólo una adquisición de los últimos años.

La gran amplitud de las superficies articulares, el importante papel que juega en la marcha, en la estática y la intensa actividad celular observada en esta zona en el período del crecimiento, explica que traumatismos, procesos inflamatorios y tumores sean de observación muy frecuente.

Con el objeto de haceros ver toda la inmensa importancia que encierra el diagnóstico de estas lesiones, os presentamos hoy día tres pacientes. Uno de ellos nos fué enviado hace ya dos años para ser amputado por un osteosarcoma de la rodilla; veis que, afortunadamente, pudo precisarse el diagnóstico en otro sentido y conservar su miembro; la segunda enferma ha llegado recientemente y nos merece duda que tenga, en realidad, la afección en que se ha pensado y, en cuanto al tercer caso, se trata de un jugador profesional de football, que consulta por cierta incapacidad funcional de su rodilla derecha, a raíz de un traumatismo; como fácilmente comprenderéis, la indicación

terapéutica es delicada, pues él gana su vida en el oficio ya dicho.

Prescindamos, por un momento, de estos pacientes, para ver primero en un individuo normal la forma en que debe procederse al examen.

Como en todas las demás regiones, no cedáis a la tentación de circunscribiros únicamente al sitio donde el paciente localiza sus síntomas, pues fácilmente incurriréis en errores. Siempre con vuestro enfermo desnudo de la cintura hacia abajo, empezad por hacer una inspección detenida. ¿Qué se busca con ella?

La actitud general del miembro, recordando que el eje del muslo y pierna no forman una línea recta, sino un ángulo abierto hacia afuera, de más o menos 170 grados; es lo que se llama genu-valgum normal. Al encontrarle más acentuado, hablaréis de un tipo patológico y, si por el contrario, el muslo y la pierna forman un ángulo francamente abierto hacia adentro, diréis que se trata de un genu-varum. Se dice que existe genu-recurvatum cuando la inspección en sentido lateral revela que aquellos dos segmentos del miembro inferior, describen un ángulo de gran concavidad dirigida hacia adelante.

Observad, en seguida, el estado de la musculatura, sobre todo a nivel del muslo, pues ha de tenerse presente que la atrofia muscular del cuádriceps es precoz y frecuente en gran número de afecciones de la rodilla; la mejor forma de apreciarla es midiendo la circunferencia del muslo con una cinta métrica y comparando con el lado sano. Daos también cuenta de la posición del pie para no exponeros a interpretar como afección primitiva de la rodilla una actitud de compensación consecutiva a procesos que alteran el trípode plantar o la arquitectura de la articulación tibio-peroneo-tarsiana.

Y ahora, para examinar en buena forma, es indispensable que os recordemos algunos detalles de anatomía fisiológica de la amplia y complicada articulación que hoy nos ocupa.

Por delante de la rótula se encuentran tres bolsas serosas, de las cuales la superficial y la media, situadas respectivamente por encima y entre las hojas de la aponeurosis, son las más constantes; en cambio, la profunda, o sea la sub-aponeurótica, es rara. Es importante conocer su existencia, pues, como veréis en uno de nuestros pacientes, pueden producirse a ese nivel procesos inflamatorios de difícil diagnóstico. En la parte baja del ligamento rotuliano y en comunicación con la bolsa serosa ya dicha, encontramos otra llamada pre-tibial.

La sinovial recubre toda la cavidad articular, presentando una serie de divertículos o fondos de saco, de los cuales el subcuadrípital es, sin duda, el de más interés. En efecto, al encontrarse ocupado por líquido de cualquiera naturaleza, se observa a la inspección un borramiento de las depresiones que normalmente existen a ambos lados del tendón rotuliano; por otra parte, en las diversas artritis, la palpación en las zonas ya dichas, revela dolor. La sinovial también está en relación con las vainas serosas de algunos de los músculos que llegan a la rodilla. Es de interés recordar que la sinovial se fija en la cara periférica de los meniscos, dividiendo la cavidad en una zona superior y otra inferior. Como más tarde veremos, este detalle es una gran ayuda para el diagnóstico radiológico.

En la cara interna de la membrana que estamos describiendo, se encuentran prolongaciones llamadas "franjas sinoviales", y por debajo del tendón rotuliano una masa grasosa: el "cuerpo de *HOFFA*".

Tanto el menisco externo como interno están dotados de cierta movilidad, encontrándose el primero poco adherido a la cápsula articular; en cambio, el segundo tiene con ella una estrecha relación que explica que las lesiones de éste sean bastante más frecuentes. Los meniscos desempeñan un verdadero papel de adaptación entre los condilos femorales y los platillos de la tibia; pero la experiencia ha demostrado que pueden eliminarse sin alterar grandemente la función de la rodilla.

El papel de los ligamentos articulares laterales, en la estática de la rodilla, es muy importante, y su conocimiento es la llave del éxito en gran número de intervenciones quirúrgicas en esta articulación. Tanto ellos como la cápsula, se encuentran reforzados por prolongaciones tendinosas de los músculos que llegan a esta zona, y en igual sentido obran las llamadas aletas laterales de la rótula, pues el tejido fibroso que las forma llega a fusionarse íntimamente con los ligamentos laterales y cápsula.

Insertándose entre las espinas de la tibia y el espacio intercondíleo del fémur, los ligamentos cruzados son los grandes sostenes de la rodilla; la lesión de ellos es muy poco frecuente y su reparación quirúrgica constituye un problema difícil de resultados inciertos. Como ya recordaráis por la anatomía, la sinovial los envuelve, pero sin contenerlos.

Normalmente encontramos dentro de la sinovial cierta cantidad de líquido, el cual es un producto de secreción de sus células endoteliales y es rico en elementos celulares.

Los linfáticos de esta zona son tributarios, en su mayor parte, de los ganglios situados en el hueco poplíteo.

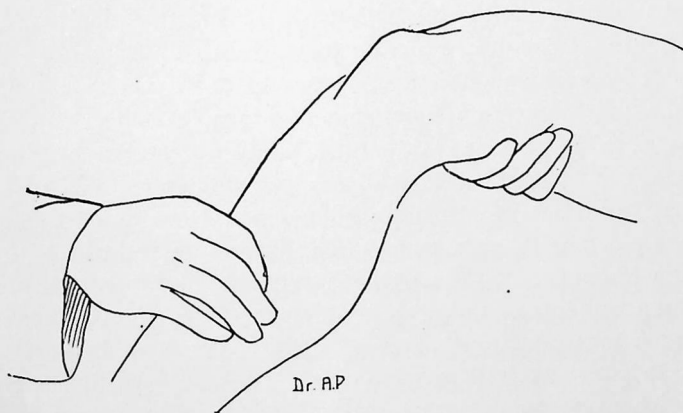
Teniendo ya estas pocas ideas fundamentales, volvamos nuevamente a la inspección de la rodilla sana. Miraremos la cara anterior; ved que la piel se presente normal. Fácilmente podéis apreciar la prominencia de la rótula, a ambos lados de la cual se encuentran las depresiones látero-rotulianas de que ya hemos hablado; por lo tanto, no hay ocupación de la sinovial. El tendón rotuliano se termina hacia abajo en un solevantamiento; es la tuberosidad anterior de la tibia. Durante la flexión, estas eminencias se hacen menos manifiestas, pues la rótula se fija en el surco intercondíleo, haciendo, en cambio, que los cóndilos sean más visibles y fácilmente explorables. Hacia la parte externa y lateral apreciáis fácilmente el relieve que forma la cabeza del peroné. Más o menos en la parte media de la línea que une esta eminencia al borde

externo del tendón rotuliano, puede observarse en un caso como el presente, en que el sujeto es delgado, el sollevamiento que marca el tubérculo de *GERDY*, en el que se inserta el músculo tibial anterior.

Veamos, ahora, la cara posterior; un relieve interno corresponde al músculo semitendinoso, otro externo al bíceps; ambos limitan el hueco poplíteo. Este espacio es deprimido y normalmente a la inspección no se aprecian latidos arteriales.

Respecto de los movimientos, desde el punto de vista práctico, interesa explorar la flexión y la extensión, ya que la rotación no va más allá de quince grados y la inclinación lateral, estando la pierna extendida, es nula.

Empezad haciendo que el enfermo levante el talón del plano de la cama; ésta es muy buena maniobra, pues nos indica, al poderse realizar, que no hay lesión de continuidad en el esqueleto del miembro inferior. Ahora, ordenad al enfermo que ejecute la flexión y extensión en la forma más amplia posible; normalmente, la primera deberá llegar a un ángulo más agudo de cuarenta y cinco grados. En seguida, tomando con una de vuestras manos el muslo y con la otra la pierna, realizad vosotros pasiva-



...una de vuestras manos mantiene el muslo mientras la otra toma la pierna e imprime a la rodilla movimientos pasivos...

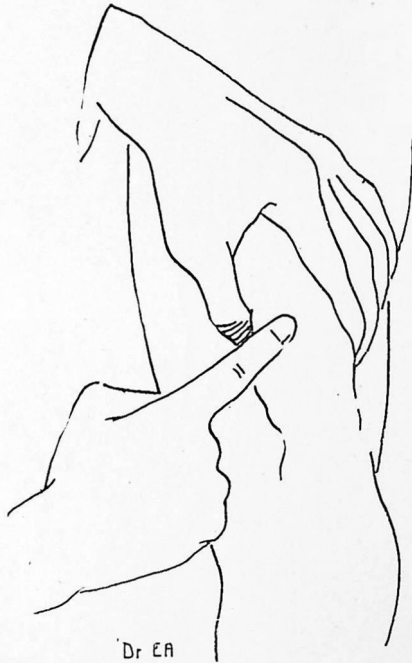
mente estos mismos movimientos. No sólo os fijéis en su amplitud, sino, también, si se aprecia dolor o contractura muscular.

Continuad vuestro examen con la palpación, en orden metódico; determinése primeramente la interlínea articular. ¿Dónde está situada? Si está la pierna en extensión, inmediatamente por encima del vértice de la rótula. Entonces pensad; todo lo que se palpe por encima de esta línea corresponde al fémur; en cambio, lo situado por debajo, es tibia o peroné. Tomando con vuestras dos manos el muslo, palpad el hueso desde arriba hacia abajo; jamás se afirme que hay aumento de volumen del fémur, si previamente no habéis comparado con el lado opuesto. En el curso de vuestro examen fijaos siempre si el paciente acusa dolor. No olvidéis de insistir con el mayor cuidado en la zona metafisiaria, que es el punto inicial de elección de diversos procesos inflamatorios y de algunos tumores. Ahora la pulpa de los dedos de una de vuestras manos explora cuidadosamente los cóndilos. Normalmente el interno desciende más y es mucho más fácil de estudiar. Insistid con cuidado en el punto de inserción de los ligamentos e id, en seguida, con vuestro índice a palpar la interlínea articular, tanto en su parte interna como externa. Daos ahora cuenta del estado de las partes blandas, y mientras las manos palpan, pensad anatómicamente en qué plano os encontráis. Es ésta la única forma de no tener que incurrir en repeticiones, que no sólo son cansadas para el paciente, sino que, también, pueden hacerlo dudar de la solidez de vuestros conocimientos. No olvidéis: observad atentamente si hay contractura muscular, pues el valor de este síntoma es enorme en toda la patología humana y en las lesiones articulares, sobre todo de origen tuberculoso, es, probablemente, la manifestación precoz más constante. Por otra parte, como ya lo veréis, es un precioso indicio para juzgar el grado de curación de los diversos procesos inflamatorios de los miembros.

Pasad, en seguida, a la tibia, siguiendo en todo mo-

mento el mismo orden indicado; continuad después con el peroné, hueso del cual fácilmente se palpa la extremidad superior y en cuyo punto de transición de ésta con la diáfisis, pasa el nervio ciático poplíteo externo que puede estar lesionado por diversos traumatismos o ser extraordinariamente doloroso a la palpación, al existir lesiones inflamatorias del tronco del ciático.

Ahora, en la cara anterior, palpad suavemente los tejidos que quedan por delante de la rótula; ved si deslizan sin dolor sobre dicho hueso. En seguida, vuestra mano izquierda mantiene lateralmente los bordes de la rótula y desplazándola en sentido transversal, busca los movimientos de lateralidad que en estado normal, estando el cuadriceps relajado, son muy apreciables; ahora, el índice derecho explora la superficie ósea, primero vertical y después transversalmente. ¿Qué se trata de



...el pulgar e índice fijan la rótula, con un dedo de la otra mano explorad su superficie...

determinar con ello? Si hay alteración de la continuidad de la rótula, es decir, si encontramos alguna depresión en forma de surco, cosa relativamente frecuente en las fracturas. Flectad ahora la rodilla y esto os facilitará la palpación de los cóndilos femorales.

Es de mucho interés, como ya lo dijimos anteriormente, saber los puntos exactos en que puede palparse

la sinovial. Si recordáis que el fondo de saco sub-cuadricepsital es el más desarrollado y sobrepasa la rótula en sentido vertical y transversal, fácilmente os daréis cuenta de que es en este punto donde mejor podéis explorarla; para ello, con la palma de vuestras manos colocadas a ambos lados de la rodilla, palpad metódicamente, de arriba abajo, y completad esta maniobra tratando de levantar la ró-



...palpad la sinovial de arriba hacia abajo con  
ambas manos...

tula tomándola de su parte media entre el pulgar y los cuatro dedos de una mano. En seguida, con el índice, id a la zona comprendida entre la depresión situada por fuera del tendón rotuliano y la cabeza del peroné; en caso de inflamación de la sinovial, encontraréis allí dolor; fijaos en el curso de vuestra exploración si el calor

local de la rodilla aparece aumentado, y para esto comparad siempre con el lado sano.

¿Qué se entiende por choque rotuliano y cómo se investiga?

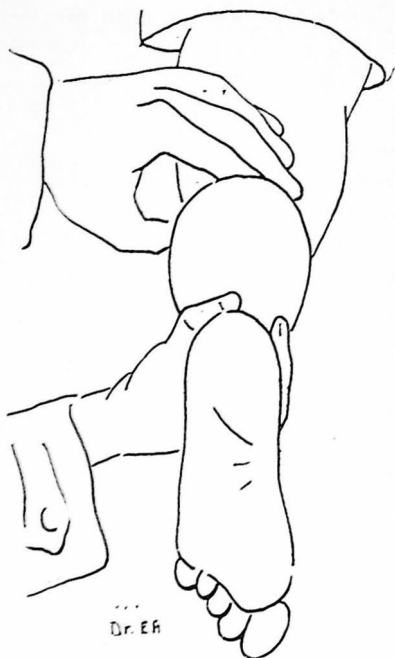
En los casos de acumulación de líquido de cualquiera naturaleza dentro de la cavidad de la rodilla, la rótula es, hasta cierto punto, proyectada hacia adelante, separándose del plano óseo. Ahora bien, si estando el paciente en decúbito dorsal y con su miembro inferior en extensión, tratáis de comprimir dicho hueso contra los cóndilos, veis que se produce un desplazamiento de él, con sensación de choque que no existe al estado normal. Si la cantidad de líquido es escasa, podéis recurrir, para apreciarla, a cualquiera de los dos procedimientos siguientes, que son de gran utilidad.

Vuestras manos abrazan la rodilla comprimiendo simultáneamente hacia la profundidad y en sentido de juntarse una con otra; en este momento el índice derecho deprime la rótula. Mucho más práctico es, todavía, el sistema de realizar esta exploración estando el sujeto de pie; en los casos en que adentro de la articulación existen fungosidades en vez de líquido, el choque rotuliano no se presentará o será muy poco apreciable.

Terminad vuestra exploración con el individuo en decúbito ventral y haciendo una palpación cuidadosa del



...para buscar el choque rotuliano  
vuestras manos abrazan simultáneamente la rodilla...



... con la rodilla en flexión es como mejor se puede palpar el hueco poplíteo...

hueco poplíteo. No olvidéis nunca de completar este examen tomando con una de vuestras manos la pierna y llevándola a la flexión; es éste el momento en que la cavidad está laxa y deprimida; repetid con cuidado la palpación; normalmente encontraréis en la parte externa la saliente formada por el tendón del bíceps y hacia adentro los relieves del semi-tendinoso y semi-membranoso. Si encontráis alguna tumefacción anormal, reservad todavía vuestra opinión, que puede ser imprudente y precipitada.

pues la clasificación de los tumores de esta zona sólo puede hacerse previo un estudio minucioso de las presiones arteriales de las piernas. Pensad siempre que la eventualidad de un aneurisma es seria y temible cuando el cirujano no ha hecho previamente el diagnóstico.

Teniendo ya presente los conceptos anteriores, que estimamos fundamentales, procedamos a examinar a nuestros pacientes.

Veamos primeramente a esta enferma; relata que hace seis días sufrió una herida en la parte anterior y media de la rodilla derecha. Al principio casi no tuvo molestias, pero anteayer la región se torna tumefacta y aparecen dolor intenso e impotencia funcional del miembro. El pulso está rápido y la temperatura sube de 39 grados. Se ha pensado en la posibilidad de una artritis consecutiva

a la lesión inicial, y con este diagnóstico se le envía al servicio.

Veis primeramente, a la inspección, que el muslo y la pierna son sensiblemente iguales a los del lado sano; hay, en cambio, un aumento de volumen difuso de toda la rodilla en la parte anterior y media de la cual se aprecia una pequeña herida contusa con escasa secreción purulenta. Las depresiones situadas normalmente a ambos lados del tendón rotuliano y del cuádriceps aparecen borradas; la piel está rojiza en toda la zona afectada. El hueso poplíteo se presenta de aspecto normal a la inspección. ¿Se trata, en realidad, de una artritis post-traumática? Este cuadro puede presentarse consecutivamente a heridas de esta región, sea cual fuera la naturaleza de ellas (contusas, cortantes o por arma de fuego); pero, en general y sin que esto tenga nada de absoluto, se requiere que la lesión haya sido profunda. Así, pues, frente a esta enferma cuyo traumatismo inicial actuó sobre la región rotuliana, es poco verosímil, aunque no imposible, que se haya producido la infección de la articulación. Para asegurarnos busquemos, entonces, los demás síntomas propios a este tipo de lesiones; encontraremos: dolor espontáneo y durante los movimientos, impotencia funcional, aumento de volumen, fiebre, distensión de la sinovial y dolor a la palpación de la interlínea articular. En realidad, como con mucha razón nos insisten algunos de ustedes, los cuatro primeros síntomas existen en nuestra enferma; pero, agregaremos nosotros: es necesario probar que, en efecto, son debidos a una lesión de la articulación y no de los tejidos vecinos. Veis que si palpamos el fondo de saco sub-cuadricepsal de la sinovial en la forma que ya os hemos dicho, o sea a ambos lados de la parte media de la rótula, entre cuatro dedos de una mano y el pulgar, se comprueba, lo repetimos, que no hay dolor. Vamos ahora a la zona situada entre el tendón rotuliano y la cabeza del peroné: tampoco es dolorosa. Palpemos ahora la interlínea articular, en los puntos ya dichos o sea, como la pierna está

en extensión, a nivel de la transversal situada un poco por encima del vértice de la rótula; pues bien, no hay ninguna sensibilidad.

Como la enferma dice no poder ejecutar ningún movimiento activo, veamos si la movilidad pasiva nos puede orientar en alguna forma. Si procedemos con toda suavidad, logramos llevar la flexión de la pierna a un ángulo de casi cuarenta y cinco grados. No; decididamente, estos síntomas están en contra de una artritis post-traumática, más aún si se considera que cuando aparece este tipo de lesión consecutivo a una herida infectada, reviste casi siempre la forma purulenta y en ella los síntomas citados anteriormente se exacerban al máximo. Entonces, ¿ante qué cuadro nos encontramos? Para saberlo completemos el examen palpando el hueco poplíteo y la cara anterior de la rótula. En la primera zona no hay nada de especial; en cambio, si tomáis dicho hueso con una mano y examináis con la otra, fácilmente podéis llegar al convencimiento de que el proceso inflamatorio principal que padece esta mujer está situado por delante de la rótula y el resto de la inflamación de la rodilla se debe sólo a un edema secundario. El dolor de toda la zona que rodea a la herida es exquisito, el edema intenso y la palpación por medio de vuestros dos índices da una sensación de fluctuación manifiesta. No puede haber duda que estamos frente a una inflamación de carácter purulento de una de las bolsas serosas pre-rotulianas. La exactitud del diagnóstico no sólo tiene importancia en cuanto al porvenir del enfermo, sino también respecto al tratamiento, ya que con sólo una amplia incisión superficial podréis obtener la rápida mejoría.

Interesa también recordar que estas bolsas serosas pre-rotulianas pueden, en algunas ocasiones y sin que medie ningún traumatismo, presentar líquido en su interior, originando tumefacciones de tamaño considerable; se trata, en estos casos, de los llamados higromas pre-

rotulianos, afecciones de carácter generalmente benignas pero susceptibles de infectarse y supurar.

Os diremos, finalmente, que las heridas de la rodilla cuando afectan al hueso poplíteo, pueden originar muy graves complicaciones, inmediatas o tardías. De las primeras debéis temer, sobre todo la hemorragia; de las segundas, el aneurisma arterial.

Frente a un paciente que presente una tumefacción del hueso poplíteo y acuse el antecedente de un traumatismo anterior, estáis obligados, antes de indicar ningún tratamiento, a demostrar que no se trata de un aneurisma. Es el recuerdo de un desastre operatorio que tuvimos ocasión de contemplar el que nos hace insistir en el punto anterior.

En general, esta lesión, sea cual fuere el sitio donde se la encuentre, ofrece un cierto número de caracteres comunes. Tengámoslos presente, investiguémoslos y fácilmente lograremos así llegar al diagnóstico: tumor que presenta latidos, con sopro sistólico a la auscultación y reductible; los dos primeros de estos síntomas desaparecen en los aneurismas poplíteos con la compresión de la femoral. Pero, nos diréis, ¿cuál es, entonces, la dificultad diagnóstica? Estriba en que los síntomas clásicos citados distan mucho de ser siempre fácilmente comprobables. Si la lesión es antigua y los coágulos adheridos a las paredes arteriales numerosos, puede no haber latidos; imaginaos las mismas condiciones en un aneurisma saciforme y podréis comprender que en ellos falta el sopro; en cuanto a la posibilidad de reducción es un pésimo procedimiento plagado de peligros y que sólo conviene recordarlo para no ponerlo en práctica.

Ayudaos entonces con la anamnesis; investigad la forma misma de la herida causal, preguntad su evolución, y si tal antecedente no existe, buscad la sífilis, que es la gran productora de aneurismas.

Haced, en seguida, un estudio minucioso de las oscilaciones arteriales en ambas tibiales; interrogad al paciente

sobre si ha presentado sensación de adormecimiento o de frío en la pierna. Investigad, en seguida, la claudicación intermitente, cuadro tan típico de las lesiones con alteración del lumen. Pero, ¿qué conducta seguir? Nos proponéis una intervención quirúrgica argumentando su carencia de peligros si el cirujano es experimentado y en todo momento tiene presente la eventualidad del aneurisma. A nuestro turno contestamos nosotros: Todo paciente que va a ser operado de una lesión de esta clase situada en el hueco poplíteo, tiene en serio peligro la vitalidad de su pierna; es, pues, imprescindible la precisión del diagnóstico para poner previamente este riesgo en conocimiento del enfermo o de sus familiares responsables.

La arteriografía es un procedimiento de investigación de un enorme valor en las lesiones arteriales de los miembros, aun cuando su técnica es, a veces, dolorosa y no exenta de peligros. En estos casos se realiza puncionando la arteria femoral e inyectando ya sea torotrast o una solución concentrada al cincuenta por ciento de yoduro de sodio. Estas sustancias son opacas a los rayos X y nos permitirán una visualización excelente de toda la red arterial del miembro inferior.

¿Con qué otras lesiones puede confundirse un aneurisma del hueco poplíteo? En orden de frecuencia, podríamos decir: quistes, abscesos fríos, lipomas, neuromas y sarcomas.

Los quistes se desarrollan ya sea en correspondencia de las bolsas serosas que rodean a los tendones, o bien como una



...colocando al paciente de pie, se comprobó que las molestias de la rodilla no tenían una causa articular. Se trataba de várices del miembro inferior izquierdo...

dependencia de la sinovial. En el primer caso son laterales, y en el segundo medianos, sin que esta diferenciación, más bien de carácter didáctico, tenga en realidad nada de absoluto.

Clínicamente se trata de tumores sin síntomas inflamatorios, no dolorosos y que al tener relación con la sinovial son reductibles, es decir, si se les comprime vacían su contenido dentro de aquélla. Pero, para que este síntoma no sea interpretado erróneamente es indispensable que coloquéis una mano por delante de la rodilla, que hagáis flexar ésta y en seguida con vuestra otra mano tratéis de reducirlo; no habléis de reducción sino en el caso que sintáis claramente que la rótula es proyectada hacia adelante.

Los abscesos fríos de esta región están bajo la dependencia de un foco óseo inicial; su diagnóstico será, pues, fácil si se tiene presente los síntomas propios a las lesiones tuberculosas osteo-articulares.

La falta de límites precisos, la consistencia lobulada, el hecho de no presentar dolor ni síntomas inflamatorios, la lenta evolución y la ausencia de compromiso de los elementos anatómicos vecinos, son características que pueden hacer pensar en un lipoma. El diagnóstico diferencial de estas afecciones con los quistes de que ya hemos hablado es, a menudo, imposible.

Los neuromas de esta región se observan muy rara vez y suelen ser consecutivos a heridas. Encontraréis siempre en tales casos alteraciones manifiestas en las zonas de distribución de los nervios de la pierna.

Crecimiento rápido, compromiso de los órganos vecinos, metástasis precoces, circulación colateral marcada y repercusión ganglionar, son hechos que se observan no sólo en los sarcomas de la rodilla, sino también en los de cualquier parte del cuerpo.

\*  
\* \*



...el aspecto globuloso de la rodilla puede ser producido por un sarcoma de la extremidad inferior del fémur...

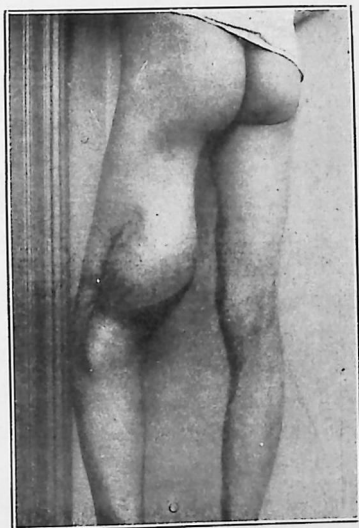
Es indudable que muchos conceptos han cambiado dentro de la evolución de la medicina, que normas tenidas como inmutables se han alterado por completo; pero es el estudio de los tumores de los huesos el que ha dado, sin duda, origen a más encontradas discusiones y a cambios más fundamentales en los antiguos conceptos. Si mirando con calma los hechos nos colocamos en un plano de absoluta imparcialidad, no podemos dejar de ver con espanto que un número considerable de individuos ha sido amputado sin que presentaran lesiones malignas, y es por eso que hoy día el cirujano es parco en exhibir aquellas magníficas curaciones del cáncer óseo, ya que en gran número de casos sería, en conciencia, incapaz de justificar una tan grave y radical intervención.

Pero, entended bien que nosotros no queremos afirmar que sea éste un problema sencillo o que esté ya totalmente solucionado; tan sólo os decimos: el criterio ligero con que se diagnosticaba antes el cáncer óseo y la facilidad con que se aconsejaba la operación, nos parecen actualmente absolutamente inadmisibles.

Veamos ahora cómo hemos razonado frente a nuestro paciente para llegar a poner en gran duda el diagnóstico inicial. Nos relata como antecedentes que hace un año sufrió un traumatismo en la rodilla izquierda, la cual aumentó de volumen provocando acentuada impotencia funcional que lo incapacitó para la marcha. Fué hospita-

lizado durante dos semanas; dado de alta en buenas condiciones reanuda su trabajo y algunos meses después nota que su rodilla aumenta nuevamente de volumen; no había en apariencia, limitación de los movimientos, pero, sí, cierto grado de claudicación del miembro inferior. La acentuación de sus molestias lo hace consultar médico, quien lo envía al hospital. Es un individuo bien constituido, de aspecto normal y que realmente no hace la impresión de estar enfermo; es categórico al afirmar que no ha enflaquecido, siendo su ánimo y apetito muy buenos. Nunca ha tenido fiebre. O sea, resumiendo, la afección de que padece este individuo hace ya dos años, no ha repercutido sobre su estado general. Retened este detalle de sumo interés.

Veis que a la inspección se aprecia un aumento de volumen considerable de la rodilla izquierda; os es fácil, si comparáis con el lado opuesto, daros cuenta de que en realidad la zona afectada es la extremidad inferior del fémur; este hecho importantísimo lo confirmaréis en un momento más con vuestro examen. La atrofia muscular del muslo es muy discreta y en cuanto a la pierna la musculatura no acusa alteración. Fijaos bien en que la coloración de la piel es normal y no existe circulación venosa marcada. Haced ahora que el paciente dé vuelta su miembro para apreciar el hueco poplíteo; su aspecto es igual al del lado sano; igualmente la inspección del pie no revela nada de patológico.



...si se les extirpa localmente, la recidiva es rápida...

Hagamos que ejecute movimientos; veis que a nivel de la región coxo-femoral y tibio-tarsiana ellos se realizan sin dolor y en toda su amplitud. En la rodilla existe una muy ligera limitación de la extensión. Os recalcamos una vez más: el enfermo en ningún momento de nuestro examen se ha quejado de dolor. Ved ahora que durante la marcha presenta cierta claudicación del miembro enfermo, el cual está en ligera semiflexión.

Proceded ahora a palpar, pero siempre en forma metódica, ¿cómo está el fémur? Si lo examinamos de arriba hacia abajo comprobamos que a nivel de su cuarto inferior se presenta enormemente aumentado de tamaño, sobre todo en sentido trasversal. La consistencia dura, ósea y uniforme que se encuentra a este nivel nos permite afirmar con seguridad: este aumento de volumen corresponde al hueso. Fijaos una vez más en que el examen no es doloroso y que en esta masa de superficie casi lisa, no hay zonas fluctuantes ni tampoco la llamada crepitación apergaminada propia, como veréis, de ciertos tumores del esqueleto.

Veamos ahora la interlínea articular: el dedo que la explora no comprueba sensibilidad en ningún punto, lo que por lo demás no tiene nada de extraordinario ya que habíamos observado que los movimientos y la marcha no eran dolorosos.

La rótula está de tamaño, consistencia y forma normales, sin que logre verificarse por las maniobras ya descritas, que exista líquido dentro de la articulación. La tibia y el peroné no ofrecen nada de extraño y en cuanto a la sinovial su exploración es también negativa. Ahora para completar el examen palpemos con cuidado los ganglios inguino-crurales, recordando que para aclarar cualquier diagnóstico en las lesiones de los miembros es fundamental esta verificación; pues bien, también esto es negativo.

¿De qué afección padece este paciente? Para vuestra más clara comprensión os proponemos orientar el diag-

nóstico en la forma siguiente: ¿Hay compromiso articular? o, por el contrario, ¿la enfermedad afecta sólo al fémur?

No queremos entrar aquí en un análisis detenido de los síntomas comunes a todas las artritis, pues ello será motivo de una de las lecciones siguientes, pero, por ser necesario recordémoslos en pocas palabras: dolor a nivel de la interlínea articular, impotencia funcional variable, limitación de los movimientos, atrofia muscular precoz, aumento de volumen de la región, fiebre frecuente, repercusión ganglionar en numerosas ocasiones, y lesión radiológica, que en nuestro paciente no existe. Creemos que en realidad no necesitáis mayores detalles para afirmar que aquí no se trata de una artritis.

Entonces, ¿qué afección podría provocar este aumento de volumen del fémur?

¿No podría tratarse de una osteomielitis? En efecto ella puede perfectamente simular un tumor óseo. Se presenta de preferencia en el adolescente y puede ser consecutiva a un cuadro infeccioso general (bacilo tífico, neumococo, etc.) o lo que es más frecuente a infecciones producidas por el estafilococo (forúnculo, ántrax). El dolor localizado en la metáfisis del hueso es intenso y se exagera con la palpación. Es lo común que haya fiebre de grandes oscilaciones e intoxicación general. Al hacerse crónica la osteo-



...los tumores óseos malignos pueden también producir deformaciones asimétricas...

mielitis tiende a tomar una gran parte del hueso; en ocasiones llega a comprometer toda la diáfisis.

No creáis sin embargo que todo evoluciona siempre en una forma de tan sencillo diagnóstico. No; entendedlo bien, hay casos en que ni aún el análisis clínico más cuidadoso es capaz de llevarnos al descubrimiento de la causa y entonces debéis recurrir a ciertos métodos complementarios de examen, de entre los cuales no os citaremos, por ahora, más que la radiografía y el examen de la sangre.

No obstante, precisemos más los hechos: durante las tres primeras semanas de evolución de una osteomielitis aguda, la radiografía puede ser negativa, existiendo, por el contrario, una leucocitosis polinuclear. Es en este período cuando el clínico experimentado debe hacer el diagnóstico y dar una indicación terapéutica acertada.

Pero supongamos que pasa el tiempo y la afección se transforma en crónica; entonces es lo común que ella tienda a supurar trayendo rarefacción, formación de sequestratos y simultáneamente procesos de condensación ósea por esclerosis reparadora. En estos casos la duda puede ser grande y entonces la radiografía practicada por una persona muy experta, constituye un precioso auxiliar. ¿Qué se busca con ella? Justamente lo que ya hemos dicho anteriormente: la tendencia al secuestro, la reacción perióstica y los procesos de condensación ósea. El estudio de la fórmula sanguínea pierde a esta altura de la investigación gran parte de su valor, tanto por no presentar alteraciones constantes como por ser a veces normal.

Comparad los síntomas ya dichos con los de nuestro paciente, observad la radiografía y estaréis de acuerdo en que también la hipótesis de una osteomielitis de forma crónica debe desecharse.

Si pensamos en el enorme porcentaje de nuestra población que padece de sífilis, forzosamente debemos tener presente esta posibilidad. En realidad este individuo no

da antecedentes venéreos y las reacciones de *KAHN* y *WASSERMANN* son negativas. ¿Basta esto para eliminar este origen? No, en manera alguna y por lo tanto será indispensable recordar el cuadro clínico de la sífilis ósea. Ya en el período secundario podéis observar los llamados dolores osteoscópicos nocturnos, sin que en estos casos se aprecie desde el punto de vista clínico ninguna reacción anatómica ósea. Las lesiones sifilíticas terciarias se localizan de preferencia en la tibia, clavícula y esternón; en las raras ocasiones en que se observan en el fémur, tienen franca tendencia a tomar la diáfisis produciendo un engrosamiento más o menos considerable y de consistencia ebúrnea. Pero sin duda que no es ésta la única forma que puede revestir la enfermedad y en algunas ocasiones origina una osteomielitis de difícil diagnóstico. Sin embargo en estos casos los antecedentes y exámenes de la sangre servirán para orientarse; el síntoma tenido como clásico o sea la fistulización con salida de líquido siruposo es tardío y de escaso valor.

En cuanto al examen radiológico si bien nos permite en nuestro paciente afirmar que no padece de una osteomielitis, se muestra en cambio casi totalmente incapaz, en aquellos casos en que ella se presenta, de revelar su causa etiológica.

La gran frecuencia de la tuberculosis ósea, sobre todo en nuestro medio hospitalario y el hecho de tratarse de un enfermo joven, hacen que acuda también a nuestra mente esta posibilidad.

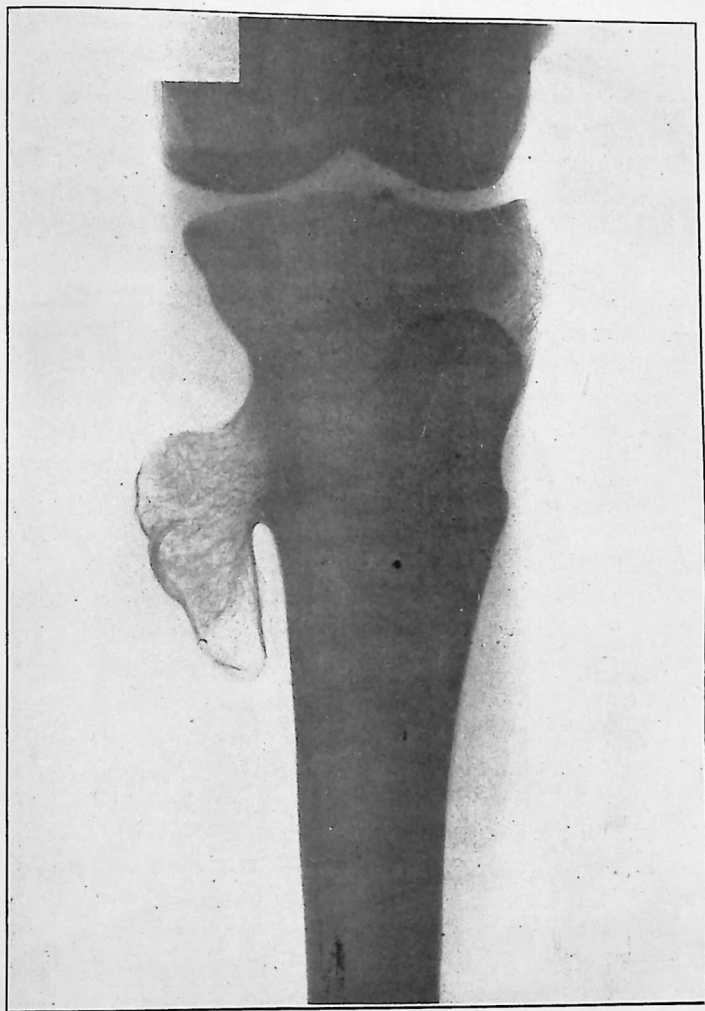
Clínicamente en esta afección los antecedentes personales tienen valor sólo cuando son positivos o en otras palabras: no se está autorizado para afirmar que un individuo no tiene una lesión tuberculosa por el solo hecho de estar aparentemente en estado de salud floreciente. En el caso presente los exámenes pulmonar y general realizados desde este punto de vista son negativos. Consideremos además que en la enorme mayoría de las veces la tuberculosis reviste la forma de osteo-

artritis, se acompaña por lo general de alzas de temperatura y tiene rápida repercusión sobre los ganglios correspondientes. Veis que todos estos síntomas faltan en nuestro paciente, en el cual la palpación de la interlínea articular y los movimientos son completamente indoloros. Pero ¿no podría tratarse de una forma atípica con localización extraarticular? En realidad, difícilmente se admite no sólo por lo ya dicho, sino también por no tener, durante este largo lapso, ninguna tendencia a la fistulización ni complicarse tampoco de atrofia muscular, síntoma que para nosotros reviste una importancia extraordinaria. Finalmente podríamos recurrir, para ayudar el diagnóstico en este sentido, a ciertos medios complementarios de examen entre los cuales la determinación de la sedimentación sanguínea y el estudio de la fórmula leucocitaria son de gran interés; para interpretar estos valores debéis recordar que la sedimentación sanguínea normal fluctúa entre ocho y doce milímetros; este índice se encuentra aumentado en la tuberculosis. La segunda investigación, como ya lo hemos dicho en otras ocasiones, revela una linfocitosis. Os volvemos a insistir en que los exámenes de laboratorio constituyen, sin duda, una espléndida ayuda para el diagnóstico, siempre que se asocie su resultado a los de la investigación clínica; si prescindís de ella o no sabéis realizarla, caeréis en el error de dar a aquellos un valor preponderante, que considerados aisladamente no pueden tener.

La dificultad para el diagnóstico de la actinomicosis de los huesos proviene no sólo del hecho de ser una afección rara sino también de que nunca se la tiene presente y además su cuadro clínico es variable y engañoso. La tendencia a adherirse a los planos vecinos y a fistularse en forma múltiple es lo más frecuentemente observado. Anatómicamente se localiza de preferencia en los maxilares y su diagnóstico clínico antes de la fistulización es punto menos que imposible; la reacción de desviación del complemento y la siembra de la secreción en medios

especiales de cultivo, pueden afirmar la posibilidad etiológica.

Fácilmente podemos desechar la hipótesis de que se trate de una "exostosis de crecimiento", pues si bien es



...es lo común que la exostosis osteogénica se una al hueso por un pedículo: las trabéculas óseas son paralelas al eje de éste y el periostio está intacto...

cierto que se localiza con bastante frecuencia en la zona metafisiaria de la extremidad superior de la tibia e inferior del fémur, no es menos exacto que nunca da la sensación de un aumento de volumen del hueso mismo porque la lesión se presenta en forma de un tumor óseo, pediculado. Clínicamente es de carácter familiar e indolora; estos pacientes sólo se someten a examen por molestias de orden mecánico y son por lo demás innumerables los casos citados en los cuales la lesión pasó inadvertida durante toda la vida. En la intervención quirúrgica encontraréis una masa ósea cubierta por cartílago y unida al hueso en la forma ya dicha.

Creemos que el examen de esta radiografía que os mostramos, será para vosotros más ilustrativo que cualquiera descripción. Tomad nota de la disposición de las trabéculas óseas de la exostosis; están paralelas al eje del hueso, constituyendo un síntoma que en ocasiones tiene una gran importancia para el diagnóstico; fijaos también en otro hecho de gran interés: el periostio está intacto.

Las exostosis pueden ser únicas, que es lo más frecuente, o múltiples y distribuidas en diversas partes del esqueleto.

Cómo fácilmente comprenderéis en estos casos faltan por completo los síntomas articulares y dado el carácter eminentemente benigno de la lesión, no hay repercusión ganglionar ni sobre el estado general.

Analizaremos rápidamente la hipótesis de que pudiera tratarse de un encondroma o un osteoma. Los primeros son benignos, de evolución lenta e indolora y con frecuencia múltiples; su diagnóstico es difícil debiendo a menudo recurrirse ya sea a la radiografía, la cual nos muestra la desaparición de la estructura ósea, o a la biopsia.

El osteoma es de observación más frecuente en los huesos del cráneo, siendo su diagnóstico mucho más complejo aún que en la lesión anterior. De consistencia muy dura, casi siempre indoloro y de evolución benigna, rara

vez alcanza un tamaño semejante al aumento de volumen que presenta nuestro enfermo. Su imagen radiológica es también netamente diferente demostrando una zona intensamente opaca.

No eliminéis sin discutir la hipótesis de un quiste hidatídico y así como estáis habituados frente a cuadros patológicos imprecisos a pensar en la sífilis, tomad la costumbre, ante todo tumor, de convenceros que no se trata de un quiste de tal naturaleza.

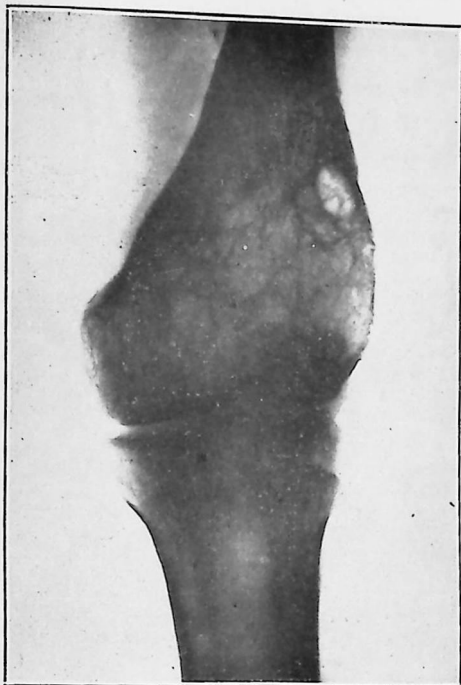
La hidatidosis ósea afecta cualquiera parte del esqueleto y ha sido objeto de diferentes trabajos en los distintos países. A veces debido a la gran densidad de los huesos es de excepción observar la imagen ovalada con un eje mayor en sentido longitudinal, signo diferencial sobre el cual tanto insisten los clásicos. La clínica tan sólo os revela un tumor óseo de carácter benigno, es decir que crece lentamente y no da metástasis. En algunas ocasiones la primera manifestación puede ser una fractura espontánea y esta radiografía que hoy os mostramos corresponde justamente a ello. Aquella vez, como frecuentemente ocurre, sólo hicimos el diagnóstico durante la operación, pero debemos confesar que en realidad no le dimos bastante importancia a la claridad homogénea de la sombra intraósea visible en la radiografía, ni tampoco al hecho muy importante de que el proceso era sólo destructivo. La reacción de *WEINBERG* (desviación del complemento), la eosinofilia sanguínea (sobre 1%) y la crisis de prurito sin causa aparente, constituyen signos coadyuvantes que pueden ser de valor. Todos estos exámenes han sido negativos en nuestro paciente; como final retened en vuestra mente este hecho muy importante: "el quiste hidatídico óseo puede presentarse como una localización clínicamente primitiva y única del parásito".

Hace algunos meses os pudimos mostrar una afección ósea de difícil diagnóstico y aquella vez llegamos con vosotros a establecer que se trataba de una enfermedad de *RECKLINGHAUSEN*.

Hoy día después de haber estudiado con detención a varios de estos pacientes no vacilamos en afirmaros que debido a la similitud que ofrece esta lesión con otras enfermedades de los huesos, el examen clínico y la radiografía nos aparecen insuficientes para confirmar por sí solos un diagnóstico. Sólo el estudio humoral al mostrarnos un aumento del calcio en la sangre (normal 100 milig. por litro) y en la orina (normal 200 milig.) y una disminución del fósforo sanguíneo (normal 40 milig.) unidos a una alteración marcada de la fosfatasa (gran aumento por sobre lo normal  $-0,14021$  unidades *KAY.*) pueden, asociadas a un resultado positivo de las otras investigaciones ya dichas, confirmar la presunción diagnóstica.



...una fractura espontánea fué el primer síntoma de este quiste hidatídico de la tibia; observad su imagen radiológica ovalada...

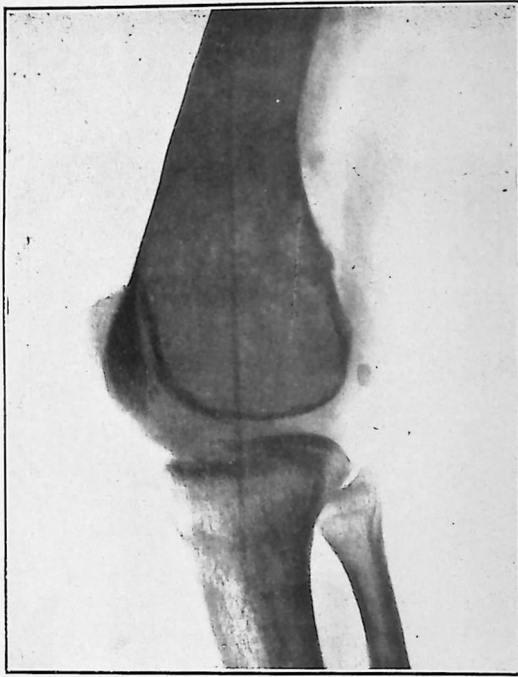


...en los tumores de células gigantes, la radiografía muestra cavidades areolares; no hay reacción perióstica...

Sin embargo estas determinaciones de laboratorio no sólo son difíciles, sino que, y a pesar de las afirmaciones de los últimos años, no las hemos comprobado nunca en forma típica en los pacientes en los cuales todo el resto de la sintomatología era francamente positivo. Puede, por otra parte, existir aumento del calcio sanguíneo sin que se trate de la enfermedad de *RECKLINGHAUSEN*.

Desde el punto de vista clínico esta afección puede presentarse tanto en el joven como en la edad media de la vida (uno de nuestros enfermos tiene 36 años) y si bien a menudo se inicia con dolores difusos a los miembros inferiores o región lumbar, no es extraordinario

como en otro enfermo que hemos visto, que su primera manifestación evidente sea un tumor óseo. Si pensáis en lo que ya os hemos dicho con respecto a las grandes alteraciones en el metabolismo del calcio, comprenderéis que a medida que la afección avanza, el esqueleto se hace menos y menos resistente produciéndose dolores in-



Corresponde al mismo enfermo de la radiografía precedente; el tumor al seguir aumentando de tamaño determinó el estallido del periostio en la parte posterior.

tensos y fracturas espontáneas múltiples. Son los cúbitos, clavículas y tibias los más frecuentemente afectados, siendo constante la falta de reacción de los tejidos vecinos y la consistencia dura e irregular de la lesión ósea. El estado general está alterado en el sentido de una pérdida de las fuerzas, pero no existe fiebre ni repercusión ganglionar.

Radiológicamente hay signos que son de gran importancia: cartílago de crecimiento intacto; falta de reacción perióstica: cortical del hueso muy adelgazada; tumor de aspecto quístico con trabéculas que lo cruzan en distinto sentido; en las formas localizadas se observan algunas lagunas claras de diferentes dimensiones y de contornos poco netos, distintos por esto a los de un quiste. En resumen, hay ciertos aspectos radiológicos descritos como típicos y en este sentido la colaboración del especialista es absolutamente indispensable. Ved ahora esta placa que es muy demostrativa.

¿Y qué puede dar el examen clínico de las paratiroides? ¿Tienen estas glándulas alguna relación con la enfermedad de *RECKLINGHAUSEN*? Indiscutiblemente, pues, en algunas ocasiones su extirpación mejora en forma manifiesta el cuadro; sin embargo no puede afirmarse categóricamente que únicamente en la relación tumor epitelial-metabolismo del calcio esté el origen de esta afección.

En realidad, de acuerdo con nuestra propia experiencia y con lo que se deduce de la lectura de las cien observaciones hasta hoy publicadas, vemos que la palpación del adenoma paratiroideo es excepcional. Esto se comprende sin esfuerzo no sólo por la ubicación profunda de las glándulas sino también por la frecuencia con que están ubicadas en situación atípica.

Veis pues, que la afección de que nos ocupamos no corresponde al cuadro que ofrece nuestro paciente, cuyo estado humoral es normal.

Los quistes de los huesos son más frecuentes en los niños; su localización metafisiaria (sobre todo en los huesos largos; húmero, fémur, tibia) y su lenta evolución se acompañan de las características propias de los tumores benignos. Radiológicamente encontraremos límites precisos, falta de reacción perióstica, cortical y cartílago de crecimiento intactos. Clínicamente al tratarse de estos casos descubriremos a la palpación un tumor duro, más

o menos irregular, no doloroso, pero contrariamente a lo que aquí vemos, rara vez alcanzan este tamaño.

La tendencia a la producción de fracturas espontáneas es una característica propia a las diversas lesiones quísticas de los huesos y debe ser tenida muy en cuenta para su diagnóstico.

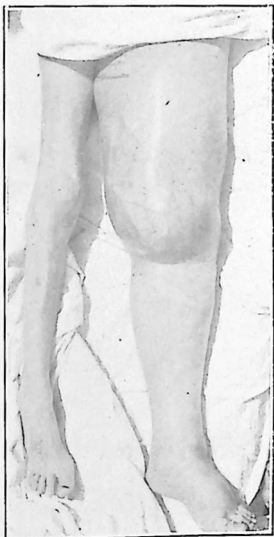
En presencia de un tumor óseo de naturaleza no precisada, debéis temer la posibilidad de una metástasis cancerosa. Buscad pues el probable punto de partida inicial, ¿dónde? principalmente a nivel del cuerpo tiroides, estómago, próstata y glándula mamaria en la mujer. Se trata en estos casos de lesiones múltiples y que se localizan de preferencia en la pelvis, columna vertebral y raíz de los miembros. A la radiografía los huesos pueden aparecer con gran número de zonas de destrucción; en otros casos la lesión es proliferativa. El estudio de nuestro enfermo nos hizo eliminar esta hipótesis.

Entonces, ¿este paciente tiene en realidad un osteosarcoma?, si bien es cierto que hoy día después de casi dos años de evolución este diagnóstico aparece poco fundado, la situación era sin duda diversa en el momento del primer examen. Recordemos entonces las características principales: se presentan de preferencia en el adolescente entre los doce y quince años: tienen por origen la zona fértil del hueso, es decir, la metáfisis, son pues tumores en cuya producción entra en juego el factor crecimiento del sujeto. Mucho se ha discutido sobre su probable relación con un traumatismo anterior y justamente nuestro enfermo invoca como causa un golpe. Sin embargo examinando la radiografía tomada el día siguiente del accidente, comprobamos que existía ya en el hueso una lesión antigua.

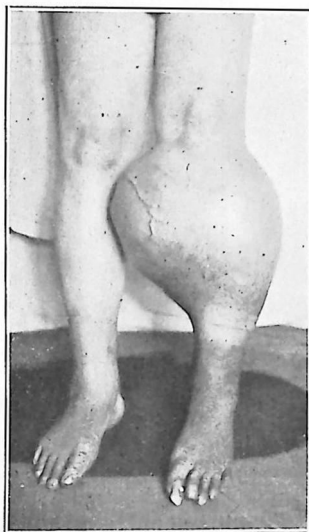
El dolor cansado, sordo, continuo y que no se calma con el reposo es frecuente en el osteo-sarcoma y no existe en nuestro paciente. Más tarde aparece la tumefacción, la cual, deforma la región y se acompaña de circulación colateral, (que falta también en nuestro caso).

La adenopatía en este período es frecuente (ya os hemos insistido en que este enfermo no la presenta). Habitualmente no existe fiebre, pero, hay ocasiones en que puede presentarse, dificultando aún más el diagnóstico.

Atendidas estas características propias del tumor maligno del hueso, es lógico que lo pusiéramos en duda; para mayor seguridad recurrimos a un examen indispensable, el radiológico, buscando por su intermedio la evidencia de signos de malignidad o sea: alteración de la cortical, destrucción difusa, infiltración sin límites precisos, alteración del cartilago de crecimiento que contrasta con la integridad del cartilago de revestimiento. En el período inicial un radiólogo experto os puede aún indicar si hay alteración de la estructura trabecular, vale decir, si en un punto del hueso no se ven con claridad las laminillas óseas. Las características radiológicas del sarcoma perióstico ofrecen una gran analogía con las ya di-



...en algunas ocasiones, los osteosarcomas del fémur alcanzan dimensiones considerables...



...los sarcomas de la extremidad superior de la tibia suelen alcanzar proporciones enormes...

chas, encontrándose alteración del periostio, infiltración difusa de los tejidos vecinos y a medida que la lesión avanza destrucción de la cortical. Presenta aún más tendencia que el anterior a la formación de tejido osteoide.

Como fácilmente podéis apreciar por la radiografía, estos detalles fueron negativos en nuestro enfermo. Sin



...el osteosarcoma perióstico ha producido decalcificación y reacción esclerótica difusa; hay también ruptura del periostio en la espina tibial anterior...

embargo, dada la extraordinaria gravedad del osteosarcoma tampoco nos dimos por satisfechos con este examen y recurrimos a la biopsia, la cual, fué igualmente negativa.

Llegamos así por eliminación a confirmar nuestra opinión o, sea, que nos encontramos en presencia de un tumor de células gigantes.

Os podemos decir que en realidad existe mucha confusión a este respecto ya que aún el examen histológico de estas lesiones ofrece un notable parecido con el osteosarcoma. Pese a ello basándonos en los conocimientos actuales, es innegable la individualidad de estos tumores. Se presentan de preferencia entre los quince y los



...es el mismo caso anterior; las superficies articulares están más o menos conservadas, pero se observan irregularidades en la vecindad de las espinas tibiales...

veinticinco años y se localizan como sitios de elección en la epífisis femoral inferior, en la humeral superior y en los maxilares. Oíd ahora sus características y comparadlas con las de nuestro enfermo: la impotencia funcional no existe o es escasa; sólo son dolorosos en casos muy avanzados; su evolución lenta se cuenta por años, y a pesar de ello no alteran el estado general; la adenitis regio-

nal no existe; los tegumentos no presentan circulación colateral o bien es muy discreta.

Si hacéis un estudio radiológico os mostrará: lesión epifisiaria circunscrita; aspecto multilocular; ausencia de reacción perióstica (hace el efecto que el hueso se hubiese inflado de adentro afuera, pudiendo llegar a quebrarse, por exceso de distensión, pero sin destruirse), faltan signos de malignidad.

Fueron estos hechos los que nos indujeron a pensar que en realidad estábamos frente a un tumor de este tipo y no a un osteosarcoma. Pero como al tratarse de esta última eventualidad el pronóstico es sumamente grave, recurrimos, como ya anteriormente se ha dicho, a la biopsia, procedimiento que constituye una gran ayuda para el diagnóstico de los tumores óseos, sin que, no obstante, tenga un valor absoluto, pues existen diversas causas de errores derivadas por una parte de la forma misma en que se toma la muestra, y por otra, del hecho de que hoy día no hay todavía uniformidad de criterio en lo que se refiere a la interpretación histológica de los tumores óseos.

Practicamos primero la punción biopsia con un trocar de dos milímetros de diámetro y aspirando con una buena jeringa. Se recoge el contenido, se incluye en parafina y en seguida se hacen cortes coloreándolos de acuerdo con las técnicas histopatológicas. Este método empieza hoy día a generalizarse ya que es de fácil aplicación; desgraciadamente en nuestro enfermo no obtuvimos resultado, por lo cual debimos recurrir a la extracción quirúrgica de un trozo de hueso.

¿Qué elementos confirman el diagnóstico histológico?: gran número de células gigantes (el osteosarcoma las puede presentar pero en escasa cantidad); una disposición uniforme de ellas; encontrar diversos tipos de células desde las conjuntivas y fusiformes a las gigantes; gran vascularización (llega a tal punto que se les ha llamado "aneurismas óseos") y finalmente que los elementos restantes no presenten signos de malignidad.

Veis pues, que un estudio cuidadosamente llevado nos permitió llegar a establecer que este individuo no tenía una lesión maligna del hueso y así evitamos la amputación que se le había propuesto. El largo tiempo de evolución transcurrido desde aquel entonces confirma plenamente nuestra hipótesis.

Si resumiéramos los hechos expuestos podríamos decir: la asociación del estudio clínico, de la investigación radiológica y de la biopsia es indispensable para el correcto diagnóstico de un tumor óseo.

\*  
\* \*

Y analicemos el caso siguiente:

Nos relata este sujeto que desde hace tres meses siente dolor cansado de la rodilla derecha; al principio no le impidió su trabajo, pero, últimamente ha habido aumento de volumen a ese nivel y sus molestias se han exacerbado en tal forma que debe guardar cama. Dice haber tenido una gonorrea hace dos años. El enfermo actualmente presenta alzas de temperatura en las tardes.

En realidad el estado general de este hombre de veintidós años de edad no está alterado; sólo presenta una ligera palidez del rostro. A no dudarlo os llama ante todo la atención la actitud viciosa del miembro afectado y el hecho de que el enfermo suplica que no le toquen la rodilla. Observad que la articulación está semiflectada y que el aumento de volumen que presenta se hace aún más evidente debido a la franca atrofia muscular del muslo y de la pierna. Los movimientos activos se hallan abolidos y los movimientos pasivos más insignificantes producen atroces dolores. La piel en la zona enferma se presenta ligeramente violácea. Explorando con cuidado veis que la articulación de la cadera está normal y que igual cosa sucede en la región tibio-tarsiana.

Los exámenes clínico y radiológico pulmonar son

negativos y después de una investigación de los diversos órganos podemos afirmar que aparentemente toda la enfermedad de este individuo está localizada a nivel de la rodilla derecha.

La palpación nos confirma la atrofia muscular que ya habíamos observado y también muestra que existe contractura muscular (especialmente de los adductores del muslo). Tened siempre muy presente esta alteración, pues, podrá servirnos para apreciar la curación de numerosos procesos articulares: mientras haya contractura debe temerse que la lesión no esté aún clínicamente sana.

Id ahora a la parte alta; vuestros dedos exploran el triángulo de *SCARPA*. ¿Cómo hacerlo y con qué objeto? Es la cara palmar de tres o cuatro dedos la que va a comprimir suavemente los tejidos desde la piel hacia la profundidad; en seguida realizad un pequeño movimiento de rotación y fácilmente podréis apreciar en esta forma si existen o no ganglios infartados. Si no se trata de procesos inflamatorios muy agudos, podéis encontrarlos como pequeñas tumefacciones más o menos numerosas. Debéis daros cuenta cabal de su número, de su situación exacta en el área del triángulo, de si son o no dolorosos, del grado de adherencia a la piel y tejidos profundos y de su consistencia (dura, fluctuante, etc.).

En procesos ya más avanzados, pueden haberse perdido todas estas características y en realidad sólo encontraréis una fusión de los ganglios; es lo que se llama "adenitis supurada". Que tome un poco más de intensidad la infección y tendréis transformada la adenitis en el llamado "adeno-flegmón".

En el caso de nuestro enfermo se palpan algunos pequeños ganglios indoloros y poco movibles.

Veis que la exploración del esqueleto en las zonas distantes de la articulación no os revela nada, pero a nivel del cóndilo interno hay un dolor vivo.

Es muy interesante, especialmente en este enfermo, darse bien cuenta del estado del fondo de saco sinovial

sub-cuadricipital. Recurrir para ello al llamado "pellizcamiento de la rótula" que os citamos en clases pasadas y completad este examen colocando a mano llena ambas manos en los lados de la rodilla y palpando metódicamente de arriba hacia abajo.

Ya sabéis que normalmente la sinovial no se palpa; pues bien, aquí os da la sensación de tener sus paredes engrosadas y está ligeramente sensible.

La falta del choque rotuliano, os confirma la misma impresión que daba el examen anterior, es decir, que aparentemente no hay líquido dentro de la articulación.

Veamos ahora en qué forma podríamos aclarar el diagnóstico. Tomad siempre y primero que todo en cuenta los hechos positivos: este individuo ha tenido una gonorrea; la localización del gonococo a nivel de la rodilla es muy frecuente; por lo tanto debemos asegurarnos de si dicho germen es o no el causante de la enfermedad.

Las lesiones de origen gonocócico se presentan en todas las edades; tienen por punto de partida una lesión genital u ocular (infección durante el parto) y pueden ser plásticas o con derrame. Sabéis ya que está definitivamente probado que es el germen mismo el que se localiza en la articulación. La artritis resultante es de difícil diagnóstico, pues no siempre presenta un cuadro típico. La base de su análisis es la siguiente: demostrar la presencia del gonococo en las vías genitales, analizar muy bien el cuadro clínico y finalmente tratar de encontrar el microbio dentro de la articulación, lo que no siempre es fácil. Urge llegar a una conclusión lo más pronto posible ya que la anquilosis precoz es la más temible amenaza de la contaminación articular neisseriana...

¿Cuál es la forma habitual de presentarse de la artritis gonocócica? ¿Qué variedades clínicas son las más frecuentes?

Es, de ordinario, durante la tercera o cuarta semana de la evolución de la gonorrea cuando más o menos bruscamente aparece un dolor intenso, atroz, en una artícu-

lación (de preferencia rodilla, radio-carpiana o codo). Hay impotencia funcional, aumento de volumen, edema, gran compromiso de los tejidos peri-articulares y fiebre. El hecho de que la afección sea mono-articular y que no comprometa los ganglios tiene una gran importancia para el diagnóstico.

Naturalmente no es este el caso de nuestro enfermo, pero, tened presente que no siempre los hechos ocurren en la forma expuesta. Podéis también encontrar artralgias e hidrartrosis; en el primer caso hay dolores que por lo general toman un gran número de articulaciones y llama la atención que salvo una ligera sensibilidad a nivel de la sinovial, el examen físico es negativo. La hidrartrosis gonocócica se presenta en individuos con gonorrea crónica; es persistente, recidivante y no dolorosa.

Además de estas tres formas que son las habituales, las lesiones articulares producidas por el gonococo pueden ofrecer infinitas variedades y es este poliformismo el que hace que las dificultades diagnósticas sean considerables.

Se impone, pues, frente a nuestro enfermo recurrir a ciertos exámenes complementarios. Ante todo investigar el gonococo en las vías genitales y si no se le encuentra es conveniente hacer un lavado uretral con una solución débil de nitrato de plata, asociando esto a un masaje prostático. Esta investigación ha sido en nuestro caso negativa. Si se tratase de una mujer, habríamos ido a tomar la muestra no en la vagina sino a nivel del cuello del útero.

Debemos practicar la gono-reacción, que es un excelente método complementario de examen. Para aumentar el valor del hemocultivo, ya que casi siempre resulta negativo, debéis sacar la sangre en el período de fiebre máxima; extraer cantidades no inferiores a treinta cc. y sembrarlo inmediatamente en medio adecuado.

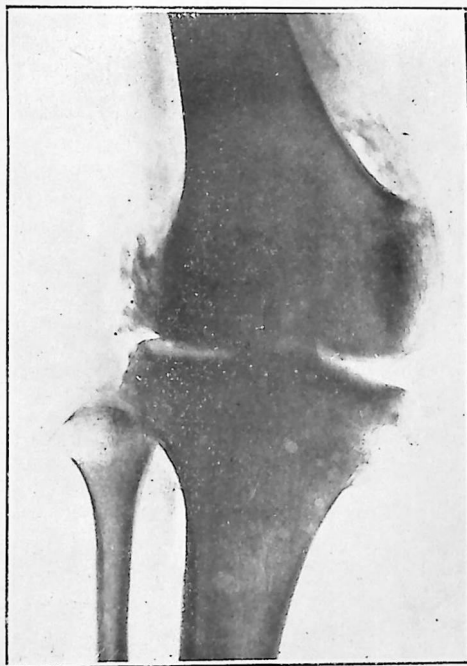
Finalmente en caso de duda debe recurrirse a la punción; estimamos que es erróneo creer que no tiene

valor. El Profesor argentino *F. BUSTOS* ha precisado muy bien las condiciones en que debe realizarse; puncionar y mover la aguja para rozar las franjas sinoviales; sembrar inmediatamente en medio de cultivo adecuado; colocar en el acto la siembra en la estufa a 37°.

El sitio de elección para la punción de la rodilla está situado por encima y afuera de la rótula.

El examen citológico del líquido extraído no es característico y sólo se encuentran glóbulos rojos, neutrófilos y células endoteliales abundantes.

¿Y no podrá el examen radiológico contribuir al diagnóstico? Desgraciadamente en las diversas artritis, sobre todo en sus períodos iniciales, esta investigación es de un



...junto a la tendencia anquilosante, hay en este caso de artritis gonocócica un proceso proliferativo intenso...

valor muy inferior a los datos proporcionados por el examen clínico. Tened presente que cuadros extraordinariamente dolorosos pueden no dar durante varios días ninguna alteración a la pantalla. Las características radiológicas principales de las artritis gonocócicas son: decalcificación intensa y precoz; tendencia a la atrofia ósea difusa; pérdida rápida de la estructura trabecular del hueso, y la interlínea que en un principio permanecía intacta, tiende a estrecharse irregularmente (se le ha dado a este detalle gran importancia).

En realidad la imagen radiológica de la rodilla de nuestro paciente no presenta estas características.

Sería sin embargo erróneo que creyerais que el examen realizado basta para eliminar en forma absoluta este diagnóstico y por lo tanto diremos: posiblemente esta artritis no es gonocócica, pero, para asegurarnos bien de ello analicemos las demás causas capaces de originar el cuadro que presenta nuestro paciente y si su papel no parece muy claro, volveremos de nuevo a considerar esta hipótesis.

Este individuo no tiene ningún antecedente de sífilis; la reacción de *WASSERMANN* practicada en la sangre y líquido céfalo-raquídeo ha sido negativa; el examen químico-citológico de este último no ha evidenciado tampoco la albuminosis tan frecuente en los luéticos.

Escuchad ahora la descripción de los síntomas y formas clínicas propios a las artritis sifilíticas y quedaréis convencidos de que puede eliminarse la intervención de la espiroqueta en este caso.

Artralgias, hidrartrosis y sinovitis subagudas son propias al período secundario y a menudo coinciden con otras manifestaciones que facilitan grandemente el diagnóstico (roseola, placas mucosas, etc.). Las primeras pueden aún coexistir con el chancro; son generalmente poliarticulares; el dolor, síntoma único, es sobre todo nocturno y se calma con los movimientos; al examen físico la articulación está aparentemente normal; el tratamiento



...la hidrartrosis sífilítica se presenta sin lesión ósea ni sinovial; aquí sólo se observa la gran dilatación del fondo de saco sub-cuadricepsal...

específico tiene un efecto sorprendente por su rapidez.

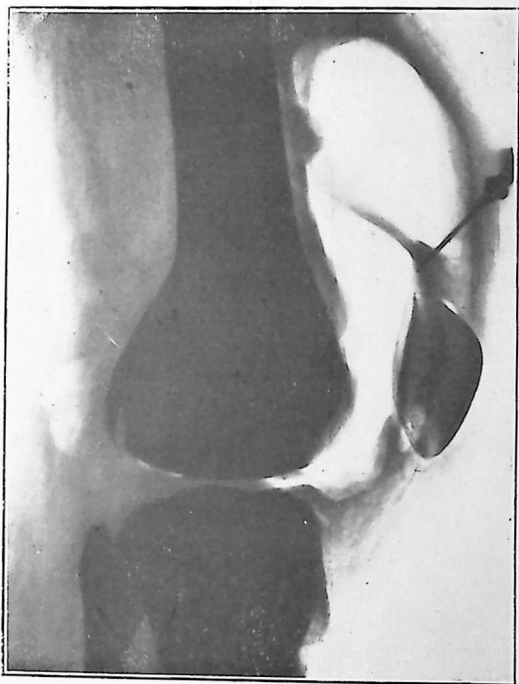
La hidrartrosis, de aparición insidiosa, es indolora y en muchas ocasiones toma simultáneamente dos articulaciones homólogas, hecho de gran importancia clínica. La articulación está aumentada de volumen y globulosa, pero, sin que la piel presente ningún síntoma inflamatorio. Digno es de notarse que aún con lesiones de larga evolución la impotencia funcional sea nula o muy escasa y la fistulización excepcional.

Las sinovitis se diagnostican por tener también las características propias de las sífilis articulares.

Creemos conveniente recordaros una frase que es una espléndida síntesis clínica de estas dos últimas for-

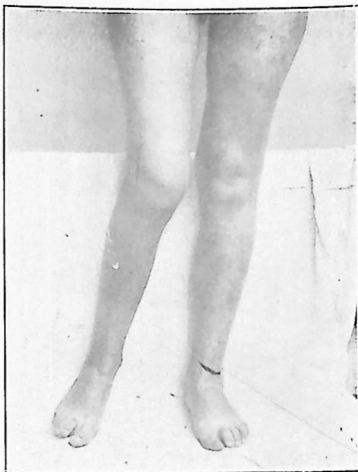
mas de manifestaciones: "el derrame dentro de la sinovial o el espesamiento de ella es clínicamente toda la enfermedad", y si para una más clara comprensión hiciéramos un resumen de los síntomas principales de la sífilis articular, podríamos decir que sus características son: conservación del estado general; fiebre excepcional; coexistencia de otras lesiones; movimientos conservados; dolor nocturno; falta de atrofia muscular; adenitis regional rara y rápida influencia del tratamiento.

En el período terciario podemos observar el cuadro de osteo-condro-artropatía con lesiones del hueso, cartilago y articulación; pueden ser gomas epifisiarios que se abren en ella. Naturalmente en este caso el cuadro será



...corresponde al mismo enfermo; el repliegue que corta el fondo de saco en su parte media, puede encontrarse en sujetos normales...

diferente al de las lesiones anteriormente dichas, es decir, habrá dolor, impotencia funcional y limitación de los movimientos. Sin embargo podéis aclarar en mucho el diagnóstico investigando con cuidado otras manifestaciones sifilíticas, pues, este tipo de lesión articular sólo por excepción se presenta como manifestación clínica primitiva de la sífilis.

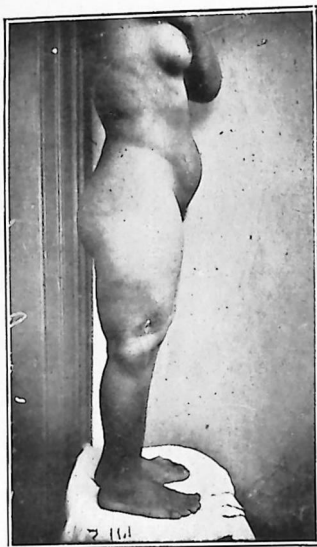


... aumento de volumen, movilidad anormal, laxitud articular, falta de dolor: artropatía tabética...

La artropatía tabética es también netamente diferente, siendo sus características principales: aumento de volumen de la articulación (puede ésta ser enorme o irregular); laxitud articular bastante marcada; movilidad anormal; lesión totalmente indolora. Al examen radiográfico encontraréis: zonas extensas de destrucción acompañadas de neoformación exuberante de hueso (diferencia con la tbc. que es sólo destructiva). Estos síntomas os servirán para hacer el diagnóstico de artropatía tabética, son muchas veces la primera manifestación de la tabes dorsal, aún antes que aparezcan las manifestaciones neurológicas.

Veis que la descripción anterior difiere netamente de la de nuestro paciente. ¿Que los síntomas nunca tienen un valor absoluto? Ciertamente, pero si razonáis en esta forma, jamás llegaréis a conclusiones, pues, es indispensable buscar dentro de los grandes cuadros clínicos las líneas fundamentales para su diferenciación.

Es indudable que a veces el punto de origen de las diversas artritis se encuentra a nivel de las amígdalas o focos infecciosos dentarios: son éstas las llamadas "artri-



...la asociación de un proceso piógeno a una artropatía luética secundaria, hace muy difícil el diagnóstico...

tis de origen focal", cuya existencia es innegable, aun cuando su importancia clínica ha sido, en realidad, exagerada en el último tiempo. Pero, aquí el dolor es atenuado, continuo y no se acompaña de deformaciones ni tampoco de alteraciones radiológicas. En todo caso, tened cuidado de precisar muy bien estos hechos y no incurráis en el burdo error de ordenar al enfermo que se extraiga un gran número de piezas dentarias, pues si es lógico en caso de duda hacer que sean curadas las caries existentes, nos resulta absurdo el otro procedimiento. Si insistimos en estos hechos, es porque

hemos visto a menudo pacientes en los cuales sus molestias han persistido a pesar de haber perdido toda su dentadura.

¿No será esta una artritis de tipo no específico? Ya sabemos que los diversos microbios (estafilo, estreptococos, bacilos *EBERTH*) pueden originar procesos inflamatorios de intensidad diversa en las articulaciones; pero, salvo muy raras excepciones la marcha de estos cuadros es aguda y tienden rápidamente a la artritis purulenta. En todo caso, analicemos los hechos: nuestro paciente es categórico en afirmar que no ha tenido herida o erosión alguna en su miembro inferior; no acusa, tampoco, ningún síntoma que nos oriente en el sentido de una fiebre tifoidea o de una septicemia. Como ya lo dijimos, sería también extraordinariamente raro que en tres meses de evolución, la infección hubiese tenido una marcha tan atenuada si se tratara de artritis supuradas cuyas caracterís-

ticas principales son: dolor articular intenso, abolición total de los movimientos, profunda alteración del estado general, reacción local de los tegumentos (edema, rubicundez), fiebre de grandes oscilaciones, tendencia a la anquilosis y atrofia muscular (a veces no alcanza a presentarse debido a la evolución rápidamente mortal).

El examen del líquido obtenido por punción articular, revela en él signos inflamatorios variables y que pueden ir desde la presencia de abundantes células endoteliales a la existencia franca de pus. En caso de duda, es conveniente hacer cultivo de este líquido en los diversos medios que existen para este objeto.

Radiológicamente esta lesión, si fuera de origen pió-



...bordes óseos irregulares por procesos simultáneos de destrucción y neo-formación; posible artropatía tabética...

geno presentaría ya a los tres meses signos de destrucción ósea o alteraciones de la interlínea que aquí no se aprecian.

Pues bien, después de lo que acabamos de decir, ¿no creéis que la hipótesis de artritis infecciosa de origen piógeno debe ser desechada?

La osteomielitis de la extremidad inferior del fémur suele producir, por propagación de vecindad, lesiones articulares que son de difícil diagnóstico. No nos referiremos a aquellos casos en que el cuadro óseo se ha iniciado con sus características típicas, es decir, que durante un proceso infeccioso general o una forunculosis aparezca dolor metafisiario intenso y fiebre alta; allí el diagnóstico es evidente, no admite dudas. Pero, al no presentarse las cosas en forma clara, investigad los antecedentes, palpád con cuidado y os daréis cuenta de que el máximo de dolor está en la metáfisis y no en la interlínea; la radiografía servirá de gran ayuda.

El reumatismo poliarticular agudo tiene clínicamente fisonomía propia; iniciación brusca de forma poliarticular, pasa rápidamente de una a otra articulación, temperatura variable, en ocasiones compromiso precoz del endocardio; una vez desaparecido el cuadro doloroso, la articulación queda clínicamente sana; localmente encontraréis aumento de volumen con coloración rosada de la piel y presencia de líquido dentro de la sinovial (fácilmente comprobable por el choque rotuliano).

Las diversas formas de artritis crónicas deformantes son de larga evolución, sin que por esto repercutan sobre el estado general (no hay fiebre ni enflaquecimiento, ni lesión ganglionar).

El examen local os demuestra una sinovial normal; puede haber dolor a la palpación de la interlínea articular. Durante los movimientos se comprueban casi siempre cruídos a nivel de la articulación. En algunas ocasiones la lesión evoluciona hacia la anquilosis, o, aun cuando ésta no exista, radiológicamente veréis producción de osteofitos. El origen de esta enfermedad reside, probablemente, en alte-

raciones humorales y, en realidad, se pierde en gran parte en el terreno de las conjeturas.

Analícemos ahora la probabilidad que la afección de este enfermo sea de origen tuberculoso. ¿Cuál es la sintomatología general de estos procesos? ¿Qué forma pueden revestir?

Se presentan, por lo común, en individuos jóvenes, siendo el dolor su síntoma inicial más constante; éste reviste características caprichosas, localizándose, a veces, lejos de la región afectada y así es relativamente frecuente que en la coxalgia el dolor inicial aparezca a nivel de la rodilla. El hecho de calmarse con el reposo y exacerbarse con la marcha o los movimientos, reviste una importancia considerable y sobre la cual nunca nos cansaremos de insistir. Interrogad a este paciente y le oiréis afirmar que durante la noche sus molestias desaparecían por completo. Este síntoma es, pues, netamente diferente del de las sífilis articular u ósea, en las cuales el cuadro doloroso presenta, por el contrario, exacerbaciones nocturnas, y del de los tumores óseos que se acompañan de dolor continuo. Veis también que se diferencia claramente de las lesiones de origen piógeno o focal, ya que en éstas las molestias son persistentes. El hecho de ser monoarticular y la tendencia franca a la cronicidad, hacen que podáis fácilmente descartar la hipótesis del reumatismo articular agudo, cuadro de localizaciones múltiples y fugaces.

La atrofia muscular es siempre precoz y nos llama la atención que puede presentarse cuando los otros síntomas son aún discretos. Esto os recalca una vez más toda la importancia de una buena inspección. En los períodos iniciales podéis evidenciar aquel síntoma haciendo que el enfermo permanezca de pie; el miembro afectado se fatiga antes que el sano y presenta, por esto, ligero temblor. Os lo repetimos: en los procesos articulares no tuberculosos la atrofia muscular es secundaria al resto de los síntomas; en cambio, en éstos es casi simultánea con el dolor y precede

más o menos largamente a las demás manifestaciones clínicas.

Valiéndose de la contractura muscular y de la limitación de los movimientos, tiende el organismo a inmovilizar la articulación enferma.

¡Cuántos errores diagnósticos se evitarían si se tuviese cuidado de investigar sistemáticamente estos dos síntomas! La palpación comparativa, hecha en la forma que ya os dijimos, revela fácilmente la contractura; ella tiene importancia porque no sólo marca las fases iniciales de la enfermedad, sino, también, por ser un excelente índice para apreciar su probable curación clínica. Al comienzo, la limitación de los movimientos es escasa, por lo cual, para ponerla en evidencia, debéis llevar éstos al máximo. Recordaréis que en nuestro paciente la flexión y la extensión están totalmente abolidas.

Como en todas las tuberculosis, la temperatura en las tardes es la regla; traduce la toxemia, y es de grado y oscilaciones variables según sea la intoxicación y la capacidad reaccional del individuo. Ciertamente que al presentarse también en otras lesiones de origen diferente, se le resta cierto valor; pero, ¿no os hemos dicho ya en repetidas ocasiones que el que pretende hacer diagnóstico a base de síntomas aislados incurrirá fácilmente en errores?

En períodos más avanzados y al acentuarse sus molestias, el enfermo busca alivio a su dolor por medio de la "actitud viciosa", o sea de la posición de distensión máxima de la sinovial. En la sífilis tan sólo observaréis esto en procesos destructivos terciarios; en los reumatismos agudos, cuando se presenta, tendrá el carácter transitorio que es propio a la lesión misma; en las artritis focales existirá a título de excepción y en los procesos agudos o piógenos se acompaña de síntomas generales de tal intensidad, que fácilmente os orientarán en el diagnóstico.

Al tratarse de una tuberculosis, es muy característico el aspecto que toma la rodilla, pues, además de la semiflexión, simula que estuviese subluxada hacia atrás: es la

contractura muscular la que al aplicar fuertemente una superficie articular contra la otra, tenderá a producir allí una atrofia ósea en los puntos de máxima presión. Si la enfermedad sigue progresando, va a producirse una verdadera luxación posterior de la rodilla. El fracaso del tratamiento está ligado en numerosas ocasiones al desconocimiento de estas nociones fundamentales.

La adenitis en correspondencia de los ganglios de la región afectada es muy frecuente; sabemos ya que la tuberculosis tiene una acción electiva sobre el sistema linfático. Al examinar nuestro paciente, os insistimos en que existían ganglios inguinales, haciendo resaltar la forma en que debe hacerse esta comprobación. La intensidad misma de la repercusión ganglionar es variable y conviene recordar que en algunas ocasiones está apenas bosquejada la lesión inicial y, en cambio, existe una inflamación ganglionar avanzada de tipo caseoso-purulento.



...en las osteo-artritis tuberculosas. el enfermo busca alivio a su dolor por medio de la actitud viciosa...



...si la osteo-artritis tuberculosa sigue progresando, va a producirse una luxación hacia atrás de la rodilla...

Creemos innecesario llamaros la atención sobre la importancia que debéis dar a la comprobación de este síntoma.

El aumento de volumen de la zona afectada por la tuberculosis osteo-articular, es más bien tardío; su constitución es irregular y contrasta mucho a la inspección con la atrofia muscular vecina.

En una lección posterior os insistiremos en las complicaciones que pueden presentar estos enfermos cuando se les abandona a su propia suerte. Ahora queremos precisaros las causas que nos han inducido a pensar que nuestro paciente padece de una osteo-artritis tuberculosa de la rodilla derecha.

Habéis ya visto que el cuadro clínico de esta afección corresponde en gran parte al caso que estudiamos. Ahora bien: ¿permite el examen por sí solo formular con absoluta seguridad el diagnóstico de tuberculosis osteo-articular? Algunas veces, sobre todo en períodos avanzados o al coexistir otras lesiones, sí; pero, otras, ya sea que se trate de fases iniciales de la enfermedad o de aquellos casos en que el enfermo tiene antecedentes patológicos (el nuestro ha sufrido de gonorrea), debemos recurrir a diversos exámenes complementarios. El estudio de los antecedentes familiares, la radiografía pulmonar y el análisis cuidadoso del estado general, son, sin duda, grandes elementos de apoyo; pero, tampoco podemos, en casos de duda, darles un valor decisivo. El diagnóstico por eliminación es muy importante y veis que hemos procedido a realizarlo en forma cuidadosa. ¿Qué podemos decir de la inoculación experimental y de la radiografía?

La primera de ellas preconizada desde hace ya muchos años, ha sido en el último tiempo injustamente abandonada. Constituye el gran método diagnóstico de certidumbre de todo caso de tuberculosis. Procedimiento excelente y relativamente fácil, debe entrar de lleno en la práctica diaria de la clínica. ¿Cómo se realiza? Puncionamos la articulación y extraemos líquido; si no hay infección

secundaria, lo podemos inyectar directamente al cayo por vía intraperitoneal; en caso de existir bacilos de *KOCH* en el líquido, el animal enflaquece, y si lo sacrificamos al cabo de treinta días, encontraremos tuberculosis peritoneal y de los ganglios mesentéricos, ascitis, tuberculosis del bazo, hepatomegalia y lesiones generales de intensidad diversa.

Si el líquido está infectado secundariamente, debemos preferir la inoculación subcutánea, pues, si se hace en la forma descrita, el animal muere de peritonitis. En estos casos aparece a los diez o quince días un nódulo tuberculoso que se ulcera y se acompaña rápidamente de adenitis regional. Sacrificando al animal en la cuarta semana, comprobamos lesiones tuberculosas variadas.

El único inconveniente que se puede objetar a la inoculación experimental, es el lapso que se necesita para obtener sus resultados (cuatro a cinco semanas).

El examen radiológico simple, ha recibido en los últimos años un impulso considerable con la asociación de la inyección de oxígeno y diversos medios de contraste dentro de la articulación. Veamos qué puede obtenerse con el primero de los procedimientos citados, recalcando una vez más que en los períodos iniciales prima la clínica sobre la radiología.

Desde luego, todas las tuberculosis osteo-articulares presentan a la radiografía cierto número de caracteres comunes. ¿Cuáles son ellos?

Primeramente decalcificación que es un síntoma constante, sea cual fuere la articulación o hueso afectado por la tuberculosis. Vemos que comparando con el lado opuesto es mucho menos nítida la estructura trabecular ósea; pero, como ya lo hemos dicho, existen lesiones no bacilares que también presentan este signo, el cual, en consecuencia, no es característico de la tuberculosis.

El velamiento articular se revela por el hecho de que la película no nos muestra la misma nitidez que en el lado sano; se le designa también con el nombre de "flou" articular. Es de aparición precoz en este tipo de lesiones,

aun cuando en realidad tampoco es exclusivo de ellas.

La irregularidad de la interlínea es un síntoma muy importante; si se tratase de un niño perdería en gran parte su valor debido a que en ellos dicha irregularidad es normal; suele llamársele "pellizcamiento de la interlínea" y hay regiones como la columna vertebral en que esta comprobación tiene un valor considerable.

La falta de nitidez del cartilago articular se presenta en periodos ya más avanzados; pero, a menudo es de visualización difícil a la radiografía simple.

La irregularidad de las epífisis y la franca destrucción de ellas pertenecen, por lo general, a lesiones con meses o años de evolución.

Juntemos ahora el examen clínico de nuestro paciente a los datos que nos suministra la radiografía: recordemos que se comprobó que el líquido era un exudado y, finalmente, si tenéis presente el diagnóstico de eliminación que hicimos, estaréis de acuerdo con nosotros en afirmar que este paciente padece de una osteoartritis tuberculosa de la rodilla derecha.

Queremos presentaros este otro caso también con una lesión tuberculosa de la rodilla; pero, en la cual la enfermedad afecta de preferencia a la sinovial.

Observad que, a pesar de llevar cinco meses de evolución, es posible la marcha, aun cuando ligeramente claudicante. Para no entrar en inútiles repeticiones, diremos que el cuadro clínico en líneas generales, es el mismo; la diferencia reside en que la tuberculosis ha comprometido sólo a la sinovial, dejando, por lo menos clínicamente intacto el resto de la articulación. Encontramos en el examen que el dolor en la interlínea es poco acentuado y el engrosamiento de la sinovial mucho más marcado que en el caso anterior; el aumento de volumen está localizado casi exclusivamente a este nivel, es irregular y existen dos eminencias a ambos lados del tendón del cuádriceps producidas por la inflamación sinovial. En otras ocasiones, puede presentarse un verdadero rodete alrededor de la

rótula o bien hacerse más marcado el aumento de volumen por debajo de este hueso.

El choque rotuliano, como es lo habitual en estos casos, no existe en forma neta en nuestra enferma, en la que más bien se nota una sensación de pastosidad o de esponja, como también se la suele llamar; motivada por tabicamientos de la cavidad. Respecto a la composición de este líquido, podemos decir que, al igual que en los casos de osteo-artritis, se trata de exudados, es decir, con más de cuarenta por mil de albúmina (el transudado tiene hasta doce por mil); hay una leucocitosis con predominio neto de linfocitos (hasta sesenta por ciento o más). Estos dos síntomas los hemos comprobado en la paciente.



...la pneumo-radiografía muestra una sinovitis fungosa ya avanzada, de origen tuberculoso; la sombra de los meniscos está normal...



...en esta sinovitis tuberculosa se ve claramente el engrosamiento de la sinovial...

Desde el punto de vista radiológico, tan sólo existe decalcificación, sin que se compruebe irregularidad de la interlínea, ni tampoco ninguna de las otras alteraciones que ya conocéis. ¿Puede, por esto, afirmarse que no existe una tuberculosis? No, de ningún modo; ya que debéis pensar que la radiografía simple sólo nos revela un cincuenta por ciento de las lesiones, y de aquí que a menudo el cirujano se sorprenda encontrando procesos mucho más avanzados que los que ella mostraba.

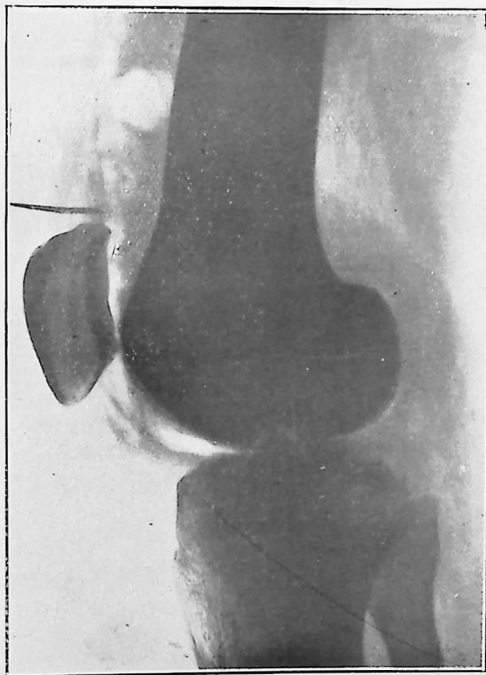
Veis en estos negativos obtenidos con perabrodyl, de cuya técnica y resultado nos ocuparemos más adelante, que se pone netamente en evidencia el engrosamiento, irregularidad, hipertrofia y aspecto fungoso del fondo de saco sub-cuadricipital; comparad las de nuestro enfermo con es-

tas otras, en las cuales se comprobó operatoriamente el diagnóstico, y si asociáis inteligentemente los datos, estimaréis, como nosotros, evidente que este enfermo padece de una sinovitis tuberculosa.

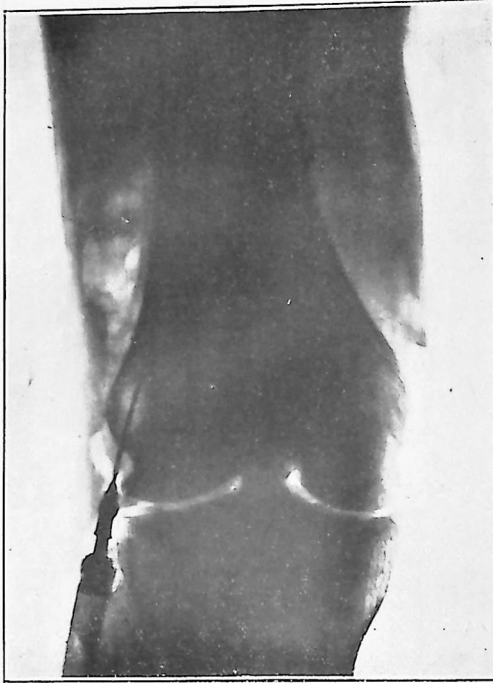
No necesitamos recalcaros una vez más el gran adelanto que representa para estos diagnósticos practicar el examen radiológico con las nuevas técnicas: bastará que observéis estas radiografías para que os deis cuenta que la precisión diagnóstica aumenta en forma considerable.

Nosotros resumiríamos como sigue el plan de estudio a que habrá de atenerse para llegar al diagnóstico preciso de una artritis de la rodilla:

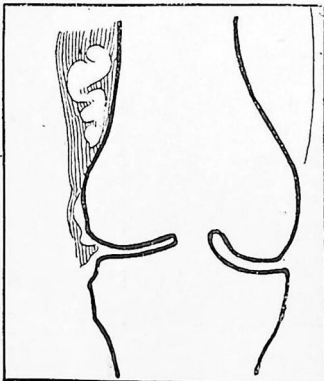
1. Establecer si la lesión es articular o peri-articular; en este último caso no comprobaréis el dolor de la inter-



...otro caso con fungosidades originadas por el proceso tuberculoso. Observad que se aprecia nitidamente la cuña del menisco externo...



...es otro caso en que también se aprecia claramente la irregularidad y engrosamiento de la sinovial...



ESQUEMA

línea, ni a nivel de la sinovial; el estudio cuidadoso de los movimientos os demostrará que están conservados; la atrofia muscular no existe, o es escasa; la lesión es casi siempre consecutiva a una infección de vecindad (herida, erosión, forúnculo, erisipela, etc.). Completar el examen clínico (inspección, palpación, buscar adenopatías, estudio de

la sinovial, de las superficies óseas, de la interlínea y de las características de la marcha si ésta es posible).

2. Establecido el diagnóstico de artritis, deben investigarse los antecedentes patológicos; buscar una posible infección general (fiebre tifoidea o paratífica); hacer un examen genital, aun cuando la paciente niegue todo antecedente en este sentido; des-

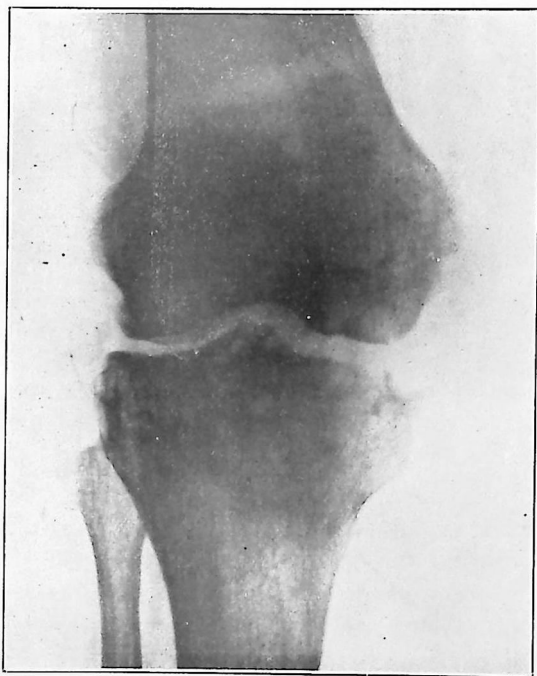
pistar la gonorrea, la sífilis, la tuberculosis y el reumatismo articular.

3. Radiografía simple y neumo-radiografía (la interpretación de esta última requiere una gran práctica; más adelante hablaremos de ella in extenso); en las primeras buscaremos: bordes óseos nítidos, interlínea regular, calcificación normal.

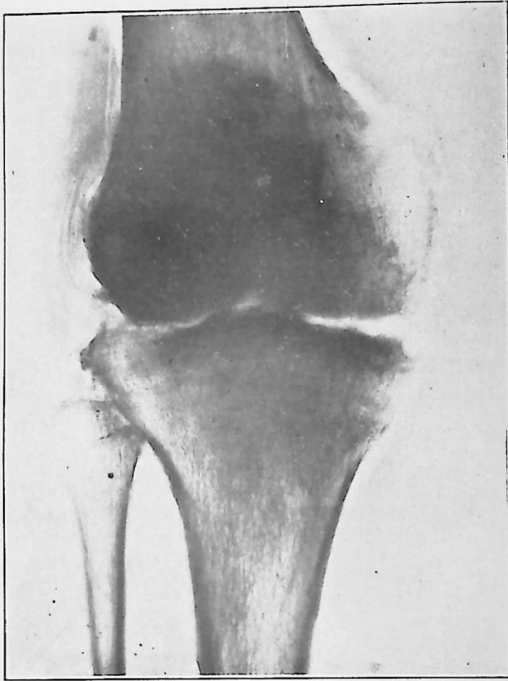
4. Punción articular (con grandes precauciones de asepsia); inoculación del líquido al cuy; examen químico y citológico de aquél.

5. Exámenes serológicos: reacciones *KAHN*, *WASSERMANN*; gonorreacción.

6. Estudio de la fórmula sanguínea: polinucleosis, linfocitosis. Existen, además de las artritis producidas por



...en la osteo-artritis tuberculosa avanzada hay destrucción del cartilago interarticular y aún del hueso...



...al seguir evolucionando la osteo-artritis tuberculosa, ha producido una destrucción parcial de los cóndilos femorales y platillos tibiales...

las causas anteriormente citadas, un numeroso grupo de lesiones crónicas que pertenecen más bien al dominio de la medicina interna y parecen estar ligadas, como ya lo dijimos, a alteraciones, aún no bien determinadas, humorales o de las glándulas endocrinas.

Aun cuando a menudo ofrecen características diversas, podríamos fijar, sin pretender de dogmáticos, en la siguiente forma su aspecto clínico: evolución crónica y fatalmente progresiva; dolor de intensidad muy variable; localización preferente en las grandes articulaciones, a las que deforman sin producir anquilosis. Respecto a su tratamiento, puede decirse, a la luz de las últimas investigaciones, que la determinación del metabolismo basal y

el estudio del calcio en la sangre y en la orina son indispensables, pues la única posibilidad de terapéutica eficaz puede ser una intervención quirúrgica dirigida al cuerpo tiroides o glándulas paratiroides que en parte controlan dicho metabolismo.

\*

\* \*

Como una consecuencia directa de la vulgarización de los deportes y de la cultura física, las lesiones de la rodilla han aumentado considerablemente en los últimos años. Nuevos métodos de exploración arrojan hoy día una viva luz sobre capítulos de esta patología que hasta ayer nos aparecían oscuros.

El hecho de haber contribuído dos de nosotros con un estudio detallado (1) dirigido al esclarecimiento parcial de estas afecciones, nos permite exponerles los hechos de acuerdo con observaciones y conceptos personales.

Este individuo, como aquel que vieron en clases pasadas, ha sufrido un traumatismo en una rodilla, se queja de cierto grado de impotencia funcional y de aumento de volumen de la zona afectada. ¿Cómo aclarar el diagnóstico? Empecemos por precisar los hechos y establecer si el traumatismo tiene o no relación con el cuadro actual o, dicho sea en otras palabras, interroguemos al enfermo: ¿estaba completamente sano antes del accidente? ¿Cuál fué la forma e intensidad de éste? ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que se produjo, hasta el momento de presentarse los primeros síntomas? (Os volvemos a insistir en que entre nuestros enfermos de hospital existe tendencia a relacionar el origen de las más diversas afecciones con traumatismos sufridos meses o años antes.)

Si os convencéis de la relación de causa a efecto entre el golpe y la afección actual, razonad en esta forma: un golpe o choque puede producir a nivel de la rodilla cuadros análogos a los observados en las demás articu-

---

(1) VELASCO y FLORES: "Neumo-radiografía en el diagnóstico de las afecciones de la rodilla". Soc. Cirugía. 1938.

laciones, o bien ocasionar lesiones que le son absolutamente propias. Completad ahora vuestro pensamiento, agregando: si la fuerza externa obra en forma indirecta, casi seguramente las alteraciones producidas afectarán a los diversos tejidos del aparato fibroligamentoso; si, por el contrario, actúa en forma directa, será probablemente el esqueleto el lesionado.

A fin de ofrecer una clara concepción, vamos a dividir en dos grupos las lesiones traumáticas de la rodilla; en el primero consideraremos aquellos casos en que se tiene ocasión de ver al enfermo recién ocurre el accidente; como luego veréis, este tipo de diagnóstico es, por lo general, fácil; en cambio, en un segundo grupo comprenderemos aquellos individuos que presentan un grado de impotencia funcional variable consecutivo a un traumatismo articular más o menos alejado en el tiempo.

Examinemos a este enfermo; dice que ayer sufrió una caída, golpeándose la rodilla. ¿Qué tiene? ¿Es sólo una contusión banal? ¿Se asocia a ella un esguince? ¿Hay líquido en la articulación? ¿Será, acaso, una fractura? ¿Podrá tratarse de la eventualidad rarísima de una luxación de la rodilla?

A la inspección se ofrece a la vista una extensa equimosis por delante de la rótula; es como la firma que legitima la contusión; pero fijaos en que hay también aumento considerable de volumen de toda la región de la rodilla y que las depresiones látero-rotulianas aparecen borradas. Ordenad al paciente que levante el talón del plano de la cama; veis que le es totalmente imposible. ¿Puede una contusión producir este síntoma? Sí; pero el hecho es raro. Entonces completemos como siempre, en forma metódica, el examen.

Palpemos el muslo en sentido transversal de arriba hacia abajo, tratando de darnos cuenta no sólo del estado de las partes blandas, sino, también, del fémur mismo. En el extremo inferior la palma de dos dedos explora cuidadosamente el cóndilo interno; luego ha de examinar

con igual minuciosidad la zona externa. Con esta investigación manual, al existir una fractura, encontraréis el gran síntoma que las delata: dolor localizado a la presión suave.

Las lesiones de los ligamentos llamadas "esguinces" también producen este síntoma, y como luego lo veremos, son consecutivas a traumatismos indirectos.

Repetid ahora vuestra maniobra en sentido inverso a nivel de la pierna; empezad entonces de abajo hacia arriba y daos cuenta del estado de cada uno de los dos huesos que forman su esqueleto.

Id, en seguida, a la interlínea (ya sabéis que estando el miembro en extensión, está situada un poco por encima de la extremidad inferior de la rótula); y veis que la palpación a este nivel, es también negativa.

En resumen, hasta este momento la exploración de la rodilla de este paciente no da luz alguna. Completad entonces vuestro examen examinando la cara anterior e investigando el estado de la sinovial y de la rótula. Veis que la sinovial se presenta francamente abombada, a tal punto que casi hace eminencia sobre los bordes laterales de la rótula. La palpación no hace sino confirmar estos hechos, y si colocáis vuestras manos en ambos lados y presionáis alternativamente con una y otra, podréis daros clara cuenta de la sensación especial que produce al tacto la honda de líquido transmitida: es lo que se llama "fluctuación". Notad que esta maniobra, si se realiza con cuidado, no es dolorosa; en resumen: dentro de esta articulación hay líquido; como dice el enfermo que antes del traumatismo su rodilla era normal y el accidente es reciente, según todas las probabilidades el líquido que aquí encontramos es sangre; es decir, existe una "hemartrosis". Perc, no os deis por contentos con este diagnóstico, pues este cuadro puede tener como origen una serie de lesiones diferentes.

¿Cuál es el estado de la rótula? En realidad, dada la gran tumefacción existente, nos resulta imposible em-

plear la maniobra clásica que consiste en mantenerla con la mano izquierda y palpar su superficie con el índice derecho. ¿Cómo proceder entonces? Sencillamente palpando verticalmente de arriba hacia abajo con la yema del dedo; pero, ¿qué sucede en nuestro enfermo? El dedo ha encontrado una depresión transversal en la parte media del hueso y aparece a ese nivel un dolor intenso que, unido a los síntomas anteriormente dichos, hacen que el diagnóstico no admita dudas: fractura de la rótula. Aseguraos bien del sitio de la depresión y ved que no corresponda a la extremidad superior de la tibia, en cuyo caso debéis pensar en un arrancamiento de su tuberosidad anterior o bien en una ruptura del ligamento rotuliano (lesión por lo demás de muy rara observación); en la primera de las dos últimas eventualidades la hemartrosis es la regla y la palpación os demuestra dolor localizado intenso y rótula intacta; pero, desplazada hacia arriba en una extensión variable.



...si de frente la fractura es poco visible, en cambio, de lado, se revela con toda nitidez...

El solo examen clínico, por más competente que sea el que lo realice, no basta para precisar claramente la forma de fractura rotuliana, pues la hemartrosis que siempre acompaña a estos cuadros y la gran tumefacción enmascaran las características finas de la lesión. Se hace, pues, necesaria la radiografía, y en esta región es donde mejor se pueden apreciar las ventajas de practicarla de frente y de lado. Observad la primera que está tomada en plano frontal y, como es la regla, apenas se distingue en ella la rótula; mirad ahora la segunda, corresponde al mismo paciente, y podéis daros cuenta con qué claridad se aprecia la existencia de una fractura conminuta.

¿Qué otras alteraciones puede producir un traumatismo que actúa sobre esta región? Un hematoma pre-rotuliano o una luxación de este hueso. El primero se revela como una tumefacción anterior circunscrita, de rápido desarrollo y fluctuante; examinando con cuidado, encontraréis la sinovial y el resto de la articulación intactos. Respecto a las luxaciones cuya frecuencia es escasa, pueden ser hacia adentro o hacia afuera; en ellas, como se comprende, la rótula se desplaza en sentido transversal; sólo en casos excepcionales se produce la llamada "luxación vertical", en la cual el hueso gira en 45 grados y va a colocar uno de sus bordes en el surco intercondíleo. ¿Cuál es el cuadro clínico en estos casos? Dolor continuo, impotencia funcional, hemartrosis con gran tumefacción de la rodilla, deformación asimétrica y a la palpación comprobaréis que dicho hueso no está en su sitio normal. Debéis también deprimir la cara anterior de la rodilla con la yema de vuestros dedos, y si procedéis suavemente, la mano llegará a ponerse en contacto con los cóndilos femorales.

En el adolescente suele observarse el cuadro conocido con el nombre de "luxación recidivante de la rótula"; es consecuencia de una alteración de origen congénito que predomina en el aparato ligamentoso y basta generalmente

la contracción del cuádriceps para hacer volver el hueso a su sitio normal.

Síntoma de extraordinaria frecuencia, la hemartrosis o sea el derrame de sangre dentro de la articulación forma parte del conjunto semiológico de un gran número de lesiones de la rodilla. Las diversas fracturas que comprometen la articulación; los desgarros de la sinovial; las rupturas de los meniscos y los esguinces en sus diferentes grados, se acompañan de ella. Desde el punto de vista clínico observamos que un individuo que ha sufrido un traumatismo en la rodilla, presenta rápidamente aumento de volumen, incapacidad funcional de grado variable y tensión de la sinovial. La hemartrosis en sí misma es poco dolorosa y cuando lo es, debemos atribuirlo a la afección causal. Comprobaréis siempre que haya derrame sanguíneo "choque rotuliano", que, como ya os hemos insistido, sólo traduce la existencia de líquido de cualquier naturaleza dentro de la articulación. Es, sin embargo, indudable que en numerosas ocasiones no podemos precisar el diagnóstico etiológico y sólo estamos en condiciones de asegurar que hay una hemartrosis consecutiva a un traumatismo de la rodilla.

Es de mucha importancia recordar que en los sujetos hemofílicos un traumatismo insignificante puede producir hemartrosis considerables; en estos casos es frecuente la existencia de equimosis y debéis tener presente que aquéllas jamás han de puncionarse, pues se produce por el agujero causado por la aguja una hemorragia capaz, a veces, de originar la muerte.

En repetidas circunstancias tendréis ocasión de ver traumatismos recientes que han obrado indirectamente sobre la rodilla. Un individuo da un paso en falso; generalmente mientras practica algún deporte violento (football, patinaje, etc.), inmediatamente acusa dolor intensísimo en la rodilla correspondiente e impotencia funcional muy marcada.

¿Qué ha sucedido? O bien una lesión del aparato

fibro-ligamentoso de la rodilla, que es lo más frecuente, o acaso una fractura con compromiso articular, lesión en realidad rara.

Esguince, alteraciones de los meniscos, desgarro de los ligamentos laterales y ruptura de los ligamentos cruzados, forman el primer grupo. Al examen clínico encontraréis, fuera de los síntomas ya dichos, dolor a la palpación y cuando éste está netamente localizado sobre los puntos de inserción de los ligamentos laterales en los cóndilos podéis pensar que se trata de una entorsis. Guardaos de proceder con criterio ligero y asegurar que se trata de una lesión banal y sin importancia, pues, estamos convencidos de que en numerosas ocasiones el cuadro es en realidad bastante más complejo de lo que parece. Una investigación cuidadosa realizada por nosotros nos ha demostrado que las alteraciones de los meniscos de la rodilla son muy frecuentes y traen consigo posteriormente molestias de tal intensidad que sólo ceden al tratamiento operatorio. Pero, ¿es que acaso no puede asegurarse desde el principio si están o no alterados los meniscos? Desgraciadamente no, pues, el síntoma clásico del "bloqueo articular" o sea el hecho de que el individuo durante la marcha sienta que bruscamente su pierna queda en flexión (porque el menisco actúa como cuerpo extraño interponiéndose entre las superficies óseas) es tan excepcional que prácticamente casi no tiene valor. Más tarde os mostraremos en detalle el cuadro que presentan los individuos que han sufrido lesiones de los meniscos.

El desgarro de los ligamentos laterales es de rara observación y esta enferma que aquí veis es muy demostrativa a este respecto. Dice que hace dos días al bajar de un tranvía el pie derecho quedó aprisionado en una hendedura del pavimento y el impulso del cuerpo la hizo caer bruscamente hacia afuera; tuvo intenso dolor en la rodilla derecha e impotencia funcional inmediata.

Llama la atención el gran aumento de volumen de la articulación y mediante los síntomas que antes os hemos

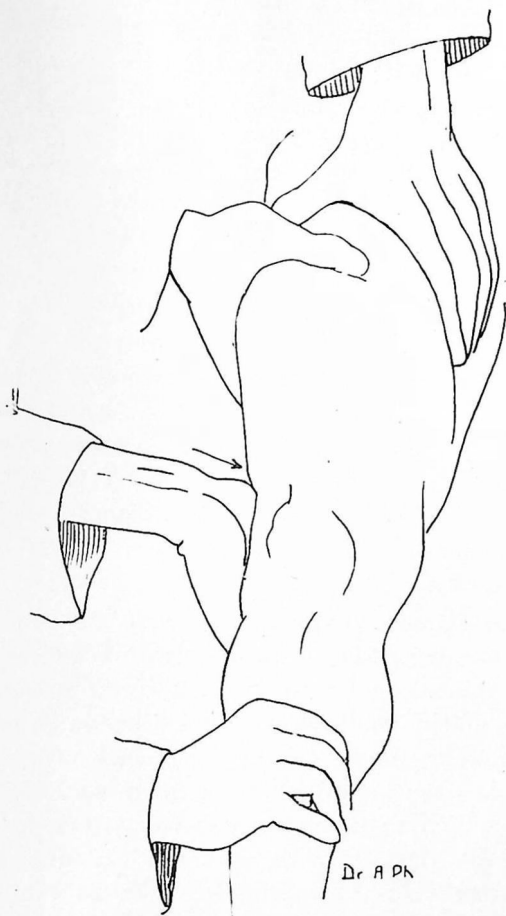
descrito, fácilmente establecéis que existe una hemartrosis. El examen cuidadoso del esqueleto (muslo, pierna y rótula) no revela nada de anormal, salvo un dolor intenso en un punto muy circunscrito del cóndilo interno. ¿Es una fractura? ¿Se trata tal vez sólo de una lesión del ligamento lateral interno? Ejerzamos presión sobre este cóndilo en diversos sentidos; pues bien, no hay dolor; en cambio tratemos de imprimir a la rodilla movimientos de lateralidad, ¿pero cómo?

Colocad ante todo el miembro inferior sobre un plano duro y haced que vuestro ayudante sujete el muslo; en seguida mientras que con una mano abrazáis la pierna en la unión del tercio medio con el inferior, con la palma de la otra ejerceréis presión sobre la rodilla alternativamente hacia dentro y afuera.

Veis que aquí se puede desplazar francamente la pierna hacia dentro y en este momento al palpar el cóndilo interno se comprueba que el dolor que existía en un punto se ha hecho mucho más intenso. Estamos pues frente a una ruptura del ligamento lateral interno de la rodilla.

Sólo en una ocasión hemos podido observar la ruptura de los ligamentos cruzados; se trata de una lesión excepcional y que se manifiesta, cuando están ambos comprometidos, por una tendencia de la tibia a luxarse hacia atrás; fácilmente comprenderéis el mecanismo si pensáis que el papel principal de los ligamentos cruzados es mantener en contacto las superficies articulares. Al ser tan sólo uno el lesionado, existe tendencia al desplazamiento hacia atrás y rotación unilateral en relación con el ligamento afectado.

Se impone en estos casos la exploración por la maniobra clásica llamada del "cajón"; para realizarla colocad la rodilla semiflectada y tomando con una de vuestras manos por encima y otra por debajo de la pierna, tratad de llevarla hacia adelante. Veréis con asombro la facilidad con que la tibia se desliza por debajo de los cóndilos y vuelve a ocupar su sitio normal, pero, en cuanto



...para daros cuenta del estado de los ligamentos laterales, haced que el ayudante mantenga fuertemente el muslo, tomad la pierna con una de vuestras manos y con la otra haced presión sobre la cara lateral de la rodilla...

vuestras manos dejan la pierna, la actitud viciosa se reproduce de inmediato.

Analícemos ahora rápidamente el cuadro de las fracturas recientes; no insistiremos más sobre las de la rótula recalcando tan sólo que son casi siempre de causa direc-

ta, que se acompañan de gran tumefacción de la rodilla, e impotencia funcional, que a la palpación hay un surco en que se pierde la continuidad del hueso y finalmente en que la radiografía lateral es indispensable para precisar sus características exactas.

Os volvemos a insistir en que en presencia de un enfermo que no puede levantar el talón del plano de la cama, debemos pensar siempre que existe una lesión del esqueleto en su continuidad.

Fractura supra-condílea transversal y fractura de los cóndilos con rasgo único o múltiples son las lesiones comúnmente observadas en la extremidad inferior del fémur. ¿Qué síntomas presentan? Para no incurrir en repeticiones tened presente que encontraréis aquí los grandes síntomas propios a todas las fracturas (dolor, impotencia funcional, actitud viciosa, deformación, equimosis, movilidad anormal). Bastará pues recalcar tan sólo algunas de las características principales de ellos.

En las lesiones supra-condíleas, la impotencia funcional, la deformación y el acortamiento son muy marcados. El fragmento inferior tiende a hacer eminencia en el hueco poplíteo, pudiendo aún si su borde es muy cortante lesionar los vasos sanguíneos e incluso perforar la piel (veis la gran importancia que tiene en las fracturas de los miembros tomar la presión sanguínea por debajo del segmento afectado). El acortamiento, que es fácilmente comprobable (comparad la distancia espina iliaca ántero-superior maleólo tibial externo en el lado enfermo y en el sano), se acompaña de un gran aumento del diámetro ántero posterior. La palpación cuidadosa de la cresta de la tibia os demuestra que no hay alteración de ella y por otra parte a pesar de la gran tumefacción existente si tenéis la precaución de medir en el lado sano la distancia que separa la interlínea de la rodilla del maleólo externo y la aplicáis al lado enfermo, podréis localizar perfectamente los cóndilos femorales. Consideramos esta sencilla maniobra indispensable y de gran utilidad.

Procediendo ahora como ya sabéis, os será fácil comprobar la existencia de movilidad anormal sobre todo en sentido lateral. Pero, ¿por qué no hemos nombrado la crepitación ósea?, o sea la sensación táctil y auditiva que producen las superficies óseas al rozarse. Ha sido exclusivamente con el objeto de alejar de vuestras mentes la idea de buscar este peligroso síntoma, ya que en esta zona la relación de los fragmentos óseos con los vasos es en algunas ocasiones tan íntima que fácilmente pueden producirse desgarros o heridas de ellos.

¿Es siempre indispensable en estos casos la radiografía? Sin lugar a dudas que debe realizarse, pues, dada la tumefacción existente ni aún el clínico más experimentado podrá precisar la forma y grado de la fractura, conocimientos indispensables para un correcto tratamiento de estas lesiones; en los centros modernos y dotados de recursos el diagnóstico debe ser conducido con el máximo de exactitud y en este sentido es absurdo y anticientífico invocar la idea de que antiguamente el control radiológico no se realizaba.

Los diferentes rasgos de fractura que comprometiéndolo los cóndilos llegan hasta la articulación originan casi siempre una hemartrosis de tal intensidad que dificulta en extremo el diagnóstico.

En estos casos dentro de los síntomas generales insistid en la investigación palpatoria del dolor localizado y de la movilidad anormal tan frecuente en todas las fracturas de la rodilla que comprometen las superficies articulares. No nos corresponde aquí describir en detalle las diversas formas que pueden revestir los rasgos de fractura de los cóndilos del fémur; por lo demás la comprobación de estos detalles debe forzosamente ser radiológica.

Las fracturas de la extremidad superior de la tibia ofrecen una marcada analogía con las del fémur de que recientemente hablamos: en efecto puede haber un rasgo trasversal que pasando por debajo de la tuberosidad an-

terior divida totalmente el hueso o bien existirán rasgos de fracturas único o múltiples que afectando los platillos tibiales lleguen o no a la articulación.

La frecuencia del compromiso vascular, la dificultad de consolidación, la abundancia de la hemartrosis y el hecho de no existir a menudo desviación aparente, son características propias a las fracturas transversales de la extremidad superior de la tibia.

Cuando la fractura afecta de preferencia a uno de los platillos tibiales, notaréis como hecho especial la desviación del eje del miembro inferior que, normalmente, pasa por la espina iliaca ántero-superior, borde externo de la rótula y primer espacio interóseo. Existe en estos casos una visible desviación de la pierna, debido al hecho que el platillo tibial fracturado sufre un descenso y altera el contacto normal con el cóndilo femoral correspondiente. Conviene también verificar que, comparando con el lado sano, el diámetro de la tibia se presenta considerablemente aumentado. En cuanto a los otros síntomas, son análogos a los anteriormente descritos.

El papel preponderante que juega la tibia en la estática del cuerpo, os explica el porqué a menudo las fracturas de la extremidad superior del peroné no se acompañan de impotencia funcional o la presentan en grado muy pequeño. Tan sólo dos particularidades recalcaríamos entre sus síntomas: la posibilidad de compromiso del nervio ciático poplíteo externo (pasa por el cuello del peroné) y la existencia en los casos en que la fractura es completa, de movimientos de lateralidad, que obedece a un mecanismo semejante al citado al hablar de las fracturas tibiales.

Las luxaciones de la rodilla son de muy rara observación y pueden ser posteriores o laterales: encontrarán como antecedente un traumatismo de gran intensidad. Si bien es cierto que la deformación ofrece a veces aspectos típicos, la base del diagnóstico será reconocer, en medio

de la tumefacción existente la situación y estado de los cóndilos femorales.

Pero, el diagnóstico de las lesiones de la rodilla se complica grandemente frente a un enfermo que acusa un traumatismo antiguo, que sufre de molestias crónicas (sensación de debilidad de la rodilla, hidrartrosis de repetición, dolor atenuado) y en el cual el examen físico muestra sólo ligera atrofia muscular.

Aseguraos, ante todo, que no se trata de un simulador; la falta de signos físicos positivos y las respuestas contradictorias al examen e interrogatorio os pueden servir de orientación.

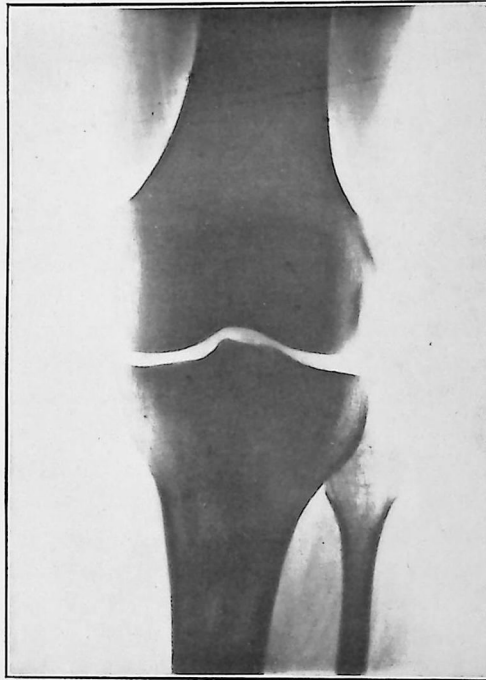
El hecho de existir hidrartrosis, o sea derrame de líquido seroso dentro de la articulación (se reconoce por el choque rotuliano y porque, a diferencia de la hemartrosis, se inicia en forma progresiva) inducirá a excluir la posibilidad de otras afecciones capaces de producirla: sífilis, gonorrea, tuberculosis de la rodilla o de la articulación coxo-femoral, etc.

El resultado de vuestro examen físico en lo que respecta al esqueleto, será, en realidad, muy pobre, pues si han existido rasgos de fractura, se encuentran ya consolidados. Naturalmente, la exploración os podrá orientar en el sentido de una deformación ósea y la radiografía de frente y lateral, siempre indispensable, vendrá a precisar el estado del esqueleto.

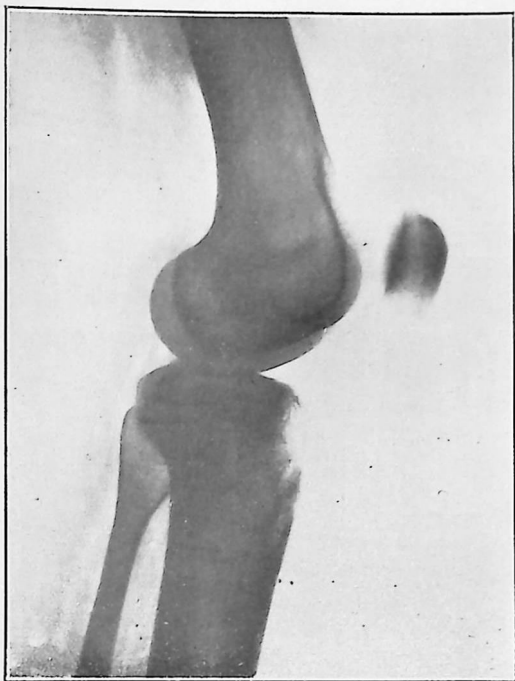
Pero, supongamos ahora que el examen radiológico ha sido negativo. ¿Cómo orientar el diagnóstico? Veamos si existe atrofia muscular y en seguida busquemos movimientos de lateralidad; si se les encuentra y el esqueleto está normal, no cabrá duda que hay lesión de los ligamentos laterales. La maniobra que ya citamos del "movimiento de cajón" revelará una ruptura de los ligamentos cruzados. Veis que no hay nada de esto en este paciente, el cual, en realidad, acusa un dolor a la palpación en la parte interna de la interlínea articular. Entonces, ¿qué lesiones puede presentar? Alteraciones de los

meniscos o bien inflamación del cuerpo de *HOFFA* (paquete grasoso situado bajo el tendón rotuliano); las primeras son, en general, fracturas, luxaciones o subluxaciones. Insistimos aquí nuevamente en que estos cuadros no pueden revelarse por el solo examen clínico, siendo excepcional el bloqueo articular o que el menisco haga una eminencia dolorosa hacia afuera de la interlínea, ¿Cómo resolver entonces el problema?

Por medio de la radiografía, pero practicada con una técnica especial: la neumo-radiografía.



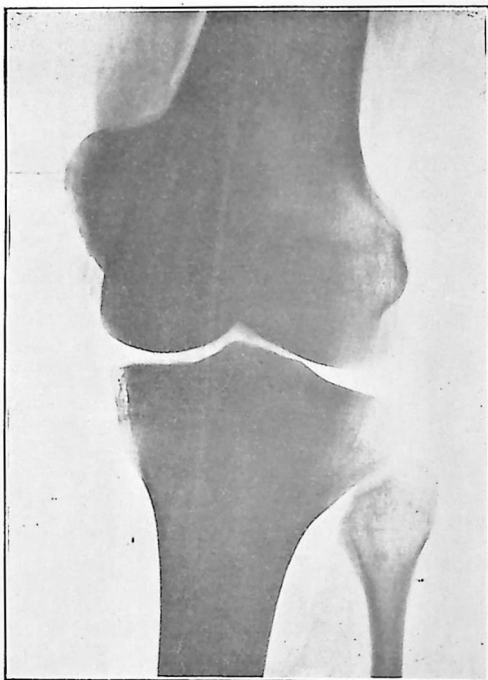
...en la radiografía del individuo normal, resalta la nitidez de los contornos óseos, la regularidad de la interlínea articular y el aspecto normal de la calcificación; gracias a esto último, puede apreciarse muy bien la estructura trabecular...



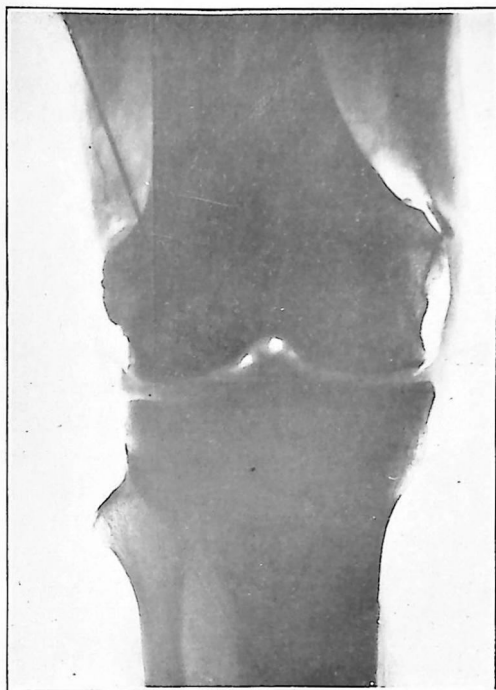
...el contorno de los cóndilos femorales es de una regularidad casi geométrica; la interlínea articular se pierde en parte; éstas son características del sujeto sano...

Este mismo procedimiento debemos emplear para el diagnóstico de la llamada "ostecondritis disecante", constituida por una necrosis aséptica de un trozo de epífisis que se produce por vía embólica y comparable a cualquiera de los infartos conocidos: hígado, bazo, riñón. En estos casos se instala primero una lesión del hueso y secundariamente un compromiso de la vitalidad del cartílago que se desprende formando un cuerpo extraño intraarticular; sus principales síntomas son: hidrartrosis de repetición, disminución de la capacidad funcional y, en algunas ocasiones, bloqueo de la articulación de la rodilla.

Para nosotros, un examen radiológico completo de la articulación de la rodilla comprende como *mínimum* tres radiografías simples (frente, lado y oblicua) y tres neumografías con perabrodyl. Las primeras permiten visualizar el esqueleto; las segundas la cavidad y contenido articulares (sinovial, meniscos, ligamentos cruzados, cuerpo de *HOFFA*, etc.)



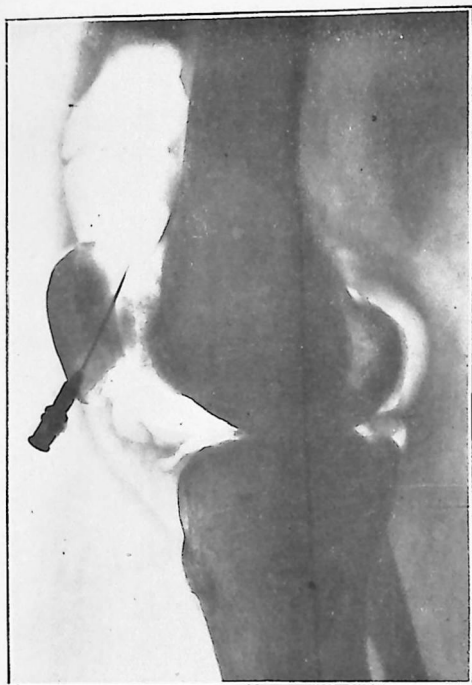
...corresponde a las mismas radiografías anteriores, pero, en posición oblicua. El peroné se hace más evidente y pueden apreciarse en otro plano el reborde tibial y la rótula...



...es una neumo-radiografía normal con perabrodyl. La sinovial está distendida; la sombra de los meniscos es densa y homogénea hasta la inserción capsular; las pequeñas vacuolas del espacio intercondileo son normales...

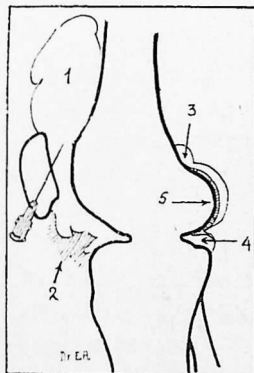
La interpretación de los resultados deberá hacerse de acuerdo con el estudio de las imágenes que aquí reproducimos; pero recalcamos que, sobre todo en los casos en que se emplean medios de contraste, es indispensable una técnica muy perfecta y gran práctica en la lectura de las placas.

Mediante la colaboración estrecha con el radiólogo y a través de un crecido número de intervenciones, hemos podido llegar a fijar una pauta para el diagnóstico preciso. No pretendemos que la neumo-radiografía sea un método de seguridad absoluta, pero sí podemos asegurar que re-



... la neumografía permite apreciar: la sinovial en su fondo de saco sub-cuadricipital (1) el cuerpo de *HOFFA* (2) y los fondos de saco posteriores (3 y 4) que limitan el cuerno posterior del menisco externo.

Se ve claramente el cartilago de los cóndilos femorales (5)...



ESQUEMA

presenta un progreso considerable y de reciente introducción en la clínica. Las figuras que aquí insertamos tienen el valor de haber tenido toda una comprobación operatoria.

¿Cuáles son los puntos principales que debéis estudiar en una radiografía simple? Regularidad de los contornos óseos; interlínea articular normalmente de bordes netos y altura homogénea (que nosotros estimamos en 4 a 5 milímetros en la rodilla); posibles calcificaciones periarticulares. Y ya podéis daros cuenta que para este análisis será siempre indispensable comparar la articulación enferma con la sana.

¿Qué ventajas en la visualización se obtiene con la neumoradiografía con perabrodyl? Las siguientes:

En las proyecciones ántero-posteriores el cartilago femoral

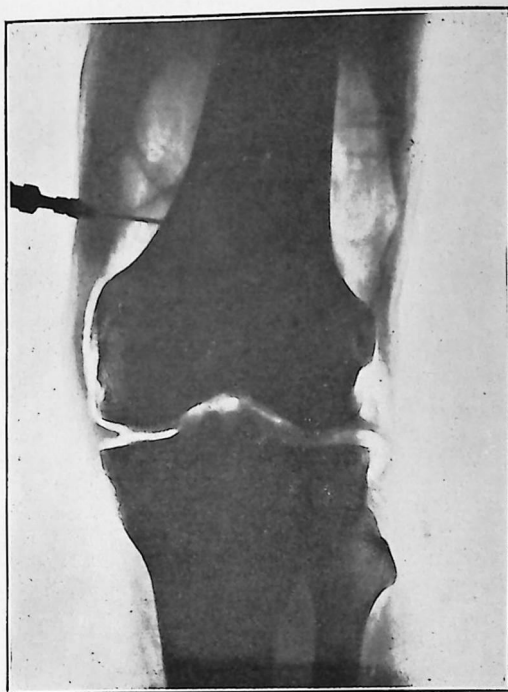
aparece especialmente marcado sobre los cóndilos; si se toma con flexión poco acentuada se observa que el cartílago pasa de uno a otro cóndilo sensiblemente con el mismo espesor; pero si la flexión aumenta, se ve que se interrumpe el nivel del espacio intercondíleo.

Sobre los platillos tibiales se puede observar el cartílago como una lámina de dos milímetros de espesor que se adelgaza hacia la periferia.

Las características del espacio intercondíleo difieren mucho de uno a otro individuo y según la posición en que se tome la radiografía; a mayor flexión, mayor amplitud visual de dicho espacio. Por el procedimiento neumográfico se logra contrastar la sombra de los ligamentos cruzados y en las proyecciones laterales y oblicuas se ve la



...es como la anterior una neumografía de individuo normal...

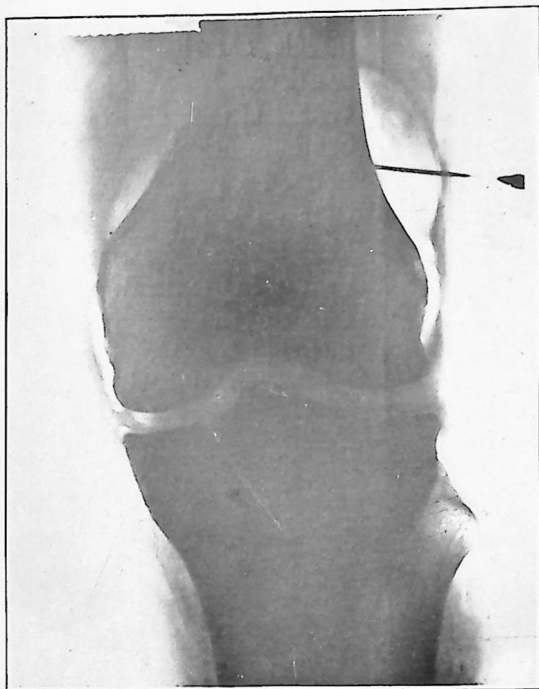


...veis que a nivel de la inserción capsular hay una interrupción del menisco interno (ruptura)...

prolongación normal del cuerpo de *HOFFA* en el espacio intercondíleo.

Si sólo en condiciones patológicas se observan los meniscos en la radiografía simple (degeneración, calcificación), en cambio en la neumografía aparecen siempre contrastados en forma de una sombra en el espacio intercondíleo, de tamaño, forma y densidad variables según la actitud de la rodilla y el ángulo en que se la tome.

En las radiografías ántero-posteriores aparecen en forma de cuña de base externa que se continúa directamente con la cápsula y partes blandas; esto, asociado a



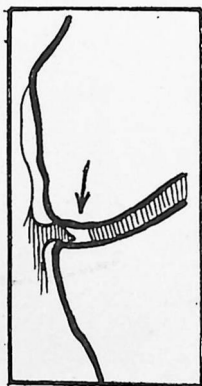
...también en este caso la continuidad de la sombra del menisco interno está alterada (ruptura)

la integridad de la sombra, constituye un dato muy importante para considerarlos normales.

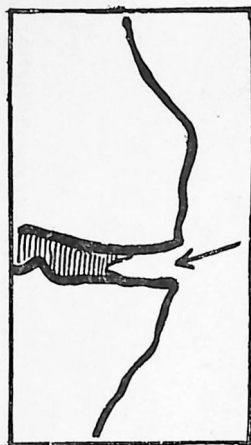
A veces se puede observar la presencia de pequeñas vacuolas de aire en la inserción del menisco: corresponden a irregularidades y repliegues de la cápsula en esa región y no tienen ninguna significación patológica.

Como ya lo dijimos, se evidencian los ligamentos cruzados, los cuales determinan una sombra irregular entre las espinas tibiales y el espacio intercondíleo.

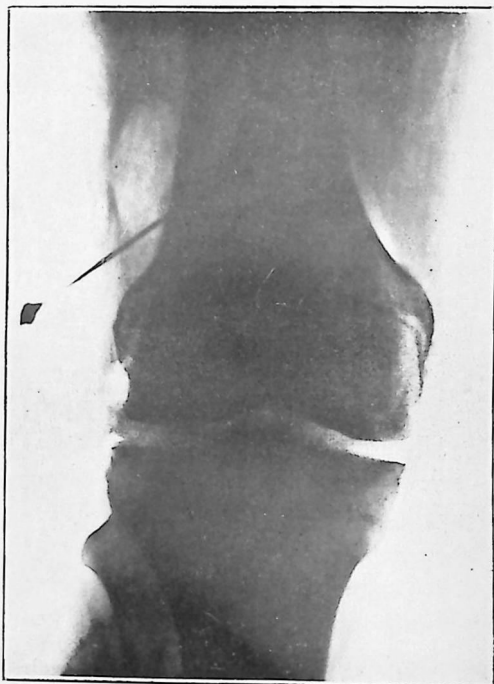
Este método es también excelente para el estudio de la sinovial, pues mar-



ESQUEMA



ESQUEMA



...la ruptura del menisco interno se evidencia por la mancha aérea transversal...

ca en forma muy nítida su contorno; podéis así distinguir perfectamente los diversos fondos de saco, de los cuales el más importante es el subcuadrípica. (véase figuras pág. 270). La posición lateral con la rodilla en ligera flexión es la que da el máximo de detalles. Normalmente, la sinovial aparece de superficie interna lisa y de espesor regular; sin embargo, pueden presentarse en el fondo de saco anteriormente dicho grandes repliegues sin ninguna significación patológica.

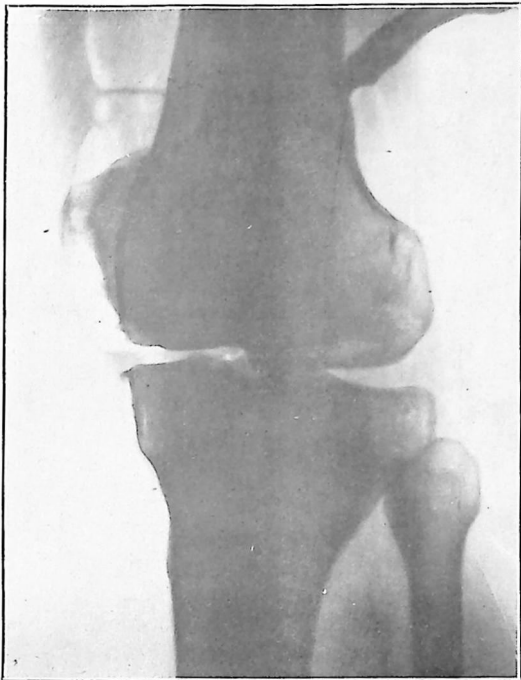
Debe también tenerse cuidado de no interpretar como anormal la sombra de los sesamoideos que se aprecia a veces hacia la región del hueso poplíteo; suelen dar la impresión de ser intrasinoviales y hacer pensar erróneamente en cuerpos extraños incluidos en la articulación.

En los casos de fracturas o luxaciones de los meniscos, habrá alteración de la

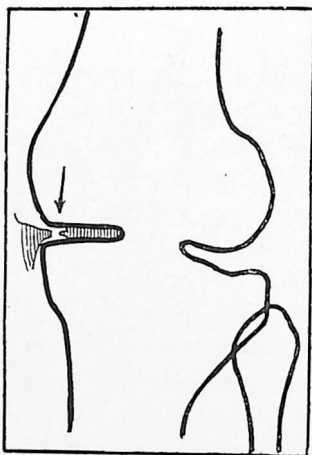
sombra determinada por ellos en el espacio intercondíleo. El examen de las radiografías adjuntas dará una idea precisa sobre la forma de interpretar las imágenes. En algunas de ellas pueden observarse nítidamente alteraciones del cuerpo de *HOFFA* o paquete grasoso situado por debajo del tendón rotuliano; los procesos inflamatorios de él

ocasionan cuadros de hinchazón e incapacidad funcional relativa, cuyo origen se ignoraba por completo hasta hace muy pocos años.

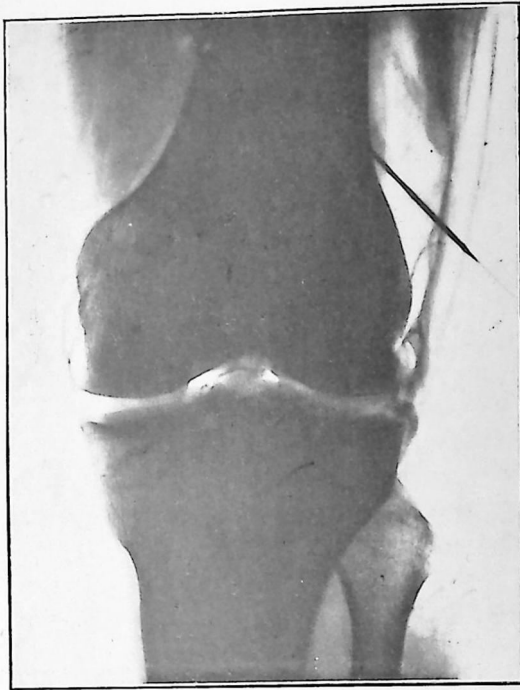
La radiografía combinada presta también espléndida ayuda para la localización de los cuerpos extraños intra-articulares. Resaltan asimismo en forma neta las opacidades de la "periartrosis osificante" (se encuentran en la parte superior interna del cóndilo interno y su forma es



...se aprecia claramente una mancha aérea vertical en el menisco interno (ruptura)...



ESQUEMA

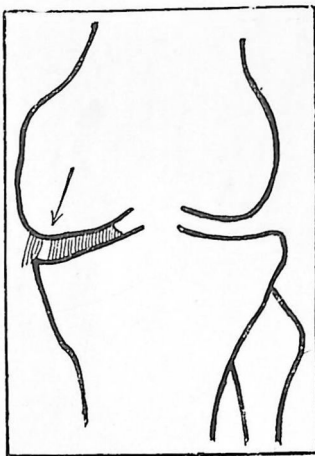


...veis una mancha aérea en correspondencia de la inserción capsular del menisco interno (ruptura)...  
(Esquema al frente)

variable). Esta afección puede presentarse sin ningún síntoma y ser su diagnóstico sólo un hallazgo radiológico; casi siempre es consecuencia de un traumatismo, provoca dolor durante la marcha, limitación dolorosa de los movimientos, especialmente de flexión y, palpando, comprobaremos sensibilidad por encima del cóndilo interno.

Por ser todavía la artroneumografía un método poco conocido, expondremos en pocas palabras la técnica empleada por nosotros; ella es lo suficientemente sencilla para que cualquiera que tenga interés en este estudio pueda realizarla. Debe ejecutarse en el gabinete de radiología.

Empecemos por inyectar dentro de la articulación 3 cc. de perabrodyl al 35 por ciento. En seguida se ejecutan quince o veinte flexiones pasivas, con el fin de lograr una buena distribución del producto y, con un insuflador que puede construirse fácilmente, inyectamos aire hasta que el enfermo acuse una ligera sensación de tensión a nivel de la sinovial. Colocamos la pierna sobre un pequeño cojín de arena para darle cierto grado de flexión e intercalamos



ESQUEMA

una película fotográfica envuelta en papel negro. En esta forma la radiografía se va a impresionar no sobre un chasis plano, sino sobre una superficie curva, hecho que, hemos comprobado, mejora grandemente la nitidez. Creemos innecesario para ustedes citarles mayores detalles de técnica. Por otra parte, como al estudiar el diagnóstico diferencial de las diversas afecciones hemos descrito lo que puede dar la investigación radiológica, nos evitamos ahora inútiles repeticiones.

Observad en este muchacho que recién entra en la sala, la extraña forma en que marcha; sus rodillas se cruzan alternativamente en un movimiento de tijeras y hace la impresión de que por momentos fuera a caer. Intencionalmente lo hemos presentado con sus miembros inferiores desnudos, para que podáis observar este otro hecho muy curioso: en el momento en que se sienta con las piernas colgando, toda deformación desaparece. ¿Qué ha sucedido? ¿Cómo examinarlo?



...la peri-artritis osificante se manifiesta como una sombra de intensidad variable situada por encima del cóndilo interno...

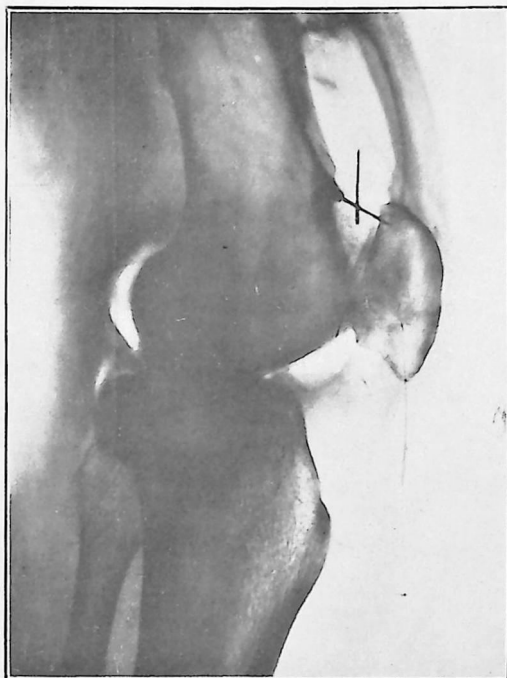
Desde luego, es categórico en afirmar que jamás ha sufrido de ningún traumatismo; la enfermedad data de la infancia, y en su comienzo, según dice su madre, era apenas visible. Si hacéis por un momento abstracción de la lesión de los miembros inferiores, veis que se trata de un sujeto en el cual no se comprueba ninguna otra alteración.



ESQUEMA

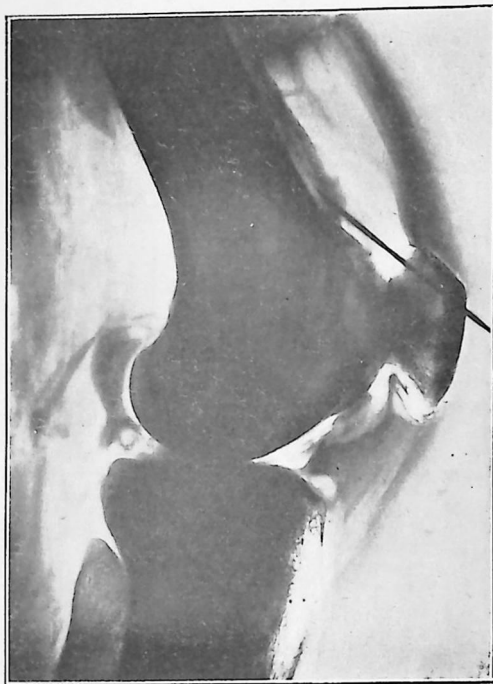
Estando ahora en decúbito dorsal, marquemos con un lápiz demográfico el centro de ambas rótulas y juntemos las rodillas teniendo cuidado de que los puntos de referencia marca-

dos no se desvíen. Inmediatamente llama la atención la gran distancia que separa los maléolos (aquí hay entre uno y otro, dieciocho centímetros), ya que debe tenerse presente que en el hombre normal cuyas rodillas están en contacto, esta separación no existe y en la mujer no debe llegar más allá de dos centímetros.

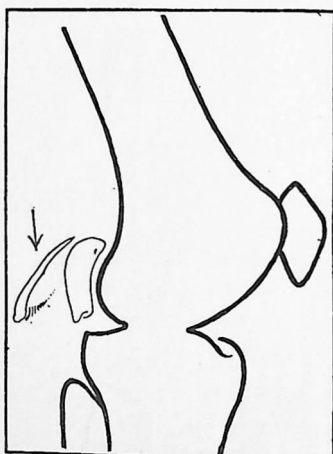


...con la neumografía resalta en la imagen un trozo de aguja en el fondo de saco sub-cuadricipital...

Bien: proceded entonces a examinar de lo sano a lo enfermo como tantas veces lo hemos insistido; explorad la articulación coxo-femoral, el muslo, la tibio-tarsiana y la pierna. ¿Están estas zonas normales? Nada autoriza a negarlo, pues los movimientos se ejecutan en toda su extensión y sin dolor, la presión en sentido del eje del miembro es también indolora, la musculatura se mantiene



...la neumo-radiografía precisó el diagnóstico: quiste del hueso popliteo...



ESQUEMA

indemne, los huesos no acusaron engrosamientos ni irregularidades y no hay reacción ganglionar. En resumen, todo concuerda en sentido de que la afección de que padece este individuo está localizada únicamente en las rodillas: procedamos entonces a su examen ordenando al paciente que ejecute movi-

mientos; están conservados y

veis que la deformación desaparece durante la flexión: no hay en ningún momento dolor; pero, en cambio, se observa que existe gran movilidad lateral.

Estos exámenes nos permiten afirmar que nos encontramos frente a un genuvalgum; se dice que existe esta afección cuando el eje de la pierna y el del muslo forman un ángulo abierto hacia afuera y de vértice repre-

sentado por la rodilla. Generalmente, como en el caso presente, la deformación es bilateral y no sólo afecta a la extremidad inferior del fémur, sino también a la superior de la tibia. Es frecuente que a nivel del pie se observe una actitud de compensación en varus (borde interno del pie levantado).

Es indispensable en estos casos un estudio radiológico completo del miembro enfermo, no sólo con el objeto de precisar las deformaciones existentes, sino, también, para decidir la forma de tratamiento.

El genu-varum consiste en la deformación inversa a la descrita; debe procederse, para su examen, de igual manera.

Hablaréis de genu-recurvatum cuando el muslo y pierna formen un ángulo abierto hacia adelante.

Respecto a la etiología de las tres deformaciones citadas, téngase presente que ellas sólo constituyen un síntoma de cuadros patológicos de origen diverso y que, si bien en el caso de nuestro enfermo puede invocarse el raquitismo, ya que la afección es congénita, en otros pacientes están ligadas a traumatismos anteriores o a causas que nos son aún desconocidas.













