

La degeneración carcinomatosa, tan discutida en el adulto, es inusitada. Sólo se cita, de libro en libro, un caso de la Clínica Mayo y en un enfermo de dieciocho años.

V

El tratamiento debe orientarse siempre en sentido médico, salvo en casos de complicación (perforación, hemorragias de repetición o estenosis pilórica), y estará integrado por los recursos bien conocidos del régimen dietético, alcalinos, belladona, etc.

La intervención de elección en los niños es la gastroenterostomía, que da buenos resultados dada la escasa acidez del niño, y en la cual la duración del acto operatorio, tan trascendental en el niño, se reduce al mínimo.

Otros autores, con BEKER, OLPER y PAUS, son partidarios de una gastrectomía económica que no resulta totalmente inocua, ya que se han encontrado casos en los que se desarrollaron anemias secundarias y alteraciones del crecimiento, sin duda ligados a las modificaciones que la mutilación digestiva supone para la digestión y absorción de elementos esenciales para la nutrición y crecimiento infantiles.

OSTEOCONDROMATOSIS SINOVIAL

E. BALÉN BEJARANO y A. PALMA RODRÍGUEZ.

Médicos Internos.

Casa de Salud Valdecilla.
Servicio de Huesos y Articulaciones.
Jefe: Doctor SIERRA CANO.

La osteocondromatosis sinovial o sinovitis hiperplásica osteocondrogenética, como propone denominarla PETTINARI, es una rara afección, benigna, de preferente localización en las grandes articulaciones (rodilla, codo, cadera, etc.), de etiopatogenia poco definida, y que da origen a la formación de cuerpos libres osteocartilaginosos, cuyo punto de partida es la membrana sinovial, no sólo articular, sino también de las bolsas serosas (caso de BARTOLI) y vainas tendinosas.

Es enfermedad, en general, poco conocida, y se conoce también con el nombre de enfermedad de Henderson-Jones, por ser estos autores quienes, en 1923, hicieron un detenido estudio de ella, si bien la afección ya era conocida anteriormente (BIBERGEIL, FISHER y HALSTEAD). Este último autor hizo el primer estudio sistemático de los cuerpos libres articulares. Según BORSOTTI, la enfermedad fué descrita primeramente por REICHEL en 1900. Más recientemente siguen

describiéndose casos como los de BLOOM y PATTINSON y el de HAMADA, todos estos últimos localizados en la cadera.

Hemos tenido oportunidad de tratar un caso localizado en la rodilla izquierda que exponemos a continuación:

J. P. C., mujer de veintitrés años, vista en nuestra consulta el 12-IX-55, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Desde hace cuatro o cinco años tiene dolores a temporadas, habiéndole aparecido una tumoración en rodilla izquierda que ha ido creciendo paulatinamente. En los dos últimos meses gran hinchazón.

Exploración.—Gran tumefacción de rodilla izquierda, cuyos fondos de saco están ocupados, atrofia de cuadriceps, choque rotuliano y ligero aumento de calor local. Se nota tumoración dura, del tamaño de una mandarina, redondeada, en fondo de saco subcuadripcital, libre y desplazable, palpándose entonces una crepitación ruda. En la interlínea articular, lado externo, junto a la rótula, se palpa otra tumoración, más pequeña, del tamaño de una uva, desplazándose a uno y otro lado y de igual consistencia. Movilidad de rodilla disminuida (180-80 grados). Análisis de orina y sangre (hemograma, velocidad de sedimentación, Wassermann y complementarias), normales.

Radiográficamente (fig. 1) encontramos una zona



Fig. 1.

(sombra) de aspecto algo lobulado, calcificada de un modo irregular y aparentemente formada por la reunión de varios cuerpos libres. En la parte anterior de la interlínea externa, junto al ligamento rotuliano, otra más pequeña, también calcificada. Signos de artrosis con osteofitos marginales. Las partes blandas están muy aumentadas de tamaño.

El 16-IX-55 es intervenida por nosotros bajo anestesia general (pentotal, éter, oxígeno). Enferma en decúbito supino, hemostasia preventiva con mangualte de Esmarch en tercio superior de muslo. Incisión de unos 15 cm. de longitud, siguiendo la parte posterior del vasto interno y prolongada hacia el borde interno de la rótula. Rechazando el vasto interno hacia delante y afuera, se llega a la sinovial, que es extirpada parcialmente, juntamente con la gran tumoración suprarrotuliana, que se encuentra completamente libre y formando un cuerpo único. Al abrir la sinovial sale gran cantidad de líquido sinovial amarillento. Sección de la aleta rotuliana interna. En la parte anterior de la escotadura intercondilea encontramos otro cuerpo, adherido en parte a la sinovial, que es igualmente extirpado. Cierre por planos. Calza de escayola con rodilla en flexión de unos 5-10 grados.

La membrana sinovial estaba, macroscópicamente, hiperémica e hipertrófica, no encontrándose más cuerpos cartilaginosos unidos a ella. Extirpamos, pues, con la

sinovectomía dos cuerpos libres, uno de ellos de un tamaño de 6 cm. de longitud, que aparece fragmentado en la fotografía de la figura 2, y el otro de menor tamaño,



Fig. 2.

unos 2 cm., ambos de aspecto abollado y de una dureza fibrocartilaginosa.

Se le administró penicilina de modo preventivo varios días, y desde el primer momento se le insistió en la movilización activa de dedos y tobillo, así como pequeños movimientos de cadera y contracciones activas del cuádriceps, movilidad activa que fué aumentando en intensidad, duración y resistencia. A las tres semanas se le

sólo nota pesadez en la rodilla en los cambios de tiempo. La exploración es, salvo la cicatriz operatoria, totalmente normal, y muy ligera atrofia de cuádriceps, completamente negativa. Movilidad de 40-180 grados. La radiografía es igual a la de la figura 3: únicamente las lesiones artrósicas.

Biopsia (*).—Diagnóstico anatómico: Condromatosis sinovial. Cuerpo libre: Histológicamente se aprecia un tejido constituido por fibrocartílago con aposición de sales de cal, sobre todo en su parte central. En la superficie libre, el tejido conjuntivo, apretadamente dispuesto, parece semejar en algunos puntos una lámina colágena densa con sus células alargada fibroblásticas; en otros, toma un aspecto embrionario o bien parece como un tejido de granulación rico en vasos, mientras parecen exfoliarse algunas células de su superficie. El cartílago aparece bien conservado, perfectamente vital y sin zonas de necrosis; sus elementos celulares, escasos, adoptan la forma redondeada y aparecen claramente delimitados como consecuencia del depósito de las sales de cal; existen zonas de cartílago hialino y hay áreas claras de cartílago joven, embrionario. Las laminillas óseas

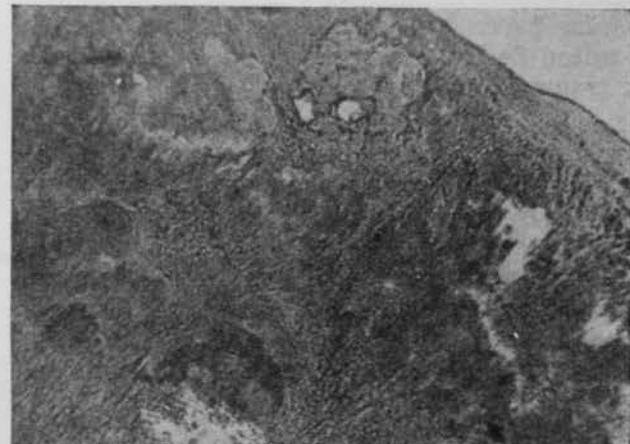


Fig. 4.

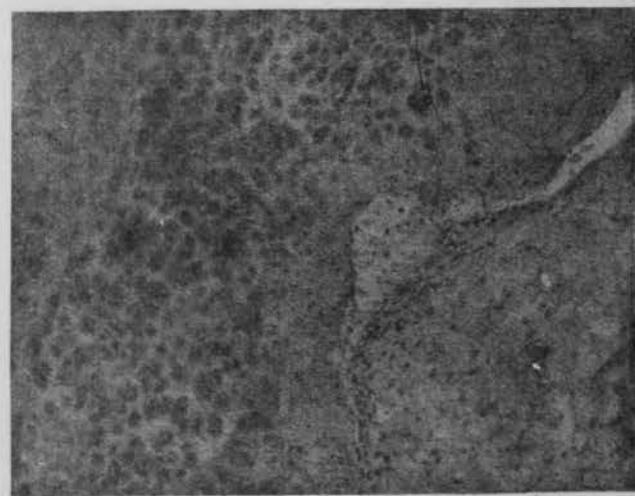


Fig. 5.

retira el yeso y los puntos. La herida había cicatrizado por primera intención. El día 14-X-55 la radiografía era la siguiente (fig. 3).

A continuación siguió un período de recuperación de la movilidad de la rodilla durante varias semanas, consiguiendo ya a las dos semanas llegar a los 90 grados de flexión y 180 de extensión, movilidad absolutamente indolora. No había derrame y la tumefacción y calor local habían desaparecido completamente.

El día 12-V-56, acudiendo a nuestra llamada, nos dice

que se forman están libres de conductos de Havers y médula ósea (microfotografías de las figuras 4 y 5).

Sinovial.—El estrato sinovial sólo es reconocible en algunos puntos por sufrir notables modificaciones que deforman su estructura. La estructura fundamental tiene aspecto edematoso y la abundancia de fibras colágenas aumenta grandemente el espesor de la misma.

(*) Cortesía del doctor PÉREZ-LLANDERAL, Médico Interno del Servicio de Anatomía Patológica y Hematología de la Casa de Salud Valdecilla. Jefe: Doctor OLIVA PRIEGO.

A continuación vamos a hacer un breve resumen de esta curiosa enfermedad.

ETIOLOGÍA.

Es enfermedad rara, generalmente monoarticular, que origina una serie de cuerpos libres, primeramente unidos a la sinovial, pero que terminan desprendiéndose, en gran número casi siempre, pudiendo calcificarse.

Las articulaciones más afectadas son la rodilla, codo y cadera; menos veces el hombro, tobillo y dedos. A veces es bilateral (codo, rodilla). Puede aparecer en todas las edades, pero es entre los veinte y sesenta años cuando es más frecuente. Nuestro compatriota A. OLIETE publicó un caso localizado en el tobillo izquierdo en una enferma de diecisésis años.

Del estudio de MUSSEY y HENDERSON, las tres cuartas partes se presentaron en hombres. En la mitad de los casos revisados había referido un trauma.

Los cuerpos pueden encontrarse libres, en gran número, varios cientos a veces, o bien en escaso número, pero de gran tamaño, por la reunión de muchos de ellos, como ocurre en el caso presentado. Otras veces están unidos a la sinovial, en la cual toman su origen, siendo sesiles o pediculados. Pueden calcificarse, pero cuando hay muchos, siempre hay algunos sin calcificar, siendo por tanto transparentes en la radiografía sin contraste.

PATOGENIA.

Se admitía hasta hace poco que era una neoplasia sinovial. Actualmente se considera "producida la enfermedad por un proceso de metaplasia de los elementos del tejido conjuntivo sinovial que tienen la propiedad de desdiferenciarse a conjuntivo embrionario. Todo este mecanismo lo puede poner en marcha un traumatismo, un trastorno metabólico, vasomotor, etcétera. A partir de este tejido conjuntivo embrionario se pueden formar placas de cartílago, y si debido a la decalcificación ósea hay una atmósfera de calcio, este cartílago recién formado puede rodearse de una capa cálcica o de hueso" (PIULACHS).

En el libro de LERICHE (1955) "Bases de la Chirurgie Physiologique" puede leerse: "... el examen histológico no me ha dado la explicación de esta enfermedad singular, pero habiendo encontrado ("Patogenia de la condromatosis". Soc. de Chir. de Lyon, 18 junio 1930) en el curso de mis operaciones un pequeño foco de necrosis ósea en la vecindad de la condromatosis, he ensayado incluir en las sinoviales un pequeño foco de hueso muerto, en el conejo, y he obtenido así, con BRENNCKMANN, una condromatosis en miniatura, es decir, la formación de condificaciónes múltiples en la sinovial".

ANATOMÍA PATOLÓGICA.

Ha quedado ya esbozada en la presentación del caso y en el informe de la biopsia.

SÍNTOMAS.

Son todos locales; consisten en dolor, hinchazón, palpación de una o varias tumoraciones, que se mueven a uno y otro lado, y limitación de los movimientos por acción mecánica de los cuerpos libres. Cuando se interponen entre los extremos articulares hay fenómenos de bloqueos. La evolución es más bien lenta, de meses o años, aunque debemos esforzarnos por hacer un diagnóstico precoz, a fin de evitar la presentación de la artrosis por incongruencia articular, complicación frecuente, o una sinovitis inespecífica, reaccional.

La exploración física puede ser negativa o bien demostrarnos tumefacción e irregularidades de la sinovial, derrame, hallazgos de cuerpos o adheridos a un punto de la sinovial y limitación de los movimientos.

Negativa puede ser también la radiografía simple por no haberse aún calcificado los cuerpos. Es frecuente, sin embargo, encontrar varios cuerpos calcificados de un modo irregular, de forma redondeada, con el centro más transparente, es decir, una imagen diferente por completo a la de la osteocondritis disecante, en que suele ser un cuerpo único, de forma de lenteja o habichuela, sin imagen clara central, pudiendo apreciarse también la imagen radiográfica del lecho, de donde se desprendió o está a punto de hacerlo. Si hacemos una radiografía con inyección de contraste en la articulación de la osteocondromatosis, se apreciarán más cuerpos que no se veían en la radiografía simple por no estar calcificados. Naturalmente, pueden apreciarse lesiones secundarias de artrosis (osteofitos, focos de osteoporosis subcondral) o de sinovitis reaccional (sombra de las partes blandas tumefactas).

DIAGNÓSTICO.

En los casos típicos es fácil por la clínica, datos físicos y radiográficos. Se diferenciará fácilmente de los procesos infectivos como tuberculosis, etc. Hay que distinguirlo de las otras afecciones que originan cuerpos libres articulares como las debidas a la ruptura de un osteofito artrósico, de la osteocondritis disecante, los de causas traumáticas (fracturas intraarticulares) y, en la rodilla, los cuerpos libres de origen meniscal. En los casos dudosos puede estar indicada hacer la biopsia de la sinovial, necesaria para diferenciar el proceso de los tumores articulares (sinovioma de células gigantes, etcétera).

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.

Es lenta, de años, pero si no se hace un tratamiento precoz conduce a la artrosis o a la sinovitis reaccional inespecífica. Cuando los cuerpos no se han desprendido de la sinovial, pueden regresar de nuevo y desaparecer.

Su pronóstico es, pues, benigno en cuanto a la vida; pero no podemos decir tanto, en cuanto a la función, por la artrosis.

TRATAMIENTO.

Deberá ser precoz, antes de que surja la artrosis. Si da lugar a bloqueos y trastornos mecánicos o dolores, deberán extirparse los cuerpos desprendidos y todos los que estén a punto de desprenderse. Si hay lesiones macroscópicas de sinovitis reaccional y es fácil técnicamente la extirpación (rodilla), está indicada la sinovietomía. Nunca dejará de hacerse la biopsia de ella y de los cuerpos libres. En todos los casos se efectuarán, lo más precozmente posibles, movimientos activos (cuadríceps, en la rodilla;

deltoides y rotadores externos, principalmente, en el hombro; flexo-extensión, en el codo, etcétera) para evitar las rigideces articulares y atrofias musculares.

La radioterapia es aconsejada también. Aunque no tenemos experiencia de ella, en este proceso, es lógico pensar sea solamente útil en los casos en que falten los trastornos mecánicos.

BIBLIOGRAFIA

1. BARTOLI, O.—La Chir. d. Org. di Mov., 17, 260, 1932.
2. BIBERGEIL, E.—Ztschr. f. Orthop. Chir., 33, 620, 1913.
3. BLOOM, R. y PATTINSON, J. N.—J. Bone Joint Surg., 33-B, 80, 1851.
4. BORSOTTI, P. C.—La Chir. d. Org. di Mov., 22, 63, 1936.
5. COLONNA, P. C.—Surg. Gyn. Obst., 53, 698, 1931.
6. FISHER, A. G. T.—Brit. J. Surg., 8, 493, 1921.
7. HALSTEAD, A. E.—Cit. COLONNA, 5.
8. HAMADA, G.—J. Bone Joint Surg., 33-B, 85, 1951.
9. HENDERSON, M. S. y JONES, H. T.—J. Bone Joint Surg., 5, 400, 1923.
10. LERICHE, R.—“Bases de la Chirurgie Physiologique”. Masson & Cie, ed. París, 1955.
11. LERICHE, R. y BRENMANN, E.—Presse Méd., 36, 1.441, 1928.
12. MUSSEY, R. D. y HENDERSON, M. S.—J. Bone Joint Surg., 31-A, 619, 1949.
13. OLITE, A.—La Chir. d. Org. di Mov., 15, 389, 1930.
14. PETTINARI, V.—La Chir. d. Org. di Mov., 20, 395, 1934.
15. PIULACHS, P.—“Lecciones de Patología quirúrgica”. Tomo I. Generalidades. Janés, ed. Barcelona, 1948.
16. REICHEL—Cit. BORSOTTI, 4.

REVISIONES TERAPEUTICAS

LO VIEJO Y LO NUEVO EN EL TRATAMIENTO ACTUAL DEL ASMA BRONQUIAL (*)

R. FROUCHTMAN.

Instituto de Asmatología del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona. Director: R. FROUCHTMAN.

A comienzos de nuestro siglo el signo de la medicina era eminentemente clínico: interesaba el conocimiento de las causas de las entidades morbosas y su correlación anatomo-clínica; los mecanismos patogénicos eran objeto de constante controversia y, sobre todo, sobresalían las descripciones de los cuadros clínicos matizando en una verdadera filigrana los múltiples signos revelados por la exploración, gracias a la cual era posible alcanzar un casi perfecto conocimiento de las enfermedades y sus diversas modalidades evolutivas. Magníficas eran las descripciones de la sintomatología clínica de la neumonía, de la fiebre tifoidea, del asma bronquial, formas de la tuberculosis pulmonar, modalidades evolutivas del reumatismo poliarticular, etc., etc., algunas de las cuales no han sido superadas y conservan todavía su plena actualidad; pero en llegando al tratamiento, este capítulo solía quedar reducido a unas

someras y múltiples prescripciones o a titubeos terapéuticos, evidenciando *a priori* nuestra ineeficacia frente a aquellas dolencias tan bien descritas.

Durante los dos últimos decenios la medicina experimenta un giro completo y, sin abandonar su progresión hacia el mejor conocimiento de la etiología y mecanismos de producción de las enfermedades, adquiere un manifiesto signo terapéutico. Causa principal de este cambio es el descubrimiento de múltiples drogas que iban a revolucionar nuestras posibilidades de tratamiento; ello es evidente y constituye, sin duda, el carácter de la medicina moderna, ya que en muy pocos años hemos visto aparecer nuevos agentes de poderosa y eficaz acción, lo cual, unido al enorme avance de los medios instrumentales, ha contribuido enormemente a mejorar el pronóstico de diversas afecciones.

Sin embargo, es obvio que la posesión de estos nuevos recursos terapéuticos de maravillosa acción no sólo ha producido una desorbitada esperanza en su eficacia dejando en el olvido otros tratamientos que conservan toda su utilidad, sino que su empleo suele efectuarse numerosas veces sin discernimiento y, sobre todo, sin un previo y correcto conocimiento del síndrome a tratar. Desgraciadamente, algunos suelen prescindir o abreviar el primer acto del arte médico, es decir, ordenar e interpretar los datos recogidos de un completo estudio del enfermo después del cual se edificará un plan terapéutico; con demasiado se prescriben remedios a voleo, y su ineeficacia desconcierta al médico y deprime el ánimo del pa-

(*) Conferencia pronunciada en el Curso de Patología Torácica desarrollado en el Servicio de Neumología del doctor CORNUDELLA (Hospital de San Pablo), el 10 de diciembre de 1956.