

## NOTAS CLINICAS

### TUMOR DE MEDIASTINO DE ORIGEN NERVIOSO OPERADO CON EXITO

M. G. PORTELA

Cirujano-Jefe del Hospital Provincial de Lugo.

En el año 1943, y en esta misma Revista (30 de octubre, páginas 89 a 107), publicamos un estudio de conjunto de los tumores del mediastino de origen nervioso, valiéndonos para ello de siete casos inéditos estudiados por nosotros en la Clínica Quirúrgica de la "Charité", dirigida por el profesor doctor SAUERBRUCH, y recopilando, además de diversos trabajos de la literatura europea y americana, otros 26 casos, dando así una mayor base y más clara visión de los problemas que plantean estos tumores.

Desde aquella época se han publicado algunos otros en la literatura mundial, y además se han dado también a conocer los primeros casos de la literatura nacional. Estas comunicaciones en revistas españolas sobre tumores nerviosos del mediastino son debidas a los portugueses FURTADO y FONTELA (mayo de 1944, en esta misma Revista), al doctor BENGOCHEA, de La Coruña (Rev. Esp. de Cir., Traum. y Esp., septiembre 1945) y al doctor CARALPS, de Barcelona (Arch. Méd. Quir. y del Trab., octubre 1945 y misma revista, enero 1946). En todos ellos se trataba de tumores de origen nervioso, con las características que señalábamos en el trabajo nuestro que hemos indicado.

La suerte ha querido que podamos publicar hoy un nuevo caso de tumor neurógeno del mediastino, que ha sido operado por nosotros con completo éxito en el mes de enero del año actual, y cuyos detalles de historia e intervención son los que siguen:

D. M. F., de treinta y siete años de edad, casado, sin hijos, jornalero y natural de un pueblo de esta provincia. Su padre falleció a los cincuenta y dos años por parálisis, y su madre a los cuarenta y dos, por un proceso rápido, que fué acompañado de tos y disnea muy intensa e hinchazón generalizada. De los catorce hermanos que fueron, sólo vive en la actualidad nuestro paciente, habiendo fallecido diez a los pocos meses de su nacimiento, y los otros tres: a los treinta años, una hermana, de un "ataque" al cerebro; a los treinta y tres años, un hermano, en un Centro psiquiátrico, habiendo padecido ataques epilépticos y trastornos psíquicos, y a los cuarenta años, otro hermano, en Cuba, sin causa conocida. Estos hermanos fueron solteros y no dejaron descendencia.

No recuerda que su madre tuviera abortos ni malos partos, ni tampoco que en la familia padeciese alguno de tumores o manchas en la piel, y solamente recuerda que una hermana del padre, fallecida a los cuarenta y

cinco años de abdomen agudo, tenía varias verrugas pigmentadas en la cara.

Respecto a los antecedentes personales, refiere que a los ocho años tuvo sarampión y a los doce tos ferina. Durante toda su vida, dolores frecuentes de cabeza y algunas epistaxis. Es fumador y algo bebedor.

Tiene desde su nacimiento más gruesa la pierna izquierda, así como la mitad derecha de la lengua.

Desde los dieciocho años empezaron a formarse bultos en la cara anterior de la pierna izquierda, y que él lo relaciona con los golpes que se daba en la misma. Como el aumento de volumen de la pierna a este nivel se hacía cada vez mayor, acudió a un cirujano, el cual intervino al enfermo cuando éste tenía veintidós años, realizándole la extirpación de un tumor de las partes blandas, que, según las referencias del enfermo, pesa-

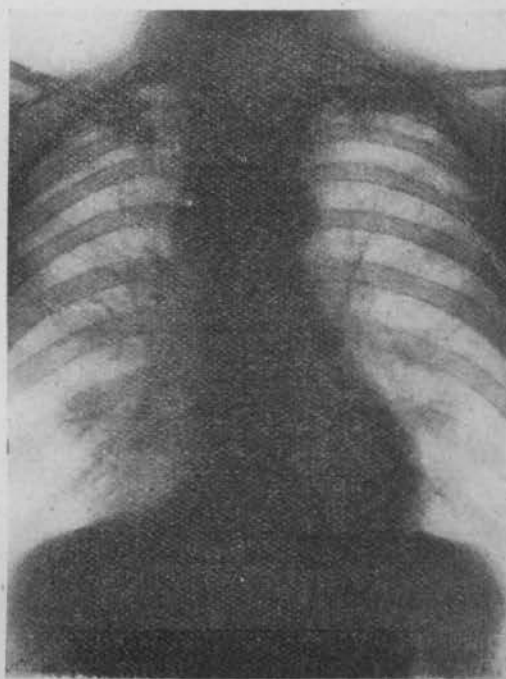


Fig. 1.—Radiografía antes de la intervención.

ba más de tres kilos. La herida cicatrizó de primera intención y quedó perfectamente. Desde aquella época empezó a notar aumento de volumen de las partes blandas de la cara posterior de la misma pierna, las cuales, después de alcanzar un cierto volumen—el actual—permanecieron estacionarias, y únicamente nota que esta pierna se hincha un poco si anda mucho.

Posteriormente, y desde hace algunos años (1937) empezó a observar que por toda la superficie del cuerpo le empezaban a salir bultitos, que fueron creciendo poco a poco, y desde el año 1938 comienza también a notar cortedad de aliento y cansancio general, como si estuviera "apaleado", exagerándose estos fenómenos al hacer cualquier esfuerzo. Nota también desde esta época tos seca, que ha aumentado algo en intensidad y que a veces se hace húmeda. Apenas si le molesta esta tos por el día, mientras que se hace intensa por la noche al acostarse, tomando a veces un carácter coqueluchoideo. La posición horizontal es la desencadenante de estos ataques de tos, ya que también los tiene si se echa

en cama por el día. Esta tos no tiende a aumentar en los últimos tiempos, permaneciendo siempre con los mismos caracteres. La sensación de cansancio continúa sin modificar, así como la disnea de esfuerzo. No ha tenido nunca sangre en los esputos. Esta última temporada ha perdido algo de peso. Está bien de apetito, y todas las demás funciones y aparatos funcionan con normalidad.

Talla, 1,58 metros. Peso, 56 kilogramos. Presión arterial, 9/13 y  $\frac{1}{2}$ . Pulso regular y tenso, con 60 pulsaciones por minuto.

Coloración normal de piel y mucosas. Estado de nutrición, normal.

Al examinar el enfermo desnudo destacan en seguida los siguientes detalles:

1.º Por toda la superficie de la piel del tronco, cara posterior del cuello y extremidades se encuentran diseminados un gran número de tumorcitos de diverso ta-



Fig. 2.—Aspecto del enfermo antes de la intervención.

maño, cuyo tipo medio es el de un guisante o garbanzo. Estos tumores son sesiles, de consistencia blanda y cubiertos por una piel fina de aspecto normal.

2.º En la piel de las mismas regiones, y sobre todo al nivel de la espalda, se observan diversas manchas pigmentarias, que toman el tipo de grandes manchas (manchas hepáticas), o bien el de pequeñas manchas lenticulares, muy numerosas e incontables. Las primeras las tiene de nacimiento, mientras que las segundas hicieron su aparición al mismo tiempo que los tumores de la piel.

3.º En la cara posterior y media de la extremidad inferior izquierda se observa un aumento de volumen de las partes blandas de esta región, en forma de grandes pliegues cutáneos, que caen unos sobre otros en forma de alforja, y que ofrecen una consistencia blanda, sin que el color de la piel a este nivel esté alterado. La cara anterior de esta pierna izquierda presenta cicatrices extensas y un estado eczematoso, en el que a veces se producen pequeñas ulceraciones. Toda esta pantorrilla está ligeramente edematosa, y este edema se extiende hasta el pie. Ambos pies ofrecen un descenso considerable de su bóveda plantar.

4.º El miembro inferior izquierdo presentó un aumento de longitud de unos tres centímetros en relación con el opuesto, y va acompañada esta desigualdad en los mismos de una ligera escoliosis estática.

En la mitad derecha de la lengua, que como hemos dicho la tiene aumentada de volumen desde el nacimiento, se nota por palpación la existencia de una tumoración muy blanda, sin límites precisos con el resto

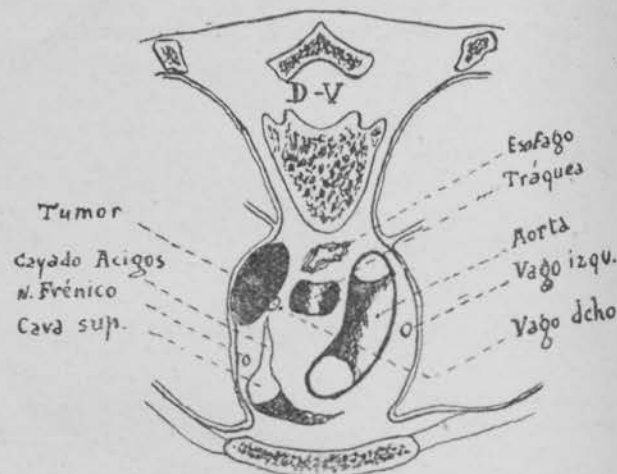


Fig. 3.—Dibujo esquemático de un corte del tórax, a nivel de la quinta dorsal, para mostrar el asiento del tumor en nuestro caso.

de los tejidos, y que tiene el tamaño aproximado de una ciruela.

Datos de laboratorio: Wassermann, intensamente positivo. Orina, normal. Sangre: Hematíes, 4.260.000. Hemoglobina, 82 por 100. Valor globular, 0,97. Leucocitos, 10.600. Linfocitos, 10. Monocitos, 6. Metamielocitos, 1. Formas en bastón, 7. Segmentados, 70. Eosinófilos, 6.

Velocidad de sedimentación: A la hora, 38 mm.; a las dos horas, 77,5. Índice de Katz, 38,37.

El electrocardiograma, realizado por el doctor SÁNCHEZ CUESTA, de esta capital, pone de manifiesto que no existe en este sentido anormalidad alguna.

La observación a la pantalla pone de manifiesto—en sentido anteroposterior—la existencia de una tumoración que hace prominencia desde el mediastino hacia el campo pulmonar derecho al nivel, y en sentido contrario de la sombra del callado aórtico, continuándose por su parte inferior con la sombra cardíaca. Esta tumora-



Fig. 4.—Aspecto macroscópico del tumor extirpado (visto lateralmente y, por lo tanto, en el sentido de menor volumen).

ción no presenta pulsaciones visibles, y se desvanece extraordinariamente al observar al enfermo en posiciones oblicuas, notándose, sin embargo, que su localización corresponde a la parte media del mediastino y que está alejada, por tanto, de la gotiera costovertebral. Las radiografías laterales no permiten descubrir una sombra definida del tumor.

La tos, la fatiga y el cansancio permanente que el enfermo siente fué lo que hizo que acudiera a una con-



suíta pública de pulmón y corazón (doctor SÁNCHEZ CUESTA), y fué aquí, al realizar la exploración radioscópica, en donde fué descubierta la existencia de una tumoración en el mediastino, siendo entonces enviado a nuestro Servicio de Cirugía.

El enfermo fué observado por nosotros durante una larga temporada antes de ser sometido a la intervención. Durante este tiempo fué cuidadosamente estudiado y preparado. En este sentido, fué tratada la sífilis que padecía, y de manera inmediata a la intervención fué tratado con digitalización previa (SAUERBRUCH), prontamente suspendida, por dar lugar a palpitaciones muy molestas para el enfermo. Unos días antes a la intervención fué realizado también un neumotórax, para evitar con ello los trastornos a que puede dar lugar en el momento operatorio la brusca entrada de aire en la cavidad pleural.

**Intervención** (15 de enero de 1946).—Anestesia local paravertebral con novocaína, que se completa posteriormente con una narcosis etérea en el momento en que se hacen maniobras sobre el mediastino para extirpar el tumor. Ambas anestesis fueron perfectas y no produjeron accidente alguno.

Incisión paravertebral derecha amplia y de convexidad interna. Sección de las partes blandas hasta llegar a las costillas y resección superiostica de la tercera, cuarta, quinta y sexta costillas, en una extensión de unos 4 a 6 centímetros. Amplia incisión de la pleura, que permite ver el pulmón colapsado. Retirado éste con un separador adecuado, y al explorar la cara mediastínica de este hemitórax, descubrimos en la misma la prominencia del tumor, el cual está situado profundamente, a una distancia equidistante de cuerpos vertebrales y cara posterior del esternón, razón por la cual tenemos que valernos de iluminación supletoria frontal. Con la ayuda de pinzas largas de disección y pinzas de Faure ginecológicas hacemos presa de la pleura mediastínica que cubre el tumor—después de que se ha iniciado ya la narcosis etérea—, atrayéndolo ligeramente y con toda dulzura hacia la herida de la pared. Se incide entonces la pleura que cubre el tumor y se hace presa directa sobre el mismo, realizando a partir de entonces una disección obtusa con pequeñas torundas montadas de gasa, con lo cual se logra una disección fácil, que no da lugar a hemorragia alguna. Al final de la disección se observa la existencia de un pedículo, que continúa el tumor hacia la profundidad del mediastino, y a este nivel se coloca un "clips" de los de cirugía cerebral, y por fuera de él se da un tijeretazo que termina de liberar el pulmón. A continuación se sutura la herida de pleura mediastínica, a cuyo través se hizo la extirpación del tumor, y se procede finalmente al cierre por planos de la pared torácica, dejando un pequeño drenaje, pero sólo de la herida, durante veinticuatro horas.

Antes de proceder a este cierre de la herida se vierte, con fin preventivo, 20 c. c. de Albucid templado en la cavidad pleural, y la herida de pared es espolvoreada con Pental-Tiazol.

Después del cierre de la herida tóxica se extirpa una de las tumoraciones de piel vecinas a la herida operatoria, para completar con ello los exámenes histopatológicos.

La presión sanguínea y el pulso se mantuvieron en límites de normalidad durante toda la intervención operatoria, no habiendo necesidad de proceder a transfusión sanguínea ni durante ni después de la misma.

En el curso postoperatorio se administra suero fisio-

lógico y Cardiazol. Como la tos es molesta en los primeros días, se administra también Codeisán para mitigarla.

En los cuatro días que siguen a la intervención (primero, segundo y cuarto) se hacen punciones pleurales, extrayéndose 200, 175 y 150 c. c. de un líquido serosanguinolento. A los cuatro días se retiran los primeros puntos de piel, y en días sucesivos, hasta el sexto, se retiran todos los demás.

El resto del postoperatorio fué normal, y a los nueve días se ordena al enfermo se levante de la cama. A los quince días empieza a hacer su vida normal y es dado de alta. Posteriormente, y cada quince días, en los dos primeros meses, hemos visto de nuevo a nuestro operado, habiendo desaparecido del todo la tos, la fatiga y puede dormir, además, sin almohada, cosa que hacía muchos años no podía. Ha reemprendido, por otra parte, sus ocupaciones habituales.

El tumor extirpado tenía un peso de 47 gramos y unas dimensiones de 13 × 5 × 3 cm., ofreciendo la forma de un huevo grande de gallina, ligeramente aplastado,

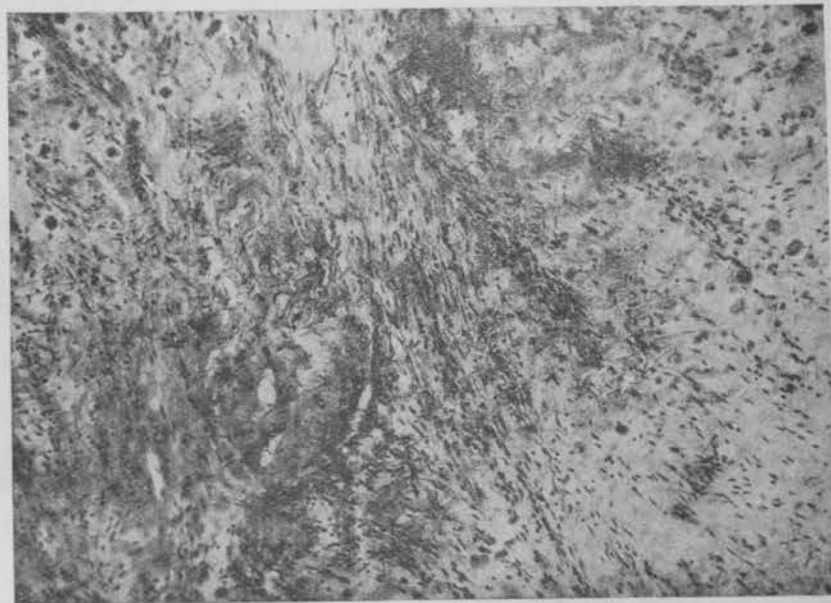


Fig. 5.—Microfotografía del tumor mediastínico extirpado. En medio de la neoformación conjuntiva, fibrilar laxa (color claro), se observa la presencia de numerosas fibras nerviosas amielínicas, que destacan por sus núcleos en negro, y que atraviesan el campo microscópico de arriba abajo. Se ven también fibras nerviosas cortadas transversalmente, que aparecen como células redondas (redondeles en negro).

como puede verse en la fotografía que acompañamos. El aspecto macroscópico de la pieza era un color blanco grisáceo, de superficie brillante y lisa. Al corte, al que ofrecía cierta resistencia, se observaba la misma coloración, y en determinados puntos del tumor existían porciones más condensadas de tejido de color más pronunciado (amarillo sucio).

El análisis histopatológico, realizado por el doctor VARELA GIL, de Santiago, ofrece el siguiente resultado:

La pieza estudiada ofrece una estructura de tejido conjuntivo rico en células de nueva formación y del tipo fibroblastos, con sustancia fundamental fibrilar laxa y ondulada, absolutamente semejante en su estructura a la que se observa en el tumor de piel perteneciente al mismo enfermo y característica de las neoformaciones neurofibromatosas.

Se trata, por tanto, de una neoformación fibromatosa, observándose en medio de las fibras conjuntivas neoformadas la presencia de fibras nerviosas, que quedan intercaladas en la neoformación conjuntiva. El tumor carece de células nerviosas, ya que en distintos cortes que se han practicado en los fragmentos de prueba no aparecen en las preparaciones de ninguno de ellos, siendo esta neoplasia muy rica en núcleos, por lo cual

se considera como un *neuroma fibrilar* o *neurocitoma*, constituido por células de Schavann.

El estudio histopatológico de piel pone de manifiesto que se trata de un nódulo *fibromatoso* del tejido celular subcutáneo, sin que se encuentre en el mismo elemento alguno de tipo nervioso. Es, pues, característico de las neoformaciones neurofibromatosas.

#### CÓMENTARIOS.

Como en la publicación nuestra ya indicada se encuentra un estudio bastante extenso sobre estos tumores, no haremos más que señalar algunos puntos de particular interés sobre nuestro caso, o que se relacionen con el mismo, dentro del cuadro general de estos tumores.

Es preciso hacer resaltar, en primer lugar, que en un período de tiempo relativamente corto se han dado a conocer en la literatura nacio-

encontrar en la literatura europea. En efecto, los siete casos han sido intervenidos operatoria-mente, y el éxito ha sido completo, lográndose además la curación "per primam" después de proceder al cierre primitivo de las heridas operatorias.

Por lo que se refiere a caracteres de estos casos, hemos de señalar que, como sucede de ordinario en ellos, los seis primeros ocupaban la gotiera costovertebral (cinco veces en el lado derecho y una en el izquierdo), siendo posible por ello la intervención extrapleural en tres de dichos casos (números 1, 2 y 3), mientras que en los otros, y a pesar de esta localización accesible, fué preciso abrir ampliamente la pleura. En nuestro caso, el tumor se alejaba, de manera atípica en estos tumores, de la pared posterior del tórax, radicando a una distancia intermedia entre columna vertebral y esternón. De esta profunda situación frente a las dos vías de acceso del mediastino provienen las dificultades que hubo que vencer durante la intervención, y que lo hacen aparecer en este sentido como un caso único en la literatura que nosotros hemos leído y de los casos que hemos recopilado (ver figura).

Esta localización excepcional del tumor nos hace pensar que su origen radicaba en el neumogástrico, y fué por ello que no llevamos muy lejos la disección del pedículo, seccionándolo después de realizada la hemostasia en el mismo, de la manera señalada al describir la operación, con lo cual creímos prevenir posibles lesiones de ramas nerviosas que pudieran dar lugar a trastornos de importancia.

Otro detalle de extraordinario interés en nuestro enfermo es la coincidencia del tumor mediastínico, con un cuadro típico de enfermedad de Recklinghausen, cuyo diagnóstico se hace simplemente a la vista de las fotografías que publicamos, y cuyos datos más notables se han señalado en la historia del enfermo. La coexistencia de un tumor mediastínico con la enfermedad de Recklinghausen es muy frecuente, y así, en nuestra anterior publicación, hacíamos ver que de los treinta y tres casos recopilados, cinco de ellos padecían, al mismo tiempo que el tumor mediastínico, una neurofibromatosis generalizada (15,15 por 100). En tres, de estos siete casos añadidos hoy a los anteriores, existen también síntomas de esta enfermedad, pero quedan reducidos, en el caso de QUINTELA y FURTADO, a una zona limitada en el lado derecho de la espalda, entre la segunda y sexta dorsales, sobre la piel situada inmediatamente so-

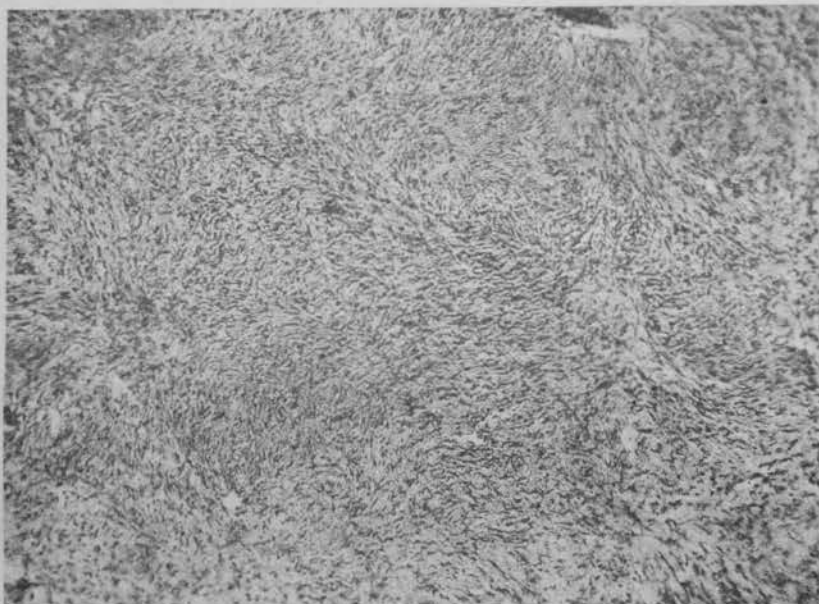


Fig. 6.—Microfotografía del tumor de piel (Nódulo fibromatoso típico de la enfermedad de Recklinghausen). Haces de tejido conjuntivo neoformado, que se entrecruzan unos con otros en direcciones diversas, y constituidos por fibroblastos.

nal los casos señalados, lo cual significa, por una parte, el interés creciente que despiertan estas cuestiones; por otra, la finura del diagnóstico logrado, y, finalmente, el avance que ha realizado en nuestro país la cirugía torácica, lo cual, si bien no significa que con anterioridad no fueran diagnosticados y tratados quirúrgicamente estos procesos, si quiere dar a entender que tal vez por haber sido insuficientemente estudiados, o haber sido poco feliz la intervención, no habían sido publicados.

Por el contrario, los casos últimamente publicados, y de los cuales ya hemos hecho mención, en unión del nuestro, dejan ver sin duda que hoy en día la curación quirúrgica de estos procesos es posible obtenerla de una manera radical y con relativa sencillez, y esto no sólo por las publicaciones de la literatura española, sino también de nuevos casos que hemos podido



bre el tumor, y en el primero de CARALPS, a manifestaciones tan mínimas, que aquel autor mismo califica de "cortejo sintomático frustrado". En nuestro enfermo, por el contrario, el síndrome de enfermedad de Recklinghausen es tan completo, que puede diagnosticarse a "distan-



Fig. 7.—Incisión operatoria, a los quince días de la intervención.

cia". Se trata de un verdadero caso de neurofibromatosis generalizada, con localización de un tumor del mismo tipo en el mediastino.

Caso núm. 1. (CLEMENT, DELONT, MONOD, 1942). Edad, siete años.

Localización: Mediastino posterior, en su parte superior. Lado derecho.

Síntomas principales: Tos y expectoración desde hacía tres meses. Descubrimiento del tumor a la observación con los rayos X.

Intervención operatoria (datos principales): Narcosis con protóxido de nitrógeno. Resección de la primera, segunda y tercera costillas. Extirpación extrapleural de un tumor que se continúa en sus extremos por un cordón. ¿Simpático? Cierre por planos. Pequeño drenaje de la herida.

Resultados: Curación "per primam".

Diagnóstico anatomopatológico: Tumor de 130 gramos de peso. Ganglioneuroma con predominio de células tipo Schwann.

Caso núm. 2. (FURTADO y QUINTELA, marzo 1944). Edad, catorce años.

Localización: Mediastino posterior, en su parte superior. Lado derecho.

Síntomas principales: Crisis dolorosas en hemitórax y miembro superior derecho desde año y medio. Comienzo brusco de estas crisis sin causa aparente y otras veces por esfuerzo. Duran una hora y se repiten varias veces al día. Sensación de peso y menos fuerza en brazo derecho. Sensación de cansancio en miembros inferiores después de las crisis. Síntomas cutáneos localizados de enfermedad de Recklinghausen. Reflejos patetales exaltados. Ligera escoliosis dorsal.

Intervención operatoria (datos principales): Escofedal y novocaína. Resección de quinta a séptima costillas y apófisis transversas. Extirpación extrapleural del

tumor, que se introduce en un agujero de conjunción. Adherido a raíces posteriores, que se seccionan. Cierre sin drenaje.

Resultados: Curación "per primam".

Diagnóstico anatomopatológico: Estructura semejante a un neurinoma, pero rico en células.

Caso núm. 3. (KORSCH, abril 1944). Edad, treinta y siete años.

Localización: Mediastino posterior, en su parte superior. Lado izquierdo.

Síntomas principales: Desde hace cuatro años, dolor en el lado izquierdo de la espalda, que se irradia a lado derecho. Bronquitis seca, pertinaz. Un año de observación. Tratamiento radioterápico, de efecto nulo.

Intervención operatoria (datos principales): Narcosis etérea con hiperpresión. Resección de cuarta a sexta costillas. Extirpación extrapleural del tumor. Cierre de la herida a hiperpresión y sin drenaje.

Resultados: Curación "per primam".

Diagnóstico anatomopatológico: Neurinoma del cordón simpático.

Caso núm. 4. (BENGOCHEA, septiembre 1945). Edad, cincuenta y dos años.

Localización: Mediastino posterior en su parte inferior. Lado derecho.

Síntomas principales: Desde hace un año, dolor en espalda. Tos, expectoración mucosa y alguna vez hemoptoica. Pigmentaciones en piel, no pertenecientes a enfermedad de Recklinghausen.

Intervención operatoria (datos principales): Narcosis etérea en hiperpresión. Toracotomía posterior sin resección de costillas. Cierre primario de la herida. Punciones posteriores para extraer exudados.

Resultados: Curación "per primam".

Diagnóstico anatomopatológico: Neuroma celular de Schwann o neurocitoma.

Caso núm. 5. (CARALPS, octubre 1945). Edad, veintiséis años.

Localización: Mediastino posterior, en su parte superior. Lado derecho.

Síntomas principales: Desde hace nueve años, sín-

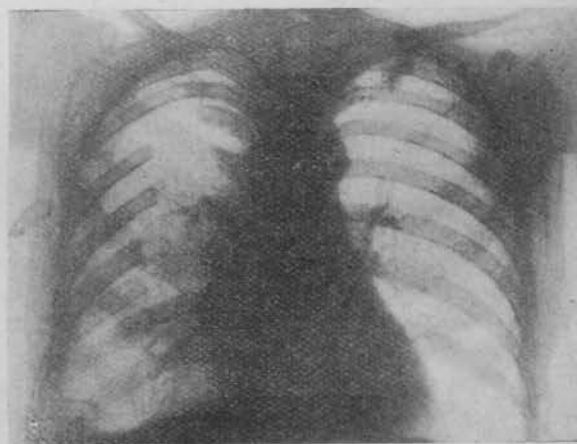


Fig. 8.—Radiografía a los quince días de la intervención.

me de Bernard-Horner. Tos seca, irritativa. Algas en brazo derecho. Manchas lenticulares en piel, del tipo de enfermedad de Recklinghausen.

Intervención operatoria (datos principales): Narcosis intratraqueal éter-oxígeno. Resección tercera costilla y sección de la cuarta. Toracotomía extirpando tumor con pedículo, que alcanza primer espacio intercostal. Sutura de la herida, sin drenaje. Punciones posteriores para extraer exudados.

Resultados: Curación "per primam".

Diagnóstico anatomopatológico: Neurinoma con células de Schwann.

Caso núm. 6. (CARALPS, enero 1946). Edad, ocho años.

Localización: Mediastino posterior, en parte media hemitórax derecho, haciendo prociencia notable sobre el campo pulmonar.

Síntomas principales: Desde hace algunos meses, molestias dolorosas de vez en cuando en hipocondrio derecho y región apendicular. Muy rara vez, dolor violento en punzada en costado derecho. Poca tos. No disnea de esfuerzo.

Intervención operatoria (datos principales): Narcosis intratraqueal con éter-oxígeno. Resección amplia de quinta costilla y sección paravertebral de la cuarta. Toracotomía amplia. Extirpación del tumor. Sutura por planos sin drenaje. Punciones posteriores de gas y exudados.

Resultados: Curación "per primam".

Diagnóstico anatomopatológico: Ganglioneuroma, con abundantes elementos jóvenes.

Caso núm. 7. (PORTELA). Edad, treinta y ocho años.

Localización: Mediastino superior, alejado del plano posterior. Lado derecho.

Síntomas principales: Desde hace siete años, cortedad de aliento, cansancio general y astenia. Tos intensa en posición echada. Expectoración mucosa. Cuadro típico de enfermedad de Recklinghausen.

Intervención operatoria (datos principales): Anestesia local de pared y narcosis etérea al maniobrar en mediastino. Toracotomía posterior, resecaando tercera a sexta costillas. Situación profunda del tumor, que se continúa hacia mediastino por pedículo. Cierre por planos con pequeño drenaje herida. Punciones posteriores.

Resultados: Curación "per primam".

Diagnóstico anatomopatológico: Neuroma de células de Schwann. El tumor pesaba 47 gramos.

## FRACTURAS SIMULTANEAS DE BRAZO Y ANTEBRAZO

(Consideraciones sobre una técnica del tratamiento.)

Dr. CECILIO GONZÁLEZ

Cirujano osteo-articular del P. N. Antituberculoso y Cirujano de la RENFE.

Hace ya siete años, en noviembre de 1938, tuvimos ocasión de tratar en el Hospital de la Cruz Roja de Madrid, que durante la guerra había sido destinado a la asistencia de la población civil, un lesionado que en accidente de la circulación (choque de un tranvía y de un autocamión) sufrió fractura simultánea de brazo y antebrazo del mismo lado, siendo abierta la del brazo.

La historia de aquel enfermo quedó guardada en nuestro archivo, no considerándola publicable por faltarle una documentación radiográfica adecuada, ya que por las dificultades debidas a la carencia de material de todas clases con que en Madrid se trabajaba en aquella época no fué posible hacer más que la radiografía de diagnóstico al ingreso del lesionado en dos pro-

yecciones y una sola en proyección lateral durante el tratamiento, faltándonos las radiografías finales. Disponíamos, en cambio, de una documentación fotográfica muy completa y perfecta, como toda la obtenida por el Jefe del Servicio de Técnica Fotográfica del citado Hospital de la Cruz Roja, Sr. Salgado.

Recientemente, en el Sanatorio de la RENFE, hemos tenido otro caso también de fracturas simultáneas de brazo y antebrazo del mismo lado, pero en el que la fractura abierta era la del antebrazo, producido por el arrollamiento de una máquina eléctrica cuando el lesionado trabajaba dentro de un túnel.

Este herido llegó a nuestro Sanatorio a los doce días del accidente, y en unas condiciones verdaderamente deplorables; con toda la herida infectada y supurando y en un estado septicémico tan intenso, que ni amputarle se podía cuando ingresó, a pesar de que eso parecía lo único factible en aquel momento.

Habiéndole tratado en un hospital provincial, y teniendo, como decíamos, fractura de brazo y antebrazo, no le practicaron ninguna inmovilización, y la herida de la fractura de antebrazo (por lo que a los doce días podía verse) había sido suturada descuidadamente.

Al explorarle, pudimos apreciar que, a pesar de lo extensas y profundas que eran las heridas, no habían sido afectados ni los grandes vasos (pues latía la radial) ni ninguno de los tres nervios radial, cubital ni mediano, ya que conservaba la sensibilidad normal de la mano.

En vista de eso se decidió intentar la conservación, que hoy está plenamente lograda.

Bastó inmovilizar cuidadosamente el miembro en un aeroplano para que la fiebre descendiese, la supuración de las heridas disminuyera y mejorara rápidamente el estado general, por lo que al cabo de pocos días pudimos tener la certeza de que se podía salvar no sólo la vida, sino el miembro, aunque, naturalmente, ha quedado con una limitación en la movilidad de la articulación del codo y una pérdida de fuerza debida a las destrucciones de masas musculares producidas por la supuración y a las extensas cicatrices y adherencias que ha dejado como consecuencia, secuelas que muy probablemente se hubieran podido evitar o reducir con un tratamiento adecuado desde el primer momento.

Este caso reciente nos hizo pensar en el otro fracturado de hace años, y creímos que, aun estando, como decíamos, incompleta su historia, merecía la pena de exponerse y hacer algunas consideraciones sobre la misma y sobre el tratamiento a seguir en los casos de fracturas simultáneas de brazo y antebrazo.

La ya citada historia clínica es la siguiente:

Juan L. D., de cuarenta y dos años, natural de Cehejín (Murcia), de profesión tranviario, y sin antecedentes personales ni familiares de interés.

Ingresa en nuestro Servicio del Hospital de la Cruz Roja el día 22 de noviembre de 1938, a las diez y quince horas, procedente de la carretera de Canillas, donde