

RESUMEN.

Se emplean tioderivados para el tratamiento de la delgadez, consiguiéndose ganancias de peso que oscilan entre 1,600 kg. y 4,050 kg. por mes. En todos los casos se trataba de sujetos no afectados por hipertiroidismo. El tratamiento falla en dos casos y tiene éxito en 17.

Se señala la posibilidad de que esta acción de los antitiroideos no sea debida a una frenación del tiroides y sí a una acción periférica directa sobre los tejidos.

BIBLIOGRAFIA

1. DUBLIN y LOTKA.—Length of Life. New York. The Roland Press, 1936.
2. VILA CLARA, J.—Comunicación al V. Congreso Nacional de Patología Digestiva y de la Nutrición, 1948.
3. THANNHAUSER.—Tratado de Metabolismo y enfermedades de la Nutrición. Trad. esp. Labor, 1932.
4. VERNING y BROWNE.—En SOSKIN: Progresos de Endocrinología Clínica E. Cient. Méd. Trad. esp., 1951.
5. JIMÉNEZ DÍAZ.—Lecciones de Patología Médica, t. III. Ed. Cient. Méd., 4.ª ed., 1950.
6. LYNCH y SNIVELY.—Journ. Am. Med. Ass., 147, 115, 1951.
7. GRATZEL.—En BERGMANN, STAHELIN y SALLE: Tratado de Medicina Interna, t. VII. Trad. esp., Labor, 1945.
8. STARKSTEIN.—Farmacología, Toxicología y arte de recetar. Trad. esp. Labor, 1946.
9. BLUM.—Münch. Med. Wschr., 1921, 1926 (II).
10. MARAÑÓN.—Bol. del Inst. de Pat. Méd., 6, 168, 1951.
11. MACKAY y SHERRILL.—Endocrinology, 28, 518, 1941.
12. ERSHOFF.—Endocrinology, 43, 36, 1948 y ASTWOOD, Journ. Am. Med. Ass., 122, 70, 1943.
13. DEMPSEY y ASTWOOD.—Endocrinology, 32, 509, 1944.
14. HUGHES y ASTWOOD.—Endocrinology, 34, 138, 1944.
15. VILA CLARA.—Rev. Clin. Esp., 37, 405, 1950.
16. ESPERSON y DHAL-IVEREN.—Acta Chir. Scand., 94, 271, 1946.
17. PANIAGUA y R. CANDELA.—Rev. Esp. de las Enf. del Ap. Digestivo y de la Nutr., 7, 125, 1948.
18. HERTFOT y cols.—N. Y. State J. Med., 52, 431, 1952.
19. HERTZ.—En SOSKIN: Progresos de Endocrinología Clínica. Trad. esp. Ed. Cient. Méd., 1951.
20. NOGALES.—Cit. VILA CLARA.
21. VILA CLARA.—Comunicaciones al V Congreso Nacional de Patología Digestiva y de la Nutrición, 1948.
22. Queries and Minor Notes. Journ. Am. Med. Ass., 148, 1,065, 1952.

SUMMARY

It was found that thin persons gained from 1,600 to 4,050 kg. in weight per month after treatment with thioderivatives. None of the subjects was suffering from hyperthyroidism. Treatment was successful in 17 cases and failed in 2.

It is pointed out that the action of such antithyroid drugs may not be due to a blockage of the thyroid but to a direct peripheral action on tissues.

ZUSAMMENFASSUNG

Zur Behandlung der Magerkeit wurden Schwefelderivate benutzt, wobei man Gewichtszunahmen von 1,6-4,05 kg. pro Monat erzielte. In allen Fällen handelte es sich um Personen ohne Schilddrüsenüberfunktion. Die Methode hatte neben 2 Versagern 17 Erfolge zu verzeichnen.

Man spricht von der Möglichkeit, dass es sich hier nicht um eine Hemmung der Schilddrüse handeln mag sondern vielleicht um eine direkte periphere Wirkung auf die Gewebe.

RÉSUMÉ

On emploie des tiodérivés pour le traitement de la maigreur obtenant des augmentations de poids qui oscillent entre 1,600 kg. et 4,050 kg. par mois. Il s'agissait dans tous les cas de sujets non atteints d'hyperthyroïdisme. Le traitement échoue dans deux cas et est positif dans 17.

On signale la possibilité de que cette action des antithyroïdiens ne soit pas due au freinage du thyroïde mais à une action périphérique directe sur les tissus.

SÍNDROME HOMBRO-MANO (*)

M. LOSADA L. y J. ZAÑARTU O.

Servicio A de Medicina, y Cátedra de Medicina de la Universidad de Chile del profesor doctor HERNÁN ALESSANDRI. Hospital del Salvador (Santiago).

El síndrome hombro-mano es una modalidad clínica de hombro doloroso, descrita por STEIN-BROCKER, de Nueva York, y colaboradores, a fines de 1947. Se caracteriza fundamentalmente por dolor e impotencia funcional del hombro y de la mano del mismo lado, con edema, perturbaciones circulatorias y tróficas de la mano. Forma parte del cuadro clínico denominado distrofia refleja de las extremidades y que puede afectar también a la cara.

ETIOLOGÍA.

Este síndrome puede ser primitivo o idiopático (30 por 100) o secundario a diversas afecciones médicas y quirúrgicas (70 por 100), de las cuales las más importantes son las siguientes:

- a) Traumatismos y supuraciones, que originan el cuadro clínico conocido con el nombre de atrofia ósea aguda, osteoporosis post-traumática, causalgia y atrofia de Sudek.
- b) Espondiloartrosis cervical, costilla cervical y síndrome del escaleno.
- c) Paniculitis nodular de Weber-Christian.
- d) Enfermedades vasculares: trombosis coronaria, tromboflebitis y periarteritis nodosa.
- e) Enfermedades del sistema nervioso: herpes zóster, poliomiéltis, siringomiéltis, hemiplejías y tumores intracraneales.

(*) Trabajo presentado a las Primeras Jornadas Chilenas de Reumatología, efectuadas en las Termas de Pánuco (Chile) el 28 y 29 de noviembre de 1952.

PATOGENIA.

Es desconocida. La mayoría de los autores piensan en una excitación refleja de elementos nerviosos simpáticos y espinales frente a diversos factores etiológicos. El impulso nacería en un foco de tejido traumatizado o inflamado, que se propagaría a través de las fibras aferentes, penetrando en el sistema de ramificaciones y anastomosis intramedulares ("pool internuncial" de LORENTE DE NO, discípulo de CAJAL), donde se generarían circuitos cerrados de auto-excitación responsables de irritabilidad anormal del sistema nervioso que se transmite a la periferia.

CUADRO CLÍNICO.

La característica fundamental de este síndrome es la participación del hombro y de la mano del mismo lado, simultáneamente o en forma sucesiva, con alteraciones motoras, vasculares y tróficas, sin participación del codo. En la evolución clínica pueden distinguirse, en los cuadros típicos, tres etapas:

a) *Etapa I.*—Dolor e impotencia funcional del hombro y de la mano; edema de los dedos y de la mano, uniforme; piel lisa y brillante, con desaparición de los pliegues; coloración rojiza y después pálida o aun cianótica; aumento de la temperatura cutánea de la extremidad, especialmente de la mano, con aumento del flujo sanguíneo (evidenciado por la oscilometría y por la pletismografía); actitud de los dedos en ligera flexión. La radiografía evidencia discreta osteoporosis, que en los procesos traumáticos es más intensa y de aspecto "moteado". La duración de esta etapa puede ser de tres a seis meses.

b) *Etapa II.*—Se atenúa el dolor en hombro y mano y disminuyen los fenómenos vasculares en la mano; acentuación de la impotencia funcional y de la rigidez y actitud de flexión de los dedos a medida que disminuye el edema; aparecen zonas de endurecimiento en la aponeurosis palmar que recuerdan a la enfermedad de Dupuytren; se inician cambios tróficos en la piel, disminuye la temperatura cutánea y el flujo sanguíneo. La radiografía revela acentuación de la osteoporosis segmentaria de los huesos de la mano. La duración de esta etapa varía de tres a seis meses.

c) *Etapa III.*—Intensa impotencia funcional del hombro (como en el "hombro congelado") y mano con marcada progresión de las alteraciones tróficas de la mano: la piel se adelgaza, se hace lisa y seca, con atrofia del celular; suele observarse hipertrichosis en la superficie dorsal de los dedos; disminución de la temperatura cutánea; atrofia intensa de los músculos interóseos con gran limitación de las articulaciones metacarpo-falángicas e inter-falángicas; contractura de los tendones flexores, especialmen-

te en el lado cubital, pudiendo producirse subluxaciones, y rigidez de la fascia palmar. La radiografía demuestra osteoporosis segmentaria ("moteada") de los pequeños huesos de la mano y de las metáfisis de los huesos largos y osteoporosis acentuada de la cabeza humeral. Esta etapa puede prolongarse por meses o evolucionar a alteraciones irreversibles.

FORMAS CLÍNICAS.

Se distinguen formas completas e incompletas.

a) *Formas completas.*—Se caracterizan por el cuadro descrito: el compromiso de hombro y mano puede ser simultáneo o preceder el compromiso del hombro al de la mano o viceversa.

b) *Formas incompletas.*—Pueden observarse las siguientes variedades:

1. *Vasodilatación y vasoconstricción dolorosa.*—Puede constituir una forma incompleta a la etapa inicial de la distrofia refleja, y se observa con frecuencia poco tiempo después de traumatismos, accidentes vasculares cerebrales y poliomieltis.

2. *Contractura de la fascia palmar y de los tendones flexores.*—Puede ser primaria o secundaria a diversas enfermedades: infarto del miocardio, osteoartropatía pulmonar hipertrófica, esclerodermia y síndrome de Raynaud. Las alteraciones palmares se atribuyen a hiperexcitabilidad simpática originada por enfermedades viscerales.

3. *Edema y atrofia de la mano.*—Se observa como secuela de hemiplejías, herpes zóster y traumatismos de la extremidad superior.

4. *Hombro doloroso.*—Como única manifestación del cuadro clínico se observa, en forma relativamente frecuente, como secuela de infarto de miocardio, hemiplejías, parkinsonismo y afecciones intratorácicas invalidantes (en personas ancianas).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Es importante el diagnóstico precoz, para evitar lesiones persistentes o definitivas, con tratamiento oportuno. Cuando hay antecedentes de enfermedades viscerales o de compresión intra-foraminal cervical severa, debe tenerse presente la posibilidad de una distrofia refleja incipiente o incompleta, que aparece en muchos casos como etapa inicial del cuadro completo. En enfermos con alteración prolongada del hombro, puede originarse una verdadera fijación escapulo-humeral.

En el diagnóstico diferencial deben tenerse presentes algunas afecciones como el síndrome del escaleno, artritis reumatoides atípicas, bursitis y periartritis del hombro.

CASUÍSTICA.

Nuestro material de estudio corresponde a seis enfermos de síndrome hombro-mano, de los cuales cuatro son mujeres y dos hombres. La edad fluctúa entre cuarenta y cuatro y sesenta y siete años y la duración de la enfermedad varía entre dos meses y un año. La etapa corresponde: en tres casos, al grado I; en dos, al grado II, y en uno, a un período intermedio de II a III.

Los enfermos estudiados corresponden a formas completas de síndrome hombro-mano. En dos de ellos, hubo compromiso simultáneo de hombro y mano; en cuatro, el compromiso fué sucesivo; en tres de ellos, las molestias se iniciaron por el hombro (uno, tres y cuatro meses antes) y uno por la mano (seis meses antes del compromiso del hombro). En cuanto a la localización, tres casos fueron derechos; dos, izquierdos, y uno, bilateral. El dolor fué de gran intensidad en el hombro en todos nuestros pacientes; de escasa intensidad en la mano, en tres; de mediana intensidad, en dos, y muy intenso, en uno. La impotencia funcional del hombro fué especialmente para los movimientos de abducción, proyección posterior y rotación interna, como en las periartrosis del hombro; en dos casos fué muy intensa (70 a 80 por 100 de reducción) y en cuatro intensa (50 a 60 por 100 de reducción). La impotencia funcional de la mano, medida por la capacidad para empuñar, en un caso fué del 75 por 100; en dos, del 50 por 100; en dos, del 20 al 30 por 100 y en uno no hubo impotencia funcional de importancia.

Fibrosis de la aponeurosis palmar la comprobamos en tres casos: uno, en etapa II a III; otro, en etapa II, y el tercero, en etapa I, presentaba la alteración en ambas manos.

Exámenes de laboratorio.—La sedimentación globular fué normal en cuatro enfermos, en los cuales se controló. El recuento de glóbulos blancos y el hemograma fueron también normales. La cifra de glóbulos rojos fué normal en tres y reveló discreta anemia en uno.

Radiología.—En cinco enfermos se efectuó estudio radiográfico del hombro, que reveló discreta osteoporosis en tres y normalidad en dos (de dos y cinco meses de evolución). En una enferma de etapa II a III, de un año de evolución, la radiografía de la mano evidenció discreta osteoporosis y moderada disminución de las hendiduras inter-falángicas. La radiografía de columna cervical, efectuada en los seis pacientes, fué normal en dos y reveló unco-artrosis en los cuatro restantes; en tres de ellos, unilateral, del lado homónimo al síndrome hombro-mano; en el otro fué bilateral, más acentuada del lado enfermo clínicamente, pero con osteofitos pequeños que no estrechaban los agujeros de conjunción. La localización de las alteraciones radiográficas fué la siguiente: C₄-C₅, C₅-C₆, C₆-C₇, C₇-D₁. En dos de estos pacientes había antece-

dentes clínicos de radiculalgias cérvico-braquiales del lado afectado clínicamente con el síndrome hombro-mano; en otro había poli-radiculalgias, especialmente cérvico-braquiales del lado enfermo; en otro paciente existían solamente antecedentes de algias cervicales. En cambio, en una enferma con radiografía cervical normal (si bien sólo en frontal y lateral y no en posiciones oblicuas), la anamnesis indicaba radiculalgias cérvico-braquiales del lado del síndrome, pero también poli-radiculalgias en otros territorios.

Enfermedades concomitantes. Formas clínicas.—De acuerdo con los hechos expuestos por STEINBROCKER, sólo dos de nuestros casos podrían clasificarse como *primitivos* o *idiopáticos*, por no aparecer en ellos ningún proceso que pudiera explicar el origen del síndrome. El primero corresponde a una enferma de cincuenta años, con antecedentes de poli-radiculo-neuritis durante veinte años y con compromiso de las raíces cérvico-braquiales e intercostales del mismo lado del síndrome hombro-mano (con radiología cervical normal en frontal y lateral) de un año de evolución. El segundo caso corresponde a una enferma de sesenta y dos años, con un síndrome hombro-mano izquierdo de seis meses de evolución, con radiología cervical normal y afecta de melancolía de involución durante cinco años.

Los otros cuatro casos podrían considerarse como *secundarios*. En todos ellos hay alteraciones radiográficas de unco-artrosis de las cuatro últimas vértebras cervicales; en tres, con antecedentes clínicos de cérvico braquialgias del lado afecto; en dos de ellos, con antecedentes también de poli-radiculitis y con un cuadro de intensa psiconeurosis. En uno de estos pacientes había sólo antecedentes de dolores cervicales en relación con los movimientos de columna. En un enfermo con síndrome hombro-mano derecho y con unco-artrosis C₅-C₆ del mismo lado, con antecedentes desde un año de sensaciones parestésicas y disminución de fuerzas del antebrazo derecho, el síndrome hombro-mano se instaló a las tres semanas de evolución de un infarto del miocardio; se trata de un hombre de cincuenta y dos años de edad.

TRATAMIENTO.

Según STEINBROCKER, el síndrome hombro-mano sin tratamiento mejoraría en un 60 por 100 de los casos, y un 10 por 100 quedaría con lesiones irreversibles. El ideal es tratar al paciente antes de la III etapa.

Las medidas terapéuticas aconsejadas por STEINBROCKER y cols. son las siguientes:

1. *Bloqueo con procaína del ganglio estrellado y del primero dorsal* del lado de la lesión (10 c. c. de procaína al 1 por 100, vía anterior, yuxta-traqueal), una a dos veces por semana. Con dicha medida obtienen 62 por 100 de me-

jorías importantes y 38 por 100 de remisiones completas.

2. *Cirugía del simpático.* Se emplea cuando los bloqueos simpáticos dan solamente mejoría parcial de los síntomas o cuando la respuesta es efectiva, pero no persistente. Cuando la condición general del paciente lo permite, se puede indicar la simpaticectomía periarterial en procesos localizados, y la ganglionectomía cuando el proceso es más difuso.

3. *Medicamentos bloqueadores del simpático.* Se aconseja su ensayo antes del tratamiento operatorio y como terapia de las causalgias. Aún hay poca experiencia para poder evaluar los resultados.

4. *Fisioterapia, rehabilitación y ortopedia.* Son recursos útiles para prevenir y corregir deformidades.

En todos nuestros enfermos hemos prescrito *masajes musculares y movilización suave y progresiva, previa aplicación de calor*, desde el momento en que se obtenía atenuación de los dolores. En dos pacientes fué suficiente la kinesiología para obtener una buena recuperación:

a) Hombre de sesenta y siete años, con síndrome hombro-mano derecho de cinco meses de evolución, etapa I, con impotencia funcional de 60 por 100 del hombro y 20 por 100 de la mano; portador de insuficiencia cardíaca con arritmia completa. Después de un mes de masajes y movilización, desaparecen casi totalmente los dolores y el edema de las manos, con mejoría franca de la función del hombro y recuperación total de la mano.

b) Mujer de cuarenta y cuatro años, con síndrome hombro-mano derecho de dos meses de evolución, etapa I; capacidad funcional del hombro, 50 por 100, y de la mano, 100 por 100. Después de tres meses de masajes, previa aplicación de calor, se recupera totalmente; seis meses después de suspendido el tratamiento, continúa perfectamente bien.

En tres enfermos hemos puesto en práctica el *bloqueo del ganglio estrellado*, con los siguientes resultados:

a) Enferma de cincuenta años, con síndrome hombro-mano izquierdo de un año de evolución, etapa II a III, con impotencia funcional de 50 por 100 del hombro y 75 por 100 de la mano, intensos dolores en ambas regiones, edema difuso de la mano con dedos en actitud de flexión. Fué sometida a 15 bloqueos con novocaína del ganglio estelar izquierdo, cada dos o tres días, obteniendo una disminución moderada de los dolores, discreto aumento de la movilidad de hombro y mano y leve disminución del edema de la mano, con lo cual los masajes y la movilización pudieron efectuarse con mayor facilidad. En conjunto, puede decirse que la mejoría fué mínima.

b) Enferma de cuarenta y siete años, con síndrome hombro-mano izquierdo completo, de cinco meses de evolución, y derecho incompleto

(sólo hombro), con intensos dolores. Obtenida la regresión del cuadro izquierdo con cortisona y masajes, por haber presentado intensas alteraciones psíquicas se suspende el tratamiento hormonal y se indica bloqueo del ganglio estrellado derecho y masajes simultáneamente. Después de ocho bloqueos (cuatro efectuados diariamente y cuatro día por medio), se obtiene buen efecto sobre el dolor y muy discreto sobre la movilidad.

c) Enferma de sesenta y dos años, con síndrome de hombro-mano izquierdo de seis meses de evolución, etapa II, con impotencia funcional de 75 por 100 en el hombro y de 50 por 100 en la mano; discreto dolor en la mano y muy intenso en el hombro. Se somete a seis bloqueos del ganglio estelar izquierdo (tres por semana) con masajes, previa aplicación de calor, simultáneamente. Se obtiene sólo un leve efecto sobre el dolor y ninguno sobre la movilidad y el edema de la mano.

En resumen, podemos decir que el bloqueo del ganglio estrellado fracasó en dos pacientes, de los cuales uno corresponde a etapa II a III y otro a etapa II; en el otro enfermo, en etapa I, el resultado obtenido fué mediocre, pues tuvo buen efecto sobre el dolor y muy escaso sobre la movilidad.

Según STEINBROCKER, el bloqueo ganglionar estaría indicado solamente en etapa I; puede ensayarse en etapa II, y si no se obtienen resultados satisfactorios, aconseja tratamiento quirúrgico; puede originar alivio en etapa III cuando la cirugía esté contraindicada, suplementándolo con intensa terapia física de rehabilitación.

TRATAMIENTO CON CORTISONA.

1. En vista de la ineficacia del bloqueo ganglionar en nuestros enfermos, decidimos ensayar el tratamiento con cortisona, pues hasta el 24 de diciembre de 1950, fecha en que señalamos dicha terapia a la primera y más grave de nuestras enfermas, no teníamos referencias, al respecto, en la literatura médica. Nos referimos a la paciente de cincuenta años, con síndrome hombro mano izquierdo, etapa II a III. Se efectuó el tratamiento por vía intramuscular, con dosis iniciales de 300, 200 y 150 mg., dosis de ataque de 150 a 100 mg., dosis descendente de 75 a 50 mg. y de mantenimiento de 25 a 75 miligramos, completando un total de 5 g. en setenta y siete días. El efecto obtenido fué notable: rápida desaparición del dolor, más lenta del edema y recuperación paulatina de la movilidad. Al finalizar el tratamiento, los movimientos del hombro son normales y los de la mano casi normales (reducidos en un 15 a 20 por 100). Esta mejoría se mantiene dieciocho meses después de suspender la cortisona. Como efectos desagradables, pero reversibles, observamos en esta enferma: edema intenso, "cara de luna", hipertensión moderada, intensa nerviosidad con excitación psico-motora (que obligó a suspender

transitoriamente el tratamiento), insomnio y palpitaciones muy acentuados, astenia discreta. Como efectos generales favorables comprobamos: bienestar y franca mejoría del estado general.

2. Después de éste, hemos tratado tres casos más con cortisona asociada a kinesiterapia, con resultados altamente satisfactorios. La segunda es una enferma de cuarenta y siete años, con intensa psiconeurosis, síndrome hombro-mano bilateral, completo a izquierda, etapa II, impotencia funcional de 80 por 100 en el hombro y 50 por 100 en la mano, de cinco meses de evolución; incompleto (localizado sólo en el hombro) a derecha, con impotencia funcional del 50 por 100, etapa I. Se prescribe cortisona intramuscular a las siguientes dosis: iniciales, 300, 200 y 100 mg.; de ataque, 100, 75 mg.; de mantenimiento, alrededor de 50 mg. Se completan 5 mg. en noventa y cinco días, debido a intensas perturbaciones psíquicas (excitación psicomotora y posteriormente depresión). El efecto fué muy favorable sobre el dolor y sobre la movilidad, obteniéndose completa recuperación, que se mantiene dieciocho meses después de suspender la cortisona y los masajes. Como efectos desagradables anotamos: intensa nerviosidad (con excitación primero y depresión después), palpitaciones, insomnio, edemas, "cara de luna" y cefaleas, fenómenos todos de grado mediano y reversibles.

3. El tercer caso corresponde a la enferma de sesenta y dos años, con síndrome hombro-mano izquierdo, de seis meses de evolución, etapa II, que presenta además un cuadro de melancolía de involución. Se trata con cortisona por vía bucal, con dosis iniciales de 200, 150 y 100 miligramos; de ataque, de 100 mg., de descenso, de 75 a 50 mg., y de mantenimiento, de 25 miligramos, completando 5,5 g. en 150 días. Comprobamos rápido efecto sobre el dolor y el edema y más lento sobre la movilidad, que se recu-

pera totalmente en la mano (95 por 100) y casi totalmente en el hombro (80 por 100). Continúa aún con masajes, y los buenos efectos se mantienen, aunque la cortisona se ha suspendido hace dos meses. La hormona tuvo un efecto francamente favorable sobre el estado general y psíquico, con aparición de euforia y mejoría del cuadro melancólico, el cual reaparece con la suspensión de la cortisona. Como efectos desagradables observamos: ligera acentuación del insomnio habitual y neuritis discreta de la pierna derecha.

4. El cuarto caso corresponde a un hombre de cincuenta y dos años, con síndrome hombro-mano derecho de tres meses de evolución, etapa I, impotencia funcional del 60 por 100 en el hombro y del 30 por 100 en la mano, con intenso edema y calor de la mano. Este cuadro se hizo presente tres semanas después de la iniciación de un infarto del miocardio. Se instituye tratamiento a base de masajes y cortisona por vía bucal. Las dosis iniciales y de ataque fueron de 100 mg.; las de descenso, de 75 mg., y las de mantenimiento, de 35 mg. Ha completado alrededor de 5,3 g. en ochenta días y continúa tratamiento. Hemos observado rápido efecto sobre el dolor y la movilidad y más lento sobre el edema y trastornos vasculares de la mano. En la actualidad, el hombro tiene movilidad normal y la mano también, hay leves dolores fugaces en el hombro y discreto edema y calor en la mano.

De la evolución seguida por estos cuatro casos tratados con cortisona, queda en evidencia que los resultados obtenidos con dicha hormona, asociada a kinesiterapia, han sido excelentes, a pesar de tratarse de cuadros clínicos avanzados (uno, etapa II a III, y dos, etapa II), en los cuales fracasó el bloqueo simpático. En el cuadro número 1 se resumen los efectos de la terapia cortisónica.

En el cuadro 2 se señalan los efectos desagradables del tratamiento hormonal.

CUADRO NUM. 1
TRATAMIENTO CON CORTISONA.

N.º	Sexo	Edad	Evol.	Etapa	Dos. inic.	D. mant.	Tot.	Duración	EFECTOS					P. observ.
									Hombro	Mano	Est. gen.	Euforia	Kinesit.	
1	F	50	12 m.	II-III	3-2-1,5	25-75 mg.	5 g.	77 días	++++	+++	++	++	8 meses	18 m.
2	F	47	5 m.	II	3-2-1	75-100	5	95	++++	++++	++		4	17
3	F	62	6 m.	II	2-1,5-1	25-50	5,5	150	+++	++++	++++	++++	7	2 ½
4	M	52	2 m.	I	1-1-1	50	4,5	60	++++	+++	—	—	2 ½	En trat.

CUADRO NUM. 2
EFECTOS DESAGRADABLES DE LA CORTISONA (+ a ++++).

Número	Edema	Cara de luna	Hipert.	Cefaleas	Nervios.	Palpitac.	Insomnio	Astenia	Excitac.	Depresión
1	++++	++	+		++++	+++	++++	+	++++	
2	++	++		+++	++++	++++	++++	++++		+++
3							++			
4					+					

Dejamos constancia que los efectos desagradables de la cortisona fueron más intensos en dos enfermas con psiconeurosis pronunciada, lo que obligó a suspender transitoriamente el tratamiento, con desaparición de las molestias.

De acuerdo con la experiencia de STEINBROCKER, LERICHE, FONTAINE, HERMANN y TAKATS, en los casos avanzados de síndrome hombro-mano (etapas II y III), habría que recurrir a la terapia quirúrgica, lo que no ha sido necesario en nuestros enfermos por el buen efecto de la terapia hormonal.

Posteriormente al tratamiento de nuestros dos primeros casos con cortisona (XII-1950; I-1951), SIGLER y ENSIGN, en junio de 1951, presentan su experiencia en doce casos de síndrome hombro-mano con cortisona a la Reunión Anual de la American Rheumatism Association, describiendo excelentes resultados en diez de ellos.

SUMARIO Y CONCLUSIONES.

1. Los autores recuerdan las características fundamentales del síndrome hombro-mano descrito por STEINBROCKER, que es una peculiar combinación de impotencia funcional dolorosa de hombro y mano del mismo lado, con trastornos vaso-motores y tróficos de la mano.

2. Dicho cuadro forma parte de la llamada distrofia refleja de las extremidades y puede obedecer a diversos factores etiológicos.

3. Su patogenia es desconocida, si bien la mayoría de los autores piensan en una excitación refleja de elementos nerviosos simpáticos y espinales.

4. Se refieren a las características clínicas de seis casos de síndrome hombro-mano, algunos de ellos observados por períodos superiores a un año.

5. De dichos casos, dos corresponden a las llamadas formas clínicas primitivas y cuatro a las formas secundarias, tres de ellos relacionados con unco-artrosis cervicales y el otro, además, con un infarto del miocardio.

6. En cuanto al tratamiento, llaman la atención a los siguientes hechos:

a) Importancia fundamental de la kinesiaterapia (masajes musculares y movilización suave y progresiva, previa aplicación de calor) bien dirigida y durante todo el tiempo necesario, hasta obtener la normalización funcional del hombro y de la mano. Dicha medida terapéutica puede ser suficiente en algunos casos para obtener la recuperación.

b) En la etapa inicial, de acuerdo con la experiencia de STEINBROCKER y colaboradores, el bloqueo del ganglio estrellado y del primero dorsal sería de utilidad.

c) En tres casos avanzados (uno, etapa II a III, y dos, de etapa II) no obtienen resultados satisfactorios en el bloqueo del simpático.

d) La cortisona, asociada a la kinesiaterapia, ha dado excelente resultado en el tratamiento

de cuatro casos de síndrome hombro-mano, tres de ellos avanzados (etapas II y II a III) y uno reciente (etapa I).

BIBLIOGRAFIA

1. STEINBROCKER, OTTO; SPITZER, NORMAN; FRIEDMAN, HAROLD. *Ann. Int. Med.*, 29, 22, 1948.
2. STEINBROCKER, OTTO.—Las artritis en la práctica moderna. Salvat, Barcelona, 1946.
3. COMROE, BERNARD.—Arthritis. Lea and Febiger, Philadelphia, 1949.
4. SIGLER, J. W. and ENSIGN, D. C.—Abstracts of Papers. *Ann. Meet. Amer. Rheumat. Ass.*, June 8-9, 1951, p. 4.
5. EHRlich, M.; CARP, S.; BERKOWITZ, S.; SPITZER, N.; SILVER, M., and STEINBROCKER, O.—Abstracts of Papers. *Ann. Meet. Amer. Rheumat. Ass.*, June 8-9, p. 4-5.

SUMMARY

1. The writers review the main features of the shoulderhand syndrome (Steinbrocker) which is a peculiar combination of painful functional impotence of the shoulder and hand (on the same side) and of vasomotor and trophic disturbances in the hand.

2. Such a condition forms part of the so-named reflex dystrophy of the extremities and may be due to various etiological factors.

3. Its pathogenesis remains obscure. Most writers, however, contend that it might be due to a reflex stimulation of both sympathetic and spinal nerve cells.

4. The clinical features of six cases of shoulder-hand syndrome are described. Some of these cases were followed up for over a year.

Treatment should be based on kinesiotherapy, ganglion block and cortisone.

ZUSAMMENFASSUNG

1. Die Autoren irinnern an die wichtigsten Symptome des sog. Schulter-Handsyndroms, das von Steinbrocker beschrieben worden ist. Es handelt sich um eine eigenartige Kombination schmerzhafter funktioneller Imotenz der Schulter und der Hand derselben Seite, die mit vasomotoren und trophischen Störungen der Hand einhergeht.

2. Dieses Bild bildet einen Teil der sogenannten Reflexdystrophie der Extremitäten und kann durch verschiedene aethiologische Faktoren hervorgerufen werden.

3. Ihre Pathogenese ist unbekannt, wenn auch die Mehrzahl der Autoren an eine reflexartige Reizung der sympathischen und spinalen Nerven-elemente denken.

4. Die klinischen charakteristischen Zeichen von 6 Fällen werden beschrieben, einige davon konnten ueber ein Jahr lang beobachtet werden.

5. Die Behandlung muss in Uebungstherapie, Blockierung des Ganglium stellatum und Cortison bestehen.

RÉSUMÉ

1. Les auteurs rappellent les caractéristiques fondamentales du syndrome épaule-main

décrit par Steinbrocker, qui est une particulière combinaison d'impuissance fonctionnelle douloureuse de l'épaule et de la main du même côté, avec des troubles vaso-moteurs et trophiques de la main.

2. Ce tableau fait partie de la dite dystrophie réflexe des extrémités et peut obéir à de différents facteurs étiologiques.

3. Sa pathogénie est inconnue quoique la

plupart des auteurs pensent à une excitation réflexe des éléments nerveux sympathiques et spinaux.

4. Les auteurs font référence aux caractéristiques cliniques de six cas de syndrome épaule-main, certains observés par périodes supérieures à un an.

Le traitement doit se faire à base de kinesi-thérapie, blocage du ganglion étoilé et cortisone.

NOTAS CLINICAS

FISTULA TRAQUEO-ESOFAGICA

(Presentación de un caso.)

E. DE ARZÚA ZULAICA y J. ORTÚZAR ALBERDI.

Clinica de Aparato Digestivo del Hospital de Basurto.
Jefe: Dr. OBREGÓN ICAZA.

Presentamos a continuación el siguiente caso:

A. C., de sesenta y cinco años, casado, empleado. Visto el 17-II-51. Hace seis meses, eructos, una hora después de la comida; inodoros, diarios, durante media o una hora. "Mal gusto" y picor en garganta, que le hace toser cuando come, sintiendo un ruido en la garganta. A medida que pasaba el tiempo notaba más cosquilleo y tos con las comidas, sobre todo al ingerir líquido que en ocasiones expulsa más tarde por las narices. Seis horas después de comer devuelve el alimento desde hace tres meses. Cuando bebe vomita en seguida el líquido con accesos de tos y sofocación desde hace dos meses. Por el mismo tiempo disnea de esfuerzo. Tos nocturna con regurgitación de cena a los quince minutos de tumbarse, de vez en cuando, hace un mes. Por esta época la voz se ha hecho nasal. Está peor en decúbito izquierdo y mejor en decúbito derecho. La peor posición es decúbito prono, en la que tose y se sofoca, lo que comprobamos al reconocerle.

Exploración.—Normal en los diversos órganos y aparatos. Tensión, 13/7. Pulso, 68.

Rayos X. 17-II-51. Al pasar el bario por esófago, el contraste pasa a tráquea llenándose en seguida bronquios de ambos lados, primero el izquierdo y luego el derecho, quedando depositado bario en los bronquios (radiografías 1 y 2). Endoscopia. 20-II-51: En vías respiratorias y esófago (doctor GARCÍA YANDIOLA), sólo se aprecia el orificio de la fistula sin que se vea ninguna otra alteración. Serología: Wassermann y complementarias, negativas. 22-II-51. Misma fecha: Hematíes, 4.600.000. Velocidad de sedimentación, 5-12. Fórmula: Leucocitos, 7.200. Polis, 70. Linfocitos, 33. Monocitos, 5. Eosinófilos, 2.

Evolución.—Sigue lo mismo en meses sucesivos, falleciendo en julio de 1951 con un cuadro bronconeumónico fulminante. En ese lapso de tiempo, las radioscopias de tórax, única exploración que permitía, han sido normales. Mantenía un buen estado general y no habían aparecido otros síntomas. Por negarse a la intervención le fué practicado un tratamiento antituberculoso sin obtener mejoría en ningún momento. Lo hicimos a título de prueba (con penicilina a altas dosis), dada la oscuridad de su etiología.

Causas.—El proceso es raro. MONSERRAT, en una revisión de la literatura mundial en 1941, recoge 22 fistulas congénitas y 448 adquiridas. De éstas, 367 lo fueron por cáncer, 41 por infección y 40 traumáticas.

Las congénitas son en principio de fácil diagnóstico y se manifiestan a la primera deglución llevando al niño a la muerte si no son diagnosticadas²¹. Sin embargo, algunas fistulas espontáneas que ocurren en adultos pueden ser congénitas, latentes, por una membrana persistente durante algún tiempo debido a un juego de válvula que impide el paso a pulmón. En estos casos hay una larga historia de tos persistente y frecuentes neumonías o neumonitis. Ello obliga a reconocer cuidadosamente a todo tosedor crónico con el contraste de bario para descartar no sólo las fistulas, sino divertículos, achaliasias o cardioes-pasmos que puedan determinar regurgitación y aspiración bronquial⁵.

Estos casos coinciden con los de etiología imprecisa de otros autores²⁶ en fistulas estrechas, más anatómicas que clínicas, sin síntomas durante años, décadas o toda la vida y a las que suponen un origen embriológico²⁶.

Por otra parte, las fistulas adquiridas pueden durar mucho tiempo sin dar síntomas y, en algunos casos, son compatibles con una existencia normal durante largas épocas²¹.

Hay, pues, un grupo de fistulas, de origen desconocido, de curso tórpido. Otro grupo de origen congénito demostrado que tiene la misma evolución y, finalmente, un tercero de causa conocida, con iguales características que las anteriores.

Creemos que el estudio conjunto y por separado de estos grupos puede tener interés, para lo que se precisa aumentar la casuística, deteniéndose en las de origen desconocido y haciendo un estudio comparativo con los otros dos grupos que acabamos de mencionar.

En contraposición, nos referiremos ahora a aquellas que reconocen una causa evidente:

A) La mayor parte de las veces el origen es esofágico. B) Con menos frecuencia procede del