

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 diagnosticadas<sup>21</sup>. 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 bronquial<sup>5</sup>.

Estos casos coinciden con los de etiología imprecisa de otros autores<sup>26</sup> en fistulas estrechas, más anatómicas que clínicas, sin síntomas durante años, décadas o toda la vida y a las que suponen un origen embriológico<sup>26</sup>.

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 épocas<sup>21</sup>.

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

mediastino, lesión que se abre sucesivamente en las dos vías. C) Por último, raras veces, la lesión primitiva es traqueo-bronquial.

A) Descartamos los traumatismos por su evidencia y nos detenemos en el cáncer de esófago, causa de las dos terceras partes de las fistulas tráqueo-esofágicas.

Se producen tardíamente y su diagnóstico

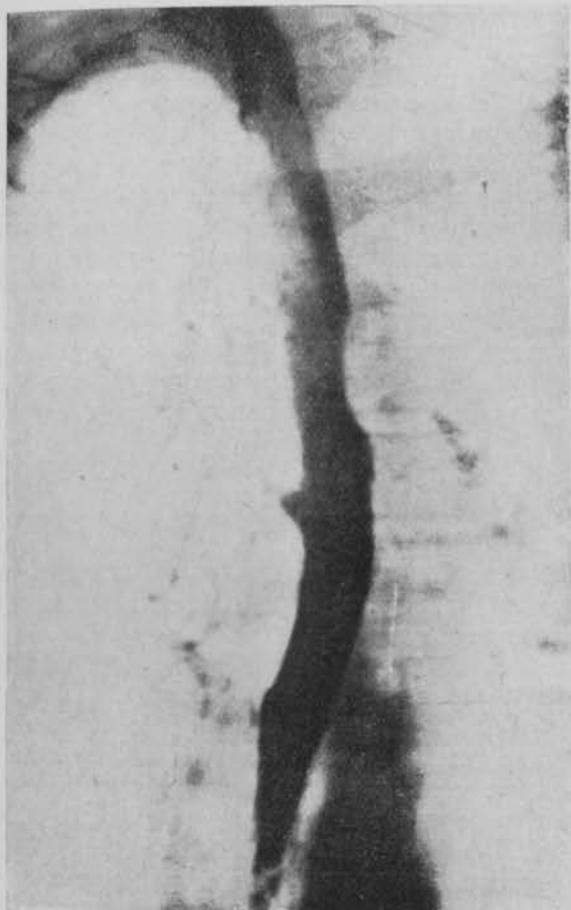


Fig. 1.—En decúbito supino, O. A. I. Se aprecia la fistula en forma de gancho en la parte media del esófago proyectado, con restos de bario en ambos campos pulmonares, más visibles en el derecho, y que corresponden al árbol bronquial. Hemos de señalar que el paso esófago-traqueal se hacía sobre todo en decúbito supino.

etiológico es por lo tanto relativamente fácil, ya que hace seis meses o un año que la neoplasia se diagnosticó.

B) Tendremos presente la supuración de un ganglio mediastínico fistulizado sucesivamente en ambos conductos. Se debe a la tuberculosis y rara vez a la sífilis o a adenopatías cancerosas abscesificadas<sup>11</sup>.

C) En ocasiones pensaremos en el cáncer tráqueo-bronquial, aunque en ellos esta complicación es muy rara y mucho antes se ha diagnosticado por su cuadro broncopulmonar, dada su tendencia a crecer hacia la luz.

*Causas menos frecuentes.*—Hemos citado las causas que se dan habitualmente en la clínica, pero creemos tiene interés citar las que aparecen rara vez, pues en ellas precisamente tendre-

mos que pensar en los casos como el nuestro. Son las siguientes:

La sífilis tráqueo-bronquial<sup>2, 3, 4, 17, 22, 29</sup>, el empiema<sup>21</sup> y el linfogranuloma maligno<sup>18, 23</sup>, son las más frecuentes de este grupo.

Citaremos, además: Las estenosis benignas de esófago<sup>8</sup> y<sup>13</sup>, divertículos esofágicos infectados, tuberculosis, actinomicosis y otras esporotricosis. Esofagitis y úlceras de esófago y abscesos periesofágicos, megaesófagos, cuerpos extraños de esófago. Tumores del mediastino, abscesos osifuentes de un mal de Pott cervical o dorsal superior. Cánceres de pulmón. Abscesos de pulmón<sup>24</sup>. Tuberculosis traqueal ulcerosa. Broncolitiasis<sup>14</sup>. Evacuación por vómita de derrame serofibrinoso<sup>28</sup>. Vómitos incoercibles. Alcoholismo<sup>21</sup>. Aneurisma luética.

*Anatomía patológica.*—Las fístulas traqueales son dos veces más frecuentes que las bronquiales. En las traqueales son de mayor frecuencia las de tercio inferior y las de bronquio izquierdo que las del derecho. Las fístulas son en



Fig. 2.—En decúbito supino, O. A. I. Se aprecia el bario en el árbol bronquial izquierdo.

general únicas, aunque en ocasiones pueden ser múltiples, lo que ocurre sobre todo en las de origen supurativo ganglionar. En el cáncer puede resultar difícil encontrar el orificio fistuloso por esofagoscopia<sup>6</sup>.

*Síntomas.*—El enfermo tose con sensación de ahogo cuando ingiere algo, por poco que sea, debido al paso de líquido o sólido al árbol respiratorio. A veces puede expulsar partículas de alimento con la tos, sangre o moco. La tos es sofocante, angustiosa, persistente y provocada



una y otra vez por la ingestión de alimentos o líquidos. Esta relación íntima con la alimentación nos debe llevar al diagnóstico. Hay que tener en cuenta que si la comunicación es muy pequeña, sólo los líquidos determinan la tos, ya que los sólidos no pasan por el orificio. Hay además disnea y asfixia tras la deglución.

A medida que avanza el proceso se debilita la reacción defensiva de la mucosa con disminución de la tos, pero también dejando paso libre a la infección, que invade los bronquios finos y el parénquima pulmonar.

Ello conduce como final a bronconeumonías o supuraciones pulmonares que terminan con el enfermo, al mes aproximadamente, del diagnóstico de la fístula. Hay casos excepcionales de fístulas pequeñas, que hemos mencionado, que pueden durar mucho tiempo, indefinidamente, o incluso terminar por la curación.

**Diagnóstico.**—Nos orienta la clínica y lo confirma la radioscopia, viendo el contraste penetrar en tráquea y árbol bronquial, mientras el enfermo tose y se sofoca. Buscaremos la postura o decúbito en que la deglución produce las máximas molestias, pues será aquella en que pasa líquido de esófago a tráquea o bronquios. Esta postura será la preferida para administrar el bario, que deberá estar muy diluido para que penetre en los orificios pequeños que no permitirían el paso del bario espeso. Una vez que se ha hecho el diagnóstico o bien si hay grandes probabilidades de que se trate de una fístula, se empleará el lipiodol y no bario que irrita las vías respiratorias. Las endoscopias señalan el orificio de la fístula con aire en esófago o saliva en vías respiratorias.

**Tratamiento.**—Si la fístula es por cáncer, descartada la intervención, se hará la gastrostomía, sin olvidar su elevada mortalidad, o la intubación peroral.

Las congénitas son siempre quirúrgicas. En los demás casos se procederá al tratamiento etiológico. Hay que tener en cuenta que la terapéutica antilúética solo tiene éxitos en los casos tratados precozmente, ya que en los demás únicamente consigue cicatrizar los bordes de la fístula sin cerrarla<sup>2</sup>.

Cuando fracasa el tratamiento etiológico o en los casos de origen desconocido, se intentará la intubación prolongada con aplicación tópica de nitrato de plata para acelerar la cicatrización del orificio<sup>6</sup>.

Como en la mayor parte de los casos la fístula no se cerrará con tratamiento conservador, se recurrirá a la cirugía. Si la fístula es muy pequeña, el riesgo quirúrgico grande y el curso anterior muy dilatado y ocasionando pocas molestias, puede aplazarse y discutirse la intervención quirúrgica, ya que en estos pacientes rara vez se producen complicaciones pulmonares graves<sup>6</sup>.

**Comentario.**—Descartado el cáncer de esófago o de vías respiratorias, así como la sífilis, teníamos que pensar en los demás procesos que hemos mencionado, empezando por la adenitis supurada mediastínica. Pese a nuestros esfuerzos y a agotar todos los medios a nuestro alcance, no fué posible el diagnóstico etiológico.

Por otra parte, al negarse el enfermo a la intervención y no poder practicar la autopsia, hemos archivado nuestro caso como de causa desconocida.

Creemos que tomar nota y hacer constar esta imposibilidad de diagnóstico puede tener gran interés, ya que se citan casos análogos<sup>26</sup> y su estudio sistemático en el futuro, pensando en la fístula en todo caso de disfagia o de bronquitis crónica; utilizando en estos casos contraste de bario muy diluido y recurriendo a los diversos decúbitos o posturas en las que aumenten sus molestias, nos permitirá aumentar la casuística y llegar a orientarnos hacia alguna entidad que en el momento actual se considere como desconocida o muy poco frecuente.

## RESUMEN.

Se presenta un caso de fístula tráqueo-esofágica con una breve revisión de lo que se sabe sobre la materia.

Destaca el hecho de que la fístula fué clasificada como de etiología desconocida, después de descartadas tanto las causas frecuentes como las muy raras.

Señalan la importancia que puede tener la publicación de casos análogos, con un aumento de la casuística que permitiría llegar al conocimiento de procesos que producen fístulas de este tipo y que hoy se consideran como muy poco frecuentes o correspondan a entidades que no hayan sido descritas.

Para perfeccionar el diagnóstico y conseguir descubrir casos que pueden pasar desapercibidos se recomienda la administración de contraste de bario muy diluido a los enfermos con disfagia o bronquitis crónicas, recurriendo a los diversos decúbitos o posturas en que sean mayores sus molestias.

## BIBLIOGRAFIA

1. ABBOT, O. A.—*Jour. Thorac. Surg.*, 14, 283, 1945.
2. AUGUSTE, C., BRETON, A. y PARIS, J.—*Arch. Mal. App. Dig.*, 38-9 y 10, 1.007, 1949.
3. BARRUT, A.—Tesis de Lyon, 1935.
4. BAZY, L. y CHENE, P.—*Journ. de Chir.*, 45, 370, 1935.
5. BERMAN, J. K., TEST, P. S. y MAC ART, B. A.—*Jour. Thorac. Surg.*, 24, 493, 1952.
6. BOCKUS, H. L.—*Gastroenterología*, tomo I, 151, 1948.
7. BOQUIEN, Y., GEFRIAND, M. y CORNET, E.—*Arch. Mal. App. Dig.*, 41, 12, 1.186, 1953.
8. CLAGETT, O. T., PAYNE, J. H. y MORSCH, H. J.—*Surf. Gynec. Obst.*, 82, 87, 1947.
9. CLERF, L. H., COOLEY, E. E. y O'KEEFE, J. J.—*Surf. Gynec. Obst.*, 77, 615, 1943.
10. COLEMAN, F. P., BUNCH, Jr. C. H.—*Dis. Chest.*, 18, 1, 31, 1948.
11. DUPRE, RUMEAU y MARCHAND.—*J. Med. Bor.*, 124, 12, 1947.
12. GOT, A.—*Rev. Laryng.*, 42, 175, 1921.

13. HANCKEL, R. W. y WEIMBERG, M.—American Surgeon, 17, 2, 112, 1951.
14. KIDD, M. M. y CHRISTOPHERSON, E.—Treat. Serv. Bull., 5, 9, 1950.
15. LEMARIEY, A.—Encyclopedie Med. Chirurg., 20, 77, 6, 1951.
16. MAIER, H. C.—Am. Rev. Tuberc., 63, 227, 1951.
17. MANGABEIRA-ALBERNAZ, P.—Annales d'Otorrin. Laryng., 889, 1935.
18. MICELI, E.—Arch. Maragliane Pat. Clin., 5, 2, 259, 1950.
19. MOERSCH, H. J. y TINNEY, U. S.—M. Clin. North. America, 28, 1,001, 1944.
20. MONSERRAT, J. L.—Rev. Asoc. Med. Arg., 55, 438, 1941.
21. MORTON, D. R., OSBORNE, J. F. y KLASSEN, K. P.—Jour. Thorac. Surg., 19, 811, 1950.
22. PECO, G.—Semana Médica, 36, 450, 1921.
23. PELUFFO, G. y ZACCOMME, G.—Arch. Maragliane Pat. Clin., 3, 1, 187, 1948.
24. SANTY, P., PALIARD, F. y cols.—J. Fr. Med. Chir. Thorac., 2, 4, 351, 1948.
25. SIROT.—Tesis de Lyon, 1899. Cit. Terracol.
26. TERRACOL, J.—Les maladies de l'oesophage, 1938.
27. TESGA, G. F. y PISANI, A.—Minerva Médica, 39, 33, 168, 1948.
28. VIALE, J. y SOIFER, D.—Semana Médica, 57, 16, 641, 1950.
29. WOHLWILD, F.—Lisboa Medic., 15, 409, 1938.

## TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO DE UNA NEUROSIS OBSESIVA EN UNA NIÑA DE TRECE AÑOS

M.<sup>a</sup> LUISA HERREROS.

Se trata de una niña de trece años que consulta por trastornos de la conducta y del pensamiento que se establecieron hace un año. Siempre había sido alegre y alborotadora, muy aficionada a los juegos y escasamente al estudio, si bien era de las primeras en su clase no por su aplicación ni curiosidad, sino por su capacidad espontánea para la comprensión. Hace un año, y encontrándose una noche en cama, notó que sus pies crecían extraordinariamente. Esta alucinación cenestésica fué acompañada de gran angustia, con sensación de ahogo e inmediatamente temor a la muerte y condenación eterna. Desde entonces, y al acercarse la noche, la enferma empieza a angustiarse, recuerda sus pecados y va al cuarto de los padres varias veces a preguntar si tal o cual acción, o bien pensamiento, son pecado. La madre la tranquiliza, pero al cabo de poco tiempo tiene que volver a consultar otra cosa, y así, entre llantos y preguntas, se pasa hasta altas horas de la madrugada. También se modificó su conducta diurna de manera extraordinaria. Dejó de ser una niña espontánea y la primera vez que fué vista por mí tenía tendencia a permanecer rígida, alternando esta rigidez con gestos que ella trataba de disimular. Por ejemplo, no cruza la alfombra, sino que la bordeaba. Conserva rígida la cabeza, pero si por casualidad sus trenzas se tocan, entonces da dos golpes con un pie o la mano antes de pasar saliva, cierra un rato los ojos, camina con un ceremonial, etcétera. En su casa tiene que hacer las comidas con los hermanos pequeños debido a su lentitud y en el cuarto de baño suele tardar hasta horas.

Es estreñida desde que comenzó su enfermedad. Muy meticulosa, dobla, desdobra y vuelve a doblar sus ropas también durante horas. A los padres, lo que más les alarma es lo penosamente que pasa las noches y lo inútil que se ha hecho para el trabajo y los juegos; en general, para todo lo que supone movimiento finalista continuado.

El ambiente familiar es el siguiente: Padre, de cincuenta años, ejerce una profesión liberal en provincias. Aspecto físico agradable con aire austero. Poco amigo de tratar con sus hijos y de charlas infantiles. Le molestan sus ruidos y juegos.

Madre, de cuarenta y cinco años, con cierta tendencia a la obesidad, aire limpio y señorial sin excesivo refinamiento, parlanchina, aficionada a los quehaceres de casa y de escasa cultura. Bastante inteligente. Con sus hijos se comporta con excesiva tolerancia y las hijas la manifiestan gran afecto y escaso respeto. Son cuatro hijos. La mayor, de quince años, padeció escrúpulos religiosos durante varios años. En la actualidad es muy gótica (yo, siempre que la he visto, ha sido comiendo alguna golosina). Tiene temor a que llegue el momento de iniciar su vida social. La cuarta padece anorexia.

La técnica que hemos empleado ha tenido que diferir de la técnica clásica. La niña está sentada en vez de echada y ha tenido que ser así al comprobar la resistencia que aparecía estando echada, perfectamente comprensible dada su edad, en plena formación de resistencia contra los instintos. En segundo lugar, los sueños sólo los hemos podido abordar como si se tratara de un juego divertido. Más, no obstante, el gracioso juego de los sueños resultaba penoso para ella, que en todo momento se veía invadida por terroríficas ideas sexuales y blasfemas, y por esto la dosificación de su percepción consciente ha sido cuidadosísimamente controlada por mí y uno de los pivotes de su tratamiento. También encontré las mismas dificultades para el análisis de los síntomas.

El manejo de la transferencia, que como vosotros sabéis es de primordial importancia, ha sido también difícil, debido a la fuerte ambivalencia existente. Su carácter positivo se manifestaba en su puntualidad: en el uso del cuarto de baño de mi casa, donde ya a la quinta sesión hizo de vientre; en la rápida cesación de la terquedad cuando apuntó la posibilidad de poder ser tratada por otro colega si a ella la agradase más, etcétera; es decir, reprime extraordinariamente las manifestaciones positivas hacia mí, pero no las negativas, las cuales deja fluir gustosamente con las siguientes manifestaciones: "Usted es tonta", "sólo dice tonterías", "la he cogido manía", "me da rabia venir aquí".

Un día que la dije que si no quería venir más podíamos dejar el tratamiento muy fácilmente, respondió enrojándose violentamente que en realidad sí quería venir, pero si parecía que estaba enfadada conmigo era porque con quien estaba enfadada era con ella misma. Otro día me dijo que había algo que la molestaba de mí, y era el que yo no tomara trágicamente sus pecados. Con todo esto, comprenderéis las grandes dificultades que presentaba este caso, puesto que las respuestas han tenido que ir encaminadas a hacer de su conciencia moral algo compatible con la sana existencia humana, pero nunca a destruirla.

Me cuenta que desde aquella noche en que creyó que se iba a morir no ha vuelto a dormir tranquila. Tiene mucho miedo a la condenación eterna y me refiere varios relatos, oídos a sus compañeras de colegio, y en los cuales los niños que hacían un pecado mortal y no se confesaban, o lo hacían mal, ardían para siempre en los infiernos. Dice que ella no está tranquila con sus confesiones, que cree que todas las ha hecho mal porque se le olvidaban cosas importantes, y además siempre se comportó ante el confesor como si tuviera menos años, como si fuera una niña y en vez de aceptar toda la responsabilidad la atenuara con aires infantiles. La misma situación se repite conmigo, y por eso se entristece cuando cumple años.

Su primer sueño es el siguiente: En un jardín se encuentran muchas señoras muy elegantes y descotadas. Están alrededor de una fuente. Ella se va de allí porque la parece que están haciendo algo malo. Va a la cocina y ve que las criadas tienen encima de la mesa una botella muy bonita. Piensa que esa botella es demasiado elegante para ellas. Las asociaciones con este sueño son casi imposibles, porque dice que todo lo que se le ocurre con cosas malas. Las mujeres aquellas eran mayores, insinuantes, y debían de estar haciendo algo malo sexual entre ellas. La botella que veía existe realmente en su casa y a ella le gusta mucho.

Otro día me cuenta que no puede hacer nada con las