

# ARS MEDICA

AGOSTO 1930

AÑO VI — NÚM. 61

## UN CASO DE ENFERMEDAD EXOSTOSANTE (\*)

por el doctor

**JOAQUÍN SALARICH**

Cirujano del Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo

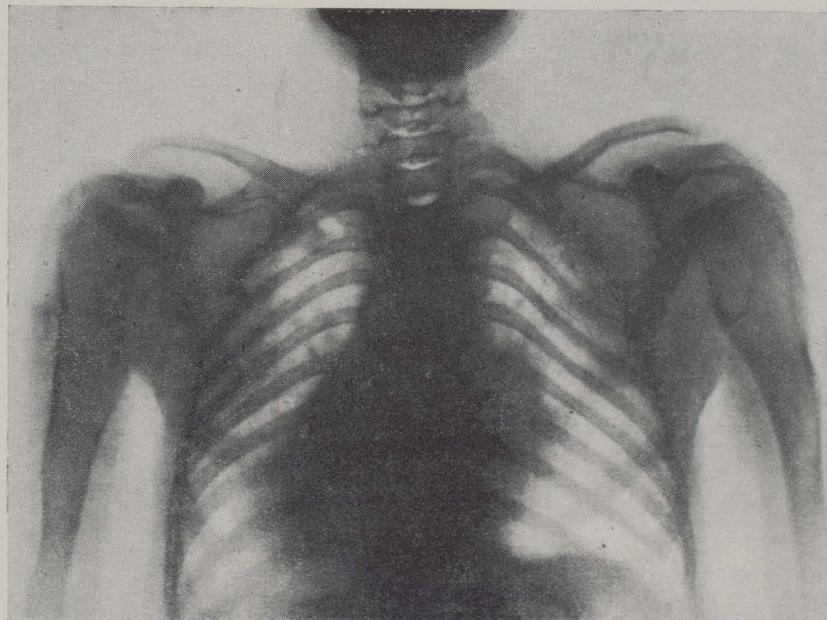
El objeto de presentar esta comunicación, no es otro que el de añadir un caso más a la literatura de esta enfermedad, y además, porque en la descripción clásica de la misma se hace notar la particularidad de que raramente se presenta en el sexo femenino. Así MERY y METAYER, en la descripción de sus observaciones hacen constar que sólo los niños son afectados, y que las

El caso observado por nosotros, se refiere a la niña M. A. de M., de 12 años, domiciliada en el Pueblo Nuevo, Pasaje Oliver Maristany, 2.

La primera vez que vimos esta enferma fué el 16 de diciembre del año pasado.

Antecedentes hereditarios: Padres vivos; su madre es una mujer de baja estatura. Llama la atención un aumento de la circunferencia del cuello; tiroides muy manifiesto.

Han sido seis hermanos. El primero fué un niño, y vive



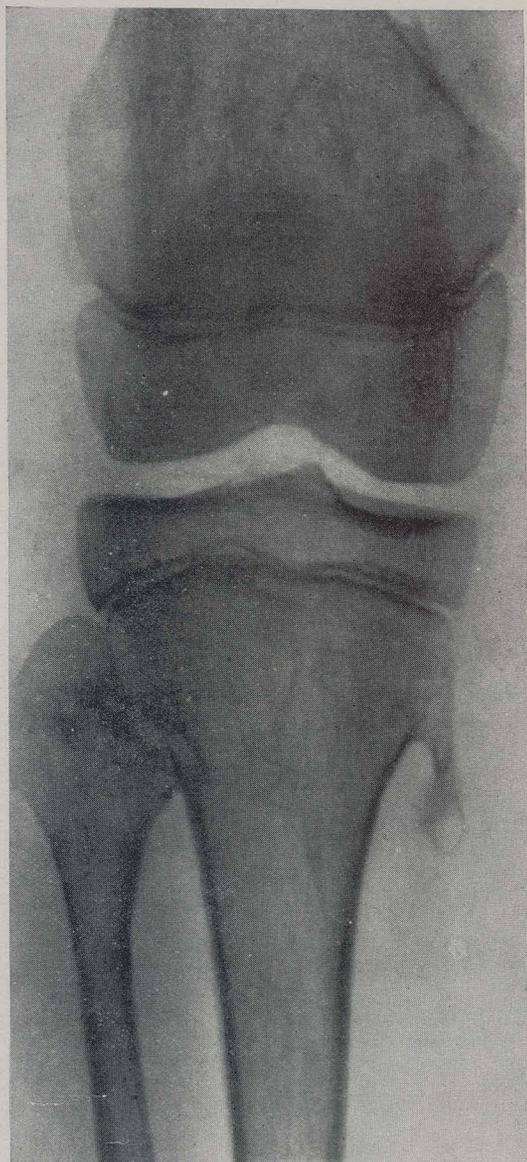
mujeres indemnes transmiten la enfermedad a los hijos varones. Hemos de hacer constar que PONCET, FISCHER, LEJARS, LAUNCIS, APERT, MUKDINE, etc., la califican de enfermedad hereditaria. A PONCET le parece tan importante esta afirmación, que lo hace constar en la definición de exóstosis esteogénicas. Este aspecto familiar no ha sido confirmado por LERI, ya que en los dos casos publicados por él no existía esta circunstancia. Recientemente LAUQUENS KIOL refiere que ha encontrado 19 casos en 4 familias.

sano; después de éste hubo un aborto; el segundo fué una niña, que vive y está sana; el tercero fué la niña que estudiamos; el cuarto falleció a las 24 horas de nacido; el quinto falleció sietemesino, el sexto vive sano, y la madre estaba a la sazón embarazada.

Antecedentes personales: A los tres meses ya tenía dos dientes. Lactancia materna. A los seis meses empezó a ingerir alimentos sólidos. De estatura inferior a la que corresponde a una niña de su edad.

(\*) Comunicación presentada al sexto Congreso de Médicos de Lengua Catalana.

Enfermedad actual: Hace año y medio que su familia notó que presentaba un abultamiento en la región lateral interna de la rodilla izquierda, que al examen es de consistencia dura, y la piel que la cubre resbala por encima de él sin estar adherida, y de coloración normal. Nótase también un au-



mento de volumen de la cabeza del peroné. A la presión los dos son ligeramente dolorosos.

Hace dos meses y medio que notaron un nuevo abultamiento en la región anterior de la muñeca, que aumentó rápidamente de volumen por encima de la línea interarticular, de consistencia idéntica, formando arco de violín con los tendones flexores de la mano.

Hechas las radiografías de las dos regiones, se nota la existencia de unas exóstosis, que siguiendo la sistematización característica de esta enfermedad, nos hace pensar en seguida que nos encontramos ante un caso de exóstosis osteogénicas múltiples.

En seguida ordenamos practicar la radiografía de los demás huesos largos, a fin de comprobar la certeza de dicha suposición, y, en efecto, encontramos exóstosis en las regiones diafi-epifisarias a nivel del cartilago de conjunción y en las epifisis más fértiles, y así vemos que en las radiografías

de las dos rodillas éstas se encuentran por parte del fémur en la región supracondílea, dirigidas verticalmente de abajo arriba, ampliamente implantadas y terminando en forma afilada; y en la tibia encontramos una implantada por debajo del capital de la misma, en la tuberosidad interna, dirigida de arriba abajo, en sentido inverso a las del fémur, y terminando en punta abotonada.

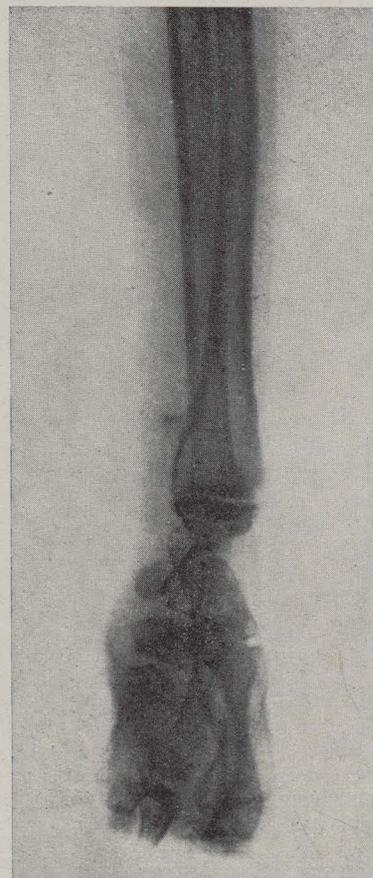
En la epifisis superior del peroné se encuentra inmediatamente por debajo de la cabeza, un abultamiento mamelonado que dobla su volumen normal.

En el miembro superior las deformaciones no son menos características. El húmero, en el último tercio de su extremidad superior, lo vemos aumentado de volumen en sentido transversal, y las exóstosis crecen mucho más por debajo del punto de implantación que en el miembro inferior. En los dos húmeros son éstas más manifiestas en la región subdeltoidea, y en el resto de esta extremidad la superficie ósea forma unos salientes a manera de ángulos.

En la extremidad inferior de los huesos del antebrazo, precisamente el lugar donde se observan los hechos más curiosos de esta distrofia ósea, es donde en la radiografía se observa la exóstosis más voluminosa y que más molestaba a la enferma.

En la radiografía de la mano, podemos ver también en los puntos epifisarios de los metacarpios pequeñas insinuaciones óseas.

En los demás huesos largos, como son clavícula, costillas, etcétera, no se observa ninguna neoformación de este tipo.



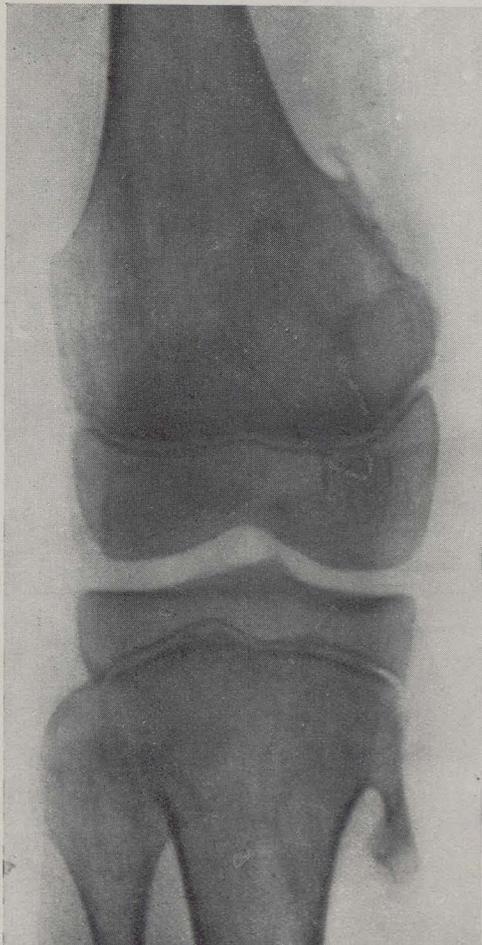
Estas exóstosis osteogénicas, que las vemos implantadas sólo en los huesos largos, pueden también localizarse en los restantes, incluso en el cráneo y la cara; y dentro de los primeros, son especialmente afectados, como en la ocasión presente, las epifisis, que se condu-

cen siguiendo la ley de OLLIER del crecimiento de los miembros, esto es, cerca de la rodilla y lejos del codo.

El número de las mismas puede ser considerable en un mismo individuo. RECLUS cita un caso de 271, PIC uno de 194, AUVRAY y GUILLAIN otro de 150.

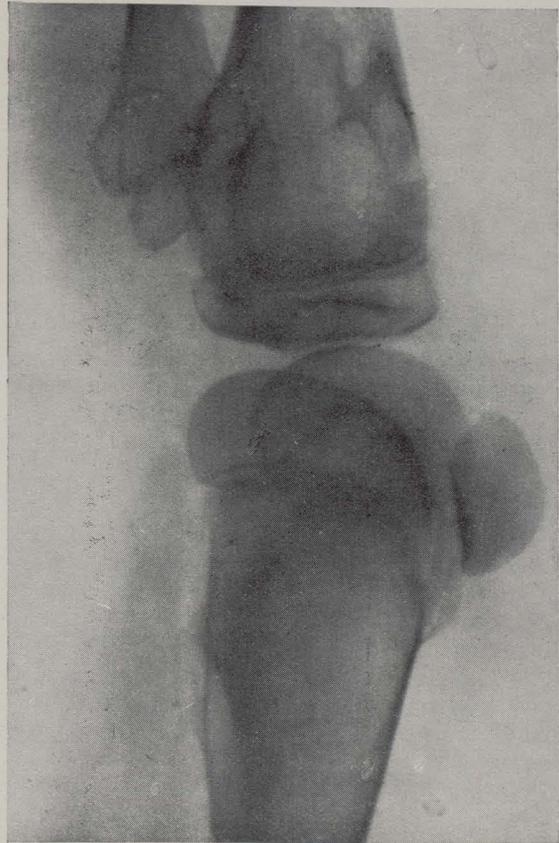
La patogenia de la exóstosis es sin duda el punto más oscuro de esta afección, y prueba de ello es la infinidad de teorías y de hipótesis que sobre ella han ideado los diferentes autores.

No detallaremos cada una de estas teorías, por considerarlas fuera de lugar en esta pequeña comunicación, pero sí diremos que BRUN, LORTAT-JACOB, HEIMANN, SABAREAU, LEJARS y otros han encontrado en algunos portadores de exóstosis, manifestaciones de infección tuberculosa. Esta teoría de la heredo-distrofia tuberculosa ha sido también sostenida por LANDOUZY, BECK, PINARD, AUVRAY, GUILLAIN, HEIMANN y POUMEAUX lo atribuyen a la sífilis como causa directa o indirecta. CAPECCHI, que ha estudiado de una manera muy particu-



lar la patogenia de la enfermedad exostósante, afirma que todas las observaciones hechas a este propósito no le parecen suficientes para poder hablar en favor del origen tuberculoso o sífilítico de la exóstosis osteogénica.

Por lo que hace referencia a la teoría infectiva, o sea que las exóstosis se han desarrollado a continuación de una enfermedad infecciosa, podemos descartarla completamente en nuestro caso, ya que esta niña, según manifiesta su familia, no había estado nunca enferma.

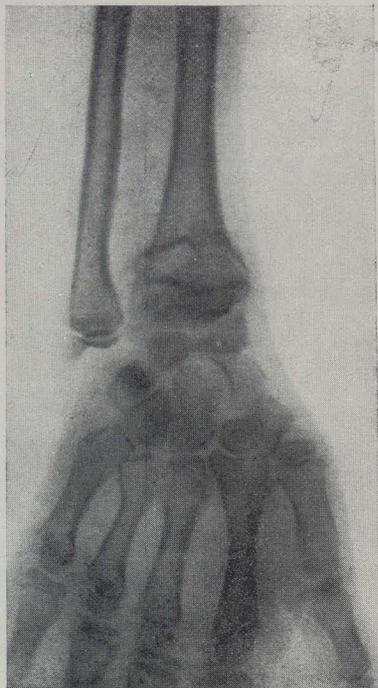


TORDEUR, basándose en la simetría de las exóstosis, creía que el desarrollo de esta enfermedad dependía de una lesión del sistema nervioso, y de una manera especial, de las astas anteriores de la médula espinal.

Por último, RITTER, GOTTSTEIN, MOLLOV y FLINKER, emiten la teoría endocrina, atribuyéndola los primeros a la alteración funcional del tiroides; y el último, a la alteración del tiroides, pero también a la de las demás glándulas de secreción interna; y del hecho de la asociación del raquitismo con la enfermedad exostósante, sostiene que entre ambas existe una relación íntima, sin ser la una consecuencia de la otra.

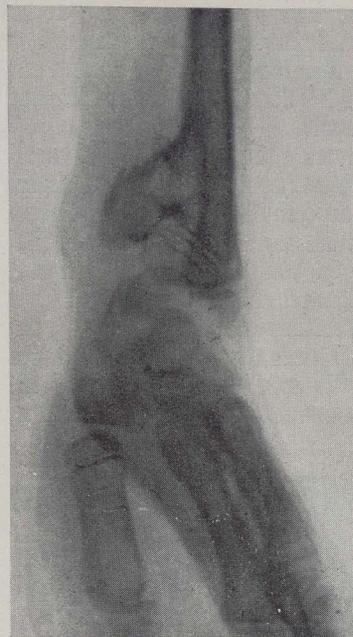
CAPECCHI dice que la teoría de RITTER-FLINKER parece, por tanto, la más probable, y que el principio fundamental sobre el cual deben establecerse las investigaciones etiopatogénicas, es de que se trata de una enfermedad que constituye una entidad perfectamente definida y que la exóstosis no es simplemente el producto de una alteración local de los cartílagos dia-epifisarios, sino que es un síntoma de un estado morboso general debido a un factor congénito ignorado, y que la causa de la enfermedad no puede ser múltiple, sino necesariamente única.

El Dr. J. TRÍAS PUJOL, en un artículo sobre la exóstosis osteogénica, al hablar de su etiología dice que



el factor principal nos es hoy desconocido, y que los estudios de HONEIJ sobre el metabolismo del calcio y del magnesio, y el papel de las glándulas de secreción interna en el crecimiento, no están desprovistos de interés.

Esta enferma no ha podido ser tratada por nosotros, porque molestada a consecuencia del gran número de



radiografías que le practicamos, no ha vuelto más a nuestra visita.

Por esto, el único interés de esta comunicación es el estudio radiográfico del caso, ya que la historia es incompleta por la razón que acabamos de mencionar.

## NOTA SOBRE LA FRECUENCIA DE LA EMBOLIZACIÓN MÍNIMA DE LIPIODOL EN EL CURSO DE LA HISTEROGRAFÍA A PRESIONES FISIOLÓGICAS

por el doctor

**J. VANRELL**

de Barcelona

En otra ocasión nos ocupamos, en colaboración con mi maestro el Dr. PUJOL y BRULL y el Profesor Vicente CARULLA, del hecho de la inyección accidental del sistema venoso útero-ovárico en el curso de la histerografía *in vivam*, en una comunicación presentada en noviembre de 1927 a la Sociedad de Cirugía de Barcelona, y en un artículo publicado con posterioridad en el *Journal de Radiologie et d'Electrologie* de París, en enero de 1929.



Útero bicornue, métrítico, de tono normal Trompas impermeables. Embolo de lipiodol a gran distancia en la útero ovárica derecha.

En dichos trabajos, cuyo resumen apareció hace algún tiempo en esta misma revista, formando parte de nuestra monografía sobre Indicaciones y técnica de la histerosalpingografía, poníamos por primera vez en evidencia la existencia de dicho fenómeno en el vivo, hacíamos su interpretación radiográfica y esbozábamos una clasificación de los mecanismos y causas en virtud de los cuales tiene lugar la penetración del líquido de contraste en la red vascular del útero, clasificación que no ha sido apenas modificada por los autores que con

posterioridad a nosotros se han ocupado de la cuestión.

Digamos de paso que nuestra comunicación confirmaba en la clínica, los trabajos de investigación llevados a cabo por SAMPSEN en 1918 (1) sobre piezas de exéresis, y que se referían a la facilidad con que pasan a los troncos venosos uterinos las suspensiones gelatinosas de bismuto o de bario inyectadas en la cavidad de úteros ya extirpados "siempre que el endometrio haya sido previamente raspado o lesionado", experimentos que fueron repetidos ocho años más tarde por BECLERE (2) con el lipiodol también en piezas aisladas en condiciones semejantes y con resultados análogos.

En las radiografías que presentamos era posible observar la repleción de una gran parte del sistema venoso útero-ovárico: los plexos periuterinos; las helicinas, las colectoras del ligamento ancho, así como las terminales útero-ováricas, eran francamente visibles y su identificación fué posible, razonando con lógica y apoyándonos en conocimientos anatómicos.

En la presente comunicación queremos poner de manifiesto un nuevo detalle: el hecho de la frecuencia de las pequeñas embolias en el curso de las histerografías, aparentemente normales, que la prosecución de los referidos trabajos y el examen minucioso y sistemático de elisés de diversas procedencias nos ha permitido evidenciar con certeza; identificación que por otra parte hubiese sido casi imposible sin el conocimiento previo del hecho de la embolización en gran escala.

En las adjuntas radiografías, en las que la inyección parece a primera vista haber transcurrido sin incidentes, es posible observar la presencia de pequeñas embolias en regiones distanciadas del útero; en alguna ocasión nos ha sido posible observar la progresión de las mismas un regular trayecto a lo largo de los vasos, hasta su desaparición por división de la masa de contraste y posible desembocadura en un vaso de mayor calibre.

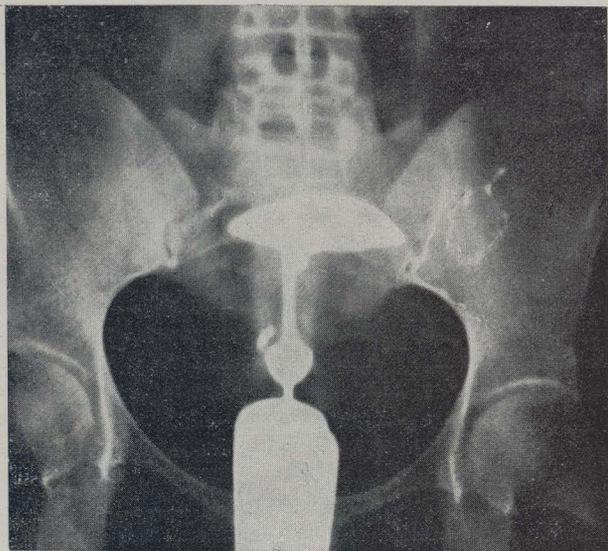
Las pequeñas embolias aparecen a veces en forma de pequeños acúmulos morulares que se detienen de preferencia en remansos de la corriente, a nivel de una ectasia venosa, de un ángulo de confluencia o de una válvula; en otras ocasiones adopta el aspecto de una sombra más extensa que parece dibujar el contorno del vaso continente, o está constituida por pequeñas gotas

(1) SAMPSEN. *Am. Journ. Obst.*, 1918, núm. 78, pág. 161-175.

(2) Cl. BECLERE: De l'importance des mesures de pression au cours des injections intrauterines de Lipiodol. *Gyn. et Obst.* 1926, agosto, pág. 106.

de grosor vario o bien por polvo de lipiodol finamente dividido y acumulado en un lugar de circulación retardada.

El tiempo de traslación del émbolo a lo largo de la colectora venosa es variable. A menudo es tan corto o su tamaño tan insignificante, que difícilmente es re-



Útero fibromatoso en retroflexión. Trompa impermeable. Acúmulos de lipiodol en la colectriz del parametrio izquierdo.

gistrado por radiografía. Otras veces el tiempo de permanencia es mayor, y en un caso pudimos apreciarlo media hora después de la primera observación en la misma situación que anteriormente.

Ello depende, naturalmente, de la velocidad de la corriente de retorno y del calibre y anfractuosidades de los vasos que integran el sistema venoso útero-ovárico.

En todas las radiografías que presentamos, algunas personales, otras pertenecientes a la colección de los eminentes radiólogos Dres. CARULLA y CARRASCO, la inyección del líquido de contraste ha sido practicada siempre a presiones consideradas como fisiológicas, es decir, inferiores a 200 m.m. de Hg.

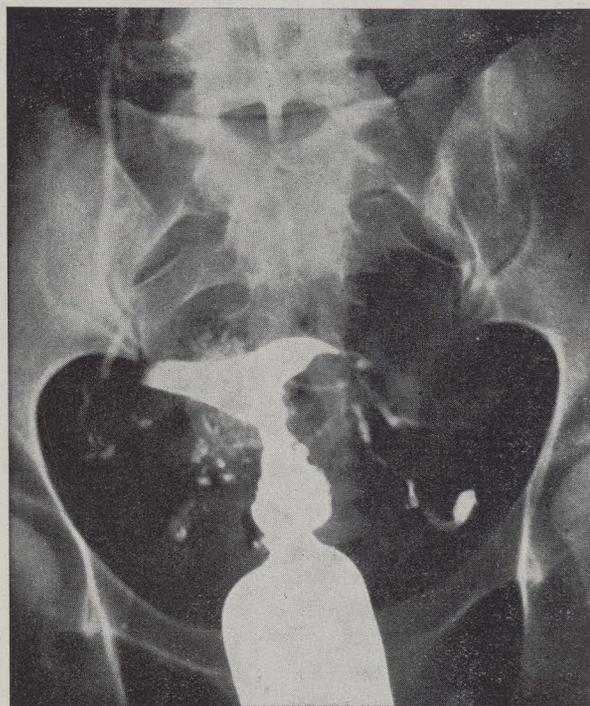
Los casos en que con mayor frecuencia hemos podido comprobar estas pequeñas embolizaciones, corresponden a úteros atónicos, con éxtasis circulatorio, endometrio tomentoso y fácilmente sangrante al histerótro, casi siempre acompañado de obstrucción tubaria. No mencionamos siquiera los síndromes de franca metrorragia, porque en semejantes casos la exploración radiográfica está, como veremos, formalmente contraindicada, como no sea en circunstancias especiales de indicación categórica.

Las consecuencias clínicas de semejantes pequeñas

embolizaciones han sido siempre nulas y no han sido notadas por las enfermas en forma alguna, lo que no es de extrañar si se tiene en cuenta la inocuidad de las inyecciones intravenosas de lipiodol y la experiencia de lo que ocurre en los casos de embolización masiva.

Constituyen, no obstante, aparte de su curiosidad, un conocimiento clínico que debe retener nuestra atención porque demuestra la facilidad con que pasan a la circulación general las sustancias flúidas depositadas bajo cierta presión en la cavidad uterina; de donde se sigue que un lavaje o una instilación intrauterina, practicada sea con miras terapéuticas o con finalidad diagnóstica, es susceptible de acarrear a distancia por vía circulatoria productos sépticos o acúmulos celulares, posibles determinantes de siembras o metástasis.

Concluiremos, pues, en resumen, que el conocimiento



Caso típico de embolización por el lipiodol en gran escala. Útero métrico, trompa izquierda permeable. El lipiodol dibuja todo el perfil de la útero ovárica derecha, las colectrices del mismo lado y el plexo ovárico del lado opuesto.

de hechos semejantes, más frecuentes de lo que generalmente se cree, afianza el criterio de que debemos mostrarnos cautelosos en cualquier maniobra intrauterina, singularmente inyección de líquidos a presión, en los casos de úteros sangrantes, siempre que sospechemos la infección corpórea o la neoplasia.