

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DE LA PARÁLISIS RECURRENCIAL DE ORIGEN ANEURISMÁTICO

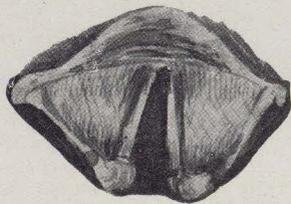
por el doctor

E. VILARDOSA LLUBES

de Barcelona

La medicina interna ha de ser auxiliada de las distintas especialidades, no sólo médicas, sino también de las físicas y químicas, pues así de esta manera puede llegarse a un diagnóstico certero, que es la base de un pronóstico cierto y de un tratamiento eficaz.

El caso que vamos a relatar es prueba palpable de lo antedicho.



Dibujo esquemático de la laringe

Comparece a nuestra visita, recomendado por nuestro amigo y compañero Dr. PUMAROLA, un joven de 35 años, casado, que responde a las iniciales F. E. Dice ser corredor de comercio, y que, por lo tanto, tiene obligación de hablar mucho y fuerte. Está demacrado y tiene disparidad entre el peso y su talla. Sufre de afonía persistente desde hace dos meses, con tos seca, sin esputos, y con un miedo cerval a que su lesión sea fímica.

Sus padres murieron de enfermedades agudas y tiene un hermano que está sano.

Cuenta no haber tenido jamás enfermedad que le obligase a guardar cama, pero que se enfriaba con facilidad, sufriendo catarros nasales que descendían pronto a todo el árbol respiratorio, y además tenía una neuralgia en la región precordial.

Aunque la propensión a los catarros nasales había desaparecido gracias a las duchas, éstas no habían surtido efecto respecto a las molestias precordiales.

A pesar de su ronquera y de la tos pertinaz, no se fatigaba a los pequeños esfuerzos. No ha sufrido tampoco enfermedades venéreas ni lúes, aunque no se ha practicado la Wassermann.

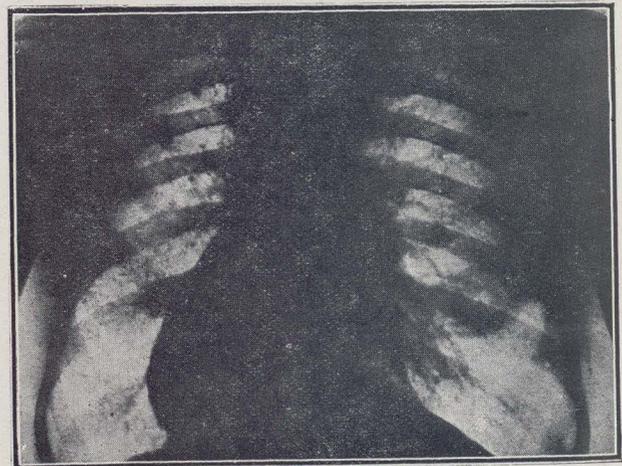
En diciembre del año 30, es cuando empezó a notar súbitamente que tenía la voz ronca, después de un esfuerzo fonatorio.

Su internista le recetó unas inhalaciones balsámicas

y le ordenó silencio fonatorio, al no encontrar nada de anormal al examen del aparato respiratorio. Viendo en otra visita la persistencia de negatividad de síntomas pulmonares y que no mejoraba la afonía, indicó al enfermo la necesidad de ser examinado por un laringólogo.

La voz, antes del examen laringoscópico, no era bitonal, de timbre oscuro y semiapagado, tan característica de las parálisis del laríngeo inferior; mas aunque era francamente ronca, tenía tendencia a ser semiapagada.

Al examen laríngeo se veía la cuerda izquierda paralizada, y en la línea media y al emitir la voz solamente la cuerda derecha estaba móvil. Toda la laringe estaba roja, particularmente las cuerdas; por esta causa se comprende que la voz no fuese característica de las parálisis laríngeas.



Parálisis incompleta del recurrente izquierdo. La cuerda vocal izquierda está en la línea media, mientras que la derecha es completamente móvil.

Sabemos que las parálisis del laríngeo inferior son las parálisis más frecuentes, que inmovilizan todos los músculos de la laringe menos el elevador de la epiglotis y el crico-tiroideo; mas en este caso la parálisis era solamente del recurrente izquierdo, todavía más frecuente que las bilaterales.

El laríngeo inferior, al desprenderse del neumogás-

trico y pasar por debajo del cayado de la aorta, puede ser comprimido por un aneurisma de ésta.

De todas maneras, con el examen laríngeo no pudo hacerse un diagnóstico cierto, pues si bien es verdad que, casi siempre, un aneurisma es la causa de su compresión y por ende de su parálisis, puede también ser comprimido por otra tumoración, puede también enfermar por neuritis primitiva, o de origen infeccioso, tóxico y hasta reumático.

Así es que siempre es necesario acompañar simultáneamente la inspección de la laringe con la del tórax, no olvidándose nunca la radioscópica.

Además, en este caso concreto, estando la cuerda paralizada en la línea media, demostraba que la compresión no era absoluta, pues de serlo, la cuerda vocal hubiese estado en la posición intermedia, o sea, entre la fonación y la respiración tranquila, y al verificar el esfuerzo fonatorio la cuerda sana hubiese rebasado la línea media, inclinándose toda la laringe y poniéndose el aritenoides del lado sano por encima del aritenoides del lado enfermo.

Si por cualquier motivo en este mismo enfermo se paralizase incompletamente la cuerda vocal derecha, vendría la muerte súbita, a no ser que pudiese practicarse una traqueotomía rápida; pues al ponerse las dos cuerdas vocales en la línea media, vendría el cierre absoluto de la glotis.

La posición de abducción del recurrente es debida al influjo del tonus normal del crico-tiroideo que, innervado por el laríngeo superior, impide que las cuerdas se coloquen en posición intermedia.

La anomalía que explica que la parálisis incompleta de la cuerda vocal se ponga en la línea media, es debida, según SEMON, a la triple inferioridad anatómica, biológica y fisiológica de los crico-aritenoides, frente a frente de los demás músculos laríngeos, antagonistas de los crico-aritenoides, o sea, a la parálisis de los dilatadores de la glotis.

Así es que la parálisis incompleta del recurrente izquierdo, demuestra no ser tan grave la lesión, o sea, que la tumoración no ha adquirido suficiente volumen para producir parálisis completa, o que la toxemia, la neuritis, la infección o el reumatismo, no ha llegado a ser en grado superlativo.

La radiografía, como puede verse, indica claramente un aneurisma aórtico, demostrándose en los contornos de la cavidad una falta de paralelismo que nos hace pensar que estamos frente a un aneurisma, dato que nos hace eliminar una dilatación aórtica y nos lo hace

afirmar más el poder apreciar por radioscopia una porción del contorno, el estar animado de latidos sincrónicos en el sístole cardíaco.

En esta radiografía, puede verse una sombra bastante voluminosa en el cayado aórtico cabalgando sobre la sombra cardíaca en forma de "reloj de arena", que nos demuestra la existencia de un aneurisma en este sitio a pesar de no existir síntoma físico alguno que lo denuncie, a no ser los dolores retro-esternales que aquejaba con propagación al omoplato izquierdo.

Se le trató con inyecciones intravenosas de cianuro de mercurio a la dosis de un centigramo. A la primera inyección se le aclaró la voz notablemente, dando al enfermo una sensación de mejoría que hizo levantar su estado moral, un tanto deprimido y poco confiado. Se le dieron tres inyecciones más y continuó su mejoría, más, de pronto, sin causa ni motivo, dejó de asistir a la consulta.

Al cabo de mes y medio, nos enteramos de que al descender de un autobús en marcha, le vino repentinamente una hemoptisis tan copiosa, que le ocasionó la muerte a los pocos momentos.

Conclusiones

- 1.^a De oído puede sospecharse una aquinesia laríngea.
- 2.^a La laringoscopia orienta la localización de la lesión, y la clínica ayudada de los rayos X diagnóstica con exactitud y pronostica con certeza.

RÉSUMÉ

Comme résumé de son travail, l'Auteur pose les conclusions suivantes:

- 1.^e *Par l'ouïe on peut soupçonner une akinésie laryngéenne.*
- 2.^e *La laryngoscopie oriente la localisation de la lésion, et la clinique aidée par les rayons X diagnostique avec exactitude et pronostique avec sûreté.*

SUMMARY

As a summary of his work the Autor gives the following conclusions:

- 1.st *By the ear it is possible to suspect laryngeal akinesy.*
- 2.nd *The laryngoscopy orientes the lesion's localization, and the clinic by means of the X rays diagnostics with exactitude and pronostics acurately.*