

ARS MEDICA

OCTUBRE 1931

AÑO VII — NÚM. 74

DOS CASOS DE GOMAS SIFILÍTICAS GIGANTES OBSERVADOS EN EL CENTRO ANTICANCEROSO DE LA REGIÓN TOLOSANA

(Director Prof. DUCUNG)

Por la señorita

NIGOUL

externa de los Hospitales

Las dos enfermas que presentamos han sido observadas en el servicio del prof. DUCUNG, al cual habían sido enviadas con el diagnóstico de "tumor de origen indeterminado". En realidad, se trataba de accidentes cutáneos de la sífilis terciaria, de gomas gigantes, con tendencia necrosante.

La primera de las dos enfermas es una mujer de 44 años, gruesa y colorada, cuyo estado general parece excelente, excepto la inquietud que le inspira la ulceración de que es portadora. En sus antecedentes se nota que su padre y su tío murieron de un cáncer en la lengua.

Esta mujer, en septiembre de 1930, vió que se le desarrollaba una tumefacción en su mejilla izquierda y la región submaxilar correspondiente. El médico consultado la trató por una periostitis alvéolodentaria con adenopatía, pero la extracción del segundo premolar del maxilar inferior, no produjo ninguna mejoría. En marzo de 1931, el tumor se ulceró súbitamente. Un mes después la enferma fué hospitalizada en el Centro Anticanceroso.

En este momento presentaba en la región submaxilar izquierda, avanzando un poco hacia la mejilla, una vasta ulceración debajo de la cual existía una necrosis completa de todo un territorio bien limitado, que producía la impresión de un esfacelo en masa con tendencia muy marcada a la escarificación seca. La ulceración, larga, de ocho centímetros de largo y seis de alto, de bordes despegados, recortados, rodeados de un ribete violáceo, sangra fácilmente; dichos bordes circunscriben la masa necrosada, redondeada, que parece como engarzada debajo de ellos. El fondo está cubierto por una costra dura, seca y negruzca, constituida por los tejidos mortificados. La masa indurada es del tamaño de una mandarina, distinta del maxilar, situada delante del esterno-cleido-mastoideo. Bajo los bordes despegados de la ulceración se escurre un líquido purulento (Fig. 1). En el curso del tratamiento nos damos cuenta de que existe una caseificación central de la masa mortificada; esta caseificación, cubierta por la costra superficial, se traduce por la presen-

cia de una materia amorfa y amarillenta, de consistencia casi cartilaginosa y de aspecto lardáceo.

El diagnóstico de esta ulceración es bastante delicado; se elimina fácilmente un nódulo tuberculoso, una micosis, o un epiteloma ulcerado, se elimina también



Fig. 1

el diagnóstico de sarcoma, en razón del carácter escarificante de la masa que constituye el fondo de la ulceración. Pensamos en la posibilidad de una mortificación infecciosa o tóxica a consecuencia de la ablación del diente, hecho con ayuda de una inyección de anestesia local, pero la biopsia practicada en los bordes da como primera contestación "epitelioma espinocelular". Un examen más profundo de la enferma y de la biopsia, inclina no obstante el diagnóstico hacia el de goma sifilítico; en efecto, en el sitio de la encía donde había sido hecha la inyección anestésica, no

existe ninguna señal de necrosis, la B. W. de esta mujer es fuertemente positiva y el examen microscópico nos lleva a la conclusión de que se trata de una "hiperplasia del epitelio en contacto de una lesión sífilítica". El tratamiento específico confirma este diag-



Fig. 2

nóstico; la enferma es tratada con yoduro y acetilsán, y la mejoría es inmediata. Como tratamiento local se le aplican compresas húmedas y se quitan con tijeras las partes esfaceladas.

Cuando la enferma abandona el Centro, el fondo de la ulceración es rojo y casi limpio de todas las partes necróticas; los órganos de la región submaxilar, el borde del músculo esterno-cleido-mastoideo, el paquete vasculonervioso están al descubierto.

La enferma vuelve al cabo de dos meses y medio. La cicatrización es perfecta pero mutilante; la mejilla está un poco tumefacta y roja por encima de la cicatriz (Fig. 2).

La segunda enferma (cuya observación ha sido recogida por el señor ESTRADÉ) es una mujer de 49 años, que no tiene nada de interesante en sus antecedentes; no puede precisar la causa de la muerte de su marido, sobrevenida a consecuencia de un "ataque", cuando ella tenía 46 años.

A principios de abril de 1931, esta mujer notó que en su clavícula le aparecía una tumefacción que aumentaba de tamaño poco a poco; una semana antes de su ingreso en el Centro el tumor enrojeció y se ulceró.

En este momento, el examen local muestra un tu-

mor que asienta en la mitad externa de la clavícula y alargándose paralelamente a ella. El tumor, vagamente fusiforme, del volumen de una mandarina en su parte más abultada, presenta una ulceración que mide tres por dos y medio centímetros; los bordes de la ulceración son irregulares y cortados a pico; despegados, exudantes; a su alrededor, la piel es tensa, violácea y brillante. El tumor es duro, irregular, sensible a la presión; produce claramente la impresión de formar cuerpo con la clavícula (Fig. 3). Existen algunos ganglios en el hueco axilar.

Los reflejos rotulianos de esta mujer son un poco exagerados y las pupilas reaccionan perezosamente a la luz; la B. W. es positiva. La temperatura es normal.

En presencia de esta enferma, se puede pensar en un osteosarcoma ulcerado de la clavícula, o bien en una lesión ósea tuberculosa o específica. No obstante, el diagnóstico es fácil, pues la radiografía muestra la integridad absoluta del hueso y la biopsia pone de golpe en relieve los caracteres de especificidad; se trata, dice el examen microscópico, de una lesión infla-



Fig. 3

matoria, en la que se ve un tejido conjuntivo escleroso infiltrado de células móviles, sobre todo de linfocitos, frecuentemente dispuestos en manguitos perivasculares. Un tratamiento apropiado produce rápidamente la mejoría de las lesiones y permite constatar que éstas no han alterado las formas de la clavícula.

Desde el punto de vista clínico, los accidentes que acabamos de estudiar se presentan como accidentes sífilíticos terciarios cutáneos, con el carácter de acci-

dentes locales periféricos, poco numerosos pero destructivos, comprometiendo el tejido atacado y dejando cicatrices después de la curación. Estos accidentes hubieran sido primitivos, sin manifestaciones primarias o secundarias; mas nosotros no tenemos en cuenta las afirmaciones de nuestras enfermas que no tenían la edad de los accidentes de heredosífilis y que probablemente habían tenido accidentes primarios o secundarios que habían pasado inadvertidos o tal vez disimulados. Los accidentes terciarios habían evolucionado en algunas semanas pasando por las fases clásicas de infiltración, reblandecimiento, ulceración, eliminación, reparación, pero habían presentado este carácter particular, observado con mayor frecuencia en las vísceras que en la piel: la tendencia a la necrosis masiva. Por otra parte, el carácter relativamente raro de los accidentes que presentaban nuestras enfermas, consistía en su volumen; se trataba de gomas gigantes.

Desde el punto de vista anatómico, en los dos casos se trataba de nódulos inflamatorios esclerogomosos, duros, caseificados en su centro, rodeados de una zona inflamatoria. Estas dos manifestaciones de gomas atrajeron la atención por su localización respectiva en la región submaxilar y la mitad externa de la clavícula, que serían relativamente raros.

El examen histológico puso de manifiesto la infiltración linfocitaria en el seno de un tejido escleroso con predominio perivascular de las lesiones. La infiltración perivascular debió ser en los dos casos que presentamos, particularmente intensa, ya que determinaron la necrosis brutal y masiva de un territorio tisular importante.

Desde el punto de vista diagnóstico, en los dos casos fué interesante descartar el cáncer en el cual había-

mos pensado al ver a las enfermas. En favor de este diagnóstico no existía el carácter habitual de las ulceraciones neoplásicas. En rigor, estas ulceraciones de bordes despegados, pueden encontrarse en los sarcomas que destruyen los tegumentos más bien que infiltrarlos, pero el fondo de las ulceraciones sarcomatosas no es jamás duro y seco. Recordemos que en el primer caso emitimos la hipótesis de una mortificación tóxica en relación con una inyección anestésica.

Desde el punto de vista terapéutico, las enfermas tratadas como hemos indicado más arriba, vieron desaparecer sus lesiones y repararse rápidamente la brecha, lo que es la regla.

RÉSUMÉ

L'Auteur expose le cas de deux malades envoyées au Centre Anticancéreux de la Région Tolosana con el diagnostic de "tumeur d'origine indéterminée" vu qu'il s'agissait d'accidents cutanés de la syphilis tertiaire, de gommés géantes avec tendance nécrosante, qui obéissaient parfaitement au traitement spécifique. Les deux cas en question justifient une série de considérations exactes que fait l'Auteur au point de vue anatomique, diagnostique et thérapeutique.

SUMMARY

The Author exposes the case of two female patients sent to the Anticancerous Centre of the Toulousian Region, with the diagnostic of "Tumour of undeterminate origin" owing to the fact that there was question of cutaneous accidents from a tertiar syphilis, giant gumma, with necrosing tendency, and which obeyed perfectly to the specific treatment. Both cases justify a series of exact considerations made by the Author about anatomy, diagnosis and therapeutics.