
HISTORIA CLINICA Y EXAMEN RADIOGRAFICO A PROPOSITO DE UN CASO DE "MIELOMAS MULTIPLES"

Alumnos: *Guillermo de Angulo, Eduardo Caballero y Bernardo Botero.*

HOSPITAL DE SAN JUAN DE DIOS

CURSO DE RADIODIAGNOSTICO

Profesor, *Gonzalo Esguerra Gómez*

Historia Clínica.

Nombre: Delfina Galvis de Rodríguez.

Edad: 55 años.

Natural de Chía.

Profesión: Oficios domésticos.

Antecedentes hereditarios: Sus padres murieron hace bastante tiempo, no sabe de qué.

Antecedentes personales: Ha vivido durante toda su vida en Chía.

Antecedentes patológicos: Además de las enfermedades de la infancia: sarampión, tos ferina y varicela, padeció de una pulmonía a los 23 años que le curó después de ocho días sin dejarle secuelas. A los 32 años tuvo varios accidentes disintéricos.

Antecedentes uterinos: Tuvo 2 hijos a término y un aborto al quinto mes de gestación sin causa explicable. Hace 23 años se le practicó una histerectomía, en este mismo hospital en el servicio del Profesor Ucrós, con extirpación de los ovarios.

Antecedentes tóxicos: No ha sido aficionada al alcohol ni al tabaco.

Evolución de la enfermedad actual: Hace 9 meses se inició su enfermedad, con dolor en la cintura, decaimiento de fuerzas, y un intenso ma-

lestar que le impedían todo trabajo por pequeño que fuese. Poco después empezó a aparecerle una pequeña tumefacción en la parte superior del cráneo dolorosa en sí, y acompañada de fuertes dolores de cabeza. Casi al mismo tiempo le apareció un fuerte dolor en la raíz del miembro derecho con repercusiones dolorosas a la rodilla del mismo lado. En este estado consultó al médico que le diagnosticó un reumatismo articular agudo y se hizo los remedios que le aconsejó. A pesar de éstos, su dolor de cabeza se intensificó y la tumefacción craneana aumentó en tamaño y dolor. Meses después presentó una ligera reacción ya que los dolores a la cintura desaparecieron y los dolores de cabeza se atenuaron bastante, persistiéndole por el contrario el dolor en el miembro inferior derecho hasta el punto de impedirle por completo la marcha.

EXAMEN CLINICO

Inspección general: Es una enferma bien constituida. Dice haberse enflaquecido durante el transcurso de su enfermedad. Su piel y mucosas se encuentran bastante anemiadas. Su aspecto es febril y la temperatura durante su permanencia hospitalaria ha oscilado entre 38 y 39° Centígrados.

Aparato digestivo: Lengua ligeramente saburral, húmeda y quieta; anorexia bastante marcada; intensamente constipada ya que transcurren 3, 4 y 5 días sin hacer deposición. No ha tenido ni vómitos ni agrieras. A la palpación tanto superficial como profunda no se encuentran signos anormales ni dolorosos.

Aparato circulatorio: Pulso frecuente: 102 pulsaciones. Ruidos cardíacos normales, algo disminuídos de tonalidad. Pulso regular e igual.

Aparato respiratorio: Al examen cuidadoso de este aparato se encontraron en ambas bases pulmonares y en la parte media del pulmón izquierdo estertores subcrepitantes de burbuja fina.

Aparato urinario: cantidad normal. No hay albúmina ni cilindros. Urea, cloruros y fosfatos se encuentran disminuídos.

Sistema nervioso: Reflejos tendinosos en general se encuentran algo disminuídos. Reflejos sensitivos normales. Por los fuertes dolores de cabeza que presenta padece de un sueño intranquilo y entrecortado.

Examen del miembro inferior derecho: Presenta este miembro en rotación interna y ligera flexión de la pierna sobre el muslo, lo que se observa en las fracturas y luxaciones.

Descartamos las neuritis. Pensamos en una lesión esquelética o de la articulación de la cadera. Los movimientos pasivos de la pierna izquierda se encuentran normales; en cambio en la derecha la flexión despierta un ligero dolor; el movimiento de extensión está más o menos bien; la abducción está un poco difícil, pero realizable; el de abducción también existe pero limitado; a la rotación se percibe un traquido. Con estos datos llegamos al diagnóstico de una lesión de la cadera.

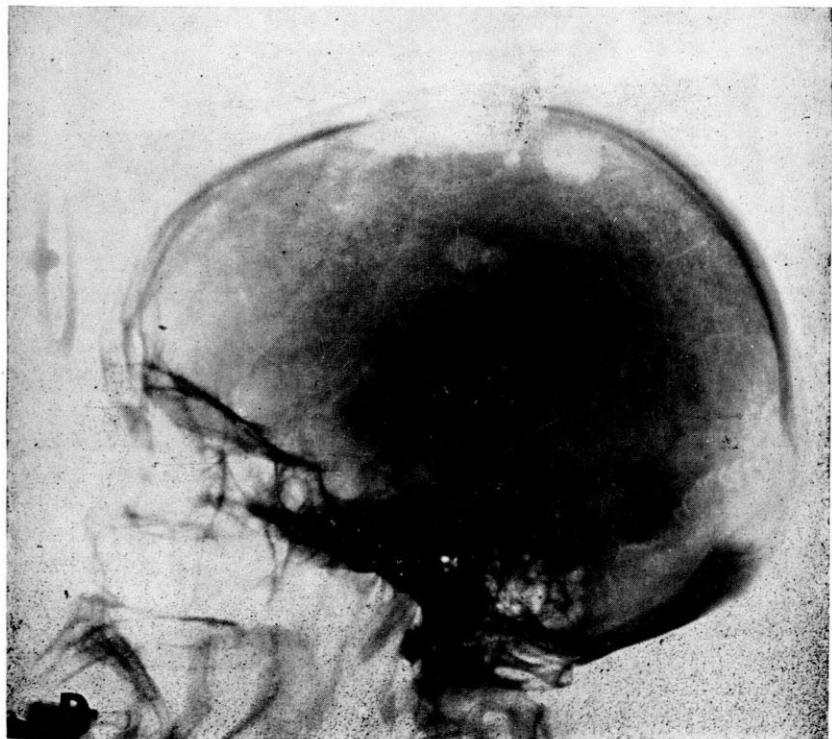
Examen de la cabeza: Existe una tumefacción del tamaño de una moneda de cincuenta centavos, inmóvil, dura, de contornos gruesos; existe otra tumefacción más pequeña hacia atrás. Parece que se tratase de un quiste dermoide por tratarse de una lesión situada en la línea media, pero puede existir la posibilidad de que fuese una metástasis de un tumor situado o bien en la cabeza o posiblemente en la cadera. Si se toma como punto de partida la cabeza, con hueso perforado, posiblemente sea un sarcoma de la dura madre.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Abril, 17 de 1939. Radiografía número 28.170.

En las placas radiográficas del cráneo, se ve un gran foco destructivo que comprende la parte posterior del frontal y la anterior de los parietales en una extensión de 6 centímetros; un poco hacia adelante en el mismo frontal se observan otros pequeños focos destructivos en número de tres y por debajo del gran foco existen también algunos de la misma naturaleza, pero de tamaño pequeño.

En las placas radiográficas del bacinete se ve una destrucción casi





completa del isquion derecho y del lado izquierdo otra destrucción de la misma naturaleza de la rama isquio-pubiana en una extensión de 2 centímetros. Sobre el pulmón se ven algunas sombras densas que parecen corresponder a nódulos metastásicos.

DIAGNOSTICO

Hay una lesión destructiva ósea, extensa, y otras más pequeñas. Depende una de otras, o aparecieron al mismo tiempo.

Los antecedentes y los signos clínicos descartan la osteomielitis. Sólo se puede pensar en un tumor óseo.

Los tumores óseos son o primitivos o secundarios.

1º *Secundarios*. Resultan de una metástasis o propagación. En nuestro caso clínica ni radiológicamente hemos encontrado el foco primitivo. Lo clasificamos entonces como un tumor primitivo.

Los tumores secundarios óseos son principalmente metástasis de tumores del tórax, de los senos y de los testículos.

2º *Primitivos*. Los tumores primitivos son: epiteliales y conjuntivos. Éstos últimos son los más frecuentes.

Tumores conjuntivos. Parece que sea primitivo de la cabeza pues por ahí le empezó el dolor; las otras lesiones son secundarias. El tumor in-

tracraneano rompió el hueso y por la descompresión se acabó el dolor.

¿En un tumor que se ha desarrollado en el esqueleto o un tumor del esqueleto mismo? ¿Es decir, un sarcoma o un osteosarcoma verdadero? Puede haber en el hueso sarcomas que son osteosarcomas y pueden existir osteosarcomas en sitios donde no hay esqueleto como en el riñón o en el testículo. En nuestro caso es probable que se haya iniciado por un sarcoma que perforó el cráneo y dió metástasis al miembro inferior derecho

Cuando un sarcoma se desarrolla en el esqueleto puede ser:

1º. *Sarcoma osificante*. Se caracteriza por travéculas óseas perpendiculares al hueso. Es un tumor constructivo y por lo tanto lo eliminamos en nuestro caso.

2º. *Sarcoma osteoide*. Presenta oseína; se ve un puntilleo en la mancha del tumor; da metástasis semejantes. Los descartamos en nuestro caso.

3º. *Condrosarcomas*. No son de considerar aquí.

SARCOMAS

Son tumores formados a expensas del tejido conjuntivo caracterizados por formas embrionarias de este tejido, lo cual lo distingue de los fibromas que están formados de tejido conjuntivo adulto.

El tejido conjuntivo se presenta en forma de células o fibras. El noble y otra de relleno o sostén y según esto los clasificamos así:

1º Desarrollados a expensas del tejido conjuntivo banal.

2º. Desarrollados a expensas del tejido esquelético.

3º. Desarrollados a expensas del tejido conjuntivo puro con inclusiones de tejido mucoso embrionario.

4º. Desarrollados a expensas de las células conjuntivas pigmentarias.

5º. Desarrollados a expensas del tejido reticulado y de los órganos linfoides.

El tejido conjuntivo se presenta en forma de células o fibras. El sarcoma no tiene fibras, sólo tiene células porque es éste el elemento embrionario y son células redondas.

Primer grupo. Sarcoma de tejido conjuntivo banal de células redondas. Según su malignidad son de grandes o de pequeñas células redondas. Nacen donde exista tejido conjuntivo, así pueden desarrollarse en la piel, órganos y esqueleto (sin ser osteosarcomas).

a) *Sarcoma de pequeñas células redondas o globo celular.* Alcanza un volumen considerable; como no tiene mucho tejido de sostén se presenta en grandes masas gelatinosas, como sustancia cerebral y de allí que se le designe igualmente con el nombre de sarcoma encefaloide. Es el más grave; de evolución más rápida; tiene células de grandes núcleos y

poco protoplasma; no tiene vasos; las células sarcomatosas hacen el papel de endotelios. No es el que presenta esta mujer porque su volumen no está de acuerdo con el tiempo de evolución.

b) *Sarcoma de grandes células redondas*. Es más benigno; las células alcanzan mayor desarrollo; el tejido conjuntivo alcanza a proliferar envolviendo las células cancerosas. No es este el tumor que padece la enferma, ya que en éste se encuentran lagos sanguíneos, es de consistencia blanda en sitios; además, el volumen sería mayor. Se denomina también Telangiántásico.

c) *Sarcoma fuso-celular o fibro-sarcoma*. No llega a gran desarrollo. Puede desarrollarse en el esqueleto o en el periostio. En esta señora puede haberse desarrollado un fibro-sarcoma a expensas de la dura madre. Se le llama fungus de la dura madre.

2º *Grupo. Sarcomas de tejido esquelético*. Los tejidos esqueléticos son: periostio, medula y pericondrio. El periostio puede dar nacimiento a sarcomas, ya por sí mismo, ya por sus células medulares: son los sarcomas osificantes osteoides. Con el pericondrio sucede lo mismo, da condro-sarcomas. En resumen existen: S. osificantes, S. osteoides, S. de mielopaxos y Condrosarcomas.

1º *Sarcoma osificante*. Nace del periostio y de las células medulares. Se desarrolla excentricamente. Se asemeja al sarcoma fusocelular; da travéculas bien organizadas. En esta mujer no es el caso de considerarlo.

2º *Sarcoma osteoide*. Puede nacer a expensas del periostio, más exactamente a expensas de las células de osificación medular. Es el sarcoma mioide que engendra hueso al estado de secreción; construye menos; sólo se encuentra hueso en puntos aislados. En esta enferma da la impresión de existir un tumor de tal naturaleza.

3º *Sarcoma de mielopaxos*. Se encuentra en el maxilar inferior. Es un tumor benigno. Sus células tienen muchos núcleos como la célula gigante.

4º *Condrosarcoma*. No hay para qué considerarlo.

Tercer grupo. Mixomas. Son bastante raros. Son tumores blandos formados de tejido mucoso, se encuentran en el recién nacido cerca del ombligo. Son tumores de juventud.

Cuarto grupo. Cromatóforos que encontramos debajo de la piel y que pueden dar el *melano-sarcoma* o cromatoforoma. Son tumores de los viejos. En esta enferma no se ve que sea nacido de tejido pigmentario.

Quinto grupo.

1. *Linfosarcoma*. Formado a expensas del tejido reticulado de los ganglios linfáticos. Se presenta especialmente en el cuello.

2. *Mieloma*. Este tumor se desarrolla a expensas de las células mieloides de la medula ósea. Es un tumor pequeño múltiple de evolución rápida febril y con presencia de albúmina en la orina. Es muy parecido al sarcoma osteoide y al sarcoma de grandes células redondas.

3. *Cloroma o cáncer verde*. Es un tumor de difícil diagnóstico. Es muy raro.

CONCLUSION

Clínicamente se diagnosticó un "fungus de la dura madre o sarcoma fuso-celular". Radiológicamente se admite la posibilidad de que pudiera tratarse de un "mieloma múltiple". Esta enferma salió del hospital y poco después murió en su casa y según revelaciones de sus deudos, poco antes de morir habían aparecido múltiples tumefacciones en las costillas, hecho éste que nos hace pensar con mayor certeza en la existencia de un micloma múltiple.

