

UN CASO DE MIOSITIS ESCLEROSANTE

Por el Dr. *Ricardo Samper Diago* (1).

A nuestra consulta del Manicomio de varones se presenta un enfermo de 38 años de edad, casado, natural de Pensilvania, (Caldas) cuyas características son las siguientes: talla 1,74 Cts., peso 67 kilos, de configuración craneal normal, con un índice cefálico de 0,83. Como estigma degenerativo es de anotarse la mala implantación de sus dientes.

Antecedentes personales.

Entre los antecedentes personales de este enfermo anotamos los siguientes: es de profesión agricultor, tiene cuatro hermanos, todos vivos en la actualidad, y a los cuales no ve desde hace algunos años por haber ido a residir en Sonsón (Antioquia) donde vive desde hace ya algún tiempo. La psicosis que lo trae al Manicomio se le presentó hace cerca de diez años y se caracteriza por estados de agitación psicomotriz durante los cuales habla incesantemente, llegando en ocasiones a inferir ultrajes a las personas con las cuales convive. En otras, deambula por las calles y profiere amenazas a cuantos encuentra a su paso. Tales son los datos que remite el funcionario de la autoridad y que aparecen en el historial clínico.

Interrogatorio: En conversación con el enfermo, suministra los siguientes datos de interés:

Relata que hace aproximadamente un año y hallándose lejos de su madre, sintió ya en el atardecer de un día, que ésta le hablaba desde el firmamento; que al mismo tiempo le pareció verla en forma de estrella y que desde entonces se acobardó, por creer que había fallecido y que era el alma de ella quien le hablaba. Al insistir sobre el contenido de la conversación habida con su madre, dice que se despedía de él, y que no recuerda nada más al respecto. Finalmente, asevera que a partir de la muerte de un hermano suyo, se convirtió en una especie de "cuerpo misterioso", y que sentía

(1) Estudio hecho por insinuación y bajo el control del Director científico del Manicomio de Sibaté. Profesor Miguel Jiménez López.

ruidos extraños, atribuidos por el enfermo al alma de su propio hermano. Igualmente refiere algunas alucinaciones que son a la vez visuales y auditivas.

En examen verificado posteriormente, se comprueba que al responder a las preguntas lo hace de manera incompleta, acompañando sus respuestas de risas frecuentes sin respaldo afectivo.

Comentario psíquico: Como signos mentales de interés, anotamos los siguientes: alucinaciones visuales y auditivas, interpretaciones delirantes de dichas alucinaciones, ideas hipocondríacas, logorrea, agitación psicomotriz y risas estereotipadas sin respaldo afectivo. En consecuencia, parece tratarse de un estado alucinatorio delirante evolucionando en un terreno esquizoide.

Examen somático.

Aparato circulatorio: Ruidos cardíacos bien timbrados, 60 pulsaciones por minuto. Tensión arterial: mínima 7,5, máxima 11.

Aparato respiratorio: nada de anormal.

Aparato digestivo: Lengua de aspecto saburral, abrasiones dentarios, mal estado de higiene bucal. Hígado tamaño pequeño, bazo tamaño normal.

Aparato génito-urinario: Infartos ganglionares inguinales.

Organos de los sentidos: Agudeza visual y acústica normales; isocoria; reflejo pupilar normal a la luz y a la acomodación.

Piel y sistema muscular: A un examen atento se comprueba que la piel es de aspecto y coloración normal, pero en la parte postero-inferior del brazo izquierdo y zona correspondiente al músculo tríceps braquial y en la región del hombro derecho se encuentran placas de endurecimiento que distienden la piel.

Al propio tiempo es de notarse que existe un considerable desarrollo de todo el sistema muscular, el cual se marca más en la región de las piernas, en los músculos gemelos y solear.

Palpando las regiones glúteas se encuentran dos nódulos fibrosos del tamaño de una almendra, nódulos que se localizan en la parte superoexterna de los músculos grandes glúteos.

Sistema nervioso:

Motilidad: Se observa una limitación en los movimientos de flexión del brazo izquierdo y de elevación horizontal del derecho, alteraciones de la motilidad que son originadas por las placas de endurecimiento a que nos hemos referido anteriormente.

En un segundo examen que le fue practicado con posterioridad, se observa que las placas continúan presentando la consistencia le-

ñosa de los primeros días de enfermedad. Finalmente, en un último examen, se comprueba que las lesiones presentan contornos mal definidos, pero su consistencia tiende a ofrecer una menor densidad, lo cual se consigue bajo la influencia de los yoduros, medicación que le fue instituida desde el comienzo de la enfermedad.

Con relación a los nódulos encontrados en las regiones glúteas cuyo tamaño inicial era semejante al de una almendra, tienden a acrecentarse en exámenes verificados con posterioridad, ofreciendo últimamente el de un huevo de paloma. En cuanto a la marcha del enfermo no presenta alteración alguna.

Sensibilidad: Dolor espontáneo al nivel de las placas, sin que éste afecte la sensibilidad general, que es normal.

Reflectividad: Ligera exageración de los reflejos tendinosos. Reflejos cutáneos normales. Babinsky negativo.

Interrogatorio: Al interrogar al enfermo con respecto a la manera como se inició la enfermedad, dice que hace aproximadamente un año sintió un ligero dolor en la región pósteroinferior del brazo izquierdo, y que algunos días después notó la aparición de una zona de endurecimiento en aquel sitio, la cual se fue extendiendo de manera progresiva hasta llegar al estado en que hoy se encuentra. Dos meses más tarde experimentó un nuevo dolor en el hombro derecho, seguido también de la aparición de un endurecimiento en dicha región. Al propio tiempo fue observando una gran dificultad para la ejecución de los movimientos, lo que le obligó a abandonar su trabajo de agricultor.

Diagnóstico: Miositis esclerosante.

Discusión: Teniendo en cuenta los datos suministrados por el enfermo, a saber: dolores musculares de aparición repentina seguidos posteriormente por la presencia de placas leñosas localizadas en el espesor de los músculos triceps, braquial izquierdo, deltoides derecho y grandes glúteos de ambos lados; evolución lenta y progresiva de la enfermedad sin tendencia a la resolución espontánea ni a la limitación, aspecto difuso de las zonas de endurecimiento, ausencia de reacción inflamatoria de la piel y relativa hipertrofia muscular generalizada, mas la juventud del enfermo, creemos que en el presente caso evoluciona una miositis esclerosante, enfermedad que, como se sabe, se localiza en el tejido muscular, no ofrece tendencia a la resolución espontánea, y evoluciona ordinariamente con las características anotadas en nuestro enfermo. En efecto, solamente las afecciones que mencionaremos a continuación se presentarían a confundir nuestro diagnóstico, y por ello pasamos a resumirlas.

Miositis osificante: Esta enfermedad se caracteriza por la presencia de placas duras de localización muscular y de tendencia ex-

tensiva, pero por lo general son consecutivas a traumatismos del tejido óseo, con lesión del periostio, y secundariamente de localización muscular. Estas lesiones son observables al examen radiológico, pero como adelante se verá, la radiografía de nuestro enfermo dio al respecto resultado negativo, además de no encontrarse antecedentes traumáticos ningunos.

Esclerodermia: La forma de la esclerodermia que más se semeja a la enfermedad en estudio, es la esclerodermia en placas, la cual se presenta bajo la forma de salientes o placas de extensión variable que afectan la piel y el tejido celular subcutáneo. En las regiones ocupadas por éstas placas la piel es ordinariamente blanca, deprimida y de consistencia dura. Estas placas aparecen en diferentes partes del cuerpo, las cuales son considerablemente modificadas, y en los miembros llegan a impedir considerablemente la motilidad: no respetan ninguna región del cuerpo, y se acompañan de atrofias del tejido muscular y del tejido graso, hasta el punto de que en algunas regiones la piel parece soldada al hueso. Sobre estas placas suelen aparecer manchas pigmentarias, acromias y algunas lesiones o manchas de vitiligo. Consiste la esclerodermia en una proliferación considerable de tejido conjuntivo en la piel y en el tejido celular subcutáneo, así como en un aumento del número y del volumen de las fibras elásticas del dermis. La semejanza con la enfermedad que estudiamos es sólo aparente, pues al paso que la esclerodermia se localiza en la piel y se acompaña de atrofias musculares en nuestro caso, las lesiones de la piel son mínimas, y al contrario de la anterior, existe una hipertrofia del tejido muscular.

Miositis agudas infecciosas: Estas suceden a lesiones traumáticas con solución de continuidad de la piel, consecutivamente a la cual los agentes microbianos invaden el tejido muscular, y por ésta circunstancia van acompañadas de hipertermia y de tendencia a la resolución espontánea por supuración. Estudiando los antecedentes, caracteres y evolución de la miositis que nos ocupa, podemos apreciar que no tiene nada de común con la forma infecciosa.

Entre las miositis infecciosas debemos señalar además, las que suceden a un traumatismo a distancia del punto o músculo afectado por la miositis, y que son de observación poco frecuente en la práctica hospitalaria.

Como última variedad de la forma infecciosa, encontramos las miositis que se presentan en el curso de las enfermedades infecciosas, especialmente en la fiebre tifoidea, en la erisipela y en la blenorragia. Su evolución es por lo general insidiosa y lenta, pero no se acompañan de endurecimiento del tejido muscular, y además, van acompañadas de fiebre. Desaparecen ordinariamente con la causa que las origina.

Miositis agudas de causa aparentemente ignorada.

Comprende este grupo aquellas formas de inflamación muscular cuya etiología es difícil de precisar, por no observarse puerta de entrada para la invasión microbiana. Tales miositis se presentan en sujetos jóvenes, de preferencia en el sexo masculino, y en concepto de los tratadistas, obedecen a la influencia del frío, o bien al agobio y a los movimientos forzados. Según Scriba, se presentan consecutivamente a los panadizos y forúnculos, y se localizan en la pared abdominal anterior. Como las infecciosas, van acompañadas de dolor y ceden de ordinario bajo la influencia de la terapéutica específica. Se semejan a la forma en estudio en cuanto su evolución es apirética y no se resuelven por supuración. La anamnesis y la positividad de las reacciones serológicas contribuyen a aclarar el diagnóstico diferencial. Como se verá en el aparte correspondiente a los exámenes serológicos, el resultado obtenido en el presente caso favorece nuestra opinión.

Distrofias musculares progresivas. Entre éstas afecciones del sistema muscular ocupan lugar prominente las miopatías, las que obedecen a lesiones nerviosas de origen no espinal. Su grupo es tan amplio como el número de sus formas clínicas, según Grinker, y tienen los siguientes caracteres: se inician en edades tempranas y son de carácter hereditario o familiar. Afectan principalmente los músculos de la pelvis y los de la cintura escapular, y comienzan por las partes proximales de los miembros. Entre las formas comunes de éstas distrofias familiares, se encuentran la forma hipertrófica, la pseudohipertrófica y las formas atróficas comunes. Ya se trate de una u otra forma, se localizan de ordinario en la musculatura pelviana y del muslo, así como en los músculos trapecio, gran pectoral, gran dorsal, romboides, gemelos y delteoides. La hipertrofia es sólo aparente y en realidad se observa una atrofia de las fibras musculares con aumento del tejido grasoso, por degeneración grasa. Las localizaciones en los músculos del muslo, así como en los extensores dorsales, ocasionan posiciones viciosas y con más frecuencia lordosis, con propulsión del abdomen. En cuanto al músculo afectado puede estar normal, o hipertrofiado en su aspecto exterior. Con frecuencia, y después de un tiempo que oscila entre 30 y 40 años, se observan contracturas en algunos grupos musculares que fijan a los miembros en posición viciosa, debido a la ausencia de acción de los músculos antagonistas. Entre los diversos tipos consideraremos los siguientes: el tipo presenil, el pseudohipertrofico, el juvenil de Erb, el Landousi de Jerine y el tipo distal Tipo A., tipo presenil. Afecta la cintura escapular y el brazo, y se presenta en la edad madura. B- pseudohipertrofico. Afecta los múscu-

los de la cintura pelviana y del muslo con atrofia de la cintura escapular. C- Juvenil de Erb. Afecta los músculos de la cintura escapular, inicialmente, y posteriormente los de la cintura pelviana, con atrofia de los músculos profundos del dorso y los brazos. En los estados finales, las zonas hipertróficas son sustituidas por zonas de atrofia muscular. En cuanto a la cara, manos y piernas, permanecen normales, excepto en los períodos finales de la enfermedad. Tipo Landouzy de Jerine: afecta los músculos de la cara y cintura escapular sin presentar zonas de hipertrofia. En el período final de la enfermedad se encuentran zonas de atrofia en los músculos afectados. Esta afección respeta los músculos de los antebrazos, manos, piernas y músculos profundos del dorso.

Las lesiones anatomopatológicas de las miopatías se reducen a estado inflamatorio de las fibras musculares con desaparición de la estriación, y con aspecto homogéneo y vacuolar del sarcoplasma. Con el progreso de la enfermedad, las fibras musculares son sustituidas por zonas de grasa. Como lesión de importancia se ha comprobado la atrofia degenerativa de las neuronas del cuerno anterior de la medula, con adelgazamiento de los ases fibrosos. Ken Kuré consideran que las miopatías son debidas a lesiones parasimpáticas. De los tipos anteriores enumerados, se presta a confusión con nuestro caso el juvenil de Erb, pero difiere de éste en que hay zonas de atrofia coincidiendo con zonas de hipertrofia muscular en que presentan una menor consistencia las lesiones, debido a que se trata de una degeneración grasosa, y en que su evolución es en extremo lenta.

Lipomas musculares: Son tumores que se presentan en el espesor de los músculos y cuyos contornos se delimitan claramente del tejido muscular, pero no tienen como la miositis consistencia leñosa y no se acompañan de dolor.

Miomas: Son tumores formados a expensas del tejido muscular estriado, y su localización se hace en los órganos internos, como en los riñones y testículos. Se observan excepcionalmente en los miembros, y cuando se presentan suelen destacarse de los tejidos vecinos.

Lipomas y miomas, solamente ofrecen con la miositis una analogía de localización y de forma, pero su evolución es diferente.

Exámenes de Laboratorio.

Sometido el enfermo a la observación radiológica, se pudo comprobar la absoluta transparencia de los tejidos en las regiones invadidas por el proceso esclerosante, lo que revela la no participación del tejido óseo en la etiología de la afección en estudio y descarta además la posibilidad de un origen traumático de la afección.

Exámenes hematológicos.

Calcemia 8,16%.

Colesterinemia 1,26 por litro.

Fosforemia 0,005 miligramos 0,5%.

Azohemia 0,59 por litro.

Como se puede observar, la calcemia está ligeramente disminuida sobre la cifra normal que es de 9 a 11%, e igual cosa con la colesteroína cuya tasa normal es de 1,40 a 1,60 por litro. Hay pues una mala utilización de éstos productos por el organismo, y por consiguiente un trastorno metabólico. En cuanto a la azohemia, se encuentra ligeramente aumentada, dato que como los anteriores, acusa un trastorno del metabolismo general.

Examen serológico: Dió un resultado negativo para las reacciones de Wassermann y de Kahn.

Examen de orina: En exámenes efectuados en varias ocasiones, se comprueba que la eliminación es completamente normal, no encontrándose en ella productos anormales de eliminación.

Terapéutica por los yoduros. Basados en las indicaciones de Verneuil, quien habla del papel preponderante que ejercen los yoduros en la resolución de los elementos esclerosos y edematizados, y basados además en las propiedades benéficas que tienen los compuestos yodados en los procesos congestivos, le administramos al enfermo preparaciones yoduradas en forma de poción, con las cuales se ha venido notando una considerable disminución en la consistencia leñosa de las placas. Por el momento pensamos continuar con la terapéutica instituida, cuidando sí de no producir fenómenos de yodismo, puesto que no conocemos en la literatura médica tratamiento específico para éstos casos, sino tan sólo los sintomáticos indicados por el criterio clínico.

Conclusiones:

1^ª Teniendo en cuenta los caracteres de las placas, principalmente su localización en los músculos de los miembros superiores, y su consistencia leñosa, así como la forma lenta e insidiosa presentada en la evolución de las mismas, la ausencia de fiebre y la franca tendencia de la afección hacia la cronicidad, creemos que en el presente caso se está haciendo el proceso de una miositis esclerosante, puesto que es la entidad que coincide mejor con el cuadro clínico que hemos venido relatando.

2^ª Dada la coexistencia en el enfermo de signos mentales de carácter delirante, al lado de manifestaciones orgánicas esclerosas, cabe preguntar si existe una relación entre las alteraciones somáticas y la psicosis, hipótesis tanto más probable cuanto que los trastornos metabólicos originan con frecuencia perturbaciones en las diferentes esferas de la personalidad.