

MIELITIS TRANSVERSA AGUDA, ¿POR COMPRESIÓN ANEURISMAL?

La clínica expresa con frecuencia anormalidades sintomáticas que dan expresión de bizarría a cuadros al reparo de los cuales por lógica y criterio, el práctico se niega a suponer alteraciones somáticas, inexpresibles, dentro de lo que los signos y síntomas creados por la patología y orientadores de esas alteraciones, deben traducirlas.

Y no vayamos a creer que ellos son tan pequeños para que su latencia pueda disculparse: no. Estas alteraciones pueden adquirir tales proporciones, que la sorpresa necrópsica origine un movimiento de admiración, de cómo es posible que ellos hayan permanecido silenciosos.

No son raros estos casos —mas la práctica enseña— mas el apartamiento al libro instructor, en sus modalidades de enseñanza. La difusión de estas anormalidades clínicas debe llenar uno de los capítulos interesantes, por ser interesante de por sí.

Carlos E., francés, de 47 años de edad. Soltero y de profesión cochero, ingresa a la Sala VII del Hospital Nacional de Clínicas, el 4 de octubre del corriente año.

Antecedentes personales y hereditarios: El padre murió de un ataque de angor pectoris y la madre de un cáncer a la vejiga.

El primero, a los 50 años y la segunda a los 63. Ha tenido

cinco hermanos, de los cuales cuatro han muerto en la niñez, al parecer de difteria.

Nacido en Europa (Francia), es traído a nuestro país de 3 años, radicándose en Rosario hasta los 27 años y ulteriormente se traslada a esta ciudad, dedicándose durante toda su vida al oficio de cochero. Bebedor consuetudinario, pero en discretas cantidades, sin caer en la embriaguez y prefiriendo el vino de habitual, y con excepciones ginebra, bitter, rhom, etc.

De su infancia tan sólo menciona un sarampión y a los 27 años una pneumonía, que cursa su período normal sin novedad.

De vida genital ordenada y como episodio de la misma una blenorragia que se complica. Nada de antecedentes *específicos*, pero, sin embargo, narra entre los 27 y 28 cefaleas nocturnas intensas. Por lo demás y dentro de lo relativo, moderado en su género de vida.

Enfermedad actual: En junio del corriente año ingresa a la Sala IX, afectado de un dolor intenso, “una puntada” en el mamelón izquierdo, sin tos, fiebre ni expectoración. Se le aplican algunas ventosas y todo pasa. Salido del hospital y hallándose en su domicilio, refiere que a mediados de septiembre empiezan vagas molestias a llamarle la atención. Observa que su funcionamiento intestinal se hace perezoso y que de golpe pasa diez días sin ir al retrete. La función urinaria se cumplía debidamente. Resuelve medicarse, toma un purgante y el mismo día, al hacer un esfuerzo, pierde el equilibrio, cae al suelo, conservando, sin embargo, el conocimiento, y al ser socorrido de este estado observa que sus piernas se hallan completamente paralizadas y anestesiadas. Ningún trastorno doloroso le ha llamado la atención (paresias, dolores irradiados, etc.).

En tal estado ingresa a nuestro servicio.

Estado actual: Persona de mediana estatura, regular constitución, buenas masas musculares, tejido adiposo y esqueleto, bien. Adopta obligadamente el decúbito horizontal, cuya posición



ha traído la formación de placas violáceas en las regiones glúteas sacra y tarsianas, especialmente en las primeras. Sin estigmas de *especificidad*. Psiquismo perfecto y completa lucidez de ideación; buenas reacciones pupilares. Corazón, pulmón y órganos abdominales, bien. Hay retención urinaria y diariamente se le sonda. Paresia intestinal tan marcada, que obliga al uso de purgantes y enemas.

En la “planta” de los pies, una formación ampollosa simétrica, con contenido purulento.

Miembros completamente paralizados y anestesiados hasta el nivel de los arcos costales. Abolición de reflejos y esbozo de Babinsky.

En los miembros superiores, la taxia, praxia, fuerza, trofismo y estereosmosía, bien.

La punción lumbar dió líquido, un poco sanguinolento, con tensión y cuya citología, examen químico, etc., por dos veces repetido, fué imposible descifrar.

La orina, en su análisis, también por dos veces, tan sólo expresaba *vestigios de albúmina*.

La temperatura durante los ocho días de estadía en el servicio, fué remitente a tipo supurativo y llegando con cortas variaciones a 38°, 39°, etc.

Tal es, sucintamente narrada, la historia clínica de nuestro enfermo y en la cual hemos procurado incluir los datos estrictamente necesarios.

El diagnóstico de “mielitis aguda transversa” se imponía sin vacilaciones. La etiopatogenia del proceso se escapaba. La falta de un antecedente infeccioso orientador volvía en este orden más difícil el cuadro en su razón etiológica. Un día — ocho después de su ingreso — un síncope pone en forma brusca fin a la existencia del paciente.

Acudimos con solicitud a la autopsia — no fué en vano nues-



tro deseo, como se observará en la fotografía adjunta (1): — la aorta descendente demostraba la presencia de dos grandes aneu-

(1) Debida a la gentileza del Pte. Sr. Tey.

rismas del tamaño de una naranja. El uno, colocado a la altura de la quinta costilla, y el otro, más abajo, a la altura de la séptima y octava. El primero nada afectaba el tejido óseo vertebral y lleno por completo de coágulos, pasaba posiblemente a su nivel la sangre, casi sin detenerse.

El segundo había gastado la séptima y octava costilla, hasta fracturarlas, reduciendo al estado laminoideo los músculos intercostales.

Las vértebras correspondientes profundamente destruídas, pero sin penetrar la bolsa aneurismal en el conducto vertebral, cuyas cubiertas raquidianas, al igual que el eje espinal, se presentaban “de visu” *perfectamente normales*.

Este último “descubrimiento” vino a destruirnos el prejuicio que a raíz de la autopsia nos habíamos formado: el que la mielitis transversa fuera por compresión aneurismal.

No era posible, la perfecta conservación de las cubiertas y eje espinal hablaban en contra. Por otra parte, la histología medular no fué posible efectuarla; quizás ella con seguridad nos da el diagnóstico.

En mi sentir y dentro de la lógica nacida por convicción anatómica, es más justo formar dos procesos independientes: el uno medular y el otro aneurismal. El primero ha seguido su curso y el segundo ha permanecido silencioso, sin molestar “mayormente” y la necropsia lo ha puesto al descubierto.

La falta de lesiones visibles medulares no hablaría en contra de “mielitis”, ya que sabemos que estas lesiones pueden escapar al examen “de visu” y reflejarse tan solo al microscopio.

Dicho esto, pasemos una vista de conjunto a los aneurismas, que llenan un capítulo interesante de la patología.

Las ectasias de la aorta descendente, en su etiología y patogenia, siguen la ley común que rige a las mismas en el resto del árbol vascular. Son siempre los factores de ateroma que debilitan primero y destruyen después el tejido elástico de tonicidad vascular, a los cuales en primer término debe atribuírseles la ra-

zón de ser de su formación. Los procesos infectivos, en su rol ateromático, sean agudos, subagudos o crónicos, traen esta debilitación arterial, y entre ellos la sífilis ocupa el primer lugar.

En nuestro caso, cuya breve estadía nos impidió conseguir la reacción de Wasserman, podríamos, en lógica, pensarla por las cefaleas nocturnas que el enfermo presentó en su juventud, por más que otros estigmas de la misma no existieran. A falta de ello, el alcoholismo, al cual ha rendido culto, tendría su importancia, ya que sabemos que igualmente degenera la pared arterial y en último término la edad (47 años), por aquello del “herrumbre de la vida”, que cual limo se deposita, irrita y destruye las túnicas arteriales.

Los aneurismas de la aorta descendente pueden quedar desconocidos en su presencia; a ello se presta su desarrollo en el mediastino posterior con tendencia a crecer hacia la columna vertebral, sin comprimir los gruesos conductos y troncos vasculares ubicados por delante. (Souques: *Soc. Med. des hospit. París*, oct., 1899).

No son por otra parte muy frecuentes. Liberty, en una estadística de 87 casos de aneurisma de la aorta, encuentra que 27 corresponden al cayado, 24 a la porción ascendente, 7 a la descendente y 7 a la abdominal.

El traumatismo, los esfuerzos, etc., presidirían su formación — alterada la pared — y efectuada ésta, tiende siempre insidiosamente a crecer al impulso del choque continuo sanguíneo, adquiriendo grandes dimensiones, a espensa de la cual explican por variadas sintomatologías su existencia.

Es innegable que el máximum de las formaciones aneurismales se reailzan entre 35 y 45 años, pero no son extraños los casos en la infancia y vejez, en especial cuando en la primera interviene la heredo-sífilis. Su forma es sacciforme, fusiforme, capuliforme o disecante, citándose por O. Muller un caso de esta última forma en que el aneurisma se extendía por toda la porción torácico-abdominal de la aorta.

Constituído el saco, en sus paredes se encuentran coágulos activos extratificados y coágulos pasivos de sangre circulante; estos coágulos pueden llenar completamente la bolsa y pasar a su nivel la sangre casi sin detenerse, no dando lugar, por esta causa, a signos de su presencia “como retardo en los pulsos pedios” y siendo por otra parte un proceso de relativa curación.

Como decíamos, el aneurisma descendente torácico puede quedar latente, pero por su constante desarrollo llega un momento en que deja sentir su acción.

Sabemos que la proximidad de la extasia origina en los huesos y conductos una “inflamación continual”, un proceso destructivo que los lleva a abrirse en los mismos y originar hemoptisis fulminantes si lo hacen la tráquea o bronquios — que corroe los huesos y vértebras, — pudiendo de una parte hacer aparición exterior en la pared torácica y abrirse en el conducto vertebral, originando paraplejias súbitas por comprensión (Audral, 1854).

Los síndromes de *disfagia*, cornaje traqueal, etc., deben poner sobre aviso de su presencia y pensar siempre en ellos; igualmente toda vez que se presenten neuralgias intercostales y cérvico-braquiales que resisten a toda medicación.

En nuestro enfermo, bien pudiera ser que la “puntada” que por vez primera le obligó a buscar asilo hospitalario — sin tos, sin fiebre, sin expectoración — no haya sido sino la llamada de alarma de los aneurismas torácicos que la autopsia nos demostrara.

JOSE J. MOYANO.

BIBLIOGRAFIA

- Colección Bronoxdel — Enfermedades de las arterias.
 - Pinard, Brisaud y Reclús — Enciclopedia médica.
 - E. Barié — Maladies du cœur et l'aorte.
 - Ortner y Bruns — Enfermedades del aparato circulatorio.
-