

Patologías insólitas

Guillermo Colmenares Arreza

RESUMEN

En el presente trabajo, se hace una breve revisión clínica y fotográfica de 10 casos de patología insólita, los cuales han sido recopilados a lo largo de 20 años, y cuya información ha sido tomada de los Departamentos de Archivos de Historias Médicas de los Hospitales Universitario y Dr. Francisco A. Rísquez, de Caracas, algunos de ellos de experiencia personal y otros de casos ya publicados, en revistas nacionales como caso único y que gentilmente los autores lo han cedido.

Lo insólito de estos casos es variable, debido a que unos han sido por descuido personal, otros por lo raro de las entidades clínicas, o por el miedo que aún existe en el ser humano ante la atención médica oportuna, y algunos que nos revelan nuestra ignorancia ante fenómenos congénitos.

Palabras claves: *Patologías raras.*

SUMMARY

A clinical and photographic revision of 10 cases of unusual pathology is presented; these had been compiled since these cases has been accumulated for twenty years and that information has been taking from archives of Medical Records from University Hospital of Caracas and Dr. Francisco A. Rísquez of Caracas, some of them are personal experience and other are cases published in national journals and authors kindly authorized reproduction.

The unusual of this cases are variable; one of them has been by personal careless other by the rare of them, other because cause important reaction in the general and medical community, other can show our ignorance of congenital cases.

Key words: *Unusual pathologies.*

Leído en la Academia Nacional de Medicina el 2 de julio de 1992.

INTRODUCCION

La existencia de enfermedades, aflicciones, “sufrimientos corporales”, infligidos por causa natural o del medio ambiente, han rodeado al hombre desde su creación.

Muchas de las enfermedades que tal vez desde Hipócrates a la época de Galeno se atribuían a “cuerpos posesos”, y hoy en día en pleno siglo XX las más nuevas o más viejas dolencias, están presentes en nuestro ejercicio diario y aún nos siguen llenando de asombro.

Lo insólito de estos casos es variable: por su etiología, unos por descuido personal, otros por lo raro de las entidades clínicas, otros por la reacción que aún existe en el ser humano ante la atención médica oportuna, y algunos que nos revelan nuestra ignorancia ante los fenómenos congénitos.

Insólito es algo no común, ni ordinario, raro, desacostumbrado, inusitado (1).

MATERIAL Y METODO

Nuestro material consta de una revisión breve y fotográfica de 10 casos de patología insólita, que se han ido acumulando a lo largo de 20 años y cuya información ha sido obtenida de los archivos de Historias Médicas del Hospital Universitario de Caracas (HUC), algunos de ellos ya publicados en revistas nacionales como casos únicos, y que gentilmente los autores los han cedido, reafirmando de esta manera aún más nuestros vínculos profesionales.

Caso N° 1

Se trata de paciente femenina de 57 años de edad, quien consulta por presentar aumento de volumen abdominal progresivo de aproximadamente un año de evolución y disnea a pequeños esfuerzos.

Posterior a una serie de estudios clínicos y

paraclínicos se decidió practicar la laparotomía exploradora, encontrándose dos grandes tumoraciones que correspondían a ambos ovarios y cuyas dimensiones fueron las siguientes: ovario izquierdo de 33 cm de diámetro y con un peso de 11,200 kg y el ovario derecho de 23 cm de diámetro y con un peso de 5,300 kg, dando un peso total de ambas tumoraciones de 16,500 kg, correspondiendo al 30% de su peso corporal (2)(Figura 1).



Figura 1. Ovarios quísticos gigantes: 16,500 kg.

El diagnóstico anatomopatológico fue cisto-adenoma mucinoso, el cual representa el 21% de todos los tumores de ovario y que generalmente son unilaterales.

En Venezuela encontramos publicado un caso de un cistoadenoma papilar seroso de 14,5 kg, cursando con un embarazo de 32 semanas (3).

En la literatura internacional encontramos que Fergusson y col. (4) escriben: "En 1846 fue extirpado el más grande quiste de ovario en Inglaterra. Pesó 298 libras (135 kg) y fue reportado por Barlow, la paciente murió después de la paracentesis". Estos autores citan a Saymonds R, Spraitz A, Koelsche G (5), quienes comunicaron un caso que pesó 80 kg y describen 11 publicaciones con quistes de ovario que pesaron entre 198 y 328 libras.

Caso N° 2

Paciente femenina de 28 años de edad, quien consultó por presentar exulceración anal, cuya biopsia reveló el diagnóstico de carcinoma epidermoide anal.

Se le ofreció resección abdominoperineal, no la

aceptó y egresó contra opinión médica. La paciente regresó 9 meses después con invasión de vulva, glúteos y perineo, asociado con miasis extensa, y haciendo intratable la patología (Figura 2).



Figura 2. Carcinoma epidermoide ano-rectal.

El carcinoma ano-rectal junto con el de colon, ocupa el 15% (segundo lugar) y el 14% (tercer lugar) de todos los carcinomas en mujeres y hombres respectivamente (6).

Se presenta después de los 50 años y el 95% es epidermoide, guardando relación con la poliposis familiar, adenoma vellosos y pólipo adenomatoso.

La radiosensibilidad, es moderada, y la quimioterapia paliativa es favorable en un 20-40%, la curabilidad varía según el estadio (0-25%) y la sobrevida en 5 años es de 0-27% (6).

Caso N° 3

Paciente masculino de 28 años de edad, a quien en 1979 se le diagnosticó carcinoma adenoquístico del maxilar superior derecho, por lo que se le practicó maxilectomía superior derecha con enucleación del ojo derecho por invasión del piso de la órbita.

Cuatro años después presentó recidiva con invasión del lóbulo frontal derecho que sobrepasó la línea media alcanzando por detrás hasta el polígono de Willys.

En 1985 se le practicó infusión intraarterial (carótida interna y externa), de cis-platino y ligadura de la carótida externa, no hubo mejoría, fue dado de alta y regresó en el mes de Octubre (1986), con hemorragia y necrosis de la masa tumoral. Falleció en 1986 (Figura 3).



Figura 3. Carcinoma adenoquístico de maxilar superior derecho.

Caso N° 4

Paciente masculino de 55 años de edad, con antecedentes de tiroidectomía sub-total del lóbulo izquierdo 17 años antes y el cual consulta por presentar desde hace varios años, tumoración que aumenta de volumen en la región cervical anterior, de crecimiento lento y progresivo hasta alcanzar estas dimensiones (17 cm) ocupando la región antero-cervical y preesternal (Figura 4). Consulta al HUC donde posterior a su estudio, se realiza la resección tumoral, resultando un adenocarcinoma papilar del tiroides con degeneración quística.

Lo insólito de este caso es el tamaño alcanzado por la tumoración de 17 cm y 17 años esperó para operarse.

Caso N° 5

Paciente masculino de 16 años de edad quien, al momento de su nacimiento, fue tratado quirúrgicamente por presentar ano imperforado.

Consulta al Servicio de Urología del HUC por "orinarse los pantalones", al momento de la micción.

Fue estudiado y se demostró que presentaba vejiga urinaria única, tres uretras bien desarrolladas, doble pene, bien desarrollados ambos, dos testículos normales, con próstata, vesículas seminales y resto del aparato urinario normal (Figura 5).

Ambos penes mostraban erección normal con eyaculación completa, y espermatozoides normales, dos uretras penianas normales y una tercera perineal también normal, con sus respectivos aparatos esfinterianos.

Cromosómicamente correspondía a 46 XY, y en



Figura 4. Adenocarcinoma papilar de tiroides con degeneración quística.

vista de presentar bajo coeficiente intelectual y rasgos de retraso mental, se procedió a practicar la falectomía derecha con resección de la tercera uretra perineal.

La frecuencia de estos casos es de 1,5 x 1 000 000 de nacimientos vivos.

En la bibliografía se encontraron reportados 96 casos, sin embargo, esto es un caso único por presentar tres uretras. Cada dos años nace un niño con difalia (7).



Figura 5. Difalia.

Caso N° 6

Paciente femenina de 42 años de edad, hipertiroidea, tratada médicamente y luego quirúrgicamente, cuando se le practicó tiroidectomía subtotal bilateral. Luego presenta proptosis marcada en ojo derecho, por lo que fue ingresada al Servicio de Oftalmología del Hospital Rísquez, donde se procedió a realizar la cirugía descompresiva orbitaria del ojo derecho (Figura 6). Post-operatorio satisfactorio con recuperación de la agudeza visual.

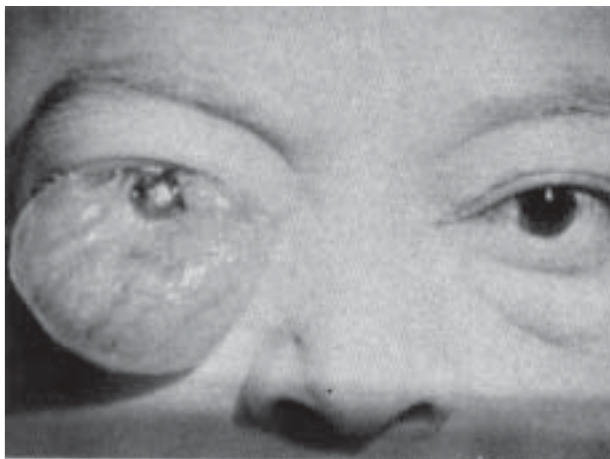


Figura 6. Exoftalmo maligno unilateral.

Caso N° 7

Paciente femenina de 56 años de edad, quien consulta por presentar gran tumoración vegetante de la mama izquierda que ocupaba todo el espacio intermamario, de aproximadamente un año y medio de evolución. Al momento del estudio presentaba metástasis pulmonares y en la columna lumbar.

Se le ofreció tratamiento triple: quimio-cirugía y radiaciones y la paciente se negó, falleciendo a los tres meses después de tomada la foto (Figura 7).



Figura 7. Carcinoma de mama izquierda avanzado.

Caso N° 8

Los tumores del tracto gastrointestinal son altamente agresivos en relación a su tamaño, y al momento de diagnosticarlos por lo general están en fase avanzada. En nuestro medio, existen otros que hacen contrapartida a este enunciado. Este caso se trata de una paciente de 16 años a quien se le diagnosticó un “enorme” tumor gástrico que lo ocupaba en su totalidad. Se le realizó endoscopia superior y radiografías por contraste baritado. Al realizar la laparotomía y gastrotomía, se extrajo un gran tricobezoar (Figura 8), con lo cual se constató el diagnóstico y se realizó tratamiento definitivo. En la literatura nacional encontramos 3 publicaciones similares a nuestros casos (8-10).

Esta entidad, relativamente poco frecuente, se presenta por lo general en pacientes con trastornos de conducta, que practican la tricotilomanía.

Existen tres tipos de bezoares: vegetales (fito-), cabellos (trico-) y plásticos y materiales diversos (pseudo-). El término “bezoar” proviene del nombre que se le da a las cabras del Oriente Medio, que al lamerse ingieren los pelos produciendo evacuaciones pilosas que en la antigüedad se consideraban medicamentosas (1).

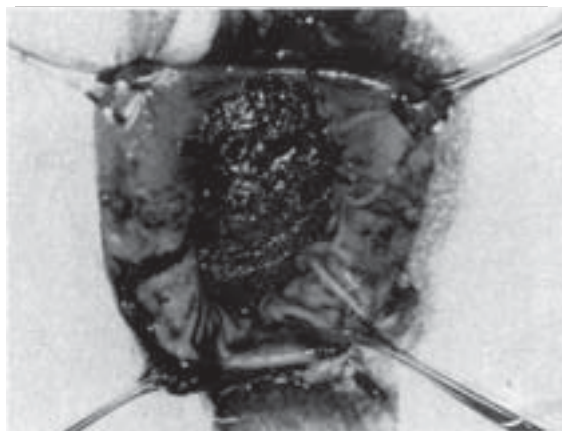


Figura 8. Tricobezoar.

Caso N° 9

La fotografía muestra el caso de una paciente de 35 años, portadora de una “masa” peniforme interglútea durante 30 años aproximadamente (Figura 9). Acudió a consulta por “tumor” glúteo diagnosticándosele como “lipoma interglúteo”.

Lo que llama la atención de este caso es su largo tiempo como portadora, el lugar poco frecuente y su peculiar forma. Se extirpó por excisión. La biopsia definitiva fue informada como “quiste de inclusión”.



Figura 9. Quiste de inclusión interglúteo.

Caso N° 10

Paciente masculino de 26 años de edad quien, en una riña, fue víctima de una herida punzopenetrante cráneo-facial (con un cuchillo de mesa) entrando éste por la región fronto parietal izquierda alcanzando hasta el maxilar superior contralateral (Figura 10).

Lo insólito de este caso y la buena suerte fue que hubo restitución total, por no haber sido lesionado en el trayecto órgano sensorial o motor alguno.



Figura 10. Herida punzopenetrante cráneo-facial.

REFERENCIAS

1. Sopena R. Nuevo Diccionario Ilustrado de la Lengua Española. 6a. Ed. Barcelona Edit Ramón Sopena S.A. 1935;1532 y 369.
2. Colmenares Arreaza G, Romero Morillo A, Calderaro Di Ruggero F, Lanza G. Ovarios quísticos gigantes (16,500 kg) Trib Med 1988;824:33-34.
3. Gómez J. Tumor gigante de ovario y embarazo. Rev Obstet Ginecol Venez 1985;45:224-225.
4. Fergusson I, Taylor R, Watson J. Records and curiosities in Obstetrics and Gynecology. Londres. Balliere Tindall 1982:82.
5. Symmonds R, Spraitz A, Koelsche G. Large ovarian tumor. Obstet Gynecol 1963;22:473-477.
6. Kligerman MM. Preoperative radiation therapy in rectal cancer. Cancer 1975;36:691-695.
7. Dávila H, Guía R, Delima J, Kaufman E. Difalia verdadera completa con tercera uretra. Revista Fac Méd Caracas 1985;8:106-113.
8. Romero FI. Gastrotomía por tricobezoar gigante que llenaba todo el estómago y el bulbo pilórico. Revista Policlin Valencia 1946;5:11-16.
9. Durán A. Un caso de tricobezoar. Med Rural 1959;2:23-28.
10. Díaz Bolaños J, Manrique Lander P, Vallenilla E, Torres P. Tricobezoar. Reporte de un caso. Gac Méd Caracas 1981;89:167-178.

Agradecimiento

Queremos expresar nuestra gratitud a los colegas quienes gentilmente ofrecieron su material fotográfico para la realización de este trabajo.

Agradecemos a:

- Dr. Hugo Dávila, Depto. de Urología del HUC.
 Dr. Wilson Vinuesa, del Depto. de Cirugía del HUC.
 Dr. Eduardo Souchón y Dr. Rafael Cifre del Depto. de Cirugía III del HUC.
 Dr. S. Aronowicz del Servicio de Oftalmología del Hospital Francisco A. Rísquez de Caracas.
 Dr. Alfredo Benarroch, Hospital "Domingo Guzmán Lander" Estado Anzoátegui.