

Sección de casos clínicos

Caso clínico No. 47

B. F. R.—Paciente femenino de 44 años de edad, fue admitida al Hospital de Oncología el 12 de enero de 1968, por presentar leucorrea abundante y progresiva y desde hace 3 meses sangrado vaginal postcoito.

Entre sus antecedentes importantes relató sangrado rectal por Amibiasis intestinal y hemorroides, cuatro legrados por abortos sin complicaciones postanestésicas. Antecedentes alérgicos negativos.

A la exploración física fue normal, excepto por el hallazgo de un tumor exofítico en cérvix diagnosticado como Carcinoma cervicouterino Etapa IB, presión arterial 100/60, pulso 88 X'. Los exámenes de laboratorio resultaron normales excepto por Hemoglobina de 8.6 g., por lo que se solicitó interconsulta con el Departamento de Medicina Interna quien después de revisar el caso opinó que la anemia se debía probablemente al sangrado rectal y vaginal crónicos, por lo que debería instituirse tratamiento a base de hierro.

La paciente recibió tratamiento radioterápico inicial con Cobalto 60, después del cual siguiendo las normas habituales, se programó para aplicación intrauterina e intravaginal de Radium sin anestesia, dado lo breve y fácil del procedimiento. La valoración preanestésica fue satisfactoria.

La paciente fue medicada con 50 mg. de Prometazina y enviada a la sala de operaciones, en donde se le instaló una venoclisis

y se registró presión arterial de 140/100, pulso de 100. Al iniciarse el procedimiento la paciente se mostró inquieta y se quejó de dolor, por lo cual se decidió administrar 500 mg. de Epontol intravenoso, después de lo cual se observó vasodilatación generalizada seguida de vasoconstricción, con piloerección, piel fría y sudorosa, no palpándose presión arterial ni pulso radial; la paciente, sin embargo; estaba consciente. De inmediato se administró oxígeno con cascarilla, se aplicaron 300 mg. de Solucortef intravenoso y se aumentó la velocidad del goteo de la venoclisis; después de varios minutos sin respuesta satisfactoria, se inyectaron 10 mg. de Wyamine I.V. y 6 gr. de bicarbonato de sodio I.V. habiéndose pasado hasta este momento 750 ml. de suero Hartmann, después de lo cual pudo registrarse presión arterial sistólica de 95 y pulso de 104/minuto. Se instaló un suero glucosado de 100 ml. con 100 mg. de Solucortef a goteo lento, con el cual la paciente fue trasladada a la sala de recuperación en donde su presión arterial fue de 90/60, mmHg pulso de 100/minuto y con estado de la conciencia aparentemente normal.

Durante el postoperatorio no se administraron esteroides y la enferma no presentó complicación alguna, siendo dada de alta al sexto día postoperatorio.

Dr. J. G. D.
México, D. F.

Caso clínico No. 48

Paciente del sexo femenino y 83 años de edad, fue admitida al Hospital de Oncología del Centro Médico Nacional en Julio de 1967 por un padecimiento de 30 años de evolución, caracterizado por pérdida de substancia en región glútea izquierda, la cual nunca había cicatrizado y sangraba en ocasiones. El diagnóstico hospitalario fue de un Carcinoma epidermoide de piel, mismo que fue operado en tres ocasiones por recurrencia.

La paciente tenía antecedentes de alcoholismo crónico, habiendo presentado en 1964 un accidente vascular con hemiplejía derecha sin secuelas y con recuperación completa. No había antecedentes traumáticos.

A la exploración física era notoria la senilidad. Las mucosas orales estaban pálidas, existiendo ausencia parcial de piezas dentarias. Tórax en tonel con movimientos respiratorios disminuidos en amplitud y ruidos respiratorios disminuidos también en ambos hemitórax. El resto de la exploración fue negativa, excepto por una cicatriz retractil y pérdida de substancia en la región glútea izquierda, encontrándose además en ambas regiones inguinales conglomerados ganglionares duros, fijos a planos adyacentes y no dolorosos. Los exámenes del laboratorio fueron normales, excepto por una radiografía del tórax con cambios seniles acentuados y un V.D.R.L. Positivo.

La paciente se programó para extirpación quirúrgica de la lesión habiéndose registrado a su ingreso al quirófano una pre-

sión arterial de 160/90 y pulso de 92/minuto. La anestesia se inició con una dosis intravenosa de Pentothal continuándose con una mezcla de Fluothane, óxido nitroso y oxígeno en circuito semicerrado bajo mascarilla y cánula faríngea, ayudando a las respiraciones constantemente. No se presentaron accidentes transoperatorios y la paciente dejó la sala de operaciones semi-consciente, con presión arterial de 155/80 y pulso de 88/minuto. Al llegar a la sala de recuperación, era de notarse edema importante del ojo izquierdo, el cual crepitaba a la palpación, con el cual se hizo el diag-



nóstico de Enfisema palpebral. Se solicitó consulta al Departamento de Oftalmología habiendo encontrado como explicación plausible para el Enfisema, la posibilidad de una Fisura entre los senos paranasales y la cavidad orbitaria, a través de la cual el gas

pudo introducirse ya que estaba siendo administrado con mascarilla y bajo presión, quedando inexplicable el hecho de que se hubiera presentado en el Postoperatorio.

Dr. J. G. D.
México, D. F.

COMENTARIO AL CASO CLINICO No. 47

El presente caso, se trata de una paciente con anemia (hemoglobina de 8.6 g.), medicada con 50 mgs. de prometazina, a quien se ministraron 500 mgs. de Epontol®.

Primero, no estoy de acuerdo en una valoración preanestésica calificada como satisfactoria, con esos valores de hemoglobina.

Probablemente el cuadro que presentó la enferma, no se deba al Epontol en sí, debido a una acción inespecífica o de intolerancia; sino al efecto vasodilatador de esta

droga, sumado al de la prometazina y además, potencializado por ésta, en una paciente anémica. Esto explica la hipotensión.

En el manejo de este cuadro, estoy de acuerdo en la administración de oxígeno; creo que la reposición de líquidos fue insuficiente, no creo que el Wyamine estuvo indicado ni en el uso del bicarbonato de sodio, cuando no se tienen los datos de laboratorio que justifiquen esta conducta.

E. C. O.
México, D. F.

COMENTARIO AL CASO CLINICO No. 48

En la presentación de este caso no se indica la posición en que se encontraba la paciente para cirugía, y por lo tanto; no sabemos que tan justificado fue el uso de la mascarilla facial. Es probable que la mascarilla, un poco fuera de lugar, sea capaz de producir edema palpebral como en este caso y que el enfisema fuese ocasionado por la presión positiva aplicada a través de la mascarilla, directamente sobre los

párpados y a través del conducto lagrimal, en un mecanismo similar al enfisema palpebral de los boxeadores cuando se limpian la nariz de una manera inadecuada. Creo que lo anterior es más factible, que una fisura en el piso de la órbita que se comunique con el seno maxilar.

E. C. O.
México, D. F.