

A propósito de un caso de enfermedad de Pellegrini-Stieda

por el doctor MANUEL ALBO

M. F., uruguayo, 14 años, soltero.

Padres sanos.

Antecedentes patológicos no mayormente importantes. Sarampión en la infancia, no se está seguro si tuvo o no escarlatina.

Desarrollo normal, talla alta, músculos perfectamente desarrollados, no hay obesidad, hace remo, tennis, equitación, baile, etc., realiza la vida de estudiante y joven deportista.

Historia actual.—El 30 de Octubre de 1931 hace una caída de caballo, del que se tira hacia atrás en el momento en que se paraba de manos. Cae al suelo apoyando en el pie y pierna izquierdas. Sintiendo en ese momento a la altura del muslo y rodilla derecha un dolor intenso que atribuye a un cañambre. No recuerda si en el momento de desprenderse de la montura hubiera rozado la rodilla y asevera que su dolor intenso fué anterior al apoyo de la pierna derecha en el suelo. Le tiran de la pierna, haciendo al propio tiempo un poco de masaje en la rodilla (que ya nota hinchada), consigue así ponerse de pie y caminar, aunque claudicando. Llegado a la casa se vendó y luego volvió a caminar durante la noche. Al otro día hizo cama, siendo visto por médico, quien constató un derrame articular, ordenando reposo durante una semana y empezar luego masajes. Antes de transcurrir este plazo nota una equimosis en la parte interna del muslo por encima de la rodilla, a la altura del vasto interno. Con la terapia indicada desaparece el derrame, levantándose a los trece días, camina con bastón. Dos días después la rodilla se aumenta de volumen, vuelve el médico a constatar líquido y ordena, puntas de fuego y reposo en cama durante otra semana, nueva marcha y nuevo episodio articular. Se ordena puntas de fuego y masajes.

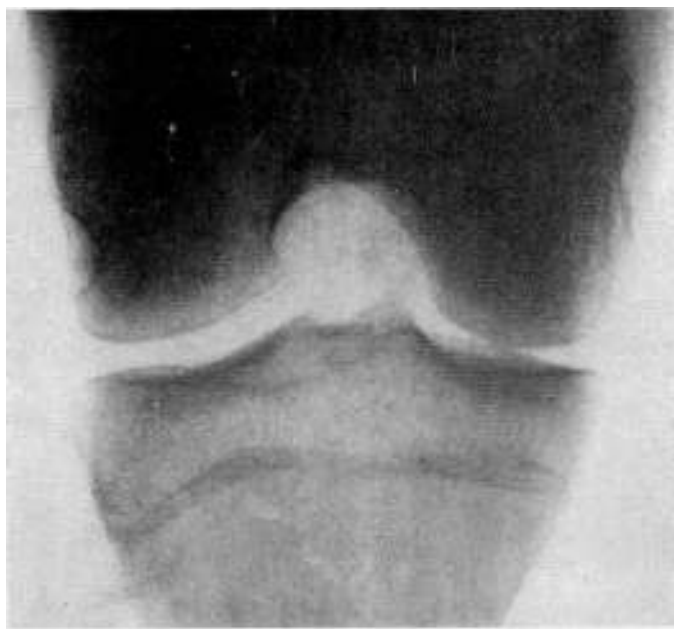
Con esta terapéutica la rodilla recobra su volumen normal, pero como siente dolores a la flexión se le hace la primera radiografía (Diciembre 1931), sospechando lesión meniscal, apareciendo entonces en la placa una sombra que se atribuye a calcificación del ligamento lateral interno. Inmovilización de la rodilla durante un mes (con tablillas de madera), al cabo de ese tiempo se repite la radio, sin constatar variantes.

Veo ese enfermo el 22 o 23 de Enero en consulta ordenando: masaje muscular, movilización articular y rayos infra-rojos. Marcha limitada. Al cabo de un mes y medio y luego de algunos pequeños empujes de hidrartrosis la rodilla se seca, recupera totalmente su funcionalidad y se hace indolora.

El examen de ayer, deja sentir una pequeña crepitación nevosa muy pequeña atrofia del muslo, movimientos normales, no hay signo

del tiroir ni desplazamiento lateral en tensión. Se aprecia al nivel del lig. lateral interno, parte superior, un nódulo duro del tamaño de la pulpa del meñique, algo móvil, lateralmente. Hace remo sin fatiga.

El problema de las osificaciones periarticulares metatraumáticas queda dentro de la patogenia bastante a oscuras. Fuera de la diatesis osificante que Virchow y Bouchard enunciaron en su tiempo, que Hoving en Alemania también aceptaba y de la que han participado en Francia en forma más o menos completa Mouchet y Quenu, la parte del traumatismo parece innegable en muchos casos, ¿es el arrancamiento osteoperiostico capaz de generar hueso en condiciones sanguíneas o de medio apropiadas como en la experiencia clásica de Ollier? ¿Es el simpático periostearticular, como quiere Leriche, el que tra-



yendo mutaciones cálcicas en los huesos y en el tejido conjuntivo hasta llevar los primeros a grados avanzados de osteolisis y al segundo al estado embrionario capaz de generar hueso por fijación cálcica local quienes podrían explicar estos fenómenos?

Confesamos que aunque seductoras las teorías nos interesa el lado práctico de la cuestión. De es'a parte puede afirmarse que:

- 1.º El papel de los ligamentos periarticulares y su inervación son entorses, que se hace preciso disminuir o anular el dolor, la vaso-fund mentales en los traumatismos articulares acompañados de

dilatación y la acción refleja, que el hielo, la inmovilización, la compresión (punción de los derrames) y aún las anestésicas locales tienen buen efecto para prevenir accidentes.

- 2.º Que el masaje articular debe ser proscrito en absoluto (caso de Petrignani citado por Mauclair del masajista profesional).
- 3.º Que el masaje muscular puede tener efectos reflejos, etc.
- 4.º Que la movilización debe ser prudencial y no violenta.
- 5.º Que la repercusión funcional está en relación con la clase de enfermo que se tiene entre manos.

En 1921, Mauclair dice "haber observado osificaciones en el lig. lat. int. de la rodilla en su inserción superior". Más tarde ha hablado d'oseifications metatraumatiques des liq. lateraux du genou", y presenta



dos casos consecutivos a entorse de la rodilla, uno presentaba dos exostosis, una de ellas al nivel de la inserción superior del lig. lateral int. y la segunda a la suite de un entorse una ossification de la grosseur d'un grain d'orge la parte superieure du lig. lat. int., afirmando que se trataba de lo que en el extranjero se llama la enfermedad de Stieda.

Stieda 7 observaciones. Vogel 13. Preiser 10. Ewald 25. Sena 9. Pellegrini 8. Schuller y Weil una docena en un año.

Revelación radiográfica. — Tres aspectos característicos mancha yuxtapuesta a la cara lateral del cóndilo interno entre el tub. de III

adductor y el epicóndilo, pudiendo sobrepasar arriba y abajo estos dos límites, forma de creciente a concavidad dirigida hacia el cóndilo a punta, en general adelgazadas y a menudo afiladas, separada de la sombra condiliana por un espacio claro. Cóndilo subyacente silueta normal sin deformación o depresión que puedan hacer suponer un arrancamiento óseo (faz inicial en muchos casos no sobrepasada), señalada por Köhler en 1905 como osteoma.

II. Forma señalada por Pellegrini en 1905. Masa más o menos alargada adhiriendo al fémur por una de sus extremidades, habitualmente la superior. La mancha observada por Pellegrini doblada, por decirlo así, el ligamento lateral interno, este autor la interpreta como una **osificación del ligamento**.



Stieda ha encontrado una pieza, en el Instituto Anatómico de Königsberg, de este tipo; Duval 2 casos, Fredet 3, en uno de los casos de éste se observa en radiografías posteriores la fusión de la extremidad superior con el cóndilo.

III. La mancha hace cuerpo enteramente con el cóndilo (término último de producciones, primero independientes y que luego se han fusionado).

La sombra radiográfica es evidentemente hueso, la radiografía lo hace presumir y la experiencia lo demuestra. Las extirpaciones de Pe-

Ileggrini, Vogel, Ishimoto, Schuller y Weil, Iussana, etc., muestran a simple vista y al microscopio la verdad de este aserto.

¿De dónde proviene este hueso?

Dos hipótesis: 1.ª Arrancamiento óseo traumático o por choque directo; 2.ª Osteoma, secundario en tejido conjuntivo normalizado alrededor de fibras tendinosas o ligamentosas arrancadas, las que pueden haber arrastrado algunos elementos óseos sin que se pueda hablar de fractura en el sentido que se da a esta palabra comunmente.

Stieda la incluía a la fractura; parecen raras.

Vogel en 1908 y 1914, aboga por la teoría del osteoma, a la que combate Petrignani; pero, en general, Fredet dice, salvo circunstancias excepcionales la sombra de Stieda es sintomática de **miosteoma** y **no de fractura**.

En Noviembre de 1931 Rouillard y Bousser presentan a la Sociedad Médica de los Hospitales, un caso de osificación de liq. lateral interno de la rodilla consecutivo a un trauma, datando de 17 años. Verdadera *trouvaille* radiográfica en un caso de artritis al parecer deformante interesa notar que la evolución de la lesión fué indolente durante muchos años, lo que confirma las tres observaciones citadas por Fredet, en que haciendo comparación con la rodilla traumatizada se encontraron osificaciones en las sanas sin haber dado nunca molestias.

Weissenbach y Truchof presentan un caso en la misma sociedad el 20 de Noviembre de 1931, que titulan calcificaciones periarticulares y osificación, tipo Pellegrini-Stieda, de la región del hombro después de traumatismo, apoyándose en afirmaciones de Petrignani (tesis de París, de 1930), según el **que hay que designar así todas las lesiones de la misma naturaleza y origen que se localizan en la vecindad de cualquier articulación**. Encontrando ellos un estrecho parentesco entre las calcificaciones periarticulares y el Pellegrini-Stieda.

Noción ésta evidentemente errónea cuando no exagerada, ya que la patología de las bolsas serosas y de los tendones tiene modalidad especial, llegando las primeras a construir depósitos cálcicos (y no óseos) metatraumáticos a la misma solución los tendones, como en el caso de Nilsonne, pero existiendo la tendencia a la osificación sesamoidea intratendinosa. Pero existe, en lo referente a las bolsas serosas, una verdadera diatesis calcificante (no traumática) como en el hermoso caso publicado por Allende ("Revista de Ortopedia y Traumatología", de Buenos Aires, N.º 3).

Dr. Albo.—He traído este caso de Pellegrini - Stieda por su aspecto interesante. Desde el punto de vista del diagnóstico, no hay acuerdo

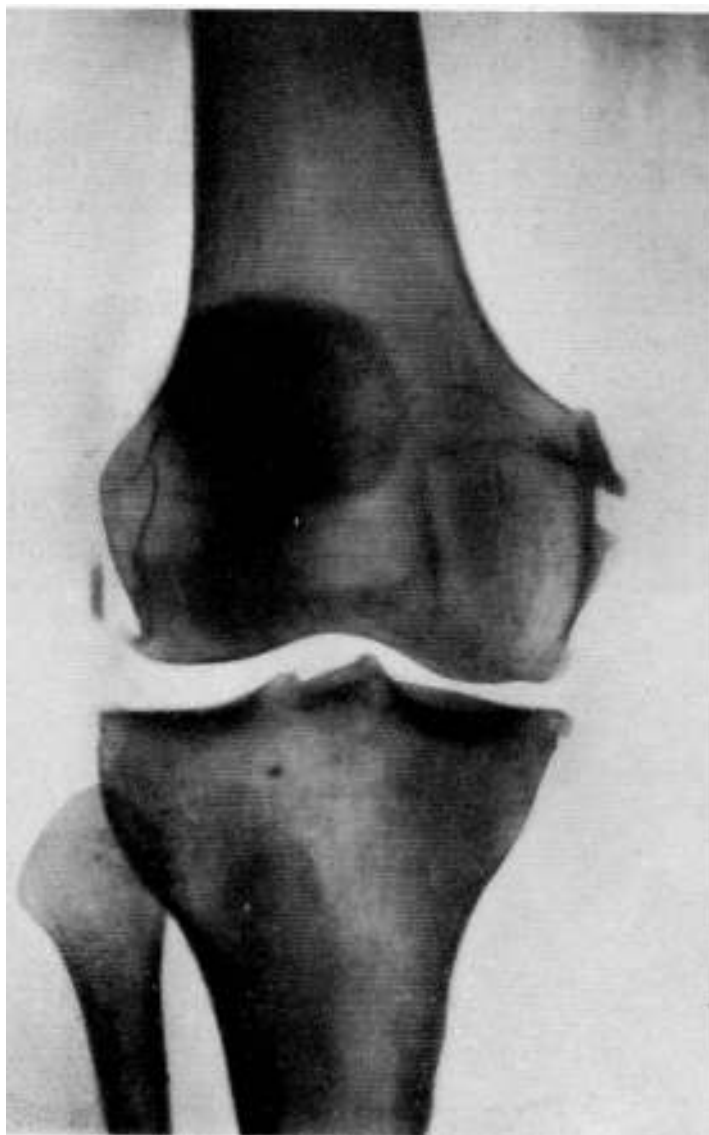
en la calidad de la lesión. Astier (?), creía que la lesión era debida a fracturas. Pellegrini sostiene que se trata de osificación traumática. A veces parece que se presenta espontáneamente y Fredé cita tres casos en los que no había traumatismo evidente. En los accidentados del trabajo muy a menudo se presenta, aunque en general, esto está condicionado con lo que el enfermo conozca de su enfermedad, pues se presta a la simulación. Este caso que he presentado es un caso típico de evolución. La situación de los núcleos descriptos por Fredé pueden tener, según él, tres localizaciones: la superior, parte alta del fémur interno; inserción media, generalmente decreciente; y, el tercer tipo, osificación casi total del ligamento y que toma casi el ligamento interno. De acuerdo con Leriche, se trataría de osificaciones traumáticas. La cursitis, osificación post traumática, es en realidad una lesión diferente; en ésta hay calcificación y en la otra no. Pero no nos podremos entender con denominaciones caprichosas y ampliando la esfera de su correspondencia. Desde el punto de vista terapéutico, cabe señalar el hábito seguido por los cirujanos. El masaje es el peor enemigo del Pellegrini - Stieda, como de todas las lesiones traumáticas. Tenemos, por ejemplo, el caso descrito por Petignani, del masajista que osificó el ligamento.

No me doy cuenta si en mi caso hay ruptura del lateral externo, de modo que lo propuesto por Leriche no es del caso pensar. En general, se ha dicho, que estas lesiones se producen en los adultos, no en los viejos. El caso que presento es un muchacho, el que ha hecho un osteoma.

Dr. García Lagos.—Acompaño al Dr. Albo en todas sus manifestaciones. En cuanto a la apreciación del nombre, creo que el caso es igual a los demás. Lo interesante es la responsabilidad para decir si existió lesión antes o después del traumatismo. Si sacando radiografías inmediatamente, éstas demuestran que hay arrancamiento ligamentoso y si aparece un osteoma a ese nivel, podemos decir que la lesión ha seguido al traumatismo. Esa lesión, que aparece junto al traumatismo, con arrancamiento periódico, está demás llamarle Pellegrini - Stieda. Este enfermo que nos relata el Dr. Albo, es realmente Pellegrini - Stieda. Si hubiese constatado laxitud del ligamento, sería esguince. Así es que hay dos enfermedades que pueden confundirse: el Pellegrini - Stieda y el esguince.

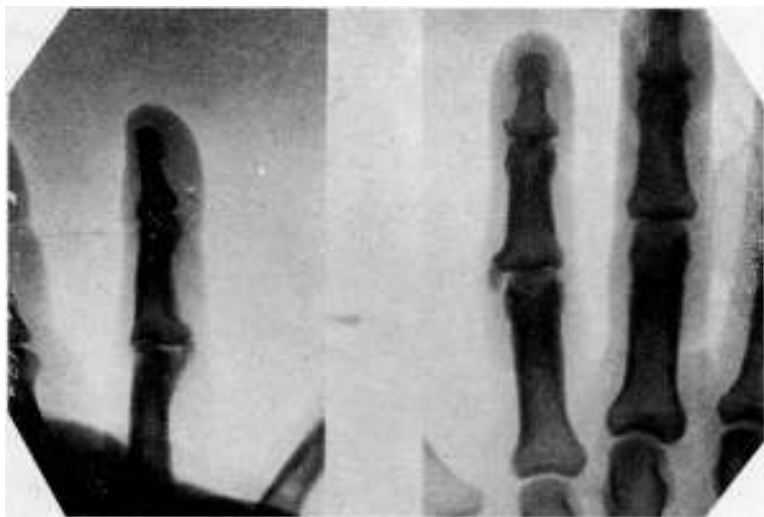
Dr. Risso.—A propósito de esta comunicación del Dr. Albo voy a presentar algunas radiografías de esa clase de lesiones. (Presenta radiografías de tres enfermos tomadas desde la primera hasta la última fase de la enfermedad).

Dr. Prat.—El Dr. Albo nos presenta un interesante caso de enfermedad de Pellegrini - Stieda, que otros han complicado más aún en su denominación, llamándola enfermedad de Köhler - Pellegrini - Stieda. Esto está bien de acuerdo con la moda que existe de bautizar las enfermedades con el nombre de quien las estudia o aporta algún elemento



Sra. de T. Osificaciones mixtas condileanas interna y externa del fémur.

importante a su patología. Creo con Leriche que es un serio inconveniente científico seguir esta práctica, porque lleva a la confusión y a menudo un mismo nombre puede referirse a procesos distintos. Hay que reaccionar, pues, contra la designación de las afecciones por nombres propios de autores y en el caso particular de la enfermedad de que nos ocupamos, basta y sobra el nombre de osificación post traumática. Como ella puede aparecer junto a cualquier hueso yuxtaarticular, habría que buscar un nuevo nombre propio para enunciar todas



Dr. P. Osificación de la 2a falange del anular derecho,

las osificaciones que pueden encontrarse en la práctica, cuando eso se hará perfectamente con la designación de osificación traumática del hueso A. B. o C.

Actualmente se denomina esta lesión con el nombre habitual de Enfermedad de Stieda, autor que admitía que su patogenia era una fractura parcelar del cóndilo interno del fémur; hoy día, sabemos que esa patogenia es falsa en la gran generalidad de los casos, sin embargo se le sigue denominando enfermedad de Stieda o Stieda - Pellegrini. Está demostrado que es una osificación traumática de los tejidos fibrosos peri-óseos.

Hemos tenido ocasión de observar un caso típico de osificación post traumática yuxtacondiliana en una paciente que sufrió un accidente de automóvil con grandes lesiones de esguince de la rodilla. Radiografiada en seguida se vió que **no existía fractura parcelar ni**

osificación yuxtacondilea, que aparecio años después y que compramos al estudiar a la enferma al requerir nuestros cuidados por dolores muy intensos. En la radiografía de frente que presentamos, se ve la osificación de la cara interna del condilo interno y lo que es más raro aún, se ve también una osificación junto al cóndilo externo.

Creemos que si se investiga bien se encontrarán muchas de estas osificaciones de origen traumático. Comprueba lo dicho una auto-ob-



C. S. Osificación de la base del 3r. metacarpeano izquierdo.

servacion en que la osificación yuxta-articular se presenta en la base de la 2.^a falange del dedo anular derecho, provocada por pequeñas esguinces del juego de pelota jugado con share. La acción excéntrica de este instrumento, en los grandes y enérgicos esfuerzos, provoca esguinces de los dedos, en especial del anular, que originaron la osificación yuxtafalangeana. Véase la radiografía adjunta, donde la 2.^a articulación del anular presenta una marcada osificación que proyecta fran-

camente la piel y da origen a una deformación, sin trastorno funcional actual alguno.

Este mismo deporte de la pelota vasca, practicado a share, ha provocado en un gran amigo mío y campeón de ese deporte, una exóstosis en el dorso de la mano que Fiolle ha denominado con el nombre de "carpo giboso o jorobado". En efecto, a la simple inspección, se ve una marcada deformación en el dorso de la mano y a la radiografía lateral se ve netamente la osificación haciendo salida sobre la línea del dorso. Aquí la fuerza del share en vez de hacerse en forma excéntrica o tangencial, como en el caso mío, se ha hecho de abajo arriba y ha provocado la osificación en la línea articular carpo metacarpeana, pero localizada en la base del metacarpeano. Como dice muy bien Tavernier, el carpo jorobado se observa en aquellos sujetos que realizan trabajos o deportes que exigen un esfuerzo manual de abajo arriba.

Como se ve, la osificación peri-ósea, post traumática, se observa con cierta frecuencia y con mecanismos distintos, derivando a veces de un traumatismo interno y único, en otros casos son traumatismos múltiples, pequeños y repetidos.

Dr. Cunha.—En una colección de 80 radiografías de rodilla he encontrado 14 de estas lesiones. Creo que aparecen con frecuencia. (Muestra radiografías).

Dr. García Lagos.—Quiero hacer notar que no establezco un tipo nuevo de lesión. Entiendo que si la radiografía nos muestra un traumatismo con arrancamiento perióstico, es un esguince, y si hay osificación es Pellegrini - Stieda. Si en el momento del traumatismo no hay lesión visible, no debe darse designación.

Dr. Risso.—Yo voy a opinar contrario a lo que manifiesta el Dr. García Lagos. En los tres casos que he presentado, había atrofia del músculo, claudicación a la marcha y limitación de la flexión de la pierna sobre el muslo, acompañando a la osificación en la parte interna del cóndilo femoral.

Dr. García Lagos.—¿Había arrancamiento perióstico?

Dr. Risso.—Había en un solo caso.

Dr. García Lagos.—Entonces que no se le ponga nombre. Si la osificación aparece después, sí.

Dr. Albo.—Agradezco a los compañeros el interés que le han prestado a mi comunicación. En cuanto a las manifestaciones del Dr. Prat, voy a decirle que Keller, en su atlas mostró ya radiografías de estas lesiones pero sin explicarlas. Fué después Pellegrini, quien las describió y más tarde Stieda amplió esos conceptos. De manera que el nombre

que creo adecuado para designar esta lesión es Pellegrini, aunque no por esto desconozco los méritos de Stieda al aumentar ese estudio con ideas, con formas, que el Dr. García Lagos quiere llamar esguinces de tercer grado. Pero creo que si no se produce el arrancamiento no se produce la enfermedad. De manera que esta lesión acompaña al esguince. Creo, como el Dr. Prat, en el caso que nos presenta, que no deben mezclarse otras osificaciones metatraumáticas. En general, no ocasiona trastornos y la extirpación en caso de molestias está justificada. De todas maneras, hemos hecho una revista interesante, mostrando numerosos casos de una lesión bastante rara.

Tuberculosis de la mama

Por el doctor DOMINGO PRAT

M. Dom. de S., de 26 años de edad, española, casada, la vemos en domicilio por una afección de la mama derecha.

Hace un mes y días que comenzó a sentir dolores en la mama derecha, acompañados de fiebre, a la vez que observaba aumento de volumen de ese seno. Más bien que aumento de volumen de la glándula, era un nódulo que había notado la enferma. Viendo que su estado no mejoraba con medicinas cáseras, llama a su médico, el Dr. Praderi, quien al constatar una tumefacción en la mama, la pone en observación y le hace opoterapia mamaria y compresión. Como no mejorara francamente con este tratamiento, le indica la conveniencia de ser vista por un cirujano, pero la enferma antes de atender esta indicación, se hace aplicaciones calientes y varias clases de cataplasmas en su lesión, sin conseguir alivio, sino por el contrario parece empeorarse, pues aumentaba la tumefacción y también la fiebre. Es entonces que se decide a llamarnos. En el interrogatorio que hacemos se puede establecer que la enferma ha tenido un estado febril que data ya de algo más de un mes y que fué catalogado como una gripe. Tiene una hija de más de cinco años y desde hace cuatro años no ha habido lactancia ni afección alguna de sus mamas. Ha faltado la última menstruación. No hay tampoco antecedentes de lesión que pueda ser puerta de entrada de su lesión mamaria.

Al examen, constatamos que se trata de una muchacha joven con un estado general bastante bueno, pero tocado por el estado febril tan prolongado.

Ambas mamas están bien desarrolladas, aunque la derecha ligeramente aumentada de volumen y con una deformación muy atenuada en su cuadrante súpero externo. Existe una circulación suplementaria muy discreta en esta misma mama. La piel de la mama es fina y parece no estar infiltrada, sin embargo se nota en partes el aspecto de piel de naranja. A la palpación se nota que la mama derecha tiene mayor temperatura que la izquierda, hay pues aumento de temperatura local. En el cuadrante súpero externo de la mama derecha, existe una dureza o tumefacción del tamaño de una naranja; redondeada y de superficie irregular, mamelonada, cuya