

MEDICINA E HISTORIA

A PROPOSITO DEL CASO DE UN HOMBRE CON UN TUMOR EN LA FRENTE*

JORGE L. DE LA FUENTE, EMILIO CRESPO, LUIS GUZMAN, TOMAS CAEIRO

Servicios de Clínica Médica y Medicina Ambulatoria, Sección de Cabeza y Cuello, Hospital Privado, Córdoba

Resumen El caso clínico que se analiza en este trabajo es el de un curioso personaje de la historia argentina muerto en 1844, que fue sacerdote, influyente político y militar. Los detalles de su enfermedad que evolucionó hasta la muerte en un año, fueron prolijamente registrados por su médico y después publicados. En el relato se detalla que el paciente tenía un tumor doloroso en la frente con compromiso óseo, que fue tratado quirúrgicamente y luego con distintas aplicaciones de medicamentos exóticos. Con los datos disponibles, que revelan las limitaciones médicas de la época, se intentó un razonamiento diagnóstico que concluyó en la presunción de una metástasis en el hueso frontal de un tumor renal o de un linfoma óseo.

Abstract *Medicine and history. Concerning a man with a tumor on his forehead.* This case report is about the sickness of a 59 year old priest, politician and war veteran who died in 1844. The case history is based on the detailed report of his doctor, gathered in a diary and later published. The collected clinical data relied exclusively on touch and observation. The patient's illness started with a painful lump on his forehead that was in part excised. Surgical exploration revealed a soft tissue mass that bled easily and involved the frontal bone. In the following months, the lesion, which had been treated with complex topical medications, became ulcerated and extended to the orbit and the chin. The patient died prostrated and in severe undernutrition one year after the onset of the symptoms. The case discussion, presented in the format of a clinicopathological conference, concluded that a metastasis of a renal cell carcinoma or an osseous lymphoma were the more likely diagnoses.

Algunos aspectos de la vida de figuras de la historia son interesantes para un análisis médico. Los datos sobre sus enfermedades que aparecen en relatos y documentos, pueden servir para poner a prueba la sagacidad diagnóstica de los médicos actuales cuando se enfrentan con la incierta medicina del pasado.

El caso que aquí se presenta al lector es el de José Félix Aldao. La Historia Clínica es una síntesis de su enfermedad, tal cual la vivió y relató su médico, Miguel Rivera, en un interesante libro titulado «Pasión y Muerte del Fraile Aldao»¹.

Rivera, cuñado de Juan Manuel de Rosas, era un médico cirujano militar, nacido en 1790, graduado en 1824 y que entre 1825 y 1827 había estudiado en París. Vuelto a Buenos Aires, ganó prestigio profesional y relación con el poder político. Fue así que actuó como cirujano en la Campaña del Desierto en 1833 y que 10

años después, ya profesor de Clínica Quirúrgica, Rosas lo envió para asistir a Aldao, el gobernador de Mendoza, de su grave dolencia.

A partir de esta historia clínica detalladamente relatada por Rivera, se intentó un razonamiento diagnóstico tratando –con criterios médicos actuales– de desentrañar la rara enfermedad que sufrió el paciente durante su último año de vida. Al final, para el lector curioso, se incluye una síntesis de los caracteres personales, sociales, políticos y militares del personaje.

Historia clínica

Un hombre de 56 años que en su juventud fue fraile, siguió la carrera militar hasta Brigadier General y gobernó una provincia argentina por 4 años. Casado y con hijos, de él se decía que era valiente hasta la temeridad, jugador, bebedor, arbitrario y mujeriego.

La historia de sus problemas de salud comenzó con un dolor intenso y persistente en la zona superciliar derecha que fue seguido por el desarrollo de una tumoración de crecimiento progresivo la que luego de 6 meses, alcanzó el tamaño de un huevo de gallina comprimiendo los huesos propios de la nariz e impidiendo la visión de ese lado. Durante este lapso fue tratado con organomercuriales y yoduro de potasio tópicos.

Ante la sospecha de «colección purulenta encapsulada» se intentó un drenaje por punción, con el que solo se obtuvo san-

Recibido: 12-III-2001

Aceptado: 17-VIII-2001

* Resumen de la reunión de Humanismo y Medicina del 23-XI-2000, coordinada por Manuel Goyanes

Dirección Postal: Dr. Tomás Caeiro, J. Molina 948, 5016 Córdoba, Argentina

Fax: (54-0351) 468 8286 e-mail: tcaeiro@hospitalprivadosa.com.ar

gre. Ante esta situación, se practicó una intervención quirúrgica que consistió en una resección parcial de la masa tumoral y cauterización del tejido remanente con nitrato de mercurio tópico.

Luego de 7 días, durante la segunda curación, se encontró una «porción residual de tejido anormal», profusamente vascularizado de aspecto «carnoso» y color rosado que parecía originarse en el periostio al que, en esa zona, se describía como «separado del hueso».

La herida presentaba además inflamación importante y áreas de erisipela circundante que fueron mejorando con las curaciones y con el tratamiento tópico en base a cataplasmas de lino y acetato de plomo.

En el curso de los 45 días siguientes el remanente de tejido tumoral volvió a alcanzar el tamaño original. En esa época tuvo dos episodios de epistaxis importantes y ante la alarma provocada por ellas, se resolvió reintervenirlo –al parecer con éxito– extirpando toda la lesión.

En la foja quirúrgica se menciona que habían áreas osteolíticas («caries») en el hueso frontal en el área subyacente al tejido tumoral extirpado.

Seis días luego de esta segunda intervención, se identificaron de nuevo restos de tejido tumoral que fueron tratados junto con las lesiones osteolíticas con topificaciones de nitrato de plata. El paciente relataba además haber sentido desde algunos días antes, dolor en la cara interna de la rodilla con calor y enrojecimiento locales.

Luego de aproximadamente 18 días, ante la progresión de las lesiones, se cambió el tratamiento tópico a creosota al 100% sobre la lesión tumoral y creosota al 6.5% en el resto de la herida y se agregó medicación oral con protoioduro de hidrargirio y extracto de gengibre (2 comprimidos cada 12 horas).

A los 35 días de la segunda cirugía, fue reintervenido intentando extirpar el tejido que comprometía la zona superomedial de la órbita y de los huesos propios de la nariz. El sangrado del tejido seccionado fue profuso por la extensa vascularización del mismo.

El paciente comentaba además que el dolor de rodilla persistía y se le sumaba dolor en el tobillo que le impedía la marcha.

Siete días luego de la cirugía el paciente, cansado de la medicina y de los médicos, rehusó el tratamiento oral con protoioduro de hidrargirio y el tópico con nitrato de plata.

Unos días después, se le agregó al tratamiento, sulfato de quinina que fue suspendida por la aparición de «edema e inflamación» en ambos pies, rodilla derecha y manos.

Cuarenta días después de la tercera cirugía y ante la continua progresión del tejido tumoral, se cambió el tratamiento por vía oral a cianuro de hidrargirio y muriato de oro. La lesión que ya comprometía toda la mejilla y parte de la nariz, se mostraba friable y de fácil sangrado. Diez días después, esta medicación se interrumpió por la aparición de edema labial, ptialismo, cefaleas y diarrea, reiniciándose el protoioduro de mercurio tópico y por vía oral.

En las semanas siguientes se notó un deterioro progresivo del estado general con importante pérdida de peso, diarrea, fiebre, vómitos y deshidratación.

El paciente falleció en un estado calamitoso, 11 meses después del comienzo de sus síntomas.

Discusión

Por el aspecto macroscópico y evolución clínica del caso, se podría descartar la etiología infecciosa o inflamatoria del mismo (masa de aspecto carnoso, ricamente vascularizada, de rápida recidiva y con destrucción ósea

localizada). Dentro de la etiología neoplásica podría tratarse de tumores originados en los tejidos locales o de metástasis.

Dentro de los tumores primarios de partes blandas, la macroscopía descarta el condrosarcoma. Con respecto al osteosarcoma, éste podría ser primario o asentar sobre un área de enfermedad predisponente (por ejemplo el Paget) que el paciente no parecía padecer. Si bien hasta el 8% de los mismos pueden asentar en la cara, es un tumor típicamente de huesos largos (fémur - tibia) y de gente joven (menores de 25 años). Además el aspecto macroscópico de los mismos es el de una masa blanco grisácea con áreas de necrosis y con hueso o cartilago en su interior.

El sarcoma de Ewing es una neoplasia que afecta predominantemente a niños y adolescentes localizándose en la diáfisis de los huesos largos o en la pelvis. Clínicamente simula osteomielitis (dolor, calor y edema circundante) y su macroscopía no se parece a la descrita en el caso (masa blanda blanquecina con áreas de hemorragia y necrosis),

El histiocitoma fibroso maligno es un tumor de origen controvertido que afecta a personas en la segunda mitad de la vida. Se localiza más frecuentemente a nivel proximal de los cuatro miembros y de la pelvis. Tiene un comportamiento agresivo con lesiones osteolíticas y aspecto macroscópico blanquecino con áreas hemorrágicas.

Con respecto al rhabdomyosarcoma, existen distintas variantes, la embrionaria que se da en menores de 20 años, se origina generalmente en la cabeza y en el cuello (cavidad nasal, órbita, oído medio), mientras que las variantes que predominan en adultos (alveolar, pleomórfico) asientan predominantemente en muslos. En general son tumores agresivos con diseminación hemática.

Dentro de los tumores de origen linfático, los linfomas difusos predominan en varones, con máxima incidencia a los 60 años. Generalmente son masas únicas ganglionares. Existen además otras variantes de linfoma tanto B como T de alto grado, que tienen un desarrollo extraganglionar –con frecuencia óseo– como podría ser el de este caso.

Otra posibilidad es la de una enfermedad metastásica con asiento óseo. El 75% de las mismas corresponde a próstata, mama, riñón y pulmón. Habitualmente son múltiples excepto en el caso de riñón y tiroides donde predominan lesiones solitarias. La mayoría asientan sobre el esqueleto axial (columna vertebral, pelvis, costillas, cráneo, esternón, fémur o húmero, en orden decreciente de frecuencia).

Dentro de estas posibilidades podría descartarse el carcinoma de mama, porque durante el período de evolución probablemente debería haberse objetivado el primario. El cáncer de próstata, generalmente asintomático

en su fase inicial, es frecuente que se manifieste por sus metástasis, pero las mismas predominan en pelvis, columna lumbar y fémur y raramente presentan esta agresividad.

El cáncer de pulmón es un tumor que ocasionalmente puede manifestarse por sus metástasis, de las cuales el 20% son óseas. De los diferentes subtipos quizás el más agresivo (*oat cell*) tiene velocidad de replicación y poder metastásico para manifestarse así pero, la sobrevida media para este tipo de tumor con enfermedad diseminada sin tratamiento es corta (un mes y medio de promedio). Aún dentro de los subtipos de esta neoplasia, en este caso, en la larga evolución de la enfermedad, hubiera sido de esperar síntomas relacionados al proceso primario.

El carcinoma renal predomina en hombres (3/1) con máxima incidencia entre los 50 y 70 años, se presenta, en el 25% de los casos, por sus metástasis que en el 33% de los casos son óseas. Generalmente el proceso primario es silencioso (raramente manifiesta hematuria, dolores por efecto de masa o manifestaciones relacionadas con obstrucción venosa o invasión tumoral). Microscópicamente el tumor es amarillento brillante con áreas hemorrágicas, el sangrado suele ser una complicación durante la cirugía.

Sólo por una cuestión de frecuencia y sin demasiados argumentos para acertadamente descartar otros posibles diagnósticos, uno se siente inclinado a aceptar a la metástasis de un carcinoma renal o a un linfoma de crecimiento óseo como las causas más probables de los padecimientos y de la muerte de este paciente.

Síntesis biográfica de José F. Aldao

José Félix Aldao nació en Mendoza el 11 de octubre de 1785. Hijo de un Teniente Coronel de los Reales Ejércitos y de una dama mendocina, tuvo una juventud indócil y turbulenta, razón por la que para resolver su agresivo carácter, sus padres lo orientaron hacia la vida religiosa. Fue así que tomó los hábitos en Mendoza en 1802 y recibió las órdenes sagradas en Chile en 1806.

En esta condición —la de sacerdote dominico— se incorporó como Segundo Capellán en el Ejército de los Andes que San Martín organizaba en Mendoza. Acompañó a la división de Las Heras participando en la primera escaramuza contra los realistas en Guardia Vieja. Se dice que allí Aldao confundió su labor pastoral con la guerrera y excitado por el combate, se lanzó a la matanza y al exterminio, tanto que su cara sudada después del combate y sus ropas —hasta el escapulario— manchados de sangre, motivaron el reproche del propio Las Heras: «Padre, cada uno en su oficio: a su paternidad el breviario y a nosotros la espada». Pero la transfiguración había ocurrido y fue así, que para Chacabuco, el

fraile ya pidió sable y tercerola, y dicen, que se batió con bizarría mereciendo la condecoración de plata. Su desempeño debió ser muy cruel porque quien había sido su mentor religioso, el RP Velazco, lo reconvino después en duros términos «Un día te arrepentirás, ¡malvado!»².

Fue desde entonces que Aldao definitivamente abandonó sus hábitos y volvióse como ahora se lo conoce: el fraile apóstata. Además, la historia relata que era un desmesurado vicioso: jugador, pendenciero, alcoholista e incurable mujeriego.

Ya un militar hecho y derecho con la virtud de su coraje y el defecto de su crueldad, participó entre 1819 y 1823 en las acciones y batallas del ejército libertador. En Chile, Cancha Rayada, Maipo y Bío Bío, y en Perú, Pisco, batallas de la Sierra, Ica y Pasco. En la misma campaña de Perú, organizó guerrillas sublevando a 5000 indígenas para hostigar al coronel realista José Carratalá en el paraje de Río Grande pero muchos de los indios, amedrentados, huyeron abandonando sus posiciones. El iracundo Aldao los detuvo a sablazos; quedando según dicen, una larga calle de cadáveres y de heridos³.

Ya separado del Ejército en 1824, Aldao vuelve a Mendoza. Allí además de dedicarse al comercio, organizó con su hermano un sistema de protección militar-policial basado en contribuciones forzosas, y creó un escuadrón de fronteras dedicado a proteger a las poblaciones de los ataques de los indios pehuenches. En 1829 se unió a las fuerzas de Quiroga en las batallas de La Tablada y Oncativo, en esta última cayó prisionero y viendo peligrar su vida, aterrado como cualquiera, mostrando una hostia dijo «no me maten, soy sacerdote». Y no lo mataron pero quedó preso en Córdoba. Aquí algunos quisieron reconciliarlo con la Iglesia y su caso fue motivo de estudio y disputa por los teólogos locales sobre si con semejante maldad de conducta, todavía se conservaría o no en él la Consagración Eucarística³.

Desde 1835 participó en acciones, escaramuzas y batallas hasta que en 1841 se hizo cargo —en realidad se apropió por la fuerza y la amenaza— del gobierno de Mendoza. No por ello abandonó su costumbre guerrera peleando contra Brizuela en La Rioja, Lavalle en Machigasta y Acha en Albardon y Rodeo del Medio.

En 1842 viajó a Buenos Aires donde fue recibido con honores por Rosas. Volvió luego a Mendoza a seguir gobernando en una época de más tranquilidad y prosperidad. En febrero de 1844 comenzaron las penurias por su extraña enfermedad hasta su muerte acaecida en enero de 1845.

Comentario Final

El lector sabrá disculpar al Dr. Rivera el no haberse preocupado por llegar a un diagnóstico —lo que quizá esta-

ba fuera de su alcance— y el haber usado medicamentos cuya prescripción hoy se hubiera considerado como de “muy bajo nivel de evidencia”. También deberá disculpar a quien ahora discutió este caso porque con tan pocos datos (de los que hoy se llaman «duros»), casi nada pudo hacer para salir de la incertidumbre.

Este paciente murió en 1844 y estamos analizando su enfermedad con ojos médicos del 2000. La pregunta obvia es ¿cómo se verá nuestra medicina allá por el 2150?

Agradecimiento: Los autores agradecen a Clara Díaz y a Cristina Bajo por aportar la idea y la documentación.

Bibliografía

1. Rivera, Miguel. Pasión y Muerte del Fraile Aldao. Buenos Aires: Editorial Americana, 1958.
2. Sarmiento DF. Facundo o Civilización y Barbarie en las Pampas Argentinas. New York: D. Appleton 1868, pp 179-213.
3. Yaben JR. Biografías Argentinas y Sudamericanas Buenos Aires: Editorial Metrópolis pp 89-96.

When I use a word, Humpty Dumpty said in a rather scornful tone, it means just what I choose it to mean, neither more nor less. The question is, said Alice, whether you can make words mean different things. The question is, said Humpty Dumpty, which is to be the master, that's all.

Cuando uso una palabra, —dijo Humpty Dumpty en un tono bastante sarcástico—, significa exactamente lo que yo elijo que signifique, nada más ni nada menos. La cuestión es, dijo Alicia, si Ud. puede conseguir que las palabras signifiquen diferentes cosas. La cuestión es, dijo Humpty Dumpty, quién va a ser el patrón, eso es todo.

Lewis Carrol (1832-1898)

Through the looking-glass, 1872