

simpático o un endotelioma o una metástasis tumoral o tener un origen bronquial" (HABEIN y MILLER); un cáncer epitelial de células planas (STEIN, JUSTIN, NARDONE, MORRIS y HARKEN). El caso más reciente que conocemos es el de LINGREN, y se trata de un carcinoma bronquial.

Los elementos principales para el diagnóstico son los dolores y el obscurecimiento de la cúpula pleuro-pulmonar acompañado de la destrucción de costillas.

Para el diagnóstico diferencial deben tomarse en consideración los siguientes cuadros morbosos, en opinión de los autores que se han ocupado del síndrome: atrofia muscular progresiva, esclerosis lateral amiotrófica, artritis, bursitis subdeltoidea, siringomielia, neuritis braquial, angina de pecho, costilla cervical, etc., que son inmediatamente descartadas por la radiografía. Ante la imagen radiológica hay que recordar otros cuadros localizados en la abertura superior del tórax y base del cuello, que pueden dar lugar a confusiones: tuberculosis apical, endotelioma y sarcoma pleural, osteosarcoma de costilla, cáncer primitivo pulmonar, neurinoma o ganglioneurinoma del simpático cervical, etc. (JACOX, PANCOAST, MORRIS, HABEIN). Además de que pueden darse teóricamente todas estas posibilidades de confusión con procesos que carecen muchos de ellos de manifestaciones clínicas y radiológicas completas, hay que recordar que en los tres enunciados ya citados de MORRIS y HARKEN, se exige que no existan focos tumorales en otra parte del organismo que resulten origen de una metástasis. Y es condición diagnóstica la corrosión costal.

Como tratamiento sólo cabe la radioterapia, a la cual en algunos casos estos tumores parecen transitoriamente sensibles. En el caso de JIMÉNEZ DÍAZ, irradiado por ALBERT, desaparecieron los dolores y el síndrome de Horner, habiendo mejorado visiblemente en la radiografía. NIOSI, en un caso diagnosticado de neurinoma o ganglioneurinoma practicó la resección del lóbulo superior del pulmón, falleciendo el enfermo al sexto día por insuficiencia cardíaca y edema pulmonar agudo; a posterior hizo el diagnóstico de síndrome de Pancoast. En uno de los casos de JACOX fué intentada una intervención quirúrgica, pero el enfermo murió. La cordotomía sólo puede considerarse como paliativa.

#### RESUMEN

Se presenta un caso de típico tumor de Pancoast, de localización izquierda, posteriormente abscesificada y con corrosión del cabo posterior de las dos primeras costillas. El enfermo falleció a los once meses de la iniciación clínica de su enfermedad, a los veinticinco días de su ingreso en el Sanatorio. No habiéndosele intentado más que un tratamiento puramente sintomático.

#### BIBLIOGRAFÍA

- FLEXNER, M. — New. Int. Clin., 4, 143, 1940.
- GUILLAIN, STERNE — Ann. de Méd., 7, 93, 1936.
- HABEIN, H., MILLER, V., HENTHORNE, J. C. — Ann. Int. Med., 11, 1.806, 1938.
- JACOX, H. W. — Journ. Amer. Med. Ass., 103, 84, 1934.
- JIMÉNEZ DÍAZ, C. — Rev. Clín. Esp., 7, 406, 1942.
- LINGREN, G. — Act. Med. Scand., 110, 445, 1942.
- MORRIS, J. H., HARKEN, D. — Ann. Surg., 112, 1, 1940.

- NARDONE, B. — Riforma Med., 1.059, 1942.
- NIOSI. — Referata Gacet. Méd. Esp., 199, 191, 1943.
- PANCOAST, H. K. — Journ. Amer. Med. Ass., 99, 1.391, 1932.
- RODRIGO SABALLETTE, P. — El cáncer primitivo del pulmón. Edit. Científico-Médica, Barcelona-Madrid, 1941.
- ROMANO, N. — B. II. Accad. Med. Roma, 63, 300, 1937.
- STEIN, J. J. — Journ. Amer. Med. Ass., 111, 162, 1938.
- TAPIA, M. — Formas anatomo-clínicas de la tuberculosis pulmonar. Tomo II. Edit. Afrodísio Aguado, Madrid, 1941.

#### NEURINOMA DEL CUBITAL

A. RAVENTÓS MORAGAS y R. ROCA DE VIÑALS  
Cirujano Ayudante Ayudante del Servicio  
del Servicio de Cancerología

Clinica Quirúrgica del Hospital de Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Profesor: DR. J. SOLER JULIÁ

El exiguo número de casos publicados en nuestro país de esta neoplasia, y su relativa rareza, nos inducen a publicar con algunos comentarios esta observación, contribuyendo así a la casuística española, junto a las de T. RODRÍGUEZ DE MATA<sup>1,2</sup>, MARTÍNEZ GARCÍA y CARDENAL<sup>3</sup>, BARCIA GOYANES<sup>4</sup>, y la ponencia de RÍO HORTEGA<sup>5</sup>, sobre la anatomía patológica de dichas formaciones. LLARU-RADÓ y ROCA DE VIÑALS presentaron en las sesiones clínicas del doctor GALLART un caso de neurinoma retroperitoneal, desarrollado, probablemente, en las raíces de un par raquídeo.

*Historia clínica.* — Antonio Usero Martín, de 42 años, natural de Senés (Almería), domiciliado en San Celoni. Ingresa en la cama número 23 del Servicio, procedente del Dispensario de Neurología del doctor Barraquer.

*Antecedentes patológicos familiares y personales.* — Carecen de importancia.

*Enfermedad actual.* — Hace catorce meses notó una tumoración en el tercio superior del antebrazo izquierdo que crecía lentamente, y que desde hace unos seis meses le origina dolores irradiados en la parte interna de la mano y de dos dedos, índice y menique. No recuerda haber recibido ningún traumatismo importante en la zona de la tumoración.

*Exploración.* — En la unión del tercio superior con el medio del antebrazo a nivel de la cara posterior y en su parte interna, hay una tumoración del tamaño de una almendra, consistente, ovoide, no adherida a piel, cuya presión produce dolores irradiados en la zona del nervio cubital.

No hay trastorno motor alguno; los músculos inervados por el cubital conservan integra su función. La sensibilidad es normal, excepto la epicritica de la cara anterior de la falanga y falangeta del menique, que en su porción externa está algo disminuida. Sensibilidad profunda normal.

*Intervención* (doctor A. RAVENTÓS MORAGAS). — Junio de 1939. — Anestesia local con novocaina al 1 por 100. Previa incisión de la piel se encuentra una tumoración en el trayecto del nervio cubital. Separado el neurilema se ven los cordones nerviosos rodeando la tumoración, que es central, y que se enuclea fácilmente sin tener que seccionar ni un solo cordón. La cavidad queda limpia, no sangra, y se une el perineuro con dos puntos de catgut fino. Sutura de la piel con crin.

El curso postoperatorio es normal; el enfermo mejora rápidamente y habiéndole desaparecido los dolores pide el alta a los nueve días de operado. Todos los movimientos y la sensibilidad en la zona del nervio cubital son normales. Posteriormente hemos sabido que continúa perfectamente curado.

*Examen histológico.* — Demuestra que se trata de un neurinoma típico con elementos fusiformes dispuestos en bandas,

festones o lóbulos de células concéntricas. En la parte central del tumor se observan zonas de degeneración mixoides. No se encuentran las típicas empalizadas, tan frecuentes en los neurinomas de los nervios craneales o de la medula, pero examinando cuidadosamente la preparación puede verse cierta ordenación de los núcleos. En los fibromas los núcleos suelen siempre disponerse irregularmente sin formar bandas ni empalizadas. Con las técnicas argentinas no ha sido posible hallar en este caso fibrillas nerviosas. (Véase la microfotografía adjunta.)



Fig. 1

Los neurinomas de los nervios periféricos pueden ser únicos o múltiples, o bien ir asociados a neurinomas del sistema nervioso central. Doquier hay nervios pueden haber neurinomas.

Nuestro caso es de neurinoma único, al igual que los de R. MATA, CALZOLARI<sup>6</sup>, MARTÍNEZ GARCÍA y CARDENAL, PESCATORI, FREIFFEL, ALESANDRI, KRUMBEIN, etc. SAINTON y LHERMITTE<sup>7</sup> describen un caso de neurinomas múltiples del nervio ciático. L. DE NATALE<sup>8</sup> encuentra también varios neurinomas en el nervio perineal posterior. STIEDA<sup>9</sup>, relata un caso en que el neurinoma del nervio mediano va asociado a neurinomas de medula espinal y ángulo pontocerebeloso.

La relativamente poca frecuencia de estos tumores la demuestra la estadística de LEWIS y HART<sup>10</sup>, que en el archivo del Johns Hopkins Hospital, revisando todas las historias y cortes histológicos de tumores de nervios periféricos, encontraron sólo once casos de neurinoma y cinco de fibroblastoma perineural de Mallory, cuyo parentesco con el neurinoma es ya conocido. En nuestro país, R. DE MATA, cita en una de sus observaciones haber visto hasta doce casos de lo que él llama neurcectelioma de nervios

periféricos (clasificación antigua de RÍO HORTEGA). Estas neoformaciones pueden asentarse en todos los nervios, pero son más frecuentes en el mediano, cubital, ciático y sus ramas, los intercostales, radial, en el plexo braquial y en la lengua (caso de CIANTINI<sup>11</sup>), en la nariz (caso de R. DE MATA), nervio perineal posterior (caso de L. DE NATALE), nervio músculocutáneo del brazo (JOSÉ M. CID<sup>12</sup>).

Los neurinomas son tumores de la edad adulta, casi siempre en individuos de más de veinte años, y como término medio a los cuarenta. Los casos de LEWIS y HART oscilaban entre los veintiocho y sesenta y cinco años. Se presentan por igual en ambos sexos.

En bastantes casos encontramos relatado un traumatismo precedente como en el de ALAJOUANINE y PETIT DUTAILLIS<sup>13</sup>, de un hombre de treinta años, que tres años antes cayó sobre el borde de una silla y dió contra la cara posterior del muslo. Tuvo un dolor muy vivo hasta la punta del pie, pero pudo trabajar; días después notó una sensación como de descarga eléctrica en el muslo, durándole de unos minutos a un cuarto de hora, la pierna le quedaba pesada. Esta sensación de peso fué aumentándose hasta que fué examinado por dichos autores a los tres años del accidente, que encontraron una tumoración neurinomatosa en una rama del ciático, del tamaño de unos tres centímetros, que fué extirpada.

He aquí un caso en que la relación de causa a efecto parece evidente; no obstante, los mismos autores creen que el trauma sólo sirvió para exteriorizar el tumor. El caso de MARTÍNEZ GARCÍA y CARDENAL y uno de R. DE MATA, también presentan el antecedente traumático. En el nuestro era negativo en absoluto, el enfermo no recordaba ningún golpe de importancia.

El tamaño puede ser desde una almendra a una cabeza de adulto (PESCATORI). En un caso de neurinoma en el muslo (no dice de qué rama nerviosa procedía) de R. DE MATA, la tumoración media veintiocho centímetros de largo por dieciocho de diámetro, indudablemente uno de los mayores publicados.

La evolución de estos tumores es lenta, los casos de LEWIS y HART habían sido observados desde seis meses a los diez años antes de ser intervenidos.

CIANTINI dice que nacen en la adolescencia, y sólo a los 15-20 años crecen. La sintomatología es poco rica y podemos dividirla en local y a distancia. Localmente la tumoración en general bien delimitada en el trayecto de un nervio o rama nerviosa, es doloroso a la presión y a veces se transmite esta sensación a lo largo del territorio de distribución del nervio en forma de corriente o de sensación dolorosa. En muchos casos no hay sintomatología de carácter nervioso (como por ejemplo, el de MARTÍNEZ GARCÍA y CARDENAL), en otros hay hipoestesias y amiotrofias parciales (caso de ALAJOUANINE y PETIT).

BARALDI y RUIZ<sup>14</sup> en un caso de neurinoma del mediano, atribuyen a dicha tumoración una distrofia con aumento de tamaño del pulgar y clinodactilia interna del índice. No hemos encontrado caso semejante en la literatura.

El diagnóstico es difícil hacerlo con otros tumores de nervios periféricos, máxime si son interveni-

dos precozmente; generalmente se hace, al ver la existencia de un plano de despegamiento respecto a los cordones nerviosos y definitivamente por la histología.

La intervención en estos casos acostumbra a ser muy sencilla. Al llegar al nervio se disocian los cordones nerviosos y por disección obtusa se separan de la tumoración (raramente ésta continúa un cordón), y se enuclea. Generalmente el tumor es uniforme, consistencia semiblanda, uni o multilobulado, a veces con fusión quística parcial (un caso de LEWIS, uno de ALAJOUANINE).

La separación se hace fácilmente, y con rapidez cesan los síntomas a que haya dado lugar. En algún caso (número 1 de CID), el tumor es excéntrico con respecto al nervio. Cuando está muy unido a un filete nervioso, se secciona éste y se sutura cabo a cabo. Son tumores benignos de crecimiento limitado, como corresponde a su origen en elementos francamente diferenciados, como es la célula de Schwann y no dan metástasis, según la gran mayoría de autores, pero SAINTON y LHERMITTE, al hablar de su caso de neurinomas múltiples del ciático, se preguntan si así como, según ellos, los neurinomas centrales las dan, si su caso no podría demostrar que también los periféricos pueden darlas.

Sólo PAZZAGLI<sup>15</sup> ha visto un neurinoma de la pared torácica, hacerse muy maligno, con metástasis, invasión, etc., y el cuadro histológico demostró una exageración de los caracteres morfológicos propios de la célula neurimatosa.

En resumen, creemos que el caso corresponde al típico neurinoma solitario de los nervios periféricos, desarrollado en restos celulares del tipo de la célula de Schwann y que en el desarrollo ontogénico han quedado englobados en pleno haz nervioso. Como tales elementos embrionarios conservan una capacidad de proliferación, pero dada su diferenciación avanzada tienen crecimiento limitado, es benigno por lo tanto. VEROCHAY fué el primero que les dió la denominación de neurinomas, identificable con el de Schwanoma de Masson y sin otra relación que su parentesco de origen y su localización con el neurinoma, cuya principal característica es la de poseer gran cantidad de neuritas neoformadas (tipo neuroma de amputación). La relación de este tipo de tumor solitario con la enfermedad de Recklinghausen o las neurofibromatosis difusas es probablemente muy íntima, tratándose en el primer caso de un trastorno local, y en el segundo, de alteraciones disontogénicas de la hoja ectodérmica y con carácter hereditario y formada por la proliferación de elementos de Schwann y también de elementos mesodérmicos del perineuro y endoneuro.

#### BIBLIOGRAFÍA

- 1 T. RODRÍGUEZ DE MATA. — Actas de la Soc. Cirug. de Madrid, 1, 263, 1932.
- 2 T. RODRÍGUEZ DE MATA. — Rev. Esp. Cirug., marzo-abril, 1935.
- 3 MARTÍNEZ GARCÍA y J. CARDENAL. — Rev. Cirug. Barcelona, 6, 165, 1933.
- 4 BARRIA GOYANES. — Rev. Cirug. Barcelona, 373, abril 1932.
- 5 RÍO HORTEGA. — Congreso Internacional de lucha científica y social contra el cáncer. Madrid, 1933.
- 6 CALZOLARI. — Annali Ital. di Chir., 15, enero 1935.
- 7 SAINTON y LHERMITTE. — Rev. Neurol., 290, febrero 1936.
- 8 L. DE NATALE. — Archivio Ital. di Chir., 289, 1933.
- 9 A. STIEDA. — Monatschr. für Psych und Neur., 71, 1931.

- 10 DEAN LEWIS y DERLY HART. — Ann. of Surg., 961, 1930.
- 11 CIANTINI. — Policlinico, Sec. Chirurg., 15, 413, 1932.
- 12 JOSÉ M. CID. — Anales Cirug. de Rosario, 1, 34, 1931.
- 13 TH. ALAJOUANINE y D. PETIT-DUTAILLIS. — Rev. Neurol., 617, 1931.
- 14 A. BARALDI y F. R. RUIZ. — Rev. Méd. Rosario, 1, 243, 1934.
- 15 PAZZAGLI. — Citado por CIANTINI.

#### PROYECTIL GIGANTE INTRAPULMONAR DE EXTRACCIÓN TARDÍA

J. PRUNEDA CORNAGO y L. SUÁREZ CARREÑO

Hospital Militar de Urgencia. Servicio de Cirugía General y Ortopédica. Jefe: DR. JUAN PRUNEDA

El enfermo objeto de esta nota clínica es un caso interesante de proyectil intrapulmonar de extracción tardía, grupo éste de secuelas de guerra no de las mejor estudiadas y en el cual, por ello, el criterio terapéutico no es todo lo unánime que fuera de desear.

Publicamos este caso por su rareza, ya que proyectiles de este calibre es raro que coincidan con supervivencia dentro de la cavidad torácica. Es curioso, además, cómo ha podido soportar tanto tiempo este cuerpo extraño, no sólo por los fenómenos compresivos y de desplazamiento que supone para el otro pulmón, sino sin producir sintomatología alguna de intoxicación metálica. No tenemos estadística de casos publicados de proyectiles de este tipo alojados en cavidad pulmonar, pero podemos aventurar que ésta será muy escasa. En estos casos, creemos que, aunque no produjesen trastornos pulmonares, y no como en el que se detalla en esta observación, el criterio debe ser intervenir a toda costa, haciendo principalmente un diagnóstico exacto de localización para buscar la vía de abordaje en la que se lesione al mínimo el parénquima pulmonar.

Después de unas breves consideraciones generales sobre los proyectiles, intratorácicos describiremos el caso motivo de esta publicación.

La intervención tardía en los heridos pleuropulmonares, está dada por los síntomas de intolerancia que el cuerpo extraño alojado en cavidad pleural o en pleno parénquima pulmonar, produce en el sujeto portador del mismo. Estos síntomas han de referirse a si ellos son de naturaleza tal, que hagan incompatible la vida normal del sujeto o ponga en peligro su vida. De aquí, que no estamos autorizados a extraer, de una manera sistemática, todo cuerpo alojado en la cavidad torácica, y sí sólo aquellos que, por su movilidad, tamaño, producción de alteraciones funcionales del pulmón, complicaciones hemopáticas, dolorosas, etc., constituyen un peligro evidente para el enfermo.

El caso que vamos a reseñar entra de lleno dentro del encasillado de extracción de cuerpos extraños intratorácicos, dado que por su tamaño, localización, los síntomas que él mismo acusa pusieron en grave aprieto su vida; por otra parte, la persistencia de las molestias, el mal estado general que el enfermo acusaba, fueron motivos más que suficientes para justificar la intervención. Decidida ésta, nos faltaba