

curado a un sifilítico hasta que la serología no se negativiza, ya que el enfermo continuaba bien. (No nos atrevemos a afirmar que esta idea haya que revisarla; pero sí se nos ocurre pensar que ha de ir perdiendo importancia, a medida que se establezcan todas las posibilidades en el tratamiento de la sífilis). En seguida de terminado el tratamiento penicilínico, iniciamos otro con terramicina. En este caso administramos terramicina durante quince días. Los cuatro primeros a razón de 2 gr. diarios y de un gramo los restantes. Mes y medio después, concretamente, el día 8 de enero del año actual, las reacciones serológicas en sangre dieron el siguiente resultado: Wasserman = Negativa. Kanh = Negativa. Meinicke = ±.

\* \* \*

En conclusión, creemos que la terramicina debe ser empleada en el tratamiento de las neurolúes, siguiendo de cerca a la terapéutica penicilínica y, sobre todo, cuando se trata de formas resistentes a ésta. Y más concretamente: proponemos que en todo caso de parálisis general, y por extensión de neurolúes tardía, merece la pena emplear, a continuación del tratamiento penicilínico, otro con terramicina de doce a quince días de duración, y a razón de 2 gr. diarios, con fraccionamiento de la dosis —500 mg.—cada seis horas. Es muy posible que presenciásemos un aumento notable en el número de curaciones y que muchas de las remisiones parciales que hoy advertimos se convirtieran en totales. Repárese en la inocuidad que ello representa comparativamente con la malarioterapia, tratamiento éste que va perdiendo importancia por ser siempre peligroso, para el que es necesario seleccionar a los enfermos, y que según la opinión de bastantes autores no añade ventaja ninguna a la terapéutica penicilínica exclusiva.

#### RESUMEN.

El autor expone un caso de neurolúes, que por los abundantes datos clínicos—y los de laboratorio que le fué dable efectuar—, era perfectamente referible a la P. G. P.—, aun cuando no le es posible presentar análisis de líquido cefalorraquídeo por no permitírsele practicar punción lumbar—, que remitió de forma espectacular con terramicina, luego de haber fracasado la penicilina. La tardanza en negativizarse la Wassermann y complementarias en sangre con el tratamiento penicilínico ha sido observado también por el autor con la terapéutica terramicínica. Propone el siguiente tratamiento para las neurolúes tardías: 10-12 millones de penicilina, en unos quince días aproximadamente, seguidos de 2 gr. cada veinticuatro horas de terramicina durante doce-quince días. Aparte de las opiniones de los que estiman que la mala-

rioterapia no añade ventaja ninguna al tratamiento exclusivo con penicilina, impresionado por el resultado obtenido en el caso que expone, cree que la terramicina—que no excluye a la penicilina, sino que la complementa—podría sustituir con ventajas—entre ellas la no pequeña de su inocuidad—a la paludización, siempre muy peligrosa, y para la que hay necesidad de seleccionar a los enfermos.

#### BIBLIOGRAFIA

- J. GAY PRIETO y cols.—Actas Dermosif., pub. por la Acad. Esp. de Derm. y Sifiliog. Núm. esp. dedicado a Sifiliog., 44, 495, 1953.
- J. GÓMEZ ORBANEJA y cols.—Actas Dermosif. pu. por la Acad. Esp. de Derm. y Sifiliog. Núm. esp. dedicado a Sifiliog., 44, 503 a 506, 1953.
- I. DE GISPERT CRUZ y cols.—Rev. Clín. Esp., 41, 247, 1951.
- F. D. HENDRICKS y cols.—Jour. Am. Med. Ass., 143, 4, 1950.
- C. JIMÉNEZ DÍAZ.—Rev. Clín. Esp., 47, 143, 1952.
- A. ORTEGA NÚÑEZ.—Rev. Clín. Esp., 40, 338, 1951.
- J. PEREIRA KAFER y cols.—Prensa Méd. Argt., 4, 1.465, 1953.
- A. PEDRO PONS y P. FARRERAS VALENTI.—Tabes. Pat. y Clín. Méd., pág. 356. Salvat edit., S. A. Barcelona, 1952.
- L. ROJAS BALLESTEROS.—Fab. Clín. Intern., 4, 20, 1954.
- A. RUIZ REY.—"Empleo de la terramicina en la meninitis tuberculosa". (En publ. en "Archivos de Neurobiología".)
- R. R. WILLCOX.—Brit. Med. J., 2, 1.076, 1949.

#### DOS CASOS DE PAPILOMA COROIDEO BENIGNO EXTIRPADOS QUIRURGICAMENTE

J. A. ANASTASIO y P. PERAITA.

Servicio de Neurocirugía.  
Instituto de Clínica Quirúrgica. Profesor: LAFUENTE.  
Ciudad Universitaria.

M. MORALES PLEGUEZUELO.

Anatomopatólogo.  
Instituto de Investigaciones Médicas. Profesor: JIMÉNEZ DÍAZ.  
Ciudad Universitaria.

La rareza de la ocurrencia de los papilomas coroideos en la práctica neuroquirúrgica nos parece suficiente para que pueda ser de interés el consignar estos dos casos que hemos tenido la oportunidad de estudiar e intervenir en los dos últimos años.

Efectivamente, el papiloma coroideo es una lesión histológica rara: su incidencia global entre el resto de las neoplasias cerebrales es de un 0,5 por 100 en casi todas las estadísticas.

Asientan en el seno de los ventrículos, siendo, sin embargo, evidente una particular preferencia por el cuarto ventrículo. Ya en la revisión de VAN WAGENEN sobre 45 casos se puede observar que el 50 por 100 correspondían al cuarto ventrículo, 34,7 por 100 al ventrículo lateral y solamente el 17,3 restante se alojaban en el tercer ventrículo.

En general, su incidencia es mayor en la primera década de la vida. Son, pues, más frecuentes en los niños.

Microscópicamente, y en términos generales, el tumor está compuesto por unos macizos cubiertos de células cuboideas o columnares, en el interior de las cuales suelen verse finas mitocondrias.

La estructura del tumor tiene una enorme similitud con la del plexo coroideo normal.

Desde el punto de vista de la malignidad tumoral, se trata de lesiones benignas, y por lo que se refiere a la sintomatología, destaca en el cuadro clínico que ocasionan estas neoplasias la presencia muy precoz de cuadros de hipertensión intracranal, como corresponde a su particular localización intraventricular.

Su tamaño es variable, oscilando entre pequeñas masas del tamaño de una avellana grande (caso núm. 1) hasta los grandes tumores, que ocupan gran parte de la cavidad ventricular. Pueden incluso, en ocasiones, desbordar el ventrículo e invadir las estructuras vecinas.

En este sentido no son infrecuentes aquellos casos de papiloma que invaden el bulbo (caso número 2), e incluso el ángulo ponto-cerebeloso. De aquí se desprende que en estos casos, aun a pesar de la benignidad histológica de la lesión, la extirpación del tumor resulte en ocasiones mucho más peligrosa por el riesgo que acompaña a todas las intervenciones en esta zona del neuroeje.

Caso núm. 1. A. C., de catorce años, natural de Córdoba.

Este niño contaba una historia reciente (dos meses de evolución). Sin antecedente previo, un día observó la madre que el chico estaba sentado con la mirada fija y con un temblor de oscilaciones de mediana intensidad, que afectaban a las extremidades derechas. No respondía cuando se le llamaba, y se mantuvo así por espacio de varios minutos. Al desaparecer esta crisis, observaron que el temblor persistía, y asimismo había aparecido una marcada dificultad para el movimiento de las extremidades derechas.

Salvo discretas cefaleas, no había otros datos de interés en su historia.

En la exploración se obtuvieron los siguientes datos: Estasis papilar bilateral.

Discreta paresia facial inferior derecha.

Hemiparesia derecha con exaltación de reflejos y Babinski positivo derecho.

Rigididad marcada en ambas extremidades derechas con signo de "rueda dentada".

Tremor de predominio proximal en ambas extremidades derechas de carácter extrapiramidal.

El resto de la exploración neurológica no ofrecía datos de interés.

Practicamos una ventriculografía, que demostró la existencia de una muy discreta hidrocefalia sin asimetría ventricular ni desplazamiento alguno; pero a nivel de la encrucijada ventricular, en el lado izquierdo, existía una marcada impresión del tamaño de una avellana, bastante mayor que las que suelen verse en los casos de plexos calcificados.

#### INTERVENCIÓN (doctor J. V. A.).

Bajo anestesia general (intubación) se talló un colgajo occipital izquierdo para abordar el ventrículo a nivel de la encrucijada.

Una vez abierta la dura se practicó una pequeña incisión cortical alta para lesionar lo menos posible las

estructuras nobles. A través de ella llegamos fácilmente al ventrículo, cuya pared fué incindida, dando salida al líquido y abundantes burbujas de aire. Inmediatamente notamos la protrusión de una masa rojiza que el mismo aire expulsaba hacia la abertura practicada.

Colocamos clips de plata en las uniones vasculares que formaban el pedículo, extirmando con toda facilidad el pequeño tumor.

Verificada la hemostasia se suturó la dura, reponiendo a continuación el colgajo óseo y suturando por planos según costumbre.

La intervención, cuya duración no llegó a una hora, fué perfectamente tolerada y el curso postoperatorio muy bueno, quitándose los puntos a los cinco días.



Fig. 1.—Caso núm. 1. Placa ventriculográfica donde se aprecia el "nocht" causado por el pequeño papiloma a nivel de la encrucijada ventricular.

Desde el punto de vista clínico, la intervención sólo fué útil en lo que respecta a la normalización de la presión intracranal; pero el temblor y la hemiparesia persistieron, asistiendo además en días posteriores a la aparición de nuevas crisis de carácter focal, a pesar de la medicación antiepiléptica administrada de forma continua.

Así, pues, este caso planteaba, desde el punto de vista clínico, un problema diagnóstico de evidente complejidad. La instalación de una manera brusca de una epilepsia focal, que deja como secuela permanente un síndrome de hemitemblor, nos hizo pensar, posteriormente, en algún posible accidente hemorrágico, por lo que postoperatoriamente practicamos una arteriografía cuyas imágenes arrojaron resultado normal.

La hipótesis de un proceso encefálico parece aún menos probable a la vista de los datos clínicos y de la evolución. O se trató de un accidente vascular localizado, de los que pasan in-

advertidos a la exploración arteriográfica, en cuyo caso ninguna relación existiría entre este cuadro y la existencia sobreañadida de un papiloma que simplemente produce hipertensión, o existiría quizás una discutible relación de vecindad que aunara ambos síndromes clínicos.

Caso núm. 2. C. M. M., mujer de treinta y cinco años, natural de Murcia.

La enferma contaba una historia de dos años de evolución que comenzó con fuertes cefaleas de iniciación occipital, propagándose a la frente y a la nuca.

Durante el curso de estos dos años las cefaleas fueron aumentando en intensidad y frecuencia, sin ceder en absoluto a la terapéutica analgésica. En varias ocasiones, y coincidiendo con las fases de máximo dolor, ocurrió una súbita pérdida de conocimiento precedida

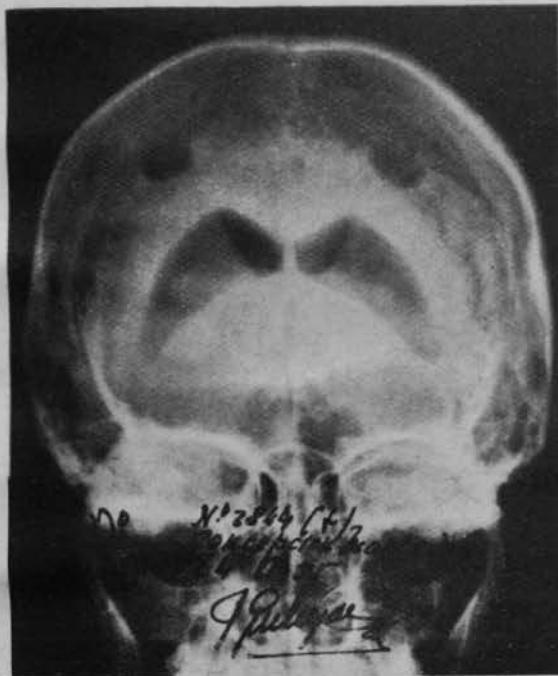


Fig. 2.—Caso núm. 2. Imagen ventriculográfica P. A., donde puede observarse, aparte de la marcada hidrocefalia, el defecto de replección en el IV ventrículo, causado por el tumor.

de amaurosis. Estas crisis sólo duraban pocos minutos. Por lo demás, no existían en su historia otros datos de interés.

Los antecedentes familiares y personales eran asimismo poco importantes.

En la exploración neurológica destacaban:

Un estasis papilar bilateral.

Nistagmus en ambas direcciones laterales de la mirada.

Exaltación refleja generalizada con Rossolimo bilateral.

Romberg positivo.

Adiadococinesia y dismetría en las pruebas cerebelosas sin lateralización evidente.

Se pensó clínicamente en un proceso expansivo de la fosa posterior con compresión discreta del tronco cerebral.

Bajo anestesia local se practicó una ventriculografía que confirmó las sospechas clínicas.

#### INTERVENCIÓN (doctor P. P.).

Bajo anestesia general (intubación) se practicó una craniectomía de fosa posterior con incisión media. La

craniectomía se realizó sin ninguna dificultad, extirpándose además, según costumbre, el arco posterior del atlas. A continuación se abrió la dura en forma de "Y", observándose en seguida una masa rojiza que se extendía desde el vermis a la cara posterior del bulbo como unas lengüetas que lo abrazaban. Cuando la exposición del campo operatorio estaba perfectamente realizada, la enferma despertó por descuido en el control anesté-

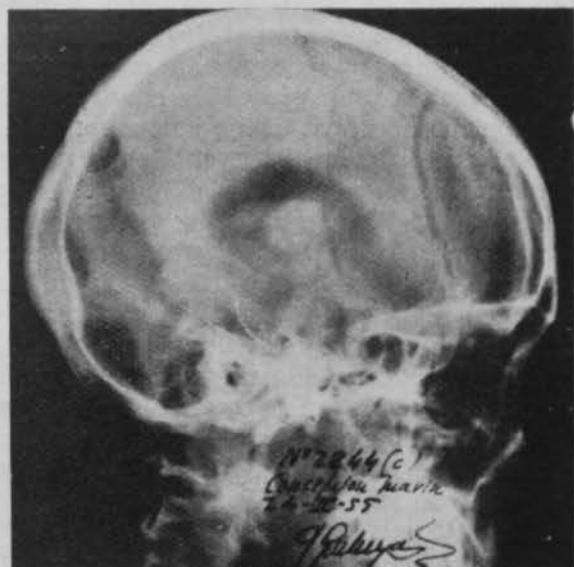


Fig. 3.—Imagen lateral en el mismo caso anterior.

sico, haciendo grandes esfuerzos, con lo que se produjo un intenso edema cerebeloso inundándose el campo de sangre. Tras de obviar este accidente se pudo continuar la intervención, extirpándose el tumor, que tenía su lugar de origen en el cuarto ventrículo, al que había desbordado. Terminada la extirpación del tumor se restableció la circulación de líquido a través del cuarto ventrículo, y tras de verificar cuidadosa hemostasia se cerró por planos según costumbre.

El curso postoperatorio inmediato fué satisfactorio, pero a los dos días la enferma falleció bruscamente.

Este caso no ofrecía, desde el punto de vista clínico, ninguna dificultad. La sintomatología correspondía muy bien a la localización del proceso, y la historia de dos años va en este caso también de acuerdo con el hallazgo de un proceso benigno histológicamente.

#### ANATOMÍA PATOLÓGICA.

En relación con el sistema nervioso podemos encontrar distintos tumores que, más o menos, tienen por base estructural epitelio. De ellos, algunos son malignos: el neuroepitelioma y el médulo-epitelioma. No se hará más que señalarlos. Otros, desde el punto de vista histológico, son en general benignos: tumores de meningo-exotelio, ependimarios, de la parafisis y los coroideos.

Los del meningo-exotelio, la mayor parte de los que integran el conglomerado de los meningiomas, forman un grupo bien definido con localización, estructura, citología y separación del tejido nervioso, que hace que su diagnós-

tico al microscopio sea, la mayor parte de las veces, fácil.

Los ependimarios, aparte de algunos finos detalles citológicos que no siempre se pueden poner de manifiesto, presencia de blefaroplastos o de prolongación redicular, quedan bien encuadrados dentro de los gliomas por crecer en la sustancia nerviosa (aunque su límite muchas veces es correcto), por carecer de estroma conectivo propiamente dicho y por su tendencia a la diferenciación glial, que puede ser muy pronunciada.

Los de los restos de la parálisis se individualizan bien por su localización rostral en la base del tercer ventrículo y por ser quistes de contenido coloideo.

Los de los plexos coroideos, que son de tipo mixto, con un componente epitelial y otro vascular-connectivo bien desarrollado, pueden dividirse en dos clases: en una, lo fundamental es la proliferación del epitelio; en la otra, se trata de lesiones del estroma que conducen a su abultamiento.

Los propiamente epiteliales, si típicos, al reproducir la estructura de los plexos coroideos son organoides y papilares hasta que no invaden el sistema nervioso, que lo hacen como tubos glandulares; puede ocurrir entonces que si en los cortes no encontramos más que estas estructuras las confundamos con la metástasis de un adenocarcinoma.

Respecto al carácter de las células epiteliales coroideas, de forma general prismática y estructura relativamente sencilla, es digno de notarse que, como pasa con otras células cilíndricas, su tendencia es a evolucionar hacia la metaplasia epidermoide, hecho que no extrañará porque se observa con cierta frecuencia, sobre todo en los bronquios; porque la piel ontogénica y filogénicamente es primero de epitelio cilíndrico monoestratificado y porque la capa germinal cutánea es de células cilíndricas.

Primero aparecen epitelio-fibrillas bien ostensibles y después poliestratificación celular y mayor o menor queratinización.

Para el diagnóstico de los tumores coroideos de tipo epitelial habrá que pensar en ellos aunque su localización no sea habitual, pudiendo esto ser determinado por implantación secundaria de células neoplásicas que el líquido encefalorraquídeo arrastró.

Las alteraciones del estroma que pueden conducir a engrosamientos con sintomatología de tumor son, sobre todo, el edema, la esclerosis, distintos depósitos: de colesterolina, de sustancia coloidea, de "corpora arenaria".

De los dos casos que se presentan, uno es un papiloma coroideo genuino, de clara disposición arborescente, organoide.

En el otro, lo que predomina son las alteraciones del estroma, que han dado lugar a un tumor desde el punto de vista clínico y macroscópico, pero de disposición más globulosa que papilar.

#### RESUMEN.

Se describen dos casos de papiloma coroideo benigno.

En uno, la localización corresponde al ventrículo lateral, y en otro, al cuarto ventrículo.

Se hacen algunas consideraciones clínicas generales de este tipo de tumores, cuya incidencia es bastante rara. Se discuten asimismo desde el punto de vista histológico.

#### BIBLIOGRAFIA

- DAVIS, L. E. y CUSHING, H.—A. M. A. Arch. Neurol. e Psychiat., 13, 681, 1925.  
LICHENSTEIN, B. W.—A Textbook of Neuropathology. Phil.-London, 1949.  
RIO ORTEGA, P.—Anatomía microscópica de los tumores del sistema nervioso central y periférico. Madrid, 1933.  
SCHNEIDER, I. M.—Neurosurgical Pathology. Springfield, III, 1948.