

frant d'ulcère gastroduodénale; il produit une amélioration de l'état général et une sensation d'euphorie. Il améliore aussi la constipation.

Radiologiquement on observe: disparition du niche dans les ulcères récentes de courbature moindre; dans les ulcères duodénaux il modifie, dans certains cas, la déformité, mais pas dans

tous; dans les ulcères chronique le médicament n'a, dans la plupart des cas, qu'un léger effet.

Chez certains malades il se présente des hématèses qui obligent à suspendre la médication. D'autres complications, comme oedèmes ou augmentation de la tension artérielle ne se sont jamais présentées.

NOTAS CLINICAS

MENINGIOMA PERFORANTE DEL TENTORIO CON EXTENSION TEMPORAL Y CEREBELOSA

S. OBRADOR ALCALDE y J. M. ORTIZ GONZÁLEZ.

Servicio de Neurocirugía del Instituto Nacional del Cáncer, Madrid.

Los meningiomas representan una variedad bastante frecuente de los tumores intracraneales que aparecen con localizaciones muy diversas y variadas. En las casuísticas neuroquirúrgicas numerosas de CUSHING (1932), OLIVECRONA (material recogido por CASTELLANO y RUGGIERO, 1953, y GRANT, 1954), la frecuencia relativa de los meningiomas varía entre el 12 al 19 por 100. La localización más frecuente de los 803 meningiomas de la estadística de la Clínica de OLIVECRONA (CASTELLANO y RUGGIERO, 1953) corresponde a la región parasagital (32 por 100), esfenoidal (16 por 100) y a la convexidad de los hemisferios (cerca del 14 por 100).

En la fosa posterior la frecuencia relativa de los meningiomas, dentro de este grupo, es del 8 por 100, y el libro reciente de CASTELLANO y RUGGIERO (1953) revisa la literatura añadiendo una casuística personal de 68 ejemplos. Dividen los meningiomas de la fosa posterior, según el lugar de su implantación en la dura, en los siguientes grupos:

- 1) Meningiomas de la convexidad cerebelosa.
- 2) Meningiomas del tentorio.
- 3) Meningiomas de la superficie posterior del peñasco.
- 4) Meningiomas del clivus.
- 5) Meningiomas del foramen magnum.

La localización más frecuente de estos meningiomas de la fosa posterior corresponde a la región posterior del peñasco, originando síndromes del ángulo, y después a la implantación en la tienda del cerebelo. De los 21 ejemplos de meningiomas del tentorio del material de OLIVECRONA, algo más de la mitad (11 casos) correspondían al tipo llamado perforante, es decir, con una prolongación supratentorial al mismo tiempo que la subtentorial.

También RUSSEL y BUCY (1953) estiman la frecuencia relativa de los meningiomas de la fosa posterior como la décima parte aproximadamente de los meningiomas supratentoriales. Revisan 182 casos de la literatura, añadiendo 15 observaciones personales, y encuentran como los lugares más frecuentes de implantación el tentorio, ángulo ponto-cerebeloso, receso lateral, convexidad del cerebelo y clivus. Pero en algunos casos la dirección del crecimiento y la extensión del tumor son más importantes, desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico, que la implantación propiamente dicha. Así insisten, por ejemplo, en el hecho de que ciertos meningiomas del ángulo e incisura pueden extenderse hacia la fosa media y cómo los meningiomas tentoriales pueden tener prolongaciones por encima y debajo de la tienda.

Nuestra casuística personal de meningiomas operados en los últimos años abarca 82 casos en un total de 790 procesos expansivos intracraneales (613 tumores) y excluyendo los casos de hidrocefalias no tumorales y procesos diversos pseudotumorales (206 casos).

En nuestro grupo de 82 meningiomas teníamos 9 ejemplos de localizaciones estrictamente en la fosa posterior (4 en la convexidad cerebelosa en las cercanías del seno lateral y del tentorio, otros 4 en la región petrosa del ángulo ponto-cerebeloso y uno en foramen occipital). De los meningiomas supratentoriales, en

uno de la región petro-gasseriana se comprobó en la autopsia la extensión hacia la fosa posterior.

Meningiomas con implantación en la tienda del cerebelo teníamos 5 casos y de ellos en 3 sólo existía una masa supratentorial, pero en

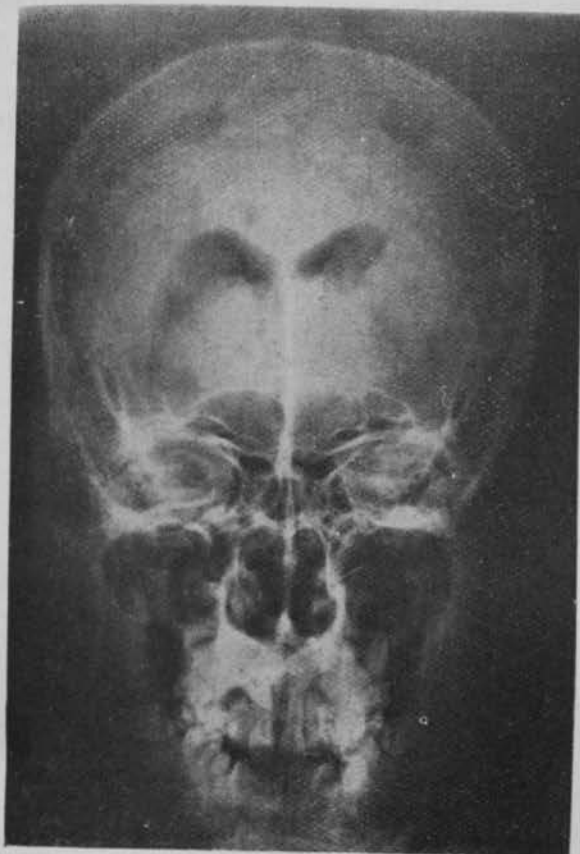


Fig. 1.

los otros 2 aparecía además de ella otra prolongación hacia la fosa posterior y corresponderían a los típicos meningiomas perforantes del tentorio. Uno de estos casos ha sido ya publicado anteriormente (OBRADOR y URQUIZA (1950) y el otro se resume a continuación:

I. C. F., enfermo de veintiún años. Enviado desde el Hospital Militar de Carabanchel por el doctor A. M. G. CORCÍN, y que ingresa en el Servicio de Neurocirugía del Instituto Nacional del Cáncer el 9 de junio de 1954 (historia clínica núm. 13.007).

Los antecedentes familiares y personales no tienen un interés patológico especial.

Comienzan sus molestias hace unos seis meses en forma de cefaleas generalizadas, aunque más acusadas en la región parietal izquierda. Estas cefalalgias se acompañan frecuentemente de vómitos. Ha perdido visión por ambos ojos y sobre todo por el lado izquierdo. Anorexia y pérdida de peso. No ha tenido crisis convulsivas, ni otros síntomas subjetivos de significación neurológica focal, aunque ha perdido bastante memoria.

En la exploración encontramos un enfermo bien constituido y nutrido. Cráneo doloroso a la percusión, especialmente en su mitad izquierda. Dolor a la presión del globo ocular izquierdo y en los puntos trigeminales de dicho lado.

Pares craneales: Estasis papilar bilateral con hemorragias. Nistagmus horizontal en miradas laterales y vertical rotatorio ("antiagujas del reloj"). Restos de pares, normal.

Motilidad, reflejos y sensibilidades sin alteración en los miembros y tronco. Tampoco se objetivan alteraciones en las pruebas cerebelosas.

Exámenes de laboratorio, sin interés patológico especial.

Radiografías simples de cráneo, negativas.

La ventriculografía preoperatoria demuestra unos ventrículos algo grandes sin desplazamiento alguno, pero con un defecto de repleción en el cuerno temporal izquierdo (fig. 1), que aparece en la posición lateral desplazado hacia arriba y con una irregularidad en su contorno inferior (fig. 2).

A continuación, y bajo anestesia general, se practica una amplia craniectomía osteoplástica parieto-temporal izquierda. Las punciones exploradoras descubren una resistencia subcortical en la región postero-inferior y después de extirpar un trozo de tejido cerebral encontramos un tumor rojizo, lobulado e irregular, con aspecto de meningioma, y que en el curso de la disección aparece implantado en la tienda del cerebelo. Extirpada la porción supratentorial a trozos, queda una apertura tentorial de unos 3 cm. de diámetro (fig. 3) y aparece entonces la prolongación infratentorial en la fosa posterior, que también se extirpa, y que había comprimido intensamente la cara superior del hemisferio cerebeloso, donde había dejado una gran depresión. Las figuras 4 y 5 reproducen esquemáticamente la situación del meningioma perforante del tentorio con sus prolongaciones supra e infratentoriales. Una vez terminada la extirpación completa y lograda una buena hemostasis se suturaron la dura y las partes blandas en la forma habitual.

El estudio histopatológico del tumor demostró un meningioma (profesor SANZ IBÁÑEZ).

La operación fué bien tolerada y el curso postoperatorio no tuvo complicaciones importantes.

Al salir de alta el enfermo, al mes de la intervención, el edema papilar estaba en regresión y los campos visuales presentaban una ligera reducción concéntrica

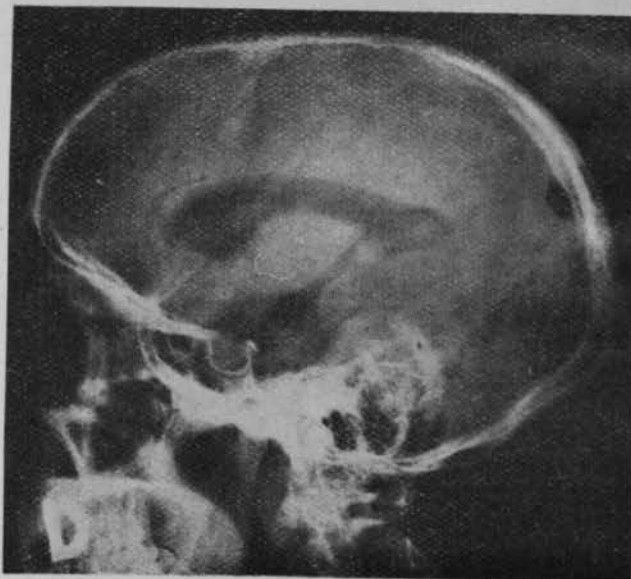


Fig. 2.

(examen del doctor R. BARTOLOZZI en la Clínica del profesor CARRERAS). Discreto nistagmus en las miradas laterales y resto de la exploración neurológica negativa.

COMENTARIOS.

Se ha señalado repetidamente que el diagnóstico clínico de los meningiomas de la fosa posterior, e incluso la sospecha de tumor en algunos de estos casos, puede ser difícil (RUSSELL

y BUCY, 1953). En el enfermo referido en este trabajo los signos neurológicos eran muy escasos (dolor ipsilateral del cráneo, nistagmus) y fué necesario recurrir a la ventriculografía preoperatoria para localizar el indudable tumor existente, según demostraba el cuadro de hipertensión intracraneal (cefaleas, estasis papilar).

PETIT-DUTAILLIS, GUIOT y PERINO (1953) presentan cuatro casos de meningiomas perforantes de la tienda del cerebelo y para estos autores el diagnóstico clínico se establece por asociación de un síndrome cerebeloso unilateral dominante y una hemianopsia homónima contralateral, juntamente con una evolución muy lenta y a veces con la presencia de calcificaciones intratumorales. Pero CASTELLANO y RUGGIERO (1953) sólo encontraban la hemianopsia en un número muy reducido de estos casos y las calcificaciones tumorales se presentaban solamente en un 13 por 100 de todos los meningiomas tentoriales.

La alteración ventriculográfica en el borde inferior y suelo de la porción temporal posterior del ventrículo del lado de la lesión apare-

bral serán de gran utilidad en el diagnóstico de los meningiomas tentoriales.

Las dificultades en el tratamiento de los meningiomas perforantes del tentorio han sido reiteradamente destacadas en la literatura neuroquirúrgica (CUSHING y EISENHARDT, 1938; CASTELLANO y RUGGIERO, 1953; RUSSELL y BUCY, 1953; PETIT-DUTAILLIS, GUIOT y PERINO, 1953). Estos últimos autores recomiendan la vía su-

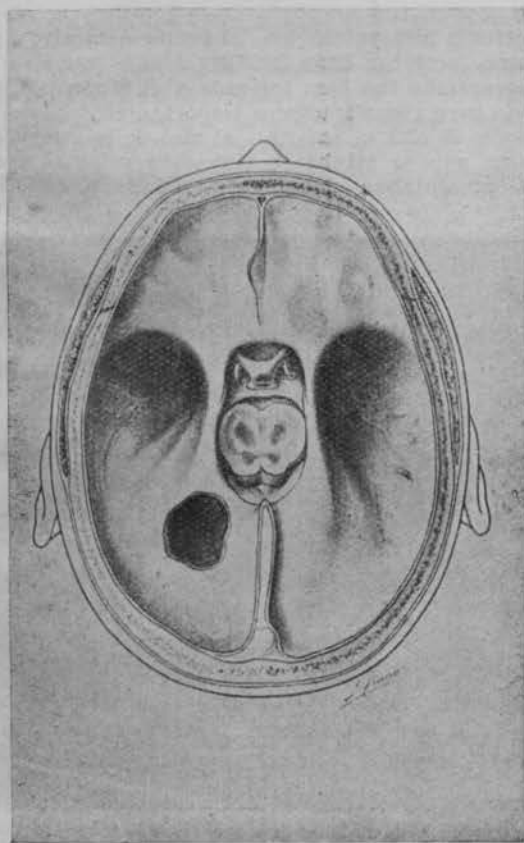


Fig. 3.

cía muy claramente en nuestro caso y llevó al diagnóstico correcto de localización. Esta imagen ventriculográfica ha sido considerada bastante típica de algunos meningiomas de la fosa posterior por D'ERRICO (1950). Para el futuro, piensan CASTELLANO y RUGGIERO (1953) que el empleo más sistemático de la neuromoencefalografía fraccionada y de la arteriografía verte-

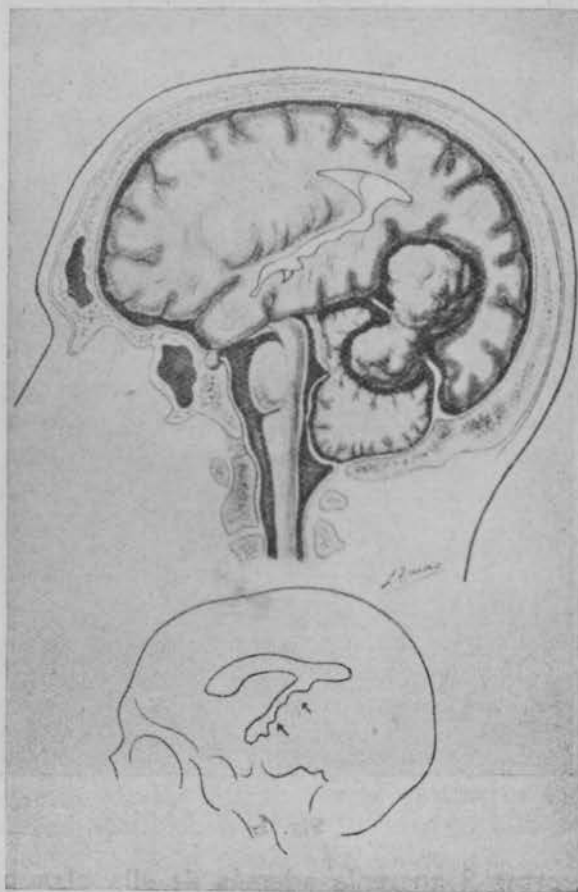


Fig. 4.

pramentorial y consideran inútil la apertura de la fosa posterior, mientras otros (D'ERRICO, 1950) emplean el acceso combinado occipito-cerebeloso, como hemos hecho también nosotros en algún caso, pero otras veces es suficiente la vía supratentorial para extirpar la porción supra e infratentorial del meningioma, según demuestra la observación relatada en este artículo. OLIVECRONA ha empleado la vía supratentorial y la combinación, en uno o dos tiempos, de las craneotomías suboccipitales y supratentoriales, pero considera preferible el acceso superior. La gravedad y el riesgo quirúrgico de los meningiomas de la fosa posterior está expresada por la mortalidad postoperatoria inmediata de cerca del 30 por 100 que encuentran RUSSELL y BUCY (1953) en el estudio de su casuística y de los casos de la literatura.

RESUMEN.

En nuestra casuística de 82 meningiomas operados de un total de 790 procesos expansi-

vos intracraneales (613 tumores) teníamos 9 ejemplos de meningiomas de la fosa posterior y 2 meningiomas perforantes del tentorio con una prolongación doble hacia la fosa posterior y otra supratentorial.

Se presenta la historia de uno de estos casos de meningioma perforante tentorial que producía síntomas de hipertensión intracraneal y escasos signos neurológicos focales. El diagnóstico se hizo por la imagen ventriculográfica. En la intervención, por vía temporal, se pudo abordar y extirpar, en un solo tiempo y con

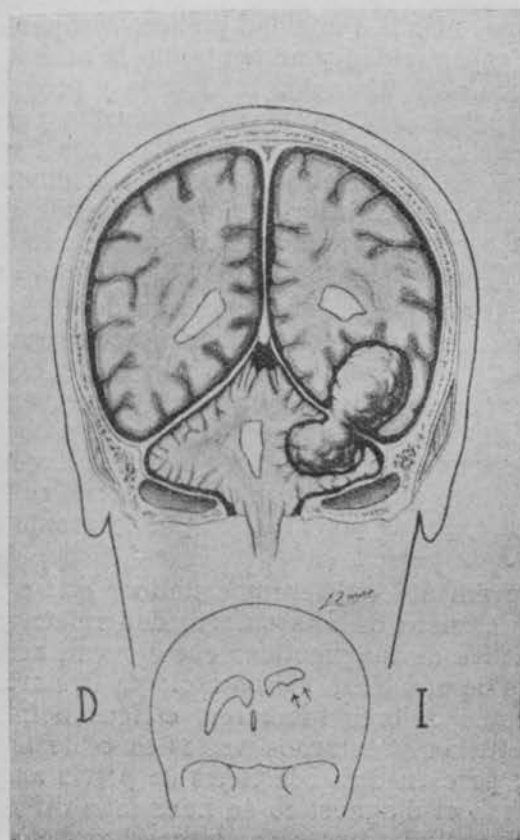


Fig. 5.

buen éxito, las porciones supra e infratentoriales del tumor.

Juntamente con los comentarios sobre esta observación personal se revisa la bibliografía de los meningiomas de la fosa posterior y especialmente de aquellos del tipo perforante de la tienda del cerebelo.

BIBLIOGRAFIA

- CASTELLANO, F. y RUGGIERO, G.—Acta Radiologica, Suppl. 104. Stockholm, 1953.
CUSHING, H.—"Intracranial tumours". Thomas, Springfield, 1932.
CUSHING, H. y EISENHARDT, L.—"Meningiomas". Thomas, Springfield, 1938.
D'ARRIGO, A.—Journ. Neurosurg., 7, 227, 1950.
GRANT, F. C.—Journ. Neurosurg., 11, 479, 1954.
OBRADOR, S. y URQUIZA, P.—Rev. Esp. Oto-Neuro-Oftalmol. Neurol., 9, 45, 1950.
PETIT-DUTAILLIS, D., GUIOT, G. y PERINO, F.—Rev. Neurol., 89, 523, 1953.
RUSSELL, J. R. y BUCY, P. C.—Surg. Gyn. Obst., 96, 183, 1953.

MUTISMO SUBJETIVO DE UNA HIDRONEFROSIS CONGENITA

A. TORRA HUBERTI.

Instituto Policlínico de Barcelona.
Jefe de la Sección de Urología.

Ante la gran variedad de clases de hidronefrosis, es conveniente proceder a una ordenación de las mismas y hacer una especial mención de las de tipo congénito, por ser de esta clase la que hoy nos ocupa preferentemente.

Una distinción debe hacerse entre hidronefrosis mecánica e hidronefrosis congénita.

La mecánica, débese a múltiples obstáculos que se localizan en el cuello ureteral o porción adrenal del uréter: unos, intrínsecos, como el cálculo ureteral atascado a este nivel; la estenosis adquirida, la acodadura ureteral y las adherencias inflamatorias periureterales, y otros, extrínsecos, como los tumores y tumoraciones que comprimen al conducto.

No todas las hidronefrosis mecánicas están motivadas por obstáculos patológicos como los citados, sino que los hay asimismo originados por una única causa congénita bien delimitada en el sector mencionado. En estos casos, el riñón ha llegado a un perfecto o casi perfecto desarrollo embriológico, pero persiste algún estigma meso o metanefrótico que incluye el obstáculo mecánico entre las causas congénitas. Uno de estos más frecuentes obstáculos está constituido por el vaso anómalo que, dirigiéndose hacia el polo renal inferior, comprime el uréter y crea un estado espástico reflejo que da origen a la pequeña hidronefrosis dolorosa. En otras ocasiones es de observar la estenosis congénita de la parte adrenal del uréter, pero no una estenosis circunscrita, sino de casi todo este segmento, que se presenta al observador como atrofiado o hipoplásico; otras veces queda formado un espolón o una formación valvular en la citada región o existe una defectuosa implantación del uréter en la pelvis renal que impide el libre curso de la orina.

Con lo mencionado ponemos de manifiesto que la hidronefrosis mecánica no siempre está motivada por una lesión patológica no congénita, sino que existen asimismo lesiones limitadas congénitas que pueden originarla y sobre las que debemos dirigir especialmente nuestra mirada terapéutica.

El aspecto normal de la cavidad pielocalicular, más o menos dilatada, que presentan estos riñones hidronefróticos no llegados a la categoría de sacos, es decir, a la fase de inversión del relieve interno, les asemeja más bien a una pielonefroectasia que a una hidronefrosis, palabra que parece ligada preferentemente al tipo congénito. Bueno es recordar la existencia de una variedad morfológica especial de la hidronefrosis mecánica adquirida, cual es la hidronefrosis intrarrenal calculosa, en la que la di-