

SUMMARY

Some characteristic clinical cases are reported of hydatid cyst of the liver in Vizcaya, a province in which this condition is not very common. It is important in differential diagnosis of liver disease to considerer hydatid disease and distinguish it from hepatomegaly and from biliary lithiasis with which it may be confused.

ZUSAMMENFASSUNG

Es werden einige klinisch bezeichnende Fälle von Leberechinokokkus beschrieben, ein Leiden welches in einer Provinz wie Biskayen nicht alzu häufig vorkommt. Bei einer Differenzial-

diagnose, hauptsächlich der Hepatomegalien und Gallensteinerkrankungen, wird als angezeigt empfohlen auch die Leberhydatidose in Betracht zu ziehen, mit der es oft zu Verwechslungen kommen kann.

RÉSUMÉ

Présentation de plusieurs cas cliniques démonstratifs de kyste hydatidique hépatique dans une province, comme Vizcaya, où cette affection n'est pas fréquente. On recommande, en faisant le diagnostic différentiel, principalement avec les hépatomégalies et avec la lithiasis biliaire, d'y ajouter l'hydatidose hépatique avec laquelle on peut facilement se tromper.

NOTAS CLÍNICAS

NEURALGIA DEL TRIGEMINO SECUNDARIA A IMPRESIÓN BASILAR Y PLATIBASIA

S. OBRADOR y J. R. BOIXADÓS.

Servicio de Neurocirugía del Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas. Profesor: C. JIMÉNEZ DÍAZ. Madrid.

En diversas publicaciones de nuestro grupo hemos descrito los aspectos neurológicos, radiográficos y quirúrgicos de los síndromes producidos por las impresiones basilares, platibasias y otras malformaciones de la región occipitocervical (REV. CLÍN. ESP., 28, 180, 1948; 32, 21, 1949; 52, 217, 1954, y Arch. Neurocir. Buenos Aires, 7, 13, 1950).

De nuestra casuística total de nueve ejemplos de impresión basilar y platibasia, el último caso tiene un especial interés clínico porque la enferma aquejaba solamente dolores en el área del trigémino derecho. Ninguno de los otros enfermos de este grupo había presentado preoperatoriamente este síndrome, aunque en algunos estaba disminuido el reflejo corneal, y solamente el primer caso personal presentó también dolores trigeminales unilaterales varios años después de la intervención.

El resumen de la historia de la enferma es el siguiente:

P. D. P., enferma de treinta y dos años, soltera, enviada por el doctor ARMESTO GARCÍA, de Lugo.

Ingresa en el Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas (Clínica de la Concepción) el 11 de abril de 1955.

La historia actual comienza hace cuatro años con dolores en la mitad derecha de la cara, que se iniciaron en el territorio de la segunda rama del trigémino, y se extendieron por toda su área y especialmente hacia la primera rama. Los dolores aparecen en forma brusca, "como un latigazo", durando dos o tres minutos, y quedando después un dolor continuo, sordo y constante en la misma región. Las crisis intensas se sobreañadian a esta molestia, más duradera y constante, y se desencadenaban espontáneamente o al hablar, masticar, etcétera. Ultimamente, además de los dolores, ha presentado también, en el área del trigémino derecho, sensaciones parestésicas y "acorcharamiento".

A parte de estos dolores trigeminales, la enferma no aquejaba ninguna otra molestia; pero su aspecto somático, con un cuello muy corto, cabeza grande, ladeada, y fosa posterior encajada y pequeña, eran típicos de una impresión basilar occipital (figs. 1 y 2). La motilidad cervical, activa y pasiva, estaba muy limitada, especialmente para la retroflexión y movimientos de lateralización. El perímetro céfálico era de 51 cm. y se percibía una asimetría facial. También el hombro izquierdo estaba más elevado y la columna presentaba una desviación escoliótica. Hábito corporal, frágil y asténico, con cierto grado de aracnodactilia.

Pares craneales: Fondo de ojo normal. Motilidad ocular y reflejos pupilares, normales. No aparecía nistagmus. Disminución del reflejo corneal derecho. Hipostesia táctil y dolorosa en el territorio trigeminal derecho. Facial y auditivo, bien. Buena motilidad del velo del paladar con situación normal de la úvula. Poca fuerza e inervación en ambos esternocleidomastoideos. Algunas fasciculaciones lingüales generalizadas.

El resto de la exploración neurológica era completamente normal y no existía ninguna modificación de la fuerza, tono, reflejos y sensibilidades ni en las diferentes pruebas cerebelosas.

Exámenes hematológicos sin interés especial.

Radiografías de cráneo: En la posición lateral se apreciaba una platibasia marcada con gran impresión basilar, asimilación de atlas y encajamiento cervical en la fosa occipital (fig. 3). En la posición antero-posterior se confirmaba la elevación de la punta de la apófisis odontoides por encima de la línea de Fischgold.

En la primera intervención (13 de abril de 1955) practicamos, bajo antestesia general, una craniectomía suboccipital con incisión en la línea media y con la enferma en posición sentada. El arco posterior del atlas era muy rudimentario y estaba asimilado al occipital. Despues de la craniectomía suboccipital, y abierta la dura, se exploró la región del ángulo ponto-cerebeloso derecho, rechazando el hemisferio cerebeloso. La disposición anatómica de esta región estaba muy alterada y la elevación ósea anterolateral, en forma de un acusado promontorio, dislocaba la posición de los pares craneales. El agujero rasgado posterior estaba elevado y los



Fig. 1.



Fig. 2.

nervios IX, X y XI aparecían estirados. Inmediatamente por encima se encontraba el poro acústico interno y el VII y VIII nervios estaban muy distendidos sobre el promontorio óseo de la fosa posterior y muy próximos a los pares más inferiores. El trigémino no podía reconocerse a pesar de una perfecta exposición de la región profunda tentorial. Incluso levantando con sumo cuidado el facial y auditivo, apenas visualizamos algunas fibras situadas por debajo y delante, que se seccionaron pensando se trataba de la raíz del trigémino. No existía malformación de Arnold-Chiari, aunque las amigdalas cerebelosas estaban ligeramente descendidas. Sutura de la dura y partes blandas con puntos sueltos de seda en la forma habitual.

El curso postoperatorio fué bueno, pero la sección trigeminal fué insuficiente, según demostró la persistencia de los dolores y conservación parcial de la sensibilidad de la cara. Además, quedó una afectación del facial y auditivo derechos.

En una segunda intervención (29 de abril de 1955), y también bajo antestesia general, abordamos la región del ganglio de Gasser, por la vía subtemporal y extradural de Frazier. La disposición anatómica de la fosa media también era bastante anormal y fué necesario resechar, con escoplo, algunas porciones del hueso. Despues de disecar la dura, que estaba muy adherida, y exponer la región del ganglio de Gasser y el cavum se abrió este último haciendo una sección retrogasseriana de la raíz.

La intervención fué bien tolerada y se logró una completa anestesia en el territorio del trigémino derecho y una desaparición de los dolores que tanto sufrimiento producían a la enferma. Antes de salir de alta se practicó una tarsorrafia del ojo derecho para proteger la córnea (doctor LEOZ).

COMENTARIOS.

El cuadro de neuralgia de trigémino de esta enferma tenía algunas características de una neuralgia secundaria, como el dolor sordo y

constante de la cara, acompañado de "acorcharamiento". Pero sobre este fondo las crisis accesionales recordaban al "tic doloroso" por la aparición brusca e intensa, de corta duración y en forma paroxística, iniciada muchas veces por los movimientos de la musculatura facial.

En el examen físico y radiográfico la existencia de una impresión basilar con platibasia era evidente. Además, la afectación de la sensibilidad del área trigeminal y del reflejo corneal indicaban claramente el carácter secundario de la neuralgia.

Desde el punto de vista patogénico, el estiramiento de la raíz sobre el promontorio óseo antero-lateral de la fosa posterior, que ocurre en las impresiones basilares tan acusadas como ésta, debe considerarse responsable del cuadro.

Terapéuticamente fracasó el primer intento de seccionar la raíz en la fosa posterior y tuvimos que recurrir a la sección retrogasseriana subtemporal, que suprimió por completo los dolores al interrumpir el nervio estirado y distendido desde su salida de la protuberancia hasta su anclaje en la dura de la región del ganglio de Gasser en la fosa media. Otra alternativa quirúrgica que consideramos era la práctica de una descompresión amplia de la raíz trigeminal del tipo Tarnhooj, pero el resultado era mucho más inseguro y la enferma deseaba una curación radical de sus molestias. De todas for-

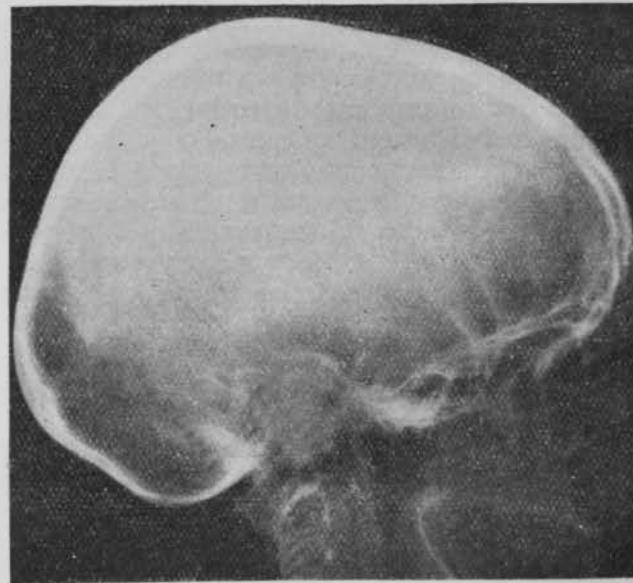


Fig. 3.

mas, este caso confirmaría, en cierto modo, el concepto patogénico de TARNHOOJ en el sentido que la distensión del trigémino pueda ser la causa de las crisis neurálgicas, aunque en el gran grupo de las neuralgias idiopáticas, no secundarias, no tenemos datos evidentes en favor de este origen.

RESUMEN.

En un material de nueve casos operados de impresión basilar y platibasia tenemos un ejem-

pleo con sintomatología clínica casi exclusiva de neuralgia secundaria del trigémino. Se presenta la historia de este caso y el tratamiento quirúrgico, que consistió en un intento fracasado de seccionar la raíz por vía posterior, y la práctica, en un segundo tiempo, de una sección retrogasseriana subtemporal, que llevó a una desaparición completa de los dolores.

Se discute brevemente la patogenia de la neuralgia trigeminal en estas malformaciones de la fosa posterior y el papel patogénico del estiramiento y distensión del nervio a su paso desde la protuberancia hasta la fosa media.

SÍNDROME NEFRÓSICO (*)

J. CARRERAS PICÓ y A. VALLEJO IÑIGUEZ
DE CIRIANO.

Clinica Médica del Hospital Civil de Vitoria.

El síndrome nefrótico es acaso uno de los síndromes de la Patología más revisados dados los horizontes, siempre renovados, que ha ido ofreciendo su patogenia. Conceptuado primitivamente como expresión de mera afección tubular, ha sufrido una interesante evolución en el mecanismo genético de sus manifestaciones, que ha conducido a considerarle como afección más de índole general que local y, últimamente, a identificarle como expresión del fallo o fracaso de complejas intervenciones del riñón en facetas variadas del metabolismo.

Su etiología es variada y, por nuestra parte, la revisión de los casos observados los agrupa del modo siguiente:

1. Sintomáticas de una infección (albuminurias leves, cilindrurias, ligeros edemas), reversibles al remitir aquella.

2. En la tuberculosis evolutiva. En la sífilis (monosintomática o injertada en el cuadro de la hipertensión maligna, nefrógena, de la lúes antigua).

3. Tóxicas (áuricas, necrotizantes mercuriales). Metabólicas (diabetes, gota).

4. Con amiloidosis renal, en supurativos crónicos.

5. Postnefritis, esto es, las que aparecen en el curso o como evolución de las nefritis, como suele serlo la mayoría de las nefrosis juveniles, si bien muchos casos adquieren desde el principio un relieve exclusivo nefrótico, no obstante lo cual el hallazgo, en la historia, de episodios nefríticos inadvertidos o la comprobación, en su curso evolutivo, de elementos genuinos de nefritis, nos autorizan a considerar tales ne-

frosis como postnefriticas. No olvidemos, sin embargo, la posibilidad admitida de que una nefrosis genuina y pura pueda, a la larga, terminar en un cuadro maligno de insuficiencia renal, con lo que el concepto resulta así opuesto al clásicamente admitido. Comprendemos que, en la clínica, resulte inseguro el excluir la posibilidad de que semejante episodio terminal no tuviese ya su antecedente—en latencia—en el cuadro y se tratase, en consecuencia, de una reviviscencia de nefritis inaparentes.

Reviste cierto interés un caso estudiado recientemente, cuya naturaleza y evolución sugiere algunos comentarios:

J. San Miguel, de setenta y seis años de edad, siempre había sido un sujeto sano, sin tara ni afección alguna personal o de índole familiar destacable. Se le investigaba la orina de vez en cuando porque, al parecer, hacia seis o siete años se había hallado alguna vez una pequeña glucosuria (4-5 gr.) y la curva de glucemia accusó una recuperación tardía de la glucemia inicial, si bien los niveles parciales glucémicos fueron poco elevados. Hace algo más de un año se miró también si tenía albúmina, hallando 8 gr. por 1.000, sin alteración alguna en el sedimento. Se investigó la urea sanguínea, que era normal (0,20 gr.). Su presión arterial era normal también, de 14/9. La albuminuria persistió tenazmente, oscilando entre 8, 10, 12 y aun 14 gramos, en igual situación general perfectamente soportada. En los meses sucesivos aparecieron edemas exclusivamente en pies, tobillos y piernas y, meses más tarde, el edema fué rápidamente extendiéndose a otros territorios laxos (escroto y pene, dorso de manos, párpados) y también muslos, lomos, espalda, hasta adquirir cuantía muy considerable. La presión arterial se mantuvo igual, con corazón normal, y la urea en sangre siempre en valores bajos, similares al primero. La tasa de proteínas totales sanguíneas fueron de 4,12, 4,16 y 5,35 por 100.

Se le trató con cloruro amónico, urea y dieta asódica sin resultado. Igualmente sin éxito se le administró tiroxina y algún ciclo de tebeuno, por analogía con su empleo en la nefrosis infantil.

Asistimos después a una fase en la que, en su grado máximo de edemas, presentó accesos evidentes de asma cardial y subedema de pulmón. La tensión arterial ascendió entonces a 15/10 y 18/12 y los ataques de disnea fueron bastante fuertes. Merced a una dieta mucho más severa, estrofanto, y la decisión de administrarle Novurit intramuscular asociado a cloruro amónico "per os", se logró conjurar la situación, mejorando mucho el estado circulatorio, provocando diuresis de 3 y 4 litros y una aceptable remisión de los edemas. La orina se mantuvo con igual albuminuria, sin nada en el sedimento, salvo el hallazgo una de las veces de cilindros exclusivamente hialinos, con densidad de 1.015 a 1.017 y urea sanguínea siempre alrededor de 15 a 20 centigramos por 1.000.

Hace tres meses se le hizo un examen de sangre más amplio hallando:

Velocidad de sedimentación, 96 mm. en una hora.

Proteínas totales, 4,81 por 100.

Weltmann tan sumamente corto que calificamos de "nulo".

Cadmio, positivo (++). Hanger, negativo.

En el diagrama electroforético se comprueba lo inaparente de las bandas correspondientes a la albúmina y gamma globulina, predominando las alfa y beta.

El suero sanguíneo nos pareció de aspecto lactescente-opalino y, efectivamente, la colesterolina total era de 4 gramos por 1.000.

La constelación de reacciones, como se ve, es típica de las nefrosis y coincide con la que describen WUHRMANN y WUNDERLY¹.

(*) Comunicación Congr. Med. Int. Madrid, VI, 1955.