

congénitas y el interés reciente de estos problemas cardíacos aumentará, sin duda, las observaciones de este tipo en el futuro.

BIBLIOGRAFIA

- BELLER, A. J.—*Journ. Neurosurg.*, 8, 239, 1951.
 COHEN, I., BERGMAN, P. S. y MALIS, L.—*Journ. Neurosurg.*, 8, 225, 1951.
 GLUCK, R., HALL, J. W. y STEVENSON, L. D.—*Pediatrics*, 9, 192, 1952.
 INGRAHAM, F. D. y MATSON, D. D.—*"Neurosurgery of infancy and childhood"*. Thomas, Springfield, 1954.
 LAFON, R., LABANGE, R., CADILHAC, J., VLAOVITCH, B. y SUIRE, A.—*Rev. Neurol. Paris*, 94, 386, 1956.
 ROGER, H., POURSIRES, Y. y ROGER, J.—*Rev. Neurol. Paris*, 86, 209, 1952.
 SMOLIK, E. A., ELATNER, R. J. y HEYES, F. M.—*Journ. Amer. Med. Assoc.*, 130, 145, 1946.

TUMORACION INTRATORACICA DE ETIOLOGIA INCIERTA

RAÚL CAPOTE.

Hospital Civil (Santa Cruz de Tenerife).

Considero de interés la publicación de este caso, porque como se verá en la reseña del mismo, si bien el problema terapéutico se resolvió totalmente con éxito, el diagnóstico nos planteó un problema que no ha sido resuelto ni aun con el estudio histopatológico de la pieza después de extirpada. Nuestra ilusión es que comunicaciones posteriores, de otros colegas que hayan tenido en sus manos casos similares al que nos ocupa, nos den la luz para aclarar la etiología de este proceso.

El caso es el siguiente:

Enferma N. R. D., de diecinueve años de edad, soltera, natural de San Miguel de Geneto (Tenerife).

Antecedentes familiares.—Sin importancia.

Antecedentes personales.—Sin importancia. Menstruación, cada quince días, desde hace dos años.

Enfermedad actual.—Después de una bronquitis, como tardara más de lo corriente en recuperarse, consulta a su médico aquejando cansancio e imposibilidad de dormir acostada sobre el lado izquierdo, porque dice faltarle el aire en esa posición. Al hacer la exploración radioscópica de rutina se descubre una imagen, al parecer de aspecto normal, en el hemitórax derecho (fig. 1). La enferma es remitida por su médico a nuestra consulta, donde se practica una radiografía lateral (fig. 2), a la vista de la cual pensamos se trata de una tumoración posterior, al parecer extrapulmonar, y situada en la gotiera costovertebral.

Análisis de sangre.—Hemáties, 4.100.000. Hb., 82 por 100. V. G., 1. Leucocitos, 5.200. Basófilos, 1. Eosinófilos, 6. Presegmentados, 8. Segmentados, 58. Linfocitos, 13. Monocitos, 14. Velocidad de sedimentación, 15-32 mm.

En vista de la discreta eosinofilia, que hace pensar en una enfermedad parasitaria, se practica un Cassoni que da resultado negativo. Aunque en Canarias no hay quistes hidatídicos, se

piensa en la posibilidad de que se trate de un quiste de esta naturaleza por lo anodino de los análisis de sangre, la velocidad de sedimentación baja, la juventud de la enferma y el buen estado general de la misma, que hacen pensar en un proceso benigno. Pero la negatividad de la reacción de Cassoni y la no existencia de esta

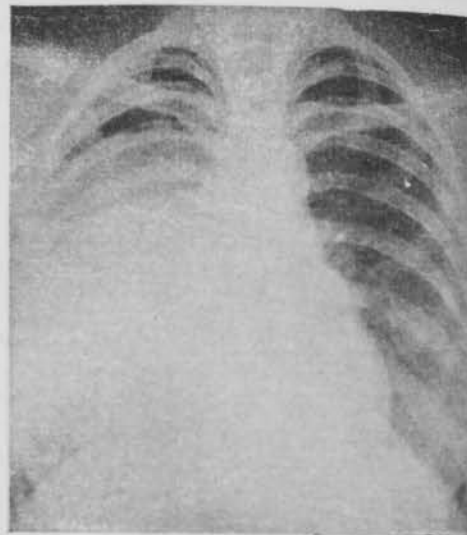


Fig. 1.—Radiografía antero posterior de tórax.

enfermedad en nuestro medio, nos hacen desistir de tal diagnóstico.

En el tiempo transcurrido desde que se operó esta enferma hasta la fecha, el autor ha tenido ocasión de intervenir dos quistes hidatídicos, uno de pulmón y otro de hígado, en indi-

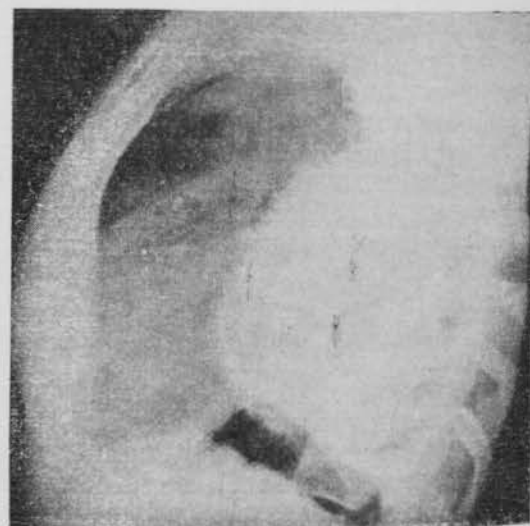


Fig. 2.—Radiografía lateral de tórax.

viduos que han vivido siempre en estas islas, lo cual demuestra que si esta enfermedad no es frecuente en estas latitudes, no por ello es imposible la aparición de casos aislados.

Pensamos entonces en las tumoraciones de la pleura parietal y en los tumores nerviosos de la gotiera costovertebral. Los primeros (endotelomas, generalmente malignos), los descar-

tamos por la velocidad de sedimentación baja, falta de dolores, etc. Los tumores benignos de la pleura visceral (fibromas, etc.) son más raros y cursan generalmente con dolores reumatoideos, etc.

De los segundos (ganglioneuromas o neurofibromas), rechazamos los ganglioneuromas—también denominados simpaticoblastomas—, porque suelen cursar con los síntomas propios del bloqueo del sistema nervioso simpático o ese nivel, o sea, con un síndrome de Claudio Bernard-Horner, falta de sudoración en el hemitórax de ese lado, etc. Entonces nos quedamos con el diagnóstico de neurofibroma intercostal, tumor nervioso a expensas de un nervio intercostal a la salida del agujero de conjunción intervertebral. Este es el tumor más frecuente de la gotiera costovertebral. Suele ser asintomático y generalmente se diagnostica como hallazgo en una exploración radiológica de rutina. Normalmente suelen ser sujetos jóvenes sin trastornos de ninguna especie, a no ser cuando, dado su enorme tamaño, producen neuralgias intercostales o paresias y parálisis de los miembros por compresión medular, cuando el tumor crece no sólo hacia afuera del agujero de conjunción—hacia la cavidad torácica—, sino también hacia adentro del canal medular, teniendo entonces la forma de un reloj de arena. Claro está que, en estos casos, casi siempre es infinitamente mayor la parte intratorácica que la otra; pero es un dato que conviene conocer en estos casos, puesto que si en la intervención no se extirpa completamente el tumor, incluso practicando una laminectomía si fuera necesario para extirpar la parte tumoral desarrollada dentro del canal medular, es frecuente que regresen los enfermos después de seis meses o un año con una parálisis o paresia de los miembros superiores o inferiores, según que el tumor sea a expensas de los primeros o de los últimos nervios intercostales.

En el meningocoele intratorácico sólo pensamos como una posibilidad remota, dada la rareza de esta entidad nosológica. Precisamente en el *Journal of Thoracic Surgery* (julio del 53) hay una comunicación de SEARS CLAYTON (Texas) a propósito de un caso de él mismo, en el que revisa la literatura mundial y sólo hay 14 más publicados, casi todos ellos asociados con neurofibromatosis, a excepción de tres.

Como además nos daba la impresión nuestro caso de una tumoración sólida por las calcificaciones que se apreciaban en los cortes tomográficos, descartamos este diagnóstico.

Para cerciorarnos de que la tumoración era extrapulmonar, practicamos un neumotórax con 750 c. c. de aire en una sola sesión y a continuación practicamos la radiografía número 3. Como se puede observar en la misma, se ha colapsado el vértice pulmonar y ha desaparecido la trama parenquimatosa que se veía en las radiografías números 1 y 2, sin sufrir desplazamiento alguno la sombra tumoral, lo cual abo-

gaba en favor de una tumoración parietal y no parenquimatosa.

En vista de esto prescindimos de la exploración broncoscópica por considerarla innecesaria, ya que no aportaría ningún nuevo dato que contribuyese a esclarecer el diagnóstico, la etiología o naturaleza anatomopatológica de la imagen tumoral. No quedando más exploración por practicar que la toracotomía, que además serviría para poner en práctica el tratamiento quirúrgico pertinente al caso, se practicó aquella dentro de las veinticuatro horas después de la instauración del neumotórax.

Generalmente en nuestros enfermos, a quienes les va a ser practicada una toracotomía, y nos vemos obligados a practicar un neumotórax previo, bien porque sean candidatos a la neumectomía—y pretendamos acomodarnos de antemano a la situación en que van a quedar después de ésta—, bien porque lo hagamos como prueba funcional diagnóstica, como era en este caso, procuramos hacerlo a lo sumo cuatro o cinco días antes de la intervención. En esta enferma en particular, en que no pretendíamos una acomodación de las funciones cardiorrespiratorias a la situación en que quedaría después de una resección pulmonar—ya que de antemano suponíamos que en lugar de mutilar el parénquima pulmonar íbamos a poner en función el que estaba atelectasiado por la compresión tumoral—, preferimos no dejar pasar ni veinticuatro horas después de la instauración del neumotórax, por la razón de que se corre el peligro de contaminar la cavidad torácica, por muy asépticas que sean las manipulaciones del neumotórax, complicando así con la infección una intervención que, como la toracotomía, no debe tener riesgo alguno.

La anestesia usada fué: Intratraqueal con inyección de 2 c. c. de Ametocaína, al medio por ciento, a través del espacio intercríticoideo. Inducción con pentothal, curare, intubación oral con sonda endotraqueal, anestesia de sostén con éter y oxígeno en circuito cerrado.

Operación: Enferma en decúbito prono, ligeramente inclinada hacia el lado enfermo (Face-down position de Overholt). Incisión posterolateral de toracotomía standard. Aunque habitualmente entramos en la cavidad torácica a nivel de la sexta costilla, en este caso, orientándonos por la situación del tumor en la radiografía, preferimos extirpar la séptima. Al incidir la pleura parietal, aparece una tumoración del tamaño de una cabeza de feto y el pulmón colapsado, hasta el punto que sólo se ve la tumoración, identificándose el pulmón por palpación en la parte anterior y superior del tórax, ya que el gran volumen de la tumoración imposibilitaba la visión de aquél. La tumoración tiene un aspecto de tensión que a la palpación se confirma, dando la sensación de no ser maciza, sino de contenido líquido a tensión. Al palpar la tumoración pensamos otra vez en el meningocoele intratorácico; pero la exploración nos

convence de que no existe ningún pedículo, sino que se trata de una colección líquida—ignoramos de qué naturaleza—de implantación sesil, con una base que se extiende desde el arco posterior de la quinta costilla hasta la décima, en sentido céfalo-caudal, y desde la parte media anterior de los cuerpos vertebrales hasta unos

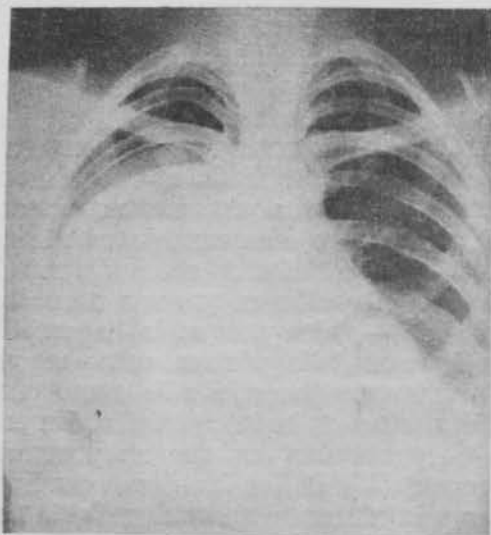


Fig. 3.—Neumotórax preoperatorio. Obsérvese cómo a pesar del colapso del parénquima pulmonar la tumoración conserva la misma topografía.

ocho traveses de dedo a lo largo de los arcos costales posteriores en sentido transversal. Se practica una punción exploradora que confirma nuestras sospechas, saliendo un líquido amarillento rojizo de consistencia de clara de huevo. Entonces incidimos la pleura parietal posterior a nivel del sitio más prominente de la colección quística—previa protección de la cavidad torácica con compresas—e introducimos el aspirador a través de la incisión para aspirar el contenido de la bolsa con objeto de disminuir la tensión de la misma. En vista de que el aspirador se obstruye fácilmente debido a lo espeso del líquido aspirado, incidimos completamente la bolsa para inspeccionar su contenido. Las paredes de la bolsa tienen un espesor de medio centímetro y al parecer están formadas por dos capas independientes: la externa o intratorácica, por la pleura, y la interna o intraquística, por un tejido, al parecer conjuntivo, con grandes núcleos de calcificación. Ambas capas están íntimamente adheridas, siendo imposible la disección y separación completa de ellas. El contenido de la bolsa quística está formado por una colección de “bolas gelatinosas” de variado tamaño, desde el de una uva hasta el de una mandarina, con el mismo color que el del líquido aspirado en la punción, aunque mucho menos rojizo. Digo bolas y no “vesículas” porque, aunque a la impresión visual parecían vesículas, no existían membranas que revistieran a estas formaciones, y al sacarlas con las manos y colocarlas en la mesa auxiliar se aplasta-

ban lentamente extendiéndose como una gelatina.

El aspecto “in situ” de la colección quística recordaba el de la mola hidatiforme. Lamento no poder remitir fotografía de la pieza “in situ”, que hubiera sido más demostrativa que la descripción, pues la fotografía de la pieza extirpada, después de deshechas las bolas de gelatina, carecerían en absoluto de valor.

El tratamiento consistió en la extirpación de todas estas “bolas” y resección de la membrana quística en bloque con la pleura sobrante, que ahora quedaba flácida al vaciar el contenido. Se respetó la vena ácigos y el conducto torácico y se suturó la pleura remanente previa hemostasia del lecho quístico y colocación de una esponja de Gelfoam en el mismo, quedando la pleura perfectamente adaptada al plano costal. Se reexpande el pulmón atelectasiado, se deja drenaje a nivel del seno costodiafragmático, se introduce en la cavidad torácica un millón de unidades de penicilina y 1 gr. de estreptomycin disueltas en 50 c. c. de suero fisiológico y se cierra el tórax por planos. Aspiración continua durante cuarenta y ocho horas.

El curso postoperatorio sin complicaciones, salvo las incidencias propia de esta cirugía.

La radiografía número 4 indica el estado de la enferma cuatro meses después de la intervención.

El líquido gelatinoso y los tejidos que formaban la pared del quiste se remiten al laboratorio para su análisis histopatológico. El infor-

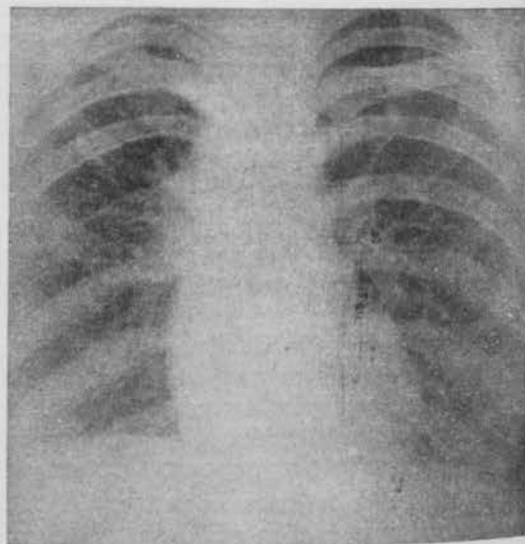


Fig. 4.—Radiografía de la enferma a los cuatro meses de operada.

me del anatomopatólogo (doctor ALBELA) dice así: “Imagen citohistológica residual, de productos de reabsorción difícil, en los que aparecen calcificaciones amorfas y macrófagos, células gigantes con corona periférica de núcleos (célula de tipo Langhans) tratando de fagocitar los materiales restantes.”

COMENTARIO.

Después de esta breve exposición creemos se debe dar por terminado este caso sin procurar buscar la etiología o patogenia de esta formación quística.

Que no se trata de una tumoración está claro, pues no existe crecimiento anormal de ningún tejido del organismo.

La posibilidad de una colección linfática, por posible rotura del conducto torácico, con curación espontánea, hay que descartarla, pues el líquido no tenía el aspecto de linfa, aunque ésta podía haberse alterado con el tiempo pasado después de la extravasación, pero la composición tampoco era la de la linfa.

Nuestra impresión particular es que se trataba de una colección de origen exógeno, posiblemente de etiología parasitaria. Lo más probable, un quiste hidatídico cuya membrana estuviera completamente degenerada y calcificada, lo que hace difícil su identificación. Los parásitos posiblemente murieron hace tiempo: de ahí que no aparezcan en los estudios practicados por los doctores ALBELA y VIVANCOS.

Pese a que el quiste hidatídico no es enfer-

medad que se vea por estas latitudes, puede que en este caso estuviéramos frente a uno de ellos, curado espontáneamente por muerte de los parásitos, si bien a favor de este diagnóstico sólo tenemos la eosinofilia, el aspecto hidatiforme del contenido quístico y el aspecto de la membrana quística calcificada, y en contra la reacción de Cassoni negativa, la falta de membranas típicas y la no existencia de esta enfermedad en las islas. Claro está que muertos los parásitos bien pudiera convertirse en negativo el Cassoni.

Así, pues, nuestra intervención pudiera haber sido la extirpación de "un cementerio de quistes hidatídicos" que ha servido para reexpandir un pulmón semicolapsado por la compresión de aquél.

Creo que el caso tiene interés, bien si se acepta esta etiología por la caprichosa localización como si no se acepta, pues en este caso seguiremos con nuestra duda diagnóstica, aunque afortunadamente la enferma haya resuelto su problema terapéutico, ya que ha sido vista por nosotros recientemente, o sea cuando lleva casi tres años de operada, y se encuentra perfectamente, con la curiosidad de que ahora menstrua normalmente y ha desaparecido la eosinofilia.

REVISIONES TERAPEUTICAS

ESTEROIDES CORTICALES EN DERMATOLOGIA

I.—Los nuevos derivados de los corticoesteroides y su empleo en terapéutica dermatológica.

J. GÓMEZ ORBANEJA, PEDRO A. QUIÑONES y A. RISCO.

Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina.
Cátedra de Dermatología: Prof. GÓMEZ ORBANEJA.

Desde la introducción en la terapéutica de la cortisona —y de la hormona hipofisaria corticotropa o ACTH—, diversas investigaciones se orientaron hacia el estudio de nuevos esteroides corticales y derivados químicos de los mismos que pudieran ser de utilidad aún mayor en la clínica. La elevada cuantía de la dosis necesaria para lograr los efectos terapéuticos deseados, y los riesgos que en estas condiciones entrañaba el tratamiento cortisónico, eran inconvenientes que justificaban sobradamente la necesidad de estas investigaciones.

Los accidentes graves de la medicación cortisónica, o del ACTH, no eran por fortuna frecuentes, pero sí lo eran, en cambio, otros efectos secundarios desagradables, entre los cuales los trastornos condicionados por la alteración del equilibrio hidro-

mineral constituían una secuela prácticamente inevitable de todo tratamiento cortisónico de una cierta intensidad.

Un grupo de indicaciones fundamentales de la cortisona o de la corticotropina estaba representado por aquellas enfermedades que, por falta de otro tratamiento eficaz y por la fatalidad de su pronóstico, encontraban en estos agentes terapéuticos un verdadero recurso salvador. Tal era, dentro de nuestro ámbito dermatológico, el caso de afecciones tales como el lupus eritematoso sistematizado o el pénfigo vulgar. Pero es sabido que si bien algunos casos de estas enfermedades remitían con dosis de cortisona que no podrían calificarse de excesivas, otros exigían, por el contrario, para lograr la desaparición de las manifestaciones clínicas, dosificaciones que alcanzaban hasta un gramo o gramo y medio por día. En efecto, tales dosis, si bien no han sido requeridas por ninguno de nuestros casos, han sido señaladas como necesarias en otros por SULZBERGER¹,² y³, CALLAWAY⁴, NELSON y BRODEY⁵, etcétera. Por otra parte, el carácter perdurable de estas enfermedades y el efecto transitorio, de presencia —efecto "morbidistático" según la expresión de SULZBERGER—, de la cortisona, obligaba a la utilización de dosis de sostenimiento que, si bien mucho más reducidas, habían de ser mantenidas por un tiempo indefinido, con el consiguiente aumento en el pe-