

- FISCHER.—Röntgendiagnóstico (SCHINZ), III. Salvat, 1955.  
 FRANKLIN, PH.—Cit. STUTZ y VIETEN.  
 GERNEZ-RIBUX, CH.—Cit. GUERIN, C.  
 GUERIN, C.—Encyclopedie Medico-Chirurgicale. Bronchographie, 1953.  
 HÖFFKEN, W.—Cit. STUTZ y VIETEN.  
 HONGHTON.—Cit. GUERIN, C.  
 LAUBENDER, W.—Cit. STUTZ y VIETEN.  
 LEMOINE, J. M.—Pathologie Bronchique. Edit. G. Doin. París, 1956.  
 STUTZ y VIETEN.—La Broncografía. Edit. Alhambra. Madrid, 1956.  
 TESCHENDORF, W.—Tratado de diagnóstico diferencial roentgenológico, I. Edit. Labor. Madrid, 1954.

## SUMMARY

Some details of technical nature are reported concerning bronchopraphy. The properties of the two groups of contrast-media are described and the diagnostic value of this type of examination outside the scope of bronchoscopy proper is summarised.

## ZUSAMMENFASSUNG

Es werden einige technische Einzelheiten der Bronchographie angeführt und auf die Eigenschaften der beiden Gruppen von Kontrastmitteln hingewiesen, sowie auch der diagnostische Wert dieser Untersuchung über das Gebiet das in der Bronchoskopie wahrzunehmen ist hinaus, zusammengefasst.

## RÉSUMÉ

On expose certains détails de nature technique de la bronchographie et on énumère les propriétés des deux groupes de moyens de contraste et on résume la valeur diagnostique que cette exploration a hors du camp observable par bronchoscopie.

## NOTAS CLÍNICAS

## MENINGIOMA ORBITARIO EXTIRPADO CON EXITO POR VIA INTRACRANEAL

J. V. ANASTASIO.

Neurocirujano.

Cátedra de Patología Quirúrgica de San Carlos.  
 Profesor: LA FUENTE CHAOS.

El hecho de que un gran número de los tumores orbitarios vayan a parar al neurocirujano se debe a que la mayor parte de aquéllos no limitan su crecimiento al interior de la cavidad orbitaria, sino que rebasan ésta, las prolongaciones intracraneales, que hacen imposible su extirpación completa por la vía de ataque orbital. Pero es que, además, un elevado porcentaje de estos tumores son primitivamente intracraneales y sólo en el curso de su evolución se hacen sintomáticos al penetrar en la órbita y afectar en su crecimiento estructuras tan delicadas como las que alberga esta cavidad.

Ya en 1912, HUDSON demostró en sus estudios de autopsias que del 75 al 80 por 100 de las tumoraciones orbitarias penetraban en la cavidad intracraneal. La estadística de DANDY ofrecía aproximadamente idéntica proporción.

En algunas ocasiones el estudio clínico, asociado al radiológico, permite precisar la existencia de una participación intracraneal en un proceso tumoral orbital; pero otras muchas veces no existe la menor evidencia, ni clínica ni radiológica, de esta frecuente posibilidad.

Así, pues, el abordaje de los tumores orbita-

rios por la vía intracraneal se ha convertido en la técnica ideal. Cualquier tumor situado por detrás del globo ocular puede ser atacado transcranealmente de forma mucho más efectiva que por cualquier "approach" orbital, incluyendo la vía de Krönlein, que es probablemente la más usada. Siguiendo esta última técnica, el campo operatorio es restringido y la disección del tumor se realiza casi a ciegas. En cambio, tras de extirpar el techo orbital, se expone por completo la cavidad de la órbita, de manera que el tumor allí contenido puede ser cuidadosamente disecado sin lesionar los músculos extraoculares ni el nervio óptico.

No quiere decir esto que esta vía de acceso sea la de elección para todos los tumores orbitarios. Indudablemente, aquéllos que sean palpables por debajo del borde supraorbital, estarán más indicado el abordaje por vía anterior; un ejemplo de estos tumores sería el de las glándulas lacrimales. Pero para todas aquellas neoplasias situadas por detrás del globo ocular, el acceso intracraneal será la técnica más racional. Además, en caso de que el tumor no esté confinado únicamente en la órbita, hace que sea esta operación la única que nos permite extirpar la porción intracraneal e intraorbital en la misma intervención.

En esta región se da una marcada variabilidad en cuanto se refiere al tipo histológico de las lesiones que aquí asientan. Es seguramente el meningioma el tumor más frecuente. Siempre es primariamente intracraneal, invadiendo en el curso de su crecimiento la órbita. En muchas ocasiones esta invasión ósea es visible a

rayos X y evidenciable por una característica hiperostosis. Pero otras veces la afectación ósea se reduce a una fina lámina, o placa tumoral, que cubre el techo orbitario. Puede ocurrir, en fin, que el crecimiento intracraneal de estos tumo-

Sigue en importancia al meningioma, por lo que se refiere a su frecuencia, la enfermedad de Schüller-Chistian; en realidad no un verdadero tumor, pero sí una masa que en su crecimiento se comporta como un tumor.



Fig. 1.—Fotografía preoperatoria.

res sea tan acentuado que ocupen gran parte de la fosa anterior.

El hecho de la benignidad de los meningiomas, desde el punto de vista histológico, hace aconsejable, siempre que sea posible, su extirpación completa.

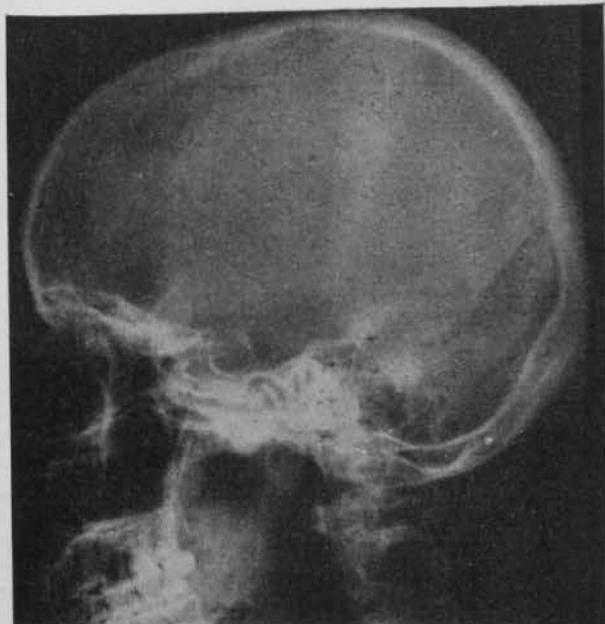


Fig. 2.—Placa lateral de cráneo (hiperostosis discreta a nivel del techo).



Fig. 3.—Radiografía anteroposterior. Se observa la mayor condensación ósea en el lado derecho correspondiente al tumor.

También son frecuentes en esta región las formaciones de tipo inflamatorio y el sarcoma, el osteoma e incluso el glioma.

El diagnóstico de los tumores intraorbitarios no es difícil. El síntoma capital es el exoftalmos progresivo y unilateral (alguna vez bilateral). El dolor retroocular no es un síntoma cons-

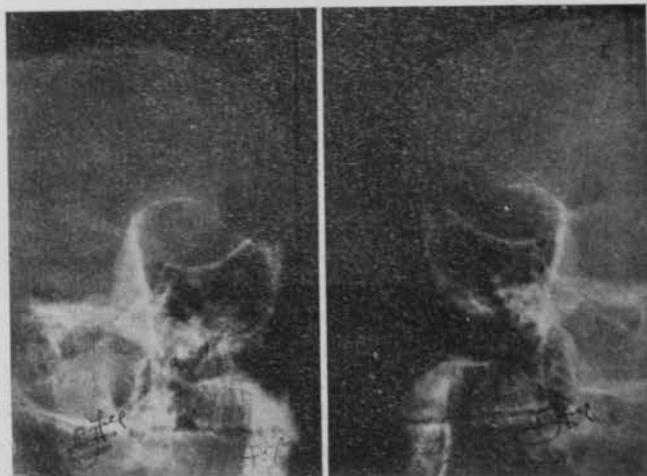


Fig. 4.—Radiografía de agujeros ópticos (normal).

tante: no suele existir ni pulsación ni dilataciones venosas. Son frecuentes, pero no infalibles, parálisis de los músculos extraoculares, así como pérdida de visión, etc. En gran número de casos se hace patente edema papilar en el lado afecto.

Desde el punto de vista radiográfico pueden existir zonas de hiperostosis, calcificaciones ais-

#### HISTORIA CLÍNICA.

Hace dos años comenzó a notar un abultamiento a nivel del párpado superior derecho, lo que no le producía dolor alguno.

Esta formación fué en aumento, notándose especialmente en el espacio que media entre el globo ocular y la ceja. Paulatinamente notaba que el ojo derecho estaba más descendido, así como que le hacia marcada protrusión.

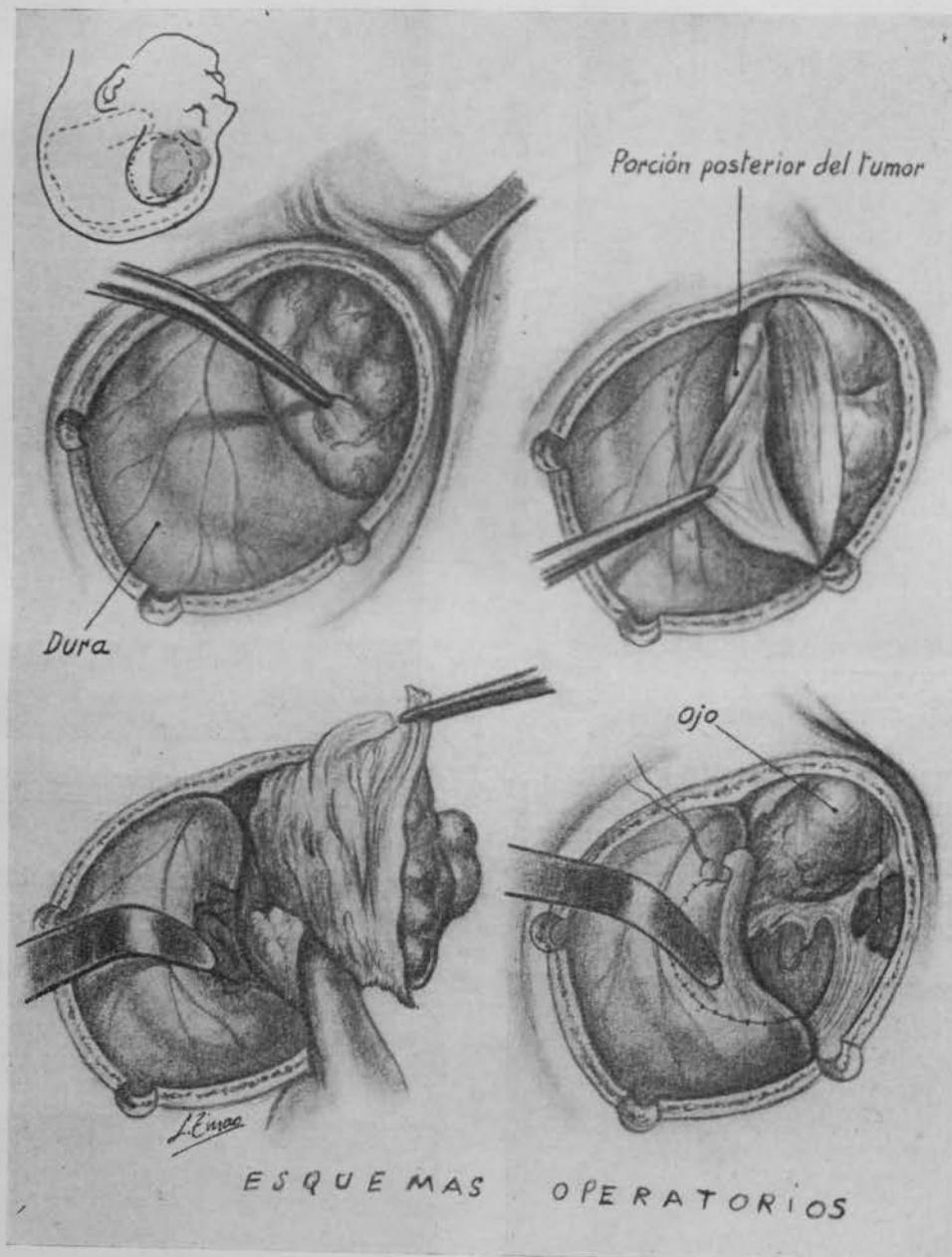


Fig. 5.

ladas o erosiones óseas. En este sentido, los tumores más característicos son los osteomas.

Las radiografías de agujeros ópticos son de gran ayuda diagnóstica y pueden demostrar un agrandamiento del lado correspondiente al tumor (gliomas del nervio óptico, etc.).

A continuación pasamos a relatar un caso de meningioma orbitario, cuya porción intracranal no visualizamos, y que fué extirpado por vía transfrontal con todo éxito.

Fué tratada con onda corta, y posteriormente con radioterapia, sin encontrar ninguna mejoría.

No relata ninguna alteración del estado general, encontrándose por lo demás en buenas condiciones.

Los antecedentes familiares no revelan nada anormal, y entre los personales nos refiere un paludismo a los nueve años y una operación, por chalazion, hace un año.

En la exploración clínica no se aprecia ninguna anormalidad de tipo general. En la exploración de los pares craneales encontramos: estasis papilar, en el fondo de ojo derecho; normal el izquierdo. Los movimientos oculares están conservados en ambos lados. El resto de los pares craneales pueden considerarse normales.

En la región orbitaria derecha se constata la existencia de una tumoración que rechaza el globo ocular hacia abajo, ocupando toda la zona palpebral derecha superior, desde el arco superciliar como límite superior. La región da la impresión de estar inflamada. A la presión digital la tumoración fluctúa (fig. 1).

Marcada ptosis derecha.

Las radiografías lateral y anteroposterior del cráneo sólo revelaban una muy discreta condensación ósea a nivel de la fosa anterior (figs. 2 y 3).

Las radiografías de agujeros ópticos eran asimismo perfectamente normales (fig. 4).

El resto de exploraciones y análisis practicados, sangre, orina, metabolismo, etc., no arrojaron tampoco ningún dato patológico.

Pensamos, a la luz de los datos clínicos, que se trataba de una tumoración de órbita derecha, seguramente



Fig. 6.—Fotografía postoperatoria.

benigna, ya que la evolución, el buen estado general y el fracaso de la radioterapia local permitían considerarlo así. Tampoco se trataba de un glioma del nervio óptico, como lo demostraba la radiografía del forámen óptico. Las formaciones de tipo inflamatorio no son en esta región excepcionales, pero raras. Nos inclinábamos más al diagnóstico de un meningioma o quizás de un angioma.

Con la preparación habitual, la enferma fué operada.

Intervención (20 de octubre de 1956).—Bajo anestesia general (intubación éter y aire) practicamos un colgajo ósteo-plástico frontal derecho. La craniectomía se llevó a cabo sin ninguna dificultad.

Practicamos una pequeña puntura en una zona avascular de la duramadre para variar poco a poco el líquido contenido en el espacio subaracnoidal y favorecer así la retracción del polo frontal. El campo obtenido así fué muy bueno y no hubo necesidad de vaciar la cisterna quiasmática intraduralmente.

Retrayendo poco a poco el polo frontal se visualizó el techo orbital, que fué abierto por medio del escoplo y la gubia. Concluida la incisión del techo orbital, la tumoración hacia protrusión a través de la abertura. Se incidió longitudinalmente la cápsula, vaciándose una buena porción del tumor con la pinza de biopsia. De esta manera pudimos visualizar bien los contornos de la cápsula. A continuación, y bajo vigilancia por un ayudante del globo ocular, se extrajo el resto del tumor, incluido con su cápsula (fig. 5).

Se practicó cuidadosa hemostasia a nivel de la grasa periorbitaria, dejándose un drenaje intracavitorio. Replecionamos a continuación con suero fisiológico el cerebro a través de la pequeña incisión practicada al comienzo en la duramadre. Así recuperó el lóbulo frontal de nuevo su turgencia. La incisión dural fué suturada con un punto de seda.

Se repuso el colgajo óseo, se suturó el periostio y el músculo frontal, cerrando a continuación galea y piel en dos planos.

La enferma toleró perfectamente la intervención, transfundiéndosele en el curso de ella 300 c. c. de sangre.

El curso postoperatorio fué magnífico. Al día siguiente de la intervención se retiró el drenaje y se procedió a la sutura del párpado (doctor CARRERAS), aplicando un vendaje compresivo suave con balón de goma.

A los cinco días de la intervención se retiró la sutura palpebral, acusando el ojo una discreta reacción conjuntival, que cedió en cuarenta y ocho horas a la aplicación de colirios y pomada de antibióticos.

A los ocho días se quitan los puntos, encontrando la herida operatoria en perfectas condiciones.

La enferma es dada de alta a los diez días de la intervención.

Regresa al cabo de tres meses para nueva observación. El fondo de ojo es completamente normal y el globo ocular ha vuelto a su posición primitiva (fig. 6).

Los movimientos oculares persisten perfectamente conservados. Existe aún el menor grado de exoftalmia y el estudio de agudeza visual y campo (doctor AGUIRRE) refleja una normalidad absoluta.

## UN CASO DE ENFERMEDAD DE TAKAYASU

(Enfermedad sin pulso).

A. MORERA BRAVO y C. CONCEPCIÓN GUERRA.

Miembros numerarios del Instituto de Fisiología y Patología Regionales de Tenerife (I. P. T.).  
Director: Doctor CERVÍA.

La publicación de JIMÉNEZ CASADO y MONCADA nos vino, casualmente, a poner en claro la verdadera situación de una de nuestras pacientes, que desde el mes de junio de 1956 veníamos asistiendo sin haber encontrado explicación para la total ausencia de pulso radial bilateral.

Se trata de la enferma A. D. M., de veintiséis años, casada, dedicada a las labores del campo, que acude a la consulta por unas manchas en las piernas, "fatigas, si como o no, y tonturas con sueños en la cabeza" desde hace un año y no sabe a qué atribuirlo.

Hace un año que padeció dolor de cabeza; se le diagnosticó de sinusitis, pero se le curó con Tonofosfán. Al mismo tiempo tenía provocaciones y notaba que la cefalea se le exacerbaba por la tarde, "es como el de tres días sin dormir". Tiene también dolores en el hombro, la espalda e hipocondrio derecho, y cuando camina "parece caérseme las piernas de desmorecidas".

Hace dos o tres años que viene notando este agotamiento, más acentuado en las piernas. Si camina deprisa tiene que pararse a descansar, pero si camina despacio no siente "tanto apuro".

Hace unos ocho años, estando lavando, notó un dolor que partiendo desde el hombro le "encalambró todo el