

11. G. V. ANREP, M. R. KENAWY y G. S. BARSOUM. — *Am. Heart J.*, 37, 531, 1949.
12. G. V. ANREP, G. S. BARSOUM, M. R. KENAWY y G. MISRAHY. — *Brit. Heart J.*, 8, 171, 1946.
13. CALANDRE DIAZ. — *Bol. del Inst. Pat. Méd.*, 1, 5, 1950.
14. DURÁN. — *Clinica y Laboratorio*, 7, 310, 1952.
15. H. A. DEWAR y T. A. GRIMSON. — *Brit. Heart J.*, 12, 54, 1950.
16. H. L. OSHER, K. H. KATZ y D. J. WAGNER. — *New England J. Med.*, 244, 315, 1951.
17. R. H. ROSENMAN, A. P. FISHMAN, S. R. KAPLAN, H. G. LEVIN y L. N. KATZ. — *J. Am. Med. Ass.*, 143, 160, 1950.
18. L. PESCADOR y B. MARTÍN DE PRADO. — *Bol. Cons. Gen. Col. Méd. Esp.*, 12, 29, 1952.
19. L. TRIAS DE BES y F. BALLESTA BARCONS. — *Presse Méd.*, 61, 3, 1953.

IV. Sobre el Nokhel.

20. J. P. FOURNEAU. — *Ann. Pharm. Franc.*, 11, 685, 1953.
21. A. FINOT. — *Presse Méd.*, 61, 378, 1953.
22. L. PESCADOR DEL HOYO. — *Gaz. Méd. France*, 60, 1.463, 1953.
23. L. DE CASTRO. — *Rev. Clin. Esp.*, 57, 28, 1955.

V. Empleo de la reserpina en la hipertensión.

24. H. J. BEIN. — *Experientia*, 9, 107, 1953.
25. R. W. WILKINS. — *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 59, 45, 1954.
26. E. D. FREIS y R. ARI. — *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 59, 45, 1954.
27. J. H. HAFKENSCHIEL y A. M. SELLERS. — *Ann. N. Y. Acad. Sci.*, 59, 54, 1954.
28. TIFFENEAU. — *Therapie*, 9, 47, 1954.
29. VIDAL BERTERIDE. — *Ann. Pharm. Franc.*, 13, 379, 1955.

VI. Asociación de la reserpina, o de extractos de rauwolfia serpentina, con gangliopléjicos de la serie de los Methoniums.

30. W. R. LIVESAY y S. I. MILLER. — *Am. Soc. Pharmacol. Exp. Therap.*, 7-9, 9, 1953 y *J. Pharmacol. Exp. Therap.*, 110, 33, 1954.
31. W. R. LIVESAY, J. H. MOYER y S. I. MILLER. — *J. Am. Med. Ass.*, 155, 1.027, 1954.
32. E. DENNIS, R. G. MCCONN, R. V. FORD y otros. — *Postgrad. Méd.*, 16, 300, 1954 y *J. A. M. A.*, 157, 195, 1955.
33. E. DENNIS, R. FORD, R. HERSCHBERGER y J. H. MOYER. — *New England J. Med.*, 253, 597, 1955 y *J. A. M. A.*, 159, 1.406, 1955.
34. W. H. HUGHES, E. DENNIS y J. H. MOYER. — *Am. J. Med. Sci.*, 229, 121, 1955 y *Ch. Abstr.*, 16, 223, 1955.
35. F. H. SMIRK, A. E. DOYLE y E. G. MCQUEEN. — *Lancet*, 267, 159, 1954.
36. A. E. DOYLE, E. G. MCQUEEN y F. H. SMIRK. — *Circulation*, 11, 170, 1955, *J. A. M. A.*, 157, 1.657, 1955 y *Ch. Abstr.*, 6.476, 1955.
37. K. KUHN, R. DJURANOVIC, C. GEHR y K. KOPPEN. — *Klin. Wschr.*, 32, 930, 1954.

SUMMARY

Twelve unselected cases of high-blood pressure of different types were treated with the combination Nokhel-Reserpine-Phenobarbitone. The results attained are commented upon. The hypotensive effect attained in both systolic and diastolic pressures is more marked than that attained with Rauwolfia alone. The fall took place in a gradual manner, without any side-effects.

ZUSAMMENFASSUNG

Eine Gruppe von 12 ohne besondere Auswahl zusammengestellten Fällen mit arteriellem Hochdruck verschiedener Art, wurden mit einer Verbindung von Nokhel-Reserpin-Phenobarbital behandelt. Bei Besprechung der Ergebnisse wird darauf hingewiesen, dass sowohl systolisch als auch diastolisch eine stärkere blutdrucksenkende Wirkung erzielt wurde als mit Rauwolfia allein. Die Senkung des Druckes erfolgte auf eine milde Art und Weise und ohne sekundäre Störungen.

RÉSUMÉ

Avec l'association de Nokhel-Résérpine-Phénobarbital on traite 12 cas d'hypertension artérielle de différents genres, choisis au hasard; on commente ses résultats trouvant que l'effet hypotenseur obtenu, aussi bien sur la pression systolique que sur la diastolique, est supérieur à celui que l'on obtient avec la Rauwolfia seule. La descente fut douce et sans troubles secondaires.

ESTUDIO CLINICO DE LA APOFISIS ESTILOIDES GIGANTE DEL TEMPORAL

E. G.^a-VAQUERO GARRIDO.

Clinica de Otorrinolaringología del Hospital Militar de Valladolid.

Una apófisis estiloides del temporal anormalmente desarrollada es susceptible de producir un conjunto de molestias, más o menos intensas, de ordinario localizadas en la cabeza y cuello, y cuya adecuada interpretación puede ser problema a resolver por médicos que practican diversas especialidades. Es por ello que consideramos conveniente, dada la escasez de literatura nacional a este respecto, insistir sobre el cuadro patológico desencadenado por aquella apófisis a fin de contribuir a su conocimiento, ya que se trata de una afección que se ve con suficiente frecuencia, evitando la repetición de casos como el referido por LA MORTE en un enfermo suyo que en el curso de ocho años había consultado con 29 médicos sin ser correctamente diagnosticado.

Hace años dedicamos un trabajo a este proceso, basado en el estudio de nuestros tres primeros enfermos; nuestra atención ha permanecido orientada en este sentido, y ella nos ha permitido encontrar el suficiente número de casos para poder plantearnos el problema desde un punto de vista algo personal, ya que en los últimos años, y por parte de autores franceses principalmente (AUBIN y cols., PONCET, BARAG y colaboradores y KLOTZ), se ha despertado una atención especial a este asunto y sus opiniones no están totalmente de acuerdo con lo observado por nosotros. No pretendemos realizar una revisión completa del tema de la patología de la apófisis estiloides, ya que ha sido llevada a cabo, creemos que en forma muy difícil de igualar, por PERELLÓ, en 1953, en una Memoria que ha servido de base para algún otro trabajo similar extranjero, sino sólo referirnos al síndrome doloroso producido por ella, y que es el más frecuente.

* * *

La apófisis estiloides del temporal, aunque soldada a este hueso en el adulto, no pertenece propiamente a él, sino que representa la porción craneal del llamado por SAINT-HILAIRE aparato hioideo, o sea, un sistema óseo u ósteo-fibroso que a cada lado del cuello une el hueso hioides con la base del cráneo; en la mayoría de los vertebrados existe en forma de cadena totalmente ósea; pero en el hombre, normalmente, la parte media de cada uno de estos sistemas laterales está representada por un cordón fibroso que se extiende desde la apófisis estiloides hasta el asta menor del hioides, y que se llama ligamento estilo-hioideo, el cual puede presentar, a veces, un núcleo óseo en su centro.

De ordinario las cosas ocurren así, pero en ocasiones aparecen en el hombre anomalías, debidas principalmente a osificación de partes que de ordinario están en estado fibroso, ocasionando con ello alargamientos de la estiloides que pueden llegar hasta alcanzar el hioides, con lo que se origina un aparato hioideo totalmente osificado como en determinados animales (*). Ya se comprende que si una estiloides más o menos larga no había de llamar la atención, especialmente a los anatómicos, un aparato hioideo osificado al completo sí lo haría; y en efecto, a mediados del siglo XVI publicó MARCHETTI el primer caso conocido de un tallo óseo que unía el temporal con el hioides, quien de este modo perdía su independencia para aparecer sujeto a la base del cráneo. En cambio, tuvieron que transcurrir más de doscientos años, y llegar a finales del siglo XIX, para que se conociese un caso clínico, siendo aproximadamente en esa época cuando RETHI describe el tratamiento quirúrgico, que emplea con éxito en un enfermo, y que es el que actualmente se continúa usando: la extirpación por vía interna.

* * *

La frecuencia con que se observan las anomalías óseas que desencadenan el proceso clínico varían mucho de unos autores a otros; así, para señalar sólo las cifras extremas, diremos que JANULIC las calcula en 0,01 por 100, mientras que BRUNI las asciende a 27,6 por 100. La razón de esta gran diferencia puede ser que los autores con cifras bajas sólo tienen en cuenta los casos con síntomas clínicos, mientras que los otros consideran todas las anomalías del arco hioideo. Igualmente varía el criterio para valorar como gigante o no una determinada apófisis; nosotros, desde el plano clínico, consideramos que en un operado de amigdalectomía no debe palparse la estiloides a través del fondo de la cavidad operatoria, y por tanto consideramos como anormalmente largas las que pueden tactarse; con este criterio (que es semejante al sustentado por KLOTZ), entre alrededor de un millar de enfermos nuevos de O. R. L. aproximadamente

vistos cada año, encontramos unas 3-4, lo que representa un porcentaje realmente elevado si se tiene en cuenta que de ese millar gran parte son niños, y a otros, por ser enfermos de nariz u oído, no se explora la región amigdalina desde ese punto de vista.

Importa sentar en principio que tal anomalía ósea no es siempre bilateral, pero nosotros la hemos encontrado con este carácter en más de los tres cuartos de los casos, si bien sólo rara vez ha sido simétrica, diferenciándose ya por la longitud, o por el calibre, o por la forma o la dirección de las apófisis. A la inclinación se ha concedido gran valor en la producción de síntomas, siendo para unos lo más importante el ángulo formado por el tallo óseo con el plano medio del cuerpo, mientras para otros lo fundamental sería la inclinación con respecto al plano frontal, es decir, hacia adelante. Creemos que ambas juegan papel importante según los casos, pero creemos más decisivo la inclinación hacia adentro, ya que en condiciones ordinarias el sistema hioideo transcurre por fuera de la celda amigdalina y bastante separado de ella.

Es muy importante hacer notar que no toda apófisis anormalmente grande produce síntomas, sino que sólo lo hace un cuarto o un tercio de ellas, de tal modo que es frecuente que se descubran al terminar una amigdalectomía sin que el paciente haya aquejado más que los síntomas propios de las amigdalitis de repetición sin que en los intervalos haya presentado molestia alguna. Así, en el siguiente caso nuestro:

Q. B. ha tenido muchas veces anginas con fiebre y disfagia intensas, por lo que es operado de amigdalectomía; al terminar aparece un resalte en la pared externa de la cavidad operatoria, que al tacto se identifica como una apófisis estiloides, que se reseca parcialmente.

Puesto que no basta el excesivo desarrollo de la apófisis para desencadenar el cuadro clínico, es preciso que haya algún factor coadyuvante más, y, en efecto, desde antiguo se había observado que la aparición de los síntomas sigue de cerca a algún traumatismo, operatorio o accidental, muchas veces mínimo (extracción dentaria, herida por un objeto punzante o hasta por cerda del cepillo de dientes), que nosotros hemos encontrado en algún caso nuestro, pero que interpretamos como mera fijación de la atención. REVERCHON cree que para que aparezcan molestias subjetivas es necesaria una especial sensibilización del paciente; a esta opinión, que comparte SCOLA, nos adherimos; en efecto, muchos de ellos son especialmente nerviosos y preocupados (cancerofobia).

Con esta cuestión del traumatismo previo está relacionada la de que la amigdalectomía sea un factor anterior indispensable para la aparición de los síntomas. Son los americanos los que sostienen esta tesis, aunque el intervalo entre la exéresis y la aparición de las molestias pueda ser de meses y aun de años. EAGLE dice que esos enfermos que después de operados dicen que su

(*) Un estudio de conjunto de la osificación del aparato hioideo en el hombre puede verse en OLIVIER.

fosa no ha curado bien, son candidatos probables a la aparición del síndrome. Según estos autores, las tonsilas serían como unas almohadillas que protegerían contra las presiones de los tallos óseos; una vez extirpadas las mandíbulas amígdalas, se produciría con la cicatrización una fibrosis que haría ostensible la acción mecánica de la apófisis estiloides, por soldarse íntimamente dicha zona cicatricial con la extremidad ósea. De modo parecido opina recientemente HERTLE.

Nosotros no compartimos esta opinión; más bien creemos que lo que sucede en muchos casos (aparte de la fijación de la atención ya indicada) es que las molestias que aqueja el enfermo, y que ya son producidas por la estiloides, se atribuyen a una amigdalitis crónica; se lleva a cabo la extirpación de dichos órganos, y entonces se comprueba que el enfermo no experimenta la curación que se esperaba, sino que persisten las mismas o parecidas molestias, que si recaen en un sujeto nervioso pueden hasta exacerbarse; una exploración más detenida descubre la verdadera causa de su dolencia, que se relaciona con la intervención sufrida. En apoyo de esta manera de pensar citamos el siguiente caso propio:

Varón de cuarenta y ocho años, operado de amigdalectomía en otro Servicio; persiste una sensación de presión o tirantez en faringe, que interpretamos en repetidas consultas como efectos de la cicatrización o de brotes de faringitis, hasta que la palpación de las celdas amigdalinas nos descubren unos tallos óseos robustos que la radiografía revela pertenecen a un aparato hioideo totalmente osificado.

Ya se comprende que por los elevados porcentajes de personas amigdalectomizadas que en determinados países existen, tanto este cuadro clínico como otros, tendrán que desarrollarse en sujetos desprovistos de sus tonsilas, pero ello no nos autoriza para establecer relación entre una y otra cosa, especialmente si el intervalo es de años.

La edad y el sexo se han tenido en cuenta al estudiar tanto la anatomía como la clínica de las anomalías del aparato hioideo. En general, son más frecuentes en la edad adulta, sea en el tercer decenio, como quiere BARTH, o más tarde, como sostienen los autores franceses más recientes. En la infancia no existen al parecer, pero sí hacia los veinte años, no siendo, pues, aceptable la opinión de ABRAMOWICZ de que no se había encontrado antes de los veintiséis años; pues nosotros, que por la índole especial del servicio hospitalario en que trabajamos, un gran contingente de nuestros enfermos son soldados, hemos encontrado entre ellos el suficiente número de casos para sostener que, al menos en Castilla y Asturias (de donde proceden los contingentes de este hospital), esta anomalía se presenta con bastante frecuencia a los 21-22 años. Por otra parte, CIMINO ha publicado un caso con manifestaciones clínicas en una muchacha de dieciocho años. La mayor frecuencia

en la edad adulta hizo pensar en la posibilidad de una calcificación senil del ligamento estilohioideo; contra esto habla, además de los casos existentes en individuos jóvenes, por lo demás normales, los estudios histológicos de los fragmentos de estiloides extirpadas, que ponen de manifiesto la existencia de un tejido óseo con sistemas de Havers, es decir, una verdadera osificación y no un mero depósito de cal. Últimamente, AUBIN ha hecho un estudio estadístico en los archivos radiográficos sin poder comprobar que con la edad la apófisis estiloides aumente más larga.

Por razón de la índole especial de nuestros enfermos no podemos decidimos sobre la preferencia por uno u otro sexo, aunque nos parece que se reparten aproximadamente igual. PERELLÓ ha visto más en mujeres (8) que en hombres (4). Nosotros, aunque más en varones, recordamos 10 casos en mujeres (de ellos, uno con aparato completo, que será publicado aparte), de los que siete iban acompañados de manifestaciones clínicas, siendo los restantes hallazgos operatorios.

SINTOMATOLOGÍA.

El síntoma subjetivo más frecuente e importante suele ser el dolor faríngeo, de ordinario poco intenso, más bien como una sensación de presión o de cuerpo extraño, aunque a veces presente agudizaciones, haciéndose entonces muy violento (así en dos enfermas nuestras); es independiente de la deglución, que se realiza normalmente (AUBIN y ESTENNE dicen haber encontrado varios enfermos que habían restringido la alimentación a causa de los dolores; nosotros, nunca.) Los dolores se acentúan muchas veces al mover la cabeza o al comprimir las partes laterales del cuello. De ordinario se irradian al oído del mismo lado, al cuello o al hombro, así como al borde de la lengua (caso propio que luego citaremos). No hemos encontrado ningún caso en que el dolor obligue a adoptar una posición forzada de la cabeza, como otros han visto. Tampoco hemos encontrado ningún caso claro del llamado por EAGLE síndrome estilocarotideo, que está constituido por un dolor irradiado a la cabeza, a los territorios vascularizados por una u otra carótida, y que sería desencadenado por la presión de la apófisis sobre la pared arterial. El dolor es siempre unilateral, estando en esto conforme con el resto de los observadores, y lo es aunque en el otro lado exista otra apófisis gigante de mayor tamaño; así sucedía en el siguiente caso:

F. A., varón de cuarenta y dos años; desde unos meses antes aqueja dolor persistente en el lado derecho de la lengua, a nivel de la V, y en el lado derecho de la faringe; el borde lingual, enrojecido. Se comprueba apófisis estiloides derecha, a nivel del pilar anterior, y que llega al borde de la lengua; la del lado izquierdo llega hasta debajo del polo inferior de la amígdala correspondiente. Resecado un fragmento de la apófisis derecha desaparecen las molestias. En el lado izquierdo nunca las había tenido.

En resumen, la sintomatología subjetiva más frecuente se caracteriza por dolores en la faringe, siempre unilaterales y con irradiaciones diversas; por esto, GAREL denominó a este proceso "angina estiloides", nombre que fué rechazado ante la ausencia de signos inflamatorios. ABRAMOWICZ propuso el "disfagia estiloides", que también encuentra oposición porque muchas veces no hay verdadera disfagia, y, por último, AUBIN lo ha denominado "estilalgia", que sólo expresa el síntoma principal (el dolor) y su causa (la estiloides), por lo que seguramente prosperará.

En el estudio de los síntomas objetivos, de ordinario no encontramos por inspección alteración alguna, ya que la apófisis está cubierta por la amígdala; alguna vez, el hueso se apoya en el pilar anterior, produciendo una ligera isquemia en la mucosa y hasta un pequeño resalte. Consideramos excepcional el hallazgo que AUBIN y ESTENNE han hecho, dos veces, de que la estiloides perfora la amígdala y aparezca en la faringe como un gancho. Si se trata de un paciente al que se está haciendo una amigdalectomía, al terminar de realizarla puede ser perceptible un abombamiento de la pared de la cavidad operatoria, o hasta insinuarse la extremidad ósea en la celda tonsilar, ahora vacía (un caso nuestro en una mujer).

Pero es el tacto el que nos revela la existencia de un tallo duro, de dirección aproximadamente vertical, de calibre distinto, terminado en punta casi siempre, y que al comprimirlo se despierta, hacia el oído, un dolor semejante al que sufre espontáneamente el enfermo; puede palparse, ya entre el pilar y la amígdala, ya en su polo superior, menos veces debajo de la tonsila. Lo que no hemos conseguido nunca hacer, y dudamos que alguien lo haya logrado, es la palpación externa. Aun en el caso del aparato completamente osificado citado arriba, que presentaba unas ramas de robustez considerable, no se consiguió palparlas por vía externa, lo que no nos extrañó, puesto que para que tales formaciones se hagan ostensibles en la faringe han de tener una inclinación hacia dentro anormal que, naturalmente, las aleja de la piel; por consecuencia, la llamada palpación bimanual la consideramos irrealizable fuera de casos muy especiales (sujetos de cuello muy delgado). Lo que sí nos parece factible, aunque no hemos tenido ocasión de emplear, es la llamada maniobra de Brunetti, que sólo tiene aplicación en aquellos raros casos en que por estar totalmente osificada una o las dos ramas del aparato hioideo, el hueso hioides se hace solidario con ellas; consiste tal maniobra en imprimir al hioides, con una mano, movimientos de báscula, mientras que con la otra se está palpando la región amigdalina, con lo que tales movimientos se trasladarán al tallo faríngeo. Ya se comprende que esta exploración sólo es de aplicación cuando ambas formaciones están unidas rígidamente.

Debemos aclarar que si la palpación da re-

sultados claros y precisos en las personas amigdalectomizadas, en aquellas que conservan tales órganos éstos pueden dificultar o impedir el buen resultado de la palpación, incluso de una estiloides que los penetra por su centro.

El medio diagnóstico cuya valor no hemos de resaltar es la radiografía, mediante la que nos formamos idea cabal de las anomalías óseas; sin embargo, existen bastantes casos (al menos en jóvenes) en los que no obstante haber sido palpadas las estiloides, luego no son visibles en la placa, sea porque no estén totalmente osificadas y por ello no den suficiente opacidad a los rayos X, o sea porque por ser muy delgadas se confunden con otras líneas radiográficas. La posición empleada por nuestros radiólogos (doctores CHORRO y DEL HOYO) consiste en cabeza en extensión forzada y rotada hacia el lado de la apófisis examinada, con lo que ésta se proyecta sobre la superficie uniforme de la rama ascendente del maxilar. La proyección anteroposterior, que nos sirve para comparar ambas apófisis y estudiar la inclinación hacia adentro, la encontramos más expuesta a error, pues basta una ligera rotación de la cabeza para que las varillas óseas se proyecten sobre la sombra más densa de la columna vertebral; además, como ha de hacerse a través de la boca abierta, no se puede ver la extremidad inferior, ni su eventual relación con el hioides, que queda oculto por el cuerpo del maxilar.

El aspecto que presentan las formaciones óseas que nos ocupan difieren bastante de unos casos a otros. Pueden aparecer como bastones cilíndricos, regulares, puntiagudos, que dan la impresión de una calcificación del ligamento estilohioideo (fig. 1); pero de ordinario se presentan como formaciones cónicas, más densas en los bordes que en el centro y de dirección algo irregular (fig. 2); estas acodaduras se han interpretado como secuelas de fracturas consolidadas, pero aunque algunas puedan corresponder efectivamente a ellas, nos parece muy aceptable la idea de PERELLÓ, para quien se trataría de curvaduras porque el crecimiento es irregular, debido a que el periostio es más activo en una cara de la apófisis que en la otra. A veces aparecen engrosamientos que son verdaderas soldaduras de los distintos fragmentos, y cuando éstos existen independientes, presentan en sus extremidades auténticas superficies articulares que semejan las de las falanges de los dedos (esta imagen era muy demostrativa en el caso de aparato hioideo completamente osificado publicado por nosotros).

CIMINO llama la atención sobre la posibilidad de que aparezca un síndrome producido por apófisis estiloides anormalmente pequeñas y que estén cubiertas totalmente por la apófisis vaginal (que es tanto mayor cuanto más reducida es la estiloides). Se comprende que las inserciones musculares en este caso deben ser distintas que normalmente, pudiendo encontrar formaciones cervicales que resulten comprimidas o

distendidas, de donde trastornos vasculares o nerviosos. Aunque no se haya comprobado su hipótesis, él sugiere que es un camino a seguir en la investigación clínica.

PATOGENIA.

De las numerosas teorías emitidas para explicar el origen de estas anomalías óseas, que constituyen el substrato anatómico de las molestias clínicas, puede decirse que hoy es aceptado por todos la que considera que son debidas a la osificación secundaria de un esbozo fetal, es decir, que el cartilago de Reichert se seg-

no había presión alguna sobre las partes blandas; pero, al soldarse, se convierten en un tallo rígido y fijo a la base del cráneo, las condiciones de movilidad desaparecen y resultan irritadas las partes blandas vecinas. No deben olvidarse las relaciones de vecindad con el nervio glossofaríngeo para explicar la irradiación al oído.

Es curiosa la idea emitida recientemente por BARAG y cols. con ocasión de dos aparatos totalmente osificados y asintomáticos descubiertos casualmente por ellos; dichos autores oponen esta anomalía, que—dicen—no tiene expresión clínica con la hipertrofia aislada de la estiloides, que sí produce síntomas, y se preguntan si esta

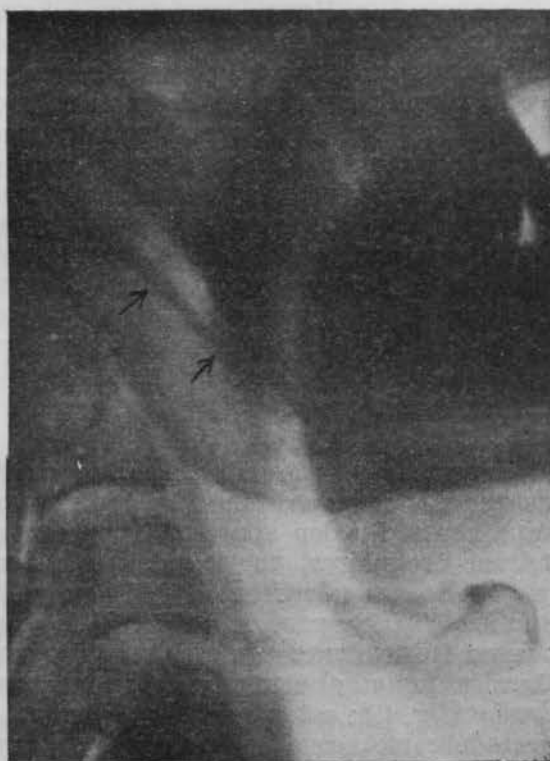


Fig. 1.



Fig. 2.

menta, durante la vida intrauterina, en un número determinado de fragmentos y éstos serán los que se osifiquen después del nacimiento, no teniendo valor formativo los puntos de osificación, como otros habían imaginado.

Pero si la anomalía ósea tiene un carácter congénito, ¿por qué los síntomas no aparecen hasta la edad adulta? La explicación parece ser doble. De una parte, la estiloides no se encuentra soldada al temporal y la articulación existente entre estos dos huesos permite un movimiento que preserva del traumatismo, protección que desaparece cuando por anquilosarse deja de ser movable. Pero más probablemente la causa radica en que el fragmento óseo que estaba en contacto de la amígdala, y el que también óseo se hallaba soldado al temporal, en determinado momento se unen por osificación del tejido conjuntivo que los separaba; en tanto que uno y otro fragmento podían desplazarse,

diferencia clínica no se deberá a una patogenia distinta. Ya hemos dicho antes que la existencia de anomalía ósea no va acompañada de trastornos subjetivos más que en una minoría de casos, por lo que no es de extrañar que estos dos aparatos hioideos no diesen síntomas, y no es necesario pensar en esa supuesta diferencia patogénica.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Algunas formaciones duras pueden encontrarse en las amígdalas o sus inmediaciones (cálculos, cuerpos extraños, costillas cervicales, etcétera), pero todas ellas pueden fácilmente distinguirse de las apófisis estiloides, ya que la impresión al tacto es distinta. Pero lo que realmente hay que hacer es pensar en la posibilidad de esta anomalía ante un cuadro doloroso localizado en la faringe, cara o cuello de naturaleza

imprecisa y cuya etiología no esté bien clara o no responda claramente al tratamiento adecuado. Esto mismo vale para las neuralgias del esfenopalatino, del glossofaríngeo, etc., o a dolores menos bien sistematizados, como en un caso de DOUGLAS (dolor en parótida, mejilla y cuello), o en los de algias pericarotídeas debidas a trastornos vasomotores simpáticos, como los que ha descrito HANSEL.

TRATAMIENTO.

El descubrimiento de una apófisis estiloides gigante durante una intervención por amigdalectomía lleva aneja la extirpación si las molestias subjetivas aquejadas por el enfermo hacen sospechosa esta etiología; en caso contrario, nosotros la dejamos.

Pero ante un enfermo con dolores, el único tratamiento efectivo, fuera del sintomático antidoloroso, es el quirúrgico. Más arriba dijimos que RETHI, en 1882, extirpó un trozo de estiloides a través de la faringe, y esa técnica es la que aún se sigue empleando, pues la intervención por vía externa, sobre los riesgos considerables que lleva aneja por la importancia de los órganos vecinos y la estrechez del campo, deja cicatrices que ocasionan una cierta rigidez del cuello; tal es la opinión de GUILLON, quien dice había visto operar a TRUFFERT varias por esta vía; no creemos haya encontrado muchos seguidores; incluso creíamos que no había sido empleada nunca fuera de ejercicios en el cadáver.

Lo habitualmente practicado por todos los autores es seguir la vía interna. En general, se practica primero la amigdalectomía, luego se hace un ojal en la pared faríngea y se aísla la estiloides lo más alto posible, y una vez así separada de las partes blandas, se reseca con cizalla o pinza-gubia. Nos ha llamado la atención leer que MOULONGUET ha operado 4-5 casos utilizando para seccionar el asa fría; nuestros casos no se hubieran dejado extirpar con tal instrumento. LEROUX-ROBERT dice que no considera necesaria la amigdalectomía previa (lo mismo dice RETHI; véase BLUMENFELD); nosotros una vez intentamos la extirpación de la estiloides conservando la amígdala, y ante las dificultades de espacio tuvimos que proceder a completar la tonsilectomía, por lo que aconsejamos llevarla a cabo en un tiempo previo, aunque en la misma intervención. Después de la sección ósea se puede dar un punto de sutura para cerrar los espacios parafaríngeos; nosotros, en algún caso, no lo hemos dado y la evolución fue normal. El curso postoperatorio es, de ordinario, sin incidentes que añadir a los habituales de una amigdalectomía.

CONCLUSIONES.

1.^a Las anomalías de osificación del aparato hioideo son lo suficientemente frecuentes para merecer la atención del médico.

2.^a Aunque más frecuentes en las edades medias de la vida, también se presentan en la juventud.

3.^a Los síntomas más frecuentes son dolores de tipo diverso, pero localizados preferentemente en faringe, cara y cuello y siempre unilaterales.

4.^a La palpación de la región amigdalina debe hacerse ante todo cuadro doloroso impreciso de esta localización.

5.^a El único tratamiento efectivo es la resección de un fragmento óseo por vía interna.

RESUMEN.

Se estudia el cuadro clínico producido por las anomalías de osificación del aparato hioideo en el hombre, llamando la atención sobre la necesidad de pensar en ellas ante un cuadro doloroso de faringe, oído, cara o cuello, unilateral y de etiología dudosa.

La palpación y la radiografía asegurarán el diagnóstico, siendo el tratamiento quirúrgico el único eficaz.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMOWICZ, L.—Ann. d'Oto-laryng., 424, 1938.
AUBIN, A. y CHOPPY, Z.—Ann. d'Oto-laryng., 73, 299, 1956.
AUBIN, A. y ESTENNE.—Ann. d'Oto-laryng., 71, 948, 1954 (en la discusión intervinieron GUILLON, MOULONGUET, DAVID DE SANSON y LEROUX-ROBERT).
BARAG, CLEMENT y LE VISON.—Ann. d'Oto-laryng., 74, 194, 1957.
BLUMENFELD, F.—Handbuch de Denker-Kahler, t. III, página 144. Springer. Berlín, 1928.
CIMINO, A.—Archivio Ital. di Otol., 66, 467, 1955.
DOUGLAS, TH. E.—Arch. Otolaryng., 56, 635, 1952.
GARCÍA-VAQUERO, E.—Rev. Esp. de O. N. O. y Neurocirugía, 37, 1948.
GARCÍA-VAQUERO, E.—Archiv. Españ. de Morfol., 11, 245, 1955.
HERTLE, W.—Zschr. Laryng., 34, 708, 1955.
HANSEL, F. K.—Annals Otology, 62, 431, 1953.
KINDLER, W.—Zschr. Laryng., 35, 529, 1956.
KLOTZ, P. L.—Encyclopedie Médico-Chirurgicale (O. R. L.). Masson. París, 1956.
LA MOTTE.—Cit. en MANGABEIRA-ALBERNAZ. Ann. d'Oto-laryng., 1, 044, 1931.
OLIVIER, E.—L'Appareil hyoidien. Arnette. París, 1923.
PERELLÓ, J.—Acta O. R. L. Ibero-Amer., 4, 325 y 4, 441, 1953 (abundantísima bibliografía).
PONCET, P.—Rev. Med. Franç., 37, 33, 1956.
SCOLA, E.—Rev. Españ. y Amer. de Laringol., 4, 353, 1947.

SUMMARY

The clinical picture induced by anomalies in the ossification of the hyoid bone in the human are studied. Stress is laid on the necessity of bearing this picture in mind when faced with a painful condition of the pharynx, ear, face or neck involving one side only and of undetermined aetiology.

Palpation and radiography make diagnosis certain. Surgical treatment is the only effective measure.

ZUSAMMENFASSUNG

Es wird das Krankheitsbild das beim Menschen durch die Verknöcherungsanomalien des Hyoidusapparates zustande kommt überprüft

und darauf hingewiesen, dass es notwendig ist sich diese Anomalien immer vor Augen zu halten wenn man Symptomen wie einseitige Schmerzen im Rachen, Ohr, Gesicht oder Hals von zweifelhafter Aetiologie gegenübersteht.

Die Diagnose wird mittels Palpation und Röntgenaufnahme gesichert. Die chirurgische Behandlung ist die einzig wirksame.

RÉSUMÉ

On étudie le tableau clinique produit par les anomalies d'ossification de l'appareil hyoïdien, chez l'homme, en attirant l'attention sur le besoin d'y songer lorsqu'on se trouve devant un tableau douloureux du pharynx, de l'ouïe, de la fosse ou du cou, unilatéral et d'étiologie douteuse.

La palpation et la radiographie assureront le diagnostic; le traitement chirurgical est l'unique efficace.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA MESANTOINA (SEDANTOINAL) EN EL TRATAMIENTO DE LA EPILEPSIA (*)

A. GONZÁLEZ GUIJA.

Cáceres.

En esta comunicación pretendemos aportar nuestra experiencia en el tratamiento de la epilepsia con la 3-metil-5,5 feniletihidantoína (mesantoína).

Consideramos de todo punto improcedente la menor duda sobre su utilidad farmacológica en estos tratamientos, pues son numerosas las experiencias clínicas que abogan en este sentido, si bien aportamos los datos estadísticos por nosotros recogidos que servirán para engrosar la numerosísima bibliografía sobre el tema.

Coincidimos plenamente con los resultados lo-

(*) Comunicación presentada al V Congreso Nacional de Neuro-Psiquiatría. Salamanca, abril 1957.

grados por otros autores. Nuestra casuística abarca 46 casos, si bien nos referiremos a 40, ya que los 6 restantes no han llevado el control que nosotros exigimos y los descartamos.

Obtenemos un 55 por 100 de curaciones en los accesos de gran mal; en los sintomáticos y en los psicomotores, un 50 por 100 en ambos. Consideramos como "curaciones" (en sentido de hipótesis) cuando han transcurrido de dos a tres años sin crisis, ya que eléctricamente solamente hemos podido controlar algunos casos, los cuales coincidieron en la mejoría del registro electroencefalográfico y la desaparición de las crisis. Hablamos de "mejorías clínicas" cuando se han distanciado los accesos, disminuyendo éstos en un 50 por 100 o más.

En los 40 casos estudiados hemos logrado la curación en 22 (55 por 100) y se han conseguido "mejorías clínicas" en 9 (22 por 100). Nos ha sido, pues, de gran utilidad el fármaco en 31 casos, es decir, en el 77 por 100. Esta cifra coincide plenamente con los resultados de KOZOL, AIRD, FETTERMAN, VICTOROFF, etc.

No cabe duda de la gran utilidad de la mesantoína. Debo señalar que en mi experiencia se han mejorado en alto porcentaje los accesos de gran mal, los sintomáticos y también los psicomotores; en éstos, como ya he apuntado, obtuve un 50 por 100 de "curaciones o supresión de los accesos", sobre los que otros autores (FETTERMAN y VICTOROFF) dicen haber obtenido menor eficacia.

Podemos considerar como "fracasos terapéuticos" 7 casos, 17 por 100 solamente. Y en cuanto a la "supresión del medicamento" por originar reacciones secundarias, únicamente me vi en la necesidad de hacerlo en 2 casos (5 por 100).

En este último punto es donde más ampliamente deseo extenderme, pues considero que aparecen en la literatura, con una frecuencia mayor de la que realmente debiera, accidentes graves en el curso de los tratamientos por mesantoína. Puede que yo haya tenido la suerte de no tener ninguno y por esto considero que han sobrevalorado el problema. Si bien si se tiene el control necesario sobre el enfermo, con exámenes periódicos sanguíneos es fácil apercibirse de los trastornos que puedan ir surgiendo y tratar de modificarlos.

HOLTEN habla de aplasia grave de la médula

CUADRO I
CASUÍSTICA

	Curaciones	Mejorías clínicas	Fracasos	Sin control	Suspendido tratamiento	Total
Accesos de gran mal	10 (55 %)	1 *	4	2	1	18
Accesos psicomotores	9 (50 %)	2	2	4	1	18
Accesos sintomáticos	3 (50 %)	3	0	0	0	6
Otros casos	0	3	1	0	0	4
TOTAL	22 (55 %)	9 (22 %)	7 (17 %)	6 (13 %)	2 (5 %)	46