

versión del 93 por 100 en veinticuatro horas. Por ello se administró al enfermo 7,7 mC. de yodo radioactivo, y al cabo de un mes todos los síntomas habían desaparecido, dándose el caso de que un embarazo ulterior no se siguió de recidiva de los síntomas previos.

También describen otros ejemplos, incluso un caso de miastenia gravis asociada con bocio nodular tóxico y un caso de edema localizado de los párpados en relación con una glándula hiperactiva.

Por todo ello dichos autores subrayan el hecho de que un estudio metódico y cauto de todo enfermo, suplementado por los estudios de laboratorio pertinen-

tes, puede descubrir una tirotoxicosis subyacente en enfermos que presentan síntomas atípicos, los cuales simulan enfermedades primarias en no importa qué órgano de la esfera de la influencia tiroidea. No solamente, pues, tiene esto importancia desde el punto de vista del diagnóstico, sino también desde el terapéutico, ya que un régimen antitiroideo correcto conseguirá la mejoría de los síntomas o un restablecimiento completo.

## BIBLIOGRAFIA

WOHL, M. G., y SHUMAN, C. R.—Ann. Int. Med., 46, 857, 1957.

## SESIONES DE LA CLINICA DEL PROF. C. JIMENEZ DIAZ

Cátedra de Patología Médica. Clínica del Hospital Provincial. Madrid. Prof. C. JIMENEZ DIAZ

## SESIONES DE LOS SABADOS. — ANATOMO-CLINICAS

Sesión del sábado 26 de mayo de 1956.

## TUBERCULOMA ILEO-CECAL

Doctores FRANCO y MONEREO.—R. P. B., de cuarenta y cinco años, natural de Jarandilla de la Vera, casada, ingresó en nuestro Servicio el día 10 de abril de 1956 con la siguiente historia:

Hace cinco años, en buen estado anterior, dolor epigástrico, que se irradiaba a hipocodrios, con acidez y peso postprandial. Era intenso, continuo, y se calmaba con la ingestión de alimentos. Náuseas en ocasiones con expulsión alguna vez de un líquido claro y ácido. Con este cuadro, con alguna corta temporada de mejoría, pero en general cada vez peor, perdiendo peso y fuerzas, ha estado hasta hace veinticinco días, en que tuvo una típica crisis de obstrucción intestinal incompleta, con violento dolor localizado en la F. I. D., y desde entonces el cuadro de la enferma ha cambiado de modo que han desaparecido las molestias iniciales, presentándose con gran frecuencia estas crisis, que desde que está en la Clínica aparecen todos los días. Ha perdido peso, si bien siempre ha sido más bien delgada. Sus reglas son normales. Poco apetito. Bien otros órganos y aparatos.

No recuerda haber estado enferma hasta los treinta y seis años, en que tuvo una ictericia que cursó bien.

Padre, murió de pulmonía. Madre, no sabe. Marido, sano. Nueve hijos. Viven cinco. Cuatro murieron pequeños. No abortos.

Era una enferma asténica, desnutrida, sin nada anormal en cuello ni en pulmones ni en corazón. Presión arterial, 14 y 8.

En el abdomen, defensa discreta en hemiabdomen derecho, y en F. I. D. se palpaba una tumoración no desplazable, mal delimitada, dolorosa, de consistencia firme y más dura en su porción superior. Hígado y bazo, normales. No adenopatías.

Mientras estuvo hospitalizada (veinte días) tenía febrícula, que en alguna ocasión llegó a 38. El análisis de sangre mostraba 4.570.000 hematíes y 8 leucocitos con fórmula normal. Y una V. de S. de 105 y 136.

La orina era normal. La radioscopia de tórax era normal.

En jugo gástrico, aquilia histamin-resistente.

Y en la exploración radiológica el doctor PÉREZ GÓMEZ vió esófago y estómago normales. A las cinco horas, el ileon pélvico ocupado por el bario es normal. A las tres y ocho horas, imagen normal de ileon pélvico, y

se ve un asa dilatada con contraste y aumento de líquidos correspondientes a terminal y polo cecal, que están fijos, y por debajo de una tumoración palpable. A las ocho y trece horas hay contraste en el ascendente, viéndose una falta de repleción casi completa del ciego. Se pone enema opaco y no se consigue llenar esa zona.

Por el cuadro clínico, podíamos decir que era un proceso obstructivo del delgado distal. Por la palpación, que era debido a una tumoración de fosa iliaca derecha. Por la exploración radioscópica, que dicha tumoración era parietal y bastante extensa, y con relación a su naturaleza podía tratarse o de una neoplasia o de un proceso inflamatorio y de ellos una tuberculosis, una enfermedad de Crohn o una actinomicosis. Ahora bien, la evolución rápida, la alta V. de S., el estado general de la enferma y la misma palpación obligaban a pensar principalmente en un proceso tumoral, en el cual chocaba sólo una cosa: la falta de anemia, tan frecuente e intensa en los tumores del ciego.

Con este supuesto fué enviada para ser intervenida al Servicio del profesor GONZÁLEZ BUENO, donde el doctor MONEREO operó a la enferma.

La pieza fué enviada al doctor MORALES para su análisis.

Se trata, pues, de una tuberculosis intestinal de forma tumoral, en la cual la evolución y caracteres hacían pensar con mucha más posibilidad en un carcinoma del ciego.

El comentario se hizo acerca de la frecuencia con que este cuadro se ve en mujeres (un 70 por 100; profesor GONZÁLEZ BUENO) con respecto a hombres, así como acerca del mecanismo patogenético de la lesión, papel del edema linfático crónico por afectación de los ganglios de la región durante la diseminación hematológica, razones inmunitarias por las que adopta esta evolución proliferativo-indurativa la enfermedad regional, posible mecanismo de formación de pseudopólipos mucosos como los que se han visto, etc.

Han intervenido los doctores CAMPS, MARTÍNEZ BORDU, MORALES PLEGUEZUELO, CEBALLOS y los profesores GONZÁLEZ BUENO y JIMÉNEZ DÍAZ.

## ILEITIS REGIONAL DE CROHN

Doctores MARINA FIOL e HIDALGO.—Se trata de una enferma venezolana de treinta y seis años de edad, que fué vista por nosotros en consulta por presentar un cuadro de dolores intermitentes en fosa iliaca derecha, que

se acompañaban de distensión abdominal, retención de gases y heces, y palpándose en la exploración, inconsistentemente, un asa insuflada y dolorosa en la mitad derecha del hipogastrio. Se trataba de un cuadro de estenosis intestinal localizada en las últimas asas del ileon.

La historia clínica anterior de la enferma era la siguiente: Dieciséis años antes fué intervenida por abdomen agudo, siendo el hallazgo operatorio un embarazo extrauterino; parece ser que entonces la practicaron también una apendicectomía. Diez meses más tarde de esta intervención tuvo un aborto y desde entonces comenzó a padecer de hemicránea, ligero estreñimiento y crisis dolorosas en fosa iliaca derecha que se extendían a todo el vientre. Estas crisis la duraban unos días y se acompañaban de fiebre, estreñimiento y leucocitosis, iniciándose con dolor en epigastrio. La duraba unos días, quedando luego completamente bien. La daban cada cuatro meses en unas temporadas y en otras se pasaban de uno a dos años sin tenerlas.

Desde que llegó a España, hace seis meses, comenzó a padecer inflamación de vientre, molestias en epigastrio y ligera diarrea, presentando algunas agudizaciones en las que el dolor se localizaba en fosa iliaca derecha. Consultó a un especialista en una de estas crisis, hallando éste en la exploración una aclorhidria al desayuno de Ehrmann. Heces con pH 7 con ligero aumento de jabones y ácidos grasos, orina sin alteraciones, serie roja normal, velocidad de eritrosedimentación con un índice de 14 y en la serie blanca 8.200 leucocitos con 78 neutrófilos, de los cuales 8 eran en cayado, 17 linfocitos, 4 monocitos y 1 eosinófilo. En la fórmula que se la hizo cuando la vimos nosotros presentaba 10.000 leucocitos con 86 neutrófilos, de los cuales 21 eran en bastón, 9 linfocitos, 2 monocitos y 1 eosinófilo.

Nuestro diagnóstico clínico fué de estenosis intestinal intermitente, producida bien por adherencias postoperatorias o por un divertículo de Meckel. Hemos de recalcar que el estado general de la enferma era magnífico, haciendo, fuera de las crisis, una vida normal. En la consulta que tuve acudió también el doctor HIDALGO, que coincidió con mis puntos de vista, decidiéndose la necesidad de practicar una intervención quirúrgica.

Circunscribiendo nuestra intervención al aspecto terapéutico del problema, queremos señalar inicialmente algunas características clínicas y de localización, que condicionan fundamentalmente la actitud quirúrgica, y extraer en consecuencia a través de este breve análisis la justificación de la actitud terapéutica seguida por nosotros en este caso.

En lo que se refiere a la localización, como ustedes saben, si bien la preferencia se manifiesta por el ileon terminal, como lo demuestra la observación general, y sobre todo la recopilación realizada por RADVIN y JOHNSON sobre un gran número de casos de la literatura, en la que puede verse que tal asiento se realiza en 261 casos, contra cifras que rara vez sobrepasan los 50 en las localizaciones en ciego, colon ascendente o transversal, etcétera, etc. A este respecto es interesante señalar el que rara vez la lesión, como entidad segmentaria aislada, se localiza en el rectosigmoide, y la frecuencia de la existencia de áreas lesionales circunscritas y diseminadas en diversos tramos del yeyuno-ileon y a veces en el colon, hecho que determina el que la exploración quirúrgica debe ser extraordinariamente detenida y orientada en este sentido para decidir el tipo de intervención a realizar en relación con los hallazgos obtenidos a través de esta exploración.

En el orden clínico, la enfermedad puede cursar bajo diversos aspectos en los que las condiciones terapéuticas distan mucho de la uniformidad. Substancialmente a este fin, podemos reducirlos a tres: Casos agudos, casos crónicos simples y casos crónicos complicados.

En los casos agudos, ya CROHN en sus primeras publicaciones señaló que la remisión del cuadro bajo el control de medidas conservadoras era la regla, y por consiguiente ante el diagnóstico cierto de tal eventualidad la abstención quirúrgica es la conducta adecuada. Sin embargo, y como es natural ante un cuadro agudo, en ocasiones la duda surge y la aparatosidad del cuadro conlleva a una laparotomía, en la que únicamente se es-

tablece el diagnóstico de certeza. En tal caso la conducta a seguir puede transcurrir por diversos caminos: cerrar el abdomen sin realizar ninguna maniobra quirúrgica de otro tipo. Asociar una apendicectomía ante el peligro de presentación de una apendicitis subsiguiente como reacción de vecindad. Resección de la zona afectada o establecimiento de un cortocircuito. En la actualidad se acepta que en tales casos el cirujano debe limitarse a cerrar el abdomen sin realizar ninguna otra manipulación, ya que el asociar una apendicectomía da lugar, con gran porcentaje de casos, al establecimiento de una fistula residual a nivel de la base apendicular invaginada.

En los casos crónicos, las opiniones sobre la oportunidad operatoria no son acordes. BOCKUS estima como quirúrgicos todos los casos en los que exista estenosis comprobada, mientras que GARLOCK, CROHN y el grupo del Mount Sinai Hospital, de Nueva York, se muestran últimamente más partidarios de establecer una mayor selección de los casos, no considerando quirúrgico a un enfermo por el simple hecho de haberse probado radiológicamente un estrechamiento a nivel del ileon terminal, diarrea y anemia, sentido en el que recientemente se expresan CROHN y JANOWITH a través de su experiencia sobre 562 casos. Es decir, en otras palabras, la indicación quirúrgica según tal norma está en relación más con la existencia de complicaciones que con el diagnóstico de lesión crónica. En este pleito, personalmente estamos sin duda alguna mucho más cerca de LAHEY, que categóricamente decía que en la terapéutica de la ileítis no debe tenerse en cuenta el tratamiento médico. A nuestro modo de ver, la actitud conservadora debe reservarse exclusivamente, abstracción hecha de los casos agudos a que hicimos referencia, a los casos en que el enfermo rehuse la intervención, a los que tengan una evolución larga con lesiones poco intensas que no tienen carácter progresivo ni refieran episodios de estenosis manifiesta, a los casos comprobados de lesiones múltiples y diseminadas y a los casos de recidivas operatorias en que se practicaron extensas resecciones y que pongamos en cuarentena la oportunidad y beneficio que pueda aportar una nueva actuación quirúrgica.

En lo que se refiere a los tipos operatorios a realizar, puede recurrirse a las siguientes modalidades:

- a) Resección en un tiempo.
- b) Resección en dos tiempos a favor de un cortocircuito inicial.
- c) Establecimiento de una ileotransversostomía.
- d) Resección extraperitoneal a lo Mickulicz.
- e) En ciertos casos de ileítis difusa o ileoyeyunitis vagotomía bajo la idea de fomentar una atonía en el intestino.

En términos generales puede decirse que la controversia sobre modalidades operatorias se mantiene entre la resección en un tiempo o la ileotransversostomía, seguida o no de resección de la zona afectada en un segundo tiempo.

La resección en un tiempo ha sido defendida fundamentalmente por BOCKUS, que basa este criterio en una serie de razones convincentes que hacen que personalmente nos coloquemos en esta posición. En primer término, ante la evidencia de casos comunicados en la literatura de avances de las lesiones después de la ileotransversostomía que dificultan o imposibilitan la resección ulterior. En segundo lugar, en datos estadísticos de recidivas, como lo demuestra la recopilación realizada por RHOADS sobre 125 casos de la literatura, en 51 de los cuales se practicó solamente la derivación, acusando un 47 por 100 de recidivas, en oposición a los restantes que fueron resecados, y en los que la recidiva sólo aconteció en un 9,2 por 100 de los casos. En el mismo sentido se expresan DYSON, HODES y RHOADS, que en una serie propia de 24 casos, de los que resecan 22, tienen buenos resultados inmediatos y a distancia en 17 casos. El mayor argumento en contra de la resección inicial es la hipotética mayor mortalidad operatoria siguiendo tal norma, argumento que hoy día carece de valor ante el progreso de la técnica, sobre todo en lo que se refiere a una mejor preparación preoperatoria del intestino para conseguir su asepsia. Esto es tan cierto que en una



serie de 30 casos recogida por HAWTHORNE y FROESE sobre material del Graduate Hospital, de Filadelfia, en 1949, lamentan una mortalidad operatoria de 8,3 por 100, y la revisión realizada por MONERO sobre 59 casos del mismo centro últimamente, la mortalidad operatoria en esta última etapa es nula.

GARLOCK y CROHN y el grupo de Nueva York se muestran más partidarios de la ileotransversostomía con exclusión del asa distal del ileon afectada, bien mediante cierre, bien mediante su abocamiento externo practicando una fistula mucosa. A nuestro modo de ver, tal conducta únicamente está justificada en los casos en que la existencia de múltiples abscesos o fistulas entrañen un gran peligro para la intervención radical. En tales casos la ileotransversostomía puede ser la intervención de elección, condicionando la realización o no de la resección en un segundo tiempo a la marcha y evolución de las lesiones.

Afortunadamente, entre nosotros, tal contingencia de abcesificación o fistulización es infrecuente, y por consiguiente en nuestros medios se extreman las indicaciones de resección inicial. La rareza de observación de complicaciones de la naturaleza citada lo demuestra el hecho de que en la casuística de esta Clínica últimamente referida ningún caso tenía tales características. En 1952, BARREDA y ALCALÁ comunicaron un caso, en el que el profesor GONZÁLEZ BUENO practicó una resección de los 20 cm. finales del ileon y colon derecho. En 1953, MARINA y cols. dan cuenta de dos: uno, de localización en la segunda porción del duodeno, en el que se practicó gastroenterostomía, y otro, menos típico de ileitis múltiple granulomatosa inespecífica, en el que se practicó resección de dos metros de intestino, intervenidos ambos asimismo por el profesor GONZÁLEZ BUENO, con cursos postoperatorios inmediatos y a distancia favorables, y en el mismo año tres casos más observados por FRANCO, ESCALADA, GONZÁLEZ MARTÍNEZ y ALFARO DREST, en ninguno de los cuales existían fenómenos fistulosos.

En el caso presente, como el doctor MARINA les ha expuesto, se trataba de un cuadro de obstrucción con fases anteriores similares que obligaron a una intervención urgente. Esta fue practicada el 3 de abril próximo pasado, encontrándose en la misma los siguientes datos operatorios de interés: había ascitis libre en cantidad moderada. En los 10 cm. finales del ileon, hasta su conjunción con la válvula ileocecal, hay una formación tumoral rígida, de consistencia leñosa, que daba lugar a obstrucción suprayacente con dilatación de las asas proximales, que llegan a adquirir un diámetro de 8-9 cm. En el mesenterio vecino hay abundante reacción ganglionar, en forma de ganglios grandes, de consistencia blanda y de color rojizo. El colon es normal y no se encuentra en apéndice (había sido apendicectomizada anteriormente). Se practica resección de los 50 cm. finales del ileon con hemicolectomía derecha, incluyéndose en la pieza de exéresis la totalidad de la zona ganglionar afectada. La exploración del resto del tramo intestinal no demuestra la existencia de lesiones semejantes o parecidas en ninguno de sus tramos. La continuidad intestinal se restablece en ileotransversostomía término-terminal en sutura aséptica. El curso postoperatorio fue completamente normal, abandonando la Clínica a los diez días. En la actualidad la enferma se encuentra bien, ha ganado de peso y únicamente se encuentra perturbada por episodios fugaces de diarrea.

Doctor MARINA.—Por el estudio histológico, parece deducirse que se trata de una enfermedad de Crohn; sin embargo, este cuadro es inespecífico, ya que puede reproducirse, como lo hicieron REICHERT y MATHES, introduciendo sustancias esclerosantes en los linfáticos del intestino, o haciendo ingerir a los perros de experimentación arena muy fina en las experiencias de CHESS.

Por otra parte, el cuadro clínico de nuestra enferma, como de otros muchos de los descritos como enfermedad de Crohn, no corresponde con las descripciones que hizo este autor de la enfermedad. Se trata, según este autor, de un proceso caracterizado por anemia, fiebre, diarrea, dolor abdominal y pérdida progresiva de peso y fuerzas. Es una enfermedad grave que tiene un carácter progre-

sivo y que además recidiva con frecuencia. Hoy en día se ha ido modificando este cuadro, ya que se han descrito casos con sintomatología más benigna. Hay, incluso muchos, de curación espontánea.

En la enfermedad de Crohn es frecuente la formación de trayectos fistulosos. La variabilidad del cuadro clínico podría compararse con lo que ocurre en la tuberculosis pulmonar. Sin embargo, en la enfermedad de Crohn lo único que no varía es el cuadro histológico, salvo en lo que respecta a la formación de fistulas.

En los 5 ó 7 enfermos que han sido intervenidos en esta Clínica como enfermedad de Crohn, existían las mismas características histológicas que en el caso presente.

Las adenopatías escasean, no existiendo tampoco el acúmulo de grasa en los segmentos afectos. El cuadro clínico también era semejante: algunas diarreas a temporadas y luego los síntomas propios de estenosis intestinal, que siempre fué el motivo que determinó la intervención quirúrgica. Hemos visto otros muchos casos en los cuales, por el mismo motivo, diarreas a temporadas, los hemos explorado el intestino, hallando una estenosis poco acentuada, aunque evidente, de carácter segmentario; algunos de estos casos los hemos seguido varios años, permaneciendo las alteraciones radiológicas inalterables. Todos los enfermos han presentado un buen estado general y en ninguno de ellos existió anemia, fiebre y dolores, salvo en los momentos de agudización, que siempre duraba pocos días.

Nosotros creemos que la enfermedad de Crohn está determinada por un régimen determinado, específico; no creemos que las fistulas se deban a infecciones secundarias, pues en este caso es raro que ninguno de nuestros casos de estenosis segmentaria o de tuberculosis intestinal con estenosis la hayan presentado. Las fistulas son patrimonio de dos procesos: la linfogranulomatosis y la actinomicosis, ambas determinadas por agentes específicos; ¿por qué no admitir que el tercer proceso en que se presenta la enfermedad de Crohn también es específico en cuanto a su etiología? En cuanto a nuestros casos, sólo tienen de común con la enfermedad de Crohn la imagen histológica, que como hemos visto es inespecífica. Su cuadro clínico y evolución son diferentes, y muchos autores, fundamentadamente, la han relacionado con distintos procesos. Nosotros creemos que existe la enfermedad de Crohn y un síndrome histológico semejante al Crohn inespecífico que puede ser producido por distintos agentes etiológicos, que tiene carácter benigno, que puede curar en sus primeros estadios de edema, infiltración y úlceras, y que cuando eventualmente pasa al cuarto estadio de fibrosis provoca la estenosis irreversible. A este proceso yo le denominé enteritis segmentaria benigna, en contraposición de la maligna o enfermedad de Crohn.

#### CANCER GASTRICO. CUADRO CLINICO REUMATOIDE Y FEBRIL

La enferma que traemos hoy a sesión tiene una historia que comienza unos meses antes de su ingreso, con dolores articulares intensos, fiebre y molestias abdominales. Es una de las enfermas en las que el síndrome articular y febril nos hizo sospechar la malignidad de la lesión, como otras veces viene sucediendo en esta Clínica.

Era una mujer de cuarenta y dos años, que tres meses antes de ingresar comienza a padecer fuertes dolores articulares en los miembros, cuello y región lumbar, que llegaron a impedirle hacer movimientos. Al mismo tiempo tenía fiebre, sin llegar a determinar a qué grado ascendía. Simultáneamente comienza a sentir un dolor, que no era fuerte, en fosa iliaca izquierda, irradiándose a epigastrio con exacerbaciones y apremiando que le aumentaba de tamaño el vientre.

En las siguientes semanas los dolores articulares fueron perdiendo intensidad, mientras las molestias del abdomen iban, por el contrario, en aumento. Se acentuó un estreñimiento que ya padecía, pasando ocho y más días sin hacer deposición, con sensación de tenesmo.

Ultimamente se intensificó la inflamación del abdomen, que se hacía más exagerada después de las comidas, con molestias en epigastrio, náuseas y vómitos. También en la última época aumentan de nuevo sus dolores articulares, principalmente en rodillas, tobillos y codos. La fiebre se eleva a 39,5° y tiene intensa anorexia, habiendo perdido 16 kilos de peso. Notaba calambres y hormigueos en manos. No había ningún otro dato de interés en su historia ni en los antecedentes, habiendo estado bien hasta el comienzo del cuadro actual.

La enferma presentaba a su ingreso un estado de extrema desnutrición y deshidratación, con lengua seca y piel reseca.

Llamaba la atención el abdomen tenso, con aspecto de meteorización en toda su extensión, no parcialmente. El dolor a la palpación era intenso, sobre todo en fosa iliaca izquierda y lado izquierdo. No era posible palpar ninguna masa o signo determinado. En la exploración articular encontramos dolor y limitación a la movilización pasiva en ambos hombros, codo y rodilla izquierda y en ambos tobillos. No había enrojecimiento ni deformidades articulares.

Como dato de interés tenía uñas en vidrio de reloj. Pequeñas adenopatías en ingles.

Resto de exploración general, normal.

Nuestra primera sospecha, por el enorme volumen de abdomen y el dolor en fosa iliaca izquierda desde el comienzo, se dirigía hacia un proceso estenosante en colon distal, sigma o recto. Por su rápido desarrollo y estado de la enferma no dudamos de que fuese de carácter maligno. Valorábamos el síndrome febril y articular unido a la acropaquia, y aunque en procesos malignos del colon no estamos acostumbrados a verlo, lo consideramos como una curiosidad interesante.

El tacto rectal dió un resultado negativo. La velocidad elevadísima de 88 y 118 con índice de 73,5 encajaba en su cuadro maligno. Anemia de 3.080.000.

Se hizo entonces el estudio radiológico que, como pueden ustedes ver por la radiografía, demuestra una monstruosa dilatación gástrica, tomada a las doce horas de ingerir la papilla. Ocupa el abdomen entero, en ambos flancos, cayendo hasta pubis. Atónico, y con un contenido mezclado que impide ver detalles. Con esta radiografía pudimos explicarnos la dilatación considerable que presentaba el abdomen, y la interpretación del cuadro completo con el diagnóstico de estenosis pilórica por neoplasia con síndrome general de malignización quedaba completamente establecido.

Pasó al Servicio del profesor GONZÁLEZ BUENO en el Hospital General, donde la operó el doctor MONEREO, que les expondrá el resultado de la operación.

Sesión del sábado 2 de junio de 1956.

#### CORDOMA LUMBO-SACRO

Doctor OBRADOR.—Enfermo P. N. C., de treinta y cinco años de edad. Ingresó en la Clínica en marzo de 1956 con la siguiente historia: Sin ningún antecedente importante, hace unos dos años comenzó a notar un dolor como una punzada, en la parte posterior del muslo izquierdo, con irradiación hacia hueso poplíteo. Por esta fecha empezó a notar también que la marcha con la pierna izquierda era torpe y paulatinamente fué apareciendo un adelgazamiento progresivo de esta pierna. Desde entonces han persistido todas estas molestias (el dolor, la pérdida de fuerza y la atrofia en la pierna izquierda). En el último mes, impotencia por falta de erección y sensación de acorchamiento en región genital.

En la exploración clínica el enfermo, que estaba bien constituido, y que en un examen clínico general no demostraba anormalidades, así como tampoco en la exploración de los pares craneales y miembros superiores, tenía en la exploración de los miembros inferiores los siguientes datos positivos: hipotonía bilateral, más acusada en el lado izquierdo, con atrofia global marcada de dicho lado. Disminución de la fuerza para la flexión dorsal de los dedos en pie izquierdo. Reflejo aquileo abolido y un área de anestesia en los dermatomas sacros del lado izquierdo.

En las radiografías simples aparecía una alteración en la estructura ósea de la región sacra y de la V lumbar con áreas destructivas e irregularidades en la porción superior del sacro. Una mielografía demostró la detención del medio de contraste a nivel de la V lumbar, y sobre todo hacia el lado izquierdo, descendiendo el contraste en forma de una fina lengüeta por el lado derecho del canal.

En la intervención quirúrgica, practicada bajo anestesia general, se encontró al hacer la laminectomía de la V lumbar y I sacra la existencia de una masa tumoral de aspecto grisáceo que aparecía en los espacios paravertebrales de la región explorada. El saco dural estaba rechazado hacia la derecha por la masa tumoral, que aparecía perfectamente redondeada y con un marmelón a nivel de V lumbar, y que se continuaba después a lo largo del canal sacro. Por ello fué necesario ampliar la laminectomía de todo el sacro. Las raíces sacras estaban rechazadas y distendidas hacia atrás por la masa tumoral, que pasaba también por los agujeros de conjunción. Después de disecar la masa principal del tumor se extirpó casi toda ella en una pieza y cuidando de quitar después los trozos tumorales en los espacios paravertebrales. La cara anterior del canal sacro estaba horadada, pero al parecer no invadida por el tumor, ya que el hueso presentaba una consistencia bastante dura y compacta, aunque a nivel del agujero de conjunción de S<sub>1</sub>—S<sub>2</sub> el hueso aparecía más blando y como invadido por el tumor. Terminada la extirpación de toda la parte macroscópicamente visible se extrajo el lipiodol, a través de una pequeña incisión en la dura, y se cerraron las partes blandas en la forma habitual.

El estudio histológico del tumor, efectuado en el laboratorio del doctor MORALES PLEGUEZUELO, proporcionó el siguiente resultado: Cordoma con zonas de distinto aspecto como es habitual con formas que tienen claras fisalidas y otras con células alargadas. En la porción ósea, que parecía invadida por un tumor, se comprueba, tras descalcificación, la íntima infiltración en los tricitos del hueso.

El curso postoperatorio del enfermo transcurrió sin ninguna complicación, excepto una alteración de esfínteres que requirió la práctica de sondajes durante los primeros días.

Posteriormente fué dado de alta y después ha sido sometido, en cura ambulatoria, a un tratamiento de radioterapia profunda (doctor ALBERT) con una dosis total de 4.600 r. sobre región lumbosacra, con lo cual el enfermo ha mejorado de sus molestias subjetivas y persiste el mismo cuadro neurológico.

Los cordomas son tumores que fueron descritos hace ya justamente cien años, por LUSCHKA, en la región baso-esfenoidal. Aunque VIRCHOW los denominó "ecordosis fisalifera", al demostrarse por MÜLLER su origen en restos de la notocorda, se denominaron posteriormente cordomas, por RIEBERT, en 1895. Estos tumores pueden aparecer en la columna, y especialmente en la región sacro-coxígea, como resultado del crecimiento de vestigios heterotópicos de tejido de la notocorda en los núcleos pulposos intervertebrales. Son tumores que invaden el hueso localmente y los tejidos blandos, como nuestro caso, o incluso que se originan dentro del propio hueso. Por ello, la imagen radiográfica con alteraciones óseas es bastante característica. Histológicamente, estos tumores recuerdan al tejido cartilaginoso embrionario de la notocorda. Los cordomas son tumores raros y este caso es el primero de nuestra experiencia personal de lesiones raquídeas. En el libro clásico de ELSBERG señala WOLFF la presencia de sólo dos casos en el estudio histopatológico de 253 tumores raquímedulares (menos del 1 por 100). En una estadística de la Clínica Mayo, de 557 casos de tumor espinal encontraban ADSON y KERNOHAN solamente 23 cordomas (alrededor del 0,5 por 100), de los cuales 17 estaban localizados en la región sacra. Dada la extensión e infiltración ósea y paravertebral de estos tumores, sólo es posible hacer una extirpación parcial, que va seguida de mejoría durante algún tiempo, aunque pueden presentarse recurrencias tardías. Habitualmente se hacen tratamientos radioterápicos postoperatorios como en nuestro caso.



## CONDROMA VERTEBRAL Y TORACICO

Doctores BARREDA y OBRADOR.—Enferma C. G. D., de cincuenta y siete años, ingresada en la Clínica en octubre de 1955. Antecedentes personales y familiares sin interés patológico especial. Desde hace unos tres o cuatro años comienza a notar dolor en la región dorso-lumbar y desde hace pocos meses se inicia una pérdida de fuerza en ambas piernas que va progresivamente aumentando hasta hace dos meses, en que no puede andar por una parálisis completa de las piernas, en las cuales nota tirantez y parestesias.

En la exploración clínica enferma obesa, con buen estado general y normalidad clínica cardiorrespiratoria, abdominal, de pares craneales y de extremidades superiores. Paraplejía completa con hipertonia, exaltación de reflejos tendinosos, clonus y signos piramidales positivos. Fenómeno de triple retirada cuando se estimula la piel de las piernas hasta nivel de L<sub>1</sub>. El examen de las sensibilidades superficiales demuestra una alteración por debajo del 12 dermatoma dorsal. Sensibilidad vibratoria abolida en las piernas y afectación del sentido postural.

Punción lumbar: Presión inicial de 10 cm. con bloqueo en la prueba de Queckenstedt. El examen del líquido cefalorraquídeo demuestra reacción de globulinas fuertemente positivas, 40 por 100 de proteínas totales, 2 células por mm. cc. y curva del oro coloidal 1-2-3-4-4-4-3-2-1-0.

El examen radiográfico, además de demostrar un bloqueo al paso del medio de contraste a nivel de la VIII dorsal, señalaba una masa circular paravertebral en el lado derecho.

La enferma fué operada bajo anestesia general, y al practicar la laminectomía, desde la VII a la IX vértebras dorsales, encontramos hacia el lado derecho de las masas musculares paravertebrales un tejido blanquecino, avascular, duro y fibroso, parecido al cartilago; este tejido invadía y penetraba en el canal raquídeo a nivel de la VIII dorsal, desplazando el saco dural intensamente hacia la izquierda. Una vez extirpada la porción intrarraquídea de la neoplasia, que pudo hacerse con toda facilidad, quedó la dura descomprimida y latiendo normalmente. La porción extrarraquídea era mucho mayor, del tamaño de una naranja aproximadamente, y fué extirpada a trozos. Siguiendo la disección paravertebral fué necesario extirpar la VII y VIII costillas, y observando entonces que el tumor se metía en la cavidad torácica, estando adherido a la pleura, que fué desgarrada al extirpar esta porción de la neoplasia. Se dejó para un segundo tiempo el final de la extirpación de la masa más profunda del tórax que rodeaba los cuerpos vertebrales y que se extendía en una longitud de unos cuantos centímetros, pero sin penetrar en mediastino, y aislada de los grandes vasos. La vía de acceso además, en la posición decúbite prono de la enferma, no era de lo más adecuada para terminar la extirpación de la masa intratorácica del tumor. El curso postoperatorio de la enferma fué favorable, sin presentar complicación alguna y durante su estancia en la Clínica comenzó a regresar la hemiparesia sin que tengamos detalles sobre curso ulterior, quedando la enferma en volver a una revisión para estudiar las posibilidades de completar la extirpación de la porción intratorácica residual por el Servicio de Tórax.

El estudio histopatológico del tumor (doctor MORALES PLEGUEZUELO) demostró que estaba constituido por cartilago maduro con lagunas de tamaño variable que pueden alojar a veces una pareja de células; los núcleos de éstas son a veces globulosos. Hay poca tendencia a la disposición en grupos isogénicos. Mitosis no se han visto ni atípicas acentuadas tampoco.

Los condromas vertebrales son tumores muy raros y en alguna estadística de la literatura están citados ejemplos aislados. Así WOOLF, en el libro de EESBERG, reúne dos casos en su colección histopatológica de 253 tumores raquímedulares; en la Clínica Mayo, ADSON y KERNHAN encontraron seis condromas en un total de 557 neoplasias del raquis y médula, y ALMEIDA LIMA, en su monografía de 1943, sólo había visto entonces un caso.

En nuestra experiencia, es el primer ejemplo en este tipo de tumor, siendo interesante la gran masa intratorácica asintomática que presentaba esta enferma.

## MIASTENIA

Doctor LORENTE.—F. S. M., de treinta años de edad, casado, nos relataba la siguiente historia cuando ingresó en nuestro Servicio:

Hacia un año y medio que comenzaron sus molestias al apreciar que veía doble, con uno de los ojos, sin precisar cuál. Fué tratado con vitamina B sin mejoría. Seis o siete y medio meses después apreció diplopía con ambos ojos. A principios del año actual se presentó una dificultad para elevar el párpado superior, que si era mínima al levantarse por las mañanas, progresaba rápidamente para alcanzar su máximo a las dos o tres horas. Así estuvo durante un mes sin responder a diferentes terapéuticas que le prescribieron, y entonces apareció una dificultad similar para la elevación del párpado en el otro ojo. Hace un mes comenzó a notar dificultad para la masticación, que se hizo progresivamente más intensa, hasta llegar a ser imposible practicarla. Simultáneamente se presentó falta de fuerza en las piernas cuando lleva andando un cierto espacio, obligándole a disminuir la velocidad de la marcha; algo análogo le ocurre en los brazos, costándole mucho trabajo el peinarse. Y desde hace quince días aprecia dificultad en la deglución, inclusive de la saliva, cuando lleva un rato comiendo, así como para la fonación, especialmente en los tonos agudos, de lo que ha podido darse cuenta al practicar sus clases de canto. Con la prostigmina (cuatro comprimidos al día) desaparecían rápidamente sus molestias, para volver a presentarse a las dos o tres horas. Sin embargo, últimamente ha dejado de tomarla porque le producía frecuentes e intensas náuseas.

Los restantes síntomas por parte de otros órganos y aparatos son negativos, excepto que con frecuencia se le presentan palpitaciones con el esfuerzo que desaparecen rápidamente.

Entre los antecedentes personales no hay ninguno de sus familiares que padezca su enfermedad; su mujer está sana y tiene un hijo también sano.

En la exploración física encontramos un enfermo en buen estado de nutrición con coloración pálida de la piel y buena coloración de mucosas. Se aprecia una ptosis palpebral de ambos lados, más acentuada en el lado izquierdo, con buena reacción pupilar y movilidad extrínseca del globo ocular, casi abolida. Hay una marcada disminución en la potencia muscular de los maseteros. No hay adenopatías. La palpación de la región anterior del cuello no denota nada anormal. La exploración de pulmón, corazón y abdomen es normal. Presión arterial, 13/8. Los reflejos cutáneos y tendinosos son normales. No hay reflejos patológicos. Potencia muscular disminuida en las extremidades superiores e inferiores. No hay atrofas musculares.

En las exploraciones complementarias practicadas se encontró lo siguiente:

La orina, una densidad de 1.030, sin glucosa y sedimento normal.

En la sangre: Hematíes, 4.600.000. Hb., 97 por 100. Valor globular, 1,05. Índice de velocidad de sedimentación, 4,5. Leucocitos, 4.400; neutrófilos segmentados, 57; en bastón, 1; eosinófilos, 3; monocitos, 4; linfocitos, 35. La colinesterasa fué de 413 mm. por 100.

La ceatinina, preformada con una diuresis de 1.250, fué de 3.100 en las veinticuatro horas sin encontrarse creatina.

La exploración eléctrica de los músculos de la cara y extremidades, hecha con la corriente farádica, dió el resultado siguiente:

Falta de respuesta en masetero derecho; reacción de Jolly, evidente, en masetero izquierdo y orbicular de los párpados derecho; hipoeccitabilidad, con reacción de Jolly dudosa, en el orbicular de los párpados izquierdo; en el resto de zonas musculares exploradas no se ha observado reacción de Jolly y únicamente un ligero aumento del umbral de excitación que puede considerarse dentro de los límites de la normalidad.

En la exploración radiológica, radiografías de tórax en posición antero-anterior y laterales no se pudo objetivar sombra del timo que indicara un aumento o tumor de esta glándula.

La biopsia del músculo, hecha con el objeto de hacer un estudio de la sinapsa neuromuscular, demostró que las placas motoras se encontraban completamente conservadas; la fibra muscular, también normal, no encontrándose en ellas alteraciones.

Se practicó en el enfermo un estudio electrocardiográfico en reposo y después del esfuerzo, en un día en que se suprimió la medicación y en otro en que estaba sometido a la acción del Mestinón. Los resultados fueron los siguientes:

Sin tomar medicación.—El electrocardiograma de reposo demostró lo siguiente: Ritmo regular a 63, Q-T y P-R, normales; P, QRS y T, sin alteraciones; S-T, ligeramente descendido en aVF. Prueba de esfuerzo de Master: "Inmediatamente después del ejercicio desciende el S-T en III, II y aVF; a los tres minutos del ejercicio persiste el descenso del S-T, aunque con menor intensidad"; a los diez minutos del ejercicio, T difásica en aVF y II, aplanándose en V<sub>6</sub>.

Estando sometido al efecto del Mestinón.—El electrocardiograma de reposo demostró lo siguiente: Ritmo a 57, Q-T en el límite superior; P y QRS, sin alteraciones; S-T descendido, 0.12, en aVF; T difásica en V<sub>2</sub> y V<sub>4</sub>. "Inmediatamente después del ejercicio el S-T en aVF está igual que en reposo, así como la T en V<sub>1</sub> y V<sub>2</sub>; Q-T, normal. A los tres y diez minutos del ejercicio sigue sin presentar nuevas alteraciones.

Es decir, que así como el electrocardiograma tomado sin medicación demuestra una prueba de esfuerzo positiva, ésta es negativa cuando el paciente está sometido a la acción del Mestinón.

El enfermo, desde que ingresó en la Clínica, fué sometido a la medicación con Mestinón, suministrándole tres a cuatro comprimidos diarios de 60 mg. El efecto, como hemos visto en otros enfermos, fué francamente favorable. Su ptosis palpebral disminuía hasta hacerse apenas perceptible, podía hacer su masticación casi normalmente, así como la deglución, y su potencia muscular en las extremidades para el ejercicio físico, que por lo demás estaba bastante poco afectada, se recuperó por completo.

Nos encontrábamos, por consiguiente, ante un caso de miastenia, que afectaba fundamentalmente y más electivamente a los músculos centrales, inervados por los nervios craneales, y menos intensamente a la musculatura de las extremidades. Es, efectivamente, en estos casos con afectación más predominante en este grupo de músculos donde el Mestinón tiene un efecto más teatral, como ocurrió en nuestro paciente. Sin embargo, se nos planteaba, como siempre en estos enfermos, el porvenir, dejándole sometido al tratamiento médico; siempre pendiente de su medicación por el Mestinón, el ir necesitando cada vez más dosis hasta disminuir y agotarse sus efectos a la larga, como hemos visto en otros casos. Estos argumentos, el tratarse de un hombre joven, incapacitado para su trabajo, y la afectación de los músculos centrales, que es la localización miasténica que puede traer complicaciones más graves, nos inclinaron a aconsejarle la timectomía, que fué aceptada por

el paciente. El día 29 de abril fué intervenido por el doctor CASTRO FARINAS, extirpándose un timo más bien pequeño de tamaño, que se remitió para su estudio anatómopatológico.

El curso postoperatorio del enfermo fué francamente favorable. Desde el mismo día de la intervención el enfermo estuvo sometido a la medicación con Mestinón, primero en inyección intravenosa e intramuscular (dos o tres ampollas de 1 mg. en las 24 horas), después por vía oral (cuatro comprimidos diarios de 60 mg.). A los dos días de la intervención tuvo el enfermo una fase de apnea que duró unos tres minutos, recuperándose rápidamente con una inyección intravenosa de Mestinón. El 19 de mayo ingresó de nuevo en nuestro Servicio, encontrándose el enfermo perfectamente bien, aunque todavía continuaba tomando tres comprimidos diarios de Mestinón.

Antes de la operación sin Mestinón.—1.º No se consigue producir cansancio muscular mediante marcha prolongada en terreno llano ni subiendo escaleras repetidas veces. 2.º No se consigue producir cansancio muscular haciendo repetidas flexiones y extensiones con los brazos. 3.º Cerrando y abriendo los ojos se produce cansancio cuando lleva haciéndolo treinta veces seguidas; a la cuarenta y cinco, le es imposible continuar y se produce ptosis palpebral. 4.º Ese mismo día, a la hora de comer, tuvo cansancio inmediato al empezar a masticar los alimentos y grandes dificultades para la deglución.

Después de la operación sin Mestinón.—1.º Al abrir y cerrar los ojos no se logra producir cansancio hasta que lleva haciéndolo cien veces seguidas; en este momento se produce una ptosis muy discreta. 2.º Este día puede comer bastante bien; únicamente nota cierto cansancio al masticar alimentos como la carne; la deglución la pudo efectuar sin dificultad.

El electrocardiograma de reposo y de esfuerzo, practicado después de la intervención, dió lo siguiente:

En reposo: Ritmo, a 75 por minuto; Q-T y P-R, normales; T y S-T, sin alteraciones. Inmediatamente después del ejercicio: Ritmo a 86, con marcada arritmia sinusal; Q-T, normal; S-T, desciende en II, III, aVF, V<sub>1</sub> y V<sub>6</sub>; a los tres minutos del ejercicio persisten los descensos de S-T, aunque disminuidos en II, III y aVF; a los diez minutos del ejercicio el trazado vuelve a las condiciones de reposo. Es decir, que la prueba de esfuerzo sigue siendo positiva después de la intervención, presentando las mismas alteraciones electrocardiográficas que antes.

El estudio anatómopatológico del timo remitido dió lo siguiente:

En un tejido adiposo abundante se encuentran aglomerados de elementos tímicos que pertenecen sobre todo a la zona medular y que tienen abundantes corpúsculos de Hassall en diversos estadios de calcificación. Corresponde a un timo involutivo, sin que se objetive la existencia de timoma.

En los comentarios intervienen el doctor CASTRO y los profesores GILSANZ y JIMÉNEZ DÍAZ, señalándose la escasez de hallazgo de auténtico timoma en casos de miastenia beneficiados por la timectomía, así como el efecto del ACTH, quizá por linfoólisis de las estructuras linfáticas periféricas, intermusculares, tan eficaz en ocasiones.