

NOTAS CLINICAS

MENINGIOMA CALCIFICADO INTRAORBITARIO. TRATADO CON EXTIRPACION RADICAL

J. V. ANASTASIO y L. SANJUANBENITO.

Servicio de Neurocirugia del I. N. M. S. T.
Doctor Profesor: LAFUENTE.

Existe desde hace ya tiempo un acuerdo, casi unánime, entre oftalmólogos y neurocirujanos en lo que se refiere al tratamiento de los tumores orbitarios.

Así, salvo contados casos en los que el abordaje quirúrgico se realiza por vía anterior o lateral, casos que están ya perfectamente sistematizados, la excisión operatoria de los tumores de la órbita se realiza, y debe realizarse, con "approach" intracranial.

Son sobradamente conocidas las razones que han determinado la elección de la vía transfrontal para esta clase de cirugía, y nosotros en anteriores publicaciones insistimos también en éste y otros aspectos que la cirugía de los tumores orbitarios lleva consigo.

En esta breve nota clínica vamos a limitarnos, pues, a presentar un caso operado recientemente,

y cuyo interés reside, a nuestro juicio, más que en particularidades anatopatológicas o clínico-diagnósticas, en las propiamente terapéuticas, por las dificultades técnicas que la extirpación radical de estas lesiones entraña no pocas veces.

Es, de paso, un ejemplo más que puede ilustrar la utilidad, o mejor, necesidad, del abordaje intracranial de estos tumores.

Enfermo: F. M. D.; edad, cincuenta y dos años; natural de Zamora; soltero.

Los antecedentes familiares y personales carecen de interés.

HISTORIA CLINICA.

Hace quince años notó casi bruscamente una protrusión del ojo derecho. No fue precedida ni concomitante con cefaleas, disminución de visión u otras alteraciones. Desde entonces acusa éste exoftalmos como única molestia. Recientemente aqueja episodios de cefaleas, espontáneos, y que en ocasiones terminan en verdaderos mareos.

No cuenta el enfermo otras alteraciones o molestias.

La exploración clínica, incluyendo el fondo de ojo y el campo visual, no arrojó anormalidad alguna.

El exoftalmos derecho no era pulsátil ni producía dolor marcado la compresión sobre el globo ocular.

Los análisis de laboratorio, incluyendo el Wassermann y complementarios, eran totalmente negativos.

Las radiografías simples de cráneo demostraban la existencia de una gran calcificación, que invadía toda la órbita derecha y parte de los senos frontal y etmoidal (Figs. 1 y 2).

No consideramos necesarias otras exploraciones, y el hecho de que el enfermo había sido visto y estudiado en otros varios Servicios, rechazándose la intervención por muy arriesgada, nos decidió a operarle por vía intracranial.

INTERVENCION.

19-V-59. Bajo anestesia general practicamos una craniectomía osteoplástica frontal derecha.

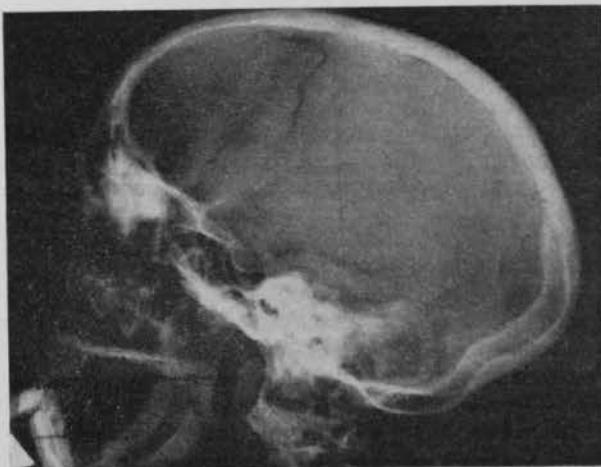


Fig. 1.—Fotografía de la radiografía preoperatoria en posición anteroposterior.

Fig. 2.—Fotografía de la radiografía preoperatoria en posición lateral.

rrenal (Percorten de 5 mgs. en ampollas), al cual se añadía un cocktail de ergotamina, luminal y atropina. Bastaban generalmente tres semanas (8 ampollas de Percorten, diaria, intramuscular, y 4 después en días alternos), para mejorar no sólo el cuadro hipotensivo, sino de una manera espectacular también el cuadro clínico de las crisis sincopales con esta medicación de control vascular, en la que se eliminaba, por así decirlo, la tendencia al sincope en estos casos frecuentes.

Una última etapa de nuestros ensayos lo constituye un pequeño grupo de 12 casos, en los que hemos sustituido los alcaloides citados anteriormente por una medicación análoga, pero sintética, como es el Priscofen en grageas (compuestas por priscol, 2,5 mgs.; trasentina, 10 mgs., y ácido fámitilbarbitúrico, 20 mgs.). Nuestra pauta era sistemáticamente la siguiente: las dos primeras semanas, Percorten, de 5 mgs., en inyección diaria intramuscular, y Priscofen, un comprimido antes de cada comida (3 al día). La segunda semana se espaciaba el Percorten (alternando), y después se descansaban unos días. Si no había cedido por completo el cuadro, se repetía la dosis en la tercera semana. El 90 por 100 de los casos cedían por completo; sólo dos, uno, complicado con una cardiopatía, y otro, con una depresión endógena necesitaron otra terapéutica. La eficacia de esta combinación estriba, a nuestro juicio, a considerar que con la asociación Percoten-Priscofen, a la acción frenadora de la transenteria y luminal se añade posiblemente el efecto que sobre la isquemia cerebral (que es el *primum movens* de la c. sincopales) parece tener el priscol. Sin efectos secundarios, por otra parte.

Para terminar, ilustraremos con dos ejemplos clínicos de enfermos sincopales.

1.^o Se trata de A. H. M., de veintinueve años, quien desde hace un año y mientras estaba trabajando sintió que se le nublaba la vista y que las cosas le daban vueltas, poniéndose amarillo y con sudoración. Se sujetó para no caer, aunque no perdió el conocimiento. Todo esto pasó casi en seguida. Desde entonces y hasta ahora tiene estos mareos a diario, que suelen ser más fuertes y frecuentes sobre las seis de la tarde, al parar de trabajar.

Se acompaña de dolor suproarbitario bilateral que se exacerba a la presión y no hay hiperestesia en esta zona. Niega antecedentes familiares ni personales. En la ex-

ploración se ha efectuado el R. O. C. y ha notado mareo y dolor como en las crisis que habitualmente padece. El E. E. G., sin embargo, no detecta lentificación alguna y sólo en el electrocardiograma se ve una lentificación de tres segundos. Por la producción de los pródromos mediante el R. O. C. nos inclinamos a pensar que puedan ser de aspecto sincopal estas crisis.

2.^o L. H. D., de 48 años, casada. Hace un mes sufrió una crisis con pérdida de conciencia y caída al suelo. Se cayó en medio de su casa, mientras estaba haciendo la limpieza de la misma. Se hizo una herida en la frente con un ligero hematoma. Dice que le pasó en seguida, pero que se encontraba sin fuerzas. Una semana después le ha vuelto a ocurrir, pero sin llegar a caer al suelo, pues tuvo tiempo de acostarse sobre un diván, cayendo sin fuerzas. No ha sufrido traumatismo craneal anteriormente ni existen antecedentes neurológicos en la familia. Dice que hace años, cuando se le murió un hijo, tuvo ya estas crisis, que un año después cedieron. En la actualidad, hace dos meses que perdió a su esposo. Lo que más teme es la sensación de desvalimiento que nota seguidamente a la crisis. El E. E. G. (1239-2-III-59) es normal. El R. O. C. resulta negativo. El reflejo senocarotídeo por compresión a los lados de la laringe de la arteria carótida produce una brusca pérdida del tono muscular y de la conciencia, mientras el trazado se halla ocupado por ondas lentas de alto voltaje irregulares, que aumentan progresivamente y disminuyen poco después en una descarga de veinte segundos de duración, recuperando en seguida el sensorio y manifestando que había sentido el mismo relajamiento que cuando le daba la crisis (bradicardia de 56).

La medicación en ambos casos estuvo de acuerdo con nuestra última pauta anteriormente señalada, remitiendo ambos en pocas semanas.

RESUMEN.

Se considera el diagnóstico diferencial de los ataques sincopales con los epilépticos apoyado en el registro electroencefalográfico de éstos. Gráficas en las que se ve, junto a la alteración cardíaca (lentificación o pausa), una lentificación difusa formada por ondas delta irregulares y de gran voltaje, sin signos paroxísticos punta-onda, como en las gráficas características del Petit Mal, con cuyas pérdidas de conciencia suele confundirse.

Se estudian las normas del tratamiento de estas pérdidas de conciencia sincopales. En cuanto

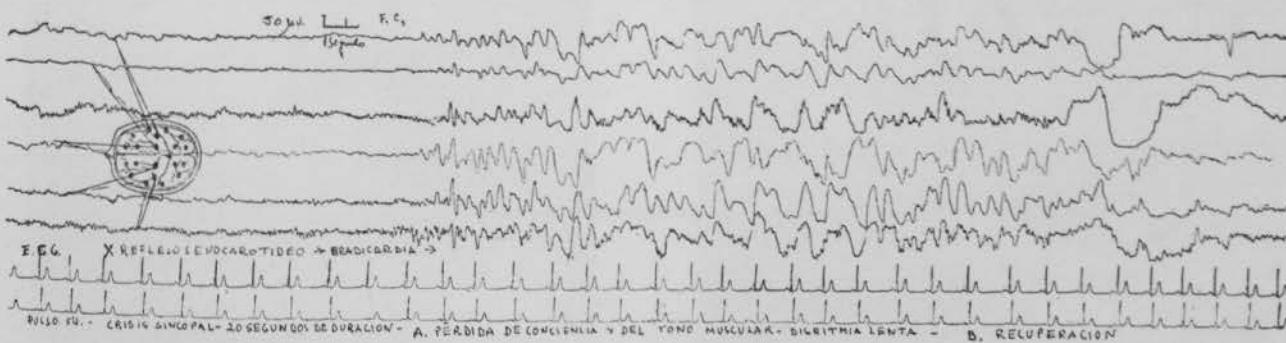


Fig. 1.—Registro electroencefalográfico y electrocardiográfico de una crisis sincopal desencadenada mediante reflejo senocarotídeo.—Pocos segundos después de la compresión senocarotídea (X), el trazado se lentifica bruscamente, estando ocupado por una descarga difusa de ondas delta irregulares y de alto voltaje que aumentan progresivamente (ondas delta de 1 c. s.) y decrece seguidamente hasta normalizarse; veinte segundos después, el trazado al momento en que recobra el sensorio. El reflejo senocarotídeo ha desencadenado una bradicardia considerable (54), pero no una pausa cardíaca.

Se retrajo extraduralmente el polo frontal hasta poner al descubierto el techo orbital. Existía en éste una pequeña perforación, por la que hacia hernia la duramadre. Con ayuda del escoplo y la gubia fina, se levantó el techo de la órbita, cayendo sobre una tumoración de consistencia pétrea, de aspecto óseo y de difícil movilización. Extremando la vigilancia sobre el globo ocular desde fuera del campo, y tras maniobras de gran dificultad, conseguimos finalmente la extirpación en bloque del tumor. Este tenía un tamaño aproximado al de una nuez, y su forma era extraordinariamente irregular, con numerosos mamelones, pero de bordes lisos (Figs. 3 y 4).

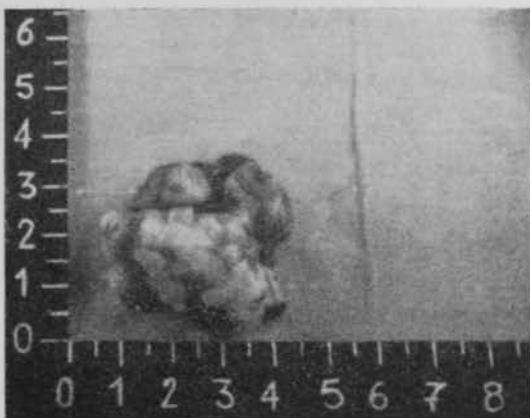


Fig. 3.

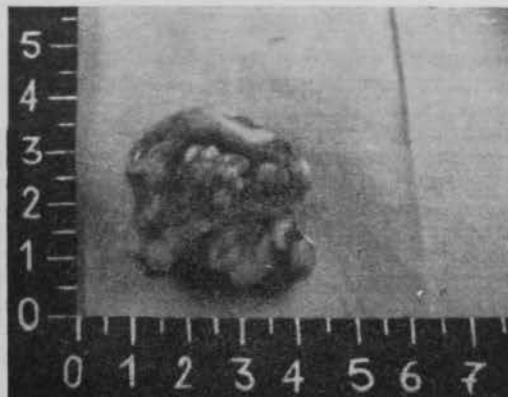


Fig. 4.

Concluida la extirpación quedó al descubierto una comunicación con los senos, que fueron taponadas con cera y esponja. Se reflejó la dura para aislar en lo posible la fosa anterior, suturando además un pequeño desgarro en la parte más inferior e interna de la dura frontal.

Tras de cuidadosa hemostasia, se repuso el colgajo óseo, suturándolo como se hace habitualmente, y cerrándolo a continuación la galea y la piel en dos planos.

El enfermo siguió un buen curso postoperatorio, sin hacer edema palpebral marcado, verificándose compresiones discontinuas con goma hinchable sobre el globo ocular.

A los 10 días se quitan los puntos, quedando la herida perfectamente cicatrizada.

Tras de realizar nuevas radiografías de comprobación, el enfermo es dado de alta en perfectas condiciones (Figuras 5 y 6).

En la exploración de salida se observa una marcada disminución del exoftalmos. Los movimientos oculares están conservados, y la agudeza visual en ambos ojos es idéntica.

El diagnóstico histopatológico (Dr. MORALES), señala que se trata de un meningioma calcificado.

COMENTARIO.

La dureza pétrea del tumor nos llamó la atención, y a decir verdad nos parecía excesiva para tratarse de un meningioma, aun siendo éstos,

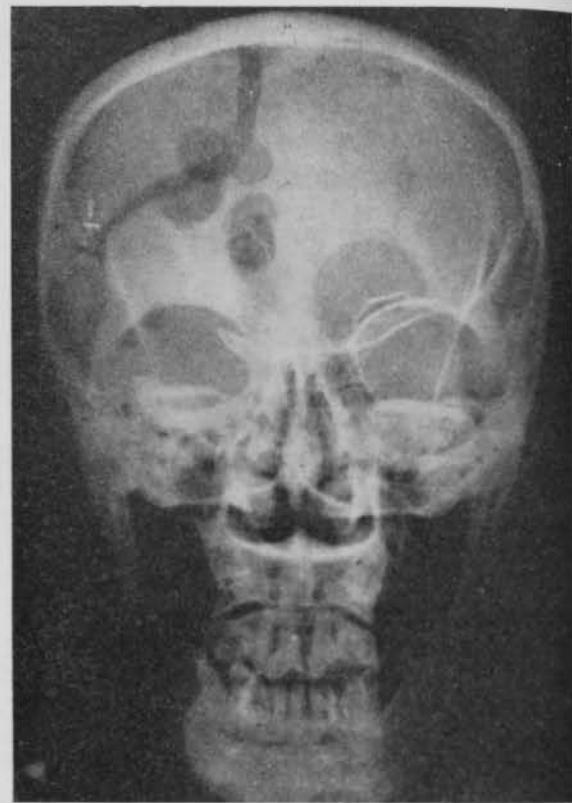


Fig. 5.—Radiografía postoperatoria en posición anteroposterior. Obsérvese la desaparición total de la gran calcificación.

como es bien sabido, los más frecuentes entre los tumores orbitarios. En la casuística de Dandy, el 29,1 por 100 de los procesos expansivos de la órbita fueron meningiomas.

Los siete casos operados por nosotros se reparten así:

Meningiomas, 2; osteoma, 2; angioma, 1; sarcoma, 1, y granuloma, 1.

El tumor en cuestión estaba, sin embargo, per-



Fig. 6.—Radiografía postoperatoria en posición lateral. Puede observarse que la lesión se ha extirpado en su totalidad.

fectamente delimitado, por lo que fue factible su extirpación en bloque. No obstante, las maniobras operatorias fueron penosas. Su gran tamaño y su forma tan irregular dificultaban en extremo las tracciones precisas para su enucleación, ya que era preciso evitar cualquier daño a las delicadas estructuras a las que la tumoración estaba firmemente adherida.

En este caso practicamos, como medida previa, la tarsorrafia borde a borde, interponiendo entre aquéllas finas láminas de polieteno, según técnica de Poppen.

Con esto, y el mantenimiento durante los primeros días del postoperatorio de una suave compresión sobre el globo ocular y el reborde orbital, a base de gomas hinchadas, se consigue evitar, casi en absoluto, la molesta fase de hematoma y edema que acompaña fatalmente a las intervenciones sobre esta región.

UN CASO DE FIBROMA OSTEÓGENO DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

E. R. LOSADA TRULOCK y R. CEBALLOS.

Clinica Médica Universitaria.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.

El caso que vamos a mencionar tiene interés para nosotros y lo consideramos digno de publicación, en primer lugar, por la ya relativa rareza de la tumoración en sí, y en segundo lugar, por la atípica localización en costilla y por tratarse de un sujeto de más edad de la ordinaria para esta clase de tumor. Le creemos además útil como objeto de una corta digresión sobre diagnóstico exacto, no siempre posible, por desgracia, de los tumores óseos; diagnóstico en que han de barajarse la mayor parte de las veces no sólo el aspecto histológico de la biopsia, sino, con tanta importancia como con ella y aún más, el cuadro clínico y el radiológico.

HISTORIA CLÍNICA.

Con motivo de un examen radioscópico de rutina, descubrimos en un hombre de treinta y siete años una deformidad de la extremidad anterior de la segunda costilla izquierda, cuya imagen radiográfica reproducimos (Fig. 4).

El resto de la exploración clínica y de laboratorio fue absolutamente negativa.

Nuestro diagnóstico fue de tumoración costal benigna, pero aconsejamos la intervención, dado que podíamos asegurar que el crecimiento era relativamente rápido, ya que en un examen dos años antes no existía.

La intervención fue practicada por el Dr. CASTRO FARIÑAS, que resecó ampliamente la tumoración. El curso postoperatorio fue normal y la recuperación total.

La pieza recibida era un fragmento de costilla de 10,5 centímetros de longitud, que presentaba un extremo de

resección óseo externo, y el otro, interno, constituido por el cartílago esternocostal. Ligeramente desviado del centro de la pieza, existe un abultamiento fusiforme de diámetro mayor (4,5 cm.) paralelo al eje de la costilla y más prominente en el borde inferior de la misma. Sin embargo, el periostio de la zona ensanchada es normal, liso y brillante; bajo él se ve la cortical respetada. Es al corte cuando se objetiva, llenando y dilatando el hueco medular, cuya sustancia sustituye, un tumor ovoide de color claro pajizo, consistencia bastante firme y recia, con alguna sensación de finas granulaciones duras que crujen al escupelo, muy homogéneo, bien limitado en su circunferencia por la cortical ósea y en sus extremos por una seudocápsula fibrosa que lo separa de cartílago y de médula costal.

Cortes centrales, abarcando la total circunferencia de la neoplasia, fueron estudiados por congelación tras un previo proceso decalcificador. Las tinciones empleadas fueron las de HE y VG, suficientes para la observación sin necesidad de procedimientos más complicados.

Como puede verse en la sucesión de microfotografías que acompañan (fig. 1, 2 y 3), la masa del tumor está constituida por un tejido fibroso, bastante celular sin serlo exageradamente: sus células son fibroblastos maduros y también formas más jóvenes, estrelladas o con prolongaciones; se disponen en fascículos que se acoplan en espirales o líneas ondulantes; entre ellas no se descubren atípicas y tampoco las mitosis son abundantes; numerosos vasos de paredes constituidas por un sencillo endotelio en íntimo contacto con las células del tumor pueden verse, de mayor o menor tamaño. Y, surgiendo aquí y allá, en cualquier zona, central o periférica, existen no muy numerosas espículas de tejido óseo, rodeadas de una fina capa de células en diferenciación osteoblástica, que por sus caracteres indican una muy indolente actividad, y que incluidas en las masas óseas forman osteocitos y ordenan relativamente en capas al hueso así formado. En cambio, la actividad osteoclástica es prácticamente nula: la cáscara de la neoforación es sencillamente la cortical de la costilla rechazada hacia fuera y adelgazada por el crecimiento en su interior del proceso tumoral; no hay tampoco reacción condensante o hiperostótica. En resumen, el tumor parece ser un típico ejemplo de lo que LICHTENSTEIN llamó el año 52 "fibroma osteógeno", tumor preferentemente de cueros vertebrales o huesos largos de extremidades, en sujetos jóvenes, niños especialmente, y que se caracteriza como nuestro caso por una matriz fibrosa que separa y distiende la cortical del hueso que le aloja y en la cual se encuentran diverso número de espículas óseas neoformadas. El tumor, acentuado hoy día por la mayoría de los autores, es considerado por otros, sin embargo, como una simple modalidad de fibroma óseo que no tiene la categoría suficiente como para justificar una diferente entidad nosológica (WEINMANN y SICHER, etc.); para estos autores cualquier fibroma puede, en un momento dado, mostrar tendencia osteogénica, y el mismo tumor, de ser resecado en un tiempo u otro, podría aparecer como un sencillo fibroma o merecer el calificativo de "osteógeno". Incluso existe un término, el de "displasia fibrosa monostótica", de cuyo