

SUMMARY

1.° The adenopathy or septic lymphadenitis in appendicectomized patients may produce delayed or intraperitoneal postoperative abscesses.

2.° Appendicitis may give rise to pelvic abscesses, collected and formed outside the peritoneum.

3.° Drainage must be outside the peritoneum, using the psoas approach within and opening up the serous membranes at the bottom of the pelvic sac.

4.° Death may result from annexoappendicitis arising from pulmonary granules with high blood sedimentation rate.

5.° The radiological examination should not be omitted when making the differential diagnosis.

6.° The strangulated hernias may involve acute appendicitis.

ZUSAMMENFASSUNG

1. Bei der Appendicektomierten können die septischen Adenopathien oder Lymphadenitis zu späten postoperativen und intraperitonealen Abszessen führen.

2. Die Appendicitis können Beckenabszesse hervorrufen, die sich sammeln und auch extraperitoneal auftreten können.

3. Die Drainage soll extraperitoneal erfolgen,

im Verlaufe des Psoas und soll intraperitoneal die Serosa am Grunde des Pelvissackes perforieren.

4. Die Adnex-Appendicitis kann durch eine Streuung in der Lunge mit erhöhter S. G. zum Tode führen.

5. Bei der Differentialdiagnose darf das Roentgen nicht vergessen werden.

6. Die eingeklemmten Hernien können eine akute Appendicitis vortäuschen.

RÉSUMÉ

1.—Chez les appendicectomisés, les adénopathies ou lymphadénites septiques, il peuvent se produire des abcès post-opératoires tardifs ou intrapéritonéaux.

2.—Les appendicites peuvent donner des abcès pelviens, se collectionnant et se formant extrapéritonéalement.

3.—Les drainages doivent être réalisés extrapéritonéalement suivant la voie du psoas et intrapéritonéalement perforant les séreuses dans le fond du sac pelvien.

4.—Les annexo-appendicites peuvent donner une mortalité par granulie pulmonaire avec V. S. élevée.

5.—Dans le diagnostic différentiel on ne doit pas omettre l'étude radiologique.

6.—Les hernies étranglées peuvent encadrer une appendicite aiguë.

NOTAS CLÍNICAS

MENINGIOMA GIGANTE DEL VENTRÍCULO LATERAL EXTIRPADO QUIRÚRGICAMENTE

S. OBRADOR, P. ALBERT y J. V. ANASTASIO

Instituto de Neurocirugía. Clínica Médica del Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ, Madrid.

La cirugía de los ventrículos laterales del cerebro se hizo posible con la introducción de la ventriculografía por DANDY, que representó el único medio de localizar con precisión estos tumores. En efecto, el propio DANDY, en 1918, extirpa el primer tumor benigno del ventrículo lateral, que localiza con ventriculografía, y el enfermo se recuperó totalmente, estando bien a los quince años de la intervención. En 1934 publicaba DANDY su clásica monografía sobre tumores benignos encapsulados de los ventrículos laterales, y reunía 15 casos de este tipo.

La patología de los tumores benignos del ventrículo lateral es variada, y DANDY mencionaba ejemplos de neoplasias de los plexos coroideos, papilomas, angiomas y lo que denominaba provisionalmente fibromas de los plexos y ependimales. Los estudios histológicos de CUSHING y EISENHARDT han demostrado rotundamente la presencia de meningiomas intraventriculares que crecen a partir de nidos de células meningoeliales de la tela corioidea o "velum interpositum", estructura que aparece en la superficie ventricular y donde toman su origen los plexos coroideos que representan un engrosamiento de dicha estructura. Este grupo de tumores se llamaba anteriormente por algunos "meningiomas subcorticales".

En su magnífico estudio monográfico de los meningiomas, CUSHING y EISENHARDT podían reunir en 1938 solamente un total de 19 casos de los ventrículos laterales publicados e inéditos de diferentes autores. En este grupo ponía CUSH-

ING los dos casos de su casuística personal, de los cuales el primero fué operado en 1916 y continuaba recuperado a los veintiún años de la intervención. También en este grupo de 19 meningiomas del ventrículo lateral incluían CUSHING y EISENHARDT tres de los casos de la monografía de DANDY, y sospechaban que alguno de los otros podrían quizá considerarse también dentro de este tipo de tumor.

dos años tuvo un ataque convulsivo, con pérdida de conciencia, y que, al parecer comenzó con contracciones en la pierna izquierda, propagadas al brazo, y que después se generalizaron. El ataque duró unos cinco minutos, y después quedó otros cinco minutos con parálisis del brazo y pierna izquierdos. Posteriormente ha tenido otras dos crisis, que han aparecido durante el sueño. Desde hace dos meses tiene un dolor lento en la mitad derecha del cráneo y ruidos en el oído del mismo lado.

En la exploración clínica se encontraba un sujeto



Fig. 1.—Electroencefalograma con registros bipolares. En las dos derivaciones superiores registros del hemisferio derecho, y en las inferiores, del hemisferio izquierdo.

Posteriormente, GADNER y TURNER (1938) han referido otros tres casos de meningiomas ventriculares. En una revisión del material personal de tumores ventriculares, encuentran JEFFERSON y JACKSON (1939) dos casos de meningiomas del ventrículo lateral. Insisten estos autores en el hecho de que los plexos coroideos, el epéndimo y la tela o velum son las tres estructuras que pueden originar tumores específicos de la cavidad ventricular. BUSCH (1939) ha publicado cinco casos personales de meningioma intraventricular en su estadística de 502 casos de tumor, proporción tan elevada, que no corresponde a la experiencia de otros autores. En la literatura nacional, TOLOSA (1944) ha presentado dos ejemplos de meningiomas intraventriculares extirpados con éxito.

En resumen, la frecuencia de los meningiomas del ventrículo lateral es relativamente escasa y apenas pasa de 30 el número de casos publicados en la bibliografía neuroquirúrgica. Creemos así justificado exponer brevemente la historia de un caso personal, que presenta además por su tamaño extraordinario un interés especial.

R. A. M., enfermo de diecinueve años. Profesión, labrador. Enviado por el Prof. J. J. LÓPEZ IBOR de su Servicio de Neuropsiquiatría del Hospital Provincial.

Los antecedentes familiares no presentan datos de interés.

En los antecedentes personales destaca, a la edad de cinco años, un trauma craneal por una patada de un animal, en la región parieto-occipital derecha, seguido de pérdida de conciencia durante veinticuatro horas. Después no quedaron dolores ni otras secuelas.

La enfermedad actual comienza hace tres años, con pérdida de fuerza en pierna izquierda, que arrastraba en la marcha. El trastorno motor se fué acentuando paulatinamente; a los seis meses del comienzo apareció pérdida de fuerza en el brazo izquierdo. Siguió, sin embargo, haciendo su vida normal y trabajando en el campo, pues no tenía dolores ni otras molestias. Hace

bien constituido y en buen estado general. En la percusión craneal, dolor en región parieto-occipital derecha, y por palpación se notaba un hundimiento en dicha región. Fondo de ojo: no existía un claro estasis, y únicamente los bordes del disco estaban ligeramente bo-

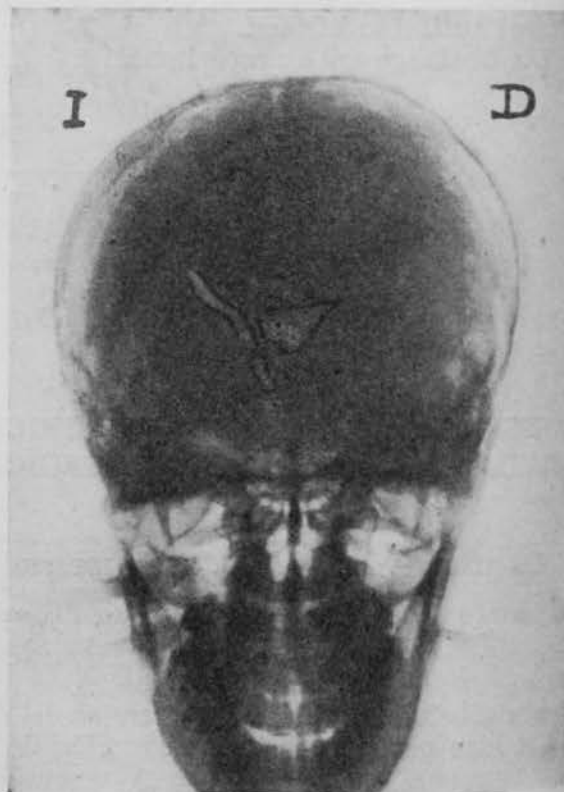


Fig. 2.—Encefalograma con la imagen de desviación ventricular hacia la izquierda y aplastamiento de la porción superior del cuerpo del ventrículo derecho.

rreros. El campo visual aparecía normal en pruebas de confrontación, y no existía inatención en la mitad izquierda. Sacudidas nistagniformes en mirada lateral derecha. Muy ligera paresia facial inferior izquierda. En el resto del examen de los pares craneales no aparecían otras alteraciones. En los miembros destacaba

marcada paresia de la pierna izquierda, con parálisis del pie y signos de espasticidad con hipertonia, clonus, exaltación de reflejos y signos de Babinski y Hoffmann. En el brazo izquierdo el trastorno motor es mucho menos acusado; paresia ligera, obteniéndose con el dinamómetro un valor de 35 en mano derecha y 25 en iz-

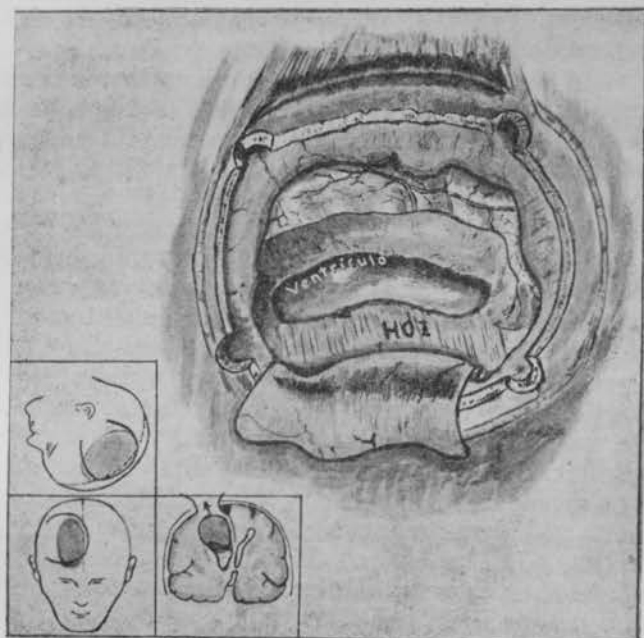


Fig. 3.—Diagramas de la situación del tumor y aspecto del campo con el ventrículo lateral ampliamente abierto y la hoz expuesta después de extirpar el tumor.

quierda. Reflejos poco vivos en ambos brazos. Movimientos finos de los dedos, torpes en mano izquierda y signos de Hoffmann y Trömmer positivos en ese lado. Las sensibilidades elementales de tacto y dolor parecen estar conservadas en ambos lados del cuerpo, y era difícil precisar variaciones comparativas de grado por la falta de atención y valoración del sujeto, que daba respuestas contradictorias. El sentido de posición, discriminación y reconocimiento de cifras escritas en la piel eran más deficientes en la pierna y brazo izquierdos. Estereognosis conservada.

Estudios complementarios.—Exploración hematológica de las series roja y blanca proporciona datos normales. Velocidad de sedimentación, tiempos de coagulación y hemorragia, normales. Líquido cefalorraquídeo, normal, con un contenido de proteínas totales de 16 miligramos por 100.

El estudio electroencefalográfico, practicado con un aparato de Grass de cuatro canales, demuestra una clara asimetría en los ritmos bioeléctricos de ambos hemisferios. En el hemisferio izquierdo aparecen ritmos dominantes de 7 a 9 por segundo, y en el derecho la actividad es más desorganizada y lenta, de 5 a 7 por segundo, con algunas ondas lentas más irregulares (delta), que parecen tener su origen en la región parieto-occipital derecha (fig. 1). La prueba de hiperventilación acentúa estas anormalidades (Drs. LARRAMENDI y RABANO).

Una encefalografía por vía lumbar demostró una presión intracraneal de 45 cm. de agua en posición sentado. Las placas ponen de manifiesto un rechazamiento hacia abajo del techo del ventrículo lateral derecho, con desplazamiento del sistema ventricular hacia la izquierda (fig. 2). En la posición lateral se ve también el defecto en la porción superior del cuerpo del ventrículo lateral derecho.

Intervención (20-XII-1948).—Con anestesia local se talla un colgajo parietal, que llega hasta la línea media, y se lesiona el seno longitudinal. La hemorragia puede cohibirse con un trozo de músculo. La duramadre se abre con la base hacia la línea media. Las circunvolu-

ciones aparecen algo ensanchadas y aplanadas, y las punciones exploradoras encuentran una resistencia a una profundidad de 3 a 4 cm. Incindimos longitudinalmente la corteza del área postrolándica para evitar la lesión del área motora. Abriendo sustancia blanca, llegamos a la masa tumoral, dura, con un color blanco amarillento y cubierta por algunos vasos venosos. Después de coagular estos vasos, incindimos la superficie del tumor y aspiramos el contenido con la intención de reducir su volumen, pues solamente teníamos un pequeño túnel de acceso. Pronto nos convencimos del gran tamaño del tumor; comenzamos a disecarlo del tejido cerebral, e hicimos una extirpación en trozos, con pinza de biopsia, bisturí eléctrico o con tijera, pues la masa tumoral era bastante avascular. De esta manera se va penetrando paulatinamente en profundidad y en dirección anterior, hacia donde se dirige la neoplasia. Se aspira también gran cantidad de tumor, que por su consistencia, podía extirparse de esta manera. Convencidos de la imposibilidad de extirpar radicalmente la enorme masa tumoral por la pequeña vía retrorrolándica, decidimos abrir ampliamente la corteza hacia adelante, a pesar de lesionar el área motora. Exponemos entonces adecuadamente la gran cantidad de tumor restante, y vemos que se alojaba en la parte media de la cavidad del ventrículo lateral (fig. 3). El tumor llega en dirección a la línea media, hasta la hoz, pero no se implantaba en esta estructura. Una vez extirpado totalmente el tumor gigante, quedó una gran cavidad de unos 10 cm. de longitud por unos 5 a 6 de anchura. El ventrículo lateral aparecía ampliamente abierto, viéndose las prominencias que forman en su suelo el tálamo óptico y los núcleos basales. No se individualizó el plexo coroideo. Después de hacer una hemostasia muy cuidadosa de toda la cavidad operatoria, se cierra por planos, dejando un drenaje intradural. La operación fué bien tolerada, y únicamente al final de la misma se inyectó Pentotal para efectuar la sutura de partes blandas. En el transcurso de la intervención se inyectaron 1.300 c. c. de sangre en "gota a gota". (Dr. VELA).

La masa tumoral recogida pesó 243 gr. (fig. 4), y el

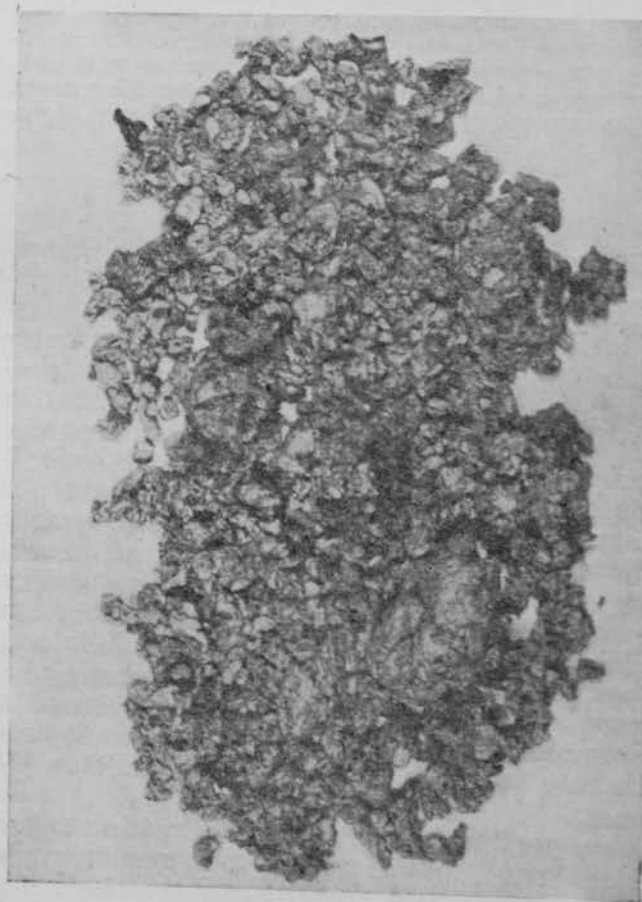


Fig. 4.—Masa tumoral extirpada a trozos.

estudio histológico demuestra un meningioma de preferencia fasciculado, con algunos acérvuli y grupos de células de apariencia pseudoxantomatosa (Dr. MORALES PLEGUEZUELO).

En el curso postoperatorio inmediato aparecen descensos y modificaciones de la presión arterial, que hacen necesaria una nueva transfusión de 300 c. c. Después las tensiones se estabilizan, el nivel de conciencia es bueno y el estado general mejora. El resto del curso postoperatorio no presenta complicaciones. Al día siguiente de la operación se aprecia en el enfermo una hemiplejía izquierda, con parálisis total del brazo y conservación de los movimientos de flexión y extensión de la pierna, a pesar de la lesión del área motora parasagital. La parálisis facial inferior también es muy acusada. Sensibilidades bastante conservadas en un examen somero.

Después continúa el enfermo recuperándose rápidamente. Las punciones lumbares demuestran una presión normal. Ha presentado algunos movimientos convulsivos clónicos de la mitad izquierda de la cara. Comienza a mejorar el trastorno motor, y a los ocho días se levanta y puede andar. También mueve algo el brazo izquierdo.

Sale de alta del Instituto de Neurocirugía el día 6 de enero de 1949, y en la exploración de salida encontramos al enfermo en buen estado general, sin dolores o molestias de ninguna clase. La percusión del cráneo no es dolorosa, y se percibe en todo el hemicráneo derecho el típico ruido de "olla cascada". La paresia facial inferior ha regresado casi totalmente y es poco acusada. En el brazo izquierdo los reflejos son más vivos que en el derecho, y el Hoffmann y Trömmer son positivos. Se ha recuperado también en gran parte la parálisis postoperatoria de esta extremidad, y el enfermo es capaz de flexionar y extender el antebrazo sobre el brazo, persistiendo la parálisis de los dedos de la mano. En los miembros inferiores se aprecia exaltación de reflejos en la pierna izquierda, con clonus de rótula y pie y Babinski izquierdo no constante. La paresia en esta extremidad es poco acusada y sensiblemente igual a la que tenía antes de la intervención. En la exploración de sensibilidades encontramos una hipoestesia ligera en brazo izquierdo y los sentidos de posición, discriminación y reconocimiento de cifras escritas en la piel, defectuosos en las extremidades izquierdas. La marcha es típicamente hemipléjica. Dos meses después el enfermo sigue bien.

COMENTARIOS.

En este caso, la sintomatología clínica correspondía a un proceso expansivo de la región parasagital del hemisferio derecho, con un marcado predominio de síntomas de déficit motor en el miembro inferior. La electroencefalografía y encefalografía confirmaron la localización y especialmente por los datos radiográficos sospechábamos un tumor parasagital que comprimía el techo del ventrículo lateral derecho. La historia larga y buena tolerancia, con escasos síntomas de hipertensión intracraneal, permitían sospechar un pequeño tumor de naturaleza benigna. El hallazgo operatorio de un tumor tan voluminoso y localizado en el ventrículo lateral sin originar hidrocefalia fué una sorpresa y una nueva demostración de la extrema tolerancia del encéfalo para tumores voluminosos de crecimiento lento, y, sobre todo, en sujetos jóvenes.

Aunque DANDY insistía en la falta de síntomas neurológicos focales en los tumores del ventrículo lateral que permitieran establecer un síndrome clínico de localización, CUSHING, por

el contrario, resumía el síndrome de los meningiomas laterales del velum o tela coroidea en la siguiente forma: 1) Síntomas de aumento de la presión intracraneal, con cefaleas ipsilaterales. 2) Hemianopsia homónima contralateral. 3) Hemiparesia contralateral con síntomas sensoriales. 4) Síntomas de alteración cerebelosa en más de la mitad de los casos; y 5) Paraalexia cuando el tumor ocupa el hemisferio izquierdo, como ocurre con mucha frecuencia. En nuestro caso no existían muchos componentes de este síndrome, y sólo podía llegarse a un diagnóstico de localización parasagital.

Puede concluirse de todas formas con DANDY que el diagnóstico topográfico de los tumores intraventriculares es fundamentalmente ventriculográfico por la frecuente ausencia de síntomas focales. Además, sólo este método permite establecer la exacta localización de la neoplasia. En nuestro caso, sin embargo, la imagen correspondía más a un tumor alto parasagital y extraventricular. En los tumores intraventriculares es mucho más frecuente una dilatación hidrocefálica del ventrículo con irregularidades o defectos, que son típicos de estas neoplasias. El agujero de Monro estaba bien permeable, según demostró la encefalografía, por la implantación posterior del tumor en la región del cuerpo del ventrículo. La única explicación de la imagen obtenida es que sólo se llenó el suelo del ventrículo por estar el resto ocupado por el tumor. También en los dos casos referidos por TOLOSA la ventriculografía permitió localizar el tumor, pero no precisó datos sobre la situación intraventricular.

El rasgo sin duda más sorprendente de nuestra observación es el tamaño realmente excepcional del tumor, que era superior en peso a los 243 gr. El tumor intraventricular mayor operado por DANDY (1934) pesó 124 gr., y CUSHING, en su revisión de 1938, sólo cita tres casos de meningiomas ventriculares comparables al nuestro: el caso de CAIRNS, de 250 gr.; el de LE FEVER, de 310, y el de HOEN, de 341 gr., con una porción quística. En estos tres casos se trataba también de sujetos jóvenes (diecisiete, siete y quince años), demostrando la mayor capacidad de acomodación del cráneo de los niños y jóvenes para los procesos expansivos.

En general, todos estos casos de meningiomas del ventrículo lateral suelen presentar un buen pronóstico quirúrgico, con recuperación definitiva del enfermo, aparte, naturalmente, de las posibles secuelas neurológicas postoperatorias. En nuestro caso destacaba la escasísima vascularización del tumor, especialmente comparado con otros meningiomas, que suelen presentar graves problemas de hemostasia.

RESUMEN.

Se presenta la historia clínica de un caso de meningioma del ventrículo lateral extirpado quirúrgicamente, y de un tamaño gigante, su-

perior en peso a los 243 gr. Por su tamaño, este caso es de los mayores tumores intraventriculares registrados en la bibliografía, y sólo existen otros tres casos comparables.

La sintomatología clínica correspondía a un pequeño tumor de la región parasagital, con escasos síntomas de hipertensión intracraneal. Este caso indica, una vez más, la extraordinaria tolerancia del cerebro para tumores de gran tamaño y de crecimiento lento, en jóvenes. Se hace una rápida revisión de la bibliografía, cuadro clínico y ventriculográfico de los meningiomas intraventriculares, que son, en general, raros, apareciendo solamente 31 casos en la literatura.

BIBLIOGRAFIA

- BUSCH, E.—Acta Chir. Scand., 82, 282, 1939.
CUSHING, H. y EISENHARDT, L.—The meningiomas. Thomas, Springfield, 1938.
DANDY, W.—Benign encapsulated tumors in the lateral ventricles of the brain. Baillière, Tindall and Cox, London, 1934.
GARDNER, W. J. y TURNER, O. A.—Surg. Gynec. and Obst., 66, 904, 1938.
JEFFERSON, G. y JACKSON, H.—Proc. Roy. Soc. Med., 32, 1105, 1939.
TOLosa, E.—Rev. Esp. Oto-Neuro-Oftalmol. y Neurocir., 1, 8, 1944.

TRES CASOS DE DOLOR EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO

E. DE ARZÚA ZULAICA

Ex Médico Interno.

Clinica de Aparato Digestivo del Hospital de Basurto. Jefe:
Dr. J. L. OBREGÓN ICAZA.

DOLORES CRÓNICOS EN HIPOCONDRIO IZQUIERDO.—Recordemos que el hipocondrio izquierdo está limitado por arriba por el reborde costal, por abajo por una línea que une los puntos más inferiores de los arcos costales, por dentro por una vertical que corta la parte media del arco crural y por fuera por la unión del reborde costal y la línea horizontal.

En esta región se encuentran los órganos siguientes: parte más extrema del lóbulo izquierdo del hígado; fondo de saco del estómago, bazo, cola de páncreas, parte izquierda de colon transversal, ángulo esplénico y parte superior de colon descendente, polo superior de riñón izquierdo y cápsula suprarrenal.

Nos encontramos con cierta frecuencia en la clínica ante enfermos que aquejan dolores en hipocondrio izquierdo, crónico (a ellos nos referimos especialmente), primitivos o propagados de otros órganos.

El diagnóstico de estos últimos no es difícil en la mayor parte de los casos, debiendo fijar nuestra atención en el órgano del que proceden. Más interés nos merecen los dolores que se ori-

ginan en esta región, sean o no irradiados a otras zonas.

En todos los casos debemos interrogar y explorar minuciosamente al enfermo, buscando otros signos y síntomas que nos permitan completar el cuadro.

Vamos a seguir a MARAÑÓN en sus líneas generales en el estudio etiológico del síntoma que nos ocupa, con algunos comentarios y aclaraciones que creemos de interés. Tendremos además en cuenta en la descripción la frecuencia de los procesos, prescindiendo de aquéllos que merecen casi exclusivamente un interés teórico, y cuyo estudio haría perder relieve a los que deben llamar la atención del práctico.

1.—Mencionamos en primer lugar los procesos de *bazo*, que en el caso de hipertrofia dan pesadez, y dolor cuando hay periesplenitis, remitiéndonos a la patología de ese órgano para evitar una farragosa relación.

2.—En *estómago*, las úlceras de cardias y cuerpo del estómago, sobre todo en curvatura menor, así como las neoplasias de estas zonas y de curvatura mayor, son responsables de estos dolores en buen número de casos, pero en la mayor parte de ellos son propagados de epigastrio.

Debemos llamar especialmente la atención por su frecuencia, comprobada por todos los clínicos, sobre el dolor localizado en hipocondrio izquierdo bajo reborde costal en las úlceras gástricas penetrantes en páncreas, ocurriendo lo mismo con algunas úlceras duodenales con esta complicación.

En la úlcera péptica postoperatoria el dolor se localiza con frecuencia en hipocondrio izquierdo, con irradiaciones bajas.

Si asienta en el estómago, se presenta con fases de dolor y calma; si en la boca anastomótica o yeyuno, el dolor es continuo, sobre todo cuando hay exteriorización, calmando momentáneamente con alimentos o alcalinos. En ocasiones hay vómitos, con mezcla de alimentos y bilis; el enfermo se caquectiza. Hay hemorragias ocultas. A la palpación, el dolor es acusado en hipocondrio izquierdo. El diagnóstico de certeza es radiográfico, con nicho de difícil comprobación.

Puede haber dolor en los casos de aerogastria, como cuando se colecciona aire en la parte superior del estómago en cascada².

3.—En los procesos de *colon* atenderemos a las afecciones inflamatorias y tumorales de transversal, ángulo esplénico y descendente. JONES ha demostrado experimentalmente con un balón la localización del dolor en hipocondrio izquierdo por lesiones del colon de ese lado, por encima del sigmoide³. En algunos enfermos de colon espasmódico hay dolor en hipocondrio izquierdo².

Un transversal muy caído y el peso de un descendente lleno aumentan la angulación esplénica y permiten la acumulación de gases con molestias en hipocondrio izquierdo². En general, de-