

## NOTAS CLÍNICAS

### TUBERCULOMA MEDULAR

C. JIMÉNEZ DÍAZ, M. MORALES PLEGUEZUELO,  
S. OBRADOR y J. L. RODRÍGUEZ-MIÑÓN.

Instituto de Neurocirugía. Clínica Médica del Prof. JIMÉNEZ  
DÍAZ (Madrid).

Los tuberculomas raquídeos son muy raros. Aunque WILSON (1941) pudo reunir en la literatura neurológica clásica un total de 59 tuberculomas raquídeos, en publicaciones posteriores se destaca la gran rareza de estas lesiones en el canal medular. En el libro de ELSBERG (1941) sobre enfermedades quirúrgicas raquídeas no se toca el tema de los tuberculomas medulares, y sólo en un cuadro, donde se agrupan un total de 275 casos de diferentes procesos compresivos del raquis, aparece mencionado un tuberculoma. También ALMEIDA LIMA (1943) dice en su monografía de tumores medulares que nunca ha tenido un caso de tuberculoma medular y refiere la mayor frecuencia de las tuberculosis localizadas leptomenígeas y sobre todo epidurales.

Recientemente hemos estudiado y operado un caso de tuberculoma medular que presentamos por su rareza.

M. J. M. V., enferma de diecisiete años, soltera y natural de Campo de Criptana (Ciudad Real). Los antecedentes familiares y personales no presentan datos patológicos de interés especial. La historia de sus síntomas comienza hace ocho meses con un dolor localizado en la parte posterior del cuello y escápula del lado izquierdo. Los movimientos aumentaban este dolor. Un mes después de iniciarse las molestias notó pérdida de fuerzas, "hormigueos" y adormecimiento en la mano izquierda. Transcurridos dos meses comenzó a notar que no podía andar bien y que cojeaba con la pierna izquierda. Últimamente los dolores escapulares han aumentado, la mano izquierda está más dormida y tiene menos fuerza en las piernas. Cefaleas frontoparietales. Ha perdido 13 kilos de peso desde que está enferma.

En la exploración se aprecia una constitución normal con buen estado de nutrición. Pares craneales normales. Columna de configuración normal, que presenta dolor a la percusión, muy localizado en sexta cervical. Atrofia de los músculos trapecio, deltoides, supra e infraespinosos en el lado izquierdo. En el brazo derecho el tono, fuerza y motilidad son normales; los reflejos se obtienen bien y son algo vivos. En el brazo izquierdo existe atrofia moderada en la mano y una clara paresia, que es más acusada en los extensores del brazo y globalmente en antebrazo y mano. A la movilización pasiva se observa una franca hipertonía a la flexión (espasticidad del tríceps). Reflejo del biceps abolido; reflejo del tríceps y radial exaltados. Signos de Hoffmann, Trömner y Jiménez Díaz, positivos en la mano izquierda. Los reflejos abdominales no se obtienen y hay signos parético-espásticos en las extremidades inferiores. La fuerza está conservada en la pierna derecha, pero existe una paresia en el lado izquierdo. Hipertonía bilateral, más marcada en la pierna izquierda. Reflejos muy vivos y clonoides.

Clonus de rótula y pie y Babinski positivo en el lado izquierdo. En el estudio de las sensibilidades aparece un nivel de hipoalgesia que corresponde a dos traveses de dedo por debajo de la horquilla esternal. La hipoalgesia es mucho más acusada en el lado derecho del cuerpo y con predominio distal (más en la pierna que en el brazo). Sentido de posición alterado en el brazo izquierdo y en ambos pies la percepción de vibración está también alterada en los dedos de la mano izquierda. El reconocimiento de cifras escritas en la piel es defectuosa en ambos brazos.

Las exploraciones complementarias de laboratorio demostraron: orina, normal en todos los aspectos; sangre, con 4.100.000 hematias; 8.600 leucocitos; 62 neutrófilos adultos; 8 en cayado; 1 eosinófilo; 25 linfocitos y 4 monocitos. Las reacciones serológicas de lúes son negativas. El líquido cefalorraquídeo es transparente e inco-



Fig. 1

loro; células 6/3 (linfocitos). Reacciones de globulinas ligeramente positivas; proteínas totales, 33 mgrs. por 100; oro coloidal, 4-4-3-2-1-1-0-0-0-0; Wassermann negativo hasta con 1 c. c. de L. C. R. Recordando un caso que vimos el año pasado de compresión medular por quiste hidatídico, estudiamos en éste las reacciones de Weinberg y Cassoni, que dieron resultado negativo.

La radiografía simple y tomografía no permite objetivar lesiones óseas. Hay una anomalía de apófisis espinosa incurvada hacia arriba en quinta cervical y una costilla cervical bilateral que no juega papel alguno, a nuestro juicio, en el cuadro que la enferma presenta.

Durante los días que estuvo la enferma hospitalizada para su observación y exploraciones mencionadas, presentó una febrícula de 37,5° a 38°.

Clínicamente se trata de un síndrome de hemiparesia con manifestaciones piramidales, que corresponde a una compresión medular debida probablemente a un proceso localizado a nivel de la sexta cervical, donde existe un dolor muy electivo a la presión. Puede tratarse de un mal de Pott que nos explicaría, junto al síndrome de compresión medular, otras manifestaciones clínicas como la febrícula, adelgazamiento, astenia y cefaleas; pero el comienzo tan solapado del proceso y la negatividad de las exploraciones radiológicas nos obligan a pensar con más probabilidad en una compresión por tumor, cuya naturaleza nos pareció lo más probable correspondiendo a un neurinoma.

Con este diagnóstico fué ingresada en el Instituto de Neurocirugía, donde se realizó una mielografía preoperatoria que demostró un bloqueo a nivel de la tercera vértebra cervical.

Con anestesia de éter-aire por intubación traqueal se hizo una laminectomía de tercera a sexta vértebras cervicales. En la porción inferior del campo operatorio se encontró un tumor duro entre el lateral izquierdo, muy recubierto por raíces posteriores. Después de seccionar éstas pudo extirparse intacto un tumor del tamaño

los aglomerados celulares presentan una o más (hasta tres o cuatro) células gigantes, de preferencia centrales, con núcleos agrupados de modo diferente, o en acúmulos o en círculos, o en herradura y pocas veces desordenados. En el estroma, sin relación con los tubérculos, se ven pequeñas áreas alargadas de color rojizo claro con hematoxilina-eosina y ocreas con el Van Gieson, acelulares y mal definidas en su periferia que es raro encontrar enmarcada por células epitelioides. Los vasos observados eran ex-

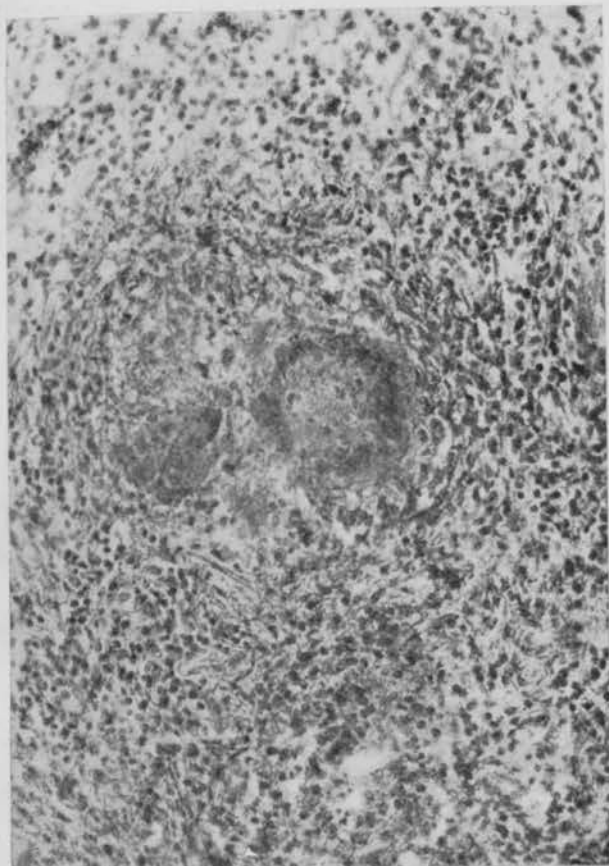


Fig. 2

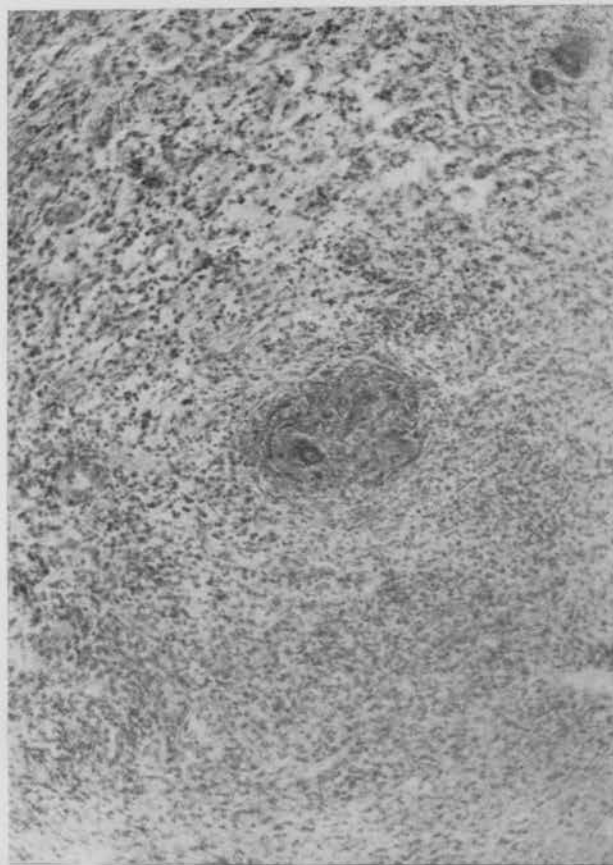


Fig. 3

de una almendra grande (fig. 1). Por el aspecto macroscópico, se pensó en un neurofibroma. El lecho del tumor quedaba marcado por una gran excavación y muesca sobre la cara anterior y lateral izquierda de la médula.

El curso postoperatorio inmediato fué bueno y la enferma salió del Instituto a los doce días de la intervención.

En el estudio histológico se aprecia una porción de formaciones foliculares redondeadas, no enmarcadas por células linfoides ni en general aisladas por una mayor condensación de la colágena, constituidas por células epitelioides de agrupación tendiendo a radial con algunos linfocitos más bien dispersos y rara vez en pequeño acúmulo central (figs. 2 y 3), todo esto sobre un fondo conectivo no denso, con fibras en general finas y pocos fibroblastos (salvo en pequeñas aéreas), infiltrado de modo difuso sobre todo por linfocitos con escasas células plasmáticas y menos neutrófilos. La mayor parte de

clusivamente capilares, no numerosos, de endotelio normal con un ligero refuerzo fibroso de su adventicia. Este cuadro histológico se diagnosticó de una *tuberculosis casi exclusivamente productiva*, como corresponde a una infección poco virulenta y con buenas defensas.

Posteriormente la enferma permaneció durante quince días en nuestro Servicio del Hospital General, donde fué tratada con estreptomina. Este breve espacio de tiempo fué insuficiente para poder apreciar una mejoría de sus funciones motoras, pero la fiebre desapareció y la enferma marchó a su pueblo sin dolores.

#### COMENTARIO.

Desde un punto de vista clínico, la localización de la lesión correspondía claramente a un proceso intradural y extramedular que comprimía la mitad externa y anterolateral izquierda de la médula cervical. La atrofia de la muscu-



latura proximal, y la abolición del reflejo del bíceps con espasticidad del tríceps, situaba la lesión a nivel de la quinta cervical. El trastorno de vías largas afectaba en el aspecto motor al brazo y pierna izquierda, mientras que la sensibilidad dolorosa se encontraba algo más alterada en la mitad derecha con predominio distal. Es decir, existía cierta tendencia a un síndrome de Brown-Sequard.

Desde el punto de vista patológico, era más difícil la decisión. El cuadro neurológico, sistematizado a una mitad de la médula y lentamente progresivo, no correspondía a un mal de Pott, pero en favor de un proceso tuberculoso teníamos la febrícula y aumento de la velocidad de sedimentación, juntamente con el adelgazamiento. A pesar de estos datos, parecía más verosímil el diagnóstico de un tumor.

El hallazgo histopatológico de tuberculoma explica perfectamente el cuadro neurológico de un proceso compresivo extramedular y lateral, junto con las alteraciones hemáticas, febrícula y adelgazamiento.

Otro aspecto interesante es que la mielografía señaló un nivel más alto del bloqueo ( $C_5$ ) por existir una aracnoiditis de vecindad, que era más marcada que en otros casos por la naturaleza tuberculosa del proceso compresivo.

#### RESUMEN.

Se presenta un caso de tuberculoma medular a nivel de la región cervical inferior que comprimía la mitad izquierda de la médula. A pesar de las rarezas de estos procesos, se pensó clínicamente en un tumor que por ciertos datos clínicos y de laboratorio podían inclinar el ánimo a un diagnóstico etiológico de tuberculosis.

#### BIBLIOGRAFIA

- ALMEIDA LIMA.—Tumores medulares. Salvat, Barcelona, 1943.  
 ELSBERG, C. A.—Surgical diseases of the spinal cord, membranes and nerve roots. Hoeber, New York, 1941.  
 WILSON, S. A. K.—Neurology. Williams and Wilkins, Baltimore, 1941.

## DOS QUISTES HIDATIDICOS DEL RIÑON

J. PUIG-SUREDA, A. TORRA HUBERTI  
 y V. SALLERAS.

Instituto Policlínico de Barcelona.

Los dos casos que describimos corresponden, uno, a la Sección de Cirugía general; el otro, a la Sección de Urología. El primero, era un quiste cerrado, de gran tamaño y con caracteres de tumoración abdominal; el segundo, un quiste abierto, muerto y calcificado.

En el primer caso, la enferma recientemente observada tenía treinta y dos años, casada, natural de un pueblo de la provincia de Soria, habitando en la actualidad

en Barcelona. No presentaba antecedentes familiares ni individuales de importancia y su aspecto exterior era el de una persona completamente sana.

Hacia tres años que descubrió, casualmente, una tumoración en el hipocondrio izquierdo que no le causaba dolor ni tan solo molestias. Relataba una crisis de urticaria aguda dos años y medio antes y últimamente una ligera disminución en los movimientos de flexión del cuerpo, alguna molestia al efectuar inspiraciones profundas y alguna temporada de febrículas.

A la exploración manual se encontraba una gran tumoración abdominal, que ocupaba el hipocondrio izquierdo, ocultándose bajo el arco costal, invadiendo el vacío izquierdo, el epigastrio y algo la zona umbilical hasta la línea media. La tumoración era indolora, de

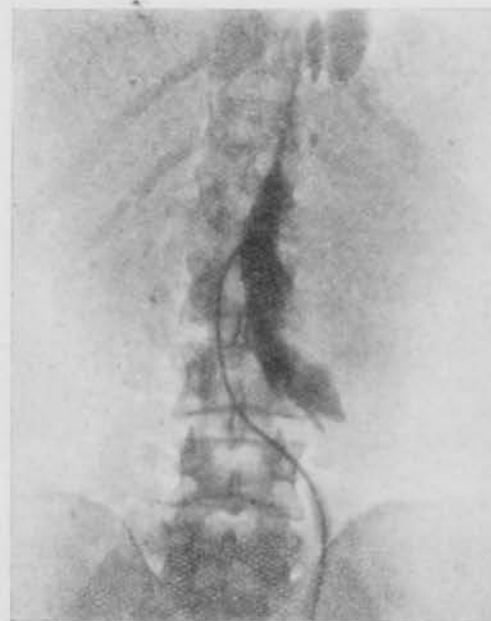


Fig. 1

consistencia no muy dura, de contornos bastante regulares, con disimulado contacto lumbar y sin movilidad a la respiración y al desplazamiento manual.

Reacción de Weinberg y prueba de Cassoni, positivas. Eosinofilia, positiva.

Indicios ligerísimos de albúmina y sin glucosa en la orina.

Nada digno de mención en los aparatos respiratorio y circulatorio.

Practicado un cateterismo ureteral izquierdo, en la Sección de Urología (doctor TORRA HUBERTI) se recogió orina del riñón a un ritmo de gota seguida, que hacía suponer un estancamiento urinario en dicho órgano. La pielografía ascendente, efectuada en posición horizontal (figura 1), permitió observar la desviación del catéter ureteral, y por lo tanto del uréter, a nivel de la cuarta vértebra lumbar, en cuyo lugar empieza a ocupar una posición prevertebral como en todo el resto del recorrido hasta el cuello ureteral, situado a la altura aproximada del disco intervertebral entre la primera y segunda vértebra lumbar; el pielograma es en forma de una extensa media luna—cuyo extremo interior corresponde a la altura de la tercera vértebra lumbar, mientras el superior alcanza la décima vértebra dorsal—sin cálices laterales, con una acumulación disforme de sustancia opaca en el extremo superior y un notable adelgazamiento del arco poco antes de llegar al citado extremo. El hemiabdomen izquierdo hasta la altura de la cresta iliaca estaba ocupado por una difusa y poco densa opacidad, que si bien permitía observar, a su través, los detalles anatómicos del esqueleto, borraba completamente la sombra y borde del psoas correspondiente. El pielograma obtenido en una radiografía en posición vertical es muy parecido al anterior, observándose solamente un escaso descenso del mismo, ya que su extremo inferior se superpone a la mitad superior del cuerpo de