

Bajo anestesia general y por vía lumbar se procedió a la nefrectomía del riñón enfermo (operador, doctor TORRA HUBERTI). Resultó muy laboriosa por la gran cantidad de adherencias existentes con el plano anterior o peritoneal y por la perinefritis fibrosa que rodeaba al órgano. Llegó un momento en que el peritoneo posterior y la adventicia del quiste formaban un todo difícil de separar obtusamente, por lo cual se recurrió a una división cruenta a expensas de la capa más superficial de la túnica adventicia.

Pasando a observar la pieza extirpada, fué fácil reconocer que se trataba de un quiste localizado en la mitad inferior de la cara anterior del riñón, adherido intimamente al peritoneo y quizá al colon. El resto del parénquima era difícil de diferenciar correctamente por la cantidad de cápsula fibroadiposa adherida, por estar modificado inflamatoriamente y por presentar señales de un proceso pielonefritico cortical supurado.

La abertura del quiste, a través de la indurada pared, nos descubrió su cavidad completamente modificada. En su interior no era posible distinguir ningún elemento hidatídico; en cambio, la superficie interna era completamente rugosa, irregular y tapizada de sales calcáreas, que daba a entender la más absoluta falta de vida. Con una sonda acanalada se logró, después de unos momentos de tanteo, encontrar una comunicación que conducía a la pelvis renal (figs. 7 y 8).

Magnífico fué el curso postoperatorio, pues salvando una febrícula de los tres primeros días y otras corrientes repercusiones reflejas (ileus, oliguria, etc.), la enferma fué dada de alta a los catorce días de la operación.

En este caso se trataba de un quiste hidatídico de la cara anterior del polo inferior, engarzado posteriormente por dos cálices (intermediario e inferior), que estuvo abierto durante catorce años y que al final, en diciembre de 1934, se infectó profunda y definitivamente, aprovechando las buenas condiciones del líquido hidatídico como medio de cultivo bacteriano.

Indudablemente que las características de su antigua y continuada comunicación con el cáliz inferior y la infección con la consiguiente entrada en supuración produjo un cese en el crecimiento del quiste, que se conservó notablemente empujado y sin los signos físico-clínicos de una tumoración renal.

La falta de volumen se compensaba por las profundas modificaciones quísticas experimentadas. Así, la adventicia o membrana perihidatídica había sufrido, con el tiempo, una extensa calcificación que marcaba con claridad la existencia y el tamaño del quiste en las radiografías, mientras las paredes quísticas, cuticular y germinativa, experimentaban, por causa de la supuración, un acentuado proceso degenerativo y destructivo que se extendía a su contenido.

La infección no sólo se limitó al quiste, sino que invadía el parénquima renal, las vías excretoras con lesiones de pielonefritis supurada y las envolturas renales con lesiones de perinefritis esclerosa, que motivaron las fuertes adherencias con el peritoneo posterior.

Los procesos inflamatorios del riñón y sus alrededores eran la causa de los dolores continuados que experimentaba la enferma en esta región desde la infección y aunque no se pudieron recoger datos febriles, era de suponer que ellos no debían haber faltado en poca escala y

a intermitencias, ya que altas y continuadas pirexias no eran lógicas dado el buen drenaje del quiste supurado por vías naturales, como daba a entender la constante piuria observada por la enferma.

Se comprende que ante un riñón supurado de estas condiciones, la única conducta terapéutica a seguir fuese la nefrectomía.

CORDOMA GIGANTE Y CONGENITO SACRO-COXIGEO, OPERADO CON ÉXITO *

E. SANTO TOMÁS COBOS

Jefe clínico por oposición de Servicio Quirúrgico en el Hospital Provincial de Madrid.

Hace pocos meses tuvimos ocasión de operar a un recién nacido con una extraña tumoración en región sacro-coxígea, que resultó ser un cordoma. Ante tal hallazgo consultamos abundante literatura sobre estos neoplasmas, llegando a la conclusión de que se trata de un caso en donde existe anomalía sobre anomalía. Anomalía ya es de por sí encontrar un cordoma y más lo es todavía el que éste lo sea de aparición congénita.

Estos tumores son tan escasos que el observar alguno en la vida profesional es verdaderamente una casualidad. En su tratado de Patología Externa FORGUE dice: "En cincuenta años no hemos visto más que un solo caso observado con GRASSET y que operamos como sarcoma." CHANDLER FOOT, en su reciente obra "Pathology in Surgery", escribe: "Es un tumor tan raro que el anatomopatólogo rara vez obtiene uno o dos en su vida."

En 1948, FERNANDO GENTIL y BRADLEY COLEY presentan un magnífico trabajo que está basado en siete casos tratados en el Memorial Hospital de Nueva York durante los años 1930 a 1943 inclusive, en el que además hacen una escrupulosa revisión de los 128 casos que hasta entonces habían sido publicados.

Caso aportado.—L. R. R., hijo de padres normales que nació tras un embarazo y parto normales en mayo de 1949, presentaba una tumoración que, asemejándose a una monstruosa cola, ocupaba toda la región sacro-coxígea e invadía las regiones glúteas. Sólo estaba cubierta de piel azulada y angiomatosa hasta la mitad y el resto era de aspecto cruento y sanguinolento. Lobulada intensamente, la sensación táctil era muy variable, pues al lado de zonas de consistencia ósea había otras fluctuantes o pseudofluctuantes irregularmente repartidas. El tumor elevaba y desplazaba el ano, era discretamente pediculado y no parecía estar adherido a los planos óseos y musculares (fig. 1, A y B).

Se hacen radiografías en dos proyecciones (fig. 2, A y B), en las cuales se aprecian sombras de densidad

* Comunicación presentada ante la Academia de Cirugía de Madrid el día 1 de diciembre de 1949.

ósea o cartilaginosa, el aspecto lobulado de las partes blandas y al parecer una normalidad esquelética.

Su aspecto morfológico nos hace pensar en un teratoma y aconsejamos la exéresis quirúrgica. Sin embargo, como el niño fué visto a las cuarenta y ocho horas

tado de cosas, y pensando en que la demora sólo podía ser nociva, decidimos operarle al duodécimo día de su vida.

Operación. (Cirujano, doctor SANTO TOMÁS. Asistentes, doctores VELASCO y BALLESTEROS.)—Sin olvidar la mala tolerancia que a estas edades existe para la anestesia y las pérdidas sanguíneas, así como la escasa tendencia a presentarse el shock, se le interviene con anestesia etérea "a la Reina" y administración de flúidos "intra operatione". Ante la posibilidad de una comunicación dural, procedemos con cautela, aunque con rapidez y cuidadosa hemostasia, a la extirpación, que hacemos sin dificultad, hasta encontrarnos estructuras sanas. Cierre por planos y sutura sin drenaje. Quimioterapia post operatoria.

A los cinco días hay una dehiscencia de la sutura, al macerarse la piel por los orines, que resuturamos de nuevo aplicando botones a distancia para evitar tensiones. Cura sin infección por segunda intención a los quince días de operado (fig. 3).

Análisis histopatológico.—Del Laboratorio nos remiten el informe que sigue:

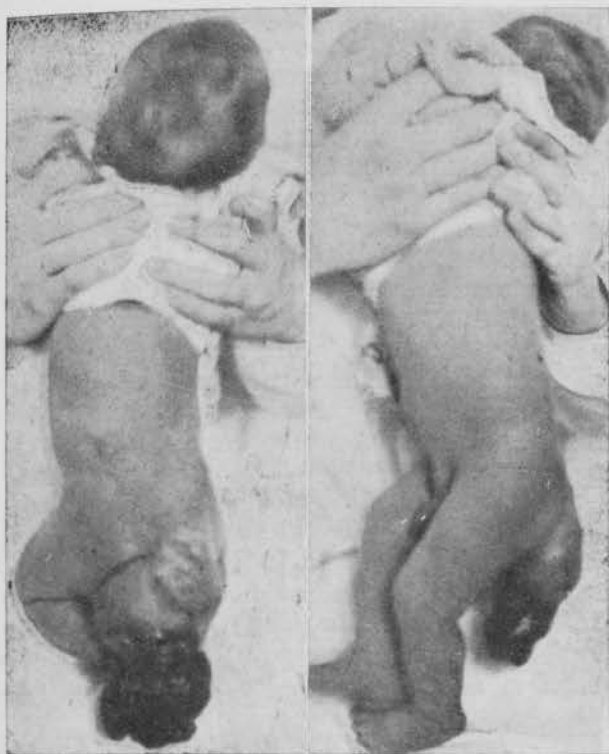
"Epidermis delgada con cordones epiteliales compactos de células muy apretadas que penetran en el seno del tejido conjuntivo, algo atípico, con células espumosas (fig. 4).

Otra parte del conjuntivo está enormemente vascularizada con infiltración leucocitaria. De vez en cuando se ven cavidades quísticas con jugo mucoso dentro (¿mucina?), que da el aspecto de un carcinoma mucoso.

Agrupadas en alvéolos (fig. 5), o formando acinis, se ven masas sólidas de células vacuoladas (fisalíforas de Virchow).

El cartílago que constituye el esqueleto del tumor no presenta atipias.

Diagnóstico histológico: Cordoma."



1 a

Fig. 1

1 b



Fig. 2 A

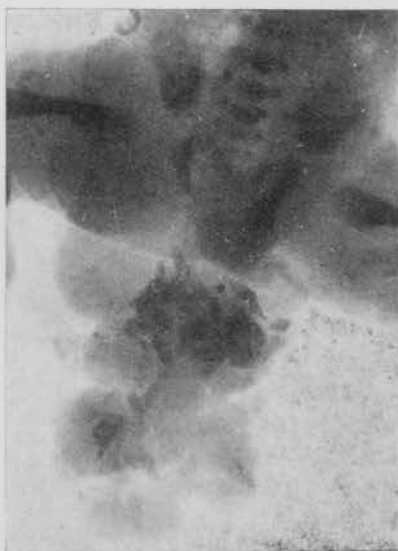


Fig. 2 B

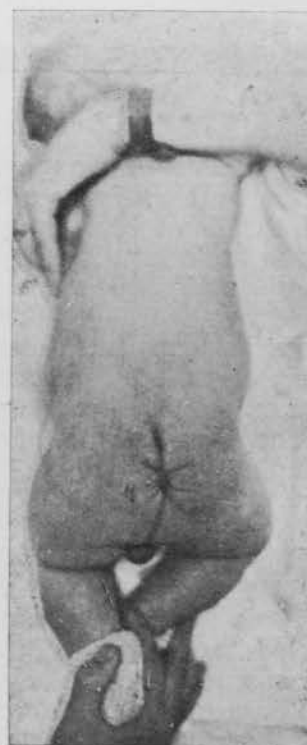


Fig. 3

de nacer, decidimos esperar unos días para la intervención, al pensar que es regla general el presentarse un máximo descenso de la protrombina a partir del segundo al cuarto día "post partum", para recuperar nuevamente sus cifras normales hacia el décimo o undécimo días.

Al noveno día, y a pesar de los cuidados y limpieza, la parte desprovista de piel empieza a exudar y hace su aparición un proceso intestinal parenteral. Ante este es-

CONSIDERACIONES.

El cordoma es un tumor clásico formado a expensas de la notocorda, con muchos de los caracteres del mixoma y del condroma, que ha sido discutido en conexión con los tumores del tejido conectivo.

Fué descubierto por RUDOLF VIRCHOW en 1857 como un pequeño nodulito sobre una exóstosis, en el clivus, y lo consideró no como un tumor notocordal, sino como una formación cartilaginosa de la sicondrosis eseno-basilar, llamándolo por el aspecto vesiculoso de sus cé-

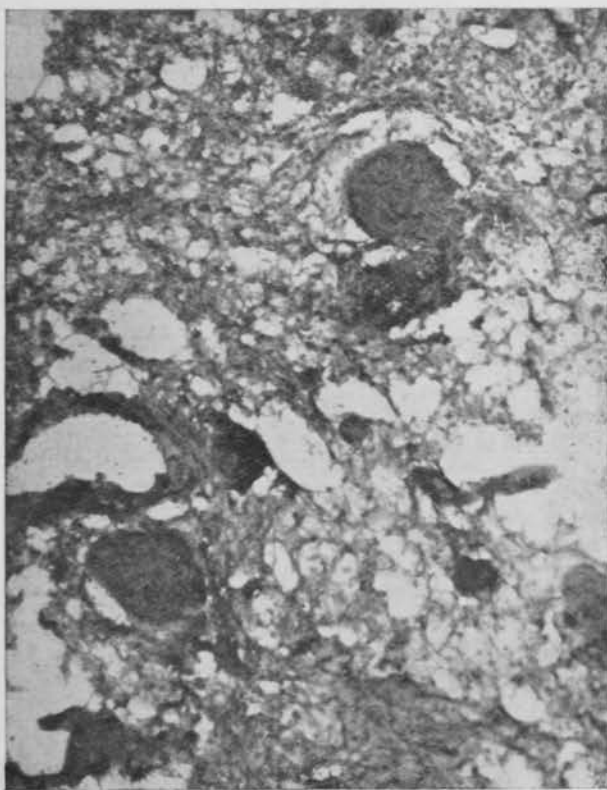


Fig. 4

lulas "ecchondrosis physaliphora spheeno-occipitalis". Al siguiente año, el alemán HEINRICH MÜLLER demuestra su origen a expensas de los restos de la cuerda dorsal, denominándole cordoma, opinión que no desbancó a la de VIRCHOW hasta que, en 1895, RIBBERT y STEINER lo reproducen experimentalmente por punción del núcleo pulposo del conejo, obteniendo células iguales a las descritas por MÜLLER. Entonces es aceptado definitivamente el término de cordoma.

El primer cordoma sacro-coxígeo descrito fué el de HENNING en 1900, luego está el trabajo de FELDMANN (1910), el de MAZZIA y VECHI (1911), el de STEWART, etc.

Estos tumores, si bien en la práctica son de poco interés, lo son mucho desde el punto de vista especulativo, pues es un magnífico ejemplo de neoplasma, desarrollado de un modo indiscutible a expensas de un residuo embrionario.

Las publicaciones son bastante exiguas y casi siempre referidas a uno o dos casos, además de las de SÉNÈQUE (8 casos), MABREY (8) y FLETCHER (10). No obstante, existen algunas tesis sobre esto como la de SCHLAPPER "Ueber das Chordom" y la de EITEL "Ein Beitrag zur Kasuistik des Chordom"; tesis inaugurales de Zurich y Heidelberg en 1897 y 1911 respectivamente, y los de París, de SCHEINISS (1920) y

ARDOIN (1927). La tesis de Lyon, de AYMÉ (1922) y últimamente la de GRINDA hecha en el servicio del Prof. CUNNEO del Hospital Lariboisière (1930).

La frecuencia es escasa y el porcentaje muy difícil de determinar. De 1930 a 1943, según GENTIL y COLEY, en el Memorial Hospital de 31.099 tumores vistos sólo había entre ellos 7 cordomas, más 128 publicados, totalizan 135 casos y el que aportamos. La edad media de aparición que estos autores señalan es de cuarenta y seis años. Los casos ocurridos en los sujetos más jóvenes son a los tres y siete meses (MONTGOMERY y HENNING), catorce meses y año y medio (ARGNAD y MONSERRAT), dos años (MONTGOMERY), 2 casos a los tres años (ESTELLA y MONTGOMERY) y 1 a los ocho años (ESTELLA). Todos los demás ocurren hacia la quinta década de la vida, pero de aparición congénita no tenemos noticia de ningún caso más que éste que presentamos.

En cuanto a la localización, es variadísima; los hay craneales (canal basilar, clivus e hipófisis), subcraneales (cráneo y nasofaríngeos), dentales, vertebrales (sólo se conocen 8 casos con diferente localización), dispersos (colon, sigma, mediastino) y, por último, que son los que aquí nos interesan, los de la región sacro-



Fig. 5

coxígea, que se dividen, con respecto al sacro, en *pre-sacos*, *centrales* y *retro-sacos*.

En su etiopatogenia se ha incriminado un origen traumático, desde luego no comprobado. También se habla de que los vestigios notocordales conservarían largo tiempo su poder proliferante (LINKE y WARSTADT). Pero este caso

de aparición congénita, ¿cómo lo explicaríamos? Parece como si se tratara de algún segmento de la notocorda que no guarda paralelo en su desarrollo o reabsorción con el resto del organismo, como, por ejemplo, en las exóstosis o condromas. Lo que sí es admitido lógicamente por todos es la existencia de restos de la notocorda en la periferia de la columna, y nada más podemos hablar de su etiología.

EXAMEN MACROSCÓPICO.

Estos tumores suelen ser pequeños, del tamaño de una almendra o a lo más de una manzana; excepcionalmente son mayores, como el caso de RICHARDSON y TAYLOR, que pesó 6,500 kilogramos. Muy lobulados por la existencia de tabiques conjuntivos y con una piel que suele ser normal o angiomatosa, con zonas quísticas y duras al tacto. A la sección se encuentran masas de cartílago, cavidades quísticas con mucina o líquido sanguinolento que tienen una cápsula bien delimitada. Su aspecto es muy vascularizado.

EXAMEN MICROSCÓPICO.

Visto microscópicamente el aspecto, es curiosísimo. Se ven grandes células espumosas o vacuoladas (fisalides) y otras con infinidad de pequeños agujeritos que forman lóbulos irregulares con contornos poco nítidos; pero otras secciones aparecen en forma de cordones epiteliales, o bien revistiendo las cavidades quísticas, o forman acinis con mucina intra y extracelular, que dan el aspecto a este tumor de un carcinoma mucoide metastásico. El abundante estroma mucoide que a veces hay les hace asemejarse a los mixocondromas y a los mixocondrolipomas. En todas las preparaciones hay una red capilar abundantísima.

Sin embargo, el detalle sobresaliente de los condromas son las células cordales, que poseen una membrana con un núcleo rechazado a un lado y con una grande y única vacuola (fisalide) que llena toda la célula; son las clásicas "células physaliphoras de Virchow".

SINTOMATOLOGÍA.

Es muy variada y está de acuerdo con su localización, tamaño y evolución. En los cordomas craneales, ésta depende del tamaño y lugar, pueden dar un síndrome de tumor intracranial, amaurosis, etc. Los faríngeos blandos hacen prominencia en la faringe y pueden tomarse por un absceso de la misma. En los vertebrales, formados a expensas del núcleo pulposo, los síntomas van de acuerdo con la forma de invasión, bien sea hacia la médula que comprimen o desvían hacia un cuerpo vertebral que destruyen, etc., y, por último, en los que son objeto de esta comunicación—los sacro-cóxigeos—varía mucho el cuadro clínico. Si son

presacros y pequeños pueden pasar desapercibidos; si crecen o invaden las vísceras pelvianas la sintomatología es riquísima, pueden simular un proceso rectal con estenosis, rectorragias, compresión, trastornos vesicales, invasión de la musculatura recto-sigmoidea, aponeurosis, etc., llegando a encarcelar el recto determinando una oclusión.

Los *centrales* dan el cuadro clínico de una ciática o neuralgias lumbares, destruyen progresivamente el sacro, penetrando en el canal raquídeo e invadiendo los nervios de la cola de caballo.

Los posteriores son los de más fácil diagnóstico.

Podemos, sin embargo, afirmar que el síntoma predominante en la mayoría de los cordomas es el dolor.

DIAGNÓSTICO.

Este no es difícil si se pensase en los cordomas, cosa que, naturalmente, a causa de su rareza no ocurre. En los presacros, pensaremos en todos los procesos pelvianos, afecciones anaxiales, vesicales, cáncer y otros procesos rectales. En las formas centrales con destrucción ósea revisaremos todas las afecciones de la región, tumores benignos y malignos de sacro, ciáticas, hernias discales, tumores medulares, tuberculosis óseas, etc. En los *retrosacros* se pensará también en los teratomas, espinas bífidas, meningoceles, quistes pilonidales, etc., además de algunos de los ya citados. Con los medios exploratorios de que hoy disponemos—biopsia, tacto rectal, rayos X—podemos hacer un diagnóstico cierto.

En cuanto al tratamiento, la exéresis quirúrgica completa es el ideal, desgraciadamente cosa no factible en gran número de casos, sobre todo en aquellos en que las lesiones invaden sacro con amplitud, porque la extirpación total no es posible, por eso el pronóstico está supeditado a su extensión y localización, de aquí que las recidivas al poco tiempo podemos decir que es la regla según la mayoría de las publicaciones (de seis meses a pocos años).

La radiación ejerce poca o nula acción en la regresión de estos tumores; en niños parece ser que va algo mejor, pero no es aconsejable, por no estar exenta de peligros; únicamente debe ser prescrita en casos que presenten dolor intratable.

Estos tumores son de baja o nula malignidad y sólo ocasionalmente dan metástasis. GENTIL y COLEY señalan, de los 128 pacientes revisados, solamente en 15 (11 por 100) nódulos linfáticos y otras metástasis; en estos casos las células del cordoma adoptan una disposición sarcomatosa y entonces serían simplemente cordomas malignos o mejor, como dice ARGAUD, cordocarcinomas.

En nuestro caso pudimos hacer una extirpación total satisfactoria y creemos que, salvo la existencia de otros restos notocordales, no habrá recidivas; el tiempo nos lo dirá.

BIBLIOGRAFIA

- AERZIS y PEYRON.—Bull. Assoc. française pour l'étude du cancer, 7, 194, 1914.
- ANDLER y SCHMINCKE.—Acta chir Scand., 56, 364, 1923.
- ARDOIN.—L'influence du traumatisme sur le développement des tumeurs malignes, en particulier des chordomes. These de Doctorat, Paris, 1927.
- AYMÉ.—Les chordomes sacro-coccygiens. These de Doctorat, Lyon, 1922.
- BERARD, DUNET y PEYRON.—Bull. Assoc. Franc. pour l'étude du cancer, 11, 28, 1922.
- BRUCE y MEKIE.—Surg. Gynec. Obst., 65, 40, 1937.
- CORNEN.—Das Chordom. Bruns' Beitrag z. klin. Chir., 133, 1, 1923.
- CURTIS y LEFORT.—Revue de Chir., 44, 1, 1911.
- CHESKY.—Arch. Surg., 24, 1.061, 1932.
- COLEY.—Ann. Surg., 105, 463, 1937.
- DICKSON y LAMB.—Ann. Surg., 93, 857, 1931.
- FELDMANN.—Chordoma ossis sacri. Ziegler's Beitrag f. path. Ant., 48, 630, 1910.
- GERBER.—Archiv für klin. Chir., 159, 248, 1930.
- GENTIL y COLEY.—Ann. Surg., 127, 432, 1948.
- LINCK y WARSTADT.—Bruns' Beitrag z. klin. Chir., 127, 612, 1922.
- MAZZIA y VECCHI.—Giorn. di medic. di Torino, 191, 1910.
- MIGOTTI.—Il Policlin., 29, 265, 1922.
- OLSMAN y LEV.—Am. J. Surg., 60, 115, 1943.
- RICHARDSON y TAYLOR.—Brith. Med. J., 1, 862, 1926.
- RICHARDS y KING.—Surgery, 8, 409, 1940.
- SANDHAL.—Act. Chir. Scand., 72, 421, 1932.
- SCHNEISS.—Contribution a l'étude des chordomes. These de Doctorat, Paris, 1920.
- SOMMER.—Med. Klin., 692, 1926.
- SENEQUE y GRINDA.—Journ. de Chir., 35, 817, 1936.
- VIRCHOW.—Entwicklung des Schadelgrundes; Die Krankhaften Geschwulste.

DOS CASOS DE POLIPOS AMIGDALINOS

L. M.^a GIL Y GIL

Otorrinolaringólogo del Seguro de Enfermedad. Cáceres.

El que me decida a publicar estos dos casos se debe a la rareza con que se presentan en clínica. Para un autor como CHEVALIER JACKSON, no obstante su dilatada vida profesional, dice son poco frecuentes. A pesar de ello, revisé toda la bibliografía al alcance de mi mano y sólo encontré pocos casos publicados; uno de ellos viene en la "Revista Brasileña de Otorrinolaringología" correspondiente al mes de febrero del año 1945, en el que se citan sólo dos casos observados, entre unos treinta y cinco mil enfermos de la especialidad, y la de FAIRBANS, citado por el Dr. PATERNINA, el cual dice que la estadística más reciente es la del mencionado autor y que da unas cifras de 0,14 por 100.

Voy a reseñar, de una manera somera, las dos historias clínicas objeto de este trabajo.

Historia clínica número 3.809.—M. R. P., de cuarenta y cinco años, casado y de oficio del campo, natural de Cáceres.

Antecedentes familiares.—Padres, muertos de edad avanzada; han sido seis hermanos, dos hembras y cuatro varones. Todos ellos viven y no aquejan nada anormal; mujer sana y ocho hijos.

Antecedentes personales.—En su infancia sólo tuvo sarampión y escarlatina. Desde estas enfermedades no ha vuelto a tener ninguna enfermedad y nunca padeció de amígdalas.

Motivos de la consulta.—Hace cosa de un año viene notando sensación de estorbo en la garganta, localizándolo en el lado izquierdo; en los primeros tiempos de tener estas molestias no hizo caso, pero viendo que no se le pasaban las molestias de garganta, dejó de fumar y

beber; pero como tampoco cedían, sino que más bien le aumentaban las mencionadas molestias, acudió a su médico, el cual le reconoció y le dijo que lo que tenía era una faringitis, mandándole unos gargarismos de sulfamidas y por ingestión un tubo de sulfamidas (Sulfotiazol). A pesar de esta medicación y de un régimen higiénico, dietético, el enfermo no notaba mejoría, sino que a la sensación de estorbo en garganta se le añadieron unos accesos de tos y a veces una sensación nauseosa, llegando a veces a producirle vómitos inmediatamente después de haber comido. Nos cuenta que siempre tenía la boca llena de saliva, haciéndole escupir con frecuencia.

Con esta historia clínica comienzo la exploración del enfermo.

Rinoscopia: Anterior y media, normal.

Cuello normal, no apreciándose adenopatía y si sólo resaltando unos músculos esternocleidomastoideos muy desarrollados.

Boca sana, aunque muy desaseada.

Faringe: Deprimida la lengua mediante el depresor aparecen ante mi vista las siguientes particularidades:

Amígdala derecha: está sólo representada por un acúmulo de tejido, no apreciándose alteración en ella.

Amígdala izquierda: lo primero que observo es una amígdala de mayor tamaño que la del lado opuesto y como si constara de dos lóbulos, siendo el superior de mayor tamaño que el inferior. Ante esta supuesta anomalía amigdalina, someto a esta región anatómica a un detallado examen, apreciando los siguientes caracteres: Entre ambos pilares se ve una amígdala de regulares dimensiones, pero que no ocupa toda la fosa amigdalina, y que a nivel de su polo superior, y a un centímetro del mismo, se aprecia un pedículo de medio centímetro aproximadamente y a continuación una masa bilobulada, siendo el lóbulo superior más pequeño; ambos lóbulos están cubiertos de mucosa normal y de un tamaño de una avellana; mediante el estilote, veo que estas formaciones se desplazan hacia todos los lados; retirada la espátula de Mann, que me ha servido para efectuar la exploración, veo que descansan sobre la base de la lengua, lo cual me explica y aclara el caso por completo la sintomatología que aquejaba al enfermo (sensación de estorbo, tos, náuseas, vómitos, etc., etc.).

El resto de la exploración, rinoscopia posterior, tacto nasofaríngeo, hipofaringoscopia, laringoscopia directa e indirecta, senos, son normales, no acusando alteración.

Ante el cuadro clínico y la historia del enfermo hago el diagnóstico de pólipo amigdalino izquierdo, con asiento en su parte media.

Como tratamiento aconsejo la extirpación de la misma, la cual es aceptada por el enfermo.

En este enfermo las pruebas de laboratorio hemograma, recuento leucocitario, tiempo de hemorragia y de coagulación son normales.

No obstante, someto al enfermo a un tratamiento preoperatorio de vitamina K, como es norma mía en todos los casos que está indicada la extirpación quirúrgica de las amígdalas.

Historia clínica del segundo caso.—Historia número 7.061.—A. M. S., de treinta y tres años de edad, casado y de profesión ferroviario.

Antecedentes familiares.—Padres sanos; han sido tres hermanos, un varón y dos hembras. Todos ellos sanos no aquejando nada anormal. Mujer y dos hijos, sanos.

Antecedentes personales.—Enfermedades propias de la infancia; luego no recuerda haber tenido ninguna más. Fumador, pero no bebedor; nunca padeció de anginas.

Motivo de la consulta.—Hace unas cuarenta y ocho horas, y comiendo pescado, notó como si una espina se le hubiese clavado en el lado derecho. Fué a los pocos momentos a su médico de cabecera, el cual le dijo que no tenía espina, y que lo que tenía era una especie de bultito en la garganta, y que sería conveniente se tras-