

VII.—Tratamiento.

El segundo motivo de interés que presenta esta enferma es el de haber sido sometida a un tratamiento quirúrgico con el fin de eliminar en lo posible los movimientos anormales de los miembros derechos (*).

La operación fué practicada por el Dr. TOLOSA, bajo anestesia local, y consistió especialmente en la extirpación de las áreas motoras y premotoras del hemisferio izquierdo.

Craneotomía osteoplástica parietal izquierda con scalp. Después de abrir la dura, se aprecia una atrofia difusa de las circunvoluciones. Esta es más acusada en la mitad superior del hemisferio y por delante del surco rolándico. Distensión compensadora de los surcos y enturbamiento de la aracnoides.

Mediante corriente galvánica débil (3 a 6 miliamperios) se delimita el córtex rolándico y los centros motores correspondientes a la extremidad superior. Se practica una resección subpial, mediante cucharilla y aspirador, de esta porción de córtex, hasta que desaparecen las hipercinesias de la extremidad superior y queda ésta completamente paralizada.

En vista de que las hipercinesias persisten en la extremidad inferior, se extiende la resección hacia arriba (hasta las cercanías de la cara medial del hemisferio) hasta lograr la desaparición de las mismas. En este momento el miembro inferior se halla parético, pero conserva todavía la fuerza segmentaria. Cierre hermético de la dura y sutura habitual por planos.

VIII.—Curso y resultados.

El curso postoperatorio fué excelente, pues al día siguiente podía ya levantarse y no aquejó ninguna molestia. La hemiplejía provocada predominaba plenamente sobre el miembro superior, y en éste a nivel de la extremidad distal. De tal manera que desde el principio le fué posible a la enferma levantar el brazo y el antebrazo; en la mano, la parálisis, aunque más considerable, no era absoluta, pudiendo mover los dedos y aun dar un débil apretón.

Los movimientos espontáneos desaparecieron totalmente en la mano y brazo, aunque persistía un ligero vaivén a nivel del pie.

La recuperación funcional, aunque no completa, dada la torpeza de este brazo hemipléjico, era muy satisfactoria y brillante.

Sin embargo, debemos consignar que al cabo de mes y medio de la intervención, el ligero vaivén de la pierna aumentó algo en intensidad. Al mismo tiempo aparecieron algunos movimientos espontáneos en la mano, aunque la discreción de los mismos, por contraste con la molesta violencia de éstos antes de la operación, dejaron a médicos y enferma sumamente satisfechos.

Una segunda intervención ha sido propuesta, con el fin de ir más allá en la exéresis cortical, pero por razones extrañas al caso aquélla no ha podido ser realizada.

(*) El tratamiento quirúrgico de los movimientos anormales tiene precedentes desde principios de siglo. En 1909, HORSLEY informó de resultado loable obtenido por la resección de la circunvolución prerrolándica del lado opuesto del trastorno.

Posteriormente se han publicado intervenciones aisladas de tipo similar (ANSCHUTZ, PAYR, etc.), pero corresponde a BUCY y colaboradores el mérito de haber presentado una serie de casos tratados mediante la exéresis de las áreas 4 y 6 del córtex cerebral (1932-1939).

Desde entonces los trabajos se han multiplicado, siendo las conclusiones deducidas a menudo contradictorias. KLEMM, MEYERS y tantos otros que se han ocupado de este tema parecen coincidir, sin embargo, en que los mejores resultados se obtienen en la hemiparesia y en el hemibalismo, siendo más modestos los conseguidos en la parálisis agitante.

BIBLIOGRAFIA

- SOUQUES, A., CROUZON, O. y BERTRAND, I.—Rev. Neurol., 377, 1930.
DEJERINE.—"Sémiologie des affections du système nerveux". Masson et Cie. París, 1914.
ROUSSY, G.—"La cuche optique (étude anatomique, physiologique et clinique): le syndrome thalamique". Tesis. París, 1907.
GUILLAIN, G., TH. ALAJOUANINE et P. MATHIEU.—Rev. Neurol., 75, 1924.
CL. VINCENT.—Rev. Neurol., 553, 1908.
PIERRE MARIE, CH. FOIX.—Semaine medicale, 13-15, 1913.
GUILLAIN, G., ALAJOUANINE, TH.—Presse Méd., 20 dic. 1924.
FOIX, CH. et BOUTTIER.—Rev. Neurol., 1270, 1921.

OSTEOSARCOMA MEDIASTINICO (*)

M. ROIZ NORIEGA y L. CORRALES.

Oviedo.

En diciembre de 1950 enviaron a nuestro Servicio de Radiología del Seguro de Enfermedad del Sanatorio Girón una enferma con el diagnóstico de "linfossarcoma mediastínico", para ser irradiada, cuya historia clínica, resumida, es la siguiente:

D. F. A., de cincuenta y tres años de edad, viuda, sin antecedentes familiares ni personales de interés.

Relata la enferma que hace dos años sintió dolor de costado izquierdo, con irradiación a espalda y brazo, sintomatología única, que persistió durante año y medio; al cabo de dicho tiempo se asocian malestar, decaimiento, vómitos eméticos y opresión en pecho y garganta, además de sudores nocturnos e insomnio. Nunca ha tenido fiebre ni picores. Voz bitonal, no constante. La exploración acusa un empastamiento de región subclavicular izquierda, con edema ligero de brazo y antebrazo, así como de cuello, percibiéndose circulación colateral superficial en región supraclavicular izquierda. El informe del gastropatólogo no señala nada anormal.

Las pruebas de laboratorio son también negativas, debiéndose destacar que la intradermorreacción de Casoni es de interpretación dudosa. La fórmula sanguínea es la siguiente: leucocitos, 7,200; hemáties, 4,800.000; eosinófilos, 2; segmentados, 72; linfocitos, 18; monocitos, 8; bastonados, 2; velocidad de sedimentación: primera hora, 3 mm.; segunda hora, 10 mm.; índice de Katz, 4. Wassermann y complementarias, negativas.

Hacemos exploración radiológica de tórax, obteniendo las radiografías números 1, 2 y 3, observándose una sombra densa, redondeada, de límites precisos, como si fuera trazada a compás y sin reacción de vecindad, con lobulación inferior, respetando vértice y base. A la derecha de la sexta y séptima vértebra dorsal se aprecia otra sombra con las mismas características, de menor tamaño. El esófago, que aparece comprimido, y tráquea están desviados hacia la derecha y desplazados hacia adelante. Se puede apreciar irregularidad en pared anterior, así como en pared posterior del esófago, en su tercio medio.

En la proyección lateral comprobamos cómo la tumoración ocupa todo el mediastino, superponiéndose a columna vertebral y llegando a pared esternal. En radiografía de columna (fig. 4) se observa destrucción del tercio anterior del cuerpo vertebral de la séptima dorsal, con aplastamiento discal marcado en zona anterior, comprobando la existencia de zonas de condensación y destrucción ósea y discal, así como intensa

(*) Comunicación al II Congreso de Electro-Radiólogos de Cultura Latina y II Congreso Hispano-Luso de Radiología, abril 1952, Madrid.

destrucción de la sexta vértebra dorsal, afectando a rodetes marginales inferiores. Análogas imágenes se descubren en cabezas de costillas sexta y séptima y articulaciones costo-vertebrales correspondientes.



Fig. 1.

Ante este cuadro radiológico, aunado por los datos de laboratorio e historia clínica, consideramos descartado el diagnóstico de linfoscroma.



Fig. 2.

Irradiamos seguidamente a la enferma, con el fin primordial de aclarar el diagnóstico, ya que creemos sería nula o insignificante la respuesta al tratamiento, por tratarse, con toda verosimilitud, de un proceso radio-resistente; efectivamente, en las radiografías hechas después de recibir 4.214 röntgenios, no hay modificación de las imágenes primitivas (fig. 5) ni, por otra parte, acusa la enferma variación sensible en su sintomatología, salvo que después de las primeras sesiones dormía mejor.

Indudablemente, existe estrecha relación entre las lesiones vertebrales y las imágenes tumorales. Nos hicimos la pregunta siguiente: ¿Las lesiones vertebrales son primitivas, punto de partida del proceso, o secundarias, por acción mecánica vecina? Este era el problema más importante a aclarar desde el punto de vista diagnóstico. Veremos más adelante cómo fue resuelta la pregunta y comprobada la naturaleza de la enfermedad. Sin embargo, descartamos seguidamente la participación inicial del mediastino anterior y, por ende, los procesos que asientan a ese nivel, al considerar las lesiones vertebrales, sean primitivas o secundarias, y la ausencia de sintomatología correspondiente, excepto en la fase terminal de la enfermedad, que presenta ligero edema subcla-



Fig. 3.

vicular, cuello y brazo izquierdo, no existiendo cianosis ni circulación colateral toracocervical. Señalemos que las localizaciones izquierdas de tumoraciones del mediastino anterior son las que dan sintomatología más acusada, tanto objetiva como subjetiva.

Todos los datos abundan e inclinan a considerar que estábamos ante una tumoración primitiva de mediastino posterior; vemos en las radiografías cómo el esófago y la tráquea están desplazados hacia región anterior del tórax.

No vamos a pasar revista, al hacer el diagnóstico diferencial, a todos los procesos tumorales o pseudotumorales que pueden asentar en el mediastino, sino que nos concretaremos, fundamentalmente, a los de localización media y posterior, objeto de confusión en el caso que presentamos. Por lo tanto, sólo mencionaremos de pasada los bocios retroesternales que, por otra parte, dan síntomas precoces, y los timomas.

No hay por qué insistir en el diagnóstico di-

ferencial de los tumores malignos, ganglionares o no ganglionares, carcinoma, linfogranuloma, linfosarcoma, leucemia linfóide, descartados tanto por la Clínica como por la respuesta a las radiaciones röntgen.

La imagen radiológica nos lleva inmediatamente a pensar en los quistes dermoides, en los neurinomas simpáticos o vagales, neurofibromas, fibromas, lipomas y quiste hidatídico, así como en un aneurisma gigante de aorta.

Los quistes dermoides, como los teratomas, son de localización exclusivamente de mediastino anterior, generalmente en su segmento su-

ciarse, además de su localización, por el tamaño; no son raros que los neurinomas adquieran un desarrollo sorprendente, y frecuente por otra parte, dada su procedencia, la existencia de destrucciones vertebrales y costales, mecánicas de vecindad, más frecuentes en los neurinomas del simpático.

Estas reflexiones llevaron nuestro ánimo a pensar, especialmente, en un neurinoma de la cadena ganglionar simpática dorsal.

Desde el punto de vista radioterapéutico, y ateniéndonos al diagnóstico diferencial, EVANS y LEUCUTIA establecen una clasificación de los

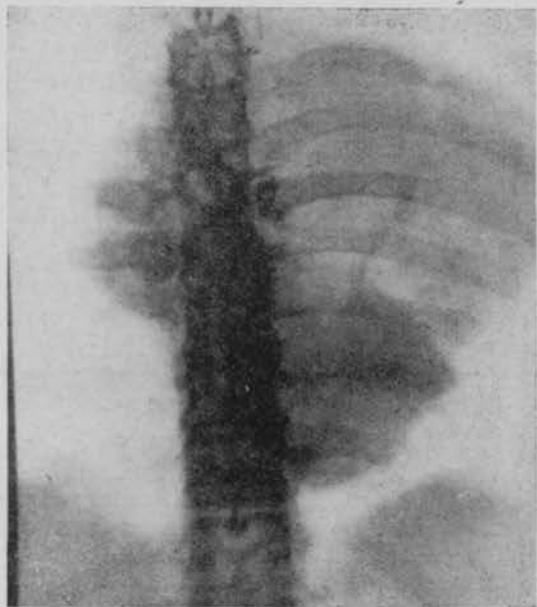


Fig. 4.

perior; por otra parte, la uniformidad de la sombra radiológica, sin imágenes de distinta densidad en su interior, típicas de los quistes dermoides y teratomas, nos separan de estos procesos. Más difícil de descartar, en este caso, es la naturaleza lipomatosa, por sus contornos regulares y uniformidad en cuanto a la densidad radiológica; tengamos presente, sin embargo, que estos tumores tienden, generalmente, a localizarse en el mediastino anterior y superior, como los quistes dermoides y los teratomas. El quiste hidatídico también merece consideración diagnóstica, por ser dudoso, el resultado de laboratorio obtenido (CASSONI). No nos inclinamos hacia tal diagnóstico, precisamente por los datos que nos proporciona la imagen radiológica; es frecuente que los contornos no sean tan precisos, sobre todo cuando participa el parénquima pulmonar, que reacciona siempre en un período más o menos largo de tiempo, traducida esta reacción en una formación fibroconjuntiva de defensa, que en los casos antiguos origina irregularidades en la pared quística, con la consiguiente pérdida de nitidez de su contorno.

Semejantes imágenes reportan, entre sí, los neurinomas del simpático y del vago, los neurofibromas y los fibromas; pudiendo diferen-



Fig. 5.

tumores del mediastino merced a la radiosensibilidad de los mismos, que ayuda en gran número de casos a sentar un diagnóstico correcto. Los linfomas, linfadenomas, linfosarcomas, leucemias linfoides e hipertrofias del timo desaparecen o se reducen extraordinariamente de los cuatro a diez días de iniciada la irradiación. Las tumoraciones linfogranulomatosas se reducen a la mitad en diez días de tratamiento, desapareciendo a las seis semanas del mismo; no desapareciendo después de este período los timomas y sarcomas no ganglionares. Los tumores benignos no experimentan ninguna modificación, o muy ligera, así como los aneurismas.

Estos conceptos son válidos, en parte, para nuestro caso; más que válidos, útiles, ya que la enferma objeto de esta comunicación, operada [Dres. GARCÍA MORÁN y BLANCO (A.)] meses después de finalizado el tratamiento röntgen, era portadora, según comprobación histológica (Dr. OLIVA), de un osteosarcoma, el cual presentaba extensas adherencias a los grandes vasos del mediastino, principalmente a aorta descendente, no siendo posible la realización de la extirpación del tumor a consecuencia de estas circunstancias anatómicas desfavorables. La enferma falleció días después.

COMENTARIO.

No hemos encontrado en la literatura un proceso mediastinal con las características mencionadas, creyendo, pues, sea el primer caso descrito hasta la fecha, tanto por su volumen como por su etiología.

Es cierto que una tumoración situada en mediastino posterior, pegada a columna, de contorno neto, a veces poliédrico, se trata casi siempre de un neurinoma, aunque no coincida, como con relativa frecuencia ocurre, con manifestaciones de neurofibromatosis cutánea.

La falta de eosinofilia, dato más constante del laboratorio, en la hidatidosis de 10 a 20 por 100 o más, además de las razones expuestas anteriormente, rechazan la etiología hidatídica. Es cierto que la eosinofilia desaparece cuando el quiste hidatídico supura, pero no es

éste el caso de nuestra enferma. También sabemos que la intradermorreacción, positiva en el 90 por 100 de las hidatidosis, incluso en algunas supuradas, falta en cierto número de casos ordinarios, sin que sepa por qué. Es de menos valor que la eosinofilia, aunque más que la reacción de desviación del complemento.

RESUMEN.

Se presenta un caso de tumor mediastínico posterior, gigante, tratándose de un osteosarcoma vertebral, comprobado histológicamente, siendo, según los autores, el primero descrito en la literatura médica.

Pasan revista a los procesos de localización mediastínica, haciendo un estudio diagnóstico diferencial de los mismos, valorando la respuesta terapéutica desde este punto de vista.

RESUMEN TERAPEUTICO DE ACTUALIDAD

LA HIDRACIDA DEL ACIDO ISONICOTINICO

Nueva droga antituberculosa.

S. ALMANSA DE CARA.

Durante el último decenio quedaron dibujadas dos claras tendencias en la lucha antibacteriana contra la tuberculosis, representadas por los quimioterápicos y los antibióticos.

Los americanos fijan primeramente su atención en los compuestos por ellos sintetizados de la diamino-fenil-sulfona, pero el promin, el promizol, la diasona, el hidroxietilo y la sulfetrona pasan sin haber hecho una prueba concreta de su eficacia, ya que las esperanzas que hicieron concebir en la experimentación animal se desvanecieron ante las acciones tóxicas y resultados inciertos en clínica humana.

La estreptomycinina tuvo una repercusión mundial, pero bien pronto nos dejó el convencimiento que ni mata el bacilo ni cura la tuberculosis, que sólo nos ayuda, y ya es bastante, a colocar al tuberculoso en condiciones de ser curado. Apaga la llama, pero no logra extinguir el fuego que la tuberculosis produce. Ninguno de los antibióticos que le sucedieron: neomicina, ramalina, cefarantina, viomicina, etcétera, logró más de lo que hizo y sigue haciendo la estreptomycinina, a la que no consiguen desplazar.

Cuando aparece después el ácido para-amino-salicílico, universalmente conocido con el nombre de P. A. S., se proclamó en todas partes que este compuesto sería el quimioterápico antituberculoso del porvenir. Y al cabo de pocos años todos supimos que la acción del P. A. S. no era constante, ni sistemáticamente eficaz, ni por todos tolerado.

En el último lustro se centran todas las miradas en las tiosemicarbazonas, de gran abolengo por salir de manos del creador de las sulfamidas. Basta-

ron sólo tres años para conocer a fondo su relativa eficacia, sus acciones tóxicas, y hasta casos mortales, para que todo aquel edificio, construido con materiales elaborados en el Congreso de Düsseldorf, en la Asamblea de Wiesbaden, en la reunión de Hamburgo y en la Conferencia de Karlruhe, fuera demolido como un castillo de naipes, ante las realidades del Congreso de Neuhan. Y es que el TB-1, aunque útil en algunas localizaciones, pese a la sugestión de los enfermos y a la ingenuidad de muchos médicos, nos legó más inconvenientes que ventajas.

Quien como observador imparcial asista a este desarrollo, y en mirada retrospectiva contemple el panorama, no puede por menos de quedar perplejo ante medio siglo de esfuerzos, sin que hasta la fecha ni quimioterápicos ni antibióticos, aun reconociendo su valor coadyuvante en sus justas indicaciones, hayan podido todavía eximir al tuberculoso del régimen higiénico-dietético, del reposo, del neumotórax ni de la cirugía antituberculosa.

Quien no sea indiferente a esta sucesión de hechos, tiene que convenir que la historia se repite con los mismos episodios:

1.º *La quimera de la droga mágica.*—Sensación, ansiedad colectiva, casos sorprendentes, curaciones milagrosas, optimismo exagerado, charlatanería, mercantilismo; el enfermo o sus familiares llegan hasta la ruina por su adquisición, psicosis.

2.º *El uso y el abuso de la medicación maravillosa.*—El enfermo y a veces el médico usan y abusan del remedio milagroso. El tiempo, gran consejero, la observación y la comprobación clínica crean una suficiente experiencia que aproximan a la verdad. Los resultados inciertos y los primeros fracasos abren sus puertas al escepticismo.

3.º *Desengaño y olvido.*—Intolerancias, acciones tóxicas, resultados nulos, agravaciones, etc., conducen a una etapa final de indiferencia, desencanto y olvido.