

ORIGINALES

EL SINDROME NEUROLOGICO DE LOS TUMORES DEL CAVUM (*)

J. C. DE OYA y J. M. SEGOVIA.

Clínica Médica Universitaria. Madrid. Director: Profesor C. JIMÉNEZ DÍAZ.

Hemos creído sería de interés presentar en esta I Reunión de la Sociedad de Medicina Interna algunos casos estudiados en los Servicios del profesor JIMÉNEZ DÍAZ (Hospitales de San Carlos y Provincial) e Instituto de Neurocirugía (doctores EMILIO LEY y S. OBRADOR) acerca del síndrome neurológico de los tumores del cavum nasofaríngeo. Y lo hemos hecho por dos razones fundamentales: 1.^a Porque son tumores de una gran malignidad, y aunque no demasiado frecuentes, tampoco son tan raros como para que se les preste generalmente tan poca atención; y 2.^a Porque no suelen ser diagnosticados correctamente o sólo en etapas terminales de su evolución, quizá porque dada su situación dentro del terreno de una especialidad, sin embargo, en su progresión, afectan a otros órganos o sistemas muy dispares con cuadros clínicos variados y complejos que corresponden ya a otras ramas especiales de la Medicina. Así, de los 28 casos recogidos en estos últimos ocho años, sólo dos habían sido bien orientados cuando llegaron a nosotros.

Estos tumores se localizan lo más frecuentemente en la parte superior de la pared lateral de la rinofaringe, en la fosa de Rosenmüller o en sus inmediaciones o en la pared posterior, en la amígdala faríngea, etc., y por su crecimiento exofítico tienden a producir obstrucción nasal, generalmente unilateral (aunque también puede ser bilateral), con secreción nasal, epistaxis de repetición, etc. En segundo lugar, por radicar en las proximidades de la fosa de Rosenmüller, bien por compresión, bien por invasión directa de la desembocadura de la trompa de Eustaquio, producen obstrucción tubárica, que en caso de persistir, conduce a un hidrops "ex vacuo" de la caja, con subsiguiente infección secundaria, etc. Esto origina molestias de oído, tinitus y una sordera de conducción muy marcada. En tercer lugar, estos tumores, con gran frecuencia, en su crecimiento invaden regiones vecinas. Así, a través del agujero rasgado anterior, que está en inmediato contacto con la pared lateral de la faringe, se introducen en el cráneo, en la fosa media y, ya por compresión

o invasión, afectan a los pares craneales que se encuentran en el espacio petro-esfenoideo o en la pared lateral del seno cavernoso, dando lugar a distintas combinaciones de neuralgia del trigémino con oftalmoplegias y amaurosis.

En otras ocasiones los tumores tienen una expansión hacia los espacios para- o latero-faríngeos y aquí afectan a los últimos pares craneales del IX al XII y también al simpático cervical, originando parálisis del velo del paladar, parálisis de cuerdas vocales, desviaciones de la lengua, síndrome de Bernard-Horner, etc. Finalmente, metastatizan muy frecuente y precozmente en los ganglios del cuello, tanto uni como bilateralmente.

Se comprende, tras la enumeración de todas estas posibilidades evolutivas, la gran variedad de combinaciones clínicas que pueden resultar y las dificultades diagnósticas que presentarán si no se tiene presente que, a pesar de no dar síntomas nasales directos, como luego veremos, puede haber un tumor de epifaringe.

La edad de presentación de nuestros 28 casos varió entre los siete y los sesenta años (fig. 1).

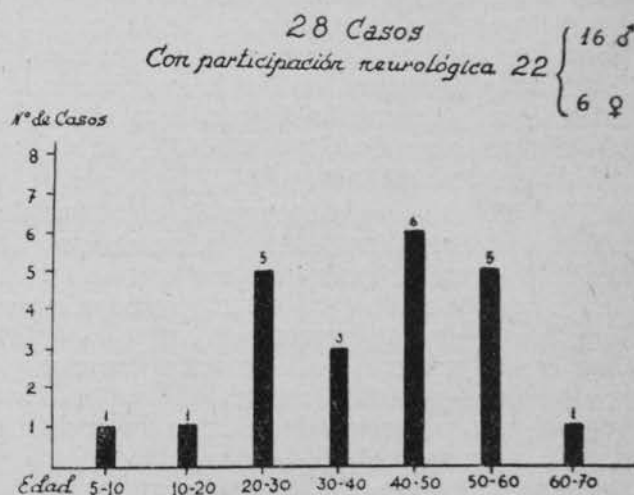


Fig. 1.—Edad de presentación.

En esta gráfica por décadas puede verse cómo la mayor frecuencia está entre los cuarenta-cinco y cincuenta-sesenta años, pero presenta otra onda de mayor frecuencia en edades más jóvenes: entre los veinte-treinta años. Esta gráfica coincide con las curvas de frecuencia de otras estadísticas más numerosas, por ejemplo, con la de GODTFREDSSEN¹, que comprende 454 casos reunidos de cuatro clínicas radiológicas de Suecia y Dinamarca; en ella se advierte una tendencia a edades más tempranas que en el

(*) Comunicación presentada en la I Reunión de la Sociedad Española de Medicina Interna. Madrid, junio 1952.

cáncer en general, y esa mayor frecuencia en la juventud. Esto se explica por la proporción de tumores epiteliales, por un lado, y los reticulares y sarcomas, de otro, y las distintas edades de presentación de estos dos tipos de tumores.

Los síntomas clínicos de comienzo fueron sumamente variados, a veces monosintomático por un corto período de tiempo y más generalmente empezando por dos o más síntomas. En nueve enfermos, las primeras molestias fueron la neuralgia del trigémino; en tres, afectando a toda la hemicara; en dos, estaba localizada en el territorio de la I rama, y en los restantes se manifestaba como odontalgia violenta. En dos de estos enfermos, al poco tiempo de empezar la neuralgia de la hemicara, el segundo síntoma fué la afectación del trigémino motor, con dificultad y cansancio en la masticación. En nueve enfermos el cuadro clínico empezó por disminución de la capacidad auditiva en un lado, con otalgia más o menos violenta y en otros con zumbidos de oídos. Estos dos grupos de síntomas, neuralgia del trigémino y sordera unilateral, bien solos o combinados—tres casos—, han sido las formas más frecuentes de comienzo.

Sólo tres casos tuvieron síntomas nasales iniciales: obstrucción nasal con epistaxis. En los restantes enfermos han sido: visuales, en dos; faríngeos (disfagia), en uno, y por cefaleas, en dos.

El comienzo por metastasis ganglionares en el cuello como síntoma aislado, sólo lo encontramos en dos, en marcado contraste con los datos de la literatura, en donde se señala como síntoma más frecuente de comienzo el 32 por 100 de los casos de GODTFREDSSEN y el 48 por 100 de los de SIMMONS y ARIEL².

El análisis de los síntomas de comienzo demuestra el curso insidioso y solapado que tienen estos tumores en la gran mayoría de los casos, ya que la neuralgia del trigémino o la sordera, etc., que han presentado nuestros enfermos como primera manifestación, supone ya una progresión considerable del tumor. Después de iniciado el cuadro clínico, la evolución ha sido muy variable. En la mayoría de los casos, especialmente en los que empezaron por síntomas neurológicos, la progresión ha sido muy rápida e inmediatamente, o tras un breve lapso de pocos meses; los demás síntomas se suceden con gran rapidez y en poco tiempo se establece un cuadro más o menos completo. En otros enfermos, por ejemplo, en los que los primeros síntomas fueron auditivos (disminución de la audición o por dolores de oído), la evolución fué generalmente más larga. El caso 27, por ejemplo, que empezó por notar disminución de función en un oído y aparición de un tumor en el mismo lado del cuello, estuvo durante dos años y medio con estos dos síntomas, hasta que se les sumaron cefaleas y obstrucción nasal du-

rante otros dos años y medio, y finalmente, cuatro meses antes de consultar, hicieron aparición un estrabismo con diplopia, ptosis del párpado superior, acorchamiento de la mitad de la cara y, finalmente, disfagia. Pero aparte de este caso, sin duda el de evolución más larga de todos, los otros de comienzo otológico duraron desde seis meses a un año con esos síntomas aislados. Los que iniciaron el cuadro clínico por sintomatología ocular también tuvieron curso rápido, en tanto que los de comienzo nasal o faríngeo tardaron en general más tiempo en completar el cuadro patológico.

Entre los de comienzo ganglionar, un hombre de cuarenta y dos años (caso 10) inició su enfermedad con un tumor en el lado izquierdo del cuello que rápidamente fué creciendo; lo trataron con radioterapia y mejoró. Entonces fué visto por uno de nosotros, que lo hizo reconocer por dos otorrinolaringólogos en dos localidades distintas, y no le encontraron nada de anormal en el cavum. A los seis meses de esto se le presentó una nueva tumoración en el otro lado del cuello, y al poco tiempo, a los dos años y medio del comienzo de todo el proceso, hicieron su aparición la obstrucción nasal, las epistaxis y la sordera, falleciendo cuatro meses más tarde. No sabemos si al final también tuvo síntomas neurológicos. Este caso muestra lo difícil del diagnóstico en muchas ocasiones, pues aun pensando en la posibilidad de que el tumor del cuello fuese metastásico de uno del cavum, lo hicimos ver repetidamente por especialistas y, no obstante esto, la tumoración primitiva permaneció silente, y poco visible, hasta los momentos finales.

Vistos todos los casos en conjunto, se tiene la impresión de que la sintomatología, cuando se deriva directa o indirectamente de la presencia del tumor en el cavum, tiene una evolución más larga (hablamos de uno o dos años como término medio) y correspondería a las formas respiratoria (obstrucción nasal), forma auricular y forma ganglionar metastásica, en las que LAVAL, a principios de siglo, dividía las formas evolutivas de estos procesos. En tanto que los de comienzo neurológico u ocular, que representan ya una fase de progresión e invasión endocraneal, tienen un curso clínico más tumultuoso y rápido, tardando muy poco tiempo en sucederse todos los síntomas hasta completar el cuadro.

Después de esta evolución, cuando los enfermos fueron vistos por nosotros por primera vez, los cuadros clínicos que presentan son naturalmente sumamente variables de unos casos a otros; pero, no obstante, esto tiene una serie de rasgos comunes, de combinación más frecuente de síntomas, etc., que permite establecer fácilmente el diagnóstico cuando se piensa en esta posibilidad. Dentro de la sintomatología neurológica, lo que más frecuentemente hemos encontrado es la afectación de los nervios

óculomotores (3.º, 4.º y 6.º) con lesión simultánea de una o más de las ramas del trigémino (nueve casos). Sigue en orden de frecuencia la lesión de los motores oculares solos (seis casos); del trigémino aisladamente, cuatro enfermos, y, finalmente, cuatro casos tenían síndromes de afectación de los últimos pares craneales.

Los síntomas que producen cuando se hacen endocraneales han sido agrupados en diferentes síndromes; uno de los más frecuentes es el descrito por JACOD ya en 1914³, llamado también síndrome de la "encrucijada petro-esfenoidal", que es por donde penetran los tumores que se originan en o en las inmediaciones de la trompa de Eustaquio, en el cavum y a través del cartilago tubario y de las fascias que cubren el agujero rasgado anterior, caen en esta región de la fosa media en íntima relación con el vértice del peñasco y la pared lateral del seno cavernoso (figs. 2 y 3).

En esta región se encuentra el ganglio de Gasser, dando salida a las tres ramas del trigémino y el VI par, que tiene un largo curso en relación con el vértice de la pirámide hasta alcanzar la pared lateral del seno cavernoso, en donde se le unen el III y IV.

Así, en este pequeño espacio, es fácil que un tumor, aun de dimensiones escasas, lesione a todos estos pares y además al óptico, que está

tico síndrome de Gradenigo. También son frecuentes los que presentan solo el *síndrome de la pared lateral del seno cavernoso de Foix*, que comprende: oftalmoplejia por lesión del III, IV y VI y neuralgia de la primera rama del trigémino. Sólo se diferencia del de JACOD en que le falta la amaurosis por lesión del II par. Finalmente, se describen también los que presentan

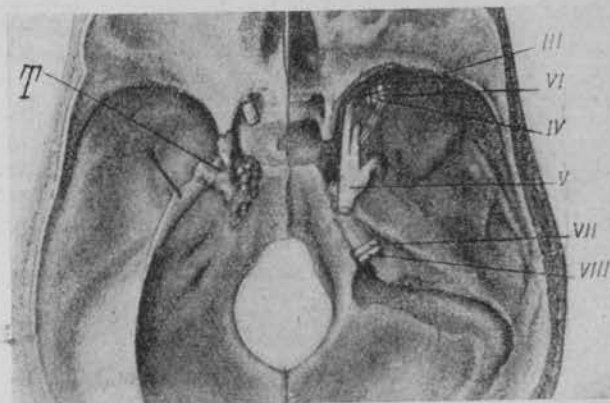


Fig. 3.—Base del cráneo. T, tumor que se ha hecho endocraneal a través del agujero rasgado anterior. A la derecha están representados los pares craneales. (Reproducida de GODTFREDSEN.)

el *síndrome de Trotter*: sordera, neuralgia temporofacial y parálisis del velo del paladar. No hemos visto ninguno.

De nuestros casos, cuatro presentaron el síndrome de Jacod típico, con amaurosis más o menos completa; oftalmoplejia interna y externa y la neuralgia del trigémino. En todos ellos existe sistemáticamente la sordera de transmisión del mismo lado con Rinne y Schwabach negativos, Weber muy lateralizado y en algunos con la paracusia de Bonnier, que consiste en que el diapason colocado en partes muy distantes, por ejemplo, en la muñeca o en los maléolos, los enfermos perciben el sonido en el oído enfermo y parece corresponder a un grado muy avanzado de lesión de la caja con organización de las lesiones inflamatorias y esclerosis de la misma. La historia que extractamos a continuación pertenece a un caso típico de este grupo:

Caso 12. C. A. M., hombre de cuarenta y seis años. Refiere que hace nueve meses, sin saber a qué atribuirlo, notó dolor en la mitad izquierda de la encía inferior, que se irradiaba al oído del mismo lado y todo a lo largo de la porción horizontal del maxilar inferior. Era muy continuo y presentaba agudizaciones, sobre todo al hablar y al comer. A los pocos días le apareció un bulto en el lado izquierdo del cuello, como una avellana, no doloroso, y sin cambios en la piel que lo recubría. Al cabo de poco tiempo de esto, y cuando se encontraba algo mejor por tomar unas pastillas que le recetaron, empezó a sentir una sensación extraña, como de cansancio o peso, en el párpado izquierdo. Por esta época sufrió una descarga eléctrica, quedando sujeto a los cables con las manos hasta que pudieron cortar la corriente. El enfermo atribuye a este accidente la disminución progresiva de fuerzas, la falta de apetito y el adelgazamiento que progresivamente fué teniendo, hasta el punto que a los dos meses tuvo que abandonar su trabajo y guardar cama. Permaneció en esta situación

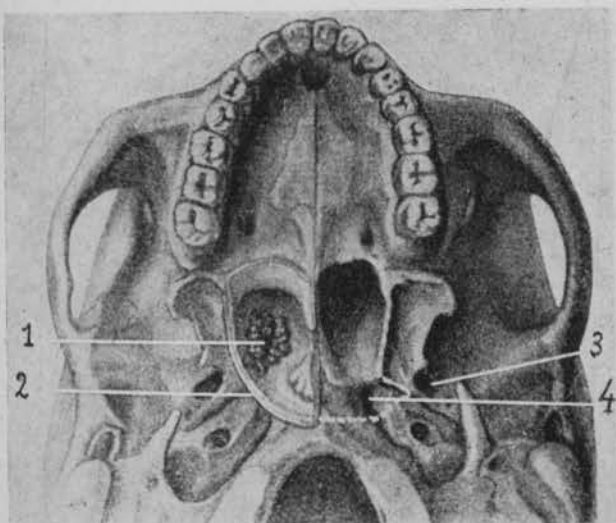


Fig. 2.—Esquema de la parte superior del cavum y de la base del cráneo (cara externa): 1) Tumor de la desembocadura de la trompa de Eustaquio. 2) Pared de la faringe. 3) Agujero oval; y 4) Agujero rasgado anterior. (Reproducida de GODTFREDSEN.)

por encima. La *triada de Jacod* se compone de oftalmoplejia, amaurosis y neuralgia del trigémino ipsilaterales.

En otros enfermos puede aparecer un síndrome análogo al de *Gradenigo*: parálisis del VI par, neuralgia del trigémino y supuración del oído medio, aunque naturalmente aquí es el tumor el que produce las lesiones nerviosas y no la petrositis consecutiva a la otitis media, con meningitis localizada, como sucede en el autén-

estacionaria tres o cuatro meses y entonces empezó con unas crisis febriles de seis-ocho horas de duración con sudoración terminal y aparición en días alternos. Se las cortaron con unas pastillas, pero empezó a sentir dolor intenso en toda la mitad izquierda de la cara, y muy especialmente en la región supraorbitaria, con hormigueos, frío y acorchamiento en la hemicara izquierda. Con este dolor, creciente en intensidad, ha seguido hasta que últimamente se le presentó una parálisis del párpado superior, que desde hace unos días ya no puede levantar, teniendo este ojo constantemente cerrado. También le ha llamado la atención el que algunas mañanas le fluye de la nariz a la boca, por dentro, una serosidad hemorrágica.

Desde el principio de su enfermedad nota que ha perdido capacidad auditiva en el lado izquierdo.

Sus antecedentes carecían de interés.

Exploración clínica.—Regular estado de nutrición con palidez de piel y de mucosas. Presentaba (fig. 4) una



Fig. 4.—Caso núm. 12.

oftalmoplejia izquierda completa—ojo cuajado—. El facial era normal; al abrir la boca la desviaba ligeramente a la izquierda; la lengua era normal y tenía conservados todos sus movimientos. El velo del paladar estaba abombado en el lado izquierdo, muy hiperémico; úvula, edematosa. En la cara tenía una hipoestesia en toda la hemicara izquierda, desde el arranque del pelo hasta el borde del maxilar inferior. Los demás pares craneales y el resto de la exploración era negativa. Por tacto se percibía en el cavum una masa tumoral en el lado izquierdo que obliteraba parcialmente la coana. Tenía un síndrome de transmisión muy acusado en el oído izquierdo con Weber muy lateralizado, paracusia de Bonnier, etc. Este enfermo fué tratado con radioterapia en el Servicio del profesor GIL Y GIL, y en el curso de su observación presentó unas crisis muy curiosas que consistían en que se sentía muy extraño, como desorientado, y al mismo tiempo percibía un olor muy desagradable, "como a botica", decía, acompañándose de unos movimientos con la nariz como de huídeo, que interpretamos como crisis uncinadas, quizá por lesión del polo temporal en la fosa media.

En otros cuatro enfermos la lesión neurológica sólo comprendía los motores oculares y el trigémino sin amaurosis, integrando el síndrome de la pared lateral del seno cavernoso. En todo este grupo de enfermos se encuentra un cierto grado de exoftalmos que se atribuye a

las parálisis de los músculos oculares; pero en algunos de ellos, al ejercer presión sobre el globo ocular, se tropezaba con una fuerte resistencia, como si el tumor hubiese invadido la órbita a través de la hendidura esfenoidal.

Este enfermo pertenece a este grupo con lesiones de los oculomotores exclusivamente:

Caso 9. J. M. M. C., hombre de veintidós años. Hace un mes, y encontrándose anteriormente bien, empezó a tener dolores de cabeza, al principio poco intensos, pero que fueron aumentando hasta llegar, a los pocos días, a ser violentos. Se localizaban en la región frontal, irradiándose al ojo izquierdo. A los pocos días de estar así tuvo bruscamente la sensación de que los objetos bailaban rápidamente, como si oscilasen verticalmente, durante unos cinco minutos. No perdió el conocimiento ni la visión, aunque naturalmente no podía ver bien. Cuando se le pasó se dió cuenta que le había aparecido una ptosis del párpado del lado izquierdo. A los pocos días empezó con vómitos sin náuseas, que han seguido hasta su ingreso.

Se encuentra deprimido y somnoliento.

En los antecedentes figuraba que a los once y diecisiete años había tenido mareos de corta duración con pérdida del conocimiento (no sabe más detalles). Su madre vive en América y al parecer está sana.

En la exploración (fig. 5) no hay éstasis papilar y la



Fig. 5.—Caso núm. 9.

agudez visual es normal. Tiene paresia del elevador del párpado izquierdo y parálisis completa de todos los movimientos en el ojo izquierdo (en la fotografía se le ordena que dirija la mirada hacia la izquierda). En este ojo no tiene reflejos pupilares a la luz ni a la acomodación. El resto de la exploración neurológica es totalmente normal. Tiene una acentuada sordera de transmisión en el oído izquierdo y en la exploración del cavum (doctor ASÍN) se encuentra una tumoración en las inmediaciones de la desembocadura de la trompa de Eustaquio.

En este caso es curioso el comienzo de manera brusca, con aquella alteración de la visión, posiblemente correspondiendo con el momento en que la neoplasia se hizo intracraneal o provocó alguna pequeña hemorragia. También debió fallecer de manera brusca, pues según supimos por la Prensa, a los pocos meses de salir de San Carlos apareció ahogado en el río Miño cuando intentaba dar de beber a unas caballerías.

Cuatro enfermos tuvieron sólo síntomas derivados de la afectación del trigémino con pa-

restesias y crisis dolorosas. En una enferma la neuralgia mono-sintomática, unida a la sordera, obligó al doctor E. LEY a practicar una sección de este nervio por fosa posterior. En algunas historias se refiere que los enfermos tienen *anosmia*, que en realidad es fenómeno derivado de la obstrucción nasal, con disminución de la capacidad de ventilación de la fosa y no por lesión del I par.

En todo nuestro material no hemos visto un solo caso seguro de lesión del *facial* ni del *acústico*. En muchos existe asimetría facial, como en el caso de la figura 4; pero que está, a nuestro juicio, más en relación con la lesión del trigémino; son más bien alteraciones de la mímica y de la expresión que presentan los que padecen neuralgia del V. El *facial* y el *acústico* están protegidos por el peñasco antes de entrar en él, y sólo en circunstancias excepcionales de destrucción por la neoformación se registra su parálisis. En algún caso los síntomas pueden ser bilaterales por propagación del tumor al lado opuesto a través de la apófisis basilar, y también se señala la penetración endocraneal a través del seno esfenoidal cayendo la tumoración en plena silla turca originando cuadros hipofisarios; pero, repetimos, constituyen excepciones.

Al principio dijimos que, aparte de estos síndromes endocraneales, el tumor del cavum produce cuadros de lesiones de los últimos pares. Aquí, en el agujero rasgado posterior, pueden ser comprimidos, por metástasis ganglionares, los pares IX, X y XI, originando el síndrome de Vernet o del agujero rasgado posterior, o el de Collet-Sicard o síndrome cóndilo-rasgado posterior (lesión del IX, X, XI y XII), o el de Villarei (síndrome del espacio parotídeo posterior); lesión del IX, X, XI y XII y de la cadena simpática.

De este grupo tenemos cuatro casos: 1.º Comenzó por neuralgia facial hacía tres meses y rápidamente presentó afectación del trigémino motor, disfagia, afonía y diplopia; en la exploración tenía ganglios profundamente adheridos en el cuello y parálisis del VI, sordera de este lado y lesión del IX, el X (parálisis de cuerda vocal) y atrofia del esternocleidomastoideo y del trapecio y de la lengua; era, pues, un Collet-Sicard combinado con lesiones endocraneales.

A este grupo pertenece este caso:

Caso 26. S. E. C., hombre de cuarenta y seis años. Hacía diez meses le apareció un dolor no muy intenso, pero constante, que se extendía desde la nuca (lado derecho) hasta el hombro y paletilla derechos. Se fué haciendo más intenso, sobre todo cuando movía el brazo derecho, hasta que hace cuatro meses se le extendió a toda la mitad derecha de la cara y mitad superior del cuello del mismo lado. El dolor era constante y sordo, pero se le exacerbaba en forma de crisis violentas de corta duración, quedándole después como un picor en la cara. Ahora tiene varias de estas crisis al día. Hace cuatro meses también empezó a perder voz y al mismo tiempo notó dificultad para tragar los líquidos, se atragantaba fácilmente y poco más tarde también deglutía

mal los sólidos, "como si no tuviese fuerza para tragarlos". Notó finalmente que movía mal la lengua, que se le torcía hacia el lado izquierdo, con la sensación de tener la mitad derecha como más gruesa.

Con todas estas molestias ha seguido empeorando hasta su ingreso: le molestan mucho las crisis dolorosas, ha perdido mucha voz y tiene gran dificultad para tragar (que ahora se acompaña también de dolor).

Antecedentes.—Molestias digestivas los años 27 y 28 (hasta el año 40 trabajó en una imprenta de tipógrafo).

Antecedentes familiares sin interés.

Exploración clínica.—Pupilas de forma, tamaño y reacciones normales. Paresia del recto externo derecho. Hipoestesia marcada en los territorios de la primera y segunda rama del V y menos marcada en el de la tercera del lado derecho. Al abrir la boca se desvía a la derecha. Masetero derecho se contrae más débilmente que el izquierdo. Facial, normal. Uvula desviada hacia la izquierda con paresia de la mitad derecha del velo del paladar, que aparece ptósico. En los músculos trapecio y esternocleidomastoideos del lado derecho se aprecia una clara disminución de volumen sin contracciones fibrilares. La lengua se desvía, al sacarla de la boca, hacia la derecha; dentro de la boca se sitúa a la izquierda y la mitad derecha está claramente atrofica. En la región submaxilar derecha se aprecia una gran adenopatía (como un huevo de gallina) profundamente adherida. Por rinoscopia posterior (doctor ASIN), neoformación que ocupa la pared lateral derecha del cavum, obstruyendo la trompa y rechazando hacia adelante el velo del paladar; síndrome de transmisión en oído derecho y parálisis de cuerda vocal derecha.

Era pues, en suma, un Collet-Sicard combinado con una intensa afectación del trigémino y posiblemente del motor ocular externo, mostrando la combinación de síntomas endocraneales, auditivos y los derivados de las metástasis ganglionares en el cuello.

De todos nuestros casos, sólo dos no tuvieron metástasis ganglionares en el cuello; en cinco fueron unilaterales y en los restantes bilaterales. Sólo uno tuvo ganglios en la axila. Un caso de reticulosarcoma hizo metástasis generalizadas en ganglios axilares y en los huesos de la pelvis, en el fémur y en el esternón.

Finalmente, en los enfermos en los que se tomó biopsia del tumor del cavum, demostró aproximadamente la misma proporción de tumores de estirpe epitelial que de reticulares o sarcomatosos.

RESUMEN.

Los autores analizan los síntomas neurológicos que presentan los enfermos con tumores malignos del cavum nasofaríngeo. De un total de 28 enfermos, 22 tenían síndrome neurológico. Se estudian los síntomas de comienzo, la evolución de los mismos y los cuadros clínicos, presentando algunos casos representativos de los síndromes más frecuentes.

BIBLIOGRAFIA

1. GOOTTFREDSSEN, E.—Acta Psych. et Neurol. Supplementum XXXIV, Copenhagen, 1944.
2. SIMMONS, M. W. y ARIEL, I. M.—Surg. Gynec. Obstet., 88, 763, 1949.
3. JACOD, M.—Congr. d. l. Soc. Fran. d'Otorhin. Laryng., 1914. Rev. de Neurol., 28, 33, 1921.

TUMORES DEL CAVUM

Enfermo, sexo y edad	Síntomas de comienzo	EVOLUCION DE LOS SINTOMAS	Pares craneales afectos	Metástasis	Anatomía patológica
1. J. C., v., 24.	Desde hace un año, turbidez de visión.	Hace cuatro meses, dolor en hemicara y sien derecha, tinitus y mareos al agacharse. Hace mes y medio, sordera y obstrucción nasal.	Primera rama del V (hiperalgesia).	Ganglios en axila.	Tumor epitelial.
2. J. M. C., v., 46.	Hace seis años, tumor en cuello.	Desde hace tres años, crecimiento del tumor, fiebre y molestias de oído.	Ninguno.	Ganglios bilaterales cervicales.	
3. D. D. S., v., 39.	Acorchamiento y disminución de la sensibilidad en hemicara izquierda hace tres meses.	Hace dos meses y medio, disminución de capacidad de masticación y dificultad a la deglución. Hace dos meses, parálisis del VI izquierdo, neuralgia del V (primera rama), afonía, tinitus, otalgia y epistaxis. Hace un mes, ganglio en cuello.	V (parestias), VI. IX y XII (atrofia hemilengua y trastornos de la deglución). X y XI (parálisis de la cuerda izquierda).	Ganglios en cuello.	Reticuloma.
4. P. A. S., v., 15.	Hace cinco meses, dolor en hemicara izquierda y epistaxis.	Cuatro meses, ganglios en cuello (izquierdo) y dificultad para abrir la boca. Hace quince días, sordera izquierda (otitis supurada con perforación de tímpano).	III (exoftalmos, midriasis e irritación simpática?).	Ganglio en lado izquierdo de cuello.	Reticuloma de células fusiformes.
5. A. G. B., v., 52.	Crecimiento ganglio en lado izquierdo cuello hace dos meses (sífilítico antiguo). Pleuritis izquierda.	Hace un mes, afonía.	III (Bernard - Horner). XII (atrofia hemilengua). IX (anestesia faríngea). X (afonía).	Ganglio en cuello. ¿Pleura?	¿Reticuloma?
6. M. R. M., h., 7.	Exoftalmos hace dos años.		¿Simpático? III, IV y VI.		
7. D. G. T., h., 44.	Dos años obstrucción nasal, epistaxis, tinitus y supuración de oído.	Hace año y medio, adenopatias en cuello. Tratamiento con rayos X.	Ninguno.	Ganglios cervicales bilaterales.	
8. V. T. C., h., 47.	Hace dos años, neuralgia hemicara izquierda y adenopatía en cuello.	Al poco tiempo, ganglio en lado derecho. Hace cinco meses, neuralgia en hemicara derecha. Hace un mes, ptosis en párpado derecho.	III, IV y VI.	Ganglio en cuello.	Reticuloma.
9. J. M. M., v., 22.	Desde hace un mes, cefalea frontal y dolor ocular (primera rama V) con mareo seguido de ptosis de párpado izquierdo.	Vómitos.	III, IV y VI.	Ninguna.	
10. G. G. G., v., 42.	Tumor en lado izquierdo del cuello hace dos años.	Tratamiento con rayos X. Seis meses más tarde, nuevo tumor en lado derecho. Poco después, epistaxis, obstrucción nasal y sordera.	V.	Adenopatias bilaterales primarias.	Epitelioma displásico.
11. I. O. C., v., 39.	Hace catorce meses, dis-fagia.	Hace seis meses, neuralgia facial, obstrucción nasal, epistaxis y tinitus. Hace dos meses, metástasis en hígado, maxilar inferior y columna vertebral.	Ninguno.	En maxilar inferior, hígado y columna vertebral.	Reticulosarcoma.

14. A. S. T., v., 44.	Hace dos años, odontalgia, disminución de visión y epistaxis.	Desde hace un año, neuralgia facial, pérdida de oído y vista.	III, IV y VI. V.	metástasis en esternón, fémur izquierdo y endocraneales. Ganglios bilaterales.	Reticuloma.
15. A. P., h., 50.	Cefalea occipital y obstrucción nasal desde hace dos años y medio.	Hace dos años, disminución de oído, otorragia, epistaxis, hipoestesia media cara y disfagia. Tratada en tres ocasiones con rayos X. Hace seis meses, pérdida de visión y mareos.	III, IV y VI. V.	Ganglios bilaterales.	
16. M. C. M., h., 52.	Hace un año, fiebres altas, otalgia y disminución visión O. D.	Hace seis meses, diplopia, ptosis palpebral, neuralgia facial y tinitus.	III, IV y VI. V.		Epitelioma.
17. J. C. D., v., 49.	Hace cuatro años y medio, cefalea y disminución de oído. Tratado con rayos X.	Hace un año, de nuevo cefaleas, epistaxis y disminución vista O. D. con estrabismo. Hace seis meses, disminución vista O. I.	II (estasis y atrofia papila). VI y V (motor y segunda rama).		
18. M. T. O., v., 60.	Hace año y medio, zumbidos de oído, disminución de audición O. D. y después en O. I. con otitis.	Hace cuatro meses, cefalea occipital, diplopia y neuralgia facial derecha.	V (las tres ramas y motor). II (estasis papila O. D.). VI.	No.	
19. F. D. S., v., 54.	Hace un año, disminución audición y parestesias en cara, lengua y encías.	Hace cuatro meses, diplopia, anosmia, falta del gusto y obstrucción nasal. Disminución de visión.	V (las tres ramas y motor).	Ganglios bilaterales.	
20. A. N., v., 50.	Hace dos años y medio, disminución audición O. I.	Hace año y medio, cefalea hemicara izquierda. Hace cuatro meses, exoftalmos y disminución de visión.	VI. V (paresia motor).		Cilindroma.
21. G. P., v., 39.	Hace seis meses, cefalea izquierda.	Hace un mes, cefaleas, neuralgia facial, epistaxis y ganglios.	Bernard-Horner izquierdo. VI.	Ganglios bilaterales.	Neoplasia epitelial displástica.
22. C. M. A., v., 22.	Epistaxis y diplopia brusca hace un año con neuralgia facial, tinitus, odontalgia y vómitos.	Ganglios en cuello desde hace seis meses.	VI y XII, desviación lengua izquierda).	Ganglio en cuello.	
23. J. R. B., v., 23.	Obstrucción nasal desde hace un año.	Hace seis meses, disminución de oído, dolor en el cuello, fiebre alta irregular y ganglio en cuello. Hace cuatro meses, neuralgia facial, odontalgia violenta y tinitus.	V (las tres ramas sensitivas).	Ganglio izquierdo.	Neoplasia epitelial displástica.
24. A. G. R., v., 22.	Hace seis meses, dolor de garganta y nuca.	Hace dos meses, fiebres, diplopia y vómitos. Anestesia en hemicara, obstrucción nasal y disfagia.	III, IV y VI. V (sensitivo y motor). XII y IX?	Ganglio derecho.	Neoplasia epitelial.
25. A. G. P., v., 38.	Sordera hace dos años.	Tumor en lado izquierdo del cuello.	No.		
26. S. E. C., v., 46.	Hace diez meses, dolor de nuca y hombro.	Hace cuatro meses, neuralgia facial, afonía, disfagia y torpeza de lengua.	VI. V (tres ramas y motor). IX?, X (cuerda derecha paralizada), XI y XII.	Ganglio derecho en cuello.	Reticuloma.
27. A. B. M., h., 40.	Cinco años sordera y tumor en cuello.	Hace tres años, cefaleas y obstrucción nasal. Hace cuatro meses, estrabismo, ptosis palpebral, acorchamiento hemicara y disfagia hace dos meses.	III, IV y VI. V (tres ramas y motor). IX, XI y XII.	Ganglios cervicales bilaterales.	Linfoepitelioma tipo Regaud.
28. R. A., h., 42.	Hace un año, neuralgia facial.	Hace seis meses, ganglios en cuello.	V (tres ramas y motor).	Ganglios bilaterales.	

SUMMARY

The writers analyse the symptoms seen in patients with malignant tumours of the nasopharyngeal cavity. Of 28 patients studied, 40 had neurological syndrome. An account is given of the earlier symptoms, their evolution and clinical picture. Some cases typical of frequent types of syndrome are described.

ZUSAMMENFASSUNG

Man analysiert die neurologischen Symptome bei Patienten mit malignen Tumoren des Nasopharynxcavums. Bei einer Gruppe von 26 fand man in 22 Fällen neurologische Syndrome. Die Symptome am Anfang, Entwicklung und klinische Bilder wurden untersucht und einige besonders charakteristische Syndrome mitgeteilt.

RÉSUMÉ

Les auteurs analysent les symptômes neurologiques présentés par les malades souffrant de tumeurs malignes du cavum nasopharyngien. Parmi 28 malades, 22 avaient un syndrome neurologique. On étudie les symptômes de début, leur évolution et leurs tableaux cliniques, présentant quelques cas représentatifs des syndromes les plus fréquents.

BANTINA EN EL TRATAMIENTO DE LA ULCERA GASTRODUODENAL

A. F. DOSAL y JOSÉ L. DEL PIÑAL.

INTRODUCCIÓN.

Para juzgar definitivamente es menester que con los años los hechos adquieran perspectivas, y alejados de toda impresión subjetiva del momento, ver las cosas en sus reales dimensiones.

Esto, que es válido para cualquier clase de hechos, es mucho más patente cuando lo que se trata de juzgar son actuaciones terapéuticas. Es necesario que el correr del tiempo acalle la primera oleada de entusiasmo que envuelve aún a los más escépticos, que unos cuantos años de experiencia en ese campo nos señalen definitivamente las limitaciones y la utilidad de los nuevos fármacos.

La úlcera péptica ocupa uno de los primeros puestos en morbilidad y mortalidad. Nuevas drogas y métodos de tratamiento son introducidas constantemente; es por ello por lo que

cuando aparece uno de estos fármacos, con los que dicen obtenerse magníficos resultados, sean siempre recibidos con un justificable grado de escepticismo. Recientemente, una nueva droga ha hecho su irrupción en el arsenal terapéutico: la bantina, que se señala como una posible solución al problema terapéutico de la úlcera gastroduodenal.

Es pronto todavía para enjuiciar cuál pueda ser el verdadero papel de la bantina en el tratamiento del *ulcus péptico*, más, sin embargo, la gran resonancia que esta droga tiene en la literatura médica mundial nos hace pensar la conveniencia de este trabajo y aportar nuestra experiencia con la misma; experiencia pequeña, es verdad, pero que por lo felices de sus resultados nos anima grandemente a continuarlos, lamentando, además, que la escasez y el elevado precio que alcanza no nos permita un uso más liberal de la misma, pues a la luz de nuestros actuales conocimientos parece de indiscutible utilidad en el tratamiento de la úlcera, de la gastritis ulceroide y de algunos otros síndromes vagotónicos.

El problema de la úlcera gástrica.—El problema terapéutico del *ulcus* sigue líneas paralelas a las vicisitudes sufridas por el concepto etiológico de la misma.

HUNTER, en 1770, se plantea por primera vez este problema con su clásica pregunta: "¿Por qué la mucosa es digerida dando lugar a la úlcera?" Pregunta que casi dos siglos después vive con palpitante actualidad, pese a las múltiples hipótesis que han sido formuladas.

CRUVEILHIER, a principios del pasado siglo, suscita la idea del *ulcus* como ocasionado por traumas locales, hipótesis prontamente desechada cuando el gran clínico alemán VIRCHOW concibe una nueva teoría patogénica ligada a fenómenos de infartos de origen vascular.

Años más tarde, KONJETZNY reaviva el interés sobre el papel de las gastritis en la patogenia de la úlcera.

Supone un considerable avance el haber dejado de considerar a la úlcera como enfermedad puramente local: las modernas teorías piensan se trata de una enfermedad general que ocasiona un "locus minore resistantia" en la mucosa gástrica, haciendo a ésta accesible a la acción lítica de los jugos gástricos. Es frecuente en clínica observar la coincidencia de úlcera y alteraciones hepáticas, por lo que a éstas se las señala un preeminente papel en la etiología del *ulcus*.

Es lo cierto que la enfermedad ulcerosa viene acompañada de hipermotilidad, hipersecreción e hiperhemia, fenómenos éstos de clara estirpe vagotónica. WOLF y WOLFF²⁹ señalan el hecho de que estas manifestaciones de vagotomía son resultado de disturbios emocionales, demostrando además que en estos enfermos existe una gran susceptibilidad de la mucosa gástrica a la ulceración, concediendo así un