

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

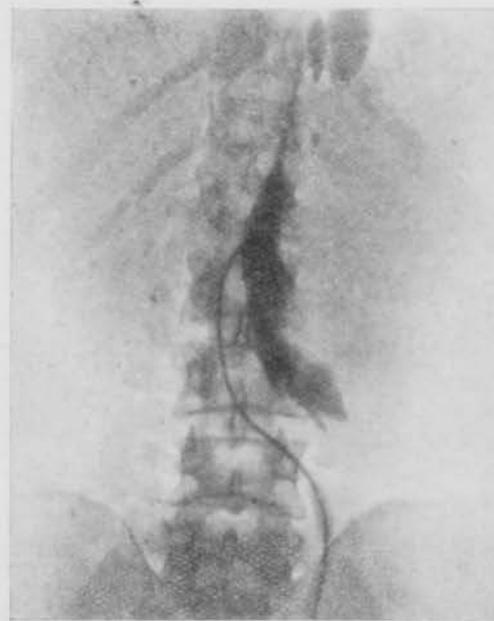


Fig. 1

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

la cuarta vértebra lumbar. Es interesante observar, en esta posición, la desviación escoliótica de compensación sufrida por la columna vertebral en su parte dorsolumbar; ella describe una amplia, aunque no muy pronunciada corvadura de convexidad hacia la derecha, que se inicia en la articulación intervertebral de la cuarta y quinta vértebra lumbar y termina en las últimas vértebras dorsales.

No menos interesante resulta el uréterpielograma conseguido en la posición de perfil (fig. 2). El uréter que



Fig. 2

sube de la pelvis propiamente dicha, pasando en inmediato contacto de la cara anterior de la quinta y cuarta vértebra lumbar, experimenta al nivel del disco intervertebral, entre la tercera y cuarta vértebra lumbar, un cambio brusco de dirección hacia el abdomen, describiendo una acusada corvadura en forma de asa que termina en el cuello ureteral situado a la altura del disco intervertebral, entre la primera y segunda vértebra lumbar. El pielograma tiene forma de S, con extremo superior muy confuso, proyectado sobre los cuerpos vertebrales y apófisis de la décima y onceava vértebras dorsales, y el inferior, muy nítido, compuesto de tres cálices dilatados, situados del lado abdominal dos de ellos, y el tercero proyectado sobre la mitad anterior del cuerpo de la tercera vértebra lumbar.

El estudio del colon por enema opaco pone claramente de manifiesto que el ángulo esplénico del mismo se mantiene muy alto—a la altura de la décima costilla—y abierto, mientras las paredes del intestino grueso apenas presentan signos de compresión ni modificaciones de tono (fig. 3). En esta radiografía es curioso observar la diferente altura del diafragma en cada hemitórax, y así, mientras el hemidiafragma izquierdo llega a alcanzar la séptima costilla, el derecho sólo consigue la octava.

El estómago se encontraba desplazado hacia la línea media en estudio radioscópico, así como el ángulo esplénico del colon lo estaba hacia delante.

Ante estas exploraciones se estableció el diagnóstico de quiste hidatídico renal o pararenal izquierdo, que aconsejaba, por tanto, una vía de acceso lumbar para el acto operatorio.

Conseguidos ciertos datos hematológicos (coagulación, sangría, brazal, urea sanguínea, glucemia, etc.), que resultaron normales, se pasa a la operación (operador, doctor PUIG-SUREDA).

La intervención fué difícil, muy laboriosa y duradera

por el tamaño del quiste (comparable a una cabeza de adulto) y por sus numerosas y fuertes adherencias con los órganos próximos, que obligó a la resección de la onceava costilla y al vaciado del quiste, previa formalización para poder practicar la nefrectomía. Como incidente operatorio tuvo lugar la abertura del peritoneo por dos puntos diferentes, dada la íntima adherencia de la serosa con la adventicia quística, incidente que permitió notar la fijación del colon y su meso al campo operatorio. Otras adherencias entorpecedoras de la operación se localizaban en la cola del páncreas y en el hemidiafragma izquierdo.

La pieza anatómica extirpada estaba constituida por un enorme quiste hidatídico que ocupaba la parte media del riñón en toda su extensión, desplazando a la línea media la pelvis renal, que se mantenía independiente, pero alargada y aplastada en su deformación. El quiste conservaba en sus dos polos casquetes parenquimatosos del riñón en que tenía asiento. En conjunto, daba la impresión como si el riñón hubiera sido separado en dos partes atroficas para poder alojar el gran quiste entre ambas (fig. 4).

Con la operación sufrió la enferma fuerte shock que obligó a dos transfusiones, a la administración de suero por vía endovenosa y a tónicos cardiacos. Al segundo día se inicia un ileus paralítico, que se combatió con suero hipertónico, sonda gástrica y aspiración permanente. A la vez salió por la herida abundante exudación sero-hemática, formándose un hematoma que obligó a quitar algún punto y a colocar un tubo de drenaje para facilitar su vaciado. Al cuarto día la mejoría fué franca, descendiendo la frecuencia del pulso, la fiebre y el timpanismo abdominal. El restante curso posterior se distinguió por la abundante exudación sero-hemática de la herida y febrículas vespertinas, que cedieron completamente a los veintidós días de la intervención, fecha que se dió de alta con cura ambulatoria.

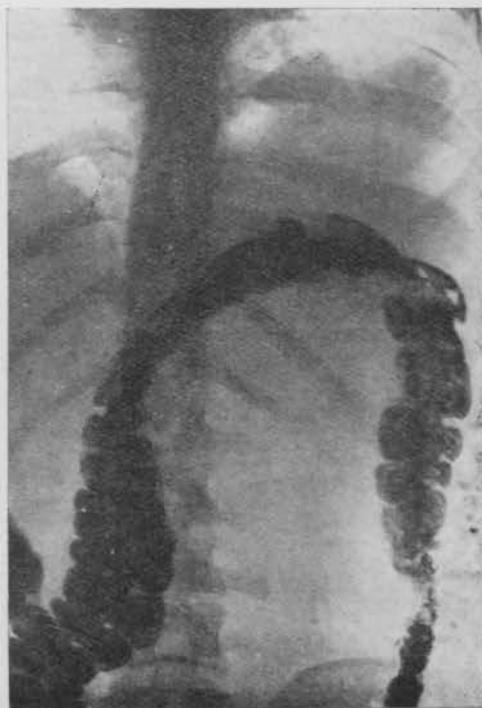


Fig. 3

La autopalpación permitió descubrir a la enferma su tumoración abdominal. El médico pudo reconocer, de primer momento, el enorme tamaño de la misma y clasificar su variedad patológica entre los quistes hidatídicos por la positividad de las pruebas biológicas.

La idea quística de la gran tumoración despertó de su forma redondeada, especial consis-

tencia y de la desproporción existente entre el volumen de la misma y la falta de gravedad en su estado general y sintomatología local, que, por lo demás, no iba acompañada de ningún trastorno funcional visceral.

La exploración manual inclinaba a favor de una localización intraperitoneal de la tumoración, por el preponderante desarrollo que adquiría del lado abdominal o anterior, donde se palpaba con facilidad y muy superficialmente en la región hipocondriaca. Así, pues, en estas condiciones se pensó en una localización esplénica o hepática en su lóbulo izquierdo. De todas

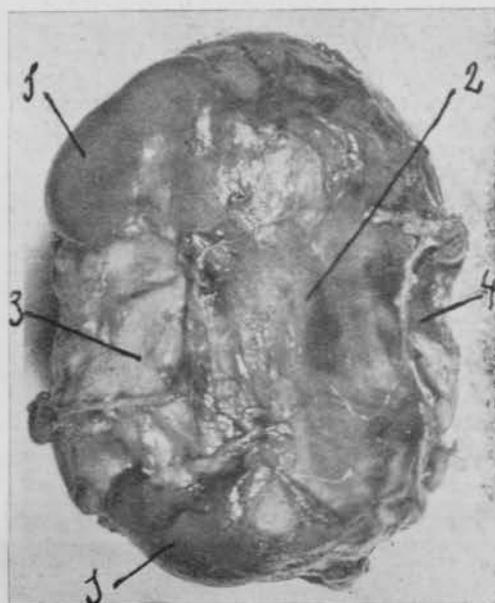


Fig. 4

maneras no se podía aceptar este diagnóstico sin excluir previamente el asiento renal del tumor, sobre todo teniendo en cuenta que las tumoraciones renales, cuando llegan a adquirir un gran volumen, pierden las características físicas de los tumores que en clínica reconocemos como renales, para adquirir aquellas que caracterizan los tumores abdominales intraperitoneales.

Un estudio pielográfico de la enferma puso plenamente en evidencia el diagnóstico topográfico del quiste y con ello quedó salvada la mayor dificultad del caso, que ya establecida la localización retroperitoneal sabía el cirujano la mejor vía quirúrgica de abordaje de la tumoración.

Por los pielogramas obtenidos, tan modificados en forma y sobre todo tan alargados, nos inclinamos, en un alarde de mayor precisión, a una localización renal, pero sin excluir en modo alguno la posibilidad de un asiento pararenal, ya que una imagen muy parecida, prevertebral y alargada, fué vista por SCHMIDT, de Budapest, en uno de sus casos publicados y en el que el diagnóstico de quiste retroperitoneal pudo comprobarse durante la operación.

La intervención fué, repetimos, muy laboriosa, difícil y larga por las numerosas adheren-

cias del quiste con los órganos vecinos. Estas adherencias explicaban la falta de desplazamiento del ángulo esplénico del colon en la radiografía de este tracto digestivo explorado por enema opaco y eran producto de una reacción inflamatoria, por perinefritis esclerosa, de los tejidos vecinos en presencia del quiste, que, manteniéndose aséptico, obraba como cuerpo extraño.

Por la observación del riñón extirpado se vino a suponer que el quiste debió haber tenido su asiento primitivo en el borde convexo del órgano y en su crecimiento expansivo hacia la línea media, hacia el hilio—donde no existía ninguna fuerte barrera como la representada por la cápsula fibrosa propia del riñón hacia afuera—, logró la bipartición del órgano en una parte superior y otra inferior, cada vez más reducidas de tamaño por el proceso histopatológico de la atrofia por compresión. Otra preferida dirección del crecimiento de la tumoración era hacia delante, rechazando el peritoneo parietal posterior y robando espacio a la cavidad peritoneal, simulando un tumor abdominal de grandes proporciones. A la vez logró aumentar la capacidad de la fosa lumbar, empujando el hemidiafragma correspondiente hacia arriba e incurvando la columna vertebral en escoliosis, de modo que su concavidad abarcaba la neoformación.

Por estas condiciones de crecimiento lento y por el espesor del parénquima renal a invadir entre el quiste primitivo y la pelvis renal, se explicaría el grosor alcanzado por la membrana adventicia en este lugar y, clínicamente, la falta de ruptura del quiste en la pelvis, a pesar del considerable volumen logrado por aquél. Este mismo motivo, el grosor de la pared quística, nos haría comprender la ausencia de determinados síntomas a la exploración, especialmente la fluctuación y el temblor hidatídico.

El segundo, operado en marzo de 1935 y todavía inédito, se presentó en una enferma de cuarenta y cinco años, natural de un pueblo de la provincia de Huesca, de familia numerosa: dieciocho hermanos. Los antecedentes familiares no tenían importancia bajo nuestro punto de vista. Relataba que desde hacía catorce años venía expulsando, por la orina, membranas y vesículas como granos de uva con escasas molestias en la región renal izquierda, pero en contadas ocasiones había padecido dolores de tipo cólico del mismo lado con irradiaciones genitales y hacia el hombro correspondiente y estado nauseoso. A los dolores seguía la eliminación, en variable cantidad, de los citados elementos. Sólo durante una estancia en Barcelona de siete años (1922-1929), la enfermedad pareció como desaparecida, estando sin dolores y sin expulsar ninguna clase de vesículas. Nunca hematurias.

Cuatro años atrás enfermó súbitamente, presentando edemas, en especial de las extremidades inferiores, y observándose la presencia de abundante albúmina. Con tratamiento y régimen declorurado curó en tres meses.

En diciembre de 1934, nuevo cólico nefrítico izquierdo muy intenso, seguido de expulsión de membranas y vesículas en gran cantidad. Desde entonces, y sobre todo en los dos primeros meses, los dolores fueron muy frecuentes y la orina se mantenía turbia.

Manifestaba repugnancia por las grasas.

La palpación reveló un polo renal izquierdo apenas perceptible, inmóvil y nada doloroso.

El examen del sedimento acusó una importante piuria, con abundantes colibacilos y ausencia de ganchos y otros elementos hidatídicos.

La prueba de Cassoni fué positiva, la reacción de Weinberg negativa y la eosinofilia discreta: 6 por 100. Previo cateterismo ureteral izquierdo se recogió orina

ninguna manera era invadida por el líquido de contraste. Las otras partes, el cáliz superior y la parte interna de la pelvis renal eran normales, mientras que en el tercio superior del uréter, y en el sitio inmediato al pico del catéter, se observaba el detalle curioso de una pequeña acodadura anteroposterior del conducto, que se pro-

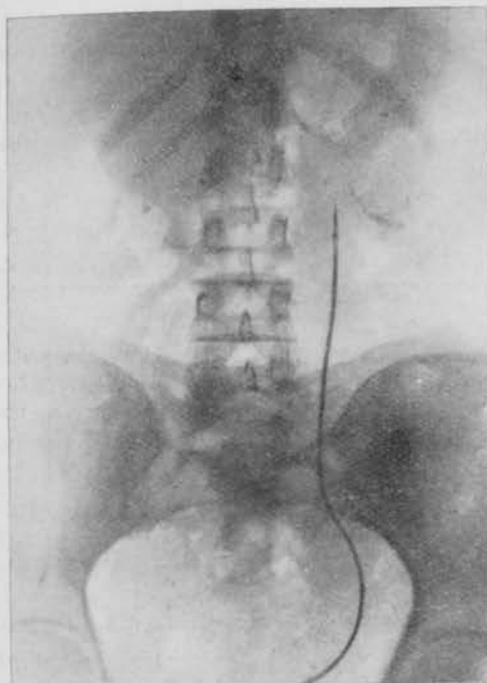


Fig. 5

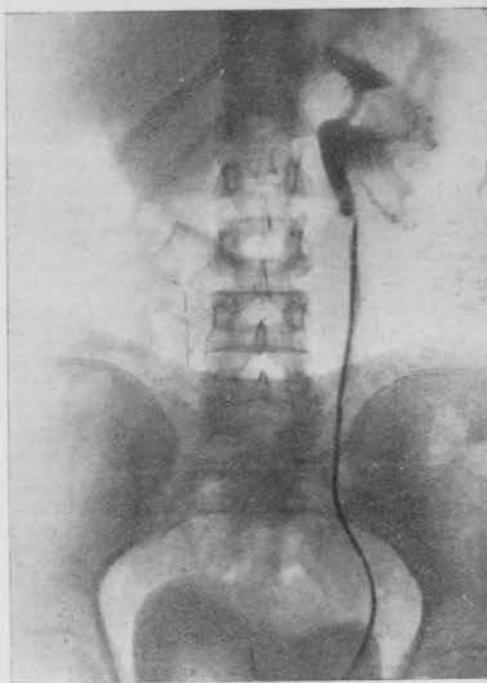


Fig. 6

renal que, examinada, demostró la misma importante piuria colibacilar. Una radiografía abdominal con sonda ureteral opaca colocada en el uréter izquierdo nos reveló el curso normal de este uréter y la existencia de una sombra ovoidea de escasa densidad, bastante bien delimitada, del tamaño de un limón y de estructura esponjosa, situada exactamente en la región renal izquierda (figura 5). La pielografía exponía, con claridad, una

yectaba en forma muy redondeada y opaca por encima del catéter: se trataba de una acodadura instrumental debida al paso de la sonda por un uréter más bien largo y atónico.

Un estudio funcional de la orina, por separado, de



Fig. 7



Fig. 8

imagen con defectos de replección en el cáliz inferior e intermedio y una pelvis renal que, en la parte correspondiente a estos dos cálices, parecía como estirada lateralmente (fig. 6). A esta parte modificada del pielo-grama correspondía la sombra ovoidea descrita, que de

ambos riñones, acusó un marcado déficit funcional del riñón izquierdo, mientras que el derecho se mostró suficiente y sin elementos citobacteriológicos anormales en su sedimento.

La urea sanguínea tenía un valor de 0,78 gr. 0/00.

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 íntimamente 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.