

Casa Nacional del Niño
Cátedra Extraordinaria de Pediatría
Prof. A. Ariztia.

MENINGITIS CERVICAL HIPERTROFICA DE ORIGEN TUBERCULOSO

Por el Dr. RAUL MATTE

He creído de interés publicar este caso clínico, cuyo diagnóstico fué difícil, pero que su observación continuada permitió hacerlo en forma precisa, como se pudo comprobar en la mesa de autopsia. Tiene, además, interés por ser una afección escasa y que está perfectamente descrita desde 1870 por Charcot.

Juan M. Edad: 7 años más o menos. Se ignora la edad precisa.

Ingresa a la Casa Nacional el 10-II-39 por orden del Juez de Menores. Se desconocen sus antecedentes hereditarios y personales.

Al examen de entrada se comprobó un chico atrasado en su desarrollo pondero-estatural, enflaquecido, pálido. En su piel elementos de sarna generalizada. Dendadura con caries múltiples. Una reacción de Pirquet resulta positiva intensa y al examen radiográfico revela una sombra de mediana intensidad de adenopatía en la región paratraqueal izquierda.

Por este motivo ingresa a la sección de tuberculosis, donde se le deja en reposo y en observación de su proceso pulmonar. No presenta temperatura, el apetito es bueno y no tiene síntomas clínicos ni objetivos pulmonares. Cuya de peso se mantiene alrededor de 20 kgrs. La sedimentación globular es en un principio 25 y después desciende a 11 mm. Así permanece hasta julio de 1939. En ese mes adquiere, a pesar de colocarle 10 días antes suero anti-sarampiónico, un sarampión muy benigno en cuanto a su sintomatología, pero no así por los efectos que tuvo sobre su proceso ganglionar y general. El cuadro febril duró 4 días y la erupción fué muy discreta. No presentó catarro óculo nasal ni Koplik.

Una semana después de estar completamente afebril, reaparecen pequeñas alzadas de temperaturas y se instala un síndrome doloroso agudo en forma de crisis en la región dorsal superior, a nivel del espacio inter-escapular; junto con esto presenta una intensa rigidez de la nuca, que le imposibilita ejecutar los movimientos de flexión y lateralidad del cuello. La presión a nivel de la 2 hasta la 7 vértebra dorsal era dolorosa. No presentaba signos meníngeos. Kernig, Brunsinski (—). No había cefalea, ni vómitos.

Para descartar un síndrome meníngeo, que se iniciara, se hicieron varias punciones lumbares, resultando todos negativos. Una radiografía demostraba un aumento de la sombra del hilio izquierdo. La sedimentación que era antes del sarampión 11 mm., subió a 35 mm.

Descartado un síndrome meníngeo, nuestras suposiciones fueron que estábamos en la iniciación de una metastasis tuberculosa en la columna cervico dorsal. Consecuente con esto, se hizo la investigación radiográfica, resultando las radiografías de columna negativas.

El síndrome doloroso fué lentamente disminuyendo para desaparecer a los 2 meses de iniciarse. La rigidez de la nuca duró una semana.

El líquido céfalo raquídeo y nuevas radiografías de columnas hechas a los 2 meses de iniciado el proceso, seguían aún completamente negativos. El estado general había desmejorado visiblemente. El peso descendió de 24 kgr. a 19,500 grs. en 4 meses.

El niño se presentaba muy pálido, transpiraba al menor esfuerzo; tenía pequeñas temperaturas, hasta 38° en las tardes.

En agosto de 1939 presentó una conjuntivitis flictenular.

Al mes de iniciado el cuadro pudimos constatar que las fuerzas de su miembro superior derecho estaban francamente disminuidas en comparación con la izquierda. Presentaba, además, sensación de picazón y adormecimiento en el antebrazo y mano derecha. Los reflejos de ese miembro fueron haciéndose cada día más flojos, para a los 3 meses abolirse.

En cambio, en las extremidades inferiores, especialmente en la derecha, se presentaban los reflejos muy exaltados, clonus evidente y Babinsky positivo. Toda esta sintomatología nos demostraba un síndrome de compresión de la médula a nivel de las últimas vértebras cervicales.

El 16 de noviembre de 1939 una punción lumbar nos confirmó este diagnóstico, ya que se comprobó un líquido cuyo examen demostraba un síndrome de Sicard, o sea, una franca disociación albúmino citológico.

El resultado fué el siguiente: Color claro; Pandy (+++); Norrne Appelt (+++); albúmina: 1,5 gr. o/oo; cloruros: 7 grs.; examen citológico: 10 linfocitos por mm.³.

Comprobado el diagnóstico de compresión medular cervico-dorsal, nos quedaba solamente precisar la naturaleza de la compresión.

Nuevos exámenes radiográficos de columnas resultaron negativos. No conforme con esto, pedimos al Dr. Heggewald nos hiciera un examen radiográ-

fico prolijo con planigrafía y radiografía estereoscópicas. El informe fué: no hay lesión ósea a nivel de la columna.

Eliminada una lesión ósea, debíamos aceptar que la causa de la compresión debía estar en las partes blandas, o sea, en las meninges. Probablemente, un tuberculoma o una paquimeningitis tuberculosa localizada en la región cervical superior derecha, que comprima las raíces del plexo braquial, produciendo una parálisis atrófica del miembro superior y la reacción motora de la medula, provocando un síndrome piramidal de las extremidades inferiores, especialmente a derecha.

La evolución posterior fué la siguiente: el estado general fué mejorando. El peso subió más de un kilo. No volvió a presentar temperaturas. Los exámenes radiográficos del pulmón muestran una regresión de la infiltración, quedando sólo la adenopatía para-traqueal izquierda.

La parálisis del miembro superior derecho se fué día a día acentuando, produciéndose una atrofia muy marcada de los músculos: región tenar e hipotenar y músculos interóseos.

La mano derecha tomó el aspecto de una mano en garra, simulando en todo una parálisis cubital y mediano, o sea, de los pequeños músculos de la mano.

El niño se quejaba de parestesia y sensación de adormecimiento del antebrazo y mano. No se apreciaron trastornos claros de la sensibilidad.

En las extremidades inferiores se constituyó una paresia espasmódica, o sea, paresia con gran exaltación de los reflejos Babinsky, etc.

En enero de 1940, una nueva punción lumbar dió un líquido cuyo examen fué negativo; permanece el niño en buenas condiciones hasta el 15-II-40. En esa fecha, sin motivo aparente, se inicia una nueva poussé que se acompaña a los pocos días de francos síntomas meníngeos. Punciones lumbares comprueban una meningitis tuberculosa, por lo cual fallece el niño el 10-III-40.

Se envía a la autopsia con el siguiente diagnóstico: adenopatía tuberculosa para-traqueal izquierda. Compresión medular por paquimeningitis cervical tuberculosa. Meningitis tuberculosa.

El resultado de la autopsia dice:

Autopsia: Leptomeningitis tuberculosa con regular cantidad de exudado, que se localiza en la base por detrás del quiasma y sigue la cisura de Silvio. Hidrocefalia interna.

Gran ganglio tuberculoso creto-calcáreo en parte reblandecido del mediastino anterior inmediatamente por encima de los grandes vasos y adherido hacia la cara interna del pulmón. Los pulmones crepitan en toda su extensión, aparecen más bien enfisematosos, sin focos densos ni diseminación tuberculosa visible macroscópicamente.

Bazo pesó 50 grs., de consistencia firme, a los cortes aparece uno que otro nodulito tuberculoso. En el hígado aparecen nodulitos tuberculosos sub-capsulares hacia la cara superior derecha; a este nivel adherencias en el diafragma. Los riñones están tumefactos y turbios sin tuberculosis macroscópica. La mucosa

sa intestinal bien conservada, sin lesiones. Ganglios mesenterios libres de aspecto regular.

Corte de medula: Hacia el lado derecho de la medula cervical, en la zona que adhiere a la dura madre, se encuentran nodulitos tuberculosos tipicos a nivel de la pia madre, se pueden ver tambien como la dura-madre engrosada adhiere a la pia. Leptomeningitis tuberculosa productiva localizada.

Examinados al microscopio los ganglios petibronquiales izquierdos, presentan pequenos nodulitos tuberculosos aislados, antrocosis e hiperplasia linfatica.

Junto al ganglio ceto-oscáreo adherido a la cara interna del lóbulo superior izquierdo se encuentra un pequeño foco pulmonar sub-pleural que, examinado al microscopio revela estar formado por un tejido calcificado central, rodeado de tejido tuberculoso productivo. No se encontró generalización tuberculosa pulmonar. Además, en los cortes microscópicos del pulmón, fijado al preparar la pieza para el museo, se constataban pequeños focos de bronco-neumonía hemorrágica diseminados en ambos lóbulos inferiores.

La columna vertebral se fija en formol al 10 % y se descalcifica por el procedimiento de Ebner: Se practicaron numerosos cortes a lo largo de la columna, sin encontrar vestigios de lesiones tuberculosas.

Posteriormente, revisando literatura, nos hemos encontrado con un cuadro morboso descrito por Charcot en 1871, denominado: Paquimeningitis cervical hipertrofica y que coincide en todas sus partes con la sintomatología de nuestro enfermo. Dice el autor que es una enfermedad muy rara y cuyo origen la atribuye a alcoholismo, traumatismo y sífilis. No menciona la tuberculosis como productora de esta enfermedad.

Anatómicamente, dice el autor, se encuentra un gran engrosamiento de la dura-madre en la región cervical inferior.

Clinicamente distingue, como en nuestro enfermo, tres periodos: 1) Un periodo de dolor intenso de la nuca, que dura 2 ó 3 meses; 2) Periodo de parálisis atrofica de las extremidades superiores, tomando en especial el nervio cubital y radial, dando por consecuencia una mano en garra típica, y 3) Periodo de parálisis espasmódica de las extremidades inferiores.