

Hospital Calvo, Mackenna
Cátedra Extraordinaria de Pediatría.
Prof. A. Ariztia.

SINDROMES NEUROLOGICOS DERIVADOS DE LA TUBERCULOSIS DEL SISTEMA NERVIOSO

Por

RAUL MATTE L.
Jefe de Servicio.

ROBERTO CALECIO G.
Ayudante.

La presentación de este trabajo tiene por objeto, relatar algunos casos de niños tuberculosos, que en el curso de su enfermedad tuvieron una localización en el sistema nervioso, que se manifestó por un síndrome neurológico, ya del sistema nervioso central o periférico.

En todos ellos pudimos comprobar que dicha lesión tuberculosa es secundaria a un proceso bacilar primitivo de otros órganos, en especial del aparato respiratorio, en donde desde un comienzo tomó un curso maligno, llegando en varios de ellos al reblandecimiento y cavernización y dando un brote de diseminación hematógena.

El interés que presentan algunos de estos casos reside en el hecho, que en ellos, el síndrome neurológico ha sido el primer síntoma de alarma que ha hecho consultar al médico y en otros dicho síndrome predominó sobre el resto de la sintomatología tuberculosa.

Para su estudio hemos intentado una clasificación según los signos que predominaron en el curso de su afección:

- 1) Síndrome de tumor cerebral.
- 2) Síndrome hemipléjico.
- 3) Síndrome neurálgico.
- 4) Parálisis periférica.

SÍNDROME DE TUMOR CEREBRAL

(Hipertensión craneana).

Nombre: B. M. M. — Historia clínica N.º 152/42. Edad: 8 años. Ingreso: 28-VIII-1942. Fallece: 1.º-VIII-1943.

Antecedentes familiares. — Padre tuberculoso desde 1928, Madre tuberculosa en tratamiento desde hace 2 años, Once hijos. Uno muerto de meningitis tuberculosa. Una hermana de 3 años de edad, tuberculosa, actualmente en el Hospital Luis Calvo Mackenna. Cinco hijos muertos en la primera infancia.

Antecedentes personales. — Varicela en 1941. Sarampión en junio de 1942 (2 meses antes de su ingreso al hospital). En 1941 fué atropellado por una carretela, y hubo que amputársele la pierna izquierda.

Enfermedad actual. — Desde el sarampión queda con tos, anorexia y enflaquecimiento progresivo. En el policlinico del Hospital Roberto del Río se practica una reacción de Mantoux que resulta intensamente positiva. Una radioscopia de tórax del 29 de agosto demuestra una sombra de infiltración pulmonar en la mitad inferior del campo pulmonar izquierdo. En el Servicio de Tisiología del Hospital Luis Calvo Mackenna se comprueba posteriormente dicha infiltración y, además, una pequeña sombra negativa correspondiente a una caverna, por lo que se intenta un neumotórax que fracasa por adherencias pleurales, en vista de lo cual se recurre a la frenoparálisis, que da buen resultado, con borramiento de la caverna a rayos.

En este enfermo llamaba la atención que desde noviembre de 1942, o sea, más o menos tres meses después de su ingreso al hospital, presentaba molestias consistentes en "cefaleas frontales intensas" acompañadas de "vómitos fáciles y biliosos", crisis que se repetían en un principio más o menos cada quince días, durante 3 meses y que fueron intensificándose y haciéndose cada vez más frecuentes, hasta que en marzo de 1943 se presentaban cada dos y tres días. Frente a estos signos que en un principio no nos llamaron tanto la atención por presentarse tan alejados y de corta duración, dando la impresión más bien de un cuadro digestivo y que se intensificaron posteriormente en frecuencia e intensidad y analizándolos: "crisis de cefalea, vómitos fáciles que duraban 10 a 12 horas, gran decaimiento y anorexia durante estas crisis", se pensó en un síndrome de hipertensión craneana.

Un fondo de ojo efectuado por el especialista Dr. Verdaguer, dice textualmente en su informe: Enorme edema de la papila (papila de éstasis). La papila se presenta ensanchada varias veces su diámetro normal, prominente. Estasis venoso marcadísimo, hemorragias en la superficie papilar. Motilidad ocular: no hay limitación. Nistagmus en resorte con la mirada a la derecha. Pupilas de tamaño y forma normal, reaccionan flojamente a la luz.

Con este informe que evidenciaba claramente el síndrome de hipertensión craneana, se pide un examen neurológico que reveló algunos signos de interés:

- 1) Paresia facial central derecha.
- 2) Nistagmus central bilateral.
- 3) Gran disminución audición lado derecho.
- 4) Gran hipotonía muscular lado derecho y adiadocinesia.

Una radiografía de cráneo informa: separación de las suturas y su diagnóstico es de cráneo de hipertensión.

Con esto se estableció el diagnóstico de tuberculoma encefálico, probablemente cerebeloso.

Fue enviado al Servicio de Neurocirugía en marzo de 1943, en donde se corrobora el diagnóstico y no se interviene por primera vez por el estado del enfermo.

Vuelto nuevamente al Servicio, el niño continúa con sus crisis de hipertensión craneana, empeora su estado general y poco a poco aparece amaurosis bilateral. En junio se envía nuevamente al Servicio de Neurocirugía, en donde se practica una descompresión craneana, abriéndose dos pequeñas ventanas en la región occipital, operación paliativa que alivió poco al enfermo.

Un mes después fallece a raíz de desarrollarse un cuadro meníngeo con rigidez dolorosa de la nuca, signos de Koernig y Brudcinsky positivos, fontanelas quirúrgicas a gran tensión y posterior estado de coma.

Diagnóstico anatómico-patológico. — Tuberculosis pulmonar. Complejo primario del pulmón izquierdo. Caseificación de los ganglios hilares, paratraqueales y de la bifurcación, zona cavitaria de la parte más alta del lóbulo inferior izquierdo rodeada de focos productivos con tendencia a la fibrosis. Diseminación de tubérculos miliares del lóbulo superior izquierdo y vértice derecho. Pleuritis adhesiva bilateral: escasos tubérculos miliares del hígado; piodonefritis derecha con escasos tubérculos miliares de las corticales de ambos riñones; pequeño nódulo central caseoso del bazo. Leptomeningitis tuberculosa. Tuberculoma del tamaño de una nuez del lóbulo izquierdo del cerebelo en su extremo posterior.

Resumen. — Se trata de un niño de 8 años, que en agosto de 1942 hace un complejo primario izquierdo, evolucionando en forma maligna, produciéndose su reblandecimiento, dando lugar a una caverna. Posteriormente se produce una diseminación hematógena, como lo demuestran las lesiones tuberculosas de los diferentes órganos a la autopsia, produciéndose una localización tuberculosa, dando por resultado un tuberculoma en el lóbulo izquierdo del cerebelo en su extremo más posterior, el que se manifiesta por un cuadro clínico de hipertensión craneana que es lo que más llamó la atención durante la vida de este enfermo, y algunos signos de localización. A raíz de una intervención paliativa termina con una meningitis tuberculosa de la base, especialmente a

nivel del quiasma óptico, en donde se encontraron tubérculos miliares.

SÍNDROME HEMIPLEGICO

Nombre: V. H. T. P. — Historia clínica N.º 1510/43. Edad: 1 año 5 meses. Ingreso: 9-IX-1943. Fallece: 17-IX-43.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Wassermann positivo en 1940. Negativo en 1943, después de tratamiento específico. Dos hijos. Uno fallecido a raíz de sarampión.

Antecedentes personales. — Nacido de término. Parto eutócico. Peso de nacimiento: 5.500 grs. Lactancia natural hasta los 11 meses. Desde los 11 meses come sopas, purés y carne. Deambulación al año. Comienza a hablar a la misma edad. Dentición a los 6 meses.

Enfermedades anteriores. — Bronquitis asmátiforme a los 3 meses. Dispepsia aguda en abril de 1943. Antecedentes de contagio tuberculoso negativos.

Enfermedad actual. — Ocho días antes de su ingreso al hospital lo notan febril, intranquilo. Llorón y transpira abundantemente. Al tercer día aprecian inmovilidad del miembro superior izquierdo y poco después inmovilidad del miembro inferior de ese mismo lado y desviación de la boca a la derecha, especialmente notoria cuando el niño llora. En estas condiciones ingresa al hospital, en donde se comprueba un niño de aspecto eutrófico, febril (37,8º). El examen de ingreso demostró: dermatografismo rojo intenso. Parálisis flácida total del miembro superior izquierdo. Paresia del miembro inferior del mismo lado. Parálisis facial izquierda. Hiperestesia cutánea. En resumen, una hemiparesia izquierda. Hígado: borde inferior dos centímetros bajo el reborde costal. Bazo se palpa.

El segundo día de estadía en el hospital presenta vómitos; temperatura, 37,8º; persiste la hemiparesia izquierda y aparece por primera vez clonus y reflejo exagerado a izquierda. Signo de Babinsky positivo.

En la tarde presentó crisis convulsivas de regular intensidad al lado izquierdo. Vómitos fáciles, estado soporoso franco, rigidez de la nuca. Babinsky positivo, raya meníngea positiva.

Posteriormente se constata rigidez del lado paralizado (izquierdo). Clonus del pie, reflejo rotuliano vivo a ese lado. La mano izquierda permanece cerrada y el dedo pulgar debajo de los dedos. Anisocoria, pupila izquierda mayor que la derecha.

Estos signos se mantienen con períodos de exacerbación hasta el décimo día de hospitalización. Se acentúan cada vez más las crisis convulsivas y cae finalmente en coma, falleciendo el 17-IX-1943 a las 18.30 horas.

Exámenes de laboratorio. — Líquido céfalo-raquídeo: Primera punción, el tercer día de ingreso. Claro; Albúmina, 0,30; Glucosa, 0,30; Pandy. ++;

N. Appel, +: Cloruros, 6,1. Microscópico: 120 leucocitos por milímetro cúbico. Predominio de linfocitos.

Segunda punción: Cae gota a gota. Aspecto ligeramente turbio: Albúmina, 0,50 x mil; Glucosa, 0,25 gr. x mil. Microscópico: 230 glóbulos rojos por milímetro cúbico; 50 leucocitos por milímetro cúbico. Predominio linfocitos.

Velocidad de sedimentación: 29 milímetros en una hora.

Reacción de Kahn y Kline: Negativas.

Tuberculinas Pirquet: Negativa.

Serie de Mantoux hasta el 1 %: Negativas.

Diagnóstico anátomo-patológico. — Leptomeningitis tuberculosa. Tuberculoma del hemisferio derecho del cerebro, localizado a nivel del núcleo lenticular.

Pulmón: Foco tuberculoso de la parte alta del lóbulo superior izquierdo, con formación de una caverna del tamaño de una almendra rodeada de una zona granulática. (Al corte todo el lóbulo superior se presenta con una siembra granulática, en medio de la cual hay dos nódulos del tamaño de un garbanzo).

Riñones: 50 grs. cada uno, en la corteza de uno de ellos se encuentran dos tubérculos.

Autopsia N.º 107/43.

Detalle. — El cerebro se presenta algo edematoso con circunvoluciones aplanadas. Existe una leptomeningitis tuberculosa de la base que asciende hacia la convexidad, especialmente en la vecindad de la cisura de Rolando. Las cisternas basales contienen abundante exudado y numerosos tubérculos.

Existe un tuberculoma del hemisferio derecho del cerebro que destruye la cabeza del núcleo caudado y aumenta de extensión hacia atrás, interesando la mayor parte del núcleo lenticular y el núcleo anterior del tálamo. Alcanza su mayor extensión en un corte que pasa inmediatamente por delante de la masa intermedia del tercer ventrículo, donde tiene una forma groseramente triangular, que mide unos 4 cms. por cada lado. En esta región destruye fibras del brazo anterior de la cápsula interna: el brazo anterior y la rodilla están interesados por el edema perilesional, que es bastante intenso. La lesión está constituida por un tejido rojizo de consistencia blanda, con algunos puntos en vías de caseificación. Rechaza al ventrículo lateral derecho hacia arriba y al ventrículo medio hacia la izquierda; la capacidad del sistema ventricular está ligeramente aumentado.

Resumen: Niño de un año cinco meses, con las características de eutrofia que ingresa al hospital por un cuadro de hemiparesia izquierda, cuyos prodromos fueron temperatura alta, intranquilidad, transpiraciones profusas, signos que hicieron pensar a algunos colegas, en un primer momento en una poliomielitis aguda, pero que por los signos de alteración

neurrológicos centrales, hemiplegia espástica, se descartó, e hizo llegar a la conclusión de la existencia de una lesión en la cápsula interna del lado derecho.

En el plazo de 10 días se establece una hemiplegia izquierda franca que progresivamente toma el tipo espasmódico, finalmente apareciendo convulsiones de ese lado y signos francos de meningitis.

Fuera de los signos neurrológicos es interesante hacer notar la curva térmica irregular con alzas térmicas, especialmente en las tardes, no llegando a más de 37,8° y sólo en una ocasión a 39°. Vómitos fáciles, en número de dos, tres y hasta de ocho diarios.

Períodos de estitiquez. — Tuberculinas realizadas en serie hasta el 1 % negativas.

Como lo demuestra la autopsia, este niño presentó un proceso pulmonar primario del pulmón izquierdo, lesión que no se descubrió en vida y que tomó un carácter maligno, evolucionando a la caseificación, dando lugar a una caverna. Hace una diseminación hematógena, estableciéndose un tuberculoma en el hemisferio derecho del cerebro, y finalmente una meningitis tuberculosa, por la cual fallece.

SÍNDROME DE HEMIPLEGIA

(Parálisis facial periférica).

Nombre: A. S. A. — Historia clínica 145/42. Edad: 2 años 2 meses. Ingreso: 12-IX-1942.

Antecedentes familiares. — Padres sanos. De 10 hijos, 5 murieron en la primera infancia; 5 viven y 4 son sanos.

Antecedentes tuberculosos. — Un amigo de la familia con tuberculosis abierta (hemoptisis y desgarró). Convivió con ellos.

Antecedentes personales. — Parto de término, eutócico. Alimentación natural, 6 meses, después alimentación artificial en buena forma. Desarrollo satisfactorio; a los 15 meses pesaba 15 kgrs.

Enfermedad actual. — Niña que hasta la edad de 1 año y medio gozaba de muy buen estado nutritivo, sin antecedentes morbosos de importancia. A esa edad se practica un Pirquet que resulta positivo (en la Gona de Leche Asunción). En el Hospital Atriatán encuentran una sombra pulmonar derecha. Permanece en su casa, en donde va decayendo y empeorando paulatinamente, hasta que recurre al Policlínico del Hospital Luis Calvo Mackenna, por un cuadro de hepatitis y con un peso de 9.400 kgrs.

En el hospital se comprueba una niña en muy mal estado nutritivo, con una ictericia que pasa en el plazo de 16 días. Temperatura alta hasta 40° en

las tardes (en agujas), signos de una condensación pulmonar, sub macidez 2/3 inferior del pulmón derecho, con broncofonia, sopro y abundantes crépitos en la misma zona.

La radiografía y radioscopía pulmonar revelan una sombra triangular densa en el seno cardiodiafragmático derecho y una adenopatía bilateral).

El cuadro clínico pulmonar de esta enfermedad tiene gran interés, porque en su comienzo y por sus signos semiológicos, temperatura en agujas, leucocitosis con 81 % de segmentados, se presenta al diagnóstico la duda entre un absceso pulmonar y una tuberculosis úlcero caseosa. La evolución clínica demostró después este último origen.

Evolución. — La afección pulmonar en comienzo tan ruidosa, se fué paulatinamente apagando, tanto sus signos clínicos como radiológicos, la temperatura descendió en lisis, pero siempre fué subfebril, presentándose como complicación importante una otitis supurada derecha, que dió lugar a una parálisis facial, a un absceso retroauricular, que pudo intervenir y que acompañó a la enferma durante 6 meses.

Al cabo de 8 meses y estando la niña más o menos en buen estado general y sin haber presentado anteriormente signo alguno que hiciera sospechar en una lesión cerebral, el día 4 de mayo amanece muy decaída, quejumbrosa. Al examen físico sólo se aprecian los signos pulmonares sin variación y abundante secreción purulenta del oído y fístula retroauricular derecha. Hígado a 2 traveses bajo el reborde costal. El resto del examen es negativo. Continúa así durante 6 días, rechazando toda alimentación, presentando vómitos fáciles diarios y períodos de estitiquez. El 10 de mayo del 43 se aprecia por primera vez una hemiparesia total derecha. Reflejos conservados. Movimientos muy disminuídos a los miembros derechos. Al mismo lado, Babinsky, esbozado; Kernig y Brudzinsky, negativos. Temperatura, 38°.

Dicha hemiparesia fué acentuándose progresivamente, comprobándose al día siguiente, reflejos rotuliano derecho exagerado y clonus positivo en ese lado.

Al tercer día hay franca hemiparálisis total derecha (con parálisis facial total de ese lado).

El cuarto día se comprueba, además, signos meníngeos francos Kernig y Brudzinsky positivos rigidez de la nuca. Embotamiento del sensorio.

Posteriormente (5.º día) aparecen convulsiones generalizadas y ambos miembros del lado paralizado se encuentran en contractura, alternando con convulsiones clónicas. Estrabismo divergente.

Ese día cae en cama, respiración Scheyne Stockes y fallece a las 19 horas.

Diagnóstico anátomo-patológico. — Tuberculosis pulmonar del lóbulo inferior derecho de tipo crónico cirrótico con atelectasia parcial (caverna lóbulo inferior derecho). Adherencia firme de la base pulmonar al diafragma y parte baja de la región central; adherencias del borde interno al pericardio y columna dorsal.

Pulmón derecho con dos lóbulos. Uno que otro tubérculo del lóbulo superior derecho y del pulmón izquierdo.

Gran caseificación de los ganglios mediastinales. Meningitis tuberculosa. Exudado purulento de la convexidad cerebral (y base cubriendo quiasma óptico). Tuberculoma de la base del cerebro (inmediatamente por encima del quiasma óptico, en la sustancia cerebral, un tuberculoma del tamaño de una avellana). Hígado: tubérculos miliares del parénquima. Ulceración tuberculosa en el intestino delgado y grueso.

Otitis media supurada derecha. Osteitis del peñasco y mastoide.

Resumen. — Niña de 2 años 2 meses que ingresa al Hospital con un proceso pulmonar tuberculoso primario derecho, que va a la ulceración y evoluciona posteriormente en forma crónica cirrótica.

Durante su evolución hace una poussé de diseminación hematogena con localización en el oído derecho con caries del peñasco, dando lugar a una parálisis facial periférica y localizándose un tuberculoma en la base del cerebro, como lo demostró la autopsia. Tuberculoma que durante su desarrollo (llegó al tamaño de una avellana) no dió lugar a signos neurológico alguno. Finalmente, al cabo de 8 meses de evolución, se desencadena una meningitis tuberculosa de la convexidad cerebral, dando lugar a una hemiplegia cortical (hemiparesia derecha al principio, hemiplegia franca, después seguida de contracturas y convulsiones de ese lado) y posteriormente signos francos meníngicos Körnig y Brudzinsky, rigidez de la nuca, convulsiones, estrabismo convergente. Este cuadro terminó con la paciente en el plazo de 5 días.

SINDROME NEURALGICO

(Parálisis facial periférica)

Nombre: M. S. — Edad: 3½ años. Historia clínica: 118/42. Ingreso: 26-VII-42.

Antecedentes hereditarios. — Padres sanos. Antecedentes lúeticos se ignoran. Cinco hijos, 3 vivos, 2 muertos primera infancia. Antecedentes tuberculoso. No hay antecedentes de contagio tuberculoso intrafamiliar.

Antecedentes personales. — Niña de 3 años 6 meses, nacida de término, parto eutócico. Peso de nacimiento, 3.150 kgrs. Seno exclusivo, 5 meses. Después alimentación artificial. Durante un tiempo atendida por el Seguro Obrero.

Enfermedades anteriores. — Sarampión a los 2 años y medio (febrero de 1942), de evolución benigna.

Enfermedad actual. — Ingresó en agosto de 1942 por un cuadro de enterocolitis. En el Hospital se comprueba tuberculinas positivas y a rayos una

sombra de infiltración en el hilio y parahilio izquierdo de forma ligeramente triangular, que alcanza hasta la corteza. En el resto de ambos campos pulmonares se observan múltiples y pequeñas sombras que corresponden a una diseminación tuberculosa. Permanece 9 meses en el Hospital, evolucionando con las características de una granulía a frigor, presentando en los tres últimos meses una otitis supurada destructiva tuberculosa con parálisis facial periférica derecha y una tuberculosis faríngea y amigdalina, yendo finalmente progresivamente a la caquexia en el plazo de 20 días.

En esta niña llamó siempre la atención que presentara desde diciembre de 1942, o sea, desde 4 meses de estadia en el Hospital, crisis intensas de hemiterácea izquierda, con mayor dolor a nivel de la órbita. Dichas crisis se repetían con intervalos de 3-4 días. En ocasiones pasaba largos períodos sin dichas molestias, las que volvían a presentarse con mayor o menor intensidad. Jamás presentó otro signo neurálgico alguno. El examen del fondo de ojo efectuado el 22 de abril de 1943, 4 días antes de su fallecimiento, fué normal.

Diagnóstico anátomo-patológico. — Tuberculosis generalizada. Diseminación del tipo acinoso de ambos pulmones, presencia del complejo primario del pulmón izquierdo, caseificación del ganglio del mediastino; ulceraciones tuberculosas base de la lengua y faringe; erosiones tuberculosas de la epiglotis y cuerdas vocales. Nódulos caseosos múltiples del hígado; tubérculos miliares de bazo y riñones; cistitis ulcerosa. Enteritis tuberculosa extensa, desde el duodeno hasta el recto inclusive. Ganglios mesenteriales caseificados. Osteitis tuberculosa del oído medio (gran parte del peñasco).

Informe de cerebro (cortes efectuados paralelamente de delante a atrás).

Tuberculomas múltiples.

Lado derecho: 1) uno en la primera frontal, y 2) otro en la orbitaria externa.

Lado izquierdo: 3) uno en la segunda frontal, estos tuberculomas se pierden al centímetro de profundidad.

Lado derecho: 4) circunvolución olfatoria externa, se agranda hacia atrás e interesa parte del núcleo caudado. Sistema ventricular desviado hacia la izquierda, especialmente el tercer ventrículo.

Parte media del cerebro.

Lado derecho: 5) segundo temporal derecho; 6) circunvolución callosa temporal derecha.

Lado izquierdo: 7) destruye el núcleo anterior del tálamo en lado izquierdo, rechazando hacia afuera la cápsula interna; 8) otro en la cisura de Silvio.

Lado izquierdo: 9) uno en pleno centro oval; 10) en la cisura callosa marginal izquierda; 11) en el lóbulo cuadrilátero, por detrás de la cisura de Rolando (éstos interrumpen las irradiaciones corticales en la zona motora).

Lado derecho: 12) uno en la corteza interna del lóbulo parietal.

Lado izquierdo: 13) uno en la segunda parietal en su parte media.

Lado derecho: 14) uno occipital detrás de la cisura calcarina.

Lado izquierdo: 15) cara externa del lóbulo occipital.

Cerebelo: uno en el hemisferio cerebeloso derecho.

Resumen. — Niña de 3½ años, que hace un complejo primario, una granulía pulmonar, seguida de diseminación generalizada, como lo demuestran las múltiples localizaciones viscerales a la autopsia, presentando 16 tuberculomas encefálicos, que durante su desarrollo (más o menos 6 meses) no dieran signos de localización neurológica, manifestándose únicamente por crisis de cefalea, hemicraneana izquierda, sin alteración al fondo de ojo.

Consecuencia de una otitis crónica tuberculosa presenta una parálisis facial periférica.

SINDROMES PERIFERICOS

Para no alargar esta presentación, voy solamente a mencionar algunos casos de niños tuberculosos que han presentado parálisis facial de tipo periférico como consecuencia de una localización hematógena tuberculosa en el oído medio y peñasco.

De éstos tenemos este año 6 casos, todos menores de 3 años, que presentan una tuberculosis primaria de evolución maligna con diseminación hematógena.

De estos casos, 4 han fallecido, comprobándose a la autopsia una tuberculosis primaria grave, diseminada con procesos de osteitis destructiva del peñasco.

En un caso, la destrucción fué tan intensa, que llegó a producir una ruptura vascular, produciendo una otorragia aguda que provoca la muerte en pocos minutos (caso de I. L., se presenta la pieza).

De los otros tres casos, dos de ellos están actualmente en el servicio y presentan una tuberculosis grave diseminada.

Hemos tenido sólo un caso en que a pesar de presentar una tuberculosis grave con granulía a frigori y una osteitis destructiva del oído, cura tanto su lesión pulmonar y ótica con eliminación de los huesillos del oído y un secuestro, quedando sólo como secuela su parálisis facial periférica irreductible.

Conclusión. — Se presentan 5 casos con localizaciones tuberculosas de los centros nerviosos, de los cuales 4 presentan síndromes neurálgicos. En uno, síndrome de tumor cerebral, con algunos signos de localización en el cerebelo.

En otro, signos de una hemiplegia, por lo cual consulta al médico.

Un tercero, sólo síntomas neurálgicos.

Un cuarto caso de una hemiplegia central, producida por placas de meningitis. En este caso, el tuberculoma no dió ningún signo, lo mismo que otros dos casos, en los cuales fueron un hallazgo de autopsia.

Llama la atención al analizar estos casos varios hechos.

1) Todos se presentaron en niños menores de 3 años, con excepción de uno de 8 años.

2) Estas localizaciones cerebrales fueron esecundarias a procesos primarios pulmonares graves desde su comienzo (Ptisis primaria), seguida de diseminación hematógica.

3) La evolución de todos estos casos ha sido fatal.

4) Según nuestra observación, las localizaciones cerebrales, aun cuando son múltiples, en algunos casos no dan signos que permitan hacer su diagnóstico preciso en vida.

5) La mayoría de estos tuberculomas encefálicos terminan con una leptomeningitis tuberculosa.