

Servicio de Neurología y Psiquiatría.
Hospital Roberto del Río.

CASOS CLINICOS DE TUBERCULOMAS ENCEFALICOS DE EVOLUCION FAVORABLE

Por el Dr. FERNANDO SANHUEZA

Es una cosa corrientemente aceptada que los tuberculomas de localización encefálica tienen un pronóstico fatal, en el 100 % de los casos. Sin embargo, algunos investigadores se han levantado contra esta afirmación axiomática; permítasenos mencionar a Wilson, Holt y Howland, Ibrahim, entre otros. Wallgren, en su Tratado de la Tuberculosis Infantil expresa que el tuberculoma tiene una tendencia a curar mucho mayor que una meningitis bacilar difusa tuberculosa; considera las meningitis curadas como irritaciones meníngeas localizadas, producidas por un tuberculoma.

Nosotros, en el Servicio de Neurología y Psiquiatría del Hospital Roberto del Río, hemos tenido oportunidad de observar algunos casos de favorable evolución y creemos de interés presentarlos y comentarlos en esta sociedad.

PRIMER CASO. — Obs. N° 337. — Hernán S.

Niño de 10 años de edad, entre cuyos antecedentes de familia figura un padre alcohólico y una hermana con un lupus. Consulta porque desde hace un mes sufre de cefaleas intensas, especialmente en las mañanas. Ha disminuido su agudeza visual, hasta el punto que anda a tropezones. Igualmente, ha disminuido su agudeza auditiva. Al examen sólo se comprueba una mirada vaga, una marcha insegura, una tendencia a mantener inmóvil la cabeza y una ligera asinerxia en las cuatro extremidades. Un examen de líquido cefalorraquídeo

da 0.90 gr. por mil de albúmina; reacción de globulina positiva intensa, 0.72 gr. por mil de glucosa y 6 leucocitos y 2 hematíes por cc. El examen pupilar revela midriasis sin reacción pupilar y palidez de las pupilas. ¿Atrofia? Una reacción de Mantoux al 1×10.000 es positiva. Una radioscopia pulmonar revela un complejo primario tuberculoso en evolución. El resto de los exámenes, incluso la audición, es normal. Se piensa en un tumor del cerebelo y se hospitaliza. Se toman radiografías del cráneo, que muestran signos de hipertensión (radiografía N° 1). Al examen físico se comprueba adiadococinesia, dismetría y asinergia en las cuatro extremidades, más acentuadas en el lado izquierdo. La marcha es más insegura que en el primer examen. Las cefaleas desaparecen a los pocos días de estar hospitalizado. Permanece 12 días en la sala. Una segunda radioscopia pulmonar muestra el mismo aspecto que la anterior y se da de alta con indicación de reposo y alimentación adecuada, y de control en la policlínica. Durante dos meses se hace control a domicilio por medio de la enfermera sanitaria. El niño mejora su estado general, a pesar de las malas condiciones higiénicas en que vive: guarda relativo reposo y tiene buen apetito. Tiene periodos de cefaleas y vómitos. Controlado en la policlínica dos meses después de haber sido dado de alta, se comprueba que su sintomatología no ha variado, salvo en que la disminución de visión es más intensa. Un examen ocular muestra atrofia papilar bilateral. El control radioscópico no muestra variación de su lesión pulmonar. De resultados de esta consulta y de las periódicas visitas de la enfermera, el ambiente mejora mucho, como asimismo la alimentación. Poco a poco se aprecia una mejoría de su sintomatología. Cuatro meses después de la última consulta sólo hay una ligera dismetría de la extremidad izquierda, casi imperceptible. El niño goza de buen estado nutricional, juega con sus amigos y hasta dice ver mejor. Dos meses después sufre un traumatismo craneano con pérdida relativamente prolongada del conocimiento, que sólo deja cefaleas por algunos días y se recupera totalmente. Un examen prolijo de los ojos revela que no hay atrofia, sino edema papilar, que va mejorando. Un año y cuatro meses después de su primera consulta, el niño está muy bien; la única dificultad que experimenta es cierta disminución de la visión; tiene que echar la cabeza hacia atrás para ver bien. Hace vida normal y hasta trabaja. Pasan tres años sin noticias del niño, pues se cambian de domicilio y no volvieron al servicio. En julio de 1945 se logra ubicarlo nuevamente. Está muy bien. Trabaja de encuadernador en una imprenta y no tiene más molestias que las de la visión. Concorre al Servicio. Está muy desarrollado. Hay también cierta fijeza en la posición de la cabeza. Se practica un examen ocular, que muestra reacciones papilares débiles a la convergencia y acomodación; normales a la luz; discreta palidez papilar bitemporal. Una radiografía pulmonar está negativa. Radiografías lateral y occipital del cráneo muestran calcificaciones en la región occipital. (Radiografía N° 2).

En resumen, un niño con marcados síntomas focales de lesión cerebelar y una tuberculosis pulmonar, que consulta a los 10 años de edad y que ahora,

a los 16, presenta síntomas residuales focales y calcificaciones en la región afectada. Ha sanado su tuberculosis pulmonar y está en espléndido estado general.

SEGUNDO CASO. — Obs. N° 830. — Rosa P.

Niña de 8 años y sin antecedentes de importancia. Un año antes de consultar comenzó a sufrir de intensas cefaleas, que se presentaban alrededor de una vez al mes. No tenía vómitos. Estas crisis comienzan a hacerse muy frecuentes, casi diarias, dos meses antes de su primera consulta al Servicio. Las cefaleas se presentan tanto de día como de noche y son acompañadas de vómitos. El punto más doloroso es el lado derecho de la región frontal. Consulta en diciembre de 1941 y se comprueba Mantoux al 1 x 10,000 positivo; una radiografía pulmonar revela una adenopatía hilar y una sombra nodular. La sedimentación es de 17 mms. en una hora. Un examen ocular muestra un edema papilar bilateral intenso; en el ojo derecho hay, además, una gran hemorragia peripapilar. Visión: 5/5 en ambos ojos. La radiografía del cráneo da hipertensión (Radiografía N° 3). El estado nutritivo es más o menos satisfactorio; hay una hipotonía del facial inferior izquierdo y una sensibilidad disminuida al dolor, en todo el cuerpo. No se puede poner de manifiesto ningún reflejo tendinoso. Los reflejos abdominales cutáneos son más marcados en el lado derecho que en el izquierdo. La niña se queja de ver doble, cuando le duele la cabeza. Se piensa en un tumor cerebral y se hospitaliza. Permanece en la sala, durante un mes y medio, lapso en el cual presenta crisis de cefaleas, vómitos y también convulsiones limitadas al lado derecho del cuerpo, en dos ocasiones. Los reflejos tienden a desaparecer y se presenta rigidez de la nuca. Un examen de L. C. R. da 0.20 gr. de albúmina y reacciones de globulinas apenas indicadas. 0.5 leucocitos por mm³. Los sucesivos exámenes de fondo de ojo van indicando una paulatina mejoría del edema papilar. La hemorragia peripapilar en el ojo derecho ha disminuido mucho. Una radioscopia del tórax muestra lesión pulmonar tuberculosa en evolución. El resto de los exámenes son negativos. Se da de alta con la indicación de continuar el régimen de reposo y sobrealimentación. En el mes siguiente tuvo en dos ocasiones crisis de cefalea y un ataque convulsivo limitado a la cara y brazo derecho.

La niña va mejorando, según revelan los controles domiciliarios. Va a la escuela y, según la profesora, tanto su aplicación como su conducta son satisfactorias. Un examen practicado tres años después del alta, sólo revela reflejos tendinosos algo débiles. Buen estado nutritivo. Se piden radiografías de control del cráneo y son negativas (Radiografía N° 4). Un año después la niña sigue bien.

En resumen, una niña de 8 años que presenta marcados síntomas de hipertensión intra craneana y síntomas focales escasos y una tuberculosis pulmonar en evolución. Ahora que tiene 12½ años, está normal y en buen estado general.

TERCER CASO. — Obs. N° 1619. — Carmen U.

Niña de tres años y medio, sin antecedentes de importancia. Cinco semanas antes de su primera consulta comienza con cefaleas, especialmente nocturnas, cambio del carácter en el sentido de una irascibilidad, anorexia, constipación. Al comienzo vómitos y arcadas. Consulta en agosto de 1943 y se comprueba Mantoux al 1 x 10,000 positivo, una radioscopia que muestra una primo infección tuberculosa en evolución y un examen de fondo de ojo que revela un edema papilar constituido bilateral, cierto grado de ataxia y dismetría de los miembros del lado derecho y reflejos tricipital y rotulianos derechos algo mayores que a la izquierda. La radiografía del cráneo es negativa. Se piensa en un tumor del cerebelo y se hospitaliza. Un examen de L. C. R. da 0.50 gr. de albúmina, globulinas positivas y 4.8 leucocitos por mm.³. La sedimentación es de 22 mms. La radioscopia pulmonar y el examen de fondo de ojos no muestran variación. Después de dos semanas se da de alta con la indicación de guardar estricto reposo en cama, alimentación adecuada y calcio-coloidal con vitamina D. Las indicaciones son cumplidas estrictamente. El estado general mejora paulatinamente.

La sintomatología neurológica muestra una acentuada dismetría en la extremidad superior derecha y menos marcada en la inferior; tendencia a la inclinación lateral de la cabeza a la izquierda y dificultad para inclinarla a la derecha. Tres meses después de su primera consulta, el examen ocular revela edema papilar en regresión. En esa época, la radioscopia pulmonar revela una adenopatía hilar derecha. La sedimentación es de 10 mms. Se insiste en continuar el tratamiento. Un mes y medio después, el edema papilar ha desaparecido totalmente. Los síntomas neurológicos van atenuándose paulatinamente. Cuatro meses más tarde tiene varicela y coqueluche, que evolucionan sin complicaciones. Un mes después la radioscopia pulmonar es negativa. Se mantiene aún un mes en cama y se comienza luego a levantarla poco a poco. La sintomatología neurológica ha ido disminuyendo. Sólo hay una leve dismetría en la extremidad superior derecha. Se hacen radiografías del cráneo que son negativas. La mejoría clínica se hace más evidente. Poco a poco la niña comienza a hacer vida normal. Usa la mano derecha con cierta torpeza. Un examen de fondo de ojo practicado en mayo de 1946 muestra papilas ligeramente pálidas y de bordes borrosos (parcialmente). Radiografías frontal y lateral del cráneo tomadas últimamente, muestran calcificaciones en el sitio de la lesión (Radiografía N° 5).

En suma, una niña de tres y medio años con una tuberculosis pulmonar y con síntomas de hipertensión intracraneana y focales de lesión cerebelosa, que cura y sólo quedan síntomas residuales discretos a los dos años nueve meses de evolución, y calcificación en la región afectada.

CUARTO CASO. — Obs. N° 1686. — Jorge G.

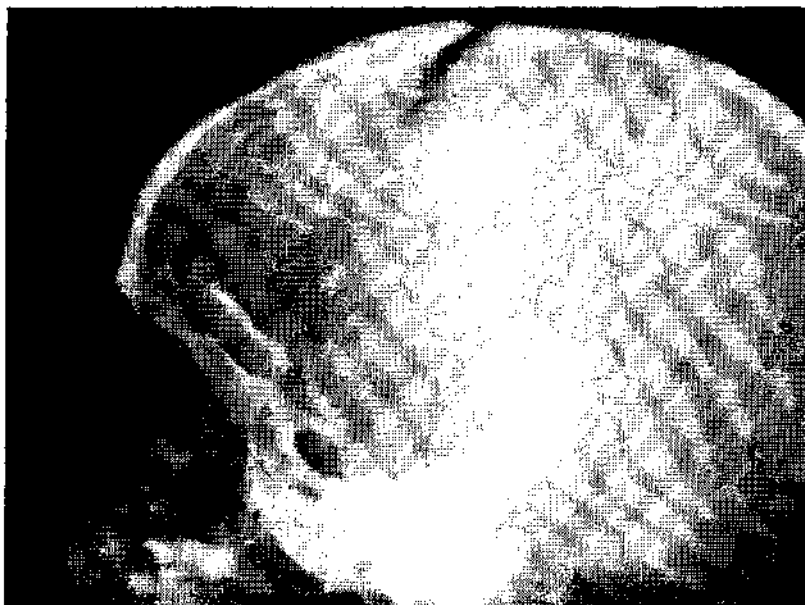
Niño de seis años de edad, sin antecedentes de importancia. Un mes antes de consultar a nuestro Servicio, comienza a quejarse de intensas cefaleas, acompañadas de vómitos, que se presentaban tanto de día como de noche. También acusaba crisis dolorosas localizadas en hombros y brazos. Además, fiebre, inapetencia; gran decaimiento. Se le hizo una reacción de Mantoux al 1 x 1.000, que resultó positiva y una radioscopia pulmonar que da adenopatía hilar bilateral, y una sedimentación de 56 mms. Un examen de fondo de ojo dió edema papilar bilateral. Además, había estrabismo funcional. Se practicó una punción lumbar, que dió 0.80 gr. de albúmina, globulinas intensamente positivas y 3,2 leucocitos por mm.³. Radiografía del cráneo muy positiva en cuanto a hipertensión (Radiografía N° 6). Comprobamos un niño hipotrófico con inteligencia normal. Llamaba la atención cierto grado de fijeza en la cabeza. Resto del examen negativo. Se diagnosticó tumor cerebeloso y fué hospitalizado. Permanece 38 días en observación. Como tratamiento se dejó reposo absoluto en cama, alimentación adecuada y calcio coloidal con vitamina D. Durante los primeros días tuvo cefaleas y uno que otro vómito. Se quejó de dolores a los ojos cuando miraba libros o revistas. En pocos días cesó toda molestia. Continuó con la fijeza de la cabeza tanto en el reposo como en la marcha o en distintos movimientos que se le ordenaban. Fué posible comprobar un reflejo aquiliano izquierdo, mayor que el derecho; también una ligera inseguridad a la prueba del dedo a la nariz con ambas manos; también la falta de algunos movimientos asociados (no dobla la rodilla al echar la cabeza hacia atrás). Un control de fondo de ojo reveló el mismo aspecto anterior. Se da de alta con indicación de reposo absoluto y con sobrealimentación. Como pertenece a una familia de inquilinos de Catemu, no puede controlarse en forma continuada en policlínica. Desde el alta no han vuelto al servicio, pero se han tenido noticias postales. La última carta remitida un año después del alta, indica que el niño está muy bien.

En suma, un niño de seis años, con tuberculosis de los ganglios del hilio pulmonar y claros síntomas de hipertensión intracraneana y de localización cerebelosa. Al cabo de un año nos informan que el niño está muy bien.

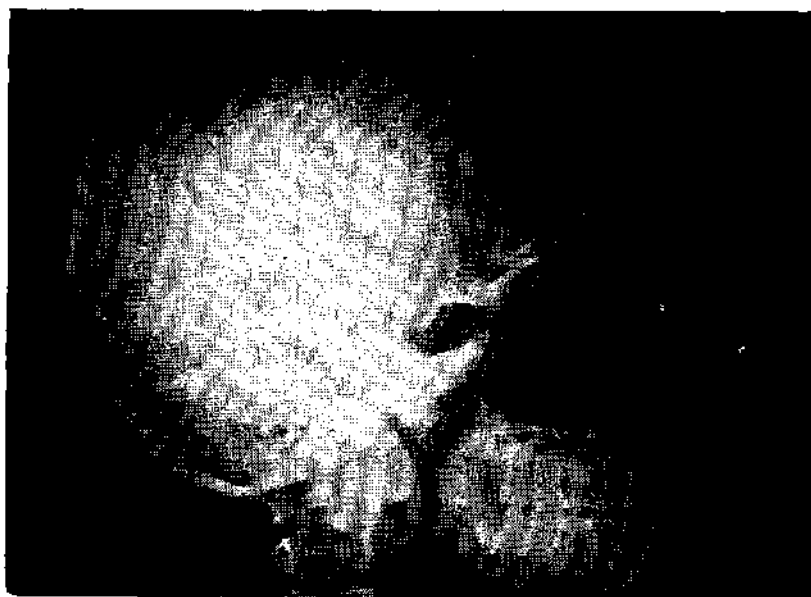
Los cuatro casos que acabamos de presentar nos parecen bastante claros. Presentaremos a continuación otro cuya interpretación es discutible.

QUINTO CASO. — Obs. N° 575. — Teresa Z.

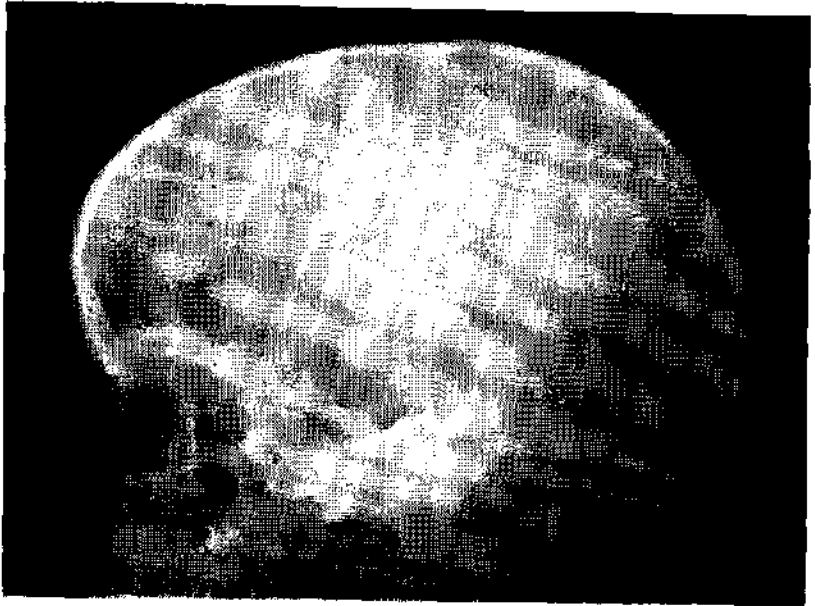
Niña de 6 años de edad, cuyos antecedentes de familia se ignoran. Los antecedentes personales son sin importancia. La enfermedad que la trae a consultar se inicia en abril de 1941. Los síntomas consistían en dificultad de movimientos de las extremidades izquierdas, acompañada de dolores que se presentaban en las mañanas y que le impedían andar. Al examen se comprueba un buen estado nutritivo, psiquis normal y hemiplegia espástica izquierda, que compromete la cara y presenta todos los síntomas de compromiso pi-



RADIOGRAFIA Nº 1.



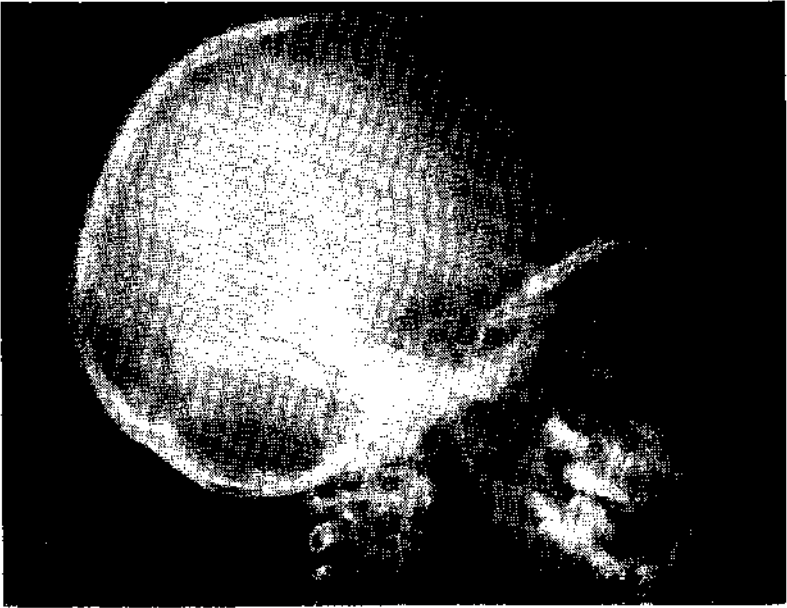
RADIOGRAFIA Nº 2.



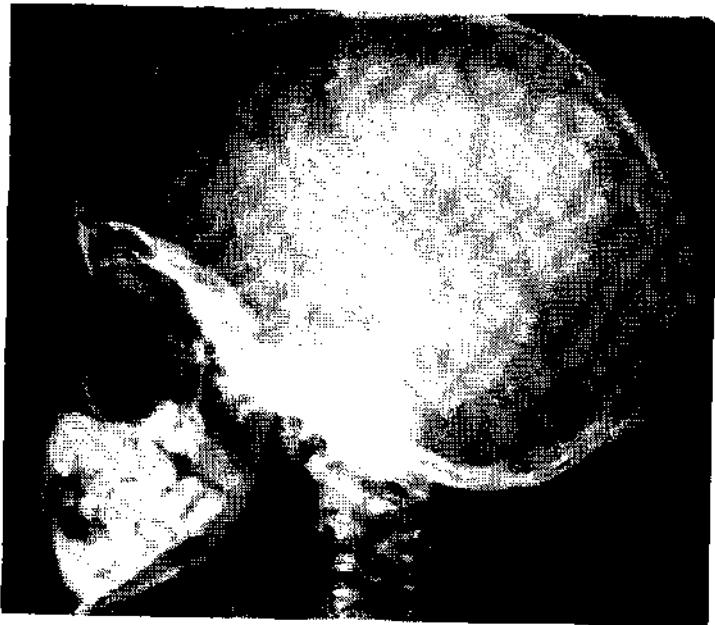
RADIOGRAFIA N° 3.



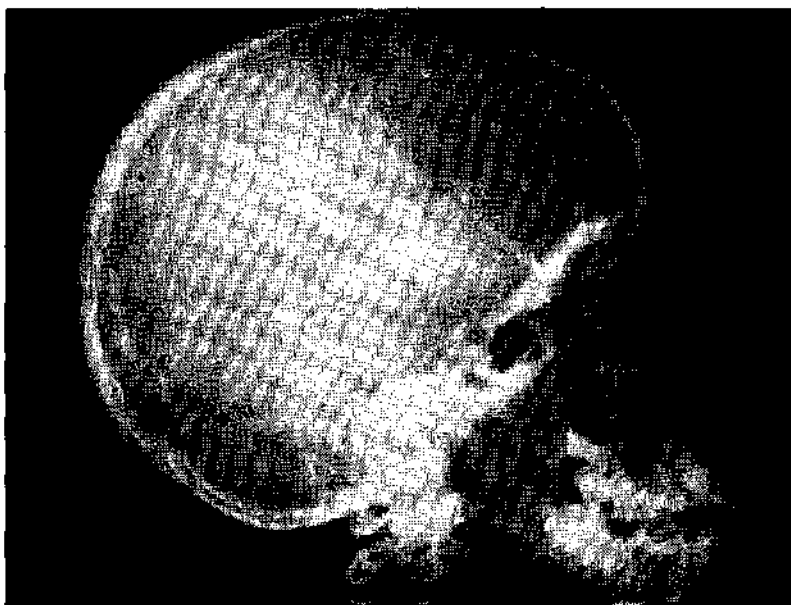
RADIOGRAFIA N° 4.



RADIOGRAFIA N° 5.



RADIOGRAFIA N° 6.



RADIOGRAFIA N° 7.

ramidal. A ratos tiene movimientos atetosiformes en la mano izquierda, la que está en impotencia funcional. Reacciones pupilares flojas, sobre todo a la izquierda. Papilas ligeramente pálidas. Se piensa en un tumor cerebral y se hospitaliza. Una reacción de Mantoux al 1 x 1,000 resulta intensamente positiva. Una punción lumbar da salida a líquido transparente e incoloro, que tiene 0.70 gr. de albúmina, reacciones de globulinas positivas, y 1 leucocito por mm.³. Una radioscopia pulmonar resulta negativa. Las radiografías del cráneo y el examen de fondo de ojo son también negativos. La falta de signos de hipertensión intracraneana hace dudar del diagnóstico primitivo y se piensa que podría tratarse de secuelas de encefalitis. Se da de alta para seguir estudiando la evolución en la policlínica. Dos meses y medio después, la sintomatología ha disminuido ligeramente. Un nuevo examen de fondo de ojo resulta negativo y uno de L. C. R. da 0.40 de albúmina, globulinas positivas y 6 leucocitos por mm.³. Pasan 4 años sin tener noticias de la niña. En noviembre de 1945 consulta nuevamente. Al examen comprobamos una hemiplegia espástica izquierda, con atrofia muscular, sobre todo notable en los segmentos distales; hay acortamiento de unos 3 cms. en el miembro inferior izquierdo. Se hospitaliza nuevamente. El fondo de ojo está normal, con reacciones pupilares algo flojas. Mantoux positivo y radioscopia de tórax negativa. Se toman radiografías de cráneo que muestran calcificaciones situadas a la derecha de la línea media, aproximadamente 2 a 3 cms. por encima de la base del cráneo (Radiografía N° 7). En posición lateral estas imágenes se sitúan a nivel del tercio medio. Seis meses después se hacen nuevas radiografías, que no muestran variación respecto a las anteriores. El estado general es satisfactorio.

En resumen, una chica de 6 años con reacción de tuberculina positiva, sin lesiones tuberculosas en actividad y en la que se instaló progresivamente una hemiplegia espástica sin síntomas de hipertensión, pero en la que aparecen calcificaciones en el probable sitio de la localización encefálica, y que se ha estabilizado en 5 años de evolución.

Comentario.

En todos estos casos, excepto en el último, hemos tenido que comprobar los tres hechos fundamentales siguientes:

- 1º Que había un cuadro de hipertensión intracraneana;
- 2º Que éste era originario por una neoformación intracraneana;
- 3º Que este tumor era de naturaleza tuberculosa.

El que había un cuadro de hipertensión intracraneana de mayor o menor intensidad, es evidente en los cuatro primeros casos por la sintomatología clínica correspondiente: crisis de cefaleas, crisis de vómitos, edema papilar, signos ra-

diológicos, disociación albúmino-citológica (en todos los casos en que se hizo punción).

El que esto es producido por un tumor, es también, a nuestro parecer, evidente, por la sintomatología clínica de hipertensión con signos focales de localización neurológica; por la evolución del cuadro y, además, por la eliminación de otras causas productoras de hipertensión intracraneana. Estas otras causas son raras en el niño, y algunas de ellas, como las derivadas de afecciones renales, fácilmente eliminables clínicamente. Algunos obstáculos a la circulación del L. C. R. de naturaleza no tumoral, son francamente excepcionales. Las encefalitis suelen confundirse, pero, en general, su iniciación, sintomatología y evolución es distinta; entre los casos aquí presentados, sólo en el último podría tal vez considerársela.

La naturaleza tuberculosa del tumor también nos parece cierta por los siguientes hechos:

A) En todos los casos se trata de niños con reacción de tuberculina intensamente positiva: en tres de ellos hay tuberculosis pulmonar en evolución y en uno tuberculosis ganglionar en actividad.

B) Está demostrado que entre nuestros niños la gran mayoría de los tumores intracraneanos son tuberculomas. Olea encuentra un 85 % en la revisión de 3,593 autopsias del Hospital Roberto del Río, desde 1928 hasta 1935. En 35 casos clínicos de tumores intracraneanos diagnosticados en el Servicio de Neurología desde 1939 a 1945, se puede apreciar el porcentaje de tuberculomas en un 66 %.

C) Dentro del escaso número de tumores intracraneanos del niño, que no son tuberculomas, los más frecuentes son los gliomas de curso maligno y rápido, lo que en estos casos ha quedado descartado por la evolución misma:

D) La aparición de calcificaciones en algunos de estos casos, que si bien no son en manera alguna patognomónicas, son frecuentes en los procesos tuberculosos.

E) Un paralelismo entre la mejoría de la lesión pulmonar y el quietamiento de la sintomatología del tumor.

Si bien es cierto que un niño con reacciones tuberculínicas positivas puede tener un tumor de naturaleza no tuberculosa, como se ha presentado uno que otro en el material de nuestro servicio, esto es menos probable en un niño con lesiones tuberculosas pulmonares en evolución; y si aun así

consideramos que algunos de los casos aquí presentados prueban una excepción en el sentido de no tener un tumor no tuberculoso, no harían excepción los demás, según toda lógica.

Naturalmente que la única certificación segura de que se trata de tuberculomas curados, sería la que después de pasados muchos años falleciera uno de estos niños por causas ajenas y se le hiciera una autopsia. Mientras tanto, por lo menos en los casos Nos. 1 y 2, en que han transcurrido entre cuatro y medio y cinco años, tenemos derecho a decir que han evolucionado favorablemente y que es lo más probable que esta mejoría se mantenga en el futuro.

Un último punto: ¿se debe esta mejoría a la evolución benigna de la infección tuberculosa que padecían estos niños, o a la acción del tratamiento médico? Sin negar que esto último pueda influir favorablemente, es lo más importante la benignidad de la infección tuberculosa o la gran resistencia a la tuberculosis del organismo de estos niños, lo que viene a ser lo mismo.

Las líneas generales de tratamiento no han sido sino las establecidas para las tuberculosis en general: reposo absoluto —e insistimos en esto como lo más fundamental—, levantamiento del estado general por la alimentación adecuada, y suministro de vitaminas A, D, calcio y abstención de todo lo que signifique un latigazo para el foco tuberculoso: esto es válido tanto para el pulmón como para el encéfalo.

Si consideramos que en nuestro servicio se han atendido hasta la fecha 27 tuberculomas intercraneanos y que 4 de ellos han curado (no tomamos en cuenta nuestro quinto caso aquí presentado), resulta que el porcentaje que ha evolucionado favorablemente es de más o menos 15 %. Así, nos es dado concluir que los tuberculomas intercraneanos del niño no sólo pueden evolucionar favorablemente en casos excepcionales, sino en una proporción que, aunque pequeña, nos permite no ser pesimistas en el 100 % de los casos.