

Hospital Luis Calvo Mackenna.
Cátedra de Pediatría.
Prof. Aníbal Ariztía.
Sección Neurología.

TUBERCULOMA MEDULAR EN UN LACTANTE

Caso clínico.

Por el Dr. **MARIANO LATORRE B.**
Asesor neurólogo.

Creí de interés anotar algunos hechos importantes en relación con este caso y que sólo pueden extractarse de la literatura, puesto que nuestras publicaciones no dan cuenta de casos similares.

Su frecuencia puede decirse que es escasa. Schlesinger logró reunir, desde 1918 hasta 1922. 62 casos, a los que se agregan 6 recopilados por Thalbimer, lo que hace un total aproximado de 68 a 70 casos.

En relación con otros tumores, las cifras citadas por Wilson dan una idea aproximada. Así, Anderson constata 5 en 27, y Elsberg, 2 en 85. Ambas series corresponden a tumores medulares comprobados en la intervención o anatomía patológica.

Como lesiones tuberculosas coexistentes, llama la atención la poca frecuencia de la caries vertebral tuberculosa: lo que permite suponer que la infección no se produce por contigüidad, sino por vía linfática o sanguínea, tanto más cuanto es la regla encontrar lesiones viscerales diseminadas de diferente localización y grado de evolución.

Se puede decir que tiene rasgos clínicos propios, puesto que, contrariamente a otras formas de tuberculosis, no tiene preferencia por la edad juvenil. Es así que, de las 59 observaciones recopiladas por Wilson, sólo 7 eran menores de 10 años. Ninguno de ellos menor de 3 años.

El diagnóstico clínico vale la pena considerarlo desde 2 puntos de vista:

Como tumor medular en sí, no difiere absolutamente de sus congéneres y por tanto dará la sintomatología general correspondiente a un tumor de localización medular con sus características de acuerdo con la localización. Etiológicamente sólo se lo puede sospechar ante la evidencia de otras lesiones viscerales tuberculosas con signos de actividad.

El líquido cefalorraquídeo revela, en ocasiones, presencia de Koch; pero en proporción que no permite sacar conclusiones. Anderson, que lo buscó en forma sistemática, lo encontró en uno de 27 casos. El examen revela desde la pleocitosis con linfocitosis hasta el síndrome de disociación albúmino citológica y aun el síndrome de Froin.

CASO CLINICO: Lactante de 6 meses, con 4.650 grs., que ingresa al Servicio de Cirugía el 20 de julio de 1946, con los siguientes antecedentes:

Personales y familiares: Sin importancia.

Enfermedad actual: Cuadro gripal hace un mes, después del cual se produce una paraparesia y luego una paraplegia. Se plantea el diagnóstico de poliomielitis y se indica hospitalización. A su ingreso se comprueban lesiones pulmonares bilaterales de tipo tuberculoso. El examen neurológico reveló: Paraplegia flácida, con hipotonía y posición viciosa de ambas extremidades (semiflexión y rotación externa).

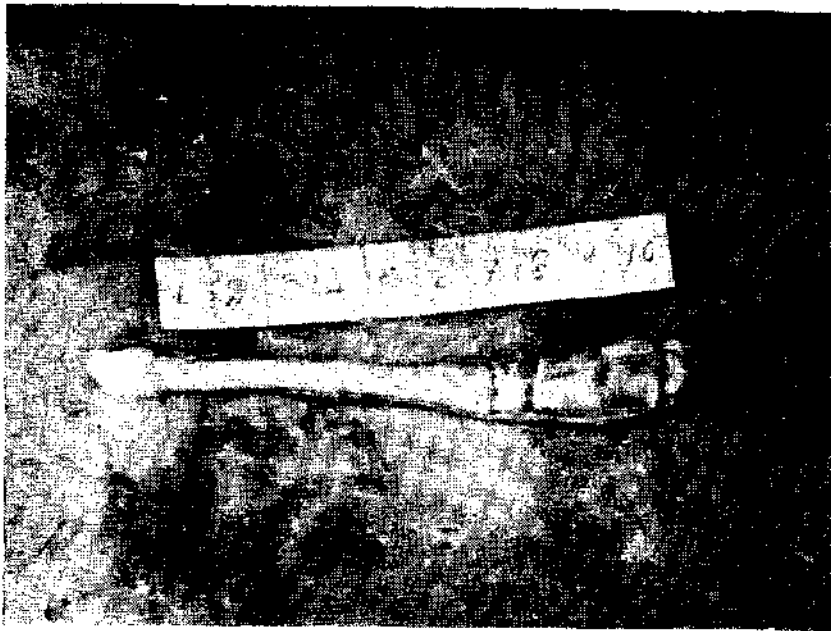
Anestesia que alcanza hasta la región umbilical/paresia de los abdominales, revelada por gran eventración bilateral. Reflejos tendinosos ausentes en ambas extremidades inferiores. Relajación de los esfínteres. El examen sensitivo hubo de ser grosero, por cuanto la edad del enfermo (16 meses) no permitió una exploración más cuidadosa.

Esto permitió concluir que se trataba de una lesión medular, cuyo límite era difícil de precisar por lo incompleto del examen, pero que podía calcularse entre la séptima dorsal y la primera lumbar. Su etiología era también oscura: pero en presencia de lesiones tuberculosas tan groseras, nuestro diagnóstico fué: Mal de Pott; Aracnoiditis o Tuberculoma. La radiografía de columna no reveló nada especial, como asimismo la pediculometría practicada. Una punción lumbar efectuada a los 3 días de ingreso, da una marcada disociación albúmino citológica con 1.50 gr. por mil de proteínas. Veinte elementos por mm.³ con 100 % de linfocitos y hemorragia del canal medular. Punción ventricular da salida a líquido claro a presión normal y con examen químico citológico negativo.

Por las condiciones físicas y el futuro de este lactante, se planteó la intervención quirúrgica y es así cómo 17 días después de su ingreso se practica por el Dr. Jaeger una laminectomía.

Durante el acto operatorio se verifica que existe circulación de L. C. R. sólo en la parte alta (D7 a L3). Se palpa infiltración de la médula a nivel del engrosamiento lumbar, donde existe congestión superficial con edema verduoso de la cola de caballo. La médula no se incendió, porque, al sospechar

su etiología, había el peligro de precipitar el desenlace con una meningitis. La evolución fué febril. El post operatorio fué salpicado por enfriamientos, vómitos, mala tolerancia alimenticia, inapetencia y caquexia, que se fué acentuando hasta que fallece un mes después de operada.



En su parte pertinente, el informe anátomo-patológico dice:

Encéfalo: Intenso edema meníngeo. Se encuentran varios tuberculomas. Uno en correspondencia de la parte alta de la circunvolución frontal ascendente derecha, otro en el polo temporal derecho, dos en el hemisferio derecho del cerebelo, otro en el opérculo de la frontal ascendente izquierda. El tamaño de todos es uniforme y corresponde al de una cereza.

En la médula espinal, desde las dos últimas raíces dorsales hasta el cono terminal, existe un marcado aumento de volumen uniforme y fusiforme, que mide en su máximo 14 mm. de espesor; su sección revela estar constituido por materia caseosa. Histológicamente se comprueba la necrosis de tipo caseoso, rodeada de un infiltrado celular inflamatorio de tipo tuberculoso.

Bibliografía.

- KINNIER WILSON, S. A. — Neurology. The Williams & Wilkins Company. 1941.
- CURSCHMANN-KRAMER. — Tratado de las enfermedades del sistema nervioso. Editorial Labor. 1932.
- ELSBURG (citado por Wilson). — Tumours of the spinal cord. 1925.
- HUNTER (citado por Wilson). — Brain. Página 25. 1902.