

HEMIPARESIA HOMOLATERAL CON AUSENCIA DE OTROS SINTOMAS DE LOCALIZACION EN MENINGIOMA FRONTO-TEMPORAL IZQUIERDO

J. J. LÓPEZ IBOR y S. OBRADOR ALCALDE.

La localización clínica de los procesos expansivos intracraneales es muchas veces imposible sin acudir a los métodos auxiliares, como la ventriculografía o arteriografía. Además, los signos neurológicos pueden en algunas ocasiones indicar una falsa localización del tumor o proceso expansivo, complicando todavía más el problema.

Como un ejemplo de falsos síntomas de localización y ausencia de otros signos focales de la región afectada, vamos a presentar el resumen de una observación reciente.

M. G. M.—Enferma de treinta y cuatro años. Casada. Natural de Albacete. Internada en el Instituto de Neurocirugía el 23 de noviembre de 1949. Los antecedentes familiares y personales no presentaban interés patológico especial.

Comienza la enfermedad actual hace un año con una pérdida paulatina de fuerza en extremidades izquierdas que fué progresando lentamente y dificultaba la marcha, llegando en ocasiones a caer al suelo. Observaron también un temblor continuo, fino y de leves oscilaciones en pierna y brazo izquierdos. Desde el comienzo de estos síntomas tiene cefaleas intensas, generalizadas, y mareos frecuentes. Un mes después de empezar sus molestias comenzó a notar parestesias en los dedos del pie izquierdo en forma de hormigueos y pequeños pinchazos, que posteriormente se propagaron por toda la pierna y después a la mano y brazo del mismo lado izquierdo. Continuó con esta sintomatología hasta hace dos meses, cuando las cefaleas se hacen mucho más intensas y persistentes y se inicia una pérdida de visión por el ojo izquierdo, que progresa en un mes hasta llegar a una amaurosis de dicho ojo. Entonces comenzó también a notar pérdida de fuerza progresiva en la pierna derecha de tipo similar a la paresia que antes había aparecido en la pierna izquierda. Esta paresia se acompañaba también de sensaciones parestésicas y después apareció una sensación subjetiva de pérdida ligera de fuerza en el brazo y mano derechos. En el último mes se ha presentado una pérdida de vista en el ojo derecho, que va aumentando rápidamente. Frecuentes ruidos de oídos, en el lado izquierdo sobre todo. Nunca ha presentado crisis convulsivas. Ha perdido memoria. En algunas ocasiones dice haber encontrado alguna dificultad para expresarse, confundiendo las palabras.

En la exploración encontramos una enferma bien constituida y con buen estado de nutrición. La memoria para acontecimientos próximos y lejanos está conservada. Puede repetir bien números hasta de cuatro cifras. No se aprecian síntomas afásicos.

En pares craneales se ve un intenso estasis papilar bilateral. En el ojo izquierdo sólo existía una ligera percepción luminosa. En el ojo derecho la visión era de 1/4. Movimientos oculares, bien. No nistagmus. Ligera hipoestesia en el territorio del trigémino izquierdo. Franca paresia facial inferior izquierda, aunque en una exploración apareció la paresia facial inferior del lado derecho que no fué confirmada en otras exploraciones. Resto de pares craneales, bien.

En los miembros existe un síndrome piramidal claro del brazo y pierna izquierdos

con hipertonía, disminución global de fuerza, alteración de movimientos finos con los dedos, exaltación de reflejos, clonus patelar y signos positivos de Hoffmann y Babinski. Aparecía también en los miembros izquierdos un temblor fino de pequeñas oscilaciones. En la pierna derecha existía también cierto grado de hipertonía, y en el brazo derecho estaba algo disminuída la fuerza, tenía un Hoffmann positivo y un temblor. La apreciación de sensibilidades superficiales (tacto y dolor) estaba disminuída en el brazo y pierna izquierdos; el sentido de posición, conservado.

El único dato importante en los análisis habituales de laboratorio era una intensa eosinofilia de 21 por 100. Examen del líquido cefalorraquídeo: Presión, 45 cms. en posición de decúbito lateral; una célula; 20 mgs. por 100 de proteínas; reacciones de

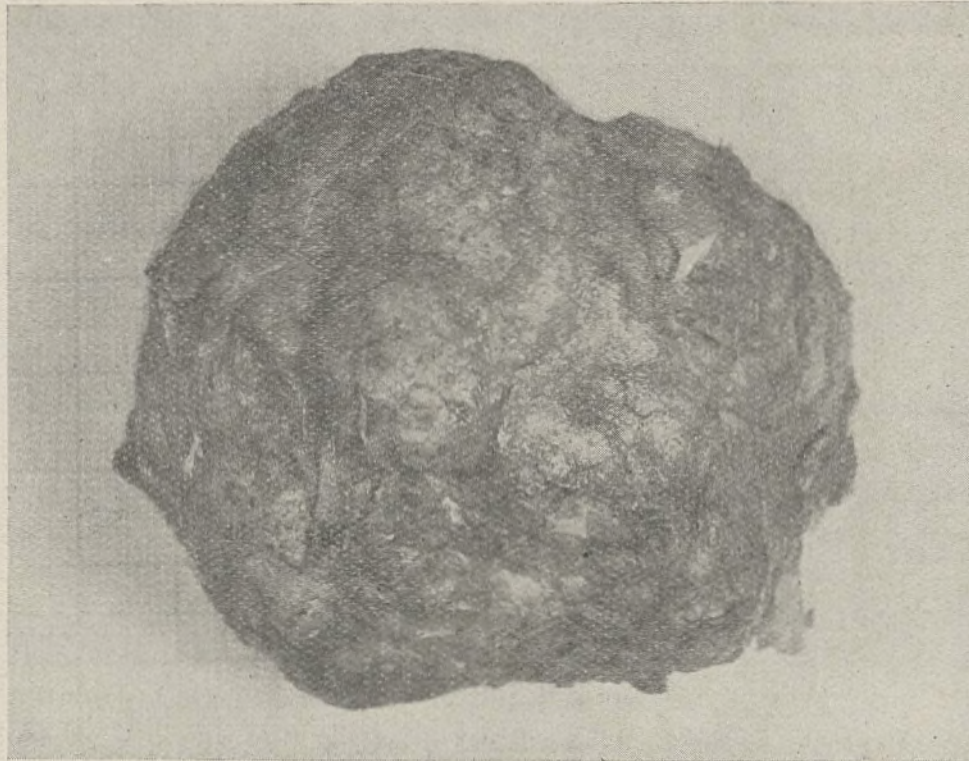


Fig. 1.

globulinas, ligeramente positivas; curva de oro coloidal normal y reacciones de Wassermann, y desviación con antígeno de cisticercos, negativas (doctores ARJONA y ALÉS).

En la radiografía simple se veían signos de hipertensión intracraneales y una silla turca ensanchada y erosionada por el aumento de presión intracraneal. Un electroencefalograma tomado con derivaciones bipolares en ambos hemisferios no demostró alteraciones focales y se veían ritmos alfa bastante dominantes y algo irregulares en todo el cerebro, sobre todo en regiones posteriores.

Al hacer la ventriculografía por vía occipital sólo se encontró el ventrículo derecho y se inyectó aire en dicho lado. Las placas demostraron un gran desplazamiento de la porción anterior del ventrículo derecho hacia el lado derecho y la falta de replección del ventrículo izquierdo. Estos datos indicaban claramente un proceso expansivo del hemisferio izquierdo que obliteraba el agujero de Monro. A continuación, y con anestesia de éter-aire con intubación (doctores ELIO y VELA), se practicó un amplio colgajo fronto-temporal izquierdo. Después de levantar el colgajo se aprecian unas granulaciones y engrosamiento en la dura a nivel del pterion. La arteria meníngea media está muy engrosada. Estos hallazgos indican un meningioma de la región pterional y se comienza a abrir la duramadre circulante alrededor del tumor. Para exponer la porción inferior es necesario ampliar la brecha ósea hacia región temporal con pinza gubia. Se comienza el aislamiento del tumor del tejido cerebral vecino coagulando los vasos superficiales y después se va profundizando hasta lograr la extirpación completa de un enorme meningioma de 130 grs. (fig. 1). En el lecho del

tumor queda una gran cavidad de unos 7 cms. de diámetro, y en cuyo fondo se ven unos vasos gruesos del grupo silviano. Hecha la hemostasia se recubre el defecto de la dura con una plastia de fascis temporal y se extirpa el borde antero-inferior del hueso, que estaba erosionado e invadido por el tumor. La enferma toleró bien la intervención, y en el curso de la misma recibe 1.800 c. c. de sangre y suero en gota a gota.

Desde un punto de vista general, el curso post-operatorio fué bueno, aunque estuvo semi-inconsciente los dos primeros días, reaccionando a los estímulos y con buena presión arterial. El primer día tenía los ojos desviados hacia el lado izquierdo. Existía una paresia intensa del brazo derecho durante los primeros días y una afasia

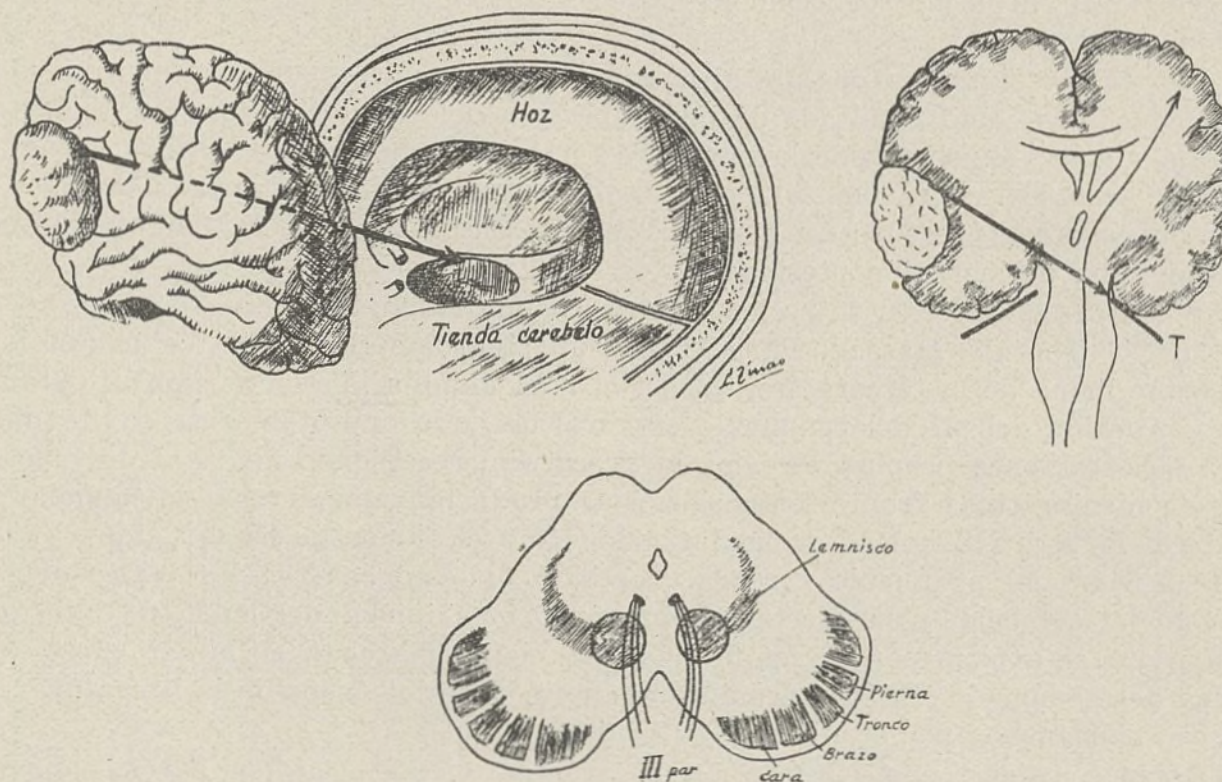


Fig. 2.

muy marcada. El trastorno motor desapareció rápidamente. Los síntomas piramidales del lado izquierdo continuaron todavía durante varios días del curso post-operatorio.

La enferma fué dada de alta del Instituto de Neurocirugía a los quince días de la intervención, y en la exploración de salida encontramos: Persistencia de una afasia con vocabulario y lenguaje espontáneo reducido. Defecto nominal muy marcado. Comprende órdenes sencillas, pero no puede obedecer acciones más complicadas. Perseverancia. Es capaz de escribir su nombre y otras frases sencillas. El estasis papilar está en regresión. Ligera paresia facial inferior derecha. Fuerza y motilidad bien en los dos brazos; dinamómetro: 18 en mano derecha y 14 en la izquierda. Reflejos iguales. Ligera hipertonia en brazo izquierdo y Haffmann positivo en dicho lado. En los miembros inferiores del tono, fuerza y reflejos bien, con ausencia de signos patológicos. No existe trastorno sensorial alguno. Posteriormente, el trastorno afásico sigue regresando con rapidez.

COMENTARIO.

En este caso el comienzo de la sintomatología, motora y sensorial, por las extremidades izquierdas y la existencia de una hemiparesia típica con exaltación de reflejos, clonus y Babinski, junto con los trastornos sensoriales de dicho lado, parecían indicar una clara localización del proceso expansivo en el

hemisferio derecho. No existía afasia, aunque en la historia estaba anotada alguna dificultad ocasional para encontrar las palabras. Los síntomas subjetivos de brazo y pierna derechos habían aparecido tardíamente y se interpretaban como secundarios al aumento de la presión intracraneal. Uniendo los datos clínicos a la intensa eosinofilia en sangre, se podía sospechar un proceso quístico de hemisferio derecho de gran tamaño.

El hallazgo operatorio, previa ventriculografía, del gran meningioma de la región pterional del cráneo y comprimiendo el área fronto-temporal izquierda, es realmente un hecho sorprendente por la ausencia de afasia y la hemiparesia homolateral.

Los falsos síntomas de lateralización en los tumores supratentoriales son bien conocidos como resultado de la compresión del pedúnculo cerebral opuesto al tumor sobre el reborde de la tienda de cerebelo, y justamente en esta Revista (ACTAS LUSO-ESPAÑOLAS DE NEUROLOGÍA Y PSIQUIATRÍA, vol. 7, pág. 183, 1948) uno de nosotros presentó un ejemplo de hemiplejía homolateral en otro gran meningioma de la región pterional.

LEÓN ECTORS ha descrito recientemente en una monografía (*Les meningiomes de la 3^{me} frontale*, Masson, París, 1945) un síndrome clínico de los meningiomas que llama de la tercera frontal, en el cual domina la repercusión a distancia con lesión del pie del pedúnculo cerebral del lado opuesto. Presenta ECTORS tres observaciones propias y revisa la literatura, recogiendo un total de 14 casos de meningiomas fronto-temporales que producían una hemiplejía homolateral. En la figura 2 hemos esquematizado cómo el tumor de esta región ejerce una presión del pedúnculo cerebral del lado opuesto contra el reborde de la tienda del cerebelo, y la afectación mayor o más inicial del miembro inferior ipsilateral se explica porque las fibras de la pierna marchan en la cara más externa del pedúnculo. ECTORS señala que en cinco de los casos de la literatura la paresia comenzaba por el miembro inferior.

Debemos insistir, una vez más, en el carácter inicial de la hemiparesia homolateral en nuestro caso, que indica la importancia y necesidad de fijarnos en este dato clínico. Con justeza dice ECTORS que esta hemiplejía homolateral precoz aparece siempre en lesiones expansivas extracerebrales, como los meningiomas citados, hematomas y quistes. Son, por tanto, estos procesos expansivos extracerebrales (tumores meníngeos, hematomas o quistes) de la región fronto-temporal los que pueden producir una hemiparesia homolateral precoz, y la aparición de este importante síndrome de falsa localización se debe, según ha señalado ECTORS, a que dicha región cerebral se proyecta sobre la hendidura que produce la hoz al separar ambos hemisferios. Como afirma ECTORS, toda presión ejercida sobre la superficie de la región frontal inferior desplaza directamente el tronco cerebral y le comprime sobre el borde libre de la tienda del cerebelo del lado opuesto.

Nuestro propósito al presentar la observación personal de hemiparesia homolateral en un meningioma fronto-temporal ha sido recalcar la interesante posibilidad que un tumor de crecimiento lento pueda iniciar su sintomatología neurológica con falsos signos de localización y explicar este síndrome en relación con la reciente descripción de ECTORS. Las condiciones anatómicas del cráneo facilitan el desplazamiento del tronco cerebral en los procesos extracerebrales de la región fronto-temporal. La ausencia de afasia y de trastornos mentales en nuestro caso, hacía aún más difícil el diagnóstico clínico de localización.