

## CASO CLÍNICO DE MENINGOENCEFALOCELE OPERADO

por el doctor

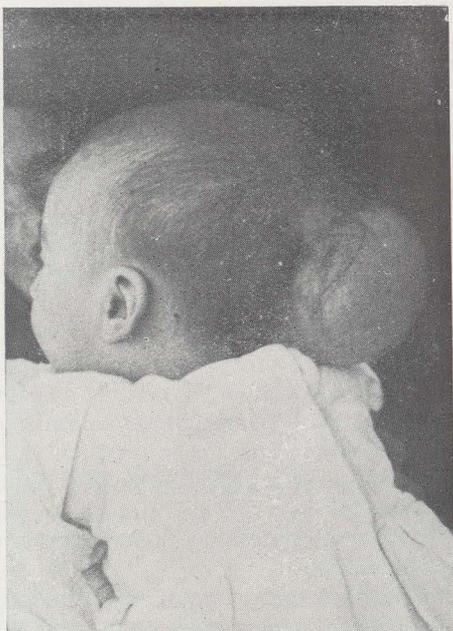
**RAMÓN SAN RICART**

Cirujano del Hospital de Nazareth y de la Casa Provincial de Caridad.

Se trata de un niño que ingresó en el Hospital de Nazareth, en mi servicio de cirugía, el 16 de diciembre de 1924. José Izquierdo Ferrer es su nombre, natural de Amposta (Tortosa), provincia de Tarragona. Tenía seis meses de edad; había sido criado con lactancia materna, sin antecedentes familiares dignos de mención. Padre sano; no había historial patológico por parte de su madre, que estaba sana, ni durante el embarazo. Había tenido cinco partos bien.

Antecedentes del niño: al nacer, presentaba ya una ligera tumoración en la parte posterior de la cabeza, que fué aumentando de volumen a medida que el niño iba creciendo. El estado general era de desnutrición, con hipo frecuente.

Entró en el Hospital para ser operado de una gruesa tumoración (como se puede apreciar en la fotografía núm. 1), situada en la parte posterior de



Fot. núm. 1.

la cabeza. Tumor pediculado del tamaño de una manzana grande, de proporciones como un tercio del volumen de su cabeza, que arrancaba de la región

occipital y colgaba hacia atrás; lo que obligaba al niño a tener inclinada la cabeza en este sentido. La tumoración era blanda, tensa, pero rehitente; no provocaba dolores vivos a la presión, pero sí cierto malestar; cubierta de una piel muy delgada, en ciertos sitios, especialmente en el polo opuesto al del pedículo, que parecía que iba a ulcerarse y a romperse. Estaba rodeada, al contrario, de cabellos largos cerca del pedículo, formando como un collar que contrastaban con el tamaño de los otros cabellos de la cabeza y del mismo tumor.

Fuó diagnosticado de meningoencefalocelo, porque como veremos al comentarlo, por la situación y por la anatomía patológica no podía ser otra cosa. No se trataba de un quiste dermoide, porque éste es irreductible y de consistencia pastosa; no era un angioma ni un mixoma, porque aquél asienta generalmente en la región del cráneo y aumenta de tensión con los gritos y esfuerzos del enfermito.

Como indicación desechamos la punción, y fué aconsejada la extirpación por el tamaño del tumor que era voluminoso, y además, porque la piel presentaba puntos que parecía que iban a ulcerarse, y, por tanto, peligraba la integridad de la misma.

El profesor SUÑER, de Madrid, en su notable obra sobre enfermedades de la infancia, recomienda no operarlos antes del sexto o del octavo mes, porque dice, ha podido observar un caso de regresión espontánea del tumor, que llegó a desaparecer del todo; no obstante, hace la salvedad de que el tratamiento es exclusivamente operatorio al pasar de los ocho meses y antes, siempre y cuando obliguen a ello las condiciones del enfermo, expuestas antes por mí y otras como la aparición de atrofia óptica; además, añadiré yo, que hace una verdadera pena ver a estos enfermitos con la cabeza inclinada hacia atrás por el peso del tumor, sujetos a un suplicio constante.

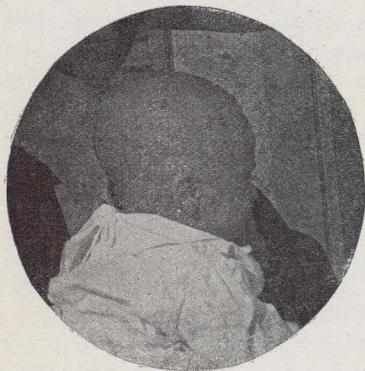
La técnica empleada fué la siguiente: Anestesiado el enfermo con anestesia general mixta éter-clorofórmica, sin incidente alguno, se hicieron dos incisiones en el pedículo del tumor, formando dos colgajos en forma elíptica, disecando la piel hacia la raíz del pedículo, que cada vez tenía más espesor, del tejido celular subcutáneo, de las meninges y de la substancia cerebral que, previa una ligadura con catgut, íbamos apretando para impedir la salida del líquido raquídeo, hasta extirpar toda la masa.

Haciendo un muñón y apretando como si se quisiera invaginar dentro del cráneo y suturando por encima del espesor de las meninges y por encima de éstas los colgajos de la piel.

Durante el acto operatorio hubo un momento, el de la ligadura del pedículo con derrame de líquido céfalo raquídeo en que el enfermo se colapsó ligeramente, pero que se rehizo más tarde con inyecciones de cafeína y aceite alcanforado.

El curso post-operatorio fué durante los dos primeros días de un abatimiento general del enfermo con pulso frecuente, pero sin temperatura, al que sosteníamos con inyecciones tónicas: suero hematópoyético y suero artificial; presentando, a las 30 horas, una trasudación por la herida de un líquido claro que supusimos era un líquido céfalo raquídeo que mojaba el vendaje, pero que cesó a los dos días por completo, observándose un pequeñito trayecto fistuloso por el que salía dicho líquido, que se cerró completamente.

Por lo demás, siguió un curso post-operatorio normal, sacando los puntos de sutura al sexto día, y siendo dado de alta unos días más tarde. Pero el



Fot. núm. 2.

enfermo continuó en el Hospital durante mes y medio para observarlo, por si se presentaban fenómenos de compresión cerebral o bien la aparición de hidrocefalia. No sucedió nada de eso, y el niño se rehizo pronto, mejorando constantemente de aspecto y aumentando de peso rápidamente. Se trasladó el niño a su pueblo de Tortosa, y hemos procurado tener noticias hasta el momento presente, en que se nos ha manifestado que no tenía hidrocefalia, que su desarrollo era normal y las facultades intelectuales completas, y digo esto, porque uno de los peligros a que están expuestos los que escapan de la muerte que, según los autores, es de un 25 a 30 por 100, es el de la hidrocefalia, cosa que no ha sucedido en este caso, y que actualmente podemos dar por completamente curado.

Si tenemos en cuenta la constitución anatómo-patológica de estos tumores, y la manera como se forman, podemos decir que es en un todo semejante a las espinas bífidas de la columna vertebral, carac-

terizados por una suspensión de desarrollo en la formación cráneo cerebral, en un punto de la cubierta membranosa a expensas de la que se forma el cráneo y la duramadre: y en esta suspensión de desarrollo del cráneo se forma un tumor que en muchos casos adquiere un volumen muy considerable en relación con la cabeza, en donde encontramos en proporciones variables las meninges, formadas sólo por la aracnoides y pia-madre, y líquido céfalo-raquídeo en comunicación con los ventrículos cerebrales y sustancia nerviosa desparramada, formando como un fleco a medida que entra a formar parte del tumor.

Antiguamente se creía que la formación del encefalocele era debida a una inflamación circunscrita de las meninges o de la cavidad ventricular en el período fetal, en que, formándose una hidropesía enquistada, sobrevendría una hernia del encéfalo o de las meninges por distensión del líquido, sostenida esta teoría por SPRING, pero hoy está bien demostrado que el encefalocele no es el resultado de una meningo-encefalitis del período fetal, sino una suspensión de desarrollo o vicio de conformación del período embrionario.

Así lo han sostenido y procurado comprobarlo Mc. KEL, CRUVEILHIER, LERICHE, LARGER y KIRMISON, en sus trabajos.

Pues el encéfalo o sus meninges no tienen que salir fuera del cráneo, porque sencillamente ya lo están, faltando, como falta la pared ósea del cráneo y la cubierta dural que ha de taparlos. No es que se haya formado una hernia secundaria; es sencillamente un proceso de ectopia primitiva comparable a la espina bífida vertebral, porque la anátomo patología en relación con los órganos que integran cada región es la misma, así como el mecanismo de formación o patogenia, y, por tanto, no tienen razón los que creen en un proceso flegmático en el período fetal ni tampoco los que creen en la sífilis, porque se daría con mucha más frecuencia de lo que se ve y se comprueba en la práctica.

Con razón CRUVEILHIER pretendió denominarla espina bífida craneal, ya que con este nombre abarcaba todos estos tumores por la semejanza que existía con la espina bífida raquídea.

Así tenemos que el proceso de desarrollo de la parte membranosa del cráneo se verifica con la del raquis a expensas de las láminas proto-vertebrales.

Las expansiones membranosas envuelven por detrás las vesículas cerebrales, como las láminas vertebrales envuelven el tubo medular. Esta pérdida de sustancia craneal representa la hendidura vertebral de la espina bífida.

Estas lesiones, o mejor dicho, suspensiones de desarrollo anatómico, son el hecho principal o esencial, y la formación del tumor es el hecho secundario.

Si tenemos en cuenta, además, como he podido comprobar en este caso, que la sustancia nerviosa del tumor es completamente distinta de lo que parece debería ser, encontrándose mucha variedad en el examen histológico de estos tumores, hace que hoy se tenga un concepto completamente distinto de lo

que se creía antes, o sea de que el contenido nervioso del tumor era una verdadera prolongación del tejido nervioso de la región encefálica de donde procedía, cosa que no sucede, pues no se presenta la estructura exacta sino diferente; a más de que la extirpación de esta masa nerviosa voluminosa en algunos casos (como en el historiado por mí) sería completamente nociva para el operado, que está y goza de la integridad funcional de los órganos que pudieran estar afectados.

Nos hemos de inclinar a creer más a la opinión de BERGER que las considera como verdaderas formaciones neoplásicas, verdaderos *encefalomas*, como los denomina dicho autor.

## RESUME

*L'Auteur expose un caso de meningoencéphalocèle chez un enfant de six mois qui se présentait en forme d'une grosse tumeur, pédiculée, située sur la partie postérieure du crâne et qui avait le volume d'un tiers de la tête. L'Auteur pra-*

*tiqua l'extirpation sans aucun incident. A présent l'enfant est tout à fait guéri et ne présente la moindre hydrocéphalie.*

## SUMMARY

*The author states a case of meningoencephalocèle, a child who on attaining the age of six months presented itself as a thick, pediculated tumor situated in the posterior part of the skull, the size being one third of the head. He removed the growth safely and the child is now quite recovered without showing the slightest hydrocephalia.*

## ZUSAMMENFASSUNG

*Der Verfasser erklärt einen Fall von Meningo-Encephalocèle welcher, als das Kind das Alter von 6 Monaten erreichte, in Gestalt einer grossen pedicularen Beulenbildung am Hinterkopf auftrat; die Grösse betrug ein Drittel des Kopfumfanges. Die Extirpation wurde ohne Zwischenfall vorgenommen und das Kind ist gegenwärtig vollkommen geheilt, ohne die geringste Wassercopf-Erscheinung zu zeigen.*