

La ventriculografía de los tumores benignos del III ventrículo

por los doctores

M. Corachán Llorc

Médico del Hospital Sta. Cruz y San Pablo de Barcelona

y

F. Serra Salsas

Médico del Hospital de Lérida

Los tumores benignos del III ventrículo dan clínicamente síntomas de localización y a veces tienen una sintomatología que los puede hacer confundir con tumores cerebelosos. Según DANDY, el síntoma que tiene cierta importancia es la intermitencia de los ataques de cefalea. Fué WEISENBURG en 1910 que describió este síntoma; se trataba de un enfermo en el que la cefalea y la pérdida de visión aparecían repentinamente, según la postura que adoptaba. Este hecho es debido a la movilidad del tumor dentro de la cavidad ventricular, que provoca oclusiones de un agujero de Monro, de los dos o del acueducto de Silvio y como consecuencia aumentos súbitos de la presión intraventricular, aumento de presión que a su vez provoca nuevos desplazamientos del tumor con desaparición del bloqueo, disminución de la presión intraventricular y cesación o disminución de los síntomas. Las cefaleas se presentan con una regularidad marcada

y DANDY ha podido recoger solamente un caso en cuya historia no existió la cefalea. Los síntomas que con más frecuencia acompañan a los mencionados, son: la diplopia y parálisis extrínsecas de los músculos de los ojos y el edema papilar, Romberg positivo, pérdida del equilibrio, ataxia, trastornos mentales, le siguen en frecuencia a los mencionados. Casi nunca existen trastornos endocrinos o los síntomas que se creían patognomónicos de los tumores del IIIr. ventrículo, poliuria, polidipsia, trastornos endocrinos; raramente existe bradicardia, somnolencia, trastornos térmicos; y con frecuencia existe ligera hemiparesia unilateral y convulsiones clónicas no focales. De esta rápida ojeada sobre los síntomas de estos tumores se desprende la dificultad de su diagnóstico localizador.

DANDY, en su serie de 21 tumores del IIIr. ventrículo, sólo pudo hacer el diagnóstico de localización clínica en un caso.

La ventriculografía es de una ayuda preciosa y nos sirve no sólo para hacer el diagnóstico positivo, sino que evita la confusión con tumores localizados en el cerebelo, lóbulo frontal, de sintomatología clínica a veces semejante: ya que empleando técnica correcta, en las dilataciones ventriculares que producen los tumores de la fosa posterior, siempre se halla la sombra del III ventrículo ensanchada con sus recessos pineales e hipofisarios bien marcados, mientras que en los casos de t. del III ventrículo hallamos imágenes de falta de repleción. El resultado ventriculográfico puede, no obstante, producirnos ciertas dudas; hay muchos casos de tumores del III ventrículo o de su vecindad que dan una imagen negativa, o sea, que el III ventrículo no se llena de aire; por ejemplo, esto es muy frecuente en los craneofaringiomas de evolución superior, en cuyo caso la no comunicación de los ventrículos laterales, comprobable a la punción ventricular, tiene gran valor cuando existe, pues nos demuestra un obstáculo de los agujeros de Monro; pero este hecho puede estar enmascarado por la perforación del septum, tan frecuente, como hace notar DANDY, en todas las hidrocefalias. Fuera de estos casos, los tumores del III ventrículo dan imágenes radiológicas de defecto de repleción de aire. En los situados en la parte posterior (de punto de partida epifisario) vemos que falta toda la parte posterior del III ventrículo con desaparición de los recessus pineales y la parte media con desaparición de la imagen de la comisura gris. En los tumores que se originan en la base, como el nuestro, aparece el aire situado en la parte anterior, con ligera dilatación ventricular e hidrocefalia simétrica, difícil de explicar por un solo factor mecánico. Los tumores que derivan de los plexos y los tumores benignos conocidos a partir de DANDY

con el nombre de *quistes coloides*, dan imágenes ventriculográficas aparentemente contradictorias; a veces no se llena la cavidad ventricular, pues el tumor ocluye los agujeros de Monro, a veces se llena un solo ventrículo lateral y parcialmente el III, y también en muchos casos dan una imagen de diagnóstico preciso con defecto de repleción parcial del III e hidrocefalia simétrica con comunicación interventricular. Nosotros hemos podido estudiar un caso de tumor de la base del III ventrículo, cuyas radiografías son francamente demostrativas de todo lo dicho. He aquí el resumen de su historia clínica y los datos de exploración:

Hospital de la Santa Cruz y de San Pablo

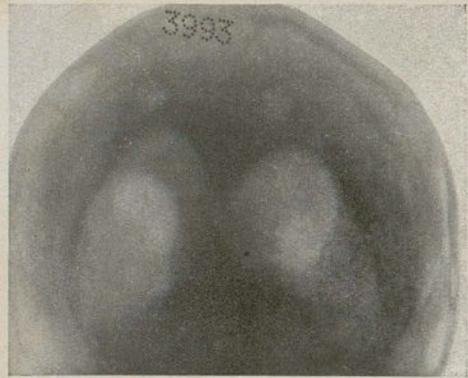
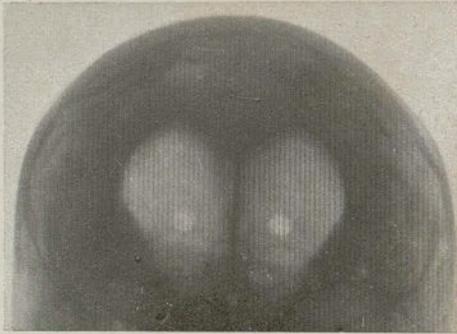
Teresa Pané Beltral, natural de Camarasa, provincia de Lérida, residencia Lérida, profesión cocinera, edad 27 años, estado casada, ingresó el día 10 de agosto del año 1934.

Sala Purísima, núm. 2.

Antecedentes.—Padres viven sanos. Hermanos, 18; han muerto 12; uno a los 27 años, traumatismo, otro a los 14 meses; de los otros ignora la causa.

Menarquia a los 16 años. De pequeña, sarampión. Siempre sana.

Enfermedad actual.—Hace 5 ó 6 años cefalalgias frecuentes que cedían al acostarse. En el mes de marzo del año 1931, trabajando, sintió un dolor de cabeza frontal que duró 24 horas, acompañado de diplopia; al mismo tiempo cesó la regla y persistió la amenorrea 8 meses; la diplopia duró 15 días igual que la cefalea. Le hicieron una punción lumbar que le hizo pasar la diplopia. A los 15 días, de nuevo diplopia y cefalea, con vómitos por la mañana antes de tomar alimento, precedidos de náuseas y mareo; la diplopia se acentúa. Pasada esta época de hipertensión, la enferma se encuentra mejor, la cefalea pasa, no tuvo ninguna convulsión, ni pérdida del conocimiento, ni afasia. Períodos de cefalea intermitente hasta 3 meses, crisis de cefalea muy fuerte, estando acostada,



Figuras 1. - Ventriculografías. Occipito y frontoplaca. Se observa la dilatación ventricular simétrica.



Figura 2. - Posición oblicua. La separación interventricular en la parte media es muy marcada.



Figura 3. Posición lateral izquierda.

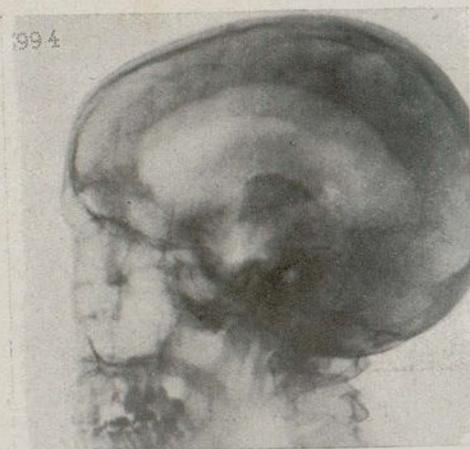


Figura 4. - Posición lateral derecha. Obsérvese la falta de repleción del III ventrículo. Compárese con el esquema de la figura 6 y la pieza patológica.

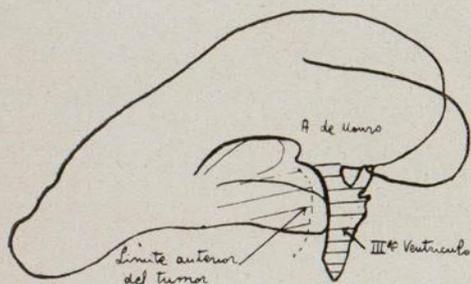


Figura 5

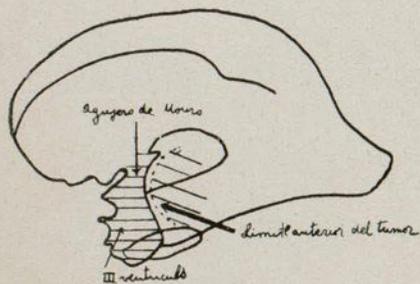


Figura 6



Figura 7. - Pieza patológica. Los límites del tumor coinciden con la imagen ventriculográfica. Obsérvese la gran dilatación ventricular y la destrucción del septum.

durante la madrugada, seguida de vómitos, acompañados de diplopia; estuvo un mes en cama; en su casa probaba de andar y le temblaban las piernas, cayendo al suelo. Hace 4 o 5 días nota un ruido al oído derecho. Hace un mes tiene parestesias en la mitad derecha de la cara. Calambres y parestesias a las piernas y a las dos extremidades superiores.

Exploración.—*Motilidad:* Imposible explorar.

Marcha: Caída en retropulsión. *Fuerza:* Imposible explorar. *Coordinación:* Buena. *Sensibilidad:* normal a los tremodos. *Reflejos:* Babinsky, Gordón y Oppenheim positivos a la derecha; los otros normales.

Trastornos psíquicos muy marcados. Confusión mental. Indiferencia. No tiene moria.

Incontinencia de esfínteres.

Nervios craneales: I, imposible explorar; II, III, IV, VI, rigidez pupilar bilateral. Paresia recto externo. Extasis papilar bilateral. No hay nistagmus; V, hipoestesia córnea derecha; VII, normal; VIII, hipoacusia bilateral; IX, X, XI, XII, normales.

Punción lumbar en decúbito lateral. Presión, 37 al Claude. Compresión yugulares, 57. Examen de líquido, 1,80 gr. albúmina, 2 elementos.

Ventriculografía. Punción ventricular por vía posterior. Presión positiva. Ventriculos grandes que comunican ampliamente entre sí. Extracción de 135 c. c. de líquido e inyección de 130 c. c. de aire. Dilatación ventricular simétrica visible en la fronto placa y occipito placa. En las proyecciones laterales el tercer ventrículo se llena sólo en su parte anterior con un límite preciso que corresponde al borde anterior de un tumor; dilatación de la parte anterior, no se llena el acueducto de Silvio ni el IV ventrículo. En una proyección oblicua se ve una separación acentuada de los ventriculos en su parte media (véanse radios y esquemas). La enferma está comatosa después de la ventriculografía; por el mal estado general decidimos practicar solamente una operación decompresiva después de intentar mejorar la situación con enemas hipertónicos e inyecciones de suero hipertónico.

Operación decompresiva a lo Cushing. La enferma no mejora, y a las 28 horas fallece por parálisis respiratoria.

Autopsia.—Cráneo de paredes extraordinariamente delgadas por la hipertensión. Circunvoluciones cerebrales aplanadas. Hidrocefalia bilateral, destrucción del septum interventricular. Tumor blando, de color rojo vinoso, situado en la base parte posterior del III ventrículo comprimiendo por abajo la protuberancia. Distensión de la parte anterior del III ventrículo.

Examen histológico.—Técnica: Impregnación argéntica (Hortega). Tumor formado por capilares vasculares con proliferación conectiva sin participación neuróglia. Angioma.

Las operaciones decompresivas tienen efectos nulos sobre los tumores del III ventrículo; por esto hoy nos arrepentimos de haber practicado una intervención mínima y no habernos atrevido a practicar una exéresis del tumor siguiendo las indicaciones de DANDY. Nos consuela sólo el pensar que en Europa no se ha extirpado todavía con éxito ningún tumor situado en el interior del III ventrículo.

Para CLOVIS VINCENT la ventriculografía tiene sólo el valor de diagnóstico, ya que "*actualmente no se sabe extirparlos*"; nosotros nos permitiríamos añadir a la frase del ilustre neurocirujano francés "*en Europa*", ya que los cirujanos americanos y principalmente DANDY y MASSON han conseguido extirpar completamente tumores situados en el interior del III ventrículo con supervivencia operatoria y clínica de los enfermos. Esta posibilidad operatoria abre un nuevo horizonte al estudio ventriculográfico, ya que esta exploración será de una ayuda preciosa en la elección de la vía de acceso. Para DANDY, son cuatro las técnicas que podemos utilizar: 1.^a vía posterior a través del esplenio del cuerpo calloso; 2.^a transfrontal con extirpación de una zona de lóbulo frontal, generalmente a la derecha; 3.^a transfrontal con sólo inclusión del córtex; 4.^a Sagital a través del

cuerpo calloso, solamente utilizable para los quistes del V ventrículo.

Si la ventriculografía ha sido hecha correctamente inyectando toda la cantidad de aire necesaria (tenemos la convicción que el daño que pueda producir la ventriculografía no depende de la cantidad de aire inyectado siempre que no esté a hiperpresión), la imagen que obtengamos nos indicará la vía de acceso al tumor; si éste ocupara solamente la parte anterior, haremos un colgajo frontal y llegaremos al III ventrículo por vía transventricular. Si el tumor ocupa la parte posterior, la vía "pineal" será la preferible. Si el tumor produce un bloqueo de los agujeros de Monro y es imposible obtener una imagen del III ventrículo, la vía de acceso es difícil de elegir. Recientemente, DANDY se inclina a usar en estos casos la vía frontal, ya que es mucho menos peligrosa a causa de que esta región operatoria no tiene la vecindad temible de las venas Galeno.

BIBLIOGRAFIA

ALLEN et LOVELL: Tumors of the third Ventricle. *Archives of neurology and psychiatry*. XXVIII, núm. 5, 990 páginas, 1932.

BÉRIEL et BARBIER: Difficultés de diagnostic entre l'encéphalite et les tumeurs de base. A propos d'une tumeur du III ventricule. *Lyon Méd.* CL, núm. 44, 480 páginas, 1932.

DANDY, W.: Bening Tumors in the Third Ventricle of the Brain. London, 1933.

MASSON: Complete removals of two tumors of the third ventricle with recovery. *Archives of Surgery*. Vol. 28, núm. 3, 527 páginas.

VINCENT, C., DAVID, M., PUECH, P.: Sur la ventriculographie. *Revue Neurologique*. Année 1933, 1.031 páginas.

RESUM

Descriu l'autor la ventriculografia en els tumors del III ventricul i la tècnica de la mateixa i exposa un cas observat i intervingut per ell.

RÉSUMÉ

L'auteur décrit la ventriculographie dans les tumeurs du IIIe ventricule, ainsi que la technique de celle-ci, à conséquence d'un cas observé et intervenu par lui.

SUMMARY

The author describes the ventriculography in the tumours of the IIIrd. ventricle and the technics of same in consequence of a case observed and treated by him.