

de ser a veces aconsejable colocar al paciente en posición genupectoral durante un momento.

Pueden efectuarse inyecciones con soluciones de antibióticos en suero fisiológico: se instilan a través de una sonda blanda introducida a lo largo del dren de tira de goma. Si el pus es denso, se le fluidificará con el empleo de estreptoquinasa-estreptodornasa. No es aconsejable el empleo del líquido de Dakin para irrigar el pericardio, pues según BECK² puede causar adherencias pericárdicas densas.

El enfermo deberá hacer ejercicios de inspiración profunda, que favorecen la expulsión de los exudados, y al movilizar los órganos vecinos dificultan la formación de adherencias.

En los casos favorables en que el diagnóstico precoz ha permitido una operación hecha a tiempo, la herida cierra a las cuatro o seis semanas, obteniéndose una curación con sínfisis adhesiva, pero no constrictiva, del saco pericárdico.

RESUMEN.

Los autores presentan un caso de pericarditis aguda séptica aparecida en el curso de una osteomielitis aguda grave. Fué diagnosticada clínicamente, y el diagnóstico confirmado por exploración radiológica, quimográfica, electrocardiográfica y por sondaje cardíaco.

Los autores insisten en la frecuencia del paso de la pericarditis aguda séptica a pericarditis constrictiva, complicación que ocurre de ordinario en los tres primeros meses, a pesar de un tratamiento con antibióticos, siendo de pronóstico ordinariamente fatal.

Para evitar esta grave secuela insisten en la importancia de un diagnóstico precoz y de un tratamiento quirúrgico inmediato, combinado con un tratamiento antibiótico general. Recomiendan la vía epigástrica, pero con resección del VII cartilago costal.

En el caso que presentan se obtuvo la curación sin secuela, según se comprobó por exámenes radiográfico y electrocardiográfico efectuados a los ocho meses de la intervención.

BIBLIOGRAFIA

1. BAILEY, CH. P.—"Surgery of the heart". Lea & Febiger, Ed. Filadelfia, 1955.
2. BECK, C. S.—Arch. Surg., 18, 1.659, 1929.
3. BENHAMOU, E., ALBOU, A. y LAABAN, M. — Arch. Mal. Coeur, 47, 795, 1954.
4. BURWELL, C. S. y BLALOCK, A.—Journ. Am. Med. Ass., 110, 265, 1954.
5. FÉVRE, M. — "Chirurgie infantile d'urgence". Masson et Cie. París, 1933.
6. FREY, E. K. y KUETGENS, G.—"Die Chirurgie des Herzens und der grossen Gefässe". Neue Deutsche Chirurgie, vol. 61. F. Enke, Ed. Stuttgart, 1956.
7. FROMENT, R., ROMAND-MONNIER, J., BRUN, F. y DISSARD, Arch. Mal. Coeur, 5, 488, 1955.
8. LAVALLEE, P. — "Deux observations de pyopneumopéricarde spontané". Tesis. Lyon, 1953-54.
9. LENÈGRE, J., SCHWEISUTH, O. y FLAVIGNY, H.—Bull. Soc. Hôp. París, 363, 1946.
10. MAUVAIS y ARLARD.—Cit. LAVALLEE 8.
11. NIGST, P. F.—Schweitz. Med. Wschr., 42, 996, 1934.
12. OLIVIER, C. y LALOUE, F.—Bull. et Mém. Soc. de Chirurg. París, 42, 58, 1952.
13. REHN, L.—Cit. FREY y KUETGENS 6.
14. SCHIPPLEY.—Cit. FROMENT y cols. 7.

HIDATIDOSIS DE LOCALIZACION ESPLE-NICA

L. LORENTE, V. ARROBA, F. FONTES y M. JIMÉNEZ CASADO.

Clinica de Nuestra Señora de la Concepción.
Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Profesor: C. JIMÉNEZ DÍAZ.

La rareza con que el quiste hidatídico se localiza en el bazo nos mueve a presentar el siguiente caso:

M. G. V., varón de veinticuatro años, de profesión albañil, ingresa en esta Clínica relatando la siguiente historia:

Hace seis años, estando anteriormente bien, comenzó con dolores en hipocondrio izquierdo, que cada vez eran más intensos y persistentes. También tenía molestias gástricas con digestiones pesadas. Desde entonces a la actualidad ha continuado con idénticos síntomas, con épocas de mejoría y empeoramiento, aunque con tendencia a encontrarse cada vez peor. Ultimamente se ha notado un bulto en hipocondrio izquierdo. En ocasiones tuvo un picor muy intenso por todo el cuerpo que pasó rápidamente sin aparecerle ronchas. Tuvo perro desde pequeño hasta hace tres años.

Antecedentes personales y familiares sin interés.

En la exploración encontramos un sujeto bien constituido y nutrido, con buena coloración de piel y mucosas. Circulatorio, respiratorio y sistema nervioso, rigurosamente normales. En abdomen, a la simple inspección, se apreciaba un abultamiento discreto en hipocondrio izquierdo que se desplazaba con los movimientos respiratorios y no había circulación colateral. Por palpación se apreciaba una tumoración en hipocondrio izquierdo que se extendía, hacia la derecha, hasta la línea media, y por abajo, hasta el nivel del ombligo, no dolorosa, de superficie abollonada y de mediana consistencia; se desplazaba bien con los movimientos respiratorios. No se palpaba el hígado en hipocondrio derecho. El resto del abdomen era normal. La palpación de los riñones es negativa. No existen adenopatías en ningún territorio.

Los datos clínicos no proporcionaban indicios seguros sobre el órgano en que asentaba la tumoración: podría tratarse de un bazo, lóbulo izquierdo de hígado, tumoración de colon o incluso de riñón, aunque esto último nos pareció muy probable, ya que se palpaba muy superficial.

Las exploraciones de sangre y orina no nos dieron luz sobre el proceso. Tenía 5.700.000 hematíes con 118 por 100 de hemoglobina y valor globular de 1,04. La velocidad de sedimentación era de 4 mm. de índice. Los leucocitos, 6.100, con solamente 1 eosinófilo. La orina era absolutamente normal.

Orientadas, en primer lugar, las exploraciones complementarias en el sentido de localización, se hizo un estudio radiológico digestivo, viéndose un esófago normal sin que existieran varices; el estómago estaba rechazado hacia la derecha y situado de manera completa al otro lado de la columna vertebral, con rotación de su eje vertical; arco duodenal y yeyuno, también desplazados en idéntica forma. Plenificado el colon con enema opaco, la flexura esplénica del mismo está situada a la altura de las crestas ilíacas por evidente compresión. La cúpula diafragmática izquierda está rechazada hacia arriba, con lo cual se completa el límite superior de una tumoración de gran tamaño que, ocupando el hemiabdomen izquierdo, rechaza todos los ór-

ganos descritos, no existiendo en su interior ninguna opacidad, con lo cual casi se descartaba la posibilidad de un quiste dermoide (fig. 1).



Fig. 1.

La pielografía descendente nos demuestra una buena eliminación por ambos lados con morfología normal de pelvis y cálices; en el lado izquierdo se observa desplazamiento hacia arriba del riñón, con efecto de compresión que distorsiona pelvis y papilas, no existiendo alteración del tamaño del mismo. Inmediatamente por debajo se precisa sombra de densidad media que va desde el polo inferior del riñón, por su borde externo, hasta pared abdominal. El uréter de este lado aparece rechazado hasta columna por la tumoración descrita.

Pensando ya únicamente en la localización esplénica del proceso, puesto que una tumoración del lóbulo izquierdo del hígado no podría producir las alteraciones topográficas del riñón y uréter, se pide una punción esternal, que con su resultado completamente normal, sin verse parásitos ni anomalías celulares, descarta una leucosis aleucémica y un kala-azar. La posibilidad de un bazo cirrótico, aparte de no palparse el hígado, se descartó por las pruebas de función hepáticas, que resultaron totalmente normales; un bazo congestivo no nos parecía por la falta de varices esofágicas, pero acabó de descartarse por la prueba de la esplenotomía adrenalínica de Greppi-Vila, que no hizo variar su tamaño.

Como la palpación ya hemos dicho que informaba sobre la existencia de una superficie abollonada, que nos recordaba a los datos obteni-

dos por la palpación de los quistes hidatídicos hepáticos, se solicitó Cassoni y Weinberg, siendo el primero discretamente positivo a los treinta minutos y dudoso a las veinticuatro horas. El Weinberg con antígeno de membrana, de líquido hidatídico y de cisticercos fué negativo.

Con el diagnóstico, a pesar de ello, de posible quiste hidatídico de bazo, hecho un poco por exclusión, y puesto que la solución del problema habría de ser quirúrgica, se le envía al profesor GONZÁLEZ BUENO, que practica laparatomía trasrectal izquierda, encontrando una gran tumoración que ocupa hipocondrio y vacío izquierdos y se extiende hasta fosa ilíaca sin sobrepasar la línea media. Por punción y aspiración se comprueba la existencia de un quiste hidatídico del bazo. Una vez vaciado se explora de nuevo, observándose la presencia de pequeñas lobulaciones de la superficie esplénica y la indemnidad hepática, procediéndose seguidamente a la esplenectomía.

El estudio anatomopatológico de la pieza de un bazo destruido (fig. 2), en su mayor parte

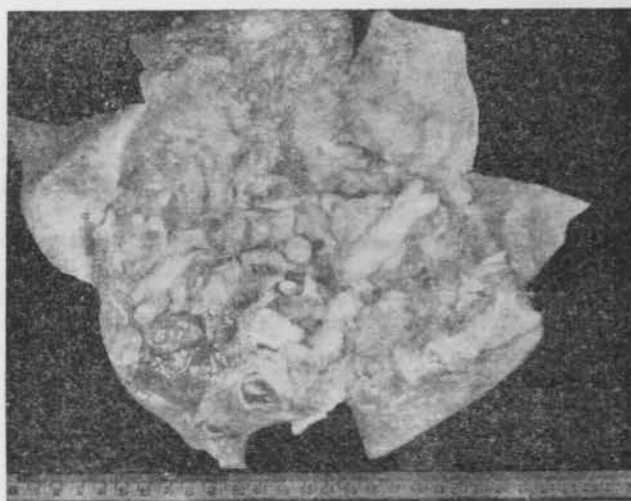


Fig. 2.

por folículos hidatídicos múltiples, uno de ellos de gran tamaño, con cápsula calcárea. Microscópicamente se confirma el diagnóstico de hidatidosis esplénica, limitándose las formaciones por gruesas capas fibrosas.

El curso del enfermo fué normal, siendo dado de alta a los diez días en perfecto estado y libre de molestias.

El único interés de este caso estriba en sumar uno más a las escasas publicaciones de localización hidatídica en el bazo, que según los autores se cifra en un 1 a 5 por 100 entre las restantes localizaciones. Aun en países en que la enfermedad hidatídica es tan frecuente, como en nuestra Patria y Sudamérica, son muy pocos los casos reseñados de situación exclusivamente esplénica. Esta rareza es la que motivó las dudas diagnósticas expuestas; sin embargo, quizá venga a demostrar que en casos similares esta posibilidad no puede ser desechada.