

preciso aumentar la dosis hasta los 200 mg. por día para obtener un resultado eficaz.

RESUMEN.

Sobre 4.245 recién nacidos, los autores han investigado la infección estafilocócica connatal (comprobada por hemocultivo), siendo su frecuencia diferente en años distintos, habiendo disminuído las infecciones enterales, aunque el porcentaje de sepsis ha aumentado y la mortalidad general es menor (de 1,5 por 100 en el primer período a 0,33 por 100 en el segundo). También han comprobado por antibiogramas y experiencia clínica la resistencia a los antibióticos de uso corriente; únicamente la cloromicetina y la eritromicina han sido efectivas a dosis de 50 a 100 mg. por kilo de peso y día.

SUMMARY

In a group of 4.245 newborn babies, the writers investigated connatal staphylococcal infection (verified by means of blood-cultures). Its frequency is different in different years. Enteric infections have decreased even though the percentage of cases of sepsis has increased, and overall mortality is lower (1,5 % in the first period and 0,33 % in the second period). Antibiograms and clinical experience have shown the resistance to standard antibiotics. Only chloramphenicol and erythromycin were effective in doses of from 50 to 100 mgm. per kgm. of body weight daily.

ZUSAMMENFASUNG

Bei 4.245 Neugeborenen untersuchten die Autoren die Staphylokokkeninfektion (bestätigt durch Hämokulturen) wobei jeweilig in den verschiedenen Jahren eine andere Häufigkeit zu beobachten war. Die Darminfektionen weisen eine Verminderung auf, obwohl eine Erhöhung im Prozentsatz der Sepsis zu verzeichnen ist; die allgemeine Sterblichkeit ist niedriger (von 1,5 % im ersten Zeitabschnitt bis 0,33 % im zweiten). Auch wurde mittels Antibiogramme und klinischen Beobachtungen die Resistenz den üblichen Antibiotika gegenüber nachgeprüft und bloss Chloromycetin und Erythromycin erwiesen sich in Dosen von 50 bis 100 mg. pro kg. Körpergewicht und Tag als wirksam.

RÉSUMÉ

Sur 4.245 nouveau-nés, les auteurs ont investigué l'infection staphylococcique congénitale (observée par hémocultif), sa fréquence est différente selon l'année; les infections entérales ont diminué quoique le pourcentage de septicémie ait augmenté et la mortalité générale soit inférieure (de 1,5 % dans la première période à 0,33 % dans la seconde). On a démontré également par antibiogrammes et expérience clinique, la résistance aux antibiotiques d'usage courant; uniquement la chloromycétine et l'érythromycine ont été effectives à des doses de 50 à 100 mg. par kg. de poids et par jour.

NOTAS CLINICAS

OSTIUM PRIMUM PERSISTENTE

A. SÁNCHEZ-CASCOS, A. ESQUIVEL-JIMÉNEZ,
P. DE RÁBAGO-GONZÁLEZ, M. SOKOLOWSKI
y J. R. VARELA DE SEIJAS.

Instituto de Investigaciones Clínicas y Médicas.
Clínica de Nuestra Señora de la Concepción.

INTRODUCCIÓN.

El diagnóstico de la forma más corriente de comunicación interauricular, la persistencia del "ostium secundum", no ofrece en general dificultades, dada la tipicidad del cuadro clínico. Tampoco las presenta el del "ostium primum" si se piensa oportunamente en su posibilidad, lo cual, por su mayor rareza, no siempre ocurre.

Es importante establecer el diagnóstico entre

ambas formas de comunicación interauricular no sólo por acuidad diagnóstica, sino también con vistas a indicar una terapéutica adecuada. En efecto, un "ostium secundum", por su pequeñez relativa y por su situación lejana al tabique aurículoventricular, puede ser hoy día fácilmente reparado, incluso con técnicas cerradas, mientras que un "ostium primum", siempre de gran tamaño y en estrecha relación con el tabique aurículoventricular, exige una intervención a cielo abierto, entrañando además los peligros a que luego aludiremos. Por estas razones nos parece oportuno, con motivo del caso que pasamos a exponer, hacer unas consideraciones sobre el diagnóstico de esta anomalía.

El "ostium primum", descrito por primera vez por PEACOCK en 1846 y perfectamente estudiado por ROKITANSKY en 1875, ha atraído recientemente la atención de múltiples inves-

tigadores¹² y²⁰ y, sobre todo, de ROGERS y EDWARDS¹⁵, de BLOUNT y cols.³, de WAKAI y EDWARDS¹⁹ y de CAMPBELL y MISSEN⁴.

PRESENTACIÓN DEL CASO.

A. N. G., niña de seis años de edad. El embarazo transcurrió normalmente, sin que padeciera la madre durante él rubeola ni ninguna otra enfermedad intercurrente digna de mención. Al año de edad empezó a deformarse el pecho, pero la niña permaneció asintomática los dos primeros años de su vida, al cabo de los cuales presentó una noche un brusco cuadro febril, que fué diagnosticado de amigdalitis, por lo que fué amigdalectomizada tres meses después. Desde entonces viene presentando cianosis de labios al correr o hacer esfuerzos, duerme mal y se despierta a veces con ahogo y palpitaciones, pero nunca ha presentado disnea de esfuerzo ni ortopnea ni se pone en cuclillas a continuación de los esfuerzos. Tiene a veces palpitaciones regulares, de comienzo y fin lentos, desencadenadas por los esfuerzos y que ceden al acostarse.

No presenta más sintomatología digna de mención y los antecedentes personales y familiares no tienen interés.

Exploración física: Niña bien constituida y nutrida, con chapetas en mejillas y buena coloración de mucosas. Ligero salto arterial en el cuello. El hemitórax izquierdo está abombado. La punta cardíaca late en quinto espacio intercostal izquierdo, línea medioclavicular; thrill sistólico en punta y en tercer espacio intercostal izquierdo, cerca del borde esternal.

La auscultación y el fonocardiograma (fig. 1) revelan un soplo sistólico rudo, en "decreciendo" en punta y axila, galope auricular, desdoblamiento del segundo tono en todos los focos, más intenso en el pulmonar, con 0.06-0.07 seg. de separación entre ambos componentes, y un soplo sistólico aórtico de tipo romboideo con tonos conservados.

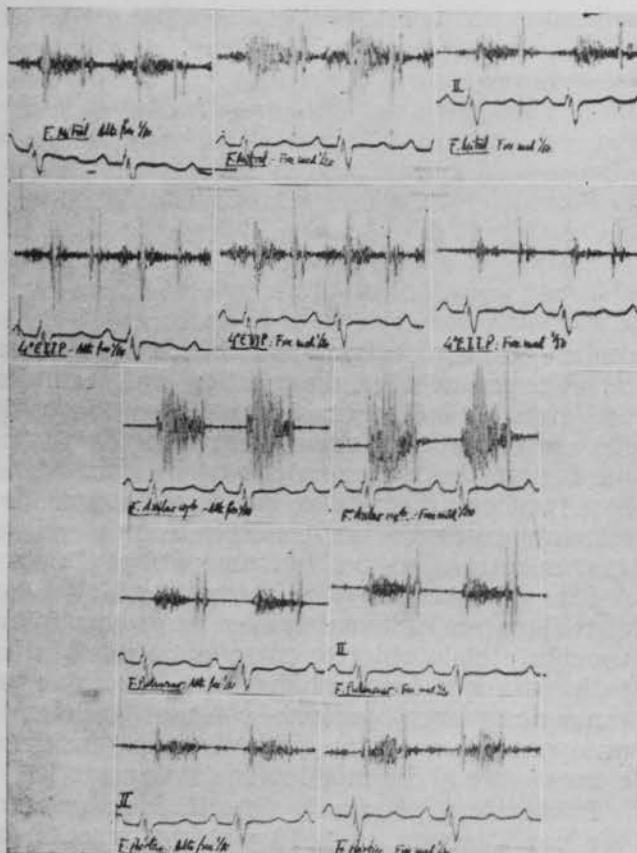


Fig. 1.

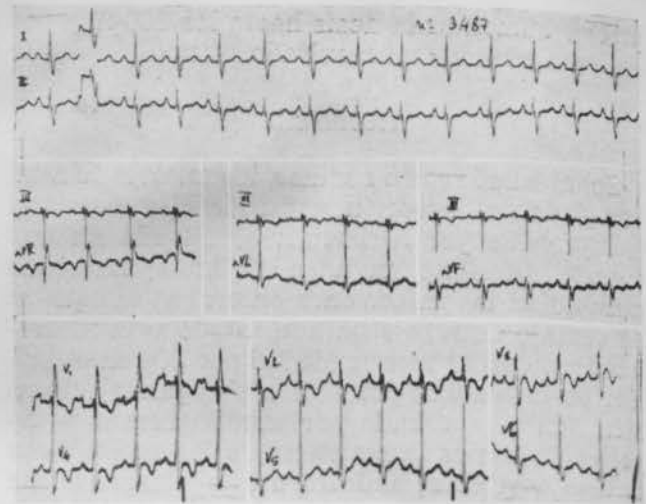


Fig. 2.

El resto de las exploraciones, así como los análisis de sangre y orina practicados, no demostraron datos de interés.

Las pruebas de actividad reumática (glucosamina y proteína C reactiva) fueron negativas.

El electrocardiograma (fig. 2) fué interpretado así: Taquicardia sinusal, posición eléctrica horizontal, con el eje eléctrico desviado a la izquierda (entre -60° y -90°) y rotación en el sentido de las agujas del reloj; posible dilatación de aurícula derecha, bloqueo completo de rama derecha (sobrecarga diastólica del ventrículo derecho), hipertrofia de ventrículo izquierdo.

El examen radioscópico y radiográfico (figs. 3 y 4) mostró estasis pulmonar central y periférico, aumento de las pulsaciones intrínsecas de los vasos del pulmón (danza hiliar) y una dilatación de ambos ventrículos y de la aurícula izquierda que rechazaba la papila esofágica en posición oblicua anterior derecha.

Diagnóstico clínico: La aparición de los síntomas a continuación de una amigdalitis y la auscultación sugerían la existencia de una valvulopatía reumática. No obstante, ante la negatividad de las pruebas de actividad reumática, la cianosis intermitente, la danza hiliar y la deformidad torácica, que empezó ya al año de edad, nos inclinamos por una cardiopatía congénita del grupo de comunicación entre los sistemas arterial y venoso del corazón. El tipo electrocardiográfico de sobrecarga diastólica de ventrículo derecho, las palpitaciones frecuentes y nocturnas y la dilatación electrocardiográfica de aurícula derecha hablaban en favor de una comunicación interauricular, que se interpretó como "ostium primum" por la existencia de soplo sistólico apical, dilatación radiológica de aurícula izquierda e hipertrofia radiológica y electrocardiográfica de ventrículo izquierdo con desviación axil izquierda.

El soplo sistólico aórtico debe ser de carácter funcional, ya que su intensidad es pequeña y los tonos aórticos están perfectamente conservados.

El cateterismo cardíaco (cuadro I) permitió pasar la sonda repetidas veces desde aurícula derecha hasta ventrículo izquierdo, a través de aurícula izquierda, en una posición muy baja en la silueta cardíaca para corresponder a una comunicación interauricular por persistencia del "ostium secundum" (fig. 5). Nunca, al retirar la sonda desde ventrículo izquierdo hasta vena cava superior, con registro tensional continuo, se pasó por ventrículo derecho. Se objetivó un cortocircuito arteriovenoso a nivel auricular de aproximadamente el 70 por 100 del flujo pulmonar total. Existe muy ligera hipertensión pulmonar y diastólica de ventrículo derecho. La posición baja de la sonda al atravesar el tabique interauricular y la cuantía del cortocircuito arteriovenoso confirman el diagnóstico de "ostium primum" persistente.

CUADRO I
DATOS DEL CATETERISMO CARDIACO

Situación de la sonda	Saturación por 100	PRESIONES (mm. Hg.)		
		Sistólica	Diastólica	Media
V. C. S.	63	15	6	
A. D.	88	11	7	
V. D.	88	33	8	
A. P.	87	33	13	18
A. P. D.	87	31	15	17
C. P. V.	—	16	4	8
A. Br.	96	99	61	77
A. I. ?	92	13	5	
V. I.	95	97	15	

Capacidad de oxigenación sanguínea, 19,1 vol. por 100. Diferencia arteriovenosa, 6,1 vol. por 100.

Cortocircuito arteriovenoso, 73 por 100 del flujo pulmonar.

V. C. S., es vena cava superior; A. D., aurícula derecha; V. D., ventrículo derecho; A. P., tronco de arteria pulmonar; A. P. D., arteria pulmonar derecha; C. P. V., capilar pulmonar venoso; A. Br., arteria braquial; A. I., aurícula izquierda; V. I., ventrículo izquierdo.

DISCUSIÓN.

El tipo más común de comunicación interauricular es el producido por la persistencia del "ostium secundum" de BORN¹⁸. Se trata en estos casos de un defecto septal único o múltiple, de localización alta en el septo, en el lugar donde normalmente existe la "fossa ovalis". Un tipo menor de "ostium secundum" es la llamada persistencia del "foramen ovale", que no podemos considerar como anomalía, puesto que se encuentra en un 20 a 25 por 100 de adultos normales⁸ y¹⁷ y que no causa alteraciones hemodinámicas por estar defendida su entrada en aurícula izquierda por la válvula interauricular de PARCHAPPE¹⁸, aplicada a modo de opérculo a causa del desnivel tensional interauricular a favor de la aurícula izquierda.

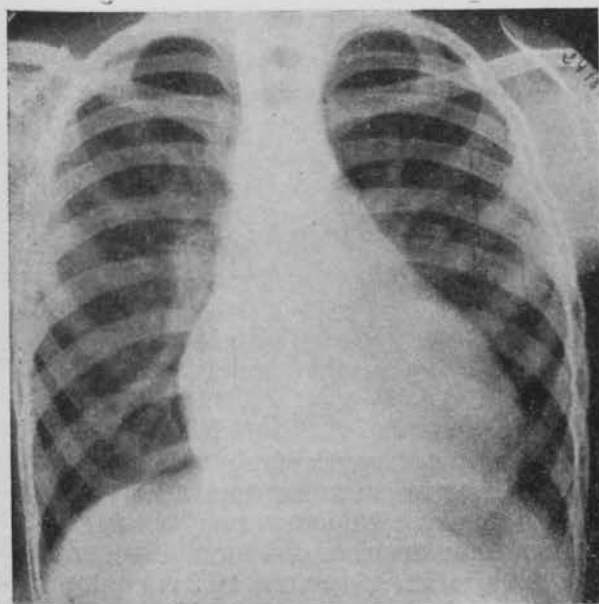


Fig. 3.

Es más rara la comunicación interauricular debida a persistencia del "ostium primum". Tenemos en este caso un amplio orificio, localizado en la base del septo, sin relación con la fosa oval, que está perfectamente formada, e inmediatamente por encima del tabique aurículo-ventricular que forma su suelo. Salvo en raros

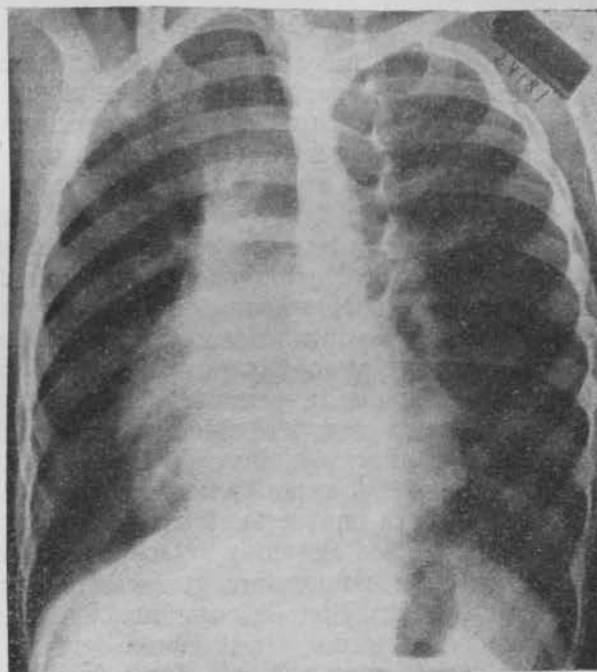


Fig. 4.

casos, el "ostium primum" se acompaña de deformidades de las válvulas aurículoventriculares. Lo más corriente es que la valva aórtica de la mitral sea bífida y que su mitad anterior esté ligada por cuerdas anómalas al septo ventricular¹⁵, produciéndose así una insuficiencia mitral asociada. Menos a menudo, está también deformada la válvula tricúspide.

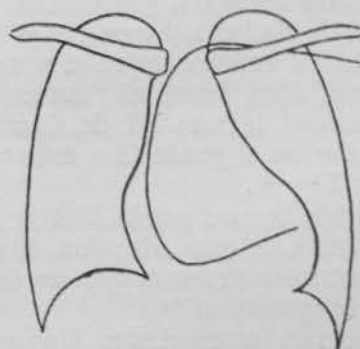


Fig. 5.—Curso aproximado de la sonda con la punta en el ventrículo izquierdo.

La comunicación interauricular puede ser también del tipo llamado "auriculoventricularis communis". En este caso, en lugar de dos válvulas auriculoventriculares individualizadas, existe una sola, que puede tener de dos a cinco valvas y que coexiste con un "ostium primum" y con un defecto septal interventricular alto.

Todos los autores están acordes en que el "ostium primum" solitario no es sino una forma parcial del "auriculoventricularis communis". CAMPBELL¹ distingue tres grados en esta anomalía: grado I, "ostium primum" con mitral bífida; grado II, con ambas válvulas deformadas, y grado III, "auriculoventricularis communis". Son los mismos tipos que WAKAI y EDWARDS¹⁰ llaman forma parcial, forma transicional y forma completa.

Mención especial merece el llamado síndrome de Lutembacher. Se conoce con este nombre la asociación de un "ostium secundum" con una estenosis mitral, congénita a veces, más a menudo adquirida. Este síndrome, muy frecuente para los autores clásicos¹⁷, es mucho más raro de lo que se creía y ha sido incluso puesto en duda por NADAS¹⁸. Ciertos casos descritos de síndrome de Lutembacher con defecto interauricular del tipo de "ostium primum", como el descrito por AZEVEDO y cols.², que presentaba estenosis mitral congénita y una tricúspide bicúspide y deformada, son probablemente casos de "auriculoventricularis" del grado II de CAMPBELL con una mitral excesivamente deformada.

Finalmente hay una serie de tipos de comunicaciones entre los sistemas arterial y venoso del corazón cuya cámara receptora es siempre la aurícula derecha. Son: la comunicación entre el ventrículo izquierdo y la aurícula derecha a través del septo membranoso, como los casos descritos por STAHLMAN y cols.¹⁶ y el aneurisma de un seno de Valsalva, generalmente el derecho, roto en aurícula derecha, como en los casos de FELDMAN⁹ y de KAWASAKI¹¹.

De todos estos tipos de comunicaciones interauriculares, la persistencia del "ostium primum" se debe a la falta de fusión de los rodetes endocárdicos auriculoventriculares con el borde inferior del "septum primum". Esta fusión se realiza fundamentalmente por el crecimiento hacia arriba del tejido de los rodetes, según la teoría de MALL y TANDLER, defendida por la mayoría de los autores^{5, 12 y 14}. La falta de fusión de los rodetes entre sí y con el "septum primum" dará lugar al "auriculoventricularis communis" (grado III de CAMPBELL), su imperfecta fusión al grado II o, más comúnmente, al grado I^{4 y 10}.

Aunque nada seguro pueda decirse hoy día de la etiopatogenia de esta afección, hemos de reseñar su frecuente presentación en dos grandes síndromes congénitos:

Es el primero el mongolismo. Una alta proporción de idiotas mongoles presentan "ostium primum" o "auriculoventricularis communis". De los 55 casos revisados por ROGERS y EDWARDS¹⁵ con estas malformaciones, había 25 mongólicos.

El segundo es un curioso síndrome, descrito primero por MARTIN en 1826, y del que recientemente AGUILAR¹ y GILBERT¹⁹ han hecho completos y detallados estudios. Consiste en agenesia del bazo, "situs inversus" abdominal y anomalías cardíacas diversas. En los 81 casos

descritos en la literatura es constante la existencia de uno de los grados de "auriculoventricularis". FORGACS⁷ cree que, en estos casos, el "situs inversus" abdominal, haciendo derivar la sangre abdominal hacia el cuerno izquierdo, en lugar del derecho, del seno venoso, ocasiona unas corrientes anómalas en el interior de las cavidades que dificultan la correcta formación septal.

En todo caso, parece aceptable la existencia de un factor genotípico, que actúa sobre la superficie mesoblástica de la cavidad celómica, si bien no puede descartarse el posible papel de factores fenotípicos.

A la hora de establecer el diagnóstico diferencial de la persistencia del "ostium primum" con los otros tipos de comunicación interauricular, nos serán extraordinariamente valiosos los signos derivados de la deformidad, y por ende insuficiencia, de la válvula mitral. Son éstos fundamentalmente^{3, 4, 8, 10 y 20} un soplo sistólico apical rudo e irradiado a axila, una dilatación radiológica de la aurícula izquierda y una hipertrofia radiológica y electrocardiográfica del ventrículo izquierdo con desviación del eje eléctrico hacia la izquierda.

El cateterismo nos dará dos datos más de extraordinario valor: uno, la gran cuantía del cortocircuito arteriovenoso, generalmente mucho mayor que en la comunicación interauricular por persistencia del "ostium secundum"²⁰; el otro, la posición muy baja de la sonda al atravesar el tabique interauricular¹⁰.

Todos estos datos estaban presentes en nuestro caso, que parece por tanto corresponder a un "ostium primum" persistente, no coincidente con mongolismo. De difícil interpretación es el soplo sistólico aórtico: la conservación del primer tono aórtico y las curvas de presión arterial periférica (fig. 6), tomadas durante el ca-

ARTERIA BRAQUIAL.

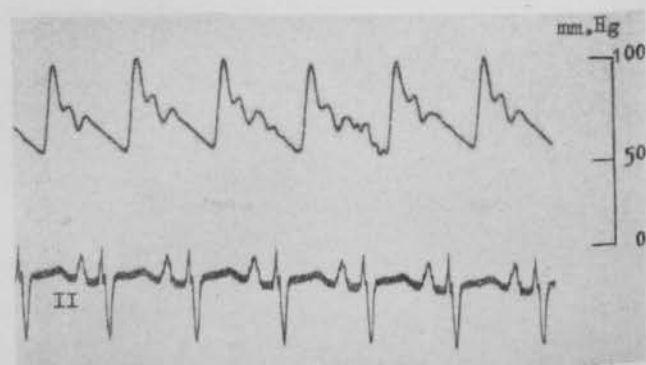


Fig. 6.

teterismo, que fueron completamente normales, hacen pensar en su naturaleza funcional.

Recientemente MARTINS DE OLIVEIRA y ZIMMERMAN han encontrado²¹ que la cuantía del cortocircuito arteriovenoso en las comunicaciones interauriculares puede predecirse por el tamaño de la onda P en derivaciones V₁ y V₂ y, so-

bre todo, por el de la R' en las mismas derivaciones. Para un gran cortocircuito (de más de un 70 por 100), ellos encuentran una P alta y picuda en el 69,2 por 100 de los casos en V₁ y en el 100 por 100 en V₂, y una R' de 11,5 mm. de altura por término medio. En nuestro caso la P era picuda en V₁, picuda y alta (3 mm.) en V₂ y la R' tenía en V₁ 12 mm. de altura, sugiriéndose así electrocardiográficamente que existía un elevado cortocircuito arteriovenoso, que en el cateterismo se reveló ser de un 70 por 100.

El cierre quirúrgico del "ostium primum" es difícil y peligroso¹: suele ir seguido de insuficiencia cardíaca o de un fatal bloqueo aurículo-ventricular completo, fácilmente explicable si se recuerdan las relaciones anatómicas del haz de His con el tabique aurículoventricular. Por estas razones aconsejamos a la niña una pauta de espera hasta que pueda ser operada a corazón abierto con suficientes garantías de éxito.

RESUMEN.

Presentamos un caso de comunicación interauricular por persistencia del "ostium primum". Esta anomalía, más rara y más grave que la persistencia del "ostium secundum", puede ser diagnosticada clínicamente por la adición al cuadro de la comunicación interauricular de signos de-

rivados de una insuficiencia de la válvula mitral: soplo sistólico apical e hipertrofia radiológica y electrocardiográfica de ventrículo izquierdo.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUILAR, M. J., STEPHENS, H. B. y CRANE, J. T.—Circulation, 14, 520, 1956.
2. AZEVEDO, A. C., NETO, M. B., CARVALHO, A. A., GARCIA, A., ROUBACH, R. y TOLEDO, A. N.—Amer. Heart J., 49, 302, 1955.
3. BLOUNT, S. G., BALCHUM, O. J. y GENSINI, G.—Circulation, 13, 499, 1956.
4. CAMPBELL, M. y MISSEN, G. A. K.—Brit. Heart J., 19, 403, 1957.
5. CURTIN, J. Q.—Amer. Heart J., 44, 884, 1952.
6. FELDMAN, L., FRIEDLANDER, J., DILLON, R. y WALLYN, R.—Amer. Heart J., 51, 314, 1956.
7. FORGACS, P.—Brit. Heart J., 9, 27, 1946.
8. FRIEDBERG, C.—Diseases of the Heart. Saunders, Philadelphia, 1956.
9. GILBERT, E. F., NISHIMURA, K. y WEDUM, B. G.—Circulation, 17, 72, 1958.
10. IRIARTE, M.—Rev. Esp. Card., 11, 75, 1957.
11. KAWASAKI, I. A. y SCHULTZ, F. B.—Amer. Heart J., 41, 149, 1951.
12. LEV, M.—Autopsy diagnosis of congenitally malformed hearts. Charles Thomas, ed. Springfield, 1953.
13. NADAS, A. S. y ALIMURUNG, M. M.—Amer. Heart J., 43, 691, 1952.
14. PRIOR, J. T.—Amer. Heart J., 46, 649, 1953.
15. ROGERS, H. M. y EDWARDS, J. E.—Amer. Heart J., 36, 28, 1948.
16. STAHLMAN, M., KAPLAN, S., HELMSWORTH, J. A., CLARK, L. C. y SCOTT, H. W.—Circulation, 12, 813, 1955.
17. TAUSSIG, H. B.—Congenital malformations of the heart. The Commonwealth Fund, New York, 1947.
18. TESTUT, L.—Anatomía humana, vol. II. Salvat, Barcelona, 1947.
19. WAKAI, C. S. y EDWARDS, J. E.—Proc. Mayo Clin., 31, 487, 1956.
20. SYMPOSIUM ON CONGENITAL HEART DISEASE.—Brit. Heart J., 20, 261, 1958.
21. MARTINS DE OLIVEIRA, J. y ZIMMERMAN, H. A.—Amer. Heart J., 55, 369, 1958.

QUISTE HIDATIDICO MUSCULAR SUPURADO, DE NUCA, SIMULANDO UNA TUMORACION BENIGNA

J. MORA LÓPEZ.

Jefe de los Servicios de Cirugía del Hospital Civil.
Tetuán.

Como es harto frecuente en los quistes hidatídicos, si exceptuamos los de localización más conocida, se pueden originar cuadros, de por sí muy imprecisos y variados, capaces de originar confusiones diagnósticas con otros síndromes. Por otra parte, casi siempre es la intervención la encargada de sacarnos de dudas al establecer el diagnóstico exacto.

Por no ser de una excepción, el caso a que nos referimos en el presente trabajo fué de diagnóstico difícil e impreciso, ya que nos inclinamos a considerarlo como una tumoración de carácter benigno de probable origen fibroso.

Ya en un trabajo anterior nos referimos a otro quiste que, situado a nivel del triángulo de Scarpa, simulaba exactamente a un lipoma y como tal fué diagnosticado, siendo la intervención quirúrgica la encargada de sacarnos de nuestro error.

Por nuestra imaginación pasó, aleccionados

por el caso anterior, la posibilidad de hallarnos ante un posible quiste hidatídico, pero la gran dureza leñosa de la masa tumoral no nos hizo pensar en él. Lo que no esperamos fué la posibilidad de que se tratara de un quiste infectado y supurado.

La historia clínica del paciente es la siguiente:

A. A. M., de catorce años de edad, nota por vez primera, hará aproximadamente unos dieciocho meses, la presencia de un abultamiento indoloro a nivel de la nuca. De crecimiento lento, pero constante, le fué en aumento ininterrumpidamente hasta un par de meses antes de su ingreso, quedando estacionario a partir de entonces. A pesar del interrogatorio detenido no arroja ninguna otra sintomatología. Ingresa el día 20 de diciembre de 1954 con el deseo de extirparse la tumoración, que le deforma la región. Insistimos en recalcar que la causa de su ingreso fué intrínsecamente originada por la presencia del tumor, ya que las molestias que le ocasionaban eran muy escasas, por no decir nulas. El paciente no recuerda que en ningún momento el tumor fuera doloroso ni haber sufrido ningún acceso térmico elevado, lo que nos hace suponer que el proceso infectivo del quiste fué solapado y con escasa sintomatología.

A la exploración se apreciaba una gran tumoración a nivel de la nuca, cuya base de implantación, a pesar de su tamaño, se puede determinar como situada a la derecha. Su tamaño era aproximadamente del de una cabeza fetal.

Se halla adherida a los planos profundos, y los únicos movimientos, aunque muy limitados, son los de la lateralización del tumor. La piel es normal, sin estar adherida al tumor, siendo la dureza de este último extraordinaria, de carácter leñoso.