

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 WALLIN, 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.

Se diagnostica un probable fibroma, haciéndole una fotografía, que por desgracia no podemos presentar al velarse el negativo.

Se le practican los análisis de rutina, preparando al enfermo para su intervención, que se realiza el día 8 de enero de 1955. Bajo anestesia general etérea, con intubación endotraqueal en circuito semicerrado, incindimos transversalmente sobre el tumor, extendiéndonos más hacia la derecha. La sección de los planos superficiales, piel, aponeurosis superficial y músculo trapecio, es necesaria para poder abordar el tumor, intentando encontrar un plano de clivaje entre el músculo y su superficie. La liberación está dificultada por su gran adherencia, desgarrándose la superficie de la tumoración en una de las maniobras realizadas, saliendo gran cantidad de líquido purulento. Se amplía el desgarro y se logra ver flotar en el interior de la cavidad una membrana, que al ser extraída se identifica como una membrana proliferadora de un quiste hidatídico (fig. 1), hallándose, por tan-

proceden casi siempre de una invasión primaria, no podemos reafirmarnos en la probable primitividad del nuestro por carecer de base segura para aseverarlo. Dicho autor indica que puede alcanzarse el tejido muscular, después del paso pulmonar del equinococo, a través de la gran circulación, o quizá directamente a través del sistema linfático a los ganglios correspondientes. Siendo generalmente estos quistes solitarios y con membrana adventicia, tendiendo a buscar los lugares de menor resistencia.

El porcentaje de aparición de los quistes hidatídicos musculares en relación con las demás localizaciones varía según los diversos autores: LOZANO (1931), del 4 al 5 por 100; LÓPEZ NEY-

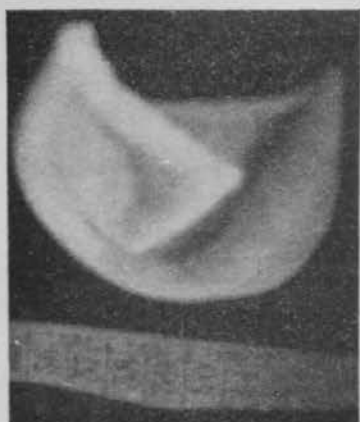


Fig. 1.



Fig. 2.

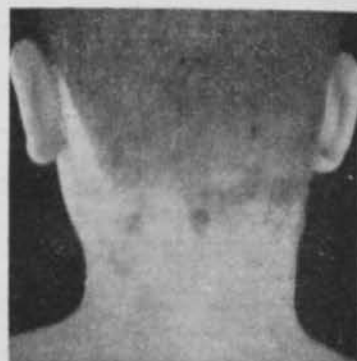


Fig. 3.

to, desgarrada en el interior de la cavidad de la adventicia, llena de líquido purulento. Se procede a la aspiración del resto del líquido, y con objeto de marsupializar el quiste resecamos la adventicia parcialmente, hallándose esta última muy engrosada, con un espesor de unos 2 cm., alcanzando hasta 3 en algunos puntos. Limpieza, taponamiento, tubo de drenaje y sutura parcial de la piel.

Esquemáticamente, a pesar de las alteraciones acarreadas por el proceso, podemos precisar aproximadamente las relaciones anatómicas del quiste, localizado en su base de implantación, a la derecha de la nuca, dando la impresión, por su gran tamaño, de estar extendido a toda ella. Cubierto por la piel, tejido celular, aponeurosis superficial y músculo trapecio, anteriormente se hallaba rodeado y arropado por una masa muscular formada por el esplenio, parte superior del romboides y del serrato menor posterior y superior y angular del omoplato, y más profundamente el complejo mayor. Las adherencias sufridas con el trapecio, como ya hemos indicado anteriormente, eran tan extremadamente íntimas que nos fué imposible hallar plano de clivaje, en algunos puntos, al despegar la adventicia para su resección.

La evolución fué satisfactoria, cicatrizando la cavidad de dentro a fuera con bastante rapidez, y siendo dado de alta, curado, a los veintinueve días de haber sido operado (figs. 2 y 3).

Huelga decir que antes de ser dado de alta se le exploró detenidamente, tanto clínica como radiológicamente, y no pudimos apreciar nada anormal.

Cabe pensar si por su localización nos podríamos encontrar ante un caso de probable invasión primaria, dado que no existe músculo libre de ser atacado por el equinococo, y aunque LÓPEZ NEYRA indique que en los quistes asentados en los músculos de los miembros, cara y cuello,

RA, sobre 1.586 casos recopilados, recoge 44 de equinocosis muscular, equivalente al 2,78 por 100; DEVE, 1,29 por 100; MADELUNG y PEIPER, 3,10 y 8,33 por 100, respectivamente, cifras referidas a piel y músculo; IVANESSEVICH, 4 por 100. Como se comprenderá, el porcentaje dependerá del estado parasitario del país donde se confeccione la estadística. TORNELL y DARGALLO, muy acertadamente, manifiestan que mientras se publican casi todos hallazgos de localización poco corriente, entre los cuales contamos con los músculos, son muchas las localizaciones hepáticas y pulmonares que pasan sin consignar, resultando una reducción a la mitad o tal vez a menos de la proporción de frecuencia de los quistes hidatídicos pulmonares.

Entre los 44 casos presentados por LÓPEZ NEYRA como algo similares al nuestro, citaremos los de GARCÍA DIESTRO, GOYANES y RIVERA SANS.

El diagnóstico diferencial, como ya hemos consignado, es en muchas ocasiones extremadamente difícil, por no decir imposible.

Todos los síntomas generales consistentes en la presencia de una tumoración redonda, lobulada, fácilmente movable y que se fija a la contracción muscular, fueron nulos en nuestro caso, debiendo tener en cuenta por otra parte el estado de infección en que se hallaba, y no podíamos sospechar que debajo de su coraza nos encontraríamos con un quiste supurado. El cre-

cimiento fué lento, pero persistente, hasta detenerse dos meses antes de su ingreso, fecha casi segura de la infección del mismo.

No presentó crecimientos bruscos o a empujones (BERGMANN). Ningún signo local ni general nos orientó hacia un proceso infectivo y supurado localizado sobre la tumoración, ni el estado de la piel nos indujo a desbridarlo, por ser completamente normal. En sus antecedentes, a pesar de un detenido interrogatorio, no pudimos recoger signos de infección o supuración del quiste, que en ocasiones simula procesos de tipo agudo, tales como adenoflemones o abscesos profundos, saliendo del error al desbridar los mismos, ya que, por otra parte, los pioquistes no son al fin y al cabo nada más que supuraciones. Cabe más pensar en un proceso solapado y casi asintomático como el causante de la infección en nuestro caso.

De verdadero interés es el determinar si la localización originaria del quiste corresponde o bien al tejido celular propiamente dicho o al muscular. Punto tocado acertadamente por TORNELL y DARGALLO, y cuya aclaración es imposible en muchas ocasiones, ya que se desvirtúan fácilmente los planos anatómicos por las numerosas adherencias. En dos casos publicados por nosotros con anterioridad en esta Revista, nos encontramos en el primero con un quiste hidatídico solitario de implantación netamente subcutánea a nivel del triángulo de Scarpa y cuya adventicia periquística se hallaba por delante de

la aponeurosis, y en cambio en el segundo, quiste gigantesco de pared abdominal, su encaje entre los planos musculares y subcutáneos era muy dudoso. Se hallaba entre la fascia y el peritoneo, inclinándonos finalmente a incluirlo entre los del tejido celular, subperitoneal en este caso, y con toda clase de reservas, naturalmente.

En el caso objeto del presente trabajo, la adventicia se hallaba adherida íntimamente al músculo trapecio y se encontraba rodeado de un bloque muscular. Podemos considerarlo como un quiste hidatídico de tipo muscular cuyo origen de implantación quizá se haya originado a nivel del tejido celular inter o, mejor, submuscular, aunque debemos hacer constar que en algunos puntos las relaciones anatómicas eran bastante confusas.

BIBLIOGRAFIA

- DAVAINE, C.—Cit. TORNELL y DARGALLO.
GARCÍA PORTELA.—Quistes hidatídicos de pulmón. Madrid, 1942.
HOSSEMAN, G.—Kirschner Nordmann, tomo II.
IVANISSEVICH.—Cit. TORNELL y DARGALLO.
JUARISTI, V. y ARRANZA, D.—Mundo Médico, 6, 25, 1927.
LÓPEZ NEYRA.—La equinococosis en España, 1944.
LOSCERTALES, F.—Rev. Clín. Esp., 6, 2, 1942.
LOZANO, R.—Estampas de equinococosis, 1933.
LEZANO, R.—Equinococosis, quistes hidatídicos. Cit. TORNELL y DARGALLO, Madrid, 1931.
MATHAN, P.—Cit. TORNELL y DARGALLO, 1930.
MORA LÓPEZ, J.—Rev. Clín. Esp., 31, 2, 1948.
MORA LÓPEZ, J.—Rev. Clín. Esp., 52, 5, 1954.
MUNRO.—Cit. KEEN, tomo III.
MST.—Cit. MUNRO en KEEN, tomo III.
PIAGGIO BLANCO, R. A. y GARCÍA CAPURRO, F.—Equinococosis pulmonar. El Ateneo, Buenos Aires, 1939.
TORNELL, L. G. y DARGALLO REVENTÓS, J.—Med. Clín., 13, 1949.

REVISIONES TERAPEUTICAS

INVESTIGACIONES SOBRE LA PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LA TOS FERINA CON ACTH Y CORTICOESTEROIDES

E. ROMERO

Profesor Adjunto de Patología Médica
Director del Servicio de Endocrinología y Nutrición de la Cruz Roja. Valladolid

Clinica Médica Universitaria. Director: Prof. M. SEBASTIÁN
Valladolid
Residencia Sanitaria de "Onésimo Redondo"
Valladolid

Director: Dr. T. HERRERA
Servicio de Endocrinología y Nutrición del Dr. E. ROMERO

INTRODUCCIÓN

Hace dos años publicábamos nuestras modestas investigaciones realizadas en 1955 y parte del 56 sobre una posible concepción patogénica de la tos ferina y el tratamiento que a la luz de estos criterios preconizábamos con resultados francamente alentadores. Hacíamos la exposición con 28 casos tratados con ACTH asociado a penicilina y estreptomi-

cina, y comentábamos los beneficiosos efectos, en algunos casos espectaculares, obtenidos, ratificando con ello, además, nuestros puntos de vista de índole fisiopatológico y patogénico en esta infección.

En dichos trabajos, y en la comunicación que a este respecto dimos en las sesiones del Instituto de Patología Médica del profesor Maraño, de Madrid, ya apuntábamos la posibilidad del empleo, en vez del ACTH, de corticoesteroides de índole antiflogística, como prednisona y prednisolona, y, a la vez, la utilización, en lugar de la penicilina y estreptomina, de otros antibióticos. En estos dos años transcurridos hemos intentado completar nuestros estudios clínicos ampliando la casuística a 90 casos, con una más variada utilización terapéutica, y que, en general, confirman nuestros primeros resultados.

Nuestra especial vocación hacia los problemas de la infección, que ya hemos considerado en nuestras publicaciones, y en especial en nuestro libro "Síndrome general infeccioso", y la especial facilidad para la realización de nuestros estudios, dada la morbilidad extensa de la tos ferina, han hecho que, aun tratándose de pacientes de corta edad, a los que como norma general nunca es objeto de nuestros trabajos y profesión, hayamos obtenido estos mo-