

hipocrómica constitucional, es muy interesante porque señala la multiplicidad de los síndromes de malconformación. Hace notar además, como en el caso de Barreda, la coexistencia de varices; por lo demás, éste es muy típico de síndrome de Marfan. Nuestros casos también lo son.

Podríamos decir que en derredor de la minus valia mesodérmica se agrupan, por causas difíciles de interpretar, variantes en diferentes territorios o sistemas que matizan el cuadro de manera expresiva, diferente. Pero queda lo esencial y preeminente, que es la alteración del aparato locomotor. En este sentido, nuestros dos casos se pliegan más exactamente al síndrome de Marfan.

HEMORRAGIA TARDIA EN UNA HERIDA OPERATORIA ACCIDENTAL DEL SEÑO CAROTIDEO, TRATADA POR SUTURA LATERAL

P. R. DE LEDESMA

Cirujano provincial de Cáceres.

Un enfermo de treinta y cinco años, afecto de tuberculosis fistulizada de los ganglios linfáticos del cuello en el lado izquierdo, fué sometido a una intervención de limpieza de dicho paquete ganglionar. Se practicó una incisión angular de vértice inferior, que comprendía una incisión paralela al borde anterior del esternocleidomastoideo, y otra que desde la región mentoniana descendía oblicuamente para unirse a la anterior a la altura del cartílago cricoides. El colgajo cutáneo de base superior se disecó hasta el borde del maxilar inferior. Se extirparon conjuntamente los ganglios de la región y la glándula submaxilar, siguiendo la técnica habitual para las operaciones de "toilette" ganglionar en casos de cáncer del labio inferior. Una intensa periadenitis, muy densa y muy vascular, hizo sumamente complicadas las maniobras operatorias, y en una de ellas se causó una herida del seno carotideo de muy pequeña extensión. La gran hemorragia pudo fácilmente ser dominada colocando una pinza de forzipsión y practicando una ligadura lateral.

La infección local de la herida y la necesidad de mantener una prolongada vigilancia, detuvo al enfermo en la Clínica veinte días, y por fin fué dado de alta con la lesión casi completamente cicatrizada, pero quedándole aún una pequeña herida granulante de un centímetro escaso.

El enfermo tomaba baños de sol sobre la herida residual, que persistía segregando una serosidad clara.

A los quince días de ser dado de alta fuimos requeridos con toda urgencia por el Médico de cabecera, alegando que se había presentado una hemorragia intensísima, que cesaba y se repetía a intervalos. El domicilio del enfermo distaba de nosotros 20 kilómetros.

A nuestra llegada hallamos al paciente afecto de lipotimias frecuentísimas y con acentuada palidez. Se le hizo una transfusión de 900 c. c. de sangre, y con compresión directa mediante un dedo introducido en la pequeña herida, que se consiguió distender, se le trasladó a la Clínica con la rapidez que el caso exigía.

No había una verdadera cavidad propia de aneurisma traumático, pero sí un tejido de granulación relacionado con el foco hemorrágico.

OPERACIÓN.—Se practicó con las manos lavadas, pero

sin guantes, para mantener lo más perfecto posible el sentido del tacto. Durante toda la intervención se mantuvo el dedo índice de la mano izquierda introducido en la herida, y tapando con la yema la brecha arterial, que se apreciaba al tacto de un tamaño aproximado de medio centímetro cuadrado.

La mano derecha, auxiliada por las de dos ayudantes expertos, realizó toda la intervención, porque el abandono de la presión del índice de la mano izquierda sobre la herida arterial hubiera hecho muy probable que el enfermo perdiera la vida. Simultáneamente con la intervención se hacia una transfusión de sangre muy lenta, que llegó a ser de 900 c. c. Se utilizó anestesia por infiltración del plexo cervical profundo y de la piel de la región.

Se practicó una incisión a nivel del borde posterior del esternocleidomastoideo hasta llegar al paquete vasculonervioso, la cual se prolongó de abajo a arriba siguiendo la carótida primitiva en dirección ascendente hasta por encima de la lesión. Se aisló en toda esta distancia la arteria carótida primitiva y su bifurcación de la yugular interna y del nervio neumogástrico. Con una aguja de aneurismas se pasó un doble hilo de seda rodeando la carótida común, que se dejó dispuesto para una posible ligadura de necesidad.

A continuación se seccionó transversalmente la piel de la región esternomastoidea a 4 cm. por encima de la lesión arterial, uniendo transversalmente la reciente incisión longitudinal con la paralela de la primera operación, que se volvió a abrir. Esta incisión cutánea transversal se profundizó lo necesario para conseguir seccionar transversalmente el músculo esternocleidomastoideo.

Habiéndose reabierto la primera incisión longitudinal antemastoidea, resultó que pudo obtenerse un colgajo cutáneo-muscular de base inferior, que contenía la porción inferior del músculo esternocleidomastoideo seccionado.

Al descender este colgajo quedó al descubierto, un amplio campo, en el que se disponía de una perfecta y cómoda visualización del paquete vasculonervioso del cuello con la bifurcación de la carótida común.

Se pudo apreciar que la brecha carotidea tapada por el índice de la mano izquierda estaba situada en la parte más externa del seno carotideo, inmediatamente por debajo de la bifurcación. Por su situación externa, correspondía a la mitad del seno perteneciente al origen de la carótida interna. El índice izquierdo seguía manteniendo tapada la herida arterial.

Dispuestas así las cosas, se colocó una pinza de extremidad muy curva rodeando la brecha arterial sin interrumpir la circulación en el vaso. Esta pinza se mantuvo con una presión suave, sin cerrar la cremallera, a fin de no contusionar la pared de la arteria; se retiró a continuación el dedo índice que tapaba la herida vascular, pudiendo con ello comprobarse que la colocación de la pinza resultaba eficaz para mantener la hemostasia.

Entonces se dispuso que un ayudante cogiera la pinza, manteniendo la presión necesaria, pero sin cerrar la cremallera, y sobre los bordes de la brecha arterial que quedaba dentro de la corvadura de la pinza se practicó una sutura lateral a punto continuo, que dejaba en contacto la superficie endoarterial de ambos bordes de la herida del vaso. Se empleó hilo de seda fina esterilizada al autoclave y parafinada en el momento de la operación, enhebrada en aguja cilíndrica curva.

El resultado inmediato fué bueno, manteniéndose la hemostasia durante una prolongada observación.

A continuación se suturaron los dos cabos del músculo esternocleidomastoideo con puntos separados de hilo de lino, por temer que habiéndose ejecutado la intervención en un campo séptico el material reabsorbible se hubiera eliminado demasiado precozmente, exponiendo al enfermo a una dehiscencia de la sutura muscular. Los planos aponeuróticos de ambas incisiones paralelas se unieron con puntos de Catgut, y la piel se suturó sin drenaje, con puntos entrecortados de seda.

El paciente fué dado de alta a los doce días, con la herida cicatrizada de primera intención. Pero un mes más tarde comenzó a sufrir brotes repetidos inflamato-

rios con eliminación de hilos de lino de la sutura muscular, sin que a pesar de ello haya habido que lamentar la presentación de un nuevo accidente hemorrágico.

El dibujo adjunto expresa la pauta operatoria seguida, y en la fotografía que acompaña se aprecia el aspecto de la herida a los seis meses de operado (figs. 1 y 2).

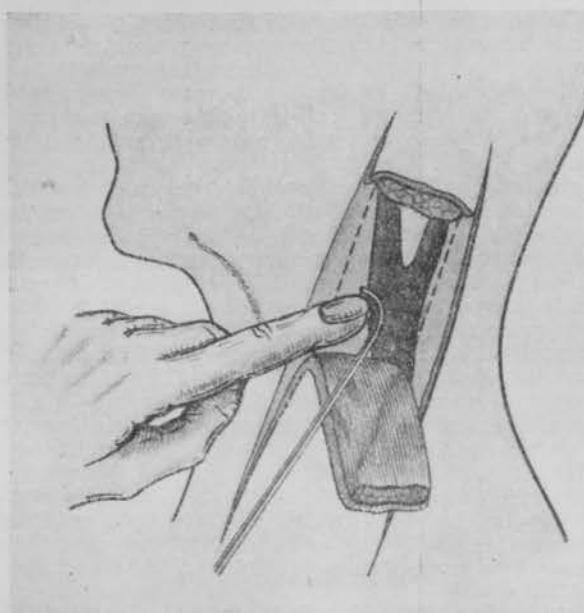


Fig. 1.

La particularidad de este caso es la técnica seguida. En ella hemos procurado prescindir de la ligadura provisional de la carótida común por no exponer al paciente a los peligros de la isquemia transitoria del cerebro.

Con un campo tan amplio hubiera resultado sencillísimo mantener la hemostasia transitoria



Fig. 2.

comprimiendo la arteria entre el pulgar y el índice de un ayudante. Pero la facilidad que encontramos para colocar una pinza incurvada que envolvía la brecha vascular nos permitió prescindir de aquella maniobra en beneficio del enfermo.

En cuanto a la causa de la hemorragia tardía, estimamos que fué debido a la necrosis de la parte ligada con eliminación séptica del hilo de lino.

La maniobra de tapar la herida arterial con

el dedo era recomendada por nuestro inolvidable maestro, el Dr. OLIVARES, como la única eficaz para conseguir la hemostasia provisional en casos de heridas de la carótida. Recomendaba introducir decididamente el dedo dentro de la herida del cuello y tapar la lesión arterial por compresión directa. El recuerdo de sus consejos nos ha permitido utilizarla con eficacia salvadora en este caso de hemorragia tardía grave, tanto para transportar al enfermo a una distancia de 20 kilómetros como para conseguir la sutura de la lesión arterial sin exponer al sujeto a una isquemia cerebral transitoria.

COLECISTITIS AGUDA TUBERCULOSA *

E. ARIAS VALLEJO

La tuberculosis de la vesícula biliar constituye un hecho clínico verdaderamente raro, puesto que este órgano parece gozar de una extraordinaria resistencia frente al ataque del bacilo de Koch. El primer caso publicado lo fué por SIMMONDS, en 1908, y desde entonces, según una reciente recopilación de ELFVING, solamente se han comunicado 24 observaciones más, cuatro de ellas en la Clínica Mayo, aportándose solamente en 11 la comprobación histológica.

Es necesario observar que del total de estos 25 casos, pertenecían 22 al sexo femenino, y que 16 de ellos habían ya cumplido los cuarenta años de edad.

La patogénesis de la colecistitis tuberculosa es siempre discutida, dado que, como ya hemos dicho, resulta muy rara esta complicación en los enfermos de tuberculosis aguda o crónica, de los pulmones, del intestino o del peritoneo, observándose en la mayor parte de estos casos que la bilis obtenida por sondaje duodenal se halla desprovista de gérmenes. Solamente en los pacientes bacilíferos, que tragan sus esputos y que son, con frecuencia, aclorhídricos, es fácil extraer del duodeno una bilis que contiene bacilos de Koch, pero aun en tales enfermos, en los que se encuentra tal bacilo de modo constante en el jugo gástrico, resulta, a veces, la baciloscopía del jugo duodenal negativa.

La inoculación experimental de la vesícula con bacilos tuberculosos ha fracasado también, en manos de WALTERS y sus colaboradores, en el intento de producir las características lesiones fílicas, a menos que se haya lesionado previamente el órgano o se haya ligado el conducto colédoco.

En la mayoría de los casos descritos existía una colecistitis previa, en algunos de ellos ésta era del tipo calculoso. En otros se ha culpado

* Comunicación al II Congreso Europeo de Gastroenterología. Madrid, mayo de 1950.