

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Dr. Pedro Larghero Ybarz y de la
Clínica Médica del Prof. Dr. Raúl A. Piaggio Blanco
Hospital Pasteur

QUISTE HIDATICO DEL CORAZON LOCALIZADO EN EL VENTRICULO IZQUIERDO OPERACION — CURACION (*)

Drs. Luis M. Bosch del Marco, Eduardo Joaquín Canabal, Jorge Dighiero, José M. Baldomir, Carlos V. Suzacq y Pedro F. Antiga

A pesar de la frecuencia con que se ve en nuestro país la equinocosis visceral (sobre todo hepática y pulmonar), son contadas las publicaciones que se refieren a la localización cardíaca del parásito (1-17). Sabemos, con todo, de algunas observaciones más que se mantienen inéditas hasta el día de hoy.

El capítulo de la hidatidosis cardíaca en nuestro medio se ha ido describiendo en tres etapas sucesivas.

La primera de ellas consiste pura y exclusivamente en el relato de casos hallados en la mesa de autopsias o en especímenes anatomopatológicos (1-2-3-4-5-6-8).

La segunda está representada por una época durante la que se sospechaba el diagnóstico de quiste hidático o se pensaba en él frente a la comprobación de alguna de sus complicaciones habituales, pericarditis hidática, cor pulmonale hidático, etc. (7-9-10-11-12-13-14-14a-15-16). Aunque esta etapa signifique ya un adelanto considerable en lo que al diagnóstico de la afección se refiere, muchas veces se llegaba tarde y los pacientes sucumbían por la seriedad de la afección en sí o corrían graves riesgos operatorios, cuando se sentía que podían verse beneficiados por un tratamiento quirúrgico.

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 24 de octubre de 1951.

Con la presentación de este caso queda ampliamente abierta en nuestro país una tercera etapa de gran importancia y de gran significación: la del diagnóstico de la afección en un período relativamente precoz y antes de que se haya hecho presente alguna de sus complicaciones habituales.

La variedad a la que habremos de referirnos hoy es la variedad "tumoral" de la hidatidosis no complicada del ventrículo izquierdo, que tiene sus expresiones radiológica, tomográfica, electrocardiográfica (18) y angiocardiográfica (19) particulares y bien definidas. Debemos hacer la salvedad de que, cuando se trata de un caso de la variedad "tumoral" que se ha visto complicada, los métodos de exploración antedichos nos pueden permitir la localización precisa del quiste primitivo ventricular. (16)

Días después de presentar este trabajo a la Sociedad de Cirugía, hemos tenido oportunidad de ver otro caso de esta misma variedad de quiste hidático del ventrículo izquierdo, que ya ha sido operado con todo éxito por el Prof. P. Larghero Ybarz. (1)

OBSERVACION CLINICA.

P. C., de 24 años de edad y procedente del departamento de Treinta y Tres, es visto por uno de nosotros (P. F. A.) y, al comprobársele en un estudio radioscópico de tórax una sombra paracardíaca izquierda, se cree justificada su hospitalización, con el fin premeditado de un estudio más prolijo.

Enfermedad actual.

Comienza dos meses antes de su ingreso al Hospital Pasteur por un síndrome doloroso de intensidad moderada y de presentación intermitente en la región retroesternal, por tos y por anorexia, factores estos que lo obligaron a guardar cama por espacio de unos pocos días. El dolor, de intensidad moderada, presenta —por momentos— una irradiación hacia el hemitórax izquierdo, adquiriendo, además, las características de una puntada de costado y exacerbándose con los movimientos inspiratorios y el decúbito lateral izquierdo. Acusa, periódicamente, una ligera disnea de esfuerzo y, al cabo de unos días, una expectoración mucopurulenta.

Por tales motivos resuelve buscar la opinión de un médico, quien decide —frente a la comprobación citada más arriba— enviarlo a la Sala 21 del Hospital Pasteur, lugar al que ingresa el 12 de setiembre del corriente año.

En los días que precedieron a su ingreso nota que sus dolores se atenúan, persistiendo —sin embargo— la tos. No acusa pérdida de su apetito, ni adelgazamiento. Tampoco acusa otras molestias que hagan desviar la atención de la primera impresión recogida sobre su posible afección.

(1) Observación a publicarse en breve.

Sus antecedentes personales y familiares carecen de importancia.

Examen clínico.

Buen estado general, apirético, con su piel y sus mucosas bien coloreadas, con su lengua húmeda y saburral y luciendo una dentadura sana y completa. Presenta un buen estado de nutrición y no acusa trastornos funcionales respiratorios.

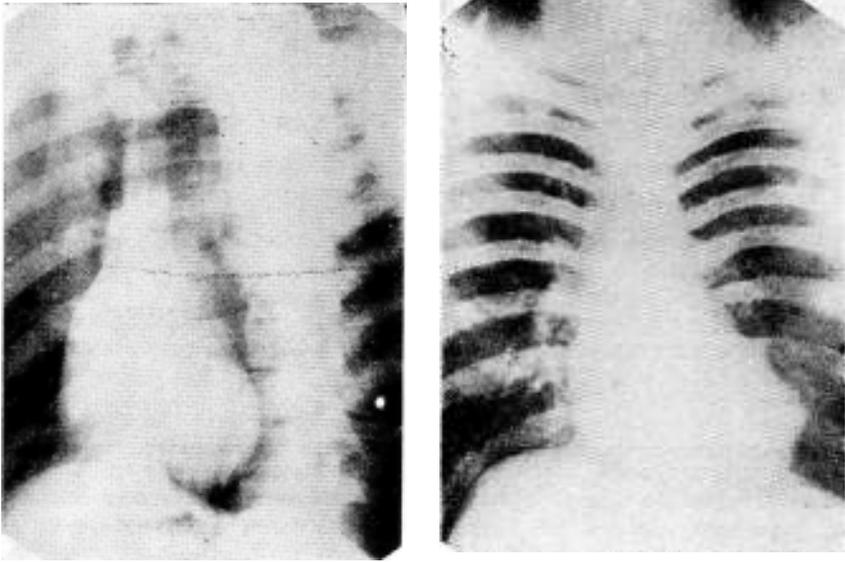


FIG. 1. — Estudio radiológico del tórax (setiembre 12 y 18 de 1951). Nótese la deformación que presenta el borde izquierdo cardíaco, así como la presencia de calcificaciones que se proyectan en la sombra del ventrículo izquierdo.

Aparato cardiovascular.

Tensión arterial: 100/60 mm. Hg.

Pulso regular, con una frecuencia de 66 por minuto.

Tonos cardíacos claros. No se ausculta ningún soplo. No hay frémitos.

Por la percusión el área cardíaca parece ser de tamaño normal.

Aparato respiratorio.

Clínicamente normal.

El resto del examen clínico no revela ningún rasgo digno de mención.

Se solicita una serie de análisis complementarios, cuyos resultados pasamos a relatar.

El estudio radiológico del tórax (setiembre 12 y 18, 1951) (ver fig. 1), acusa la existencia de una irregularidad en el borde izquierdo del área cardíaca, sombra que parece superponerse al corazón. En la parte superior del

campo pulmonar izquierdo se ve una imagen irregular, cuya naturaleza no se determina.

La baciloscopia es negativa, así como la cutirreacción. Las cifras de la

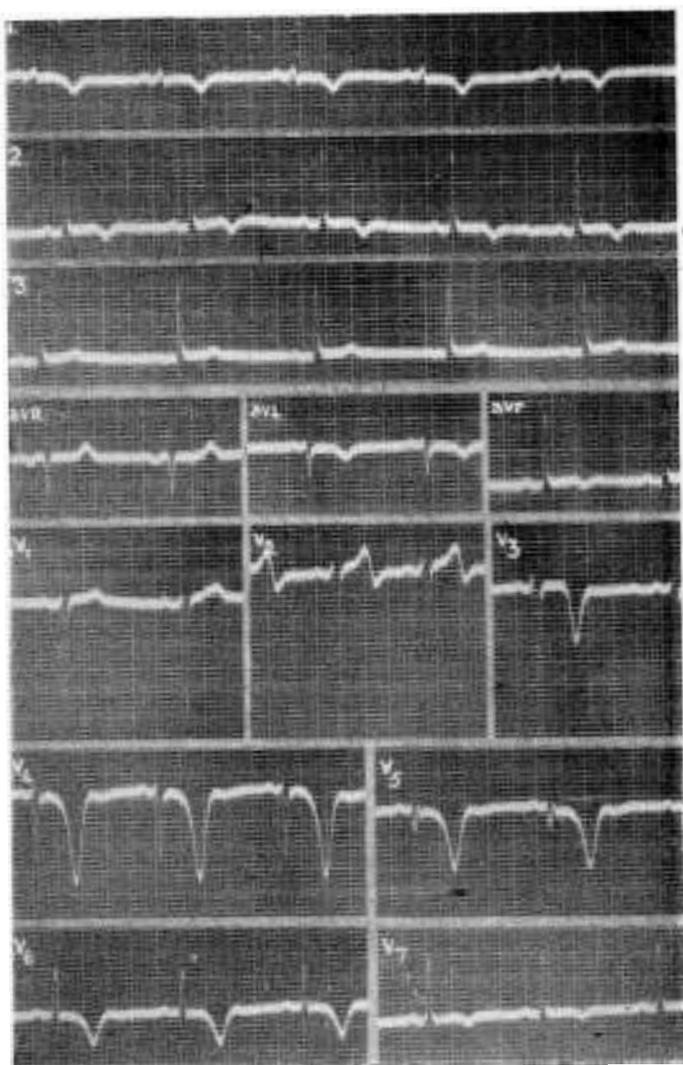


FIG. 2. — Estudio electrocardiográfico preoperatorio (ver text●).

velocidad de sedimentación son normales. La reacción de Casoni precoz se muestra positiva intensa y la tardía también es positiva. El hemograma y los demás exámenes de laboratorio de rutina son normales.

La colecistografía visualiza una vesícula sin cálculos, que se contrae bien. Llama la atención la existencia de una zona de calcificación en la región pre-vertebral lumbar.

Con el deseo de aclarar la afección del paciente y sospechando ya la posibilidad de una afección cardiopericárdica, solicitamos la cooperación de los cardiólogos.

Estudio electrocardiográfico (setiembre 24, 1951), (ver fig. 2).

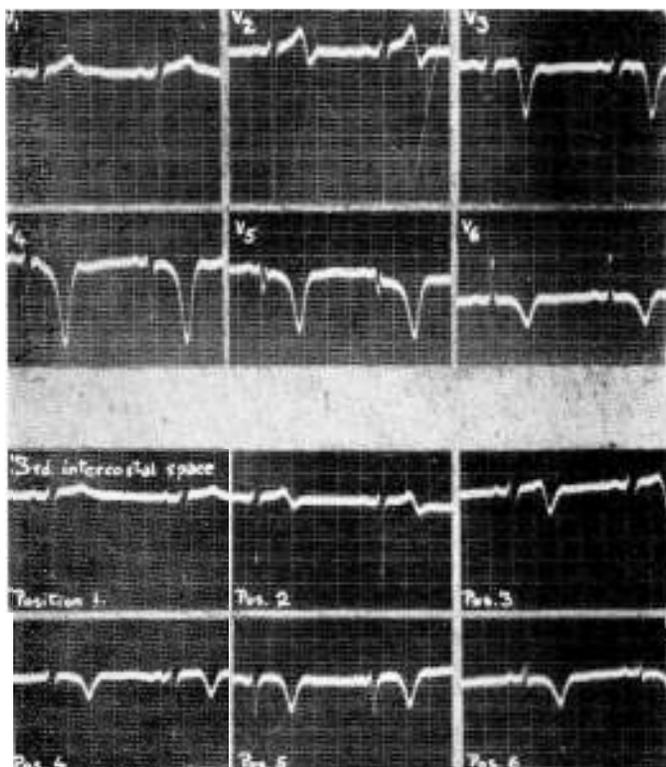


FIG. 3. — Estudio comparativo de las derivaciones precordiales obtenidas en las posiciones habituales y de las derivaciones precordiales obtenidas en el tercer espacio intercostal.

Ritmo sinusal, ligeramente irregular, a razón de unas 60 alteraciones por minuto.

Corazón situado en posición vertical.

No hay signos de disturbios en la conducción auriculoventricular.

Llama la atención la presencia de ondas T profundamente invertidas y de aspecto netamente coronario en las derivaciones precordiales, no notándose —en cambio— alteraciones manifiestas en los segmentos RS-T. Existe,

además, una evidente reducción de la altura de las ondas R en las posiciones 2, 3, 4 y 5 de la derivación precordial CV. Las derivaciones standard muestran, también, modificaciones en la parte lenta del complejo ventricular, sucediendo lo mismo con la derivación unipolar del brazo izquierdo.

Este perfil electrocardiográfico sugiere la existencia de una "isquemia" miocárdica en la región ánterolateral del ventrículo izquierdo. No hay signos de injuria, ni de muerte miocárdica. Derivaciones precordiales múltiples tomadas a la altura del tercer espacio intercostal (ver fig. 3) acusan modificaciones similares a las obtenidas en las posiciones habituales. Con todo es dable apreciar que son de menor cuantía.

Teniendo en cuenta lo antedicho y la imagen radiográfica que ofrece el corazón del paciente, nos inclinamos a pensar que las modificaciones electrocardiográficas comentadas más arriba sean debidas a la presencia de un quiste hidático del ventrículo izquierdo (*).

Basándonos en nuestra experiencia y en la observación de las alteraciones electrocardiográficas antedichas, creemos que el quiste asienta en la cara ánterolateral del ventrículo izquierdo, que es de un tamaño considerable y que presenta —a la manera de barrera que lo separa de la cavidad ventricular— un espesor reducido de fibras miocárdicas.

Juzgamos de gran utilidad e interés la realización de un estudio angiográfico y tomográfico de este caso.

Estudio angiocardiográfico (setiembre 28, 1951), (ver fig. 4).

Fué hecho con Neo-Iopaz al 75%, y con un seriógrafo y muestra en tres placas sucesivas de levoangiocardiógrama, tomadas con un intervalo de un segundo, una amputación bien neta de la región inferior y externa del perfil interno del ventrículo izquierdo. Esta imagen es persistente y ofrece una intensidad que decrece paulatinamente. La aurícula izquierda y la aorta aparecen claramente rellenas en estas exposiciones.

El angiocardiógrama derecho no ofrece particularidades dignas de mención, a excepción hecha de una falta de vascularización en la zona donde existe una anomalía de la trama pulmonar en el campo izquierdo.

Este estudio tuvo —a nuestro juicio— la virtud de confirmar el diagnóstico que habíamos planteado desde el momento en que estudiáramos a nuestro paciente desde los puntos de vista electrocardiográfico y radiológico. Según nuestra manera de pensar, el quiste —al desarrollarse en el espesor de la pared del ventrículo izquierdo— podía muy bien dar origen a la deformación del perfil externo de dicha cámara cardiaca. Pero también era lógico suponer que el quiste evolucionara hacia la cavidad del ventrículo, sobre todo si se tenía en cuenta la información suministrada por el estudio electrocardiográfico de que el espesor del miocardio ventricular situado por detrás del quiste y separándolo de la cavidad ventricular debía ser reducido. Al ser las cosas así, es fácil aceptar la posibilidad de que la pared situada por detrás del quiste pudiera verse desplazada, pues, hacia adentro.

(*) El estudio electrocardiográfico de los quistes hidáticos del ventrículo izquierdo será motivo de una publicación especial y detallada de los autores.

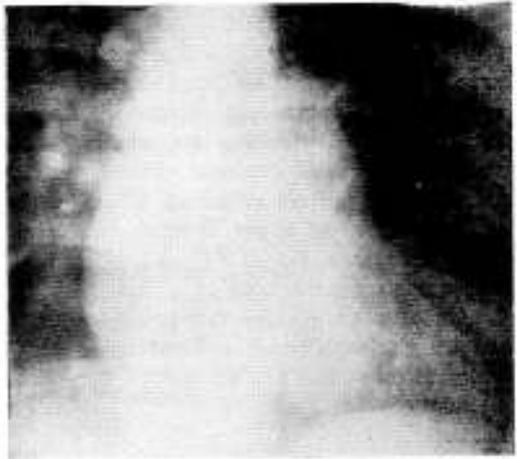
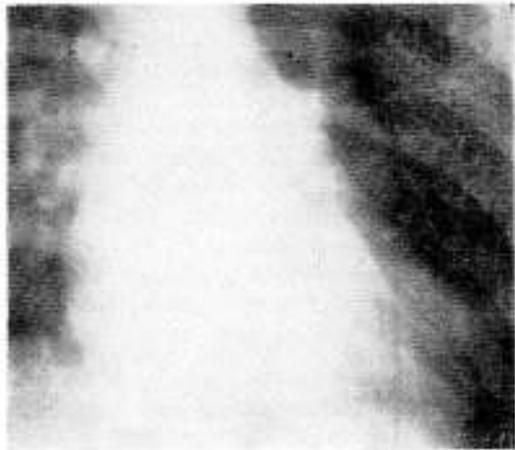
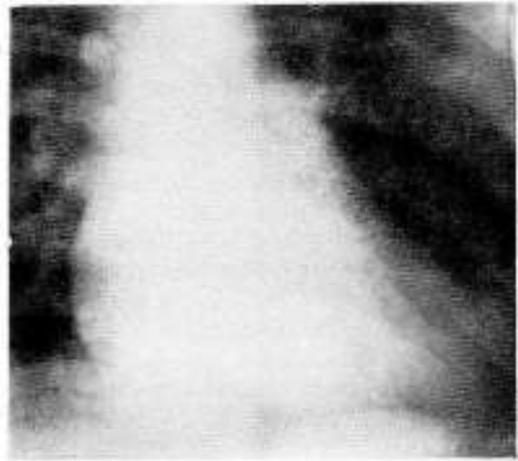


FIG. 4. — Aparecen reproducidas aquí tres placas sucesivas del levoangiocardiógrama, tomadas con un intervalo de un segundo entre sí. Nótese la amputación de la región inferior y externa del perfil interno del ventrículo izquierdo.



Estudio tomográfico (*) Octubre 1º, 1951 (ver fig. 5).

Posible quiste del ventrículo izquierdo o del pericardio.

Aparecen calcificaciones en el área ventricular.

En los estudios seriados (fig. 6) que se le hicieran al paciente, se pone

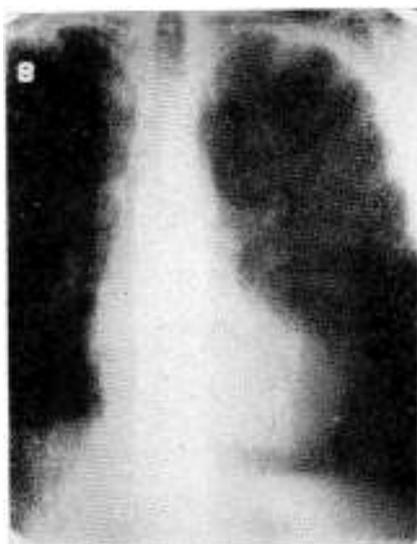
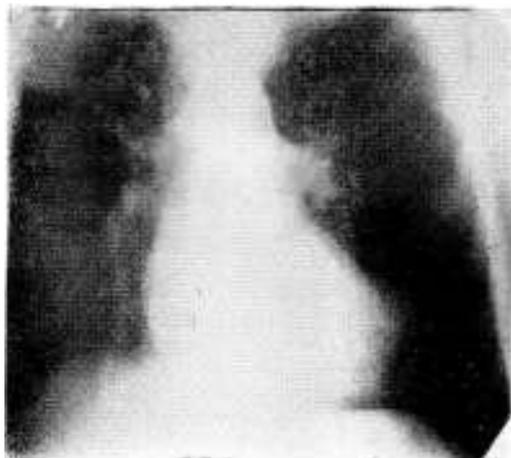


FIG. 5. Estudio tomográfico en el que se observan las calcificaciones y la deformación del ventrículo izquierdo (ver texto).

(*) El estudio tomográfico y el estudio radiográfico simple fueron realizados por los Dres. Eugenio R. Zerboni y Agustín Gorlero Armas.

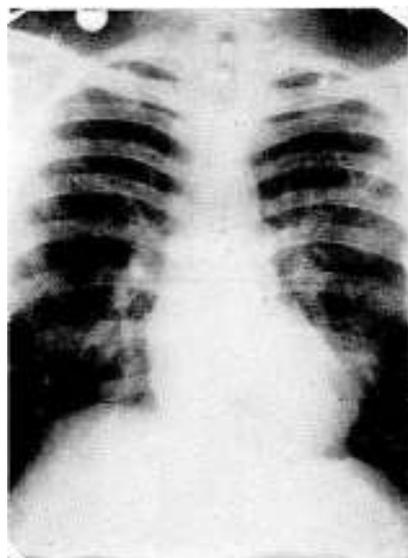
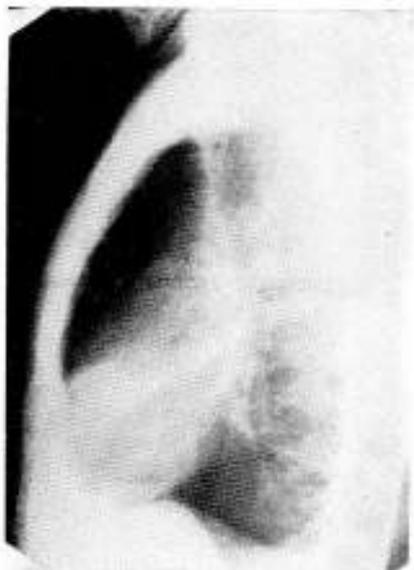
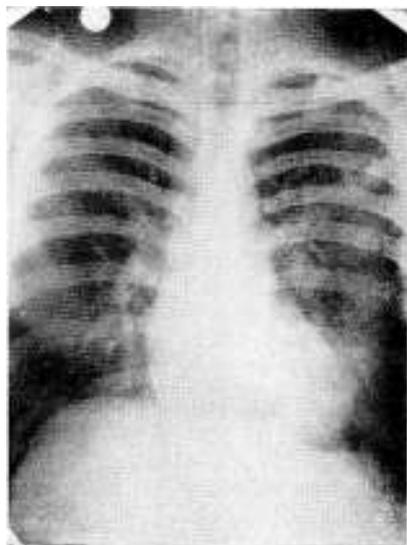
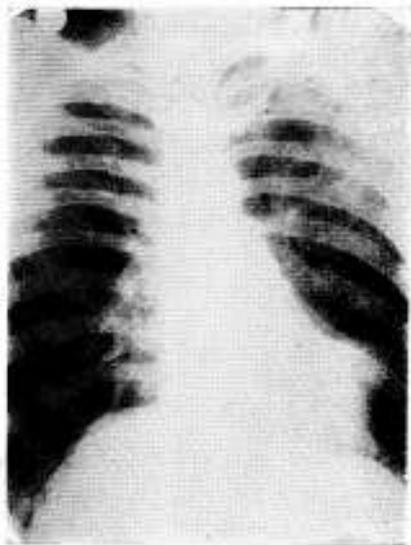


FIG. 6. — Comparando estas reproducciones con las de la figura 1 podemos apreciar el aumento progresivo de la deformación del ventrículo. Esta deformación tiene su expresión máxima en la radiografía obtenida en una posición oblicua anterior derecha.

en evidencia un crecimiento paulatino de la deformación del ventrículo izquierdo, motivo éste que nos decide a proceder quirúrgicamente.

Con el diagnóstico de quiste hidático del ventrículo izquierdo en nuestras manos pensamos en las siguientes directivas: toracotomía izquierda, abordaje de la lesión y proceder en consecuencia.

Una vez dispuestos a la realización del acto quirúrgico, resolvemos darle al paciente durante los cuatro días previos a la intervención una dosis adecuada de Pronestyl, con la idea de evitar, en lo posible, los trastornos del ritmo cardíaco que tan a menudo aparecen en el curso de la cirugía cardíaca.

OPERACION. Octubre 4, 1951.

Cirujano: Prof. Agregado Dr. Luis M. Bosch del Marco.

Ayudantes: Dres. H. Valdez Olascoaga, I. Carrera, T. Chiara y R. Rubio.

Instrumentistas: Srtas. Villamide y Bonilla.

Anestesiista: Sr. A. Cañellas. Anestesia general (Ciclopropano y éter y local. Solución de novocaína al 1/2 % en suero fisiológico durante el acto operatorio. Perfecta tolerancia y evolución de la anestesia.

Posición del paciente: decúbito dorsal con una ligera inclinación hacia la derecha.

Infiltración de los espacios intercostales cuarto, quinto y sexto con novocaína.

Incisión anterior a lo largo de la quinta costilla desde la articulación condrocostal hasta la línea axilar media (fig. 7).

Hemostasis de los planos superficiales y resección costal, que se extiende desde su extremidad anterior hasta la línea axilar posterior o aún rebasándola. Disección del pericondrio del quinto cartílago, resección del mismo e infiltración de la pleura con novocaína.

Apertura de la pleura, no comprobándose adherencia alguna de la misma a la pared. Antes de explorar el contenido visceral, se prosigue la infiltración del territorio subpleural con novocaína y se coloca un separador de Finochietto.

Surge a la vista la existencia de una tumoración que asienta en el corazón por delante y por encima de su ápex y que hace hernia al través del pericardio. Esta tumoración tiene unos seis centímetros de diámetro en el sentido del eje cardíaco y unos

tres o cuatro centímetros de diámetro en sentido perpendicular al anterior.

Su forma es oblonga y ofrece un ligero estrechamiento en su parte media (fig. 8). El resto del órgano no ofrece particu-

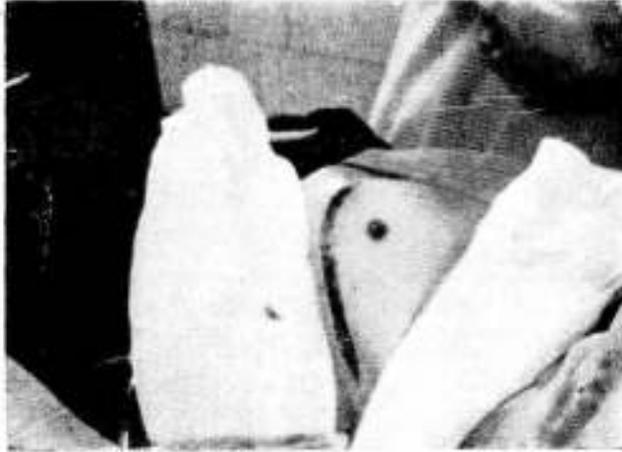


FIG. 7. — Abordaje anterior. — Resección del 5º cart. costal y 5ª costilla.

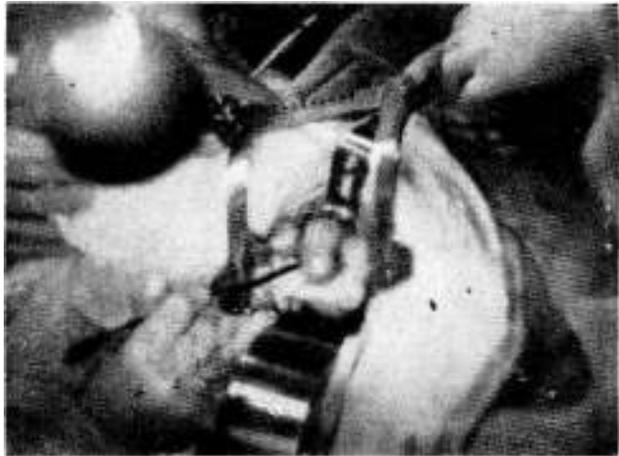


FIG. 8. — Exposición de la lesión. Se ve el corazón y se señala el quiste exteriorizado.

laridades que valga la pena comentar. No existen adherencias anormales del corazón a la pleura mediastinal.

Se procede a infiltrar al pericardio, al diafragma y al pedículo pulmonar con novocaína. En el curso de estas maniobras se aprecia la existencia de adherencias bastante firmes de la cara

lateral y externa del lóbulo pulmonar ánterosuperior a la pleura parietal. Estas adherencias tienen exactamente la misma topografía de la imagen irregular, en forma de trébol, que el examen radiológico había puesto en evidencia y que nos hizo pensar en

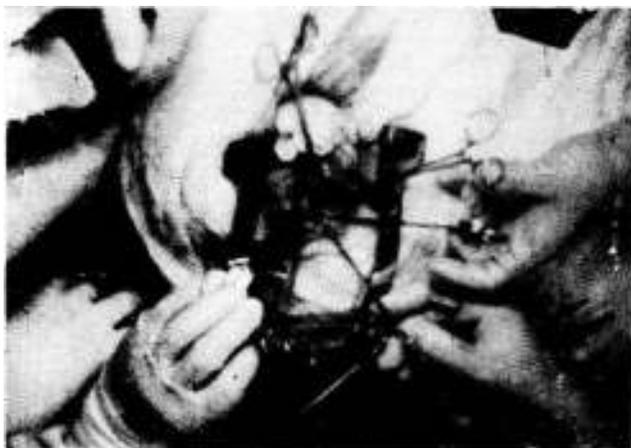


FIG. 9. — Liberación y apertura del pericardio que adhiere tan sólo a nivel de la lesión.

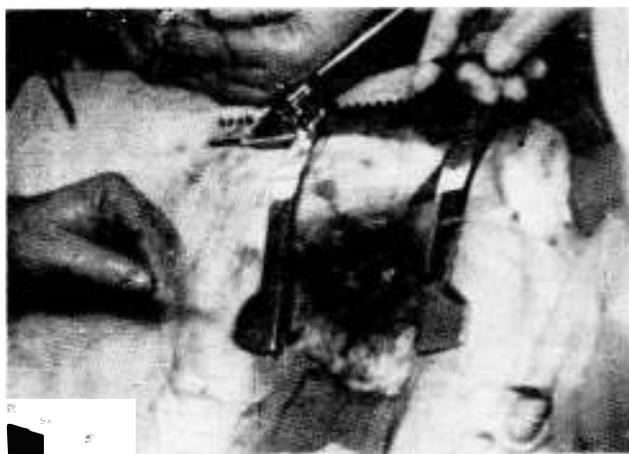


FIG. 10. — En pleno miocardio se ve el orificio abierto de la cavidad quística

la posibilidad de que fuera un quiste aerífero o una secuela hidática.

La exposición del objetivo quirúrgico es ampliamente satisfactoria, dominándose el área cardíaca. Se lleva a cabo la protección de la cavidad torácica con compresas húmedas. Se procede luego a seccionar la hoja parietal del pericardio al nivel de la

tumefacción y se nota que está adherida —en forma relativa— a toda el área de la misma. Por fuera de la tumefacción se observa que el pericardio es normal y que se desliza normalmente sobre el músculo cardíaco.

Una vez seccionado, el pericardio es despegado en un área

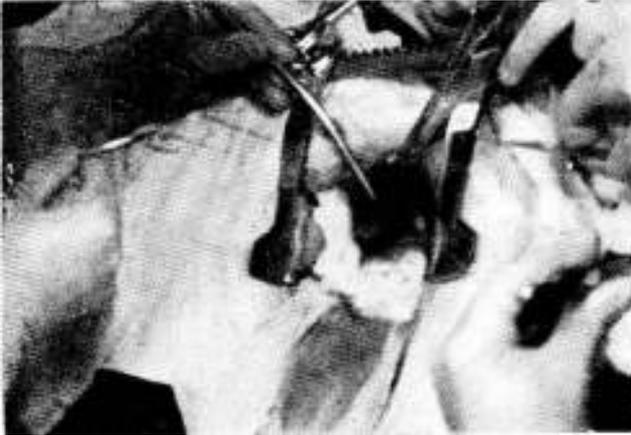


FIG. 11. — Aspiración del contenido.

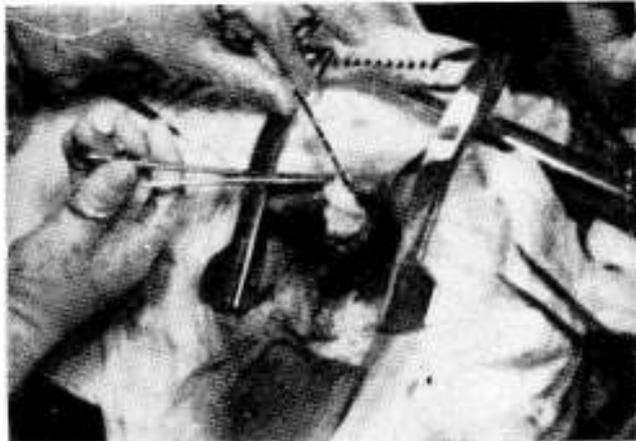


FIG. 12. — Obtención del registro electrocardiográfico intracardiaco.

circular de unos cuatro centímetros de diámetro. Con tractores hechos de hilo de lino se señalan los puntos cardinales.

Se procede inmediatamente a puncionar a la masa tumoral, que es miocárdica, con una aguja fina a la que se le ha adaptado un tubo en T para poder aspirar a través de ella, no lográndose

extraer nada. Se resuelve, entonces, hacer una nueva punción, utilizándose esta vez un trocar, que también fué negativa. Al retirar el trocar, surge por el orificio que dejara éste un líquido achocolatado y viscoso. Luego de este episodio se resuelve hacer una incisión de la tumefacción con la punta de un bisturí y muy cautelosamente.

Para lograr la apertura de la cavidad es necesario incidir una pared de un par de centímetros de espesor. Una vez abierta una brecha en ella salen restos de una membrana hidática envejecida y un magma caseoso cuyo resto se extrae de la cavidad con una pinza de corazón en maniobras repetidas (figs. 10 y 13).

Colócase luego una gasa embebida en novocaína dentro de la cavidad hidática, que se muestra amplia, anfractuosa y que permite la introducción —en profundidad— de un dedo en una distancia de cinco centímetros. En el fondo de la misma no puede apreciarse un dedo que fuera introducido con tal fin contracciones musculares francas, lo que hace pensar —confirmando la interpretación electrocardiográfica preoperatoria— que la pared miocárdica remanente y yuxtaendocárdica es de reducido espesor.

Visualización de la cavidad con espéculo fino. Antes de su cierre se coloca un electrodo en el fondo de la misma con el fin de obtener un registro electrocardiográfico y de comprobar si nuestros asertos preoperatorios estaban en lo justo (fig. 12). El hecho de haber registrado una pequeña onda R y una inversión muy neta de las ondas T no hizo otra cosa que confirmar nuestras suposiciones (ver fig. 15). Además, la elevación de los segmentos RS-T registrada en este trazado y que no estaba presente en ninguna de las derivaciones del trazado preoperatorio, habla de la presencia de una "corriente de injuria". Esta debe haber sido provocada por la presión del electrodo sobre la pared interna del quiste y nos indica que, por detrás de ella, hay músculo cardíaco excitable.

Con posterioridad al registro electrocardiográfico se realiza una sutura para cerrar la brecha miocárdica mediante tres puntos separados de hilo de lino. Nada sangra, ni aún la transfixión del miocardio.

Cierre parcial de la brecha pericárdica con tres puntos de lino.

Inyección de 400.000 unidades de penicilina dentro de la cavidad antes de su cierre.

Revisión del campo operatorio. Lavado de la cavidad pleural y aspiración del líquido de la misma. Nueva infiltración con

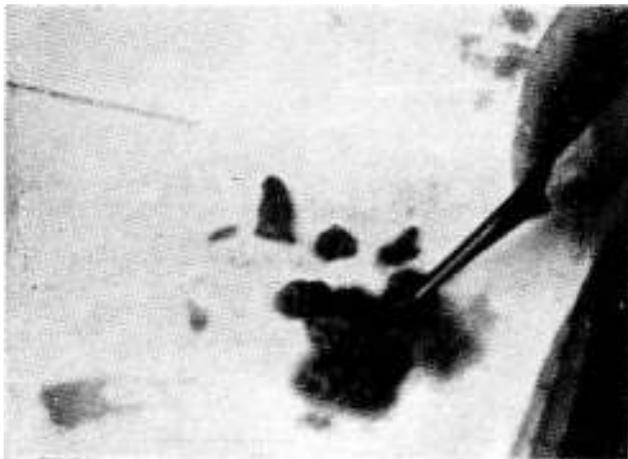


FIG. 13. — Parte del material extraído "masilla hidática"

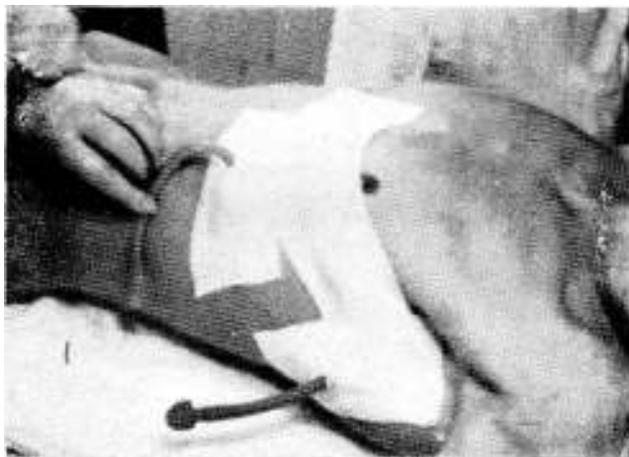


FIG. 14. — Apósito. Dos tubos anterior y posterior de drenaje pleural.

novocaína de la region subpleural. Cierre con surget de catgut según la técnica habitual. Puntos separados de refuerzo. Lavado de la herida.

Se dejan dos tubos de drenaje en los fondos de saco pleurales anterior y posterior, que se extraen, respectivamente, por contrabertura (fig. 14).

Cierre hermético del tórax.

Nylon en la piel.

En suma: quiste hidático alterado de la pared ventricular izquierda, situado por encima y por delante del ápex cardíaco. Pericardio adherente en la zona exteriorizada del quiste.

Operación bien tolerada. Durante todo el acto operatorio llevóse a cabo un contralor electrocardiográfico, no registrándose

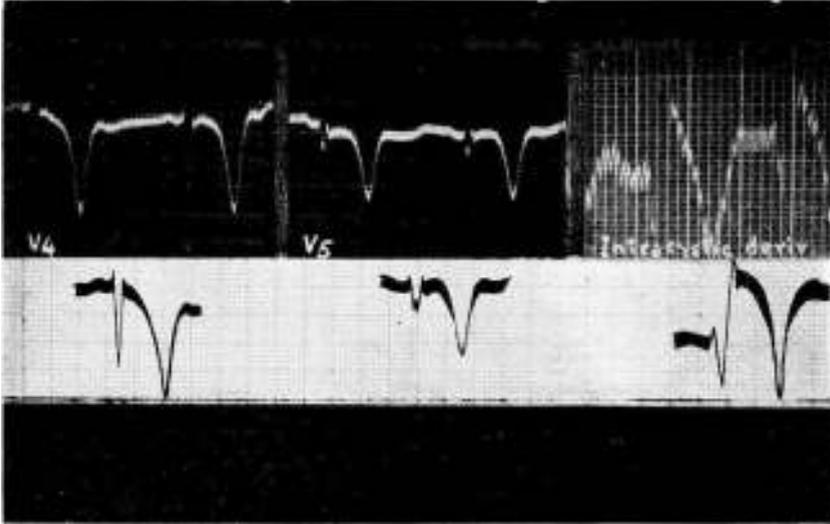


FIG. 15. — Estudio electrocardiográfico comparativo entre las posiciones precordiales 4 y 5 y la derivación tomada dentro del quiste durante el acto operatorio (ver texto).

en ningún momento el más mínimo trastorno del ritmo cardíaco. En algún momento se llegó a comprobar una taquicardia sinusal de 120 contracciones por minuto. La tensión arterial no se modificó, manteniéndose la tensión sistólica en 120 mm. de mercurio. El paciente salió del acto operatorio con 80 pulsaciones por minuto y en óptimas condiciones. Recibió 250 c.c. de sangre.

Duración de la operación: dos horas.

Film operatorio.

Estudio electrocardiográfico postoperatorio.

Fueron obtenidos varios trazados.

Aparece aquí reproducido (ver fig. 16) el que fuera logrado el día nueve, es decir, cinco días después de la intervención.



FIG. 16. — Estudio electrocardiográfico postoperatorio (ver texto).

A pesar de que, por la presencia de la herida de la toracotomía izquierda, no fuera posible registrar las derivaciones precordiales en los puntos habituales, notamos que este trazado



FIG. 17. — Placa postoperatoria a las 24 horas de la operación. Pulmon re-expandido. Velo pleural en base izq. Ascenso del hemidiafragma izquierdo.

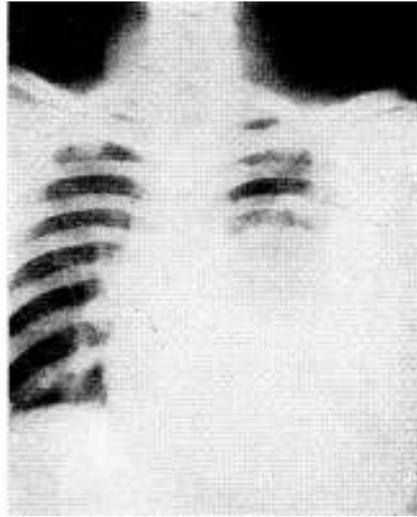


FIG. 18. — Persiste el velo pleural. días después de la operación.

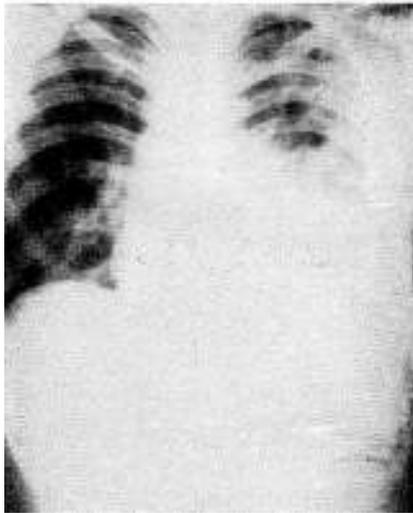


FIG. 19. — Persiste el velo pleural.

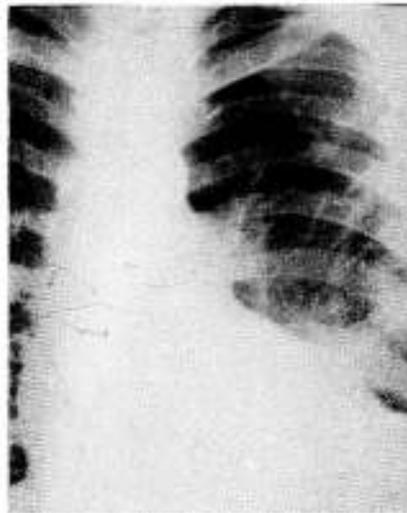


FIG. 20. — Regresión de la reacción pleural. Ascenso del hemidiafragma izquierdo.



FIG. 21. — Tomografía (frente). Pulmón reexpandido. Desaparición del velo pleural.



FIG. 22. — Tomografía (perfil). Hemidiafragma izquierdo ascendido. Persisten calcificaciones en el área cardíaca.

acusa un menor grado de inversión de las ondas T en las posiciones precordiales 3 y 5 y en las derivaciones standard 1 y 2.

De acuerdo con lo que hemos visto en otros casos, estamos en condiciones de afirmar que el electrocardiograma de este paciente —después del acto quirúrgico— no habrá de volver a adquirir un perfil normal.

Al persistir el bajo voltaje de las ondas R en varias de las posiciones precordiales, nadie está en condiciones de poder apartar de su mente la posibilidad más o menos remota de un aneurisma del ventrículo.

Evolución postoperatoria.

Sin incidentes dignos de mención. El paciente conservó un excelente estado general, presentando una discreta disnea durante los primeros días. El ritmo cardíaco no ofreció ninguna alteración, a excepción hecha de una discreta taquicardia en el curso del período postoperatorio inmediato.

Apareció un soplo tubopleural en la base pulmonar izquierda, que desapareció al cuarto día y que coincidió con un descenso de su temperatura. Había presentado un ascenso térmico hasta los 38°.

Fué levantado a las cuarenta y ocho horas de operado, retirándosele en ese entonces el tubo de aspiración anterior. El tubo posterior fué retirado al cabo del tercer día.

La herida operatoria evolucionó muy bien. Los puntos fueron retirados al cuarto día.

Al quinto día de operado fué obtenido el primer registro electrocardiográfico.

Se le mantiene hospitalizado —exagerando las medidas de prudencia— hasta el 23 de octubre, estudiándolo reiteradamente desde el punto radiológico. En ese día es dado de alta, encontrándose en perfectas condiciones (ver figs. 17-22) (1).

El 13 de noviembre recibimos un informe de su médico de cabecera en Treinta y Tres, que reza así: “el paciente presenta un inmejorable aspecto general”.

(1) El estudio radiológico no contrastado fué realizado por los Dres. E. Zerboni y A. Gorlero.

Comentarios

De acuerdo con las informaciones obtenidas, la literatura médica mundial ha podido recoger hasta el momento actual un solo caso de quiste hidático del ventrículo izquierdo que fuera tratado quirúrgicamente. (19)

Con pocos días de separación hemos tenido la excepcional oportunidad de ver tres casos de hidatidosis del ventrículo izquierdo de la variedad que se nos ha dado denominar "tumoral", que tiene la enorme virtud de poder ser diagnosticada y topografiada con gran precisión antes de que origine las complicaciones consabidas.

De todo ello surge la lógica consecuencia: el tratamiento quirúrgico adecuado de la afección, que aleja, así, los peligros que se ciernen sobre los pacientes. No dejamos de reconocer, sin embargo, que se trata de una cirugía riesgosa, aunque en esta oportunidad —por lo menos— la evolución natural de la enfermedad facilitó considerablemente el abordaje quirúrgico.

Creemos que este tipo de hidatidosis cardíaca debe ser más frecuente de lo que parece ser y llamamos una vez más la atención de los colegas sobre la manera de proceder al estudio exhaustivo de cada paciente en el que se sospeche la presencia de una hidatidosis cardíaca.

Hacemos una vez más hincapié sobre el valor que tiene la radiología y, por encima de ella, la angiocardiografía y la electrocardiografía en el reconocimiento de esta importante variedad de la hidatidosis cardíaca.

RESUMEN

Los autores relatan uno de los muy primeros casos de equinocosis no complicada del ventrículo izquierdo de la literatura mundial, que fuera operado con todo éxito. Han tenido la oportunidad realmente excepcional de diagnosticar tres casos de esta localización de la enfermedad en un período de tiempo muy breve.

El diagnóstico de este caso de equinocosis del ventrículo izquierdo (forma seudotumoral) fué hecho gracias a la invaluable ayuda de la radiología simple, de la electrocardiografía y de la angiocardiografía, antes de que apareciera alguna de las complicaciones habituales de esta enfermedad.

Hacen hincapié sobre todo en el valor diagnóstico de la electrocardiografía y de la angiocardografía y describen un perfil característico de cada uno de estos métodos de estudio en esta localización de la afección. Ambos métodos resultaron ser de una enorme fidelidad en lo que a la localización del quiste hidático ventricular se refiere.

Hacen, además, amplios comentarios sobre la técnica quirúrgica empleada.

S U M M A R Y

The authors report one of the very first cases of uncomplicated echinococcus disease of the left ventricle that underwent operation successfully. They had the exceptional opportunity of diagnosing three of such cases in a very short period of time.

The diagnosis of this form (pseudotumoral form) of echinococcus disease of the left ventricle was made by X-Ray examination, by electrocardiography and by angiocardiology, before the appearance of any one of the common complications of this disease.

They put special emphasis on the diagnostic value of electrocardiography and angiocardiology and describe a diagnostic pattern of each document. Both methods were extremely accurate as far as the localization of the cyst was concerned.

Comments are made on the operative technique applied to this case, which had an uneventful recovery.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BRITO FORESTI, C. y BONABA, J. — Quistes hidáticos del corazón, uno de ellos abierto en el ventrículo izquierdo donde hacen irrupción sus vesículas hijas en una enferma portadora de quistes hidáticos viscerales múltiples (cerebro, riñón, bazo). Integridad del hígado y los pulmones. Rev. Méd. del Uruguay, 16. 539. 1913.
- 2) BRITO FORESTI, C. y BONABA, J. — Un cas de kystes hydatiques visceraux multiples (coeur, cerveau, reins). Rupture de l'un des kystes du coeur dans l'oreillette gauche. Constatation à l'autopsie de vésicules libres à l'intérieur des cavités cardiaques gauches. Integrité du foie et des poumons. Bull. et Mem. Soc. Méd. des Hôp., 38, 262. 1914.
- 3) BADO, J. L. — Quiste hidático del corazón. Apartado de la Soc. de Anat. Patológica de Montevideo, Agosto 1930.

- 4) CARRAU, A. y MOREAU, J. L. — Sobre hidatidosis cardíaca. Arch. de Pediatría del Uruguay, 1, 462. 1930.
- 5) MORQUIO, L. — Kyste hydatique primitif du myocarde ouvert dans le ventricule gauche: hydatose métastatique avec neuf kystes dans le cerveau et deux kystes dans la rate. Arch. de Méd. d. Enf., 37, 90. 1934.
- 6) PEREZ FONTANA, V.; RODRIGUEZ, B. y RODRIGUEZ BARRIOS, R. — Quistes hidáticos del cerebro. Arch. Internac. Hidatid., 4, 263. 1938.
- 7) PIAGGIO BLANCO, R. A. y GARCIA CAPURRO, F. — Equinococosis pulmonar. Editorial "El Ateneo", Buenos Aires, 1939.
- 8) SCHROEDER, A. H. y MEDOC, J. — Quistes hidáticos del cerebro, co razón y riñón. An. Int. Neurol. Montevideo. 4, 5, 263. 1942-1943.
- 9) SCHROEDER, A. H. — Nuevos casos de quistes hidáticos cerebrales. An. Inst. Neurol. Montevideo. , 5, 245. 1942-1943.
- 10) SCHROEDER, A. H. — Diagnóstico del quiste hidático cerebral y su tratamiento. An. Inst. Neurol. Montevideo, 3, 11. 1941.
- 11) AMARGOS, A.; ARMAND UGON, V.; LARGHERO, P. y DI BELLO, A. — Tres casos de equinococosis cardiopericárdica operados. Arch. Urug. de Med., Cirug. y Especialidades. 30, 483. 1947.
- 12) VIGIL, E.; PIÑEYRUA, J. y DIEZ, R. — Hidatidosis cardiopericárdica. Arch. Urug. de Med. Cir. y Especialid., 31: 249, 1947.
- 13) AMARGOS, A.; MENENDEZ, H. y DI BELLO, R. — Cor pulmonale hidático. Día Méd., 20, 600. 1948.
- 14) PIAGGIO BLANCO, R. A.; DUBOURDIEU, J.; DIGHIERO, J.; CANABAL, E. J. y GROSSO, O. F. — Quiste hidático de la aurícula derecha, equinococosis pulmonar metastática y corazón pulmonar crónico hidático, causado por una obstrucción parasitaria de la arteria pulmonar izquierda y de sus ramas. Arch. Urug. de Med. Cir. y Especial., 36, 530. 1950. Bol. Soc. Cir. Uruguay, 20, 307. 1949.
- 14^a) DEL CAMPO, J. C. — Cor pulmonale hidático. Bol. Soc. Cir. Uruguay, 20, 329. 1949.
- 15) LARGHERO, P.; DI BELLO, R. y VICTORICA, A. — Pericarditis constrictiva hidática. Bol. Soc. Cir., Rosario, 17 .1950.
- 16) PIAGGIO BLANCO, R. A.; ROGLIA, J. L.; PERTUSSO, J. C.; DIGHIERO, J. y CANABAL, E. J. — Quiste hidático del ventrículo izquierdo roto en el pericardio. Pericarditis hidática. Tratamiento quirúrgico. Arch. Urug. de Med., Cir. y Especial., 38, 1. 1951.
- 17) BALDOMIR, J. M.; CANABAL, E. J.; DIGHIERO, J.; AGUIRRE, C. V.; PURCALLAS, J. y SUZACQ, C. V. — Valor del electrocardiograma para establecer el diagnóstico diferencial entre los aneurismas y quistes hidáticos del ventrículo izquierdo. Por publicarse.
- 18) AGUIRRE, C. V.; CANABAL, E. J.; DIGHIERO, J.; PURCALLAS, J.; BALDOMIR, J. M. y SUZACQ, C. V. — Diagnóstico angiocardiógráfico y electrocardiógráfico de los quistes hidáticos del ventrículo izquierdo. Por publicarse.
- 19) D'ABREU, A. L. — The removal of a hydatid cyst from the wall of the left ventricle. Thorax, 5, 362. 1950.

Dr. García Capurro. — Creo que es un caso excepcionalmente interesante y no quiero dejar pasar esto sin felicitar a los doctores, tanto por el diagnóstico, por el estudio del enfermo, antes y después de la intervención que ha sido muy completo, como por la realización de la técnica operatoria y por el buen éxito obtenido. Es lo que quería decir.

Dr. Suiffet. — Me adhiero a las expresiones del Dr. García Capurro en lo que respecta a las felicitaciones a los autores de este trabajo, tanto en lo que corresponde a la parte médica del estudio del enfermo realizado por los doctores Canabal y sus colaboradores, como a la parte de la terapéutica quirúrgica del caso.

Quiero felicitar además de haber podido presenciar esta intervención, que fué realizada sin ninguna dificultad, sin ningún apremio, sin más que con la ansiedad habitual de este tipo de cirugía. El acto quirúrgico se desarrolló sin ninguna dificultad y una vez terminado se pudo decir que había sido sencillo.

Hay que destacar algún hecho anatómico de la lesión. Desde luego que los autores lo han analizado muchas veces, pero posiblemente por ser breves en la comunicación no lo han expresado en este momento.

En primer lugar se trataba en realidad de una secuela hidática, porque la membrana estaba arrollada dentro de la pared del ventrículo en una cavidad con paredes calcificadas. Y llama la atención de que este caso no hubiera tenido algunas de las complicaciones que son por lo menos habituales o más frecuentes, como abertura pericárdica o en las cavidades cardiacas. El pericardio formaba parte de la adventicia pero la pared adventicial estaba netamente constituida por el miocardio. Una vez que se evacuó la cavidad y extrajo la membrana, el problema más serio fué resolver la conducta frente a la cavidad residual. Los doctores Canabal y Aguirre, que estaban presentes, temían por el futuro de ese miocardio y pensaban, como es lógico, todavía hay que seguirlo pensando, en la posibilidad de la dilatación aneurismática de la cavidad izquierda. No se descarta que esa zona débil con los procesos degenerativos y regresivos que habitualmente se producen en las adventicias hidáticas, y más cuando es un órgano muscular como en este caso, pueda sufrir con el tiempo la dilatación bajo el impulso de la presión sistólica. Es indiscutible que las lesiones no han podido regresar dado que todavía se observa la calcificación en el ventrículo izquierdo.

De manera que solamente quedaría esta reserva para el futuro en la evolución de este tipo particular de equinocosis cardíaca.

Repito que me adhiero a las felicitaciones del Dr. García Capurro a los autores.

Dr. Cosco Montaldo. — También he vivido todo el proceso de diagnóstico y del acto quirúrgico de este caso. Creo que honestamente no podía pasar sin felicitar al Dr. Bosch del Marco y sus colaboradores por la manera tan completa como estudiaron este caso. El estudio angiográfico es un estudio muy feliz, muy demostrativo.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Considero que este caso, en el cual se hizo el estudio electrocardiográfico operatorio, es el único caso del país que ha sido estudiado de esa manera tan completa.

Así que, en honor al éxito y al mismo tiempo al estudio meticoloso pre y postoperatorio del enfermo, es que vuelvo a felicitar a los autores de esta comunicación.

Dr. Palma. — La Mesa se adhiere a las felicitaciones a los autores por su interesante caso.

Dr. Bosch del Marco. — Agradezco en general y en particular a los Dres. García Capurro y Suiffet.