

QUISTE HIDÁTICO DEL VENTRÍCULO IZQUIERDO (*)

10 casos tratados en el Uruguay

Dr. Pedro Larghero Ybarz

Las etapas fundamentales cumplidas en el Uruguay en el conocimiento y el tratamiento del quiste hidático del corazón y del pericardio son:

1º) En 1913 Brito Foresti y Bonaba publican el primer caso de la literatura nacional. 2º) En 1930, Bado da a conocer una pieza de quiste hidático del tabique interventricular donde se pone de relieve un hecho fundamental de esta afección, cual es la evolución latente. 3º) En 1938, Amargós y Larghero operaron, sin diagnóstico previo, el primer caso de pericarditis hidática. 4º) En 1938 y 1940, Amargós y Di Bello comprobaron la constancia de los signos electrocardiográficos característicos del quiste hidático del ventrículo izquierdo que había sido descrito en 1927 por Agote, Goyena y Bianchi en la Argentina. 5º) En 1940, Amargós y Armand Ugón tratan el primer caso de complicación pericárdica del quiste hidático del ventrículo con diagnóstico pre - operatorio. 6º) En 1950, Roglia realiza, por primera vez, el tratamiento simultáneo de la pericarditis y del quiste hidático que la originó. 7º) En 1951, Armand Ugón opera el primer caso de quiste hidático del ventrículo izquierdo diagnosticado con precisión y antes de la rotura. 8º) En 1952, Pérez Fontana y Sapriza tratan el primer caso de quiste hidático del ventrículo izquierdo operado con la máxima precocidad en la etapa de quiste hialino, intacto y no degenerado.

En este largo período el reconocimiento del quiste hidático del corazón, puede ser dividido en tres etapas: 1º) De 1913 a 1938 el diagnóstico de los casos conocidos es hecho en la autopsia.

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía, el día 13 de abril de 1955.

2º) De 1938 a 1951, el quiste fué diagnosticado por sus complicaciones pericárdicas o viscerales. 3º) De 1951 a 1954, fueron operados diez casos de quiste hidático del ventrículo izquierdo, antes de toda complicación o con complicación muy reciente, pero en los diez casos el enfermo fué a la mesa con el diagnóstico clínico, radiológico y electrocardiográfico preciso.

A la escuela de Piaggio Blanco, corresponde el mérito de la interpretación fisiopatológica y de la jerarquización como elemento de diagnóstico de las modificaciones electrocardiográficas producidas por la presencia de un quiste hidático en la pared del ventrículo.

El material patológico, radiológico y de esquemas que va a ser presentado corresponde, en parte, a los casos operados a partir de 1951 y por otra parte, a la documentación publicada o inédita que se posee sobre este tema que en partes es personal y en otra parte es cedida amablemente por los autores.

QUISTES HIDATICOS DEL VENTRICULO IZQUIERDO

SUMARIO DE ORDEN CRONOLOGICO

10 Casos operados en el Uruguay, hasta julio de 1954 (*)

OBS. I (20). — Piaggio Blanco, R. A.; Roglia, J. L. 6 - IV - 1950. H., 25a.

Diagnóstico: Ruptura en pericardio.

Tiempo evolución sintomática: Menos de 30 días. Cuadro doloroso torácico súbito. Shock. Urticaria.

Estado del pericardio: Pericarditis serofibrinosa. 1800 c.c. de contenido.

Evolución: Curación.

Cita bibliográfica: Piaggio Blanco, R. A.; Roglia, J. L.; Pertusso, J. C.; Dighiero, J.; Canabal, E. J. "Arch. Urug. Med. Cir. Esp.", 38: 1 - 36; 1951.

OBS. II (21). — Piaggio Blanco, R. A.; Armand Ugón, V. 15 - IX - 1951. H. 43 a.

Diagnóstico: Hallazgo radiológico.

Tiempo evolución sintomática: Dos años. Leves dolores precordiales.

Estado del pericardio: Sano.

Evolución: Curación.

Cita bibliográfica: Armand Ugón, V.; Piaggio Blanco, R. A.; Mez-

(*) La numeración de I a X de las observaciones corresponde a la serie de casos de quistes hidáticos del ventrículo izquierdo, objeto de este trabajo. El número agregado es el que le corresponde en la serie total de 35 observaciones de equinococosis del corazón y pericardio encontrados en 40 años en el Uruguay.

BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

zera, J.; Aguirre, C. V.; Purcallas, J. "Rev. de la Tuberculosis del Uruguay", XIX: N° 2: 57 - 66; 1951.

OBS. III (22). — Canabal, E. J.; Bosch del Marco, L. M. 4 - X - 1951. H. 27 a.

Diagnóstico: Hallazgo radiológico.

Tiempo evolución sintomática: Dos meses. Dolor torácico.

Estado del pericardio: Adherente a la adventicia del quiste emergente.

Evolución: Curación.

Cita bibliográfica: Bosch del Marco, L. M.; Canabal, E. J.; Dighiero, J.; Baldomir, J. M.; Suzacq, C. V.; Antiga, P. F. "Bol. de la Soc. de Cir. del Uruguay", XXII: 576 - 598; 1952. "Arch. Urug. Med. Cir. Esp.". 41: 159 - 181; 1952.

OBS. IV (24). — Canabal, E. J.; Larghero, P. 15-XI-1951. M. 27 a.

Diagnóstico: Hallazgo radiológico.

Tiempo evolución sintomática: Ninguno.

Estado del pericardio: Adherente a la adventicia del quiste emergente.

Evolución: Curación.

Cita bibliográfica: Inédito. Equinococosis cardíaca. Canabal, E. J.; Dighiero, J.; Aguirre, C. V.; Purcallas, J.; Suzacq, C.; Horjales, J. Presentado al "Premio Soca".

OBS. V (27). — Sapriza, J. P.; Pérez Fontana, V. 14-IV-1952. H. 10 a.

Diagnóstico: Hallazgo radiológico.

Tiempo evolución sintomática: Ninguno.

Estado del pericardio: Sano (único caso de quiste hialino).

Evolución: Curación.

Cita bibliográfica: Pérez Fontana, V.; Sapriza, J. P. "Arch. Internac. Hidatidosis". XIII: 157 - 162; 1953.

OBS. VI (28). — Isasi, E.; Mezzera, J.; Chifflet, A. 22-VI-1952. M. 47 a.

Diagnóstico: Insuf. cardíaca. Cardiomegalia.

Tiempo evolución sintomática: Dos meses.

Estado del pericardio: Hidático pericarditis.

Evolución: Curación.

Cita bibliográfica: Inédita.

OBS. VII (29). — Purriel, P.; Larghero, P. 28-VIII-1953. M. 27 a.

Diagnóstico: Insuf. cardíaca.

Tiempo evolución sintomática: Un año.

Estado del pericardio: Adherencia a la adventicia emergente.

Evolución: Curación.

Cita bibliográfica: Purriel, P.; Muras, O.; Quiste hidático del ventrículo izquierdo. "El Tórax", III: 140 - 159; 1954.

OBS. VIII (31). — Horjales, J. O.; Sanjinés, A. 16-X-1953. M. 33 a.

Diagnóstico: Hallazgo radiológico.

Tiempo evolución sintomática: Un año. Dolores precordiales.

Estado del pericardio: Adherencia a la adventicia emergente.

Evolución: Curación.

Cita bibliográfica: Inédita.

OBS. IX (32). — Isasi, E.; Sanginés, A. 7-IV-1954. H. 54 a.

Diagnóstico: Crisis disnea paroxística.

Tiempo evolución sintomática: Un año.

Estado del pericardio: Sano.

Evolución: Curación.

Cita bibliográfica: Inédita.

OBS. X (33). — Sapriza, J. P.; Roglia, J. L. 29 - VI - 1954. H. 15 a.

Diagnóstico: Ruptura en pericardio.

Tiempo evolución sintomática: 30 días. Síndrome doloroso agudo torácico precordial. Edemas. Cianosis. Urticaria generalizada.

Estado del pericardio: Pericarditis aguda fibrinosa. Fibrosis del pericardio.

Evolución: Muerte. (Fibrilación ventricular).

Cita bibliográfica: Inédita.

Desde 1913 a 1954, fueron diagnosticados en el Uruguay, 35 casos de equinocosis del corazón y del pericardio.

En 23 casos el quiste primitivo, asentaba en el ventrículo izquierdo. Solamente en 10 de los 23 casos el quiste miocárdico primitivo, pudo ser tratado quirúrgicamente.

En 7 de las 10 observaciones el quiste de la pared del ventrículo izquierdo, no se había complicado de ruptura ni en el pericardio, ni en la cavidad; en los 3 restantes, el quiste se había roto en el pericardio, pero el cirujano pudo, en el mismo acto operatorio, tratar la complicación pericárdica y hallar y evacuar el quiste original.

En los 10 casos, pues, el objetivo básico del tratamiento de todo quiste hidático visceral fué cumplido.

A J. L. Roglia, le corresponde el mérito de la primera observación mundial de tratamiento simultáneo del quiste primitivo y de la pericarditis fibrinosa ocasionada por su ruptura, ocurrida menos de un mes antes de la operación (6 de abril de 1950).

V. Armand Ugón, operó 18 meses más tarde el primer caso de quiste hidático del ventrículo izquierdo, antes de toda complicación (15 setiembre de 1951).

Estas dos observaciones ponen de relieve la gravitación que

han tenido en el avance actual del tratamiento del quiste hidático del corazón en el Uruguay, dos factores:

1º) El diagnóstico precoz y en la etapa asintomática, por el examen de colectividades y el examen radiológico cardíaco de rutina, en todo portador de quiste hidático visceral (particularmente pulmonar, hepático y cerebral).

2º) El valor localizador de los signos E.C.G. de isquemia del miocardio, cuya expresión más típica es, en síntesis, la inversión de la onda T en la 1ra. derivación standard y en las derivaciones precordiales, la menor amplitud de R, y la ausencia de la onda Q patológica.

Estas modificaciones sobre las que Agote, Goyena y Bianchi llamaron la atención en 1927, fueron ratificadas por primera vez en nuestro país en 1938 y 1940, en 3 casos de equinocosis cardiopericárdica, por A. Amargós, R. Piaggio Blanco y su grupo cardiológico pusieron de relieve su importancia para la exacta localización del quiste y estudiaron exhaustivamente su fisiopatología. A Piaggio Blanco y colaboradores, les corresponde además el mérito de la exacta localización del quiste en los 4 primeros y en el 6º de los casos de quiste hidático del ventrículo operados. Los otros casos pertenecen a Purriel, Sapriza, Isasi y Horjales.

En las 10 observaciones el enfermo llegó a la mesa con el diagnóstico de localización precisa por el E.C.G. En los 7 casos de quiste intacto, la deformación del corazón era evidente a R.X. y fácilmente apreciable en el acto operatorio. En las 3 observaciones de ruptura en el pericardio, el quiste que no aparecía a la exploración visual y manual del corazón, fué buscado y hallado gracias a la localización E.C.G. Estos 3 casos contenían, en una adventicia parcialmente vaciada y sin tensión la membrana madre entera en 2, y múltiples vesículas en uno.

9 de los 10 casos curaron. Curación operatoria y clínica, con recuperación completa de su actividad, persistiendo en algunos las modificaciones E.C.G., iguales o atenuadas. (Obs. postoperatoria incompleta).

En una de las observaciones (niño de 10 años, con quiste hialino), el E.C.G. se normalizó totalmente antes de las 3 semanas.

1 caso falleció por fibrilación ventricular instalada al final de la operación (pericarditis hidática aguda fibrinosa por ruptura de quiste hidático).

En suma, en 10 casos de quiste hidático del ventrículo izquierdo, intacto o con ruptura en el pericardio, la conjunción del hallazgo precoz por el examen de masas, del diagnóstico topográfico preciso por el E.C.G. y de una técnica quirúrgica simple basada en los principios fundamentales del tratamiento de las equinocosis viscerales, dió 90 % de curaciones.

Se presentan con 82 láminas, los siguientes capítulos en relación con la equinocosis cardiopericárdica.

Este material va a ser reproducido en "El Tórax":

1º Topografía de las 35 observaciones.
2º Sumario de las 3 observaciones operadas en la 3ª clínica, por mi colaborador Dr. L. M. Bosch del Marco y por mí.

3º Bases biológicas, anatómicas y patológicas, para el conocimiento de la equinocosis cardíaca.

Su aplicación al diagnóstico y al tratamiento quirúrgico.

4º Patología, diagnóstico radiológico, fisiología patológica (E.C.G.) y complicaciones.

5º Ruptura del quiste hidático en el pericardio.

6º Tratamiento quirúrgico.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Está basado en el conocimiento de la patología y en un correcto diagnóstico topográfico. A las directivas de la cirugía torácica en general y de la cirugía extracardiaca en particular, se deben sumar los conceptos básicos del tratamiento de la equinocosis visceral que más asemeja a la equinocosis cardíaca. Ella es el quiste hidático del hígado, emergente y no complicado ni de ruptura en vías biliares ni de infección:

1º Abordaje a través de la zona emergente de la adventicia.

2º Vaciamiento escrupulosamente completo del parásito y sus restos.

3º Parasiticidas en las formas fértiles.

4º Resección de la adventicia esclero hialina emergente

5º) Conducta variable con el saco adventicio (que en el hígado es casi siempre suturado herméticamente).

El pronóstico operatorio es favorable y lo mismo el pronóstico alejado.

En 10 observaciones de esta serie hubo una sola muerte por accidente, imputable a la acción del éter, con el que se lavó el pericardio al fin de la operación. (Obs. 35. Niño de 10 años. Fibrilación ventricular).

Técnica: La toracotomía ántero lateral sobre el enfermo en posición de 45º sobre el plano de la mesa, con resección de la 5ª costilla, da plena comodidad para el enfermo, el anestesista y el cirujano. Fué empleada en 6 de los 10 casos. En los otros 4 se utilizó la toracotomía póstero lateral.

Conducta con el pericardio: Varía con el estado anatómico del saco pericárdico y con la ubicación del quiste, determinada previamente por el E.C.G., o por la observación visual o por la palpación en el acto operatorio.

La conducta es desde luego diferente en los quistes no rotos en el pericardio y en los quistes con ruptura.

1) Quistes no rotos en el pericardio:

El pericardio está libre o con adherencias parciales a la adventicia emergente.

Incisión retrofrénica amplia que permite un abordaje más cómodo del quiste ubicado en general en el borde o cara posterior del ventrículo.

Cuando el pericardio no adhiere a la adventicia, el tumor hidático es traccionado por una corona de hilos que toman en el límite entre adventicia y músculo. Cuando el pericardio adhiere, la incisión contornea la zona adherente.

2) Quistes rotos en el pericardio:

Aislamiento del nervio frénico. Incisión amplia y aún resección de una zona de pericardio cuando la ruptura es reciente (días o semanas); se impone la exploración cuidadosa de todos los recessos de la cavidad evacuada completamente el exudado libre o los restos hidáticos flotantes y despejando la superficie del epicardio y pericardio, del exudado fibrinoso o puriforme que lo recubre.

En los casos de ruptura de larga data, con equinococosis secundaria, la evacuación de los elementos hidáticos de siembra es mucho más laboriosa y no siempre puede ser totalmente cumplida.

Exteriorización del corazón: Tanto en los quistes no rotos como en los complicados de ruptura en el pericardio, los bordes de la incisión del saco pericárdico serán traccionados con hilo para exteriorizar el corazón; la maniobra puede ser completa en los quistes del borde o de la punta con tracción con pinza de Allis, sobre la adventicia emergente y en los quistes de la cara posterior con un asa de hilo pasada a través del apex.

Esta última maniobra es indispensable para el tratamiento de las equinococosis secundarias del pericardio con quistes en cara posterior y fondo de saco de Haller.

Conducta con el parásito: En todos los casos operados, la adventicia era emergente y la lesión pudo ser tratada incidiendo el saco escleroso sin pasar a través del músculo sano.

El tumor hidático es firme, duro, sin latido ni expansión. La punción con aguja de calibre 18 permite conocer el estado del quiste (hialino, multivesicular, degenerado o con necrosis caseosa).

La obtención del líquido claro en las dos primeras formas, afirma la fertilidad del parásito, en cuyo caso se inyectará un líquido parasiticida (formol al 2 %, o éter sulfúrico o cloruro de sodio al 20 %).

La cantidad de líquido parasiticida debe ser siempre pequeña.

La adventicia será incidida en la parte central previa protección hermética de la cavidad pericárdica y contenido, de acuerdo con las normas generales de la equinococosis visceral.

La evacuación del contenido debe ser escrupulosamente completa, poniendo especial cuidado en el receso profundo que se crea en los contornos, por el hecho de que una vez que el quiste pierda tensión, la musculatura profunda del corazón vuelve a su lugar.

La detersión mecánica con chorro continuo y enérgico de suero caliente y la aspiración simultánea, es el medio más efectivo como complemento para desalojar los restos de membrana o

vesículas y despojar la cara interna de la adventicia de los colgajos esclero hialinos resultantes de la necrosis.

Las maniobras mecánicas deben evitar lesionar la superficie interna profunda del saco, donde las fibras aparecen contráctiles y recubiertas por una película de exudado. La hemorragia capilar resultante de maniobras de frotamiento demasiado enérgicas pueden perturbar la normal evolución de la cavidad residual.

En todos los casos había espesor suficiente de músculo entre el saco adventicio y la cavidad del ventrículo, pese a que en 2 de los 10 casos la pared miocárdica era más delgada.

En ninguno de los casos hubo riesgo de ruptura de la pared ventricular. La característica patológica del quiste hidático del ventrículo izquierdo, que ya ha sido descrita explica esta comprobación.

Conducta con la adventicia: En los 10 casos de esta serie los cirujanos han adoptado una conducta acorde con el tamaño del tumor, el estado del parásito y el grado de emergencia del saco adventicio.

- 1) o sutura hermética de la adventicia;
- 2) o resección amplia (subtotal en 1. caso), de la adventicia esclero hialina calcificada y emergente dejando el saco abierto o suturado completa o parcialmente;
- 3) o resección de la adventicia y marzupialización del saco cuyo borde es suturado a la brecha del pericardio parietal.

Todos los procedimientos han dado buen resultado inmediato y alejado. Personalmente creo que la marzupialización al pericardio de los bordes de la brecha dejada por la resección, es la conducta más aconsejable para los casos de los quistes envejecidos, con adventicia esclero - hialina y calcificada, como medio de facilitar la evacuación de la exudación hacia la pleura, evitando la reacción de la serosa pericárdica. Pero debo decir que en 4 de las 10 observaciones, la serosa pericárdica ha sido cerrada herméticamente sin ningún inconveniente.

Drenaje pleural: Lo consideramos imperativo. Usamos el tubo en Y y doble canaleta con una rama fijada al fondo de saco costo - diafragmático posterior y otro a la gotera costo ver-

tebral. El extremo de la rama costo - diafragmática, se enfrenta al orificio de marzupialización para recoger la exudación.

En 2 de las 10 observaciones la pleura fué cerrada sin drenaje y tampoco hubo inconvenientes post - operatorios.

SUMARIO

De 35 observaciones de equinocosis del corazón y pericardio encontrados en el Uruguay entre 1913 y 1954, 23 eran del ventrículo izquierdo. Hasta 1950 sólo habían sido operados casos complicados de ruptura en el pericardio. En los últimos cuatro años, fueron operados diez casos de quistes de la pared del ventrículo izquierdo, de los cuales 7 intactos y 3 complicados de ruptura reciente en el pericardio.

En los diez casos pudo cumplirse la evacuación total del quiste: nueve curaron, uno murió por fibrilación ventricular.

La curación se mantiene, con recuperación completa de la actividad y desaparición de los signos de insuficiencia cardíaca (en los que los presentaban) en los nueve casos de uno a cuatro años después de la operación. Los signos electrocardiográficos característicos de la enfermedad persisten en casi todos los casos. Sólo en uno el electrocardiograma se normalizó a las tres semanas (niño de 10 años con quiste hidático hialino) y en otro caso quedaban sólo alteraciones en la *zona de proyección del quiste*, dos años después de la operación.

Se estudia la dinámica del escolex hasta la pared del miocardio y los factores anatómicos musculares y vasculares del miocardio, que explican las modalidades del injerto hidático. El crecimiento lento del parásito es corroborado por observaciones clínicas (casos de seis y siete años), entre el primer síntoma de la afección (deformación cardíaca o quiste metastático del cerebro) y el diagnóstico operatorio o autopsico del quiste primitivo.

En cinco de los diez casos, los síntomas cardíacos o de complicación pericárdica llevaron al diagnóstico, en tanto en los otros cinco el diagnóstico se hizo por el examen radiológico de colektividades o por el examen de rutina en un enfermo que consulta por un quiste hidático visceral o por otra afección.

La deformación del perfil del ventrículo izquierdo y la calcificación en forma de arco, son los dos signos radiológicos más característicos; otros signos son: la cardiomegalia, la presencia de tumoración paracardiaca izquierda, la deformación de la punta y las imágenes de derrame pericárdico. La angiocardiografía, la tomografía y la kimografía son elementos de gran utilidad en el diagnóstico.

Las modificaciones del electrocardiograma han sido constantes en los diez casos operados.

La irrigación de la periferia al centro del miocardio y la presencia del tumor quístico, con gruesa adventicia con tendencia a hacerse superficial y emergente, dan origen a dislocaciones de las ramas penetrantes de las divisiones de los vasos coronarios y con ello a trastornos de nutrición y atrofia de las fibras miocárdicas. Estas modificaciones se traducen por alteraciones electrocardiográficas características, de las cuales la más típica es la inversión de las ondas T en las derivaciones precordiales.

El capítulo de la patología del quiste hidático del ventrículo izquierdo, está documentado con material humano y de quiste de bovino, destacándose el hecho de que el quiste comprime el miocardio, en el que se aloja y atrofia las fibras, pero el proceso de miositis intersticial queda limitado a escasos milímetros de la adventicia, lo que explica la recuperación completa de los pacientes después de operados.

El tratamiento quirúrgico es simple y responde a las reglas generales del tratamiento de las equinocosis viscerales.

El parásito se encontraba degenerado en nueve de los diez casos, como consecuencia de la larga evolución y del sufrimiento impuesto por su albergue en una víscera contráctil.

Un film en color, producido en uno de los últimos casos operados, permite apreciar los hechos más característicos de la patología de la lesión y de la técnica empleada en su tratamiento.

Dr. Sanjinés. — Deseo agradecer al Dr. Larghero por el trabajo que nos ha traído en el día de hoy, por sus conceptos fisio-patológicos, su documentación, sus resultados. En un diagrama, mostró la vía de llegada del embrión al corazón, con las diferentes barreras que debe sortear en su camino. Si bien todos conocemos las grandes dificultades en su marcha hacia su anidación cardíaca, debemos destacar la frecuencia con la que

la hidatidosis cardíaca se presenta como localización hidática única, es decir sin infestación primitiva de otras vísceras, cosa que ocurre para Dévé en el 80 % de los casos. Es interesante consignar este hecho. De nuestros cinco casos operados de hidatidosis cardíaca, la localización cardíaca de la hidatidosis, aparece clínicamente como única, en cuatro de ellos. En el restante caso, se acompañaba de hidatidosis hepática.

En nuestra experiencia tenemos, que en dos ocasiones, se trataba de un quiste degenerado de ventrículo izquierdo, de cara ántero-lateral cerca de la punta, a contenido "masilla". Los tres casos restantes se trataban de quistes complicados. Uno de ellos, era una hidatidosis secundaria del pericardio y los otros dos restantes, presentaban cada uno de ellos, dos tumoraciones que deformaban y emergían de la superficie ventricular, pudiendo ser uno de los quistes, de siembra, y el otro, el primitivo o ambos secundarios, no habiéndose encontrado el primitivo, cosa relativamente frecuente en el injerto pericardio. No poseemos aún los documentos anatomopatológicos de estos casos. El último de éstos, se trataba de un paciente, que inició su vida patológica aparente hace seis años, con un dolor precordial intenso, a raíz de haber experimentado una caída desde un andamio. En ese entonces, el tipo de dolor, sus irradiaciones, así como el estudio electrocardiográfico hicieron rotular el episodio como un infarto del miocardio. Posteriormente, el enfermo presentó crisis de pérdida de conocimiento súbitas, en ocasiones dolores, rush urticariano, edemas de tipo Quinke y fenómenos bronquiales, configurando todo, típicas manifestaciones alérgicas, que siendo acompañadas de una deformación del perfil izquierdo de la silueta cardíaca, hicieron plantear el diagnóstico al doctor Di Bello, de que aquel primer accidente hubiese sido una ruptura de un quiste hidático cardíaco que estuviese haciendo rupturas iterativas en el torrente circulatorio. En la operación nos encontramos con dos formaciones quísticas haciendo saliencia en la superficie cardio-pericárdica que comunicaban entre sí, una de ellas con un contenido "masilla" y la otra conteniendo una membrana hidática alterada. En una zona, la pared del ventrículo era muy delgada y había allí una pequeña vesícula hidática. Cuando dispongamos de los documentos anatomopatológicos, presentaremos estos casos, como aporte de casuística, al tema.

Una vez más, deseo agradecer al Dr. Larghero, por el trabajo presentado.

Dr. Urioste. — A lo dicho por los Dres. Sanjinés y Sapriza, quisiera agregar dos palabras. En primer lugar decir el placer con que he escuchado esta comunicación de real jerarquía en la cual se hace un estudio completo de un capítulo de la hidatidosis, enfermedad que debemos conocer muy bien. Quiero destacar el estudio anatómico relacionado con el quiste hidático del ventrículo izquierdo. El conocimiento exhaustivo de la anatomía cardíaca es esencial para realizar cirugía cardio-vascular, y ello se pone de manifiesto en esta presentación. En ese sentido, este capí-

tulo del trabajo del Profesor Larghero es para mi de gran importancia pues ayuda a comprender la patología de la hidátida alojada en el corazón, la evolución de la enfermedad, y la técnica quirúrgica. Es lo que quería recalcar en este momento.

Dr. Sapriza. — Felicito el brillante trabajo del doctor Larghero y que se ve, parece que cada día más se hace el diagnóstico del quiste hidático del corazón. Las causas son evidentes: primero el mejor conocimiento del enfermo y segundo el examen en masa que descubre sombras que no han dado al enfermo ninguna sintomatología y 3º, el conocimiento del síndrome electrocardiográfico del quiste hidático del corazón que fué descrito por Amargós y Di Bello en 1927 y actualizado por la escuela de Piaggio y Canabal; es un síndrome electrocardiográfico muy típico, pero que dicho síndrome electrocardiográfico, no es completamente patognomónico. Creo que más de diez casos del Dr. Larghero, no tienen un electrocardiograma típico de quiste hidático del corazón, me parece. Un electrocardiograma francamente normal; depende de las finalidades electrocardiográficas, de la compresión del quiste sobre los vasos coronarios.

Con este conocimiento de los exámenes en masa, sobre todo y síndrome electrocardiográfico, una persona que presente un electrocardiograma anormal sobre todo en la lesión coronaria, para cualquier persona que conozca el tema, buscar una pequeña forma cardíaca que al examen ligero no se vería, se van a descubrir mayor cantidad y sobre todo se van a operar en la etapa quirúrgica, que es completamente segura, casi segura de cura, absolutamente segura. Es lo que quería decir.

Dr. García Capurro. — Primero quiero unirme a los agradecimientos del Dr. Urioste al Dr. Larghero, por traernos este trabajo y pedirle que nos traiga otro. El estudio tan completo del tema como nos trae el Profesor Larghero es para nosotros de gran valor y tenemos la seguridad de que pronto tendremos nuevamente el placer de escucharle.