

ACTA CLINICA

DE HEMEROTECA MEDICA

Redacción: Hemeroteca Médica - Centro de Lectura - Mayor, 15

Año I

Reus, Febrero 1956

Núm. 2

SUMARIO

R. MASSOT GIMENO. — Tratamiento de la meningitis tuberculosa.

J. VERNIS GAVALDA. — Síndrome de Wolf-Parkinson-White (una vía aberrante de conducción aurículo-ventricular).

J. M.^a ALUJA PONS. — Abdomen agudo por perforación intestinal tardía a un enclavamiento de cuello de fémur.

A. CAVALLE MARESMA. — Comentarios a una neurosis infantil.

Tratamiento de la meningitis tuberculosa

R. Massot Gimeno

La localización meníngea de la infección tuberculosa, tenía un pronóstico fatal hasta el advenimiento de la estreptomycinina. Las raras curaciones que se cuentan en la literatura antes del empleo de los antibióticos, se refieren casi todas a casos de diagnóstico no seguro.

Con la estreptomycinina, se empiezan a conseguir algunas curaciones después de tratamientos prolongados, pero estos éxitos terapéuticos forman un porcentaje pequeño de los casos. La estreptomycinina sólo alargaba la supervivencia del enfermo (un año y medio en un caso nuestro).

Posteriormente se dispone del PAS y del TB 1 y entonces, con un tratamiento combinado, se llega al 80 por ciento de curaciones en algunas estadísticas. Pero el progreso realmente considerable en el tratamiento de la meningitis tuberculosa (M. T.), sólo se obtiene con la introducción de la hidrazida isonicotínica.

La historia del primer enfermo de M. T. curado en Reus, en 1952, es la siguiente: Un niño de cinco años de edad, contagiado por su

Abdomen agudo por perforación intestinal tardía a un enclavamiento de cuello de fémur

J. M.^a Aluja Pons

La presente historia clínica corresponde a la enferma J. Ll., de 51 años de edad, intervenida el día 25 de septiembre de 1954.

Desde 1944, aquejaba dolor en la articulación coxofemoral derecha que, según refirió la familia de la paciente, era debido a una coxalgia. En 1953 fué operada por un experto osteólogo, que le practicó un enclavamiento de la articulación coxofemoral.

Enfermedad actual: Desde hacía diez días presentaba un cuadro abdominal con deposiciones diarreicas con sangre. Cuatro días antes de nuestra visita, empezaron dolores en fosa ilíaca derecha y el mencionado día 25 de septiembre fué llamado el internista con motivo de una copiosa enterorragia y estado nauseoso, quien, ante el cuadro de abdomen agudo que presentaba la enferma, solicitó la colaboración del digestólogo y luego la nuestra como cirujano.

Por exploración se apreciaba estado general grave, ligera distensión abdominal, dolor intenso en fosa ilíaca derecha, acentuada anemia, pulso a 160 por minuto y apirexia.

Intentamos hacer un diagnóstico diferencial y pensamos en la posibilidad de una invaginación intestinal, un pólipo de mucosa, un vólvulo o un tuberculoma cecal, éste en atención a la coxalgia que nos refirieron, pero la gravedad del síndrome abdominal, que requería una urgente decisión quirúrgica, no permitió estudiar a fondo la verdadera naturaleza del cuadro clínico, lo que hubiera diferido la laparotomía y procedimos a la práctica de la misma, que había de resolver las dudas diagnósticas y decidir la terapéutica consiguiente.

Previa transfusión sanguínea gota a gota y con anestesia general (atropina, narcovenol, cloruro de etilo, éter y curare), efectuamos una laparotomía media infraumbilical, que permitió apreciar, adherida a fosa ilíaca derecha, una asa de intestino delgado, a través de la cual por palpación, obtuvimos la sensación de un vástago duro, procedente de la pared ósea, penetrante en la luz intestinal, que bien podía ser el clavo colocado en 1953, que hubiera rebasado los límites normales de penetración y lesionado íleon. La única reserva a este



Fig. 1

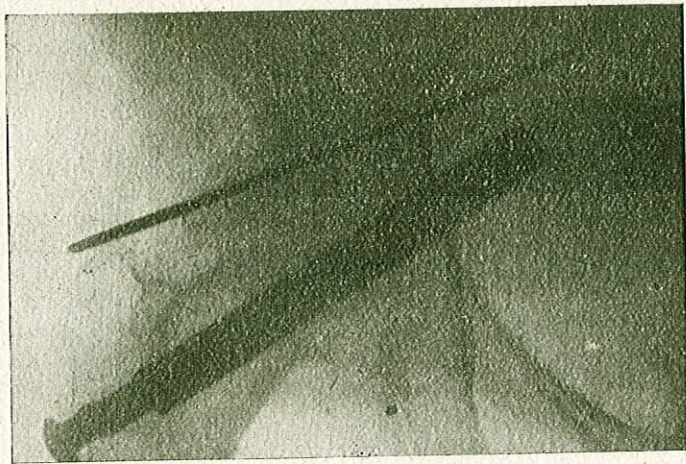


Fig. 2

supuesto inicial, era que las características táctiles de este vástago duro, no eran las propias del de Sven-Johansson —de sección trilaminar— que es el que ordinariamente se usa para el enclavamiento de la articulación coxofemoral.

Por disección obtusa se liberó el asa adherida, que, naturalmente, quedó perforada; previa resección del tejido fibroso que rodeaba la perforación, se suturó transversalmente el asa de íleon y se cerró la pared abdominal por planos.

Resuelta así momentáneamente la gravedad del problema planteado, empezamos las indagaciones para precisar la naturaleza de la intervención practicada en 1953, y fué entonces cuando los familiares de la enferma nos mostraron una radiografía en aquella fecha obtenida (fig. 1), en la que se aprecian las tres guías de Kirschner, de las cuales la central es la aprovechable para la colocación del clavo de Sven-Johansson y al introducirlas se quebró la superior. Es de creer que por deficiencia de la radiografía en la que no se aprecia la cavidad pélvica y por dificultades técnicas de extracción, se dejó abandonado el fragmento interno de dicha guía rota.

Restablecido en parte el estado general de la enferma, practicamos una exploración radiográfica (fig. 2), que confirmó el anterior supuesto al permitir descubrir la excesiva penetración del resto de la guía de Kirschner, verdadera causante del cuadro abdominal agudo, que decidimos retirar tan pronto lo permitiera la reposición de la enferma.

Se consiguió inicialmente un curso postoperatorio magnífico, mediante tónicos, hidratación, antibióticos, etc. Se comenzó la alimentación y reapareció el peristaltismo intestinal, pero a los seis días la enferma presentó un nuevo dolor abdominal, con distensión, pulso pequeño y cuadro peritonítico, quizá por insulto de la aguja de Kirschner, falleciendo al noveno día de la intervención.

De haber sospechado que el objeto duro y penetrante que se palpaba en fosa ilíaca derecha, era una aguja de Kirschner rota y que por tanto podía ser de fácil extracción sin alterar el efecto de fijación de la intervención practicada, hubiéramos intentado extraerla por tracción intraabdominal, pero como que ignorábamos el tipo de operación realizada y el estado de la enferma no permitía demoras, se aplazó para un segundo tiempo con el auxilio de los datos obtenidos por el posterior examen radiográfico, nueva intervención que desgraciadamente no fué posible realizar.