

29-4-1950

CALCIFICACIONES DE PERICARDIO

Dr. J. Codina-Altés

LA calcificación de pericardio, modalidad anatómica de pericarditis constrictiva, no es tan rara como en general se supone. Incluso se encuentra de manera incidental en autopsias o en revisiones militares. Es más frecuente en los hombres que en las mujeres.

Su etiología es predominantemente reumática en las pericarditis adhesivas. En cambio en las constrictivas se debe con frecuencia a la tuberculosis o a las infecciones atenuadas, o bien es secuela de pericarditis purulentas o hemopericardias traumáticas. En muchos casos la causa es incierta. En algunas de nuestras observaciones, la presencia de nódulos pulmonares hematógenos calcificados permitía establecer la etiología tuberculosa.

La calcificación de pericardio es sólo un signo de pericarditis crónica (el único patognomónico, según WHITE) y no puede hacerse sinónima de pericarditis constrictiva, aunque en ésta se presente en un 50 por 100 de los casos.

Pocas veces queda el corazón envuelto por una cáscara calcárea. Lo más corriente son tiras, fajas o placas, con tuberosidades, de uno o varios milímetros de grueso, formando abrazaderas o en forma cartográfica; a veces penetran a modo de espolones en el interior del miocardio, lo que ha dado lugar a accidentes fatales durante la intervención. Los sitios de predilección son los de menor movilidad: surcos coronarios (donde forman como un puente y no suelen provocar estrechamientos de los vasos), luego la cara derecha, la izquierda, y finalmente alcanzan la misma punta cardíaca. Puede existir calcificación extensa sin notable trastorno funcional, por yuxtaposición y articulación de las placas mediante tractus fibrosos.

El mejor método de exploración es la radioscopia, moviendo mucho el paciente detrás de la pantalla y examinándolo en distintas oblicuas; así se consigue que los rayos incidan en la misma dirección de las calcificaciones y se evita que éstas se proyecten sobre columna o sombra cardíaca. Ello permite además precisar su localización, de gran interés para la intervención. A menudo se observan a modo de tiras o franjas, situadas algunos milímetros por dentro del borde de la sombra cardíaca, a la que siguen paralelamente. De preferencia se observan arcos, anillos o placas en los surcos coronarios y en las caras diafragmáticas y esterno-costal del ventrículo derecho. Las calcificaciones del surco coronario izquierdo son bien reconocibles en proyección frontal junto al borde cardíaco izquierdo, desde un milímetro por dentro del arco medio y siguiendo a modo de arco convexo hacia afuera y abajo por dentro del contorno cardíaco. Las del surco derecho (a la derecha de la columna y junto al diafragma) son poco o nada visibles. Las del surco aurículo-ventricular se visualizan mejor y con notable frecuencia en oblicua izquierda

anterior y en forma de circunferencia. Estas calcificaciones deben diferenciarse de otras torácicas y de las intracardiáticas.

En las pericarditis con calcificación se han descrito con frecuencia trastornos del ritmo. Aparte de algunos casos con arritmias poco corrientes, lo más frecuente es el flutter y sobre todo la fibrilación auricular.

El valor diagnóstico y pronóstico de las calcificaciones de pericardio varía en función del cuadro clínico del enfermo, pero siempre es una evidencia definida y concreta de pericarditis preexistente.

Las calcificaciones complican la intervención quirúrgica y le añaden un grave riesgo. No obstante, con un estudio radiológico completo y buena técnica se consiguen resultados alentadores.

6-5-1950

EL CITOGRAMA OBTENIDO POR PUNCIÓN. SU VALORACIÓN

Dr. J. Vives Mañé

EL valor diagnóstico del citograma obtenido por punción es especialmente importante en la exploración de la medula ósea, ganglios linfáticos y tumoraciones. Los potes son corrientemente desecados al aire, fijados con alcohol metílico y teñidos con el Giemsa. Creemos que esta técnica de tinción es suficiente para el diagnóstico sin necesidad de recurrir a la fijación húmeda y tinción con el Papanicolan. Con el método de Giemsa, cuyo colorante conocemos muy bien por utilizarlo durante más de 20 años, tenemos suficiente. Para teñir células que flotan en líquidos que no sean sangre, como líquido pleural, ascites, orina, esputos, flujo vaginal, creemos que es superior la técnica de fijación húmeda y tinción con el Papanicolan. Los distintos resultados obtenidos en estos líquidos según se emplee la fijación húmeda o seca, seguramente son debidos a la poca cantidad de albúmina y otras constantes físicas, que hacen que la célula se deforme con la desecación.

Hacemos incapié en la importancia que el citograma tiene en el diagnóstico de la presencia de células neoplásicas. No puede competir con la biopsia, sino que es una ayuda complementaria a veces suficiente para hacer el diagnóstico. Es útil como operación previa en los tumores y procesos ganglionares, ya que los enfermos se someten a ella mejor que la biopsia. La técnica de punción está al alcance de cualquier médico, pero su interpretación requiere gran práctica y cautela. Los resultados se obtienen dentro de la hora, por lo que es uno de los medios más rápidos de diagnóstico.