

BURSITIS SUB-DELTOIDEANA

NOTA COMPLEMENTARIA

Dres. Fernando Etchegorry y Raúl Piaggio Blanco

En la sesión del 27 de agosto de 1941, presentamos a la consideración de Vds., una observación de Bursitis sub-deltaideana, cuya etiología nos fué imposible afirmar con certeza desde el punto de vista bacteriológico., esto mismo impidiéndonos disipar las lógicas dudas sugeridas en la discusión que siguiera a dicha presentación. A pesar de todo, desde el punto de vista clínico sostuvimos su origen bacilar.

El hecho de haber fallecido el enfermo a consecuencia de tuberculosis pulmonar, permitió estudiar anatomo-patológicamente la región apuntada y rellenar así las lagunas que presentaba aquel trabajo, confirmando a la vez nuestro primitivo diagnóstico. Estas verificaciones necrópsicas constituyen el contenido de esta nota.

Debemos manifestar previamente que desde el punto de vista clínico la Bursitis permaneció incambiada durante el tiempo transcurrido entre las presentación del caso y el fallecimiento del enfermo, a pesar de no haberse realizado tratamiento local alguno. Ni el funcionamiento del brazo, ni la tumefacción del hombro sufrieron modificaciones, presentando esta última, en el cadáver, el mismo aspecto que en la fotografía de nuestro trabajo.

La obtención de la pieza anatómica fué dificultada por las razones que son del dominio público, debiendo realizarse en condiciones tales que disimulara la mutilación del cadáver. Las secciones del brazo y clavícula fueron efectuadas a la distancia máxima posible, más allá de los límites del deltoide, a fin de obtener intacta la bolsa sub-muscular. A pesar de esta precaución, dicho elemento fué tomado en los cortes, tanto del lado braquial como del torácico, la bolsa insinuándose por delante de los músculos de la logia anterior del brazo y pasando ampliamente el surco delto-pectoral. Por ambas aperturas salió abundante líquido caseoso (unos 200 centímetros cúbicos). De ahí surge una primera comprobación cuya importancia señalaremos después: *Las lesiones anatómicas* son mucho más extensas que las certificadas por la clínica.

La pieza fué estudiada por nuestro colega el Dr. Héctor A. Ardao, cuya amabilidad agradecemos. El informe dice así:

“Montevideo, octubre 14 de 1942. Pieza remitida por los Dres. F. Etche-

gorry y R. Piaggio Blanco. Comprende una articulación escapulo-humeral con los tejidos y músculos vecinos. Se encuentra el omóplato completo, la mitad superior del húmero y la extremidad externa de la clavícula.

“INFORME: Por la disección se encuentra un amplio foco caseoso con el aspecto típico de un absceso frío tuberculoso. Está situado junto y por fuera del plano capsular de la articulación, bajo los músculos e independiente de la serosa articular. Se aíslan en su totalidad los huesos mencionados y se les encuentra independientes de la lesión. El examen microscópico de fragmentos múltiples tomados de la pared del absceso a alturas diversas, revela en líneas generales la misma textura histológica: en el interior, sustancia necrótica caseosa, quebradiza, rodeada por una cápsula en la que se reconocen junto a la esclerosis un tejido de granulación con folículos tuberculosos. En suma, se trata de un absceso frío tuberculoso desarrollado en apariencia independientemente de la articulación y huesos examinados. — (Fdo.) Héctor A. Ardao.”

Este informe nos permite pues afirmar: 1º la etiología tuberculosa de la lesión; 2º su limitación a la bolsa sub-deltaoideana sin participación articular u osea, aclarando así las dudas que tuvieron nuestros colegas sobre el sitio originario de la enfermedad.

Las consideraciones que anteceden, especialmente las relacionadas con el tamaño y límites de la lesión, nos permiten ratificar lo expresado en el párrafo final de nuestra comunicación anterior, que en síntesis dice así: frente a un hígroma sub-deltaoideano la extirpación será la conducta ideal, máxime si se sospecha su origen tuberculoso; las contraindicaciones a esta terapéutica radical son dadas por el mal estado general del enfermo.

(Consideraciones acerca del trabajo del Dr. Etchegorry sobre bursitis sub-deltaoidea).

Prof. PRAT. — He tenido un caso de bursitis de la articulación escapo-humeral que catalogamos como bursitis tuberculosa y de excepción por presentar grano riziformes de un tamaño desmesurado, enormes, como porotos de Chile y algunos más grandes aún. Debo tener la historia; de lo que no estoy seguro si se ha hecho el examen histológico que es lo que le quitaría gran valor a la observación. Trataré de presentarla a esta Sociedad.

Dr. ETCHEGORRY. — El objeto de mi presentación no es traer los casos de tuberculosis de las bolsas articulares o para articulares, que son conocidos, sino la rareza de la localización que es la bursitis sub-deltaoideana, en forma tal que quienes se ocupan de lesiones del hombro sobre 6000 casos revisados no encuentran ninguno y en la literatura sólo he podido hallar publicados alrededor de 33. De esos 33 son piógenas más de la mitad; las tuberculosas sólo han sido objeto de una publicación americana y algunas por la Escuela de Lyon que han pasado inadvertidas hasta para los propios

franceses. Tan es así que en un trabajo último publicado por Basset no se citan los de sus compatriotas.

Lo interesante del caso no fué la existencia de la bursitis, tomada así en general, sino de su localización sub-deltoidéana y lo principal para nosotros es de que esa bursitis era pura, sin participación ni articular ni ósea.

La evolución fué subaguda contrariamente a lo que sucede en las otras bursitis; la enfermedad se estabiliza y esa estabilización es más clínica que real, ya que estos enfermos están sometidos a reposo casi absoluto. En cuanto comienza la movilización, la bursitis se despierta.

Esto fué demostrado por la escuela de Ollier y sus discípulos que aconsejaron como tratamiento radical ir a la extirpación de la bolsa.

