

## **BURSITIS SUPURADA SUBDELTOIDEANA, DE POSIBLE ORIGEN TUBERCULOSO**

**Fernando ETCHEGORRY y Raúl PIAGGIO BLANCO**

Presentado a la sesión del 27 de Agosto de 1941

Las afecciones de las zonas periarticulares del hombro han sido objeto en estos últimos años, de múltiples trabajos cuya finalidad es la de establecer la verdadera etiología del sufrimiento y los medios para evitarlo o suprimirlo. Actualmente están ya aisladas algunas entidades clínicas, y dentro de ellas, la más rara, es la variedad a la que pertenece el enfermo objeto de esta comunicación. Es dicha rareza la que nos incita a presentarlo a la consideración de Vds.

He aquí un resumen de la historia:

R. F., 52 años, ingresa el 27 de Setiembre de 1934 al Pabellón 12 del Hosp. Fermín Ferreira, procedente del Dpto. del Salto. Tiene un largo pasado patológico. Pleuresía hace 20 años, que fué puncionada. Chancro hace 18 que fué tratado con salvarsán. Ha estado hospitalizado en su ciudad natal durante cuatro meses, por la misma lesión que lo obliga a venir a Montevideo. Se practica radiografía de tórax que muestra lesiones bacilares a predominancia izquierda. Baciloscopia positiva. Wassermann negativo. A pesar del tratamiento las lesiones aumentan y a fines de noviembre del 39 aparecen hemoptisis que son tratadas con la medicamentación corriente. Ante la rebeldía de las mismas se practica una frenicectomía izquierda a fines de dicho año. El enfermo no mejora y por el contrario sus dolencias aumentan. Alrededor de julio de 1940, empieza a sentir dolores en el hombro derecho, a los que no les da mayor importancia. Como éstos se intensificaran y notara que dicha región comenzaba a hincharse muestra su hombro a uno de nosotros, quien comprueba lo siguiente: Cuadro de periartritis dolorosa con tumefacción de la región deltoidea, sobre todo en su parte antero-interna, con dolor exquisito al nivel de la inserción del braquial anterior. Se le practica una punción (18 de Setiembre) extrayéndose 70 c.c. de líquido sero-purulento que se manda examinar. Inmovilización. Esta calma los dolores, pero el líquido se reproduce rápidamente, por lo que es necesario repetir las

punciones, con los siguientes ritmo y resultados: Octubre 3, 150 c.c. con el mismo carácter del líquido.

Noviembre 2 (150 c.c.) con el mismo carácter del líquido.

Noviembre 10, (300 c.c.) con aspiración forzada, saliendo al comienzo líquido sero-purulento para ser al final de color achocolatado: Este último carácter no cambia en las punciones sucesivas de Noviembre 23 (150 c.c.) y

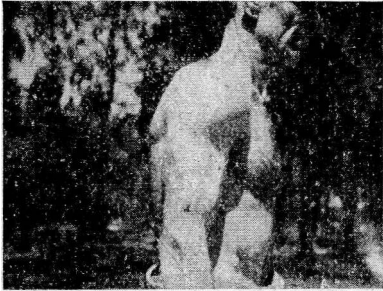


FIG. 1

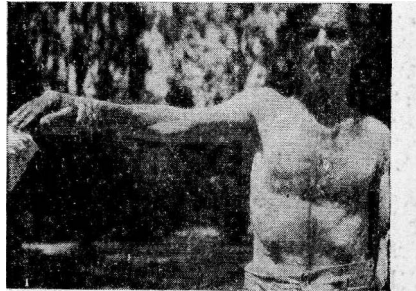


FIG. 2



FIG. 3



FIG. 4

Diciembre 2 (110 c.c.) salvo que al final de la aspiración, el líquido se torna francamente sanguinolento.

En dos oportunidades se practicó el examen del líquido con el siguiente resultado: Linfocitos 62 %. Polinucleares 33 %. Cél. endoteliales 5 %. Examen bacteriológico directo, negativo. Cultivos negativos. Investigación de B. de K, negativa (18 Set.). Investigación de B. de K, negativa (Oct. 3). Ambos exámenes fueron realizados por el Dr. J. Morelli, cuya colaboración agradecemos. La inoculación al cobayo no pudo ser practicada.

El día de la penúltima punción, el enfermo se queja también de su garganta, por lo que es examinado por el Dr. Munyo que comprueba una infiltración bacilar de los dos aritenoides.

Las fotografías 1 y 2 muestran mejor que toda descripción el grado de

impotencia y tumefacción del hombro enfermo. Las radiografías practicadas durante este período muestran integridad absoluta del esqueleto.

Después de la punción del 2 de Diciembre, que fué la última, se inicia helioterapia con bastantes buenos resultados, desde el punto de vista local.

Estado actual del enfermo: Ha empeorado su estado general. Han vuelto a aparecer las hemoptisis, por lo que debe permanecer en cama. Presenta además trastornos gástricos debidos a una úlcera del estómago que hacen dificultosa su alimentación. Sus fuerzas han disminuído enormemente. El hombro, que es lo que nos interesa, en cambio, ha mejorado. Es indoloro, aunque algo empastado; no hay fluctuación. Los movimientos se hacen espontáneamente, aunque no con la amplitud deseable (fotos 3 y 4). Dadas la psiquis y la debilidad del paciente (no puede mantenerse en pie) ha sido imposible hacer terapéutica más activa.

### Consideraciones

Las afecciones dolorosas que tienen por asiento las bolsas serosas periarticulares del hombro, pueden ser divididas grosso modo en dos grupos: las que se acompañan con calcificaciones extra-articulares y las que carecen de las mismas.

Esta clasificación no es nueva, y contrariamente a lo afirmado por algunos (Döllinger, Hitzrot) Duplay ya la había establecido. En la pág. 682 del Diagnóstico Quirúrgico señala netamente la diferencia entre el *higroma subdeltoideo* "indolente, que aumenta lentamente de volumen y que en la mayoría de los casos, por no decir siempre, tiene la sintomatología de la fluctuación" de la *periartritis escapulo-humeral*, con dolores espontáneos o provocados a la presión, "inmediatamente abajo del acromion y de la apófisis coracoide, así como al nivel de las inserciones humerales del deltoides". El error de Duplay al describir la periartritis consiste principalmente en la localización y naturaleza de la lesión, ambas perfectamente aclaradas por los trabajos de los americanos del norte, de los cuales se encontrará una síntesis completísima en la publicación de Bosworth aparecida el 31 de Mayo del corriente año.

La distinción entre estos dos tipos de afecciones, tiene su importancia. La etiología, patogenia y sobre todo, la evolución de las lesiones son distintas y aunque en ambas está aceptado universalmente el tratamiento quirúrgico, remedando una frase de Coldmann citada por Wilson y como corolario de la misma. dice que no todo lo que se opera en determinada región por el hecho

de operarse, significa que se esté siempre frente a idéntica lesión. En el curso de la exposición tendremos oportunidad de recalcar las diferencias que justifican la separación que preconizamos.

Dejaremos, pues, de lado las afecciones que se traducen temprano o tarde por calcificaciones periarticulares para ocuparnos casi exclusivamente de las supuraciones subdeltoideas, objeto de nuestra comunicación.

La frecuencia de esta afección es pequeña; Basset y Mayer (1940) sólo han visto dos casos casi sucesivamente, coincidencia debida a la concentración de enfermos motivada por la guerra. Bosworth no cita ninguno sobre 12122 hombros examinados; Carnett, Wilson, lo mismo. Hitzrot habla de dos casos propios y de dos ajenos. Berard y Dunet (1923) dicen que no alcanzan a 30 los casos publicados; si se agregan los aparecidos más recientemente, quizás la cifra no sea mayor de 50. Nosotros es el primero que vemos. Todo lo contrario sucede con las calcificaciones periarticulares, cuya frecuencia oscila entre el 3.6 (hombres) y el 2.2 % (mujeres) en un total de más de 5.000 examinados, sanos y enfermos [Bosworth (1)].

La edad parece tener importancia; los casos que nos ha sido posible analizar habían pasado los 35 años, excepción hecha de el de Patel, una mujer de 22 años. Nuestro enfermo tiene más de 50. Es lógico pues, pensar que sea necesario cierto uso de la bolsa para que sirva de asiento a la enfermedad. De esto mismo podría deducirse una ligera predominancia del lado derecho sobre el izquierdo y una mayor proporción de hombres que de mujeres; sin embargo, por el momento, los hechos no confirman esta suposición.

La localización de la lesión *es siempre* la bolsa subdeltoidea contrariamente a las calcificaciones periarticulares que son primitivamente tendinosas y predominan secundariamente en la bolsa subacromial. Aceptamos la independencia de ambas bolsas

---

(1) Nos ha sido imposible leer el trabajo de Rogers que habla de 100 casos agudos y cuya existencia conocemos por un análisis bastante *comprimido* de Alain Mouchet publicado en Journal de Chirurgie. Pensamos, sin embargo, por el texto del *comprimido*, que Rogers lo mismo que otros autores trata en "block" las afecciones que nosotros separamos. Tampoco hemos podido consultar la obra ya clásica de Coldmann titulada "El Hombro".

entre sí, contrariamente a Hitzrot y de acuerdo con el esquema a la vista. Nuestro enfermo confirma la regla.

La etiología de la afección es muy discutida. Los clásicos invocaban gustosos factores diatésicos (gota, reumatismo) la sífilis y la tuberculosis. No hay que olvidar que la mayoría de ellos no hacían distinción entre bursitis supuradas y calcificaciones periarticulares. Circunscribiendo el problema al tipo de lesión que nos ocupa, es difícil, a pesar de los cultivos estériles publicados por los diversos autores, no aceptar su origen infeccioso; no vemos la razón del por qué la bolsa subdeltoidea sería excepción en el organismo ya que en otras partes del mismo se admite tal etiología aunque no se encuentre el agente microbiano. Por otra parte el estudio de algunos de los casos publicados inclina la balanza en dicho sentido. Tal la enferma de Hitzrot, cuya bursitis a granos riciformes se acompañaba de sufrimientos en codos y puños, de los cuales resultó culpable un estreptococo de origen tonsillar y de los cuales se vió libre gracias al empleo de una vacuna específica. El examen anat. patológico de la bolsa de esta misma enferma revela signos de inflamación crónica; en los casos de Basset y Meyer sucede idéntica cosa; hay además en éstos, fuerte polinucleosis en el líquido examinado. En el nuestro la predominancia es de los linfocitos. Hay que agregar aun, como ya veremos, casos de bursitis en los cuales el papel del Bacilo de Koch ha sido comprobado sin lugar a dejar dudas; hay por lo tanto, por lo menos, un grupo cuyo origen microbiano es inobjetable.

Estas bursitis bacilares, contrariamente a la impresión que podría dejar la lectura de algunos clásicos, dicen Berard y Dunet, son sumamente raras. Su existencia es negada por Kreuter y puesta en duda por Basset y Mayer. Estos dos últimos parecen ignorar los trabajos de sus compatriotas de Lyon, que han publicado varios casos (Poncet, Berard, Patel, Dunet) perfectamente controlados. Hitzrot también da cuenta de uno personal y de otros sendos de Brickner y Belhant.

Todo induce a pensar que la bursitis de nuestro enfermo pertenece a esta categoría. Bacilar crónica, específico viejo e escrofulado de sífilis que tanto gustaba a Ricord debe jugar en este caso un papel preponderante, el treponema prepara el terreno, el B. de Koch haciendo el resto. Por otra parte. s'

táneamente el paciente denotaba otros signos de agudización y difusión de su tuberculosis: hemoptisis, aumento de las lesiones pulmonares, infiltración de la laringe. Además la experiencia nos ha enseñado en otros tipos de afecciones aparecidas en períodos de llamaradas bacilares y en los cuales habíamos pensado algunas veces respondieran a etiología distinta, mostrar tarde o temprano, su verdadera filiación. También inclina a sostener el origen tuberculoso la fuerte predominancia linfocitaria en el líquido extraído. Reconocemos que todas son presunciones y que en realidad carecemos de la prueba formal (ino. al cobayo, hallazgo del B. de K.) para rotular la lesión con seguridad absoluta.

El papel del frío y del trauma quizás puedan ser invocados en otros casos; en el nuestro, no.

Contrariamente a lo afirmado por Hitzrot, la participación del hueso subyacente en estas bursitis bacilares, es nula; en los casos en que aquélla aparezca habrá que tener más reservas en el diagnóstico, pues lo más probable es que en lugar de bursitis propiamente dicha, se esté frente a un absceso frío de vecindad o a una complicación de una artritis del hombro. En los enfermos de Berard, Patel y Dunet y en el nuestro, la integridad ósea es evidente.

Seremos muy breves respecto a la anatomía patológica de la lesión, pues carecemos de datos propios; de acuerdo con la causa y el momento en que se intervenga se encontrarán en las paredes de la bolsa, folículos tuberculosos (Berard) o signos de inflamación crónica. Hitzrot, Bassety Mayer describen vellosidades conjuntivas vascularizadas análogas a las que suelen encontrarse, agregamos nosotros, en otros sitios del organismo en circunstancias análogas (rodilla, codo). No hay que olvidar que las llamadas bolsas serosas y sinoviales articulares responden a un mismo origen conjuntivo. (Leriche y Policard). Este aspecto y la tendencia hemorragípara pueden inducir, si no se es prevenido, a creer en una lesión maligna. (Caso de Schwann).

Hay costumbre de describir tres formas de la enfermedad de acuerdo con su iniciación: aguda, sub aguda y crónica, perdiendo en el mismo enfermo alternarse las mismas en los distintos períodos de aquélla. Las más frecuentes, sin embargo son las formas tórpidas. Nuestro enfermo pertenece a esta categoría.

en cambio el enfermo de Basset y Meyer necesitó hacer uso de la morfina para calmar sus dolores.

El diagnóstico es fácil. La fotografía adjunta que puede superponerse a las reproducidas en los trabajos que hemos leído, es más elocuente que toda descripción. El abombamiento del hombro es neto; el deltoide se dibuja como si lo hubieran inflado por abajo. Los movimientos articulares están limitados pero son lo suficientemente extendidos como para demostrar que la articulación no participa en la enfermedad. Además, es indolora en sus partes accesibles. Los tumores óseos son más irregulares y cuando llegan a un volumen semejante ya han revelado su existencia por otros síntomas. La fluctuación en las bursitis es neta y la punción siempre positiva, contrariamente a las calcificaciones periarticulares en las que no hay ni fluctuación ni derrame (Carnett). La radiografía será de rigor y ayudará al diagnóstico por la ausencia de lesiones óseas o peri-óseas. Hay una sola afección, a nuestro modo de ver, que puede ser confundida con la que nos ocupa; es el absceso sub - perióstico de la ext. sup. del húmero de la osteomielitis aguda en la faz inmediata a la septicémica y antes de que la placa muestre signos en el hueso (caso personal); el aspecto exterior es casi idéntico, pero los antecedentes, el estado general, la edad del enfermo, y otras localizaciones del mal, permiten encontrar fácilmente el buen camino.

El tratamiento debe ser preferentemente quirúrgico; sin embargo en nuestro caso nos hemos limitado a punciones repetidas seguidas de inmovilización y helioterapia. El resultado ha sido satisfactorio sin ser completo; ya hemos expuesto las razones. Nuestra prudencia tuvo origen, sobre todo, en el estado general del enfermo en el que dado el tamaño del higroma era imposible intervenir sin anestesia general, contraindicada en un período de agudización de su tuberculosis. Por otra parte, las propias necesidades del paciente no exigían un "restitutio ad integrum" absoluto; actualmente, su brazo le sirve bien. Creemos, pues que nuestra conducta está perfectamente justificada.

La extirpación de la bolsa, en caso de realizarse, se hará por vía anterior trazando la incisión al nivel del surco deltopectoral. Según su tamaño y conexiones con la cápsula articular que es necesario respetar a todo costo, la intervención será más o menos fácil. Basset y Meyer fracasaron en sus dos tentativas evitando

dejar fragmentos posteriores de la bolsa que fueron cureteados y embadurnadas con solución de cloruro de zinc; Patel y Dunet sostienen en cambio que, "ayudándose de poderosos separadores y poniendo el miembro en rotación interna forzada, es siempre posible extirpar en condiciones operatorias excelentes, una bolsa sub-deltoidea, aun muy voluminosa". La sacada por ellos medía 19 cm. de largo por 17 de altura y 11 de espesor. La incisión posterior debe ser evitada y sólo se recurrirá a ella, cuando se considere imprescindible. El dejar fragmentos de bolsa no acarrea mayores complicaciones, como lo demuestran los casos de Basset y Meyer. Está demás decir, que en estas circunstancias, el drenaje es de rigor.

La evolución de esta enfermedad librada a su propia suerte, no es favorable, sobre todo en las formas tuberculosas. El riesgo de fistulización al exterior es poco probable; en cambio corre peligro la articulación vecina, cuya invasión ensombrecerá el pronóstico aun en los casos en que el estado general estuviera conservado. "La observación de Tillaux es, desde este punto de vista, bien demostrativa" (Berard y Dunet).

En resumen: frente a un higroma sub-deltoideo la extirpación será la conducta ideal máxime si se sospecha su origen tuberculoso; cuando el estado general sea malo, como en nuestro enfermo lo más prudente consistirá en la punción con aspiración forzada, repetida las veces que fueran necesarias, con inmovilización y helioterapia consecutivas. Los resultados no serán tan buenos, pero sí lo suficientemente aceptables como para satisfacer al paciente y a su médico.

#### BIBLIOGRAFÍA

- BASET y MEYER. — *Presse Medicale*, 1940, pág. 81.  
 BERARD y DUNET. — *Revue de Chirurgie*, 1923, pág. 194.  
 BOSWORTH. — *Journal of Am. Med. Assotiation*, T. 116, 1941, pág. 2477.  
 DICK, HUNT y FERRY. — *Journal of Am. Med. Assotiation*, T. 116, 1941, pág. 1202.  
 HITZROT. — *Annal. of Surgery*, T. 96, 1933, pág. 273.  
 JUNG y BRUNSCHWIG. — *Revue de Chirurgie*, 1931, pág. 281.  
 LERICHE y BRECKMANN. — *Lyon Chirurgical*, 1931, pág. 611.  
 LERICHE y JUNG. — *Revue de Chirurgie*, 1933, pág. 383.  
 MALLET-GUY. — *Lyon Chirurgical*, 1936, pág. 632.

- MALLET - GUY y FRIEH. — *Revue d'orthopedie*, 1939, pág. 20.  
PATEL y DUNET. — *Lyon Chirurgical*, 1924, pág. 497.  
PRAT y BERNABEIG. — *Bull. et Mem. de la S. de Ch.* (París), 1934, pág. 655.  
WERTHEIMER. — *Lyon Chirurgical*, 1933, pág. 220.  
WILSON. — *British M. Journal*, Diciembre 1939, pág. 1261.

ANALIZADOS EN EL JOURNAL DE CHIRURGIE

- D'ALBIS. — Tesis de Burdeos, *Journal de Chirurgie*, T. 1, 1937, pág. 162.  
BARTELS. — *J. of Bone and Joint Surg.*, 1940, pág. 120.  
BUCH. — *Hospitalwaidende*, T. 79, pág. 815, *J. de Ch.*, T. 1, 1937, pág. 641.  
CARNETT. — *Radiology*. Set. 1931, pág. 505; *J. de Ch.*, T. 1, 1939, pág. 309.  
CARNETT. — *Surg. Gin. and Obst.* 1925, pág. 404. *J. de Ch.*, 27, pág. 373.  
DÖLLINGER. — *Zen. für Chir.* T. 59, pág. 577. *J. de Ch.*, T. 40, pág. 473.  
GWYNNE y ROBB. — *Aust. and New Zealand, J. of Surg.*, Vol. 4, pág. 153.  
*J. de Ch.*, T. 1, 1935, pág. 840.  
LERICHE y JUNG. — *Revue d'Orthopedie*, Agosto 1933, pág. 289, *J. de Ch.*, T. 1, 1934, pág. 471.  
MAZZINI y BORGHETTI. — *Boi. de la S. de C. de Bs. As.*, Agosto 1934, pág. 778. *J. de Ch.*, T. 1, 1936, pág. 358.  
MUMFORD y MARTIN. — *J. A. M. A.*, Set. 1931, pág. 690, *J. de Ch.*, T. 40, pág. 305.  
POLICCHETTI. — *Arch. di Ortopedia*, Marzo de 1933, pág. 195, *J. de Ch.*, T. 2, 1933, pág. 667.  
ROGERS. — *Journal of Bone and Joint Surg.*, Enero de 1934, pág. 145, *J. de Ch.*, T. 2, 1934, pág. 309.  
ROCHER. — *Jour. de Medicine de Bordeaux*, Mayo de 1934, pág. 391. *J. de Ch.*, T. 2, 1934, pág. 655.  
SCHWANN. — *Zent. f. Chir.*, Octub. 1930, pág. 2478. *J. de Ch.*, T. 37, pág. 243.