

HIDATIDOSIS DE LA PELVIS (*)

Dr. Nicolás L. Caubarrère

La hidatidosis ósea ha sido ampliamente estudiada en nuestro medio en los últimos tiempos. Recientemente H. Cagnoli del Instituto de Traumatología presentó una síntesis muy completa y bien ilustrada.

En 1940 Vázquez Rolfi, subdirector del mismo Instituto, hace una relación de conjunto a la Sociedad de Cirugía del Rosario con 5 casos. En ella hace una completa descripción del trabajo de doctrina del Prof. Larghero.

El Dr. J. C. Bado en el "Día Médico Uruguayo", año 1945, se refiere al problema del diagnóstico precoz de la equinocosis ósea, con un caso extraordinario por la precocidad del diagnóstico en una localización limitada al cuello del fémur; hecha la resección de esa extremidad la enferma está curada a los tres años de la intervención, pudiendo caminar.

En este trabajo el autor considera, como elementos fundamentales y de gran precocidad, la imagen vesicular formada por pequeñas geodas las que deben hacer pensar en la hidatidosis ósea.

Llama la atención, precisamente, sobre esas pequeñas imágenes osteolíticas haciendo las siguientes consideraciones:

- 1º Su forma perfectamente esférica;
- 2º Su número, son muy abundantes confluentes como un verdadero racimo.
- 3º El límite neto que separa unas de otras, límite neto constituido por una aureola de condensación que hace resaltar más aún el carácter de rarefacción, de la zona redondeada.
- 4º El límite neto de condensación ebúrnea de dos a tres mi-

(*) Esta comunicación fué leída en la sesión del 13 de agosto de 1947.

límetros de espesor que separa el foco propiamente dicho del límite articular de la epífisis.

5º Del lado metafisario hacia el trocánter, existe un límite de condensación análogo; pero menos definido y algunas áreas redondeadas de osteolitis se observan dispersas en la base del trocánter.”

Agregando de que existen signos patognomónicos de la equinocosis ósea y que pueden aparecer en etapas poco avanzadas de su evolución.

Nosotros vamos a mostrar como, algunas veces, desgraciadamente aparecen muy tarde esas imágenes areolares cuando toda terapéutica activa no puede ser admitida.

Anteriormente a esas publicaciones en nuestro medio está la monografía de los Profs. Prat y Barcia, año 1934.

Para estos autores, “los signos propios a la implantación de las vesículas están modificadas o pueden estar disfrazadas por la reacción ósea. Esta reacción ósea, no tiene nada de característico a la hidatidosis y sólo cuando veamos a las *logias vesiculares* con su aureola de osteítis correspondiente podemos encontrar elementos para basar un diagnóstico”. Estas mismas geodas las podríamos encontrar en el angioma vertebral, en los tumores a mieloplaxos y en las osteítis fibrosas”.

En el mismo año el Prof. Ivanisevich hace un libro sobre hidatidosis ósea, dice: “Radiográficamente la hidatidosis ósea no ofrece en los estados iniciales ninguna característica especial y el diagnóstico de las lesiones incipientes es prácticamente imposible”.

Todo esto unido a los magníficos trabajos del Prof. Devé tanto en lo experimental como en la casuística, es a lo que se ha de recurrir siempre que se desee estudiar este tema, así como a la magnífica tesis de Gangolphe que tiene aún mayor mérito por haber sido hecho antes de la época radiológica.

De cualquier manera todos estos autores no presentan una casuística muy numerosa, lo que demuestra la poca frecuencia de la localización ósea de las hidatidosis si se le compara con la hepática y pulmonar.

Esto, no nos puede sorprender si se piensa que la hidatidosis ósea es siempre primitiva y se hace por vía arterial lo que obliga al parásito a efectuar un largo recorrido, siendo más fácil dete-

nerse en el hígado o el pulmón donde su desarrollo se puede realizar con toda facilidad.

El hueso, le ofrece una seria resistencia a su evolución, que tiende siempre a realizarse en el medio más fácil. Las micro vesículas reemplazan al tejido óseo medular y se moldean directamente sobre las paredes de los aréolas óseas sin interposición de tejido conjuntivo. No hay aquí adventicia.

El hueso no reacciona frente a la invasión.

La *progresión* y la *infiltración* son las características fundamentales por las que se le asemeja a los procesos malignos. Con la salvedad de que siempre están localizadas a un segmento del esqueleto. No hay recidiva post-operatoria, lo que pasa es que, es muy difícil de reconocer al tejido sano y pueden quedar micro vesículas que proliferan lentamente reapareciendo el proceso.

Otras de sus características es su evolución lenta. Generalmente de años hasta más de 15 y 20.

Proceso multilocular que cuando sale de su "prisión" intra ósea, o mejor dicho, cuando cesa la resistencia del hueso "Vuelve al galope", diría Devé, a su tipo habitual uni-vesicular.

Este, sería un gran elemento de diagnóstico porque al ver una imagen areolar del hueso con una sombra en las partes blandas, nos debe hacer pensar en la hidatidosis ósea, que ha sufrido su transformación lógica al salir a las partes blandas, extendiéndose a varios huesos a la vez, salvando la barrera del cartílago articular, características que no las tiene ninguna otra afección ósea.

Para algunos autores la localización pelviana de la hidatidosis ósea constituye un 30 % de las localizaciones y la consideran la más frecuente después de la vertebral.

Nosotros hemos podido estudiar unos 6 casos y de ellos elegimos dos, especialmente, porque han tenido una evolución que si bien no podemos considerar como excepcional, merece por lo menos recordar que no es tan frecuente y que por otra parte la consideramos de enseñanza como para meditar frente a ciertos procesos, que con facilidad le ponemos una etiqueta de diagnóstico que más tarde en la evolución es rectificadas.

Las dos, nos muestran procesos articulares de una caracte-

rística muy particular y las dos no revelan en ningún momento, ninguna similitud en la imagen radiológica y sin embargo se trata de la misma enfermedad.

En una, la infección ha provocado en el hueso reacciones tan importantes, que no permite durante su evolución apreciar la imagen vesicular típica de la hidatidosis.

En la otra no ha habido infección y es recién después de varios años que vamos a encontrar características radiológicas que pueden hacer pensar en una hidatidosis: Imágenes areolares, que se extienden a los distintos huesos que forman una articulación y que además presenta una tumefacción líquida en las partes blandas subadyacentes al proceso.

¿Es que el polimorfismo es tan grande en la hidatidosis o bien lo que pasa es que el hueso tiene una manera de reaccionar según el agente que lo ataca y según la localización?

En el caso de la hidatidosis el ataque se hace en una forma lenta y progresiva que puede no provocar ninguna reacción.

Cuando la localización es en una articulación, a las alteraciones del desarrollo de las vesículas se unen los elementos traumáticos propios a los movimientos articulares, lo que puede hacer, por lo tanto más complicado la imagen radiológica de esa articulación.

Como sabemos, el cartílago no es infiltrado y entonces lo desplaza, lo empuja y le provoca procesos degenerativos que terminan con él.

Los trabajos de Larghero muestran, de una manera inobjetable, como se puede hacer el pasaje de un hueso a otro a través de la articulación de las micro vesículas, sin que la articulación aparezca enferma. En la rodilla el camino de la vesícula hidática se hace por los ligamientos cruzados, como lo demuestra este autor en las piezas de autopsias estudiadas. En la cadera a través del ligamento redondo.

En nuestras enfermas en ningún momento de la evolución de su enfermedad durante varios años presentaron imagen areolar que para muchos autores la consideran fundamental para el diagnóstico precoz.

En el caso N° 2 las alteraciones osteo-articulares eran tan particulares que no planteaban durante mucho tiempo la posibilidad en el diagnóstico diferencial con la hidatidosis.

HISTORIAS

Debido a la amabilidad de los colegas Víctor Armand Ugón y D. Vázquez Rolfi podemos transcribir las siguientes historias clínicas:

CASO N° 1. — C. G. M. 29 años. En 1928 la vemos por primera vez en el servicio radiológico de la Sociedad Española por una afección de la cadera derecha, su comienzo se remonta a unos 10 años antes con dolores de poca importancia e intermitentes durante los movimientos. Hasta que por un fuerte dolor, claudicación y cojera que la obligan a usar muletas.



FIG. 1. Caso 1. Art. coxo femoral gran destrucción de la cavidad cotiloidea provocando una luxación intra pélvica de la cabeza del fémur. — El hueso ilíaco rama isquio pubiana y cabeza del fémur presentan una alteración de la estructura ósea de aspecto casi areolar. Además en las partes blandas se ven pequeños sequestrós óseos.

En este momento se hace el diagnóstico de coxalgia. No acepta el tratamiento y como los dolores aumentan, su importancia es tal que vive confinada en el lecho, con gran dosis de opiáceos. En noviembre de 1937 por circunstancias especiales es examinada por el Dr. Vázquez quien la hace ingresar en el Hospital Pasteur donde se le practica una biopsia la que

revela la verdadera afección: una hidatidosis ósea. Dada la extensión de las lesiones decide el Dr. Vázquez inmovilizarla en yeso. La herida operatoria cicatriza pero predominando un estado general cada vez más deficiente y fallece 6 meses más tarde.

CASO N° 2. — J. U., 16 años. Febrero 26 de 1935. La historia clínica del Dr. Vázquez es la siguiente:

Antecedentes familiares. — Sin importancia. 5 hermanos sanos, padres sanos. Nacida a término. No ha habido ninguna enfermedad infecciosa en su infancia. Hace un año estando en excelente estado de salud.

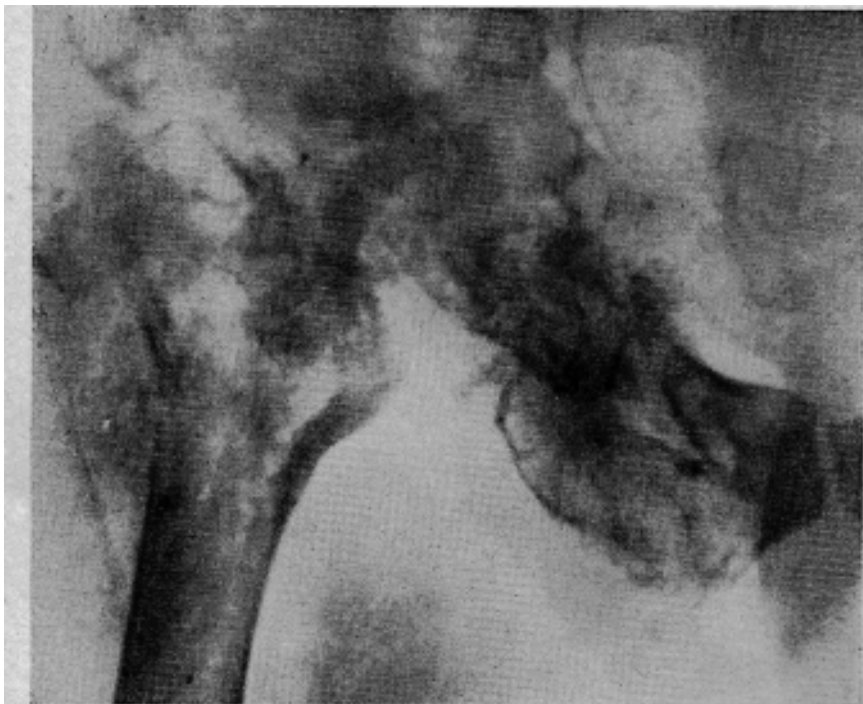


FIG. N° 2. — Caso 1. Unos años después el proceso destructivo ha aumentado considerablemente. La cabeza del fémur y su cuello han desaparecido, no hay cavidad cotiloidea y el trocánter se apoya directamente en el hueso ilíaco. Se ven grandes imágenes de aspecto osteolítico alternando con sequestros óseos. Fractura en la rama isquio pubianas.

empezó a acusar dolor en ambas caderas, principalmente a derecha, dolor que sobrevénia con la marcha y atenuaba con el reposo. Este dolor se manifestaba generalmente por empujes que dura an 4 ó 5 días siendo a veces tan fuertes que le impedían caminar quedando aun doloridas durante el reposo. Hace 8 meses empieza a acusar dolor en la rodilla derecha. acompañado de sensación de ardor en el muslo al mismo tiempo que acusa

dolor en la cadera izquierda. Contemporáneamente al dolor en la rodilla, apareció una claudicación del miembro inferior derecho, con fatiga marcada durante la marcha. Es por esta claudicación que viene a consultarnos.

Examen: Chica en excelentes condiciones generales, con panículo adiposo abundante, coloración rosada de la piel y mucosa.

Miembros inferiores: Colocadas ambas espinas ilíacas al mismo nivel se comprueba un ligero acortamiento del miembro inferior derecho, la actitud de sus miembros inferiores es normal. Palpación: el gran trocánter

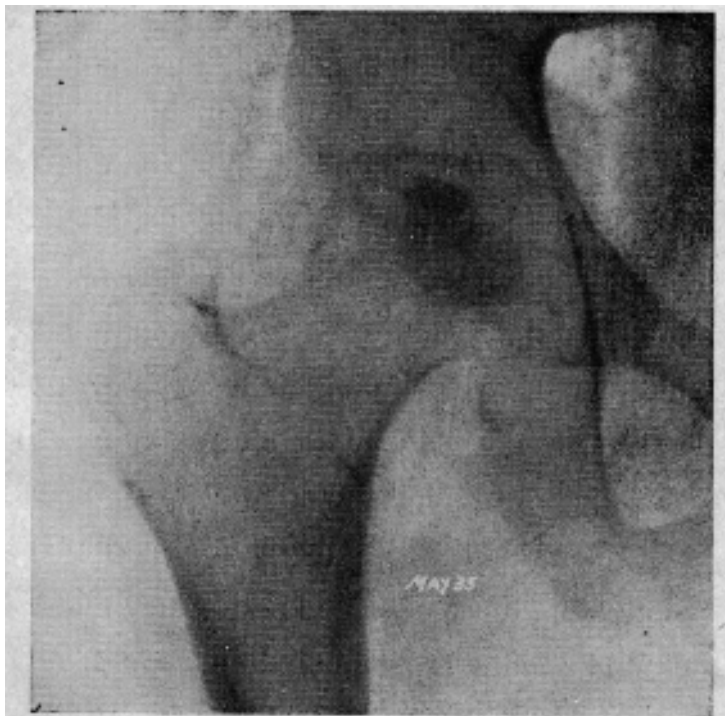


FIG. 3. — Caso 2

derecho se nota a nivel ligeramente más alto que el izquierdo. No se determina dolor por la palpación en ningún punto del muslo.

Movimientos activos: Flexión buena, casi completa e indolora. Extensión completa. Abducción completa. Abducción un poco limitada. Rotación externa completa. Rotación interna ligeramente limitada.

Radiografía: Se notan a nivel de la epífisis femoral lesiones de condensación. En el tercio externo de la epífisis femoral, se nota un fragmento en forma de cuña a base articular, cuyo borde sobresale del nivel del resto de la epífisis. No se observan lesiones en el cotilo. Diagnóstico: osteocondritis. (Fig. N° 3).

Febrero 27/35. — Aparato de yeso pelvipedio manteniendo la cadera en rotación intermedia. Mantendrá el aparato de yeso 3 meses.

Mayo 15/35. — Aparato de yeso en malas condiciones. Se cambia el aparato de yeso haciendo un nuevo yeso pel-pedio, previa radiografía. Esta acusa un estado más o menos análogo de las lesiones a la de la radiografía anterior. Mantendrá el aparato de yeso por tres meses.

Agosto 30/35. — Yeso en malas condiciones. Radiografía. Las lesiones tienden a circunscribirse. Nuevo yeso que mantendrá por tres meses.



FIG. 4. — Caso 2

Enero 12/36. — Lleva casi 11 meses de tratamiento. Radiografía. Las lesiones se presentan circunscritas. El block que parecía secuestrarse es ahora más opaco a los rayos dando la impresión de que la lesión está en período de reparación. Nuevo aparato de yeso con estribo de descarga que le permitirá deambular ayudada por una muleta. Este yeso lo llevará por 3 meses.

Mayo 20/36. — Se quita el aparato de yeso. Piel íntegra. Radiografía: las lesiones parecen estar en vía de franca curación. El fragmento que parecía querer secuestrarse parece ahora formar cuerpo con el resto del hueso. Se coloca aparato de yeso hasta la rodilla para permitir la deambulación. Se coloca vendaje de Zincklein en la pierna.

Setiembre 5/36. — Se quita el yeso. Nueva placa. Se hace yeso ambulatorio bivalbo para llevarlo durante el día y ser quitado durante la noche.

Noviembre 15/36. — Los dolores han disminuído un poco pero sigue siempre acusándolos en el hueco poplíteo y presentando la dificultad para la marcha. Al examen acusa dolor a la presión en las masas musculares posteriores de la parte alta del hueco poplíteo. Examen. Estado general excelente, buena coloración de la piel, panículo adiposo abundante. Miembro inferior derecho atrofiado y ligeramente acortado. Movilidad pasiva

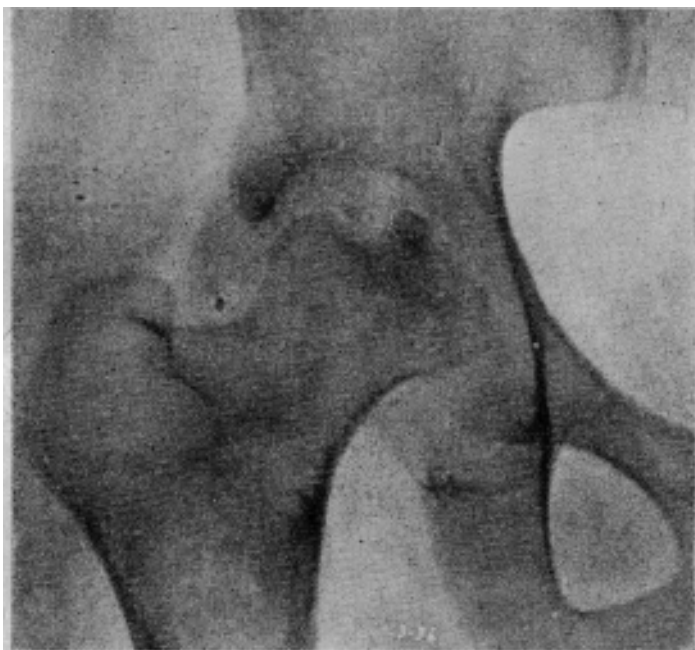


FIG. 5. — Caso 2

de la cadera derecha. Flexión hasta los 45°. Extensión completa. Abducción casi completa. Abducción un poco limitada. Rotación externa completa. Rotación interna limitada. Dolor a la presión sobre el gran trocánter derecho.

Radiografía: La cabeza del fémur derecha presenta una zona decalcificada y plurifragmentada como si esa zona estuviera compuesta por múltiples fragmentos.

La parte externa de la cabeza femoral está muy decalcificada. Pero la lesión que llama la atención es a nivel del cotilo donde se pueden apreciar en la nueva placa que el reborde cotiloideo en lugar de conservar su curvatura normal presenta una curvatura festoneada, con varias peque-

ñas curvas a la vez que han perdido su nitidez. Además el fémur está ascendido, cortada la línea de Schenon, tal vez por agrandamiento de la cavidad cotiloidea. El esqueleto presenta una decalcificación difusa. Creemos que en comparación con las radiografías anteriores la lesión ha progresado, pues la lesión de la cabeza no se ha restringido en comparación con el plazo de inmovilización llevado. La epifisis no ha recuperado su contorno normal y además se aprecia un agrandamiento de la cavidad cotiloidea con lesiones en su reborde. En consecuencia impondremos un

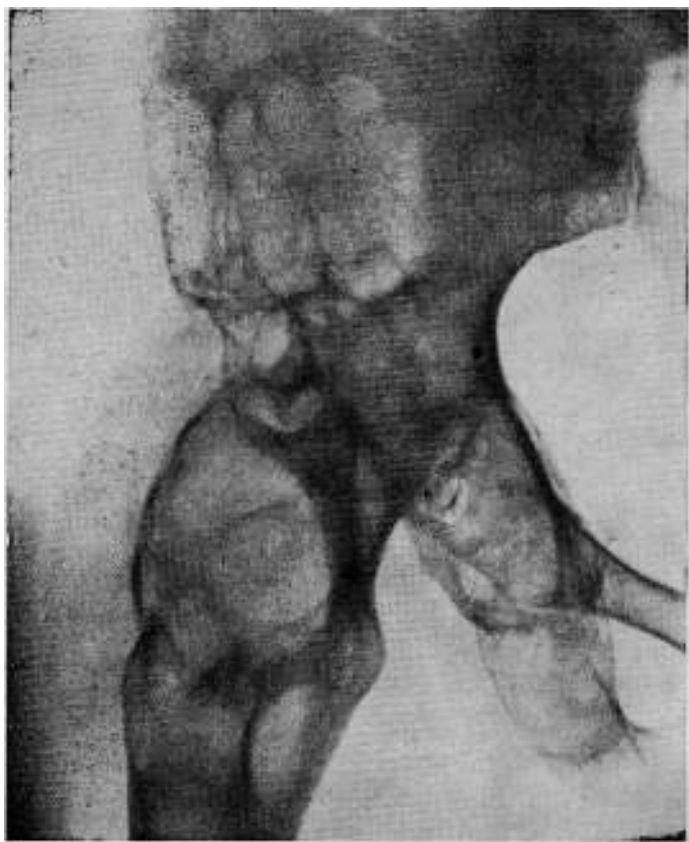


FIG. 6. — Caso 2

período de reposo absoluto en lecho por un periodo de tres meses. Dado el aumento considerable de la destrucción cotiloidea y el aspecto general de la lesión así como la luxación intracotiloidea a pesar de la ausencia de antecedentes bacilares, corregimos nuestro primer diagnóstico y pensamos en una coxalgia a comienzo particular con estado general excelente. Haremos reposo en cama, dentro de un par de meses nuevo examen radiológico. (Fig. N° 4).

Prevenimos a los padres sobre el nuevo diagnóstico.

La dejamos de ver porque sigue atendida por otro colega.

La historia de nuestras dos enfermas revelan la gran dificultad del diagnóstico de la hidatidosis. Las dos tuvieron una larga vía crucis de diagnóstico diferentes, especialmente el caso N° 2. Esta enferma si bien actualmente podemos discutir el diagnóstico de osteocondritis del punto de vista radiológico, porque más bien nos podemos inclinar hacia los procesos de artritis, pues encontramos decalcificaciones y disminución del espacio inter articular, síndrome de pellizcamiento, que se mantiene durante varios meses. Mayo hasta agosto de 1935, con elementos de destrucción ósea en la cabeza femoral, más tarde hay una verdadera invasión de la cavidad cotiloidea que muestra su ensanchamiento como si todo ella fuera la localización de una gran imagen lacunar donde va a depositarse la cabeza femoral. Pero hay que hacer notar un hecho importante. No hay zona de transición entre el proceso de la cavidad cotiloidea y el hueso coxal, está perfectamente limitado, mostrando un gran atipismo para pensar en una coxalgia donde han de predominar siempre los elementos de decalcificación extendidos. Sin embargo hasta este momento octubre 1938 no hay signos que indiquen un proceso hidático, no vemos ninguna imagen vesicular. Recién en el año 1938 en Setiembre el aspecto radiológico puede hacer pensar en una coxalgia pero siempre con reserva por que ya empiezan a distinguirse algunas imágenes areolares. Sin embargo no debemos olvidar que fué examinada clínicamente por dos cirujanos de gran competencia que creyeron firmemente en una coxalgia.

Después pasan 5 años que no conocemos ningún dato clínico, pero sabemos que puede caminar a pesar del gran acortamiento y recién en 1945 consulta al Dr. Armand Ugon quien nos la envía para estudio radiográfico y es cuando hacemos el diagnóstico de hidatidosis ósea facilitada por la evolución.

En este momento el cuadro clínico radiológico es el siguiente: Enferma con un buen estado general, con gran acortamiento del miembro del lado derecho y con gran tumefacción de todo el muslo, de consistencia líquida a tensión que le provoca marcado dolor.

Radiológicamente la cavidad articular ha desaparecido, hay una anquilosis con luxación intra-cotiloidea, grandes imágenes

lacunares que se extienden hacia arriba en el hueso coxal con marcados tabicamientos y bien limitados sus contornos en relación con el hueso sano, hacia abajo se extiende en el fémur, y cuyo cuello y cabeza han desaparecido, hasta por debajo del gran trocánter. No hay ninguna reacción ósea de tipo inflamatoria ni tampoco periostal. (Fig. N° 6).

Nuestro informe radiológico en este momento fué el siguiente: proceso osteo-articular que no ha sido localizado por la barrera del cartílago, que se extiende a todos los huesos con grandes imágenes areolares que forman la articulación y avanza en ellos mismos. Coxal, ilíaca y fémur y que además nos da una tumefacción de las partes blandas.

Una sola enfermedad creemos que se puede decir que dé procesos osteoarticulares de este tipo y aun llegue a las partes blandas: la hidatidosis ósea primitiva.

Con este diagnóstico se hace una intervención paliativa para aliviarla de la gran tumefacción del muslo y se confirma el diagnóstico.

El Dr. Ugon en la intervención se encuentra con líquido claro típico de las grandes vesículas hidáticas.

La hidatidosis multi-vesicular hidática osteoarticular había invadido las partes blandas y recuperado su biología normal, o sea la gran vesícula hidática.

Consideraciones: En la introducción señalábamos la importancia que le daban algunos autores a la imagen de pequeñas aréolas para el diagnóstico de la infiltración hidática que no sería otra cosa que la imagen anatómica del proceso multivesicular. Sin embargo, en nuestros casos no se ha señalado en ninguno de los dos esas imágenes que hasta llegaría a ser patognomónico y también signos radiológicos de gran precocidad.

Nosotros nos mostramos escépticos al respecto y creemos que como siempre no se puede ser absoluto en medicina y que el diagnóstico precoz está supeditado al desarrollo anatómico de la infiltración hidática, que no siempre se hace de la misma manera y especialmente en los procesos articulares. Nuestra impresión es que antes de que pueda aparecer la imagen vesicular, el hueso pierde su consistencia y el continuado traumatismo articular puede dar lugar a que se formen imágenes radiológicas muy particulares.

Además, cuando la infección aparece se agrega un nuevo factor a la infiltración hidática que lo puede modificar mucho, con la presencia de pequeños secuestros óseos.

En nuestros casos el diagnóstico precoz ha sido imposible ni clínico ni radiológico, ni por lo menos han podido aparecer lo que los Prof. Prat y Barcia llaman "conjunto de caracteres que cuando se presentan en una placa constituyen el medio de diagnóstico de mayores probabilidades".

La verdad es que no siempre se constituyen esos elementos orientadores del diagnóstico y precisamente en nuestros casos, sólo en uno de ellos recién después de una larga evolución durante años, es que aparecieron algunos elementos que pueden llevar a un diagnóstico es decir:

Proceso articular que se extiende a varios huesos de ese sector en forma de imágenes areolares y un absceso osifluente de las partes blandas, que puede ser provocado solamente por grandes vesículas hidáticas con o sin infección.

BIBLIOGRAFÍA

- BADO (J. L.) y CAGNOLI (H.). — El diagnóstico precoz de la equinocosis ósea. *El Día Médico Uruguayo*, Nov. 1945; N° 149, 138-144.
- BADO (J. L.). — Apuntes sobre equinocosis ósea. *El Día Médico*. Buenos Aires; 1946, 25.
- CAGNOLI (H.). — Impresora La Industrial. Montevideo, 1947.
- DEVE. — *Soc. de Radiologie*, año 1914; *Arch. de Med. Experimental*, Oct. 1916; *Arch. de Med. Experimental*, Mayo 1917; *Comp. rendue Soc. Biologie*, Abril 1929; *Annals Anat. Pat.* 1928; pág. 841; *Annals Anat. Pat.* 1933, pág. 1156.
- FOSSATI (A.). — *Rev. de la Tuberculosis del Uruguay*, 1931.
- GUNNBANGUR CLAUSEN (M. D.). — Roentgenologia Characteristic of echinococcus disease in bones. *Acta Radiológica*, 1934, 15, 178, 190.
- HAWORTH M. BECKETT. — Echinococosis of bone. *J. Bone and Joint Surg.* Julio 1945, 27, 401-411.
- IVANISEVICH (O.) e INTROZZI (J.). — Diagnóstico de la hidatidosis ósea. *Semana Médica*, 1936; N° 3.
- IVANISSEVICH (O.). — (Libro). La hidatidosis ósea. Buenos Aires, 1939.
- LARGHERO YBARZ (P.). — Patogenia de la hidatidosis bi-epifisiaria de las articulaciones. *Soc. de Cir. de Montevideo*. 1939; N° 9, 323.
- PRAT (D.) y BARCIA (P. A.). — Hidatidosis ósea. Publicaciones del Departamento Científico de Salud Pública; Montevideo. 1934.

ROCHER. — *Revue D'Orthopedie*; año 1929, 138-155.

STONE S. ROUVERT. — Echinococosis of Bone. *Radiology*, Jun. 1930.

VAZQUEZ ROLFI (D.). — La hidatidosis ósea y articular. *Boletines de la Soc. de Cir. de Rosario. Dia Médico Argentino*; abril 1940; VII, Nº 1.

Dr. Stajano. — El Dr. Caubarrère presentó un caso de hidatidosis de la pelvis y de la extremidad superior del fémur que realmente nos dejó pensando, puesto que es de ocho años de evolución, y no se pensó en la hidatidosis ósea en ningún momento, dado el carácter de la sombra radiológica y de la lesión destructiva, inclinando a pensar en la posible baciolosis.

Realmente con esa imagen se llegó a la evolución final con la manifestación grosera de un absceso osifluente hidático y la gran cavidad central y llegándose a hacer el diagnóstico recién entonces. No voy a sacar ninguna conclusión de la enseñanza tan grande, de este caso. Sólo diré que la hidatidosis ósea no se manifiesta con caracteres tan típicos, tal como se describen y que este caso lo demuestra.

Otra conclusión es que frente a un proceso destructivo después de esta enseñanza, y creo que a todos los que hemos visto este caso y esa observación, no nos quedaron ganas de seguir prolongando un tratamiento de inmovilización en yeso, tentando algo más para llegar al diagnóstico, y no tener una enferma ocho años en cama colaborando con el proceso. Frente a un caso parecido, creo del caso abordar por cualquier medio, la punción y aún la intervención, para no ser sorprendido por una evolución semejante que pudiera repetir el caso que nos mostró el Dr. Caubarrère.

Haré una consideración de orden general: evidentemente los cirujanos y todos los que tenemos que actuar en Medicina, somos muchas veces presos por una tendencia de momento. Vivimos no ha mucho la era de las tendencias morfológicas y anatómicas y los cirujanos hemos hecho nuestra base y fundamento en las tendencias de la patología anatómica y en la clínica hemos insistido en el control anatómico de las lesiones siempre basados en la anatomía patológica y hoy que hemos vivido algunos años, nos damos cuenta que eso no alcanza, y de las falsas rutas por esa anatomía patológica exclusiva yo no voy a insistir.

En radiología posiblemente pasa o pasó lo mismo. Nosotros vivimos la época en que la radiología en patología ósea creyó ser la soberana, la soberana en el sentido de que la imagen ósea radiológica de los huesos era la última palabra. Yo viví el período de la Sociedad de Cirugía de los años 20, 22, 23, 24, en que sesionaba en la calle Uruguay, y yo me acuerdo de aquellas sesiones memorables. No se si hay muchos sobrevivientes aquí de aquella época, me acuerdo tan solo de aquellas corridas de toros, en las cuales los cirujanos se dividían unos frente a otros con diagnósticos tales o cuales basados tan solo en las imágenes radiológicas. Me acuerdo que el Dr. Barcia con su enorme caudal de placas y el Dr. Prat, presentaban sus diagnósticos, basados en el aspecto morfológico de los procesos. La conclusión que saqué entonces es la que domina hoy: "que el examen radio-

lógico es una cosa extraordinariamente valiosa pero que no es todo en el diagnóstico de los procesos de los huesos; que la clínica sigue importando mucho y que esa soberanía de la radiología es algo que pasará al lugar que le corresponde, como un síntoma más dentro del cuadro clínico. Este caso del Dr. Caubarrère viene a confirmar este concepto dado que en este caso nunca se encontró nada que evidenciara la hidatidosis. La imagen fué de una coxalgia típica y por consiguiente esa enferma, no digo que sea una vergüenza para el cirujano y para los que actuaron pero el hecho es que estuvo ocho años en manos de médicos, por una hidatidosis ósea ignorada. Deseo no se tome como una crítica sino como empeño de seguir tratando de buscar medios para no llegar a repetir y ver una evolución de un proceso, en estas condiciones. Es lamentable que no tengamos medios más exactos para evitar el error. Este caso lo demuestra, dado la autoridad de los actuantes, y da mucho que pensar como en muchos otros casos de la radiología ósea.

Dr. R. García Capurro. — Cuando ingresé al Hospital Pasteur, en 1931, el primer trabajo que me propuso que hiciera el Dr. Piquerez, fué un estudio sobre las imágenes radiológicas de las diferentes lesiones de los huesos. Al poco tiempo de estar trabajando sobre este tema vi que aún las imágenes dadas como típicas, podían ser simuladas por otras afecciones, pronto comprendí que los diagnósticos serían de probabilidad pero no de seguridad.

Hace pocos días, en la reunión de Durazno, sobre hidatidosis, yo dije palabras muy parecidas a las del Dr. Stajano, haciendo notar que muchos de los casos de hidatidosis óseas habían estado en manos de médicos sin ser diagnosticados hasta adquirir volúmenes enormes. Que por lo tanto, me parecía que siempre que no pudiéramos tener una seguridad sobre el diagnóstico de la lesión ósea, más vale ir precozmente a una punción biopsica o a una intervención, ya prontos para una gran intervención en el caso de que fuera necesario.

Dr. Ugón. — Yo quería hacer dos aclaraciones al caso presentado por el Dr. Caubarrère. Esa enferma en realidad no estuvo bajo asistencia médica; al principio la vió un distinguido traumatólogo, durante un año, con diagnóstico de osteocondritis. Luego otro colega diagnosticó una coxalgia, le pusieron un yeso y la enferma se fué a campaña y pasó 5 años sin que la viera nadie. Al principio no se podía hacer diagnóstico. Cuando la vi era sumamente fácil el diagnóstico: un muslo enorme lleno de quistes hidáticos, no de abscesos hidáticos, osifluentes, simples quistes hidáticos con frémito. Por otra parte la imagen radiográfica en ese momento era bastante característica. Al pasar, quiero hacer notar que el frémito hidático es casi de observación constante en los quistes hidáticos musculares, no sé por qué, pero casi siempre lo he encontrado en los quistes musculares, no así en otros quistes hidáticos. Prácticamente era un quiste hidático o una coxalgia con esa magnitud de lesión. Sobre eso creo que vale la pena insistir.

Dr. Nicolás Caubarrere. — Al Dr. Stajano quiero decirle que nosotros no pretendemos hacer diagnóstico de naturaleza de proceso del punto de vista radiológico, o mejor dicho no creemos que se deba esperar todo el tiempo que se esperó con nuestra enferma para hacer un verdadero diagnóstico, sino que nos ha parecido de gran enseñanza no solo ese sentido sino como una evolución que se puede considerar extraordinaria.

Por otra parte creemos que se debería respetar la actuación de los colegas que la han atendido, por cierto muy distinguidos y de grandes conocimientos en la materia. Si ellos no actuaron de otra manera, sería porque circunstancias fortuitas no se lo permitieron.

Dr. Stajano. — Deseo que conste que en forma alguna hago reproche de conducta técnica alrededor del caso presentado. Muy por el contrario. Ese tipo de casuística es el que realmente es útil y enseña. Llama a la realidad y es de esa calidad que deberían ser las presentaciones — para enseñar — y no para deslumbrar. Recuerdo bien el caso de hidatidosis ósea del fémur — operado en el año 1922 ó 23 y que presenté a esta Sociedad cuando después de 18 años — a pesar de lo avanzado del proceso. Murió diabética hace dos años. Esas placas las conserva el Dr. Caubarrere. Fué un hidatidosis ósea con el diagnóstico preoperatorio de absceso de Brodie y publicado en nuestros Boletines.

Dr. Nicolás Caubarrere. — Como muy bien lo ha dicho el Dr. Ugón es una enferma que no se dejaba ver con frecuencia y pasaba largas temporadas en campaña. Además hay que recordar que estos procesos hidáticos articulares, pueden llegar a tener monstruosas alteraciones y permitir una aparente buena funcionalidad, como por ejemplo nuestra enferma que siempre iba caminando al consultorio. Por esta tolerancia es que algunos autores las han comparado a las artropatías tabéticas.