

Hasta tal punto es favorable la respuesta del l. f. g. a la radioterapia suave, que, según SYMMERS, si hay una recidiva y no responde bien, obligando al empleo de dosis mayores, está justificada la sospecha de que el proceso está sufriendo una mutación.

RESUMEN.

Se comunican dos casos de l. f. g., uno de ellos localizado en el bazo y el otro en un ganglio inguinal, sin que al tiempo de la observación pudieran encontrarse señales de la enfermedad en ningún otro punto del organismo. Se hace la descripción anatomo-patológica de las piezas operatorias y algunas consideraciones sobre síntomas y tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- BAEHR y KLEMPERER.—New York State J. Med., 40, 7, 1940.
 BAGGENTOSS y HECK.—Am. J. Med. Sci., 200, 17, 1940.
 BECKER.—Deuts. Med. Wschr., 27, 727, 1901.
 BRILL, BAEHR y ROSENTHAL.—Journ. Am. Med. Ass., 84, 669, 1925.
 COMBES y BLUEFARD.—Arch. of Derm. & Syphyl., 44, 409, 1941.
 DECKER y LITTLE.—Journ. Am. Med. Ass., 105, 932, 1935.
 FARRERAS VALENTI y CISCAR RIBS.—Med. Clín., 11, 297, 1948.
 GARCIA BLANCO, M. A.—Tesis doctoral, 1949.
 JACKSON y PARKER.—Hodgkin's Disease and allied disorders. Oxford University Press, New York, 1947.
 MORELLES PLEGUEZUELO, M. y JIMÉNEZ DÍAZ, C.—Rev. Clín. Esp., 18, 38, 1945.
 MAYER y THOMAS.—Bull. Johns. Hopkins Hosp., 64, 315, 1939.
 MOREHEAD y WOODRUFF.—Arch. Path., 40, 51, 1945.
 SHERWIN y SPIRITES.—Ann. Surg., 111, 459, 1940.
 SYMMERS.—Arch. Path., 26, 603, 1938.
 SYMMERS.—Arch. Path., 34, 385, 1942.
 SUGARBAKER y CRAVER.—Journ. Med. Ass., 115, 17 y 112, 1940.

MASTOIDITIS POR EULIASIS

L. M. GIL Y GIL

Otorrinolaringólogo del Seguro de Enfermedad.

Cáceres.

Hasta el año 1934 se denominaba Miasis o Miiasis a la afección producida por moscas o a la presencia de sus larvas en el cuerpo. Y fué GABRIELIDES el que propuso el término de Euliasis para designar los casos producidos por larvas.

No es enfermedad de corriente observación, y en lo que a mi casuística personal se refiere, entre unas 8.000 historias clínicas, tanto de mi clientela particular como de la del Servicio de Garganta, Nariz y Oído del Seguro de Enfermedad, sólo he visto este caso, siendo además muy raro el lugar donde se encontraba la larva. El cuadro clínico de la historia que motiva este trabajo ha sido más rico en síntomas generales que en los síntomas locales, pues éstos eran en principio los de una vulgar otitis media.

Historia clínica núm. 6.531.—M. M. A., de veinticuatro años de edad, soltero.

Antecedentes familiares.—Padres y tres hermanos, sanos.

Antecedentes personales.—Fumador (25 pitillos) y propenso a catarros de tipo bronquial; sólo tuvo de pequeño sarampión, el cual, según manifiestan los familiares, le duró unos diez días; a consecuencia de esta enfermedad le quedó una ligera supuración de oído, a la cual no le daban importancia, pues sólo notaba molestias cuando se acatabraba.

Antecedentes de la enfermedad.—Hace unos doce días que empezó con dolor de cabeza, el cual se localizaba en región temporoparietal izquierda y acusando una ligera febrícula. Con esta sintomatología acudió el enfermo a su médico de cabecera, el cual, después de reconocerle, dijo que sólo padecía un proceso gripal, mandándole que se acostase y que tomase unos comprimidos de Veganín. A pesar de esta medicación, los síntomas fueron aumentando, añadiéndose una supuración del oído. Todo esto motivó que el enfermo guardase cama y llamase a su médico, el cual le reconoció de nuevo, suspendiendo la medicación anteriormente puesta y le mandó una preparación sulfamídica (un comprimido cada tres horas por espacio de seis días) y un preparado de vitamina C. Con este nuevo tratamiento el enfermo no mejoraba; es más, se le acentuaron la fiebre y la cefalea; la supuración, que al principio era acuosa y sin olor, al llegar a este período se hizo claramente purulenta y fétida; el sueño en el enfermo es casi imposible, y en los casos en que lo hace es intranquilo y a veces notan los familiares como si tuviera convulsiones; cualquier ruido y luz que se le aproxima a su cabecera parece como si se le reagudizasen los síntomas. Ante este cuadro, el médico de cabecera, viendo que con la medicación no se advierte ninguna mejoría, propone a la familia sea trasladado el enfermo a Cáceres, para que sea visto por un médico especialista, pues él cree que todo lo que tiene el enfermo sea debido a algún proceso de oído.

Con el cuadro anteriormente descrito, aunque algo reagudizado, llega el enfermo a mi clínica. A la exploración me encuentro con un enfermo que acusa una temperatura de 40° y un pulso pequeño, filiforme, y de 120 pulsaciones por minuto. A las preguntas que le dirijo casi ni me contesta, y cuando lo hace me dice que le quite las molestias y picores que acusa en el oído. Reflejos pupilares anormales; hay Kernig, Binda, signo de Lafora claramente positivos. Explorada nariz, senos cavum; orofaringe, normal; la exploración de la laringe es casi imposible de realizar. Al explorar oídos, veo que el oído derecho es normal, pero en el oído izquierdo veo la concha y el conducto auditivo externo lleno de pus, muy fétido. Hago la limpieza y observo que la membrana timpánica se encuentra destruida en su totalidad, y sólo quedando el martillo, así como la membrana Shrapnell, como si colgase de la pared superior del conducto. La cara interna de la caja está engrosada y recubierta de exudación. Pero lo que me llama la atención es que, entre el martillo y la cara interna de la caja se aprecia como una mancha o gota de pus de un color blanco-grisáceo, y que al intentar hacer el examen con el otoscopio eléctrico tiende como a esconderse detrás de la membrana Shrapnell. La exploración de la región mastoidea arroja puntos dolorosos en región antral, borde posterior de la apófisis mastoidea y punta de la misma.

Hago el diagnóstico de mastoiditis por otitis crónica reagudizada, con síndrome meníngeo. Y dada la hora en que es traído el enfermo a mi casa, dos y media de la madrugada, prescindo de examen radiológico y de sangre y de líquido cefalorraquídeo, proponiendo la intervención inmediata, la cual es aceptada por los familiares.

Anestesia etérea. Incisión retroauricular. Incididas las partes blandas, me encuentro con un periostio engrosado y como despegado del hueso, y que al ser seccionado se inunda el campo operatorio de un pus fétido, y que al ser limpiado, observo un pequeño orificio, por el que veo salir pus igualmente fétido. Comienzo el ata-

que de la mastoides, a un centímetro del mencionado orificio, y desde este momento hasta que logro poner al descubierto el antró, el campo se me inunda de pus fétido. Una vez descubierto el antró, y después de limpiado con una gasa, observo como si algo se moviese dentro del mismo; intento hacer su extracción, la cual lo



Situación de la larva.

Fig. 1.

logro, y veo con gran sorpresa que se trata de un cuerpo blanco-amarillento de una forma cilíndrica y animado de movimiento, y como no es el momento de hacer una observación cuidadosa, introduzco el mencionado cuerpo extraño en una cápsula, continuando la operación según la técnica clásica para la radical aticomastoidea.

La mastoides es de tipo diploico, con tejido esponjoso, que se prolonga por encima del caracol y por toda la raíz del arco zigomático. Descubierto el seno, presenta un estado satisfactorio. Abro una ventana hacia la duramadre, la cual punciono, no dándome pus. El aditus ad antrum es muy ancho, pero sin ninguna anormalidad. Lavo el campo operatorio con penicilina (200.000 unidades) y cierro la herida, dejando en la parte inferior de la misma un tubo de goma, por la que instilo 20.000 unidades cada seis horas, durante seis días.

El curso postoperatorio es normal, pues la fiebre desciende; los signos meníngeos han desaparecido y el enfermo concilia el sueño, siendo éste normal. Es dado de alta a los quince días de haber sido intervenido.

ESTUDIO CLÍNICO.

Clínicamente, la miasis o euliasis es debida, como decíamos, a la presencia de larvas, las cuales crecen con gran rapidez en un período de tiempo de cuatro a seis días, llegando a tener un tamaño de una judía; estas larvas labran galerías, que es donde se cobijan. El enfermo no está ajeno a este parasitismo, sino que lo siente morder y moverse, siendo estas molestias mayores si la larva tiene gran tamaño. Los dolores que produce no son violentos, sino que motivan un estado de inquietud y desasosiego insufrible, y todo lo que haga, tanto el enfermo como el médico, para desembarrazarse de tan molesto huésped será coronado por el fracaso, pues cuando se las quiere sacar de las galerías labradas por ellas estas larvas se esconden, y lo único que se ve es su polo posterior. Si quisieramos intentar sacarlo o sacarlas, tendríamos que recurrir a pinzas finas y con dientes, pues éstas se encuentran muy ad-

heridas mediante los dientes que poseen (colmillos) que se encuentran en su cabeza y a cierta especie de espinas que tienen en su cuerpo (figura 1).

El color de la larva objeto de nuestra comunicación (fig. 2) es de un color blanco-amarillento, de forma cónica y de aspecto anillado, las cuales se enchufan entre sí. El polo posterior es grueso, y se observa en él como una cavidad llena de una sustancia grisácea. Mediante lupa observo el polo anterior, el cual casi termina en punta, y a sus lados observo como una especie de colmillos de forma arqueada, abiertos hacia afuera, lo cual me explica el mecanismo de fijación. El cuerpo es, como decía anteriormente, cilíndrico anillado, y entre anillo y anillo veo una membrana de un color más claro, y que al

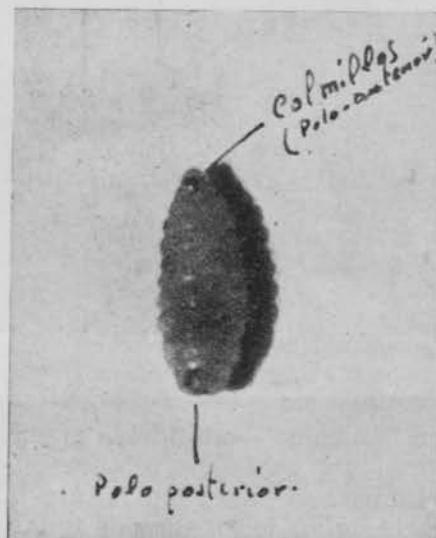


Fig. 2.

ser tocado, veo que es más blanco que el anillo; tanto el anillo como la membrana están cubiertos de unos pelitos de color grisáceo, los cuales tienen una dirección hacia el polo posterior.

DERMITIS SECUNDARIAS ARTEFACTAS PRODUCIDAS CON SOSA

J. A. DE ARGUMOSA

Oviedo.

Recientemente hemos observado en productores que trabajan en minas de carbón (antracita) unas dermatitis que aparecían generalmente en el curso del tratamiento de heridas traumáticas (accidentes del trabajo).

El proceso puede esquematizarse así: un obrero se produce accidentalmente una solución