

## ALGUNOS CASOS DE ACTINOMICOSIS

POR EL DR. IGNACIO PRIETO

La actinomicosis se definía hasta hace poco tiempo diciendo que era la enfermedad crónica constituida por infiltraciones duras extensivas que daban nacimiento a abscesos fríos y a fístulas de las cuales salía pus poco abundante que contenía granos amarillos característicos, constituidos por grupos parasitarios. La observación clínica ha modificado esta manera de ver y al lado de estos bien conocidos se agrupan observaciones de actinomicosis que carecen de abscesos y de fístulas y que constituyen la forma neoplásica en la cual las fístulas y los abscesos no aparecen o sobrevienen raramente.

Introducida en patología humana por Israel y identificada más tarde por Ponfiek, con la enfermedad del buey, ha sido reconocida en otros países y entre nosotros no pasa año sin que se nos de a conocer historias de enfermos de actinomicosis.

La enfermedad desde el punto de vista anatómico, reviste dos formas principales: la inflamatoria y la neoplásica.

La primera, más estudiada y mejor conocida, principia generalmente por el tejido subcutáneo y no compromete la piel sino secundariamente. En la inmensa mayoría de los casos comienza por el maxilar, de preferencia el inferior, al nivel de un diente cariado y de aquí se propaga a la piel de la cara y el cuello, en cuyo sitio se localiza durante cierto tiempo. En otras ocasiones la actinomicosis se sitúa en el intestino o en el pulmón y de aquí se extiende para llegar a la piel del tórax o del abdomen.

El punto de entrada de la infección puede ser superficial o profundo, pero los síntomas varían poco. La enfermedad se traduce por un tumor o una placa endurecida saliente, poco dolorosa que se desarrolla lentamente. Al cabo de algunas semanas, el centro de la placa se hace prominente, reviste color violáceo o azulado, da sensación blanda y fluctuante. Al corte el escurrimiento es sanguinolento debido a que esta prominencia contiene fungosidades. Cuando no se interviene, acaba por abrirse espontáneamente en el curso de algunas semanas y da salida a débil cantidad de pus go-

moso que contiene granos amarillos característicos. Vaciado el contenido la tumefacción se aplasta y deja una fistula de donde mana pus de granos amarillentos. La fistula acaba por secarse, pero durante este tiempo nuevas infiltraciones se han desarrollado que por su evolución han dado margen a tumefacciones y fistulas más recientes. Debemos tener presente que la aparición de los granos, si es frecuente, no es diaria y se debe prolongar la observación porque a veces los granos se ausentan un período de tiempo más o menos largo.

La placa de infiltración es de extensión variable, hace cuerpo con la piel y a menudo con las partes profundas, ofrece dureza leñosa y sus límites no son precisos, se extienden más o menos en la cercanía y gozan de relativa movilidad, detalle de interés para el diagnóstico sobre todo en la forma neoplásica.

Llegada a este estado la enfermedad dura meses y años, su extensión gradual se hace sin provocar fenómenos generales y localmente apenas si existen dolores de exasperación vespertina. Aunque es raro, pueden presentarse infecciones secundarias que cambian por completo el cuadro y ocasionan reacción febril y fenómenos que denotan la infección mixta.

La forma neoplásica o pseudo-sarcomatosa se revela por el desarrollo enorme de la tumefacción que evoluciona lentamente, se fija a la piel y ésta es levantada en grandes rodetes que separan pliegues profundos y la palpación demuestra la existencia de partes duras, leñosas que alternan con porciones más o menos fluctuantes. El estado de las lesiones dura mucho tiempo, años aun y el diagnóstico se establece por la marcha y los caracteres de la tumefacción.

El tratamiento clásico del padecimiento consiste como se sabe en la administración del yoduro de potasio por espacio de tres o cuatro meses, ayudado de las aplicaciones locales de yodo en las fistulas y en los trayectos, facilitando su aplicación por el legrado que suprime las fungosidades y permite contacto más íntimo entre el tópic y la superficie tratada. Este tratamiento clásico ha sido modificado en nuestra práctica por el uso de los arsenicales que no solo han abreviado la duración del tratamiento sino que modifican rápidamente las infiltraciones y consiguen la curación en menor tiempo. Las dosis empleadas han sido medias de 30 a 45 centigramos por semana que, unidas al empleo del yoduro, nos han dado muy bellos resultados.

Este recuerdo nos ha sido sugerido por la frecuencia de los padecimientos actinomicéticos, observados en el servicio de cirugía en el Hospital General, pabellón 3, en donde la tercera parte de los enfermos asilados presentaban lesiones actinomicéticas de sitio y forma variable. Es indudable que el número de casos aumentará el día en que el diagnóstico micros-

cópico se generalize y cuando la marcha del padecimiento nos sea mejor conocida. Las formas clínicas son divididas por los autores en la cérvico-facial, la torácica, la abdominal y la cutánea. La torácica, por su situación y el cuadro que despierta puede simular la tuberculosis y la abdominal, que se sitúa en el ciego o en el apéndice, son de orden médico y es raro que como en la intestinal, se establezcan adherencias entre la serosa y los tejidos superficiales y por este mecanismo se produzcan fistulas que se radiquen en las paredes del tórax o del abdomen. Las formas cérvico-faciales y cutáneas están más al alcance de nuestra intervención y de este orden son las formas que hemos observado. El estudio microscópico tanto de los granos como de los cortes histológicos ha sido practicado por el doctor M. Pallares encargado de estas investigaciones en el Laboratorio del Hospital.

R. S. de 30 años de edad, casado, ingresa al servicio a curarse de la dificultad que experimenta para masticar causada por un empastamiento que lleva sobre el maxilar inferior del lado izquierdo. El principio de su dolencia remonta a cuatro meses de la fecha, época en la cual sintió inflamación dolorosa al nivel de los molares que se acompañó de trismus durante una semana, los accidentes se remedian, los signos locales se atenúan, pero la inflamación de la encía se hace más superficial deformando la cara. Con efecto, a su entrada al servicio se demuestra que la región del maxilar inferior izquierdo, en su rama ascendente, es sitio de un empastamiento de superficie irregular, desarrollado delante de la oreja y que lleva dos pequeñas tumefacciones blandas, prominentes, de piel roja y adelgazada. Los tejidos ofrecen a la palpación una consistencia intermedia entre la blandura del edema y la dureza de los neoplasmas sólidos. El borde de la encía al nivel del maxilar enfermo está engrosado y se adhiere a la infiltración sub-cutánea, Trismus poco acentuado, integridad de los ganglios de la región y buen estado general. La administración del yoduro remedió en el curso de quince días el padecimiento y el enfermo salió del servicio curado advirtiéndole que debía seguir su tratamiento por varios meses.

Otra observación se refiere a un hombre de 34 años de edad, oriundo de Morelia, dedicado a las labores del campo desde su juventud, no proporciona ningún antecedente hereditario, ha tenido dos hijos, sanos actualmente y ha gozado siempre de buena salud. Seis meses antes de su ingreso, experimentó una molestia, más bien que un sufrimiento en el interior de la boca, al nivel de uno de los molares del lado izquierdo del maxilar inferior. Aplicando el dedo en este sitio, encontré una tumefacción que tomó por una postemilla, ésta aumentó en tamaño y se extendió hacia la mejilla comprometiendo todos los tejidos y formando una placa de color rojizo y con sensación de picoteo desagradable más pronunciado en el curso de la noche. Al crecer la tumefacción, la mucosa de la mejilla se interponía en-

tre los dientes durante la masticación, lo que produjo la pérdida primero de la mucosa y la aparición de una ulceración que aumentó en profundidad hasta producir la perforación de la pared lateral de la boca, perforación que llegó hasta la comisura labial. Llegado a esta altura el enfermo presentaba sialorrea, escurrimiento de líquido a veces purulento y las más seroso con granos en suspensión y que emanan de los tejidos que rodean la pérdida de substancia; ésta se presenta cubierta de vegetaciones procedentes de color amarillo-rojizo que sangran con facilidad y que cubren por completo la pérdida de substancia; la sensación de picoteo es constante y presenta exacerbaciones nocturnas que provocan insomnio. La observación es de interés desde el punto de vista del tratamiento: La producción actinomicótica, cuyo diagnóstico microscópico se practicó, no obedeció a la administración del yoduro, no cedió a las inyecciones de arsénico orgánico que se practicaron en el enfermo; la hemoserovacuina no dió resultados satisfactorios; por supuesto que además de estos medios se empleaban tópicos yodados. A pesar de todos estos recursos el mal persistía y si no aumentaba ostensiblemente en tamaño si perduraba como lo probaban los brotes de placas pequeñas que aparecían en derredor de la zona de vegetación. En tal virtud se propuso al enfermo la intervención quirúrgica que extirpando la porción procedente tratara de restaurar la cavidad bucal. El enfermo no aceptó la operación y salió del servicio en el estado referido.

La localización en los miembros inferiores ha sido encontrada en proporción relativamente, más frecuente que en las otras regiones y del conjunto que forman elegimos las dos observaciones siguientes que presentan, a nuestro juicio más de un aspecto interesante.

En uno de ellos se trata de un hombre bien constituido, de 40 años; carpintero, sin antecedentes de importancia, que llevaba según decía él, un tumor blando en la cara interna del muslo izquierdo, tumor que hacía poco relieve y apenas doloroso cuando trabajaba más de lo acostumbrado; le había notado hacía unos meses sin poder fijar la fecha con precisión. Repentinamente, en el curso de unas cuantas semanas, el tumor empezó a crecer rodeando el muslo en su tercio inferior y deformando la región. Por la exploración se descubre la deformidad del muslo izquierdo caracterizada por el desarrollo de una masa dura consistente que rodea el tercio inferior, extiende la piel que conserva su aspecto y coloración normales, la producción neoformada parecía estar unida al hueso en su profundidad y poseía porciones relativamente blandas en su periferia y límites festoneados que se podían hacer deslizar en el subcutáneo. La masa resistente en su mayor extensión no despertaba dolor por la presión y no existía infarto ganglionar. La rapidez de su crecimiento, el aspecto del conjunto hicieron pensar al interno del servicio, en una producción sarcomatosa; el sitio y el

desarrollo parecían justificar el diagnóstico. Pero analizando los detalles de la observación se pudo eludir esta manera de ver; en efecto la producción neoplásica había comprometido el celular subcutáneo y se podía por la palpación limitar la producción, movilizándola ligeramente, hecho que probaba su independencia de la piel; por otra parte en ningún punto aunque se buscara con el mayor cuidado se encontraba la sensación especial que producen las laminillas huesosas al comprimir las en el caso de osteosarcoma. Estos detalles era suficientes para separar la idea de neoplasma, el cual en el caso y dado el tiempo de su desarrollo hubiera comprometido los tejidos superficiales haciendo cuerpo con ellos. En tal virtud pensamos que se trataba de infección actinomicósica y el tratamiento yodurado arsenical se estableció dando el mejor resultado, pues el enfermo salía curado después de una permanencia de dos meses en el servicio. Las condiciones anatómicas no permitieron practicar ninguna investigación microscópica en esta observación; pero basta el buen resultado del tratamiento para fijar el diagnóstico de forma neoplásica de la actinomicosis.

Otra observación es digna de llamar la atención debido a su marcha que encierra detalles un tanto especiales o por lo menos poco frecuentes en la infección actinomicósica.

H. Ch. de Amealco. Estado de Hidalgo, de 24 años de edad, caballero de oficio, ingresa al Hospital para curarse de hinchazón en la pierna izquierda que dificulta su trabajo y le estorba para sus movimientos. De buena salud anterior y sin antecedentes hereditarios de importancia, hace ya poco tiempo que le sobrevino la hinchazón al nivel del tobillo y ha crecido poco a poco pero de una manera particular, pues el crecimiento se ha hecho por brotes, es decir que de tiempo en tiempo el enfermo acusa reacción febril, endurecimiento en la región afectada y cuando estos fenómenos se remediaban la masa morbosa de la pierna presentaba mayor volumen.

De este modo ha crecido adquiriendo el volumen actual, que abarca desde la región maleolar hasta la vecindad de la poplitea, deformando la pierna que ha triplicado su volumen, a este nivel la piel se ha hecho saliente cubriendo la infiltración del subcutáneo que a la palpación da sensaciones alternativamente duras y blandas; la piel no muestra cambio de coloración y ofrece pliegues poco marcados que corresponden a las depresiones de la masa neoformada. Lleva el enfermo al nivel de la región maleolar en este miembro una cicatriz de forma lineal, como de un centímetro de extensión fijada a los tejidos profundos y que el enfermo atribuye a accidentes del trabajo. La cicatriz sobrevino a consecuencia de una ulceración que tardó más de dos meses en cicatrizar. Después de la curación, los tejidos de cercanía se infiltraron y aumentaron de volumen por periodos sucesivos haciendo crecer la infiltración al grado que ha adquirido en la actualidad.

Durante su permanencia en el servicio pudimos presenciar por dos veces el crecimiento de la masa neoplásica. En cada una de estas veces sobrevenían fenómenos agudos generales y locales; los primeros consistían en reacción febril, insomnio y anorexia, los segundos en dolores en la región enferma, engrosamiento de los tejidos, cambios de la coloración de la piel que tomaba aspecto rojizo diversamente repartida por zonas de mayor o menor extensión y edema que se extendía hasta la vecindad del muslo. Las porciones edematosas se hacían salientes y daban sensación blanda, fluctuante. Al cabo de tres o cuatro días el cuadro se remedia, los fenómenos generales desaparecen y los locales se apagan, las zonas salientes se aplastan, las aparentes colecciones líquidas se reabsorven y solo queda un poco mayor la masa de infiltración que aumenta en espesor y extensión. En el curso del tercer acceso decidimos intervenir para lo cual practicamos una amplia incisión que dió salida a abundante cantidad de serosidad de color citrino transparente que fluía del contorno del miembro; a través de la incisión que comprendía todo el espesor de la piel y permitía explorar el celular subcutáneo, se aprecia el aumento de espesor del tejido grasoso y su movilidad; valiéndonos de esta última para movilizarlo e intentar su extracción a través de los labios de la herida; repitiendo la maniobra pudimos extirpar el subcutáneo de todo el contorno y logamos que desapareciera el engrosamiento que producía la pseudoelefantiasis. Después de la extirpación de la masa del tejido subcutáneo se acudió a la aplicación de tintura de yodo que se procuró que tocara la mayor parte de la superficie cruenta y se procedió a la sutura obteniéndose la cicatrización. Las consecuencias fueron inesperadas, el miembro recobró su forma, el estado edematoso desapareció y el enfermo abandonó el servicio enteramente restablecido. El tratamiento interno consistió en administración del yoduro y del neosalvarsán, 0.30 centigramos cada semana; tratamiento que nos ha dado los mejores resultados proporcionando mejorías que se imponen por curaciones, pues se observa el aplastamiento de las masas neoformadas y la modificación de las fistulas que desaparecen y cicatrizan.

De lo expuesto podemos deducir:

I.—La actinomicosis es un padecimiento que se presenta con relativa frecuencia entre nosotros, al grado de constituir un recuerdo forzoso en nuestra práctica diaria.

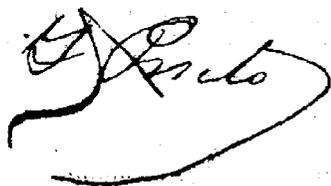
II.—Las dos formas anatómicas neoplásica y fistulosa se pueden observar y si el diagnóstico de la segunda es fácil debido a la expulsión de granos la primera necesita el conocimiento de la marcha y el estudio detenido de su crecimiento,

III.—El tratamiento arsenical unido al yodurado, permite lograr re-

sultados curativos que no alcanza el yoduro solo y se acorta de este modo la duración del tratamiento.

IV.—Cuando el desarrollo del hongo ha alcanzado las piezas huesosas y se establecen fistulas, el tratamiento se alarga debido a la acción de los gérmenes banales cuyo acceso es facilitado por las fistulas establecidas.

V.—Al nivel de los orificios naturales, mucosa de la boca, el padecimiento se ha manifestado rebelde a todo tratamiento, debido, creemos, a la acción conjunta de los gérmenes de la cavidad bucal y del aire, que suman su energía a la del hongo, lo que modifica el padecimiento haciéndolo resistente al tratamiento.

A handwritten signature in dark ink, appearing to read "A. Escoto", enclosed within a large, sweeping, handwritten flourish or underline.