

# Cincuenta casos de actinomicosis y resultados de su tratamiento vacunoterápico

POR EL DR. PABLO NEGRONI

(TRABAJO REALIZADO EN LA CÁTEDRA DE CLÍNICA DERMATOSIFILOGRÁFICA Y EN EL INSTITUTO BACTERIOLÓGICO DEL D. N. H.)

A continuación expongo en un cuadro el resultado de mis observaciones:

Localización	Número de observaciones	%	Sin tratamiento con vacuna antiact.	Tratados con vacuna antiact.				Cultivos		
				curados	fracasos	result. ignor.	result. parcial	anaerobios	aerobios	negativos
cérvico-faciales . . .	25	50	5	15	1	3	1	13	—	6
témporo-faciales . . .	6	12	1	1	4	—	—	3	—	—
pleuro-pulmonares . .	6	12	1	2	1	—	2	4	—	—
abdominales . . . . .	4	8	1	1	—	1	1	1	—	1
miembro inferior . . .	7	14	4	1	—	—	2	—	2	2
»    superior . . .	1	2	1	—	—	—	—	—	1	—
ocular . . . . .	1	2	1	—	—	—	—	—	1	—
Total . . . . .	50									

Si la suma de las cifras de los cultivos anaerobios, aerobios y de los resultados negativos de las siembras, no corresponde al número total de los casos observados, es porque no en todos ellos se cultivó el material obtenido de las lesiones.

Del análisis del cuadro se desprende pues que la localización cérvico-facial es de un pronóstico benigno, siendo en cambio grave la témporo-facial, especialmente si va acompañada de osteomielitis de los huesos del cráneo, en cuyo caso la propagación a los centros nerviosos del proceso actinomicósico es casi la regla.

Las actinomicosis cefálica, pulmonar o abdominal son debidas frecuentemente al *Actinomyces* microaerófilo tipo *Act. israeli* que vive en el intestino, en las caries dentarias, en las criptas amigdalinas o en los bolsillos que forma la encía sobre una muela de juicio de erupción defectuosa. En esos sitios puede vegetar en una atmósfera con tensión de oxígeno reducida, merced a la concurrencia

"Folia Biologica" tiene un tiraje de 9.000 ejemplares y se distribuye gratuitamente

bacteriana y determinar las lesiones cuando encuentra una circunstancia propicia: extracción dentaria, intervención quirúrgica o procesos mórbidos que puedan alterar la integridad o la resistencia del órgano afectado.

En cambio la localización en los miembros y el caso ocular, fueron debidos al traumatismo por un objeto (generalmente espina, astilla u otro fragmento vegetal) contaminado por el suelo, de ahí se explica que siempre se cultiven en tales casos *Actinomyces* aerobios.

El examen microscópico del material recogido de las lesiones ha revelado casi siempre la existencia de granos con clavav, otras veces la de granos rodeados de una areola amorfa, pocas veces la de granos sin clavav ni areola amorfa y finalmente en algunos casos existían únicamente formas aisladas difteroides.

Cuando faltaban las clavav o la areola amorfa, existían o no cuerpos de RUSSELL, los cuales parecen ser de la misma naturaleza de las clavav. En un mismo caso hemos encontrado examinando el material de las lesiones, granos con o sin clavav en dos exámenes practicados con varios meses de intervalo, lo cual unido al resultado de los cultivos que indican que una misma especie puede presentar en las lesiones los diferentes aspectos mencionados, quita todo valor a la separación de especies y aún de géneros que han hecho algunos autores basándose en la existencia de granos con o sin clavav.

En nuestra opinión las clavav representan un producto de reacción del organismo, probablemente de origen plasmocitario (dado su identidad con los cuerpos de RUSSELL) frente a un antígeno común al *Actinomyces*, *Actinobacillus* y ciertas razas de *Staphylococcus*.

En cuanto a los resultados de la vacunoterapia, diremos que de los 36 casos tratados hemos obtenidos 20 curaciones al parecer definitivas (algunas con más de cinco años de observación), 6 fracasos, 6 resultados parciales y 4 ignorados. Es éste por consiguiente un elemento terapéutico no despreciable en una enfermedad donde suelen fracasar la intervención quirúrgica y los tratamientos químicos.

La preparación de la vacuna y la técnica de su empleo, no sufrieron variantes desde mi primera comunicación *Vacuna curativa de la actinomicosis*. «Rev. Arg. Dermatosisif.», t. XVI, 1932, pp. 45-52. Consiste por consiguiente en cultivos filtrados y formolados al 2-3 por mil, de varias cepas de *Actinomyces* aerobios parásitos: asteroides y del grupo bovis) en el medio de SAUTON. La vacuna se inyecta en el tejido subcutáneo del brazo y también se instila o inyecta en la lesión (si existen trayectos fistulosos se instila; si abscesos, se inyecta), comenzando por una dilución al 1/10 con sol. fisiológica y aumentando progresivamente la dosis si hay buena tolerancia, hasta llegar a inyectarla pura, sin diluir, 1 a 2 cm<sup>3</sup>, una o dos veces por semana. Este tratamiento suele producir reacción focal, por eso hay que extremar la prudencia en los casos de localización témporo-facial dado la facilidad con que en estos casos el proceso actinomicótico se propaga a los centros nerviosos.

Para terminar diremos que casi todos los autores que han utilizado tratamientos biológicos en la actinomicosis, consistentes en la inyección de los elementos del *Actinomyces* o de sus productos, han obtenido éxitos. MAROTTA, a quien tanto debemos sobre el conocimiento de la actinomicosis en nuestro país, fué de los primeros en utilizarlo, no solamente en la Argentina sino también en el mundo, y recientemente NEUBER (1932-1934), y DIMITRIEFF y SONTEEFF (1936). Para más detalles sobre este tema remito a los lectores a mi publicación en la *Rev. del Inst. Bacteriológico*, vol. VII, 1936, n<sup>o</sup> 4, pp. 662-695.