

Dr. Humberto Campíns (1911 – 1998): su aporte a la micología médica nacional. Una perspectiva a través de la Gaceta Médica de Caracas

Dr. Luis Alfonso Colmenares Suárez*

El Dr. H. Campíns nació el 5 de diciembre de 1911, en Ospino, Estado Portuguesa. Realizó sus estudios de Primaria y Secundaria en el Instituto “La Salle” de Barquisimeto, que inició en el Colegio Federal de El Tocuyo. Cursó estudios de medicina en la Universidad Central de Venezuela, y se graduó el 26 de julio de 1954, en la promoción “Dr. Vicente Peña” (1).

Comenzó su ejercicio profesional en San Felipe, Estado Yaracuy, entre 1934 y 1936. Luego se traslada a Barquisimeto, donde ejerció hasta 1969, cuando se radica en Caracas. Entre 1938 y 1947, realizó varios cursos especializados de dermatología, venereología y sifilografía, en Francia, Alemania, Argentina y EE.UU. En 1948, en Barquisimeto, ocupó posiciones relevantes en el antiguo Hospital “La Caridad” y en la sanidad pública del Estado Lara (2).

En 1949 y 1952, comunica los primeros casos de coccidioidomycosis e histoplasmosis respectivamente en Venezuela. En 1953 es elegido Miembro Correspondiente de la Academia Nacional de Medicina (ANM). En 1957, se creó la Comisión Coordinadora del estudio nacional de las micosis, a partir de una propuesta suya en el VI Congreso Venezolano de Ciencias Médicas de 1955. Ésta fue presidida por el Dr. José Ignacio Baldó y el Dr. Campíns fue uno de sus integrantes (1,2).

Fue Vice-Rector y Profesor Honorario de la Universidad Centro Occidental “Lisandro Alvarado”

de Barquisimeto y fungió como colaborador de los cursos de posgrado para médicos internistas (1,2).

Se radica en Caracas en 1969. Se destaca en la Sección de micología médica en el Laboratorio del Hospital Vargas de Caracas así como en la Sociedad Venezolana de Dermatología y en la Comisión Coordinadora mencionada. En 1985, es elegido Individuo de Número de la ANM (1,2).

Publicó —solo o en colaboración— 47 trabajos científicos, la mayoría sobre micosis. Asistió con participación activa a numerosos congresos realizados dentro y fuera del país. Luego de una fecunda trayectoria vital, fallece el 31 de diciembre de 1998 (2).

El Dr. H. Campíns figura con 8 publicaciones en el Índice Global 1893 – 1992 (3) de la Gaceta Médica de Caracas (GMC). Sus artículos fueron publicados en la GMC entre 1949 y 1986. Entre estos, 7 son referentes a la micología médica y 1 trabajo lo constituye su Discurso de Incorporación como Individuo de Número a la Academia Nacional de Medicina en 1985. Este último no aborda el tema de la micología médica, por lo cual no será analizado en el presente trabajo. No se encuentran artículos suyos publicados en la GMC posteriores a los indicados en el Índice Global referido.

Debe aclararse algo sobre su trabajo “Micosis profundas endémicas en Venezuela” (4). En realidad, no es un artículo científico “*in extenso*”, sino el resumen breve de un trabajo libre suyo de título homónimo que presentó en un congreso médico de relieve nacional. Sin embargo, dada la importancia del tema expuesto y de una propuesta novedosa, también será analizado.

*Médico – Cirujano. Especialista en Medicina Interna.

La presente investigación consta de 8 secciones. Las primeras siete secciones analizan el alcance de cada uno de sus 7 trabajos referentes a micología médica. Su título será el mismo del artículo publicado por el Dr. Campíns en la GMC (citado entre comillas), seguido de una breve nota introductoria por el autor. Cada una de las secciones tendrá como fuente de manera exclusiva el artículo analizado en cuestión. No se discutirá cada artículo en orden cronológico de publicación, sino que se abordará del más general al más específico. La última sección hará una síntesis de su aporte a la micología médica nacional a través de sus publicaciones en la GMC.

I. “Micosis profundas endémicas en Venezuela”. Una revisión y una propuesta novedosa.

Constituye una revisión de las publicaciones sobre micosis profundas en Venezuela (4). Este trabajo fue presentado en 1955 en el VI Congreso Venezolano de Medicina, el cual fue auspiciado por la Academia Nacional de Medicina. Su autor apunta que “todas las micosis profundas han sido comprobadas en Venezuela” y que su comportamiento epidemiológico es distinto: algunas tienen una extensa distribución geográfica y otras predominan en algunas regiones del país.

Debido a la importancia sanitaria de dichas micosis “se considera necesario facilitar el diagnóstico de esas enfermedades a los médicos y laboratoristas, mediante divulgación adecuada, e intensificar la enseñanza de la micología médica en nuestras universidades”. En este sentido, propone la creación de un “Centro de Micología con proyección nacional”, el cual sería el germen de la Comisión Coordinadora del estudio nacional de las micosis, ya mencionada.

II. “El diagnóstico de las micosis profundas en la práctica médica. Clínica y Radiología”. Un trabajo de referencia obligatoria en el ejercicio de la micología médica.

En 1978, El Dr. H. Campíns publicó en la GMC un artículo sobre este particular (5). Hoy, 25 años después, continúa siendo de lectura obligatoria para cualquier médico sin importar su especialidad. Campíns recalca que el médico debe tener conocimientos básicos sobre micología médica para el manejo acertado de sus pacientes.

Luego de hacer una breve referencia a los

micetomas, revisa con profundidad “otras micosis”, refiriéndose a las hoy denominadas micosis profundas con tendencia a ser localizadas (esporotricosis y cromomicosis entre otras) y a las granulomatosas de predominio sistémico (paracoccidioidomycosis e histoplasmosis, entre otras). En cuanto a éstas, Campíns sostiene que “las dificultades son mayores cuando las lesiones radican en órganos profundos. Cualquier manifestación clínica de infección del aparato respiratorio, aguda, subaguda o crónica, puede tener etiología micótica y toda la gama de imágenes radiológicas torácicas puede ser presentada por la patología micológica: complejos de primoinfección, infiltrados nodulares minúsculos o de gran tamaño, neumónicos, bronconeumónicos, imágenes numulares, tumorales, cavitarias, de niveles líquidos”.

Campíns alerta sobre la amplia variedad de micosis con presentaciones poco frecuentes. “Sorprende la frecuencia con la cual registra ahora la literatura sobre la materia, además de bizarras manifestaciones, variados cuadros clínicos de las micosis profundas y localizaciones en todos los órganos de los diversos aparatos y sistemas”. En este sentido presenta 16 reportes de la literatura anglosajona, francesa, germana y portuguesa sobre micosis raras: síndrome de malabsorción por *Paracoccidioides brasiliensis*; infecciones por *Histoplasma capsulatum* causando variados cuadros como lesión de la vaina tendinosa del palmar común, fiebre de origen desconocido o pericarditis; linfadenitis por *Candida albicans*; rinosporidiosis uretral, y prostatitis por *Cryptococcus neoformans*, entre otros casos.

Al final de este trabajo, el Dr. H. Campíns comunica 7 casos ilustrativos de micosis con presentaciones bizarras derivadas de su experiencia personal:

1. Absceso cerebral por *Paracoccidioides brasiliensis*;
2. Úlcera gástrica por *Paracoccidioides brasiliensis*;
3. Caso de diagnóstico preoperatorio de carcinoma broncogénico. Cultivo para hongos de tejido pulmonar: *Aspergillus fumigatus*;
4. Paciente con impresión diagnóstica de carcinoma broncogénico. Cultivo de esputo: *Cryptococcus neoformans*;
5. Caso de paciente con diagnóstico preoperatorio de tumor abdominal tipo “cordoma”. Diagnóstico definitivo: criptococoma;
- 6) Paciente con diagnóstico preoperatorio de tumor cerebral. El estudio histopatológico muestra abundantes hifas. Por diversas razones no pudo identificarse el hongo;
- 7)

Absceso corneal postraumático por *Curvularia lunata*.

III. “Frecuencia y peculiaridades de micosis profundas en habitantes de Venezuela con radiología de tórax anormal”. El abordaje clínico-radiológico y la perspectiva epidemiológica.

Campíns y col. publican este trabajo (6) que complementa al trabajo precedente. Se utiliza una muestra de 3 149 pacientes con radiología de tórax anormal estudiados en un lapso de 4 años, en los servicios de medicina interna y neumonología de varios hospitales del país en sus diversas regiones. A los pacientes con radiología torácica anormal, se les practicaban tinciones y cultivos de diversas muestras provenientes del aparato respiratorio: esputos, lavados bronquiales, líquidos pleurales, etc. así como pruebas serológicas (inmunodifusión, inmunolectroforesis y fijación del complemento) para la identificación del agente fúngico.

Se hizo diagnóstico micológico y/o serológico de micosis profunda en el 3 % de los pacientes estudiados de la Región Capital, 5,45 % de la Región Centro-Occidental y en 2,8 % de la Región Zuliana. El 80,8 % de las personas afectadas estaban en el grupo etario entre 30 y 69 años de edad, y el 86 % eran varones.

Se diagnosticaron un total de 125 pacientes: 84 casos de paracoccidiodomicosis, 24 casos de histoplasmosis, 6 casos de criptococosis, 4 casos de coccidiodomicosis y 7 casos de aspergilosis. La localización pulmonar exclusiva ocurrió en casi 30 pacientes. En el resto de los pacientes se identificaron localizaciones extrapulmonares concomitantes: bucofaríngea, cutánea, laríngea, subcutánea, sistema nervioso central (SNC), genital, entre otras. El 88 % de los pacientes eran sintomáticos. La tos, expectoración, fiebre, astenia, pérdida de peso y disnea fueron las manifestaciones clínicas más frecuentes. Las imágenes radiológicas intersticiales difusas bilaterales, nodulares bilaterales, adenopáticas hiliares, excavadas uni o bilaterales, fueron las más frecuentes.

“De 125 pacientes con diagnóstico de micosis pulmonares, 65 (52 %) tuvieron comprobación micológica y en 60 (48 %) el diagnóstico se sustentó en la clínica, en la radiología torácica, pruebas serológicas positivas, evolución y resultado terapéutico, cuando fue posible su observación”.

Campíns y col., también comunican que “durante

el mismo lapso, en un servicio de dermatología de la Región Centro Occidental se indagó la concomitancia de lesiones superficiales (cutáneas, mucosas o ganglionares) y pulmonares de la misma causa y en el 0,2 % de 7 856 consultantes, *P. brasiliensis* y *C. immitis* fueron identificados, predominando el primero”.

IV. “Cromoblastomicosis. Comentarios sobre 34 casos, con estudio clínico, histológico y micológico”. Investigación integral sobre esta micosis.

Campíns y Modesto Sharij, en 1953, publicaron esta interesante casuística sobre dicha micosis (denominada cromomicosis en la actualidad) prolija en detalles de importancia para el clínico, el micólogo, el epidemiólogo y el histopatólogo (7).

Las edades extremas de esta serie de 34 pacientes, observados en 4 años, son de 21 y 78 años, con mayor ocurrencia entre los 30 y 60 años. Las lesiones más recientes tenían 4 meses y las más antiguas hasta 40 años de evolución. “Este grupo se aparta de la casuística mundial porque 15 de sus integrantes (44,4 %) eran de sexo femenino y sólo 10 (29 %) tenían lesiones en miembros inferiores. Diecinueve las presentaban en miembros superiores, tres en cara y dos en extremidad podálica”.

Los casos provienen de 5 estados venezolanos. “Es común a todos estos el clima cálido, pero la precipitación pluvial y la vegetación son muy variadas. Sin embargo, 29 eran residentes del Estado Lara cuando comenzó la enfermedad y de ellos 26 habitaban regiones áridas con escasa precipitación pluvial y vegetación xerófila, en la cual predominan las plantas espinosas”. Estas observaciones ecológicas aún son vigentes para la epidemiología actual de la enfermedad.

La cromomicosis tipo en placas fue encontrada en 10 pacientes (9 en forma pura y una asociada a la forma verrugosa). Ésta fue la forma clínica más frecuente, con evolución entre 3 y 40 años, ubicada de manera predominante en los miembros superiores (6 casos). La forma tuberculoide fue la forma histopatológica más frecuente en la serie.

En cuanto al aspecto micológico de la serie, “se obtuvo cultivo en 30 casos. Dos cepas se clasificaron *Fonsecaea compactum* (Carrión, 1935); cuatro como *Fonsecaea pedrosoi* variedad *cladosporoides* Carrión, 1940; y veinticuatro son actualmente objeto de estudio para su clasificación”. La terapéutica de

esta micosis para la época de la publicación de este trabajo era limitada a recursos quirúrgicos: electrocoagulación o extirpación quirúrgica de las lesiones.

V. “Coccidioidomicosis”. El primer artículo publicado por el Dr. H. Campíns en la GMC.

Campíns y Modesto Sharij publicaron un excelente artículo de revisión sobre la coccidioidomicosis (8). Un aspecto que preocupó al Dr. H. Campíns es que esta micosis “es una perfecta simuladora de la tuberculosis en todas sus manifestaciones. Este hecho de particular significación clínica y la gravedad propia de algunas formas de la afección, destacan por sí mismos el interés de su exacto conocimiento” Además añade que “su importancia no se limita al campo de la patología sino que plantea también problemas de índole sanitario”.

El contenido de este trabajo es de una impresionante vigencia a más de medio siglo de su publicación. En éste se expone que “las formas pulmonares de la enfermedad se confunden clínica y radiológicamente con afecciones agudas o crónicas del aparato respiratorio: neumonía, gripe, pleuritis, tuberculosis, etc.” y se menciona el diagnóstico diferencial de las formas diseminadas. Los aspectos del diagnóstico serológico y microbiológico aquí mencionados son de indiscutible utilidad para el micólogo médico de hoy.

VI. “Comprobación de la histoplasmosis en Venezuela”. A 50 años del primer caso publicado en nuestro país.

Este trabajo fue leído en la sesión de la ANM el 2 de octubre de 1952 y publicado en 1953 en la GMC (9). Constituye la primera comunicación de un caso clínico de histoplasmosis en Venezuela.

Se trata de un paciente masculino de 34 años de edad, natural de Curarigua (Estado Lara), chofer, quien ingresa al Servicio de Medicina I del Hospital “Antonio María Pineda” de Barquisimeto, el día 10-06-1952 (historia clínica N° 5788). El paciente refirió cuadro de dolor abdominal y síndrome emético severo de 12 días de evolución (excepto el agua que ingiere) que lo condujo a un cuadro de deshidratación y desnutrición severos. Al examen físico el paciente está emaciado, facies demacrada, TA: 90/60, FC:104 por minuto, numerosas petequias en abdomen, muslos y nalgas y hepatomegalia dolorosa, como hallazgos más relevantes al examen físico. Se ingresa

con el diagnóstico de síndrome purpúrico. A pesar de las medidas terapéuticas el paciente fallece el 16-06-52.

El protocolo de autopsia se realizó el 17-06-52. En el trabajo se detallan los diversos hallazgos de dicho protocolo. En base a estos los autores concluyen que “la presencia de *Histoplasma capsulatum* en el intestino delgado, ganglios mesentéricos e hígado fue puesta en evidencia por el estudio histológico de esos órganos obtenidos en la autopsia. En ausencia de lesiones pulmonares, estas localizaciones del hongo indican que la puerta de entrada fue el aparato digestivo, lo cual es frecuente, a juzgar por los casos publicados en otros países”.

En este sentido, “la enfermedad fue complicada por peritonitis fibrinosa, alteraciones degenerativas de tipo tóxico en el parénquima de varios órganos vitales sobre todo del miocardio y del hígado, y lesiones purpúricas de la piel y las serosas”. Así, “con el caso expuesto queda definitivamente confirmada la existencia de histoplasmosis en Venezuela”.

VII. “Estudio de una epidemia de histoplasmosis en el Estado Lara, Venezuela”. La primera epidemia de esta micosis reconocida en Venezuela.

Este trabajo fue leído en la ANM el 27 de enero de 1955, y publicado por Campíns y col. el mismo año en la GMC (10). Es la publicación pionera sobre la primera epidemia de histoplasmosis reconocida en Venezuela. Se trató de un grupo de 13 excursionistas que visitaron una cueva ubicada a 50 km del sur de Barquisimeto y cerca del pueblo de Sarare, en el Distrito Palavicino del Estado Lara, y que desarrollaron clínica de histoplasmosis pulmonar primaria, de distintos grados de severidad, entre febrero y mayo de 1954.

Los pacientes de la serie tenían edades entre 14 y 52 años. La infección ocurrió con certeza en dicha cueva, único sitio común de permanencia para todos. Además se obtuvo *Histoplasma capsulatum* en 4 de las 5 muestras cultivadas del suelo de la cueva. El período de incubación osciló entre 8 y 16 días, sin relación con la severidad del cuadro clínico. Se hicieron los exámenes clínicos y paraclínicos pertinentes, inclusive los orientados a descartar tuberculosis y coccidioidomicosis pulmonar.

La cefalalgia y la astenia fueron los síntomas comunes para todos los casos. En los casos más severos se observó fiebre alta con remitencias

matinales, tos poco productiva, dolores torácicos o lumbares, ligera disnea, entre otras manifestaciones. La radiografía pulmonar fue normal en cinco casos. En el resto se observaron infiltrados de diverso tipo. El título de las pruebas de fijación del complemento no guardó relación constante con la severidad de la afección. Todos los pacientes evolucionaron de manera favorable.

Como nota curiosa, uno de los autores del trabajo, Manuel Dorante, bacteriólogo del Servicio de Laboratorio del Hospital Central de Barquisimeto, contrajo la enfermedad durante la visita que los autores hicieron a la cueva el 2 de mayo de 1954 para investigar la epidemia. Fue el único que no reaccionó a la histoplasmina antes de la exploración. Luego de desarrollar la clínica se hizo reactivo.

Los autores indican que “esta conversión tiene especial valor porque se realizó paralelamente al desarrollo del cuadro clínico radiográfico y a la aparición de anticuerpos fijadores del complemento”. Además concluyen que “con ella se comprobó que la enfermedad sufrida por él fue histoplasmosis pulmonar primaria, y además permitió confirmar el diagnóstico de los otros excursionistas, cuya afección fue semejante en las manifestaciones y evolución a la suya, adquirida en condiciones similares y en el mismo lugar”.

VIII. La huella imperecedera de Campíns a través de la GMC. Síntesis.

El legado del Dr. H. Campíns a través de su obra escrita y su brillante ejercicio profesional es invaluable. En este trabajo se hace hincapié en su legado a través de sus publicaciones en la GMC, sin embargo, estamos seguros que al revisar con detalle su prolífica obra en otras publicaciones, su aporte científico será de igual envergadura.

Su desempeño como dermatólogo, micólogo, investigador, docente y sanitarista, constituye un luminoso ejemplo para las ciencias médicas y la micología médica de nuestro país. A través de sus investigaciones, no sólo es posible conocer los primeros casos de algunas enfermedades micóticas en el país o sus epidemias, sino que también es posible vislumbrar su inmensa preocupación por patologías que afectaban la salud y la calidad de vida de una parte importante de la población venezolana, lo que indica su gran sensibilidad social y por tanto el humanismo que caracterizó su quehacer profesional.

El “Centro de Micología” propuesto por el Dr. H. Campíns se cristalizó con la Comisión Coordinadora del estudio nacional de las micosis. “Entre las realizaciones de ésta fue la publicación de la Cartilla Micológica, aparecida en el Boletín de los Hospitales (Vol L-5, enero-junio de 1958, N° 1 y 2) y luego separata en forma de libro muy práctico, que ha tenido amplia difusión y utilidad” (2). No debe olvidarse su papel en la lucha contra las enfermedades micóticas.

El Dr. H. Campíns advierte que debe hacerse mayor énfasis en la preparación del médico para el abordaje clínico y terapéutico de las micosis. En este sentido, manifiesta en la GMC que “es deber de las Facultades de Medicina de nuestras universidades intensificar la enseñanza de la micología médica” (6). Dicha enseñanza debe ser analizada por las autoridades universitarias correspondientes para verificar si la estructura curricular de esta área docente se adecúa a los requerimientos de atención clínico – epidemiológica de este tipo de patologías en el país.

Por otra parte, destaca que la política sanitaria oficial debe facilitar el recurso humano y la infraestructura necesaria para el diagnóstico micológico: es un deber ministerial “dotar de equipos y personal idóneo para hacer estos diagnósticos a sus laboratorios en los centros de mayor densidad de población” (6). Ante la crisis asistencial actual en el país debe revisarse esta dotación con los fines de aplicar los correctivos necesarios en pro de la población venezolana.

En su fecundo quehacer médico siempre destacó la importancia del conocimiento que debe tener todo médico sobre las micosis profundas, para un adecuado ejercicio profesional, un planteamiento de extraordinaria vigencia. Él manifiesta en la GMC que “los agentes de las micosis profundas invaden tan a menudo el hombre y se localizan en tan variados sitios que es obligación de todo médico, cualquiera sea su especialidad estar permanentemente informados de cuanto atañe a esas enfermedades” (5). Incluso, dada las manifestaciones proteiformes neuropsiquiátricas de ciertas micosis profundas, también sugiere a los psiquiatras incluirlas en “el diagnóstico diferencial de las afecciones de sus pacientes en la práctica diaria” (6).

También se aproxima a la dimensión humana de la cromomicosis, que en algunos casos puede afectar de manera notable la calidad de vida del enfermo. En este sentido, argumenta que las graves

consecuencias de la cromomicosis (desfiguración e incapacidad) “podrían evitarse alertando a los médicos rurales, a quienes acudirán en primer término los pacientes afectados de esta enfermedad y de cuya pericia depende el diagnóstico correcto” (7). Vuelve a destacarse como un *leit motiv* el espíritu preventivo de su ejercicio médico.

Esperamos que este trabajo motive a otros investigadores para que analicen la vida y obra del Dr. H. Campíns desde otras perspectivas, puesto que por la naturaleza de este trabajo sólo se aborda desde la Gaceta Médica de Caracas. De esta manera se podrá obtener un perfil integral de este prohombre del arte y la ciencia hipocráticos de Venezuela.

REFERENCIAS

1. Angulo Ortega A. Vida de la Academia y Notas Bibliográficas. Gac Méd Caracas 1999;107:141-143.
2. Briceño Maaz T. Dr. Humberto Campíns (1911-1988). Distinguido médico e investigador micólogo. Gac Méd Caracas 1999;107:143-145.
3. Gaceta Médica de Caracas. Índice global 1893-1992. Vol 1 al 100. Caracas: Artes Gráficas Lasser Plot, S.R.L.; 1994.
4. Campíns H. Micosis profundas endémicas. Gac Méd Caracas 1955;63:313.
5. Campíns H. El diagnóstico de las micosis profundas en la práctica médica. Clínica y Radiología. Gac Méd Caracas 1978;86:35-48.
6. Campíns H. Frecuencia y peculiaridades de micosis profundas en habitantes de Venezuela con radiología de tórax anormal. Gac Méd Caracas 1984;92:77-99.
7. Campíns H. Cromoblastomicosis. Comentarios sobre 34 casos, con estudio clínico, histológico y micológico. Gac Méd Caracas 1953;61:127-151.
8. Campíns H. Coccidioidomicosis. Gac Méd Caracas 1949;57:213-226.
9. Campíns H. Comprobación de la histoplasmosis en Venezuela. Gac Méd Caracas 1953;61:67-75.
10. Campíns H. Estudio de una epidemia de histoplasmosis en el Estado Lara, Venezuela. Gac Méd Caracas 1955;62:85-109.

Carta al Editor

Académico Dr. José Miguel Avilán Rovira
Director de la Revista Gaceta Médica de Caracas
Presente.

Valencia, 30 de agosto de 2003

Tengo a bien dirigirme a Ud. con la finalidad de informarle que en nuestro trabajo titulado “Celulitis orbitaria en un paciente con cetoacidosis diabética”, en trámite de publicación en la revista que Ud. dignamente dirige, por un olvido involuntario, no citamos un trabajo importante, publicado en la revista, ya desaparecida, Acta Médica Venezolana, 1974;21:187-196, titulado “Ficomicosis del Sistema Nervioso Central” y publicado por los Drs. J E González A; E García Maldonado y Ghislaine Céspedes, de las Cátedras de Anatomía Patológica y Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. Los citados autores presentaron 4 casos: 1 caso de Domínguez y Odaly publicado en la Revista Arch Venez Med Trop y Parasit Med 1965;5:483-495. Tres casos de ficomicosis cerebral, registrados en los archivos del Instituto de Anatomía Patológica de la Ciudad Universitaria de Caracas entre los años 1965 y 1973. De estos 4 casos, dos eran de la forma cráneo-facial y los otros dos presentaron lesiones cerebrales,

probablemente hematógenas. En ningún caso fue la diabetes la enfermedad debilitante de fondo.

Los autores insisten que la enfermedad es sólo excepcionalmente, sospechada en vida del paciente, casi invariablemente fatal y recomiendan la necesidad de un diagnóstico precoz, seguido inmediatamente por el tratamiento adecuado, que es lo único capaz de modificar el curso fatal de la enfermedad. Ese diagnóstico precoz es posible, sobre todo en la forma cráneo-facial, cuyas características clínicas, métodos de diagnóstico positivo y tratamiento se describen en el trabajo.

Atentamente:

Dr. José Enrique López.

Nota del editor. Lamentablemente no se pudo incluir en el número 3 de la Gaceta (donde se publicó el trabajo del Dr. López) por recibirse después de enviar el material a la imprenta.