

---

## CUERPO EXTRAÑO ENCLAVADO EN EL GOLFO DE LA YUGULAR

PRESENTADO A SOCIEDAD COLOMBIANA DE OFTALMOLOGIA  
Y OLORMOLARINGOLOGIA EL JUEVES 24 DE AGOSTO DE 1939

Por el doctor *G. Mejía Jaramillo* de Manizales.

Marcelina Suárez: Del Departamento de Boyacá, 38 años. Otorrea crónica izquierda. Antecedentes familiares sin importancia.

Hace año y medio tuvo un ataque de mastoiditis, del lado de su otorrea, por lo que se vió obligada a hospitalizarse.

Fué operada ocho días después de su internación y tuvo una convalecencia sumamente accidentada con estado vertiginoso, escalofríos y grandes alzas de temperatura, cefalalgia constante y por días, manifestaciones estuporosas. En este estado pasó más o menos dos meses.

La herida siguió supurando hasta siete meses después y, aunque desaparecieron los síntomas febriles y mejoró el sensorio, la cefalalgia le ha durado hasta ahora. Esta cefalalgia, durante la quietud le era muy soportable, pero se agudizaba en forma violenta con los movimientos bruscos de la marcha.

Hace veinte días se agregó a este cuadro la misma sintomatología mastoidiana que tuvo antes de la operación, gran sensibilidad al tacto, gran tumefacción retro-auricular que fué aumentando hasta invadir la región parotidea y lateral del cuello, lo que la obligó a hospitalizarse de nuevo.

En el hospital se le practicó una punción con gran salida de pus mal ligado y de pésimo olor. En este estado viene a consultar y en vista de lo oscuro del cuadro se aconseja una radiografía, y el radiólogo dictamina:

“En el examen de la radiografía se observa, en la zona sub-antral de la apófisis mastoides, una imagen en forma de raqueta, de contornos regulares y homogéneos. La extremidad superior del cabo de la imagen aparece irregular. La acentuada densidad de la imagen parece correspon-

der a un cuerpo de estructura metálica. Se encuentra orientada en dirección vertical”.

Dr. C. A. Jaramillo

Con estos antecedentes se resuelve la reintervención con el fin de extraer el cuerpo extraño localizado en la radiografía, y hacer un vaciamiento petro-mastoidio en una forma radical, ya que la otorrea, que siempre la ha acompañado, no ha disminuído en ningún momento a pesar de la operación anterior.

*Operación.*—Desde los primeros momentos de la trepanación se encontró una fístula que llevaba directamente al seno lateral venoso y que se continuaba en forma más estrecha, hacia abajo, entre el límite de la cara anterior del vaso con el hueso.

Después de trepanar el antro y vaciar toda la mastoides, despegando la inserción del esternocleido, quedó absolutamente disecado el seno hasta las vecindades del golfo de la yugular. Como no se encontrara el cuerpo extraño, se resolvió la abertura del seno, que se presentó trombosado y lleno de coágulos organizados, en parte, y en parte con fusión purulenta. Por la brecha se introdujo una sonda, y en el cabo inferior se encontró la resistencia de cuerpo metálico, sólidamente fijo. Con una pinza, de presión fuerte, se tomó la pieza, y después de algunas tracciones se exteriorizó el cabo de una cureta de cirugía número 4, con un cuello de medio centímetro y cubierto de herrumbre.

Se continuó la operación radical y se dejó gasa yodoformada en el seno abierto.

La convalecencia fué rápida y sin ninguna sintomatología alarmante, y a la fecha, después de un mes de la intervención, el estado de la paciente es óptimo.

Comentando este caso, seguramente único en los anales de la Otolología, se nos ocurre que el mecanismo de la fractura de la cureta fué el siguiente: el cirujano anterior empezó la trepanación más abajo del antro por seguir una pequeña fístula que se encontró en ese punto. Desde los primeros golpes exteriorizó el seno y por temor a éste no dilató la brecha suficientemente. Como encontrara una prolongación de la fístula que despegaba la vena del hueso en su parte anterior, intentó raspar las fungosidades con la legra, la que en una de estas maniobras, se patinó profundamente y quedó enganchada en la apófisis del techo del golfo de la yugular. Al hacer tracción en el instrumento sobrevino la rotura del seno y la fractura de la pieza.

La localización del segmento de la pieza se hizo entonces, poco menos que imposible, en estas condiciones, porque la hemorragia consiguiénte enmascaró el cuadro.

El estado que siguió fué el de una trombo-flebitis yugular que, seguramente, no tuvo una terminación septicémica porque el cuerpo extraño plogueó por completo la circulación.

Se produjo la infección del seno, pero al mismo tiempo se obstruyó su circulación o sea, lo equivalente a la ligadura de la yugular, obligatoria en esas trombo-flebitis, y en el punto ideal; o en otros términos, se produjo la lesión pero al mismo tiempo se hizo el tratamiento preventivo de la septicemia que seguramente habría sido fatal.

