

RAILLIETINA QUITENSIS L. A. LEÓN, 1935

Una Tenia Encontrada Por Primera Vez en Honduras

Por el Dr. Antonio Vidal

En abril del presente año, el Doctor Isidoro Mejía, quien ejerce la profesión en la ciudad de Danlí, Departamento de El Paraíso, me envió varios ejemplares de una tenia no identificada, la cual fue expulsada mediante tratamiento antihelmitico por la señora Francisca Martínez, de 45 años de edad, originaria de aquel lugar, quien nunca lo ha abandonado durante los últimos 10 años. La señora Martínez es de raza mestiza y desde hace algún tiempo venia quejándose de molestias ano vulvares, que coincidían con la expulsión de anillos y filamentos de tenia.

La tenia que nos fue remitida por el Doctor Mejía, fue clasificada por nosotros como perteneciente al género **Raillietina**, creado por el Profesor A. **Railliet** en 1920. Como nos fuera imposible determinar la especie sobre todo por la falta de escolex, remitimos dichos especímenes al Doctor Pedro Kourí, Profesor de la Cátedra de Parasitología y Enfermedades Tropicales del Hospital Universitario, de La Habana, Cuba, quien nos hizo el servicio de identificarla como perteneciente a la especie *Raillietina Quitensis* L. A. León, 1935.

La tenia de esta especie ha sido encontrada en Cuba, en el Ecuador y en algunas otras localidades de Hispano América.

La tenia adulta mide de 10 a 12 metros de largo por 3 mm. de ancho y esta compuesta como por 5,000 proglótides. El escolex posee ventosas ovoidales de 0.5 mm. de tamaño, rodeadas por una hilera de ganchitos persistentes, con un rostellum retráctil, armado con dos círculos menores de ganchos. Los proglótides tienen la forma de granos de arroz y contienen de 200 a 250 huevos encapsulados cada uno de un diámetro como de 200 micrones. Los huevos ovoidales poseen dientes conspicuos y grandes.

sumo sólo está indicado el fórceps en las mento-anteriores, y la operación Cesárea se impone en las mento-posteriores. Si la presentación es de frente v ocurre en una primípara, la Cesárea está indicada en tiempo oportuno; si se trata de una múltipara, es posible, aunque poco frecuente, que se verifique el parto espontáneo o con ayuda del fórceps.

En casos no pocos frecuentes, la causa de no encajamiento es debida a la atonía o debilidad del útero; en estos casos es aconsejado una espera prudencial y el uso discreto de ocitócicos; pero si el encajamiento no se verifica, después de haber aparecido fuertes y regularmente frecuentes contracciones uterinas, ya no se debe esperar más y hay que intervenir. Si se trata de una primípara, la Cesárea es la indicación inmediata: si la paciente es posible hacer la versión.

(Continuará)