

LA CRONICA MEDICA

APARTADO 2563

LIMA, PERU



COMITE CIENTIFICO

Leonidas Avendaño,
Max. González Olaechea,
Eduardo Bello,
Rómulo Eyzaguirre,
Edmundo Escomel,
Carlos Morales Macedo



REDACCION

Carlos A. Bambarén, Director
Luis D. Espejo, Ernesto Ego-Aguirre

Año XLIX - 1932

SANMARTI Y CIA.
- IMPRESORES -

Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Facultad de Medicina
UBHCD

Aspectos clínicos de la enfermedad de Carrión

Comunicación presentada a la Academia Nacional de Medicina

Por el Dr. RAUL REBAGLIATI

Toda enfermedad infecciosa es el resultado de acciones y reacciones entre dos factores opuestos: el agente patógeno y la resistencia del organismo. El agente infeccioso ataca mediante sus propiedades biológicas específicas: adaptación parasitaria, rapidez de reproducción, aero-anaerobiosis, producción de toxinas, etc. el conjunto de estas condiciones constituye la *Virulencia*. El organismo se defiende de la invasión microbiana por medios mecánicos, químicos y biológicos: influencias ancestrales, integridad de los tegumentos, plenitud de sus funciones secretorias, integridad y equilibrio hormonal, estado anterior de los órganos, reacción química de los humores, capacidad funcional del sistema retículo-endotelial, capacidad digestiva celular, fagocitosis, alexinas, anticuerpos condicionales, etc. cuyo conjunto constituye la *Inmunidad*.

Diferencias en cantidad y calidad de estos factores antagónicos determinan en cada individuo enfermo estados diferentes que se manifiestan en un complejo sintomático, peculiar a cada sujeto, que constituye el aspecto *clínico*. Cada organismo, en efecto, reacciona según sus condiciones propias y las del agente infeccioso en causa.

En la nosografía de las enfermedades infecciosas, la descripción de tipos o *formas clínicas* puede facilitar en cierto modo el estudio de las infecciones, por la agrupación que en ellas se hace de aspectos clínicos que guardan entre sí alguna relación descriptiva, pero a la luz de las adquisiciones de la Biología microbiana y de la Fisiopatología, las llamadas formas clínicas resultan ya demasiado artificiales para ser aceptadas sin discusión. También nos parece inadecuado denominar *complicaciones* en los procesos infecciosos a determinaciones orgánicas que, en realidad, deben ser consideradas como extensión del mismo proceso a órganos que ordinariamente son respetados, pero que circunstancias especiales, inherentes a las condiciones orgánicas o a la virulencia del agente causal, favorecen su incorporación al complejo anatomopatológico y, en consecuencia, modifican la sintomatología.

La descripción nosográfica de una enfermedad infecciosa, según los conceptos aceptados en la actualidad, debe hacerse estudiando la

biología especial del agente patógeno, considerándolo en sus grados de virulencia atenuada, mediana y exaltada y las reacciones que provoca en un organismo considerado normal, libre de toda tara y, por consiguiente, en la plenitud de sus condiciones inmunitarias normales; así como en organismos en los que estas condiciones se hallen modificadas cualitativa o cuantitativamente. Es así como una fiebre tifoidea originada por bacilos tíficos de mediana virulencia, esto es, aquellos que pueden penetrar en un organismo normal según las condiciones ordinarias de contaminación, evoluciona más o menos en tres semanas, comprendiendo un período de ascenso térmico, sin otras determinaciones clínicas de importancia; un período de estado, con temperaturas generalmente elevadas y estado tífico manifiesto y un período de descenso, durante el cual las temperaturas tienden a recobrar la normal, con desaparición lenta del estado tífico. Que el organismo presente condiciones superiores generales o específicas de inmunidad y la infección tífica no se manifiesta o evoluciona muy favorablemente para el individuo, especialmente en lo que se refiere al tiempo de evolución; se tendrán así aspectos clínicos benignos, de evolución corta, sin determinaciones orgánicas y el sujeto entrará pronto en convalecencia, con ausencia total de complicaciones y secuelas. Al contrario, en un sujeto débil, en estado de melopragia, de condiciones inmunitarias disminuidas o bien tarado por enfermedades anteriores o intoxicaciones en potencia, la fiebre tifoidea provocará reacciones graves (adinamia, hemorragias, meningitis, endocarditis, embolias, etc.), que pondrán en serio peligro o terminarán con la vida del enfermo. Hay, además, fiebres tíficas benignas por virulencia atenuada, y malignas por exaltación de virulencia del agente causal. Un alcohólico, un palúdico crónico, un morfinómano, un tuberculoso, un traumatizado, ofrecerán terreno fácil a las graves determinaciones orgánicas. Un hombre vigoroso, en el sentido inmunitario; se defenderá bien y pronto de su infección, sin presentar trastorno orgánico de importancia, a menos que el agente patógeno esté exaltado en su virulencia, en cuyo caso presentará también determinaciones graves. Se comprende, por escaso que sea el esfuerzo de imaginación que se haga, que no puede haber dos casos iguales ni en intensidad general, ni en calidad de síntomas, ni en duración. Cada enfermo hace su fiebre tifoidea; ofrece a la observación su *tipo propio* no cartabonado en ninguna descripción preestablecida. No hay, pues, formas clínicas de la fiebre tifoidea; lo que hay es *enfermos tíficos*.

Un estudio de la biología propia del bacilo tífico y de las reacciones que provoca en un organismo anteriormente sano; tal la descripción básica de la fiebre tifoidea. Los síntomas que se apartan de esta descripción básica deben ser considerados como resultado de la extensión del proceso infeccioso por causas que muchas veces el médico puede prever y en ocasiones evitar, mediante un prolijo examen actual y de los antecedentes del enfermo y que, por cierto, deben constar en la nosografía a título individual, como sujeto clínico, en relación con las modalidades que cada enfermo y el agente patógeno puedan presentar.

Este concepto debe ser generalizado al estudio de todas las enfermedades infecciosas y parasitarias, sin excepción. La sistematiza-

ción de estas enfermedades en "formas clínicas" es, por consiguiente, empírica, artificial y sin más base que una observación superficial de los fenómenos objetivos y subjetivos.

En el estudio nosográfico de la Enfermedad de Carrión, es costumbre aceptar dos formas clínicas definidas: 1) *forma benigna*, caracterizada por un proceso febril irregular, acompañado de fenómenos variables, generalmente dolorosos y cierto grado de anemia, proceso que termina con erupción más o menos generalizada de elementos granulomatosos tegumentarios o profundos, las *verrugas* y 2) *forma grave*, en la que domina una anemia intensa, con reacción febril mal definida, proceso que acaba generalmente con la vida del enfermo, los individuos que escapan a la muerte presentan también una erupción de verrugas (Fiebre o Anemia grave de Carrión).

Es evidente que muchos casos de Enfermedad de Carrión pueden ser comprendidos en una de estas dos formas, pero hay otros que esta clasificación no los comprende. Extractemos de un archivo de historias clínicas de enfermos de Verruga peruana los siguientes casos:

a)—Enfermo que, después de tres semanas de permanencia en lugar verrucoso, sufre ligero malestar, sin modificación de la temperatura. Pocos días después, presenta erupción verrucosa generalizada y cura en poco tiempo.

b)—Sujeto que ha estado de paso en lugar donde la Enfermedad de Carrión es endémica. Después de cuatro a seis meses, hace una erupción sin fenómenos precisos, de la que cura con facilidad.

c)—Enfermo que puede o no haber sufrido alteraciones de su salud como fenómenos anteriores a la erupción y ésta se presenta en forma discreta, pero se prolonga durante mucho tiempo: meses, años, apareciendo y desapareciendo en brotes sucesivos, interrumpidos o subintrantes.

d)—Enfermo que ha permanecido mucho tiempo en localidad verrucosa; sin gran alteración general de su salud, presenta un brote discreto o intenso, que desaparece en dos o tres meses, sin dejar se-cuela.

e)—Individuo que, después de un periodo de incubación que puede ser corto o largo, sufre trastornos generales y localizados: dolores musculares, articulares, neuralgias, hemorragias, dispepsia, diarreas, anemia de intensidad variable: este estado se prolonga dos o tres meses; se produce una erupción de cualquier tipo de verruga.

f)—El enfermo hace una erupción de verrugas con o sin pródromos de importancia. En plena erupción, ésta palidece, se presenta fiebre y anemia, la que se intensifica y mata al enfermo.

g)—Sujeto anémico, reumático, febril durante un tiempo largo. Anemia, algias, fiebre, desaparecen después de efectuado el brote verrucoso.

h)—El enfermo ha llegado a una localidad verrucosa. A las tres semanas, es acometido de malestar que se intensifica rápidamente: fiebre, dolores, anemia; esta última se acentúa día a día, la desglobulización llega en diez o quince días a cifras de una exigüidad increíble y el sujeto muere inexorablemente.

i)—Individuo que presenta cuadro semejante al anterior y cuando se le considera irremediamente perdido, reacciona, aparece una erupción verrucosa, mejora el estado general y llega a curar.

j)—Enfermo que presenta un cuadro de anemia grave que se prolonga dos a tres meses. Durante ese tiempo, ha sufrido alternativas en cuanto a la intensidad de la anemia, la fiebre y los otros síntomas; ha presentado brotes verrucosos sumamente discretos y fugaces. Este sujeto puede sanar, después en un brote franco de verrugas, o morir por el progreso de la anemia.

Según esta rápida síntesis de cuadros clínicos de enfermos de Verruga peruana, que todo observador habrá apreciado, la clasificación que llamaremos clásica en dos formas, *benigna* y *maligna*, no puede comprender todos los casos de Enfermedad de Carrión. Habría que agregar una forma *sobreaguda*, rápidamente mortal, una forma *prolongada mortal*, una forma *benigna prolongada*, una forma *crónica* y multitud de formas cuya benignidad o malignidad absolutas sería difícil establecer, o sean *formas de transición*, que participen a la vez de los caracteres asignados a las dos formas clásicas.

La Enfermedad de Carrión es por cierto una de las entidades nosológicas más variables por el aspecto clínico que presentan los enfermos. Estas variaciones se refieren:

1)—a la *predisposición individual* para contraer la enfermedad. Hay individuos que permanecen mucho tiempo en zonas verrucosas, sin sufrir el menor trastorno imputable a la infección específica; otros hay que se infectan inmediatamente y otros que adquieren la enfermedad después de un tiempo variable a veces largo, de exposición al agente causal.

2)—al *periodo de incubación*. Al lado de individuos que a las tres semanas, más o menos, de permanencia en zona verrucosa, experimentan los primeros síntomas, casi siempre subjetivos, hay otros que enferman mucho tiempo después. El período de incubación puede ser calculado con exactitud en algunos casos, pues el enfermo sólo ha pasado un corto periodo de tiempo en lugar verrucoso. Según este dato, hay periodos de incubación breves (diez a quince días) y excesivamente largos (varios meses.)

3)—a la *calidad de los síntomas de invasión*. Enfermos hay cuyo malestar inicial se intensifica rápidamente; la anemia es ya notable a los pocos días de iniciado el proceso. En otros, no hay absolutamente síntomas de invasión, pues la verruga parece brotar en plena salud general. Hay enfermos que sufren solamente trastornos gastro-intestinales; otros, fenómenos dolorosos pseudo-reumáticos, neuralgias, epigastralgia pertinaz, cefalalgia rebelde, etc.; quien debilidad general; esta anemia ligera; aquel, hemorragias; ese otro, edemas, etc.

4)—a la *sintomatología en el periodo de estado*. Como sabemos, ésta es muy variada. Casos hay cuya descripción es sencillísima: un sólo síntoma puede llenar al aspecto clínico: anemia, cada vez más intensa; el enfermo muere sin presentar más trastorno que los derivados de la hipoglobulia extrema; o bien únicamente erupción. Otros, al contrario, exhiben una sintomatología abundante: fiebre de intensidad variable, algias, trastornos gastro-intestinales, fenómenos

respiratorios, circulatorios, hormonicos, nerviosos, secretorios, urogenitales, cutaneos, etc.

5)—a la *duración e intensidad de cada determinación clínica*. Los dolores, especialmente, pueden ser fugaces o intermitentes o mortificar al enfermo durante toda la enfermedad. Numerosos enfermos sufren algias variadas o un dolor persistente localizado ya en una articulación, ya en un grupo muscular, ya en el trayecto de un nervio importante y no descansan de sus algias sino algún tiempo después de desaparecidas las otras manifestaciones verrucosas. La *fiebre*, variable, puede faltar o ser de corta duración, acompañando generalmente la aparición de nuevos síntomas o persistiendo tenazmente con ciertos fenómenos durante toda la evolución del proceso. La *crupción* puede ser fugaz o persistir durante largo tiempo, ya sea por evolución prolongada de los mismos elementos verrucosos, ya por nuevos brotes que se suceden o interfieren en períodos dilatados y desesperantes.

6)—a la *duración total de la enfermedad*. Como en todo proceso infeccioso, hay casos en que la Enfermedad de Carrión evoluciona con bastante rapidez y los síntomas, escasos o abundantes, se presentan y desaparecen en corto tiempo y otros, en que el estado patológico se prolonga desmesuradamente. Hemos hecho notar casos en que la duración del proceso abonaría su agrupación en una *forma crónica*.

7)—a la *calidad e intensidad de la anemia*. La anemia, en la Enfermedad de Carrión, no es característica en la generalidad de los casos. Se acepta que es benigna, sin compromiso serio de los órganos hematopoyéticos en la verruga eruptiva y que adquiere los caracteres de la anemia perniciosa en la Fiebre grave. Se ha establecido que la presencia o ausencia de megaloblastos en la sangre sería índice de la naturaleza maligna o benigna de la infección. En realidad, se observa en los verrucosos los caracteres hematológicos mas variados: desde un aspecto cualitativa y cuantitativamente normal, hasta una hipoglobulia apenas compatible con la vida del sujeto, exhibiendo elementos de inmediata procedencia medular. Regularmente, la intensidad del mal, medido por el grado de la anemia, guarda relación con la presencia de elementos anormales en especial megaloblastos; pero, como se sabe, hay casos de verruga benigna con reacción megaloblástica, en verdad discreta y enfermos de anemia grave sin la menor reacción megaloblástica; en estos últimos puede encontrarse caracteres de anemia ortoplástica y aplástica, sin que por eso el aspecto clínico de malignidad se modifique.

8)—a la *marcha térmica*. Son frecuentes los casos en que no hay modificación de la temperatura o se observa ligera hipertermia, la que puede ser fugaz o acompañar al proceso durante toda su evolución. También se observa hiperpirexias ya *fugaces*, que se presentan coincidiendo con la aparición de nuevas determinaciones clínicas, para volver pronto a la temperatura normal; ya *persistentes y continuas*, las que unas veces son debidas a reacciones provocadas por el mismo proceso, otras a la intervención de gérmenes de contaminación secundaria, generalmente bacterias del grupo tifo-coli; ya *intermitentes*, en relación con infecciones concomitantes de naturaleza malarica.

9) —al *momento de aparición de la erupción*. Al lado de enfermos que, como única manifestación de su infección, son sorprendidos por la erupción de verrugas, en los que la enfermedad comienza aparentemente con el brote, hay otros en que éste se produce después de mucho tiempo durante el cual han sufrido trastornos diversos y variados, pertenecientes a la sintomatología de la verruga benigna o la maligna.

10) —a la *forma de la erupción*. Hay sujetos que sólo exhiben la forma eruptiva miliar, otro, la nodular o mular, otros, en que se encuentra un muestrario de elementos eruptivos pediculados y sésiles.

11) —a la *distribución de la erupción*. Algunos enfermos solo presentan verrugas en la cara; otros, en los miembros, generalmente en las superficies de extensión; otros, en el tronco; otros muestran sus tegumentos literalmente tapizados de elementos eruptivos; han sido observados casos en que la erupción fué tan generalizada que, a la necropsia, no se encontró tegumento, mucosa, serosa, ni órgano libre de erupción.

12) —a la *presencia de infecciones secundarias*, palúdicas, neumocócicas, paratíficas, colibacilares, piógenas, etc., en relación con estados de anergia general o local.

Ante variedad sintomatológica tan grande, dependiente de grados tan variables en los factores que intervienen en la producción de los cuadros clínicos: sabiendo que entre el aspecto más benigno y el de malignidad más absoluta, se halla una gradación amplia, policromática y variable en el tiempo, de caracteres multiformes dependientes de factores complejos en sí mismos y cambiantes en cantidad y calidad para cada enfermo, no vemos razón para agrupar los aspectos clínicos en "formas" o tipos preestablecidos.

Ante todo, el concepto de benignidad o malignidad absolutas, si bien encuentra algunos representantes en la clínica, no es definitivo sino cuando se contempla el proceso en su terminación. No es raro asistir al caso de un enfermo ligeramente anémico, apirético o subfebril, en plena erupción, esto es, en las condiciones aparentemente mejores para hacer un pronóstico favorable y, por consiguiente, el diagnóstico de verruga benigna, cambiar de ritmo, presentar un retroceso rápido de su erupción, anemizarse intensamente y morir presentando el cuadro de Fiebre grave de Carrión. Tampoco es raro asistir a la resurrección de un moribundo extremadamente anémico y adinámico, en quien una erupción de verrugas marca el comienzo de la declinación del mal y su completo restablecimiento. Sería difícil clasificar los casos de verruga que evolucionan durante años y que algunos terminan en la muerte o los enfermos que se anemizan rápidamente y que, de modo brusco, mejoran con la erupción.

El concepto de benignidad y de malignidad no se refiere, pues, a la terminación favorable o mortal del proceso, sino al aspecto clínico durante un momento o período evolutivo de ese proceso que puede presentarse alternativamente benigno o maligno.

No hay, pues, criterio verdaderamente científico para una sistematización nosográfica en "formas clínicas" de la enfermedad de Carrión, como no lo hay para ninguna otra enfermedad infecciosa. Por eso, en el curso de Nosografía Médica que dicto, prefiero des-

cribir en detalle cada uno de los síntomas que caracterizan globalmente la Enfermedad de Carrión y señalar los que, por condiciones especiales del paciente o del agente infeccioso, puedan presentarse, sin insistir en formas clínicas que, en mi concepto no existen. Cada enfermo reacciona como puede hacerlo su organismo, produciendo un peculiar *aspecto clínico* no cartabonado en ninguna descripción preestablecida. Un sólo síntoma, la anemia o la erupción, constituyen ya un aspecto clínico y nadie ha descrito estas formas monosintomáticas. Hay enfermos que, al contrario, exhiben una variedad mosaica de síntomas: fiebre de tipo indeterminado, dolores articulares, musculares y neurálgicos, parálisis diversas, trastornos circulatorios, respiratorios, digestivos, urinarios, sensoriales, etc., en relación con el estado anterior de los órganos; con la calidad de sus procesos inmunitarios, particularmente la capacidad reaccional del sistema retículo endotelial; con el estado de sus defensas hormonales, en especial las cápsulas suprarrenales; con el estímulo y la respuesta de la médula ósea, con las variaciones químicas y citológicas de la sangre, con la capacidad digestiva celular, con la impregnación del sistema nervioso central, periférico y vegetativo, con el estado de los emuntorios, con la localización de los granulomas verrucosos, etc.

Creemos pues que las llamadas *formas clínicas* y muchas *complicaciones* sólo constituyen procedimientos descriptivos rutinarios que deben desaparecer porque complican innecesariamente la Nosografía y contribuyen a extraviar el criterio, pues hacen suponer la existencia real de enfermos cuya sintomatología deba encuadrar necesariamente en dichas descripciones, generalmente caprichosas, incompletas o exageradas y siempre empíricas y artificiales.

No admitimos, pues, *formas clínicas*. Sólo hay *aspectos clínicos* individuales.

Interdicción civil por demencia paralítica

Informe presentado al Juzgado de primera instancia.

Por los Doctores

ESTANISLAO PARDO FIGUEROA y CARLOS A. BAMBAREN

HISTORIA CLÍNICA

El señor Santiago L. tiene 39 años de edad, nació en Eten, es casado y profesa la religión católica. Ingresó al Hospital de alienados "Victor Larco Herrera" el 22 de febrero de 1931.

Historia familiar.—No se han obtenido datos respecto a las características de los abuelos. El padre, que vive es comerciante y se-