Paludismo primitivo

Por el doctor Daniel Thamm.
Profesor Suplente de Clínica de enfermedades infecciosas Jefe de Silla del Hospital Muñí.

Antes que la infección palúdica se manifieste clínicamente, transcurre un intervalo de tiempo llamado período de incubación, que se inicia en el momento *de* la inoculación o las picaduras infectantes. Su duración, hasta, la aparición de las manifestaciones apreciables, subjetiva u objetivamente, varía por las tres especies de parásitos, pero puede ser estimada, en general, como oscilando entre 10 y 20 días. Es más largo este periodo en la cuartana y casi igual en las dos tercianas, pero con un predominio de brevedad para la terciana maligna. Varía también la duración del período de incubación según la época del año en la cual se produce la inoculación parasitaria, hecho que depende de las condiciones del medio ambiente, que favorecen más o menas la pululación de las anofeles y la consiguiente repetición y multiplicidad de las picaduras.

El paludismo experimental, dejado de lado los estudios hechos con inyecciones de sangre, pues no están de acuerdo con las leyes de la naturaleza, y ateniéndonos solamente a los resultados obtenidos por medio de picaduras de mosquitos, confirma también en duración media del período de incubación. Sin embargo, si la incubación se ajusta en su duración a este período de tiempo, en la mayoría de los casas, puede variar. en más o menos. En estas incubaciones anormales por las vías naturales y no por experimentación, 5011 más frecuentes aquellas más largas que de costumbre, especialmente en aquellos sujetos que han hecho profilaxia con la quinina, hasta uno a tres meses, por más que, como veremos al estudiar el paludismo latente, se discute si esta larga incubación es realmente incubación o si se trata de latencia.

Las incubaciones más breves que las ya citadas y habituales son muy raras, y tanto así que Nocht dice al respecto que todo individuo que al llegar a una zona palustre determinada se enferma de paludismo antes de los 10 días, no ha contraído la enfermedad en esa zona sino antes y en otra parte.

Terminado el período de incubación, el paludismo entra en la escena clínica; éste es el que *se* llama paludismo primitivo o paludismo de invasión o de primera infección. ¿Cómo se manifiesta?

Sobre esta cuestión existen opiniones diametralmente opuestas y vertidas por observadores que han podido estudiar los hechos sobre el terreno y sobre un

gran número de enfermos, especialmente durante la última gran guerra, la que, indirectamente proporcionó un vasto campo de experimentación, pues tuvieron los anofeles millares de sujetos vírgenes de paludismo a su disposición.

En zonas de endemia palustre y con seres humanos indemnes de la enfermedad, ¿qué mejor campo de observación para clínicos? Y, sin embargo, la luz no surgió de estos estudios y las cosas han quedado, más o menos en el mismo estado de antes, no existiendo acuerdo completo a su respecto.

Todos sabemos muy bien cómo, una vez terminado el período de incubación, se inicia el período de invasión *de* las fiebres eruptivas, pero en el paludismo ¿cómo se manifiesta este período de invasión, este paludismo que hemos llamado paludismo primitivo?

Para poder apreciar mejor y juzgar los hechos aducidos, es necesario tener en cuenta los conceptos que, por un lado y a través de los tiempos nos han legado los observadores que desde Hipócrates tenían que dejar evolucionar las fiebres palúdicas sin poderlas modificar por carecer del remedio específico; por el otro, las conclusiones de los que, usando la quinina, la emplearon también en fiebres cuya etiología no era el paludismo, y por último los estudios de aquellos contemporáneos que tuvieron en el descubrimiento del hematozoario una base sólida para sus conci visiones.

Pero aun así, si el parásito es mucho en la enfermedad, no lo es todo, y siempre queda la interpretación clínica de los hechas. Hay que tener presente siempre que las manifestaciones de la infección dependen de una serie de factores variables: el terreno, las predisposiciones y las resistencias individuales.

Recordemos también la importancia grande que tiene para, estos casos la prolija construcción de la curva térmica, hecha a base de mediciones termométricas exactas y frecuentes (cada tres horas por lo menos y por vía rectal), y que también comprenden varios días de fiebre.

Teniendo en cuenta todos estos elementos de juicio y haciendo la síntesis de los mismos, diremos que en las opinión es opuestas emitidas todos tienen razón, pero es necesario distinguir según los casos, y no se puede establecer como regla o como hecho habitual y corriente en todas partes lo que no es sino, en relación, la excepción.

Hemos dicho, al ocuparnos del estudio de la fiebre palúdica, que ésta en la gran mayoría de los casos tiene el aspecto intermitente y que el acceso intermitente constituye la fiebre palúdica típica.

Pero, cualquiera que sea la especie parasitaria en acción y, sobre todo, si está evolucionando el P. proecox, las primeras manifestaciones febriles no siem-

pre están representadas por el acceso intermitente. Estas primeras manifestaciones, dice Schiassi, se traducen por elevaciones de temperatura poco marcadas y fugaces o por elevaciones de evolución irregular y prolongada, que el autor clasifica entre las formas atípicas del acceso palúdico, es decir, como manifestaciones que no son las más frecuentes.

Las primeras manifestaciones del paludismo, dice Ascoli, son variadas según la especie parasitaria y según la receptividad individual.

Este paludismo primitivo, según el autor, es frecuentemente un paludismo múltiple, es decir, producido por el desarrollo de varías generaciones, provocando, cualquiera que sea la especie parasitaria inoculada, la sintomatología más grave de la que esta especie es capaz.

Como regla general, que tiene en cuenta todas las posibilidades, que la clínica puede constatar, podemos decir que en el paludismo primitivo, la curva térmica no presenta con frecuencia el tipo primario o fundamental que corresponde a la especie de parásito que produce la fiebre y la causa *se* debe a que, como acabamos de decirlo, evolucionan varias generaciones parasitarias. Paralelamente a ello, resulta la mayor intensidad de la infección, especialmente cuando está actuando el P. proecox.

Nosotros tenemos que aceptar las consideraciones y conclusiones de aquellos que observan los enfermos en regiones de clima templado, análogas a las muestras y en las que las formas exageradas o masivas por superinfecciones a causa de múltiples inoculaciones contemporáneas o sucesivas son constatadas con escasa frecuencia relativamente, comparando con lo que pueden estudiar aquellos médicos que .se encuentran[1] en los- trópicos.

Las tres especies.-de hematozoarios pueden-dar en la iniciación de la infección, tipos febriles que, de por si no .representan el tipo intermitente clásico, ni por el trazado; de la curva térmica, ni por su modo de comienzo, que no es brusco, y violento como el acceso de fiebre palúdica.

Pueden dar fiebre continua o, mejor dicho, pueden reproducir el tipo febril que hemos llamado sub-continuo.' por seguir la costumbre que nos han legado los clásicos y que, como sabemos, es en realidad un tipo febril remitente.

A veces, es una fiebre completamente " irreguiar, que *rio* encuadra dentro de ninguno de. los tipos "febriles, habituales dél palud'.smo, En ciertos casos," como dics Ascóli, tiene el tipo" intermitente, pero de una"'fiebre intermitente un poco especial; con accesos apareados, es decir injertados el uno dentro de otro tipo febril que ya conocemos el nombre de sub-intrante.

Estos caracteres; dé de la fiebre de la iniciación de la infección palúdica, distintos de los del acceso francamente intermitente,

se observan; como lo dijimos hace un momento, sobre todo cuando está en acción el P. proecox, aun cuándo éste no siempre procede así. Pero, tanto el Vivax como el Malaria, en sus primeras manifestaciones, pueden dar fiebres atípicas, pero por lo común afectan el tipo intermitente y además, si la fiebre llega a ser muy Tuerte, no existe el cuadro cié una infección general grave, como .sucede generalmente con el proecox, produciéndose Siempre, en los periodos intercalares de-apirexia, una atenuación más o menos grande de la fini ornitología.

Y finalmente, en otros casos, terminada la incubación, el paludismo se inicia con accesos-francamente intermitentes y con ritmo periódico, asumiendo entonces los caracteres fundamentales de la fiebre palúdica que son: la intermitencia y la periodicidad.

Pero también hay que tener en cuenta, porque tiene muy grande importancia, tanto bajo el punto de vista clínico como epidemiológico, el hecho de que las primeras manifestaciones de la infección se traducen en algunos sujetos por una sintomatologia poco marcada, y a la que, por otra parte se le reconoce una causa muy distinta del paludismo. Y, lo más interesante todavía, es que estos fenómenos pueden ser tan leves, que pasan completamente desapercibidos subjetiva y objetivamente. Veremos lo fundamental de estas nociones cuando nos ocupemos del estudio de las recidivas y del paludismo latente.

Estos hechos hay que tenerlos siempre presentes, porque, si como sabemos, el paludismo se traduce por fiebre intermitente sn la gran mayoría de los casos, puede apartarse de este tipo y afectar en su iniciación los que acabamos de exponer.

Sin embargo, hay que admitir que casi siempre se puede reconocer en las distintas curvas febriles atípicas de las fiebres primitivas, prolijamente construidas, el carácter intermitente dé la temperatura o el carácter intermitente de las manifestaciones, las que se encuentran más o menos disimuladas según los

Esto está de acuerdo con la tradición clínica, y lo que la clínica actual nos enseña y en ella debemos-basarnos, como lo dijimos al comenzar este estudio.

Estas conclusiones generales no deben hacernos olvidar las opiniones de aquellos autores que sostienen que las manifestaciones iniciales del paludismo, *es* decir el paludismo primitivo, se traducen siempre por fiebre de tipo continuo o sub-continuo, y que no se encuentra en las curvas térmicas la intermitencia característica de la infección.

Grall, por ejemplo, dice "La fiebre y el malestar febril de primera infección evolucionan bajo formas continuas y subcontinuas y se prolongan, en casos frecuentes, por reprises inmediatas y sub-intrantes, cuya intensidad puede variar mucho".

"La influencia del calor, invocada por Colín, para explicar la continuidad del tipo febril, no tiene acción más que sobre la gravedad de los casos y en realidad no obra ese factor por la elevación de la temperatura, sino porque favorece el desarrollo y actividad de los anofeles".

Más recientemente, durante la última guerra pasada y haciendo *sus* observaciones en Macedonia, Armand Delille, Paisseau, Abrami y Lemaire, han emitido conclusiones que son muy dignas de tenerse en cuenta porque, como ya dijimos, se han basado en el estudio de muchos sujetos que se encontraban indemnes de paludismo.

Dicen los autores: Durante los primeros meses de su evolución, el paludismo, en un sujeto indemne, se traduce no por accesos intermitentes tercíanos, cuartanes o cotidianos, sino por ataques febriles muy distintos, y cuyo conjunto constituye el paludismo primario. El paludismo primario comprende a su vez varias fases. Una primera faz, llamada de invasión, que comienza de diez a quince días después de la inoculación, faz durante la cual el enfermo presenta generalmente un síndrome febril de evolución relativamente corta. Luego, sobreviene generalmente un período de apirexia de duración variable, y durante el cual el palúdico parece curado. Pero esta curación no es más que aparente, porque el enfermo durante varios meses presentará una serie de ataques febriles de tipas muy diversos, cuyo conjunto constituye la .segunda faz, llamada de las recaídas y recidivas. Esta segunda faz no cesa más que para ser reemplazada por el paludismo secundario, de los accesos francamente intermitentes".

"Los fenómenos que caracterizan el período de invasión del paludismo, se presentan general bajo el aspecto clínico de un embarazo gástrico febril, otras veces bajo la forma de una fiebre continua de aspecto tifoideo, y finalmente, en un cierto número de casos, se traduce por una forma atenuada de malestares febriles".

Estos tres síndromes, son formas de fiebres continuas del paludismo de invasión, y son, según los autores, las manifestaciones más frecuentes.

'"Hay enfermos, sin embargo, agregan, que parecen entrar en el paludismo por una fiebre de aspecto muy diferente de la citada, y que se traduce por una fiebre de tipo intermitente y que se acompaña también de los mismos síntomas de embarazo gástrico. Es una fiebre intermitente cotidiana".

Pero esta fiebre intermitente cotidiana, no sería más que aparentemente una manifestación de invasión, porque un interrogatorio minucioso del enfermo, permitirá siempre encontrar malestares o manifestaciones fabriles anteriores, que constituyen el verdadero estado de invasión que ha pasada desapercibido. En estas curvas térmicas de las fie-

bres de invasión, según estos autores, no aparece para nada el tipo intermitente y no hay en su evolución nada que recuerde el paludismo, ni en su principio ni en su terminación, que no presenta fenómenos críticos y las oscilaciones térmicas, mientras la fiebre dura no van más allá de un grado. La defervescencia se hace generalmente en lisis.

Penna y Barbieri, describiendo el paludismo de nuestras zonas de endemia del Norte, nos dicen que: "Cualquiera que sea la modalidad que el mal va a revestir, es entre el 6º y 12º día que él se inicia, y los fenómenos de principio consisten en un malestar general, cefalalgia, dolores vagos a lo largo de los miembros, sensación de frío, anorexia, náuseas, vómitos, rara vez diarrea y en seguida se manifiesta una fiebre de forma irregular, de tipo invertido, poco susceptible a la acción de los antitérmicos o, por el contrario, estalla el acceso clásico, con todos sus estados y caracteres que le han dado nombre.

En los casos en que este acceso no viene a iniciar o interrumpir con su periodicidad la curva febril, dándole su tipo especial, la fiebre *se* sostiene sin declinar por varios días, revistiendo el aspecto y carácter de una fiebre prolongada. Este conjunto de síntomas, se repetirá en igual o diferente forma en la evolución progresiva del mal, sin perder en ninguna de sus recrudescencias la característica general de la fiebre. A Blanchard y Taulec dicen: Se entra en el paludismo (en las zonas cálidas) por diversas puertos clínicas: uno tendrá un pequeño malestar febril sencillo; otro un embarazo gástrico febril; un tercero, una fiebre cuartana o forma tifoidea".

Las diferentes opiniones emitidas por los autores que hemos citado, dependen, indudablemente, de las distintas circunstancias o condiciones de medio en que han hecho sus observaciones.

Hay que recordar siempre, que el paludismo se comporta diferentemente según el clima, y que no es igual en sus manifestaciones en las zonas cálidas o tórridas que en las zonas templadas.

La intensidad y gravedad del cuadro clínico, tanto en su incubación como durante toda la evolución de la enfermedad, es mucho mayor en las zonas cálidas. En las zonas templadas, el proceso se desarrolla de una manera que sus síntomas son mitigados, comparados con los de las primeras. Y aun, durante el período de endemo epidemia, obsérvanse los cuadros morbosos que se constatan en los trópicos.

Aparte del calor, que actúa, como ya lo dijimos, favoreciendo el desarrollo de los anofeles y la multiplicación y multiplicidad de sus picaduras infectantes, existen otros factores propios del clima que contribuyen a hacer mucho más seria la infección.

Sin embargo, estas diferencias entre paludismo tropical y el paludismo de los países templados,

son conceptos de orden general aplicables a la gran mayoría de los casos, en ambas circunstancias de clima, porque hay que recordar también que pueden observarse las manifestaciones inversas o no habituales a cada clima.

Así es que las formas atenuadas del paludismo en su iniciación, pueden observarse en los trópicos, exactamente como sucede en los países de clima templado, pero no llaman frecuentemente la atención, frente a las otras formas intensas habituales. Lo mismo diremos que sucede en los países templados, en los que puede observarse casos de tan exagerada sintomatología como si se encontrara el enfermo en los trópicos.

De manera que los tipos febriles primitivos, suelen con frecuencia apartarse del tipo clásico intermitente, especialmente los que dependen de la proliferación del P. precox. Esto hay que tenerlo bien presente cuando el médico se encuentra en regiones donde el paludismo reina endémicamente, porque del exacto reconocimiento de la etiología palúdica de esas manifestaciones, dependerá la aplicación de una terapéutica adecuada, tanto más necesaria cuanto que el pronóstico es, en general, mucho más serio cuando está actuando el parásito con gametas semi-limares.

Lo importante es recordar estos hechos, pues en esas circunstancias el análisis de la sangre confirmará o desechará el diagnóstico de paludismo, pues no porque el sujeto se encuentre o llegue de una zona palúdica, todos los fenómenos patológicos que presente han de ,ser forzosamente producidos por el hematozoario. No hay que erigir en sistema el hecho de que, en los trópicos o en los que recién llegan de ellos, lo mismo que de las zonas de endemia de los países templados, la casi totalidad de las fiebres son palúdicas y establecer la ecuación: fiebre-paludismo, y lo que es peor todavía, tratar toda fiebre en zona de endemia palustre, por medio de la quinina, pues si ésta es beneficiosa en el paludismo, puede producir desastres irreparables en otros procesos febriles no palúdicos.

Porque debemos recordar también, que la mayor parte de las enfermedades de los países cálidos o de los subtropicales, son la consecuencia de infecciones gastro-intestinales y biliares y .su frecuencia se explica lo mismo que su mayor gravedad, comparada con las enfermedades análogas de los países templados, por una serie de factores propios del clima, tales como calor, humedad, infracciones del régimen y el alcoholismo.

Y precisamente por esto, no debemos confundir el paludismo con estos diferentes procesos y tratar siempre de establecer sobre bases sólidas el diagnóstico.

(Revista del Círculo Médico Argentino).