

Paludismo Síndrome Agudo Abdominal

Por el Dr. Eduardo RIVAS CERVERA,
de Campeche, Campeche.

Comenzaré este trabajo resumiendo los datos del estudio de algunos enfermos palúdicos que, por su sintomatología, me han parecido muy interesantes, tanto para el médico, quien debe precisar cuándo se trata de una afección aguda del vientre que requiere urgente intervención, como para el cirujano, quien no debe desconocer estas formas camufladas de paludismo, que pueden inducirlo a incurrir en el gravísimo error de abrir el vientre. Además, hay casos en que la malaria y la afección abdominal aguda coexisten y en que la precisión diagnóstica es lo único que puede rectamente normar el criterio terapéutico que debe instituirse.

Primera observación: P. F., alumno de la Escuela Regional Campesina de Tabasco, de veinte años, robusta complexión, presenta súbitamente dolor agudo de la fosa ilíaca derecha, con vómitos, marcada intranquilidad, pulso frecuente y débil y temperatura de 38.5; franca defensa muscular preferentemente en el punto de Mac Burney. Por no ser materialmente posible operarlo, le inyecté 0.75 de quinina intramuscular, debido a que quince días antes había tenido fiebre terciana durante una semana. Dos horas después, sin elevarse más de 39 grados la temperatura, su desesperación fue tan grande que se acompañó de delirio y le apliqué inyección de sedol. Al día siguiente me sorprendí al ver que el dolor había desaparecido completamente; seguí el tratamiento con bicloruro de quinina y a los tres días estaba sano.

Segunda observación: J. S., simulaba ataque apendicular sobreagudo con dolor muy intenso en la fosa ilíaca derecha. Había tal semejanza con la apendicitis verdadera que recomendé observar la temperatura cada media hora. Inyecté 0.12 centigramos de atebriña por vía muscular y una hora después me avisaron que tenía 39.3 de temperatura. En dos días de tratamiento este joven de veintitrés años estuvo ya en condiciones de salir a la calle.

Tercera observación: P. M., con colecistitis subaguda, gran enflaquecimiento e ictericia; además, hígado rebasando dos dedos el reborde costal. Antecedentes palúdicos no bien definidos. La vesícula, palpable fácilmente y aumentada de volumen y dolorosa. Tratamiento antipalúdico con atebriña y arsiquinina. Notable mejoría a los cinco días de aplicada la terapéutica con recuperación de fuerzas y buen apetito. Pasó a manos de otro médico por haberlo dispuesto así su patrón, pero la encuentro con bastante frecuencia y he podido observar que quedó bien.

Cuarta observación: Niño L. H. C, de diez años de edad. Fui llamado para operarlo, pues presentaba síndrome vesicular agudo;

temperatura de 38.5; sospeché paludismo e inyecté 3 centímetros cúbicos de plasmoguina; en la noche, ampollita de arsiquinina; al día siguiente lo mismo, más dos comprimidos de atebrina, terapéutica que seguí durante seis días en que quedó dado de alta-, pero su-jeto a observación; no me volvieron a solicitar y sé que actualmente el niño es inyectado con cilotropina. Este caso fue atendido hace , año y medio.

Quinta observación: L. P. O., herrero, atendido hace dos años; presentaba dolor generalizado a todo el vientre con imposibilidad de expulsar gases por el recto; defensa muscular muy marcada, vómitos muy frecuentes. Inyección de sedol sin efecto sobre el dolor; a la media hora otra media ampollita de sedol. Ligero alivio, expulsó gases y obró cuatro horas después, expulsando dos escáridos.

De 35.8 la temperatura subió a 39 grados; inyección de atebrina de 0.10 y aceite alcanforado; atepé 0.30 diariamente por vía oral; curación en cuatro días.

Sexta observación: Niña N. M. Q. Fui requerido para operarla de apendicitis.; encontré dolorosa la fosa ilíaca derecha aunque con mediana intensidad, meteorismo muy marcado, pulso bueno, 37.8 de temperatura y antecedentes palúdicos. Inyección de arsiquinina y plasmoguina ingerida; curación en seis días.

Séptima observación: L. M. A., de treinta años, congestión hepática activa, sumamente dolorosa, irradiando el dolor a todo el vientre. Hubo necesidad de aplicarle dos ampollitas de morfina, con media hora de intervalo y, a pesar de todo, continuó quejándose de intenso dolor.

Había tenido dos vómitos y avisé a la familia la posible necesidad de intervención quirúrgica. Cuatro horas más tarde, dolor muy ligero a la presión y con temperatura de 38.5. Inyecté 0.10 de atebrina y seis horas después una ampollita de quinarsan. Administré 0.20 grms diarios de atepé con una ampollita también diaria de quinarsan, obteniendo la curación en cinco días.

Octava observación: Se trata de una mujer de veinticuatro años, con dolor muy intenso, al parecer de los anexos; en todo el hipogastrio hay defensa muscular que invade ambas fosas ilíacas, temperatura de 38.3. Al parecer se trata de piosalpinx bilateral con pelviperitonitis.

Inyección de morfina de 0.01 y a pesar de no existir antecedentes palúdicos, inyecté cinco horas después 0.12 de atebrina y continué administrándosela oralmente en dosis de 0.50 gr. No se le hizo ningún tratamiento ni general ni local para la anexitis. Cinco días después daba de alta a esta enferma, comprobando, por el tacto vaginal, no haber absolutamente ninguna colección supurada en los anexos ni en el fondo de saco de Douglas.

Algunas otras observaciones menos evidentes he visto, sobre todo varias de pseudooclusión intestinal que han cedido rápidamente al tratamiento antipalúdico. Como dato clínico haré notar

que, en todos ellos, no se trataba de primoinfección palúdica, sino de recaídas.

El estudio de estos casos, felizmente no muy frecuentes, pero tampoco demasiado raros, demuestra que *el paludismo*, ese *Proto* que puede simular desde un ligero embarazo gástrico febril hasta una meningitis, *puede también simular las más graves afecciones quirúrgicas del vientre*, induciendo al cirujano a grave error.

De los casos anteriores se desprende, desde luego, como primera, conclusión: que el paludismo presenta a veces, -como manifestaciones de su polimorfismo sintomatológico, el aspecto de los padecimientos dolorosos agudos del vientre (síndrome abdominal agudo) como dato práctico, de enorme trascendencia, la facilidad con que se puede llegar hasta el error de intervenir en estos pacientes, pues es grande la similitud entre los dos cuadros por presentar ambas defensa muscular, dolor intenso generalizado o localizado, ansiedad, vómitos, pulso rápido y débil, en fin, los síntomas que a todo cirujano impondrían la necesidad de abrir urgentemente el vientre para salvar una vida seriamente amenazada.

¿Cómo hacer el diagnóstico y tomar una decisión verdadera que salve al enfermo?

Confieso que, en el primer caso observado, el del estudiante tabasqueño, P. F., fue el no tener dónde, ni elementos para laparotomizar, lo que casualmente me demostró la falsedad del diagnóstico *ele apendicitis aguda*. El maravilloso alivio consecutivo a la inyección de quinina me dejó sorprendido.

Posteriormente, en la *Presse Médicale* de París, fueron publicados dos casos de paludismo bajo -el aspecto de apendicitis agudas típicas.

Ahora bien, los casos simulando *colecistitis subagudas*, *oclusión intestinal* y *anexitis*, no los he visto descritos en ninguna obra o publicación.

Los otros datos para hacer la diferenciación están basados en la observación del enfermo. Si hay el antecedente de que hace dos o tres días se ha instalado la sintomatología descrita, lo seguro es que no se trata de paludismo o la malaria, sólo es una coexistencia. La facies peritoneal, la inquietud, el delirio y los períodos de inconsciencia de estos enfermos pueden confundirse con la desesperación de los accesos palúdicos.

El dato más preciso para la diferenciación me lo ha dado siempre la temperatura; los padecimientos dolorosos o inflamatorios del abdomen casi siempre se acompañan de fiebre muy ligera o hipotermia, en tanto que el paludismo da temperaturas durante el acceso, mayores de 38.5, siguiéndole profusa sudación.

Si la temperatura es normal o baja, puede inyectarse medio gramo de quinina, o 0.10 de atebriña intramuscular y si el paludismo es la causa, casi siempre sobreviene el acceso típico antes de tres horas.