

## FORITIAS ATIPICAS DEL PALUDISMO

Por el Dr. JOSÉ MIGUEL RESTREPO

(de Medellín, Ant.)

Con este calificativo se designan aquellas formas en las cuales la semiología general característica está desfigurada en uno o en varios de sus síntomas o signos hasta el punto de simular otras entidades nosológicas.

Las expresiones clínicas del paludismo son tan cambiantes, tan proteicas, que cuando se ejerce la medicina en las zonas endémicas se convence uno de que no hay exageración en Felipe H. Manson Bahr cuando dice que "el médico en los trópicos debe llegar al diagnóstico de todos sus casos, no importa cuáles, con la idea siempre presente en su espíritu de que éstos pueden ser palúdicos o por lo menos complicados de paludismo." Y efectivamente hay casos cuyo diagnóstico es tan difícil porque su sintomatología no corresponde a los cuadros clásicos que únicamente la prueba de la terapia química es capaz de hacerlo; otras ocasiones el diagnóstico sí se hace desde los primeros exámenes, pero en seguida vienen nuevos síntomas que lo oscurecen y hasta lo ponen vacilante porque la enfermedad inicial ha servido para revivir un paludismo ya extinguido en sujetos tratados o para hacer ostensible una infección latente.

Estas manifestaciones atípicas de la malaria se presentan a veces en las primo-infecciones, pero sí son más comunes en las recaídas en las cuales el cuadro clásico está desfigurado en la mayoría de ocasiones; y se acepta que son debidas al grado de infección, a las combinaciones o concurrencias de parásitos o la interacción de otras entidades, aunque también el terreno individual tiens-

---

Propongo la inyección por ser más rápida su acción si se trata de casos graves.

Durante mis guardias de Médico del Hospital General, Sanatorio Español y Puestos de Socorros de México, D. F., sólo intervine en síndromes abdominales renales. Se comprende la importancia tan grande de advertir al cirujano el error gravísimo en que involuntariamente puede incurrir en las regiones palustres (casi toda la República), pues con la lógica más severa se puede ser arrastrado a tomar una decisión que puede ser de fatales consecuencias para su enfermo.

Felizmente, estos casos no son tan frecuentes, pero hay que estar advertido y pensar siempre en ellos por no ser excepcionales.

—De "Revista Mexicana de Cirugía, Ginecología y Cáncer."

una gran importancia ya que sus resistencias son las que determinan la intensidad y el carácter de la reacción.

Los conceptos de intermitencia y de remitencia en la fiebre deben entenderse como dependientes de la simultaneidad o no simultaneidad en la maduración de los enjambres de parásitos que la ocasionan; hay intermitencia en el caso de que los plasmodios de una misma edad se maduren al mismo tiempo; habrá remitencia cuando siendo de edades diferentes tienen que madurar en horas distintas, de modo que en el torrente sanguíneo hay continuamente descargas o fragmentaciones de parásitos.

Las modificaciones del síndrome recaen en cada uno de sus períodos de manera que tanto los pródromos como los síntomas pueden estar disfrazados, suprimidos o exacerbados. En algunos casos los síntomas subjetivos son tan discretos o tan leves que el paciente no se da cuenta de ellos continuando en sus faenas habituales a pesar de que la temperatura alcanza 39° o 40°. En otros el individuo experimenta apenas una sensación de frío con deseo de reposo pero sin la cefalalgia o la raquialgia que en la mayoría de veces anuncian la proximidad del acceso; o tienen una sensación de llovizna en todo el cuerpo o una frialdad que aparece periódicamente con astenia o languidez, con deseo de estar acostado y acompañada en ocasiones de una elevación térmica insignificante.

Ocurre también que con una febrícula de pocos décimos se presenten vómitos de intensidad progresiva, alimenticios o mucosos primero, que luego se hacen francamente biliosos, con sensación de adolorimiento en el hipocondrio derecho o en la región esplénica que inducen a pensar en cuadros clínicos hepáticos o biliares, en fenómenos de indigestión los cuales ceden al tratamiento, por la quinina porque son expresiones disfrazadas de malaria.

Sucede con frecuencia que el período premonitorio constituye por sí solo la sintomatología de paludismo: lasitud inexplicable por ajeteo o cansancio muscular, deseo de estirar los miembros, bostezos frecuentes, dolor en los huesos, cefalalgia, anorexia, vómitos, sed devoradora, sensación de agua fría derramada en el dorso, conjunto de síntomas al que se agrega con frecuencia una elevación térmica insignificante, pero que por la circunstancia de aparecer periódicamente encamina hacia el diagnóstico de paludismo; el síntoma de *estiradera* —que alivia y quita la sensación de cansancio— es de gran valor sobre todo cuando se trata de viejos palúdicos porque anuncia un brote agudo que no demorará en estallar. La sintomatología anterior es anfíbola, es decir, que puede corresponder al período prodrómico de muchas entidades y con ella se presume la aparición de una fiebre entérica o enteriforme, de un síndrome de Heitz-Boyer y en sujetos enflaquecidos y anemizados una tuberculosis.

En estas formas atípicas llama la atención: que los síntomas salientes sean comúnmente de origen hepático o biliar con re-

percusión gástrica o intestinal; que la región esplénica es adolorida y que el bazo es percutible; que los dolores óseos sean muy marcados especialmente en las extremidades; esto no tiene nada de sorprendente ni de extraordinario porque en estos órganos como dice Sir Patrick Manson es "-donde ocurre el principal acto del drama malarico y no en la circulación general como parece natural; lo que se comprueba en la sangre del dedo no es más que una escena —por decirlo así— del gran drama que *se* representa en las Visceras." De manera que las modificaciones encontradas en estos íbamos, los síntomas de que son asiento, tienen un valor muy considerable para deducir su etiología plasmódica.

*El escalofrío* es el síntoma más alarmante para el enfermo que sufre el acceso palúdico; su intensidad es muy variable según que se trate de sujetos de primo-infección o de ataques de repetición o recrudescimiento; depende de la especie del plasmodio productor y también de la susceptibilidad del individuo, pues según la concepción de Abrami y Senevet el acceso de malaria es una verdadera crisis hemoclásica desencadenada por la versión de merozoitos en la sangre con su pigmento de hemozoína y sus diversas toxinas pirogénicas y hemolíticas.\_

La intensidad varía desde la simple *escaramuza* hasta el frío verdadero y solemne con castañeteo de dientes, temblor generalizado que reclama inmediato recalentamiento; esto ocurre a pesar de que la temperatura ya se ha trepado varios grados de lo normal; es un verdadero choque en que hay despilfarro de energía que aumenta a cada momento la temperatura porque la hipertermia engendra la hipertermia.

En las fiebres subtercianas por *falciparum* el período de frío es corto y relativamente menos marcado. Normalmente este período dura una hora; y cuando se trata de niños, durante este estado de frío ocurre un ataque convulsivo muy semejante a la epilepsia.

**CALOR.** Este período dura normalmente cuatro horas, pero en algunas fiebres como las por *falciparum* puede ser más prolongado, hasta veinticuatro, de modo que los paroxismos suelen ser subintrantes; hay lo que se denomina *crisis doble*, es decir, que cuando la fiebre ha alcanzado su aparente fastigio o acmé ocurra un descenso de 1 a 2 grados<sup>1</sup> (falsa crisis) seguido de un nuevo ascenso al que sucede luego la crisis verdadera. Esto se debe a la presencia de dos colonizaciones de parásitos, una de las cuales madura algo más tarde que la otra, fenómeno éste que tan sólo se ha observado en esta forma de malaria y en el *kalazar*. Esta prolongación del período de calor que hace un diagrama de fiebre continua con leves remitencias contribuye a que las formas clínicas del paludismo subterciano sean proteiformes y confundibles con muchas entidades tropicales y hasta con ciertos estados quirúrgicos. Así vemos que existe la forma *remitente* biliosa ya con diarrea, ya con constipación; la biliosa con síntomas gastro-intestinales que

sin duda fue uno de los múltiples factores de mortalidad en los primeros tiempos de explotación o de fundación de Barrancabermeja donde el lenguaje popular designó con el nombre de *reboten Santandereano* varios síndromes en que predominaron el vómito y la diarrea; *forma remitente tifoidea* a veces con ataxia o con ataxia y adinamia otras; remitente adinámica con debilidad cardíaca o con ictericia o con tendencia sincopal; estas formas de paludismo subterciano son de evolución maligna y cuando no producen la muerte anemizan, invalidan y caquetizan más que las otras.

Este período de calor puede alcanzar dos extremos: la hiperpirexia característica de algunas formas de perniciosa; y la algidez que también es distintivo de otro grupo de fiebres de esta índole de suma gravedad, de diagnóstico clínico tan difícil que muchas veces es imposible. Tales perturbaciones de la termogénesis " se han hecho depender de la toxina palúdica, pero lo cierto es que hasta hoy no se ha podido aislar ninguna substancia que pueda reputarse así: dicen que debe ser un cuerpo complejo como la tuberculina cuyos constituyentes están en proporciones variables en las distintas formas de plasmodios.

Durante el periodo de calor se intensifican el vómito y la cefalalgia, síntomas que se influyen recíprocamente; es cuando ocurren manifestaciones de excitación cerebral que inducen a creer en procesos encefalíticos; una vez terminado el acceso la temperatura suele quedar por debajo de la normal hasta la proximidad del acceso siguiente.

*PERIODO DE SUDOR.* Dura en el acceso normal 4 horas; pero sí hay veces que es insignificante; es una fase aliviadora en que se acaban los dolores en los huesos, cesa la raquialgia y viene un relativo bienestar; puede ser excesivo y es la característica de "una forma perniciosa, forma diaforética, que en ocasiones termina en colapso cardio-vascular. Se considera la diaforesis excesiva como sintomática de una copiosa destrucción de la sangre, equivalente de una hemorragia profusa y repentina; o puede ser solamente una fuerte reacción ante las substancias o albúminas heterogéneas libertadas por la hemolisis o destrucción de los eritrocitos. Semejantes deshidrataciones por sudor copiosísimo son propias de las formas hiperpiréticas en que la temperatura después de estar a 41<sup>1</sup>? y aun más desciende bruscamente a 35<sup>9</sup>; son las que provocan la muerte funcional porque ni el sistema circulatorio periférico ni el central son capaces de movilizar la sangre; son los casos en que una terapéutica rehidratante, tonicardíaca y movilizadora del azúcar bien conducida restituye al organismo su normalidad. Hay que tener en cuenta que las drogas que con desgraciada frecuencia se le asocian a la quinina exacerban muchísimo el periodo de sudor: la fenacetina, la aspirina, el piramidón, la exalgina, la criogenina, etc., son responsables de las grandes sudaciones que con frecuencia se observan en las formas de tercia benigna; muchas ocasiones no

es el médico el responsable porque en concepto del vulgo y aun de algunos médicos *fiebre que se suda* no es grave olvidando o ignorando que la impregnación bacilar, algunos casos de pericarditis, la linfogranulomatosis y otras entidades graves, *se acompañan siempre del síntoma sudor*; en el arsenal terapéutico de muchos holgares todas las pastillas y cápsulas antipiréticas y antidolorosas tienen que participar en la evolución de la enfermedad de sus deudas empeorándolas muchas veces y desviando la acción siempre honrada y consciente de la mayoría de los médicos. La terapéutica popular que no tiene por qué saber los peligros debidos a la idiosincrasa, a la alergia individual propaga sus productos como curadores siempre sin tener en cuenta las gastritis, las nefritis, las sensibilizaciones de todo orden que desencadenan con una frecuencia mayor de lo que se cree.

Toda la sintomatología de la malaria depende de las acciones que los plasmidios —como parásitos que son— ejercen sobre el organismo atacado; ejercen una *acción expoliatrix* en virtud de la cual se destruyen numerosos eritrocitos; una *acción mecánica*, muy grave en virtud de la cual determina accesos perniciosos cuando forman embolias en los capilares de las diversas visceras; una *acción irritativa* sobre diversos, órganos como el riñón, el bazo por los productos nocivos que eliminan (debe entenderse por irritación en este caso una sobre-excitación o sensibilidad exagerada de un órgano ante un estímulo; la irritación nutritiva o sea la del metabolismo termina en la hipertrofia; la irritación plástica termina en la hiperplasia o reconstrucción de los tejidos); por último ejercen una *acción tóxica* muy importante en virtud de la cual modifican el equilibrio humoral como ocurre en las formas perniciosas en que hay una verdadera hiperazohemia reputada por algunos como un ataque de uremia con más de 4 gramos de urea sanguínea; esta circunstancia hay que tenerla presente en el espíritu del médico porque la uremia que se presenta repentinamente en sujetos jóvenes, antiguos palúdicos o recién llegados de climas malariógenos es comúnmente de origen palúdico.

Las formas atípicas del paludismo se observan con suma frecuencia, en los casos de *recaídas*; éstas acontecen en individuos que no tuvieron ningún tratamiento o si lo tuvieron lo fue insuficiente porque las dosis de quinina no alcanzaron a destruir completamente los parásitos; tienen por lo común quince días después de la curación aparente, en ocasiones más temprano o más tarde y son debidas a los plasmidios que por el hecho de estar acantonados en las visceras no sufrieron el influjo de la droga curativa; además el terreno desempeña un papel considerable ya que toda causa que disminuya la resistencia favorecerá el estallido palúdico: los excesos alcohólicos, las comidas copiosas y ricas en grasas, el ajetreo muscular por exceso de trabajo, la inanición, los ayunos prolongados, los traumatismos quirúrgicos u obstétricos, las en-

fermedades intercurrentes; y en efecto: todos los médicos hemos tenido que tratar a sujetos que después de copiosas libaciones o de comidas abundantes, tras de perturbaciones digestivas variables que tienen alzas de temperatura dando la impresión de que se trata de un síndrome aún tan mal o tan poco estudiado entre nosotros llamado incorrectamente FIEBRE GÁSTRICA que al comienzo es continua y luego tiene francas intermitencias o remitencias de toda la sintomatología; son expresiones clínicas que ceden con quinina por la razón sencilla de que traducían el despertar de la agresividad del hematozoario.

Igualmente no son raros los casos en que una puérpera que fue asistida en su parto con todos los cuidados indispensables para evitar una posible infección es atacada en sus primeros días por una fiebre precedida de intenso calofrío que hace pensar en aquella y que después de hacer sufrir al médico meditando el tratamiento, recordando o indagando sus antecedentes maláricos resuelve hacer el tratamiento con quinina para ver que la sintomatología cede con facilidad; que porque el traumatismo obstétrico puso el organismo en condiciones de inferioridad y los hematozoarios que hasta entonces no habían podido desplegar su acción se hicieron agresivos y patógenos.

En el período de incubación o en los pródromos de muchas entidades como la fiebre entérica y la gripe es común observar brotes dependientes de una recaída palúdica porque aquéllas han vuelto tan precarias las defensas orgánicas que las manifestaciones palúdicas aparecen y sobresalen en la enfermedad.

Algunas acciones climáticas también han sido sindicadas como factores de recaídas: la baja de la presión barométrica, los enfriamientos, las mojaduras, la insolación, etc., etc. Los rayos ultravioletas según las experiencias de Reinhard en 1923 parecen desempeñar un papel muy importante en las recaídas, lo que cuadraría bien con la aceptación de las gentes de que la exposición a un sol tropical engendra o despierta accesos desde tiempos atrás extinguidos. Todos los médicos que hemos trabajado en provincias recordamos los casos frecuentes de asistencia a viejos palúdicos clínicamente curados quienes, después de un fuerte trabajo en sus haciendas fueron atacados de fiebres aparecidas poco después del ajetreo, fiebres muy difíciles de diagnosticar, esclarecidas porque cedieron con la terapia antipalúdica.

Un último grupo de causas de las recaídas la forman algunas sustancias como la adrenalina, la estrocnina, el cloruro de calcio intravenoso, el extracto de hipófisis, la tuberculina, la gonacrina, tripaflavina, la vacuna antitífica, la leche, el suero de caballo, etc., etc.; algunos de estos casos sí se explican porque son drogas que provocan la esplenocntracción que da por resultado el escurrimiento del bazo y la puesta en circulación de los hematozoarios en él refugiados; tales son la adrenalina, la estrocnina y la hipófisis;

en otros casos en que se emplea la proteínoterapia tal vez pudiera invocarse el mecanismo del choque que por producir un sacudimiento brusco de todo el organismo pondría en movimiento los plasmodios de la circulación profunda o visceral; es muy obscuro el mecanismo como obran el cloruro de calcio, la tuberculina y los derivados de la acridina. También el cianuro de mercurio ha sido sindicado por Paul Chevalier quien dice que *es* capaz de desencadenar crisis de malaria en sujetos que la sufrieron anteriormente; pero no es muy claro el modo como se efectúa; valdría la pena de observar esta ocurrencia por los que están en circunstancias de pilcar frecuentemente esta droga y ver si efectivamente es un activador del paludismo.

El bazo es un reservorio donde se acumulan los glóbulos rojos durante el reposo con respiración normal y de donde salen cuando se hace un ejercicio muscular, cuando hay asfixia o cuando ocurre una hemorragia, mejor dicho: siempre que haya hematosis insuficiente, mediante una excitación partida del bulbo; contrae entonces todos sus senos sanguíneos, merma su volumen y expulsa todos los glóbulos que pueden favorecer el organismo pudiendo aumentar en más de un millón por milímetro cúbico en la sangre periférica; esta acción es la que se persigue con la esplenomegalia palúdica como también en el tratamiento de la esplenomegalia palúdica como también en los casos de accesos de repetición muy a menudo; en esta concepción se funda el método de Ascoli para el tratamiento del paludismo crónico acompañado de hipertrofia esplénica.

El 914 fue también acusado de producir la reactivación palúdica pero se comprobó que los casos que sirvieron para, tal acusación se debieron a verdadera inoculación con agujas infectadas usadas por palúdicos en actividad y que luego emplearon los toxicómanos. Debe, empero, tenerse en cuenta que aunque no muy frecuente los arsenicales manifiestan su intolerancia con brotes febriles altos que se imputan a otras causas; la fiebre de los arsenicales constituye un capítulo obscuro pero real de la patología.

Por último hay una causa a la cual no se le presta mucha importancia a pesar que indudablemente es la más frecuente en las clases menesterosas y es la exigua alimentación que carece de los elementos indispensables y predispone así al recrudescimiento, a la reviviscencia de los ataques palúdicos; los italianos decían que "el remedio de la malaria se encontraba en la marmita," sentencia que no ha perdido su actualidad; las dietas severas, los regímenes de inanición a que se obligan muchas gentes siguen siendo responsables de grandes disturbios funcionales, de serias perturbaciones de algunos órganos; en la convalecencia así como en los días de enfermedad activa los palúdicos deben tener una alimentación completa hasta donde lo permitan las circunstancias de la economía, cuyas visceras sufren alteraciones en su fisiologismo.

Hay un hecho muy curioso en la epidemiología del paludismo y es la recaída en ciertas épocas del año cuando abundan los anofeles, ocurrencia que parece debida a fenómenos de adaptación fijados por la selección natural y favorables a la conservación de la especie parasitaria. La fiebre que más recidiva es la cuartana producida por el *plasmodium malariae* que completa su evolución en la sangre periférica; no tiene tendencia a la caquexia, pero su infección es más persistente que las otras —terciana y subterciana— por lo cual recae con más frecuencia; es mucho más resistente a la quinina que las otras especies y no recibe ningún beneficio *de* pos arsenicales que como se sabe obran muy bien en las tercianas; las fiebres producidas por el *falciparum* tampoco benefician de los arsenicales y en estas la quinina le da el campo de actividad a la atebrina y plasmocina. El cuadro clásico del acceso palúdico se modifica completamente en las formas perniciosas donde se hallan multitud de formas clínicas según que predomine una sintomatología de orden nervioso, gastro-intestinal, bronco-pulmonar, cardíaco, etc., etc.

En el diagnóstico del paludismo no hay que llegar a dos extremos que pueden ser de funestas consecuencias: verlo por todas partes y hacerlo responsable de expresiones morbosas, que corresponden a otras entidades; o hacer caso omiso de las manifestaciones atípicas por motivo de sus asociaciones o de faltas terapéuticas y dejar por lo tanto que evolucione sin freno ninguno que lo contenga. La asociación con la fiebre recurrente es cosa observada entre nosotros de modo que es preciso confrontar las características de la fiebre cuyo diagrama indicará unas veces un tipo y otras otro muy distinto; son diagramas en que hay anarquía con remitencias o intermitencias, son ciclos grandes de apirexia que tan sólo el examen de la sangre permite referir a su verdadera causa. La asociación con las fiebres entéricas desvía el diagnóstico de éstas y obliga también a una cura con quinina mientras la curva tífica recupera su distintivo. Concorre a menudo con la amibiasis intestinal aguda produciendo entonces una hepatitis a que ambas entidades tienen derecho. Entre el personal de uncinariásicos las manifestaciones de paludismo atípico son tan comunes que se ha llegado a describir fiebre de uncinaria, afirmación que no es aceptada sino en el sentido de síntoma prestado por otra entidad. Todas estas circunstancias son las que hacen que para el médico de provincia que tiene que resolver sus problemas a golpes de clínica sea obligación mantener en la memoria la sentencia de Manson Bahr enunciada al principio de este estudio, pensar en él en todas partes y ante todos los enfermos aun en aquellos que nieguen antecedentes de malaria, hacer el examen de sangre en busca del hema-tozoario e instituir con anticipación la terapia con quinina que no hace daño como cree la gente y sí inmensos y grandes beneficios; es verdad que hay intolerancia para esta droga pero el médico dis-