

Las Formas Cerebro-Espinales del Paludismo

Entre las formas clínicas del Paludismo, que se comportan como sumamente graves, se encuentran las formas Cerebroespinales. Estas no son raras en las regiones muy afectadas, en las que los individuos están sometidos a infecciones, en grado máximo, es decir que cada eritrocito está amenazado por un esporozoito. o forma joven de Plasmodium.

Tanto el hombre adulto, como los niños de todas las edades están expuestos a sufrir una forma Cerebro-espinal, siempre grave, de pronóstico sombrío y que muy raramente puede el Médico controlar de manera cierta.

Estas son formas temibles y todos nosotros hemos observado más de algún caso de ellas, que afectando loa centros nerviosos, tanto cerebrales, como medulares, pueden simular otras afecciones que aunque tengan como sustratum anatómico común un centro-determinado, ecológicamente parecen ser de otra naturaleza y no debidos a una causa tan frecuente y tan común en nuestras zonas como es el Paludismo.

Para hacer debidamente una exposición sobre estas formas clínicas de Paludismo, es necesario trasarse un esquema de descripción, que nos haga comprender, de manera clara y fácil, las condiciones necesarias para que un individuo cualquiera sea atacado por esta variedad, de paludismo, quizá la más grave y temible que-se pueda conocer entre las formas perniciosas de esta enfermedad. Estas condiciones se relacionan con infinidad de circunstancias todas ellas variables y diferentes según la clase de Plasmodium que-nos infecte, el grado de infección, el estado orgánico en que nos encontremos, y las condiciones higiénicas en que los individuos atacados hayan vivido o vivan en el momento de ser víctimas de la enfermedad.

Son formas comunes a todas las edades, de muy difícil diferenciación, clínica, en las cuales únicamente el microscopio, puede salvarnos de la duda, no obstante que algunas veces por la manera violenta con que el hematozoario actúa, este auxilio llega tarde y únicamente para aclarar la causa de la muerte del paciente que ayer o en días anteriores, gozaba de salud en apariencia perfecta. En el suelo de Honduras estas formas son frecuentes: no sólo en las costas de nuestro territorio, sino también en ciertas zonas; interiores del país, en las que reina como agente patógeno el hematozoario de Laverán. Una de estas zonas quizá la más afectada de: das es el valle de Comayagua. La inmensa planicie hundida en; el corazón de la República, es además de una zona fértil y rica, una zona muy afectada por el Paludismo; las tierras bajas circundadas por dos ríos de caudal considerable: el Humuya y el Celguapa, y por infinidad de riachuelos afluentes y subafluentes de los primeros, constituyen criaderos muy propicios; para los zancudos trasmisores.

sores del agente patógeno de las famosas fiebres palúdicas. Y es aquí donde he observado los casos más graves de esas formas perniciosas CEREBRO-ESPINALES, que golpeando, permítaseme la expresión, los centros cerebro-medulares acaban, en pocas horas con infinidad de vidas. Le toca al Médico lamentarse de la brevedad con que los agentes patógenos actúan, cuando todavía hacía sus preparativos para conducir de la mejor manera su marcha terapéutica. Podemos decir con sinceridad que la violencia de la enfermedad no dejó tiempo para actuar de manera eficaz, o que en grado de parasitismo terminó con las defensas orgánicas en pocas horas, sin dar lugar a que los agentes terapéuticos pudieran actuar beneficiosamente.

Los Médicos que ejercen en los lugares más afectados por la Malaria, tienen indudablemente varias observaciones de esta clase de pacientes, que de manera rápida han perdido su existencia, por una forma de fiebre Cerebro-espinal de etiología incierta y que "probablemente ha sido una forma alarmante de infección por Plasmodium-Falciparum." El agente patógeno ha actuado de manera tan brusca, que la muerte se asemeja a una verdadera muerte I repentina.

ETIOLOGÍA Y PATOLOGÍA

Las fiebres perniciosas que afectan los centros nerviosos son debidas a la infección masiva del organismo humano por una de las tres especies de Plasmodium conocidas: el Plasmodium Falciparum. Este es el que engendra las variedades de fiebres más graves, obrando, como causa eficiente, y siendo necesario sin embargo, la contribución de otras causas que obran como coadyubantes: 1o.—El *grado de parasitismo*: es decir, que se necesita que el individuo se encuentre sometido a un grado muy marcado de infección, y que la reproducción del hematozoario se realice con gran rapidez para permitir que cada glóbulo rojo sea parasitado por una forma joven del Plasmodium. 2º—El *grado de debilidad orgánica* en que se encuentra el individuo atacado es una condición favorable para que se produzcan estas fiebres, sin ser sin embargo necesaria, ya que hemos observado formas de esta clase de individuos que gozaban, al parecer de buena salud. 3º—*Las intoxicaciones externas* pueden también favorecer la producción de estas temibles fiebres. Hemos observado casos en personas adultas y en niños, que hasta poco antes de iniciarse la fiebre gozaban de buena salud. A esta clase de pacientes se refieren las dos observaciones que a continuación menciono y en las cuales dejo de describir la marcha clínica seguida y el resultado de la exploración clínica, por ser éstas, de todos conocidas.

En la primera observación se trata de una niña de tres años de edad originaria de La Paz, que gozando de buena salud salió con su padre a un paseo por el campo, regresando a la casa pocas

horas después de haber notado el padre que la niña se encontraba un poco irritada." Momentos después la fiebre subió considerablemente, aparecieron convulsiones, un ligero trismus, con rigidez muscular generalizada; produciéndose un -estado sincopal muy manifiesto. El cuadro semejava una Meningitis o una intoxicación producida por la Estricnina. Llamado que fue el Médico de la localidad piensa con justa razón en todas las afecciones que atacan los centros cerebro-medulares, inclusive las formas perniciosas del Paludismo, pero se abstiene de inyectar quinina, hasta mi llegada que se realizó como a las dos de la mañana, justamente doce horas después que se había iniciado la enfermedad. Encontramos a la niña con fiebre elevada, encontractura generalizada, con respiración estertorosa, con taquicardia, con el sensorio perturbado y el estado comatoso manifiesto. Tomé en ese instante, antes de proceder a inyectar a la pequeña paciente, un frotis en lámina delgada para examinar después de mi regreso y seguidamente inyectamos quinina y aceite alcanforado. La niña murió dos horas después (cuatro de la madrugada) dejándonos en completa duda, con relación a la causa de aquella pirexia tan fulminante. Al día siguiente realicé la investigación microscópica y encontré hematozoario. Este hallazgo me autorizó para diagnosticar una fiebre perniciosa cerebro-espinal. Forma comatosa, la cual había terminado con la pequeña vida en unas catorce horas aproximadamente.

El otro caso que me atrevo a reseñar, y que ha conmovido dolorosamente mi espíritu por tratarse de mi pequeña hijita de ocho años de edad es típico de fiebre perniciosa cerebro-espinal producida por *Plasmodium Falciparum*. La salud de la niña era en apariencia perfecta y asistía a la escuela, con toda asiduidad y con el mayor apego a sus deberes escolares; siempre fue vivaracha y locuaz hasta la víspera de morir el 22 de Diciembre último. Al salir de la escuela manifestó que sentía los pies pesados y que una ligera cefalalgia suboccipital la molestaba, luego entró la fiebre precedida de escalofrío moderado; a las ocho de la noche le tomé la temperatura y el termómetro marco 39 grados. Me limité a combatir la fiebre por medio de agentes físicos que encontré a mano y esperé el día siguiente para instituir el tratamiento de la quinina. Al amanecer el día siguiente la temperatura se mantenía entre 38 grados encontrándose la enfermita con su sensorio perfecto. Dos horas [después cuando me preparaba para aplicarle una inyección de quinina me encontré con que la niña estaba en coma: presentaba parálisis de los músculos de la nuca, la respiración estertorosa, el pulso filiforme e imperceptible dilatación pupilar y enfriamiento de las extremidades. Apliqué inmediatamente tónicos cardíacos: aceite alcanforado y cafeína y llamé en mi auxilio a uno de mis colegas de la localidad, el Dr. Ochoa Velásquez para que me ayudara a asistirle. Convenimos con el distinguido colega en que se trataba de una fiebre perniciosa y en la urgencia del tratamiento químico, habiéndole inyectado Clorhidrato de Quinina y Aceite al-

canforado a dosis adecuadas, pero con el resultado desfavorable: porque la niña murió tres horas después.

En estos casos la gravedad se presentó tan súbitamente que las pequeñas pacientes fallecieron en coma, con el sensorio del todo perdido, como si la infección hubiera herido de manera directa los centros vitales en cuyo funcionamiento se basa la conservación de la vida.

En el Hospital General durante el tiempo que trabajé con el Dr. Humberto Díaz como Interno en su Servicio, observamos algunos casos de esta clase de pacientes en los cuales el microscopio es el único capaz de orientarnos en el diagnóstico de certeza. Lo mismo he de manifestar con relación al Hospital de esta localidad a del que he tenido muchos casos mortales que fueron catalogados como formas perniciosas de Paludismo.

SINTOMATOLOGIA

Como se puede apreciar en los dos casos reseñados brevemente la fiebre se inicia -con escalofríos, que algunas veces se limitan a ligera sensación de enfriamiento de las extremidades. Luego viene el ascenso térmico que puede alcanzar 39, 40 o 41 grados. La hiperpirexia va acompañada de taquicardia, de disnea, de cefalalgia occipital y de los demás atributos de la fiebre y en tales circunstancias aparecen los síntomas propios que demuestran que los centros cerebro-espinales están afectados y que según su predominio darán origen a una cualquiera de las formas clínicas que podemos dividir así:

- a) Formas convulsivas epileptiformes.
- b) Formas ataxoadinámicas como en la fiebre Tifoidea grave.
- c) Formas comatosas adinámicas.
- d) Formas hipotérmicas.

Cada una de estas formas clínicas presenta sus ligeras diferencias sintomáticas, que los vocablos por sí solos explican de manera suficientemente clara.

DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico de certeza lo hace únicamente el microscopio, poniendo de manifiesto el Plasmodium-Falciparum en los hematíes parasitados. Son elementos de presunción la fiebre, los antecedentes del enfermo y el lugar endémico en que viva.

El diagnóstico diferencial: En los niños tendrá que hacerse con los estados convulsivos producidos por las infecciones masivas de parásitos intestinales (Ascárides lumbricoides). La duda la resuelve únicamente el examen microscópico, el cual en estos casos es un poderoso auxiliar de la investigación clínica. En esta misma edad y en la edad adulta serán objeto de diferenciación clínica atenta, las diferentes afecciones que van acompañadas de coma: Coma Diabético, Coma Urémico, Comas Tóxico. El Tétanos y la in-

A n o t a c i o n e s M é d i c a s

En estas breves anotaciones nos proponemos solamente, presentar en forma muy resumida algunos datos clínicos y terapéuticos, entresacados de algunos excelentes artículos de nuestro canje.

Los resúmenes que siguen, fueron tomados de un artículo encontrado en la "Revista de la Sociedad Médica-Quirúrgica del Zulia," Venezuela.

"ORIENTACIONES GENERALES PARA EL DIAGNOSTICO DE LOS PROCESOS FEBRILES EN PRIMERA INFANCIA."

(Trabajo presentado en la Sociedad Médico-Quirúrgica del Zulia por el Dr. Osear Mayz Valenilla.)

PRIMERA PARTE

1°—*La temperatura normal del niño.*—Según una estadística de Myers en el New York Infant Asylum, la temperatura *normal* del niño hasta los 18 meses, oscila entre los 36.5 y los 37.4 (cent.)

2°—*La monoterminia del lactante sano.*—Es una de sus características; pero pueden presentarse temperaturas, fugaces de 38.2 (cent.), sin que ninguna enfermedad pueda ser probada.

3°—*Variaciones de la temperatura.*—Pasado el primer año de edad, esa monoterminia se vuelve inestable, debido a la variación del régimen alimenticio y al hecho de estar expuesto el niño cada vez más a las influencias externas como el calor, la luz, etc.

SEGUNDA PARTE *Estudio de las*

causas de procesos febriles

1*3—*Edad del niño.*—Lo característico de las primeras edades es que: "el niño tiende a las reacciones generales y el adulto más bien a las reacciones parciales."

La época post-inatal es la edad en donde se manifiestan las fiebres que siguen a traumatismos obstétricos, y en que se produce la clásica "fiebre de sed del recién nacido."

2P—*Tiempo de evolución del proceso febril.*—Si el médico es llamado cuando la fiebre comienza, puede pensar que se trata de una gripe o de un cuadro diséptico; *si* ya pasan diez o más días hay que pensar en- una tifoidea o una tuberculosis.

Causas determinantes

Las causas **infecciosas** ocupan el primer puesto. Las causas alimenticias siguen en importancia.

<i>DIFERENCIAS</i>		
<i>Origen</i>	<i>Infecciosa</i>	<i>Alimenticia</i>
Fiebre	Alta en relación con los síntomas generales.	Ligera
Manifestaciones gástricas.	Siempre existen, a veces son muy intensas	Poco marcadas.
Reacción al ayuno	No desaparece la fiebre	Desaparece la fiebre.
Mejoría espontánea	Es posible	Sólo es posible en las formas leves

Otras causas de Fiebre

a) *Alteraciones del sistema nervioso central*.—Malformaciones congénitas del cerebro; hemorragia meníngea de origen obstétrico (de origen sifilítico o por avitaminosis K).

b) *Fiebre por variaciones meteorológicas*.—"El niño es un homeotermo mal desarrollado", y en consecuencia, muy **sensible** a las variaciones bruscas del ambiente: golpe del calor, golpe de sol, golpe eléctrico; mayor sequedad de la atmósfera.

c) *Fiebres criptogénicas*.

TERCERA PARTE

Recordatorio clínico de las entidades nosológicas de origen Infeccioso, que con mayor frecuencia, se encuentran en la génesis de los procesos febriles de la primera infancia.

Gripe.—Es la causa más frecuente de los procesos infecciosos que determinan fiebre en la primera infancia. Según Carraham "La

gripe es frecuente en los niños de pecho (aún el recién nacido puede adquirirla): un lactante habitudamente sano, que enferma con fiebre, da siempre lugar a pensar que está afectado de gripe."

Adenoiditis.—'Cuando se presentan infecciones frecuentes de la rinofaringe; cuando hay síntomas de obstrucción nasal y coriza, es necesario pensar en la posibilidad de una adenoiditis; y tratar de ponerla en evidencia por el tacto naso-faríngeo que es la clave del diagnóstico.

Otitis.—Son extraordinariamente frecuentes en el niño las otitis media-agudas, ello se debe a la mayor abertura de la trompa de Eustaquio que es superior en esta edad a la abertura que tiene en el adulto y luego a la frecuencia de las infecciones nasofaríngeas en el -curso de gripes, fiebres eruptivas, etc. "La adenoiditis es la gran provocadora de otitis en el niño." Estas otitis son ordinariamente latentes, mudas, en el lactante; en el niño, las otitis pasan desapercibidas por manifestarse por cuadros de convulsiones, vómitos y fenómenos digestivos paranterales que muy pocas veces son referidos a su verdadera causa.

Tuberculosis.—La primera infección tuberculosa juega importancia capital en la génesis de los procesos febriles de la infancia. En presencia de un muchacho flaco, llorón, con un catarro que no se quita y con una febrícula prolongada, debe pensarse en la t. b. c. Lo cual bien puede ser debido a una gripe u otras causas.

Si la cutirreacción es positiva en el lactante, es señal inequívoca de un proceso tuberculoso en actividad. La exploración radiológica es un complemento indispensable del diagnóstico.

Infecciones de las vías minarías.—Las cistitis, pielonefritis, etc., provocadas por gérmenes diversos, especialmente el colibacilo, son causas que es necesario investigar muy cuidadosamente para formar el diagnóstico de un procedo febril en la primera infancia.

Gorter ha insistido mucho sobre una palidez acentuada que tienen los niños afectados de esta enfermedad.

Paludismo y otras enfermedades tropicales de curso febril.—Al médico que ejerce en nuestros climas no debe olvidársele nunca la posibilidad de un paludismo, una fiebre recurrente o una parasitosis intestinal; que pueden ser las causas de un proceso febril de origen obscuro.

Fiebres eruptivas.—Por ser las fiebres de esta naturaleza tan frecuentes, ellas deben ser tenidas muy en cuenta por el práctico, quien ha de recordar que los niños de pocos meses tienen una inmunidad grande -contra el sarampión y no tanto contra la varicela.

La Poliomiélitis aguda.—Por lo polimorfo de su comienzo, frente a todo niño febril es necesario investigar sistemáticamente los reflejos rotulianos, con sólo esta medida haremos ya bastante. La punción lumbar fijará definitivamente el diagnóstico.

Las Meningitis.—"El práctico las sospecha muchas veces cuando se acerca a un niño febril con convulsiones, vómitos, rigidez de la nuca y tensión fontanelar. Pero es sólo la punción lumbar la única autoridad para confirmar el diagnóstico y orientar hacia la causa etiológica de la meningitis.

La punción debe ser practicada no sólo una vez sino en serie para así orientarse correctamente.

La Fiebre Tifoidea.—De sintomatología frustrada en los niños de la primera infancia. Debe buscarse por medio del laboratorio en caso de fiebre continua sin causa aparente. No hay que olvidar que en esta edad se acompaña ordinariamente de fenómenos meníngeos y de un "estado tífico menos pronunciado que en el adulto."

Infecciones diversas.—Septicemias, a neumococo; la difteria, que puede presentarse enmascarada; las infecciones de la piel y las mucosas, rinofaringitis; las localizaciones viscerales de procesos sépticos generales.

Fiebres intestinales.—Se presentan en casos de empacho gástrico febril, en las enterocolitis muco-piodisenteriformes, etc.

Fiebre de la dentición.—Los dientes pueden producir fiebre pero en condiciones clínicas bien definidas: son especialmente el caso de las pericoronaritis —infección que se observa especialmente en los premolares en el momento de su salida; y que consisten en un pequeño absceso que se forma en el vértice del diente y la mucosa adelgazada en el saco folicular que envuelve el diente de leche antes de su salida. La infección tiene la particularidad de evolucionar en cavidad cerrada, y sólo es dable observar la mucosa levantada en cúpula, opalescente y la encía hinchada. Según Marfan, "la salida dentaria puede agravar un estado mórbido preexistente."

Extractado por el Dr.

Carlos M. GALVEZ.