

Contribución clínica al estudio de la psitacosis

I. - (Brote epidémico generado por un virus particular)

Por NICETO S. LOIZAGA y SALOMON AVERBACH

En el mes de octubre de 1942 se inicia el brote epidémico de una enfermedad cuyas características clínicas vamos a exponer, y cuyo estudio epidémico y bacteriológico ocupará las comunicaciones que siguen a ésta, y que han sido realizadas por los doctores Averbach y Vilches; y Chialvo y Parodi, respectivamente.

Esta labor que comienza con la hospitalización en nuestro Servicio de la enferma Angela D. de L., el día 3 de noviembre de 1942, ha sido realizada conjuntamente, en sus diferentes aspectos, por la Sección Virus del Instituto Bacteriológico «Dr. Carlos G. Malbrán», y nuestro Servicio del Hospital «Francisco Javier Muñoz».

Angela D. de L., italiana, de 50 años, casada, con trastornos menopáusicos y de hipertensión arterial, enferma en su casa de la calle Directorio, donde se han producido otros casos, y en la misma manzana donde el brote sumó nueve enfermos en rededor de una pajarería.

Inicia su enfermedad entre el 18 y 19 de octubre de 1942, con decadencia y quebrantamiento corporales, principalmente con dolores en los brazos y en las piernas, que aparecían después de medio día y que a veces se acompañaban con sensación de frío y la obligaban a guardar cama.

Estas alternativas se repiten diariamente hasta los días 22 y 23 en que se les añade entre las 14 y las 15 una febrícula de 37.1° a 37.2° axilar. El 24 sus síntomas se agravan. Por la mañana de todos estos días la enferma se siente bien.

El día 25, a partir de las diez, se exageran sus dolencias; tiene a las 16 calofríos y media hora más tarde 38 grados de temperatura axilar.

Despierta el 26 con fuertes dolores de cabeza, de huesos y tos seca; por la tarde tiene chuchos de frío y la fiebre monta a 39.5°.

Desde este momento empieza a tener insomnio. Se llama al médico.

El día 27, sigue postrada con dolores en el cuerpo e inapetente; por la tarde se repite el chucho, siente fatiga que se exagera paroxísticamente y mejora después, sin causa visible. El médico diagnóstica «un foco de congestión en el pulmón izquierdo».

El 28 se agrega al cuadro clínico una expectoración de pocas flemas blancas que le cuesta esgarrar. La familia la ve muy excitada y gravemente enferma.

Como el 29 sigue igual, el 30 se hace una junta médica, en la que se acuerda efectuar una investigación de virus por inoculación, en animales, de los esputos y del líquido de lavado nasal.

Sigue mal en los días que preceden al de su internación, con fiebre alta cuyo máximo de 39° a 39.5° se produce de las 12 a las 13, mientras que el resto del día la temperatura oscila entre 38° y 38.4° .

El 3 de noviembre por indicación del médico de cabecera, que cree necesario el aislamiento, se la interna en la Sala VI^a.

Al día siguiente, 10^o día de la enfermedad, el examen se condensa en el siguiente diagnóstico semiológico: rémora circulatoria periférica, deshidratación leve, distonía neurovegetativa con predominio vaso-constrictor, oligocromía, erupción de una máculo-pápula-vesícula en la piel del abdomen, hipotonía muscular, taquipnea, distensión pulmonar, condensación pulmonar incompleta media posterior derecha, pleuritis plástica en la zona axilar de la base derecha, condensación pulmonar incompleta ántero-posterior e inferior izquierda, pleuritis plástica posterior de la base izquierda, astenia cordis, taquicardia con bradicardia relativa, ritmo cardíaco de tres tiempos, meteorismo abdominal, saburra lingual, inyección vascular en los pilares del ístmo de las fauces y velo palatino, inyección vascular conjuntival, expectoración escasa muco-purulento-hemoptoica, oligocitemia roja, linfopenia leve y desviación de la fórmula leucocitaria granulocítica hacia las formas jóvenes.

La cifra de los leucocitos es de 5.800 por mm³.

Al 11^o día de enfermedad se palpa el bazo; la punta de la lengua, descamada, muestra algunas papilas tumefactas.

Al 12^o día, a pesar de que la fiebre se mantiene alta, la enferma dice que se encuentra bien. El examen somático revela una atenuación de los signos pulmonares, la expectoración está formada por pocos esputos mucosos transparentes, algunos verdosos, que incluyen grumos muco-purulentos.

A los 13 días de enfermedad, un nuevo examen clínico nos permite un diagnóstico semiológico del que tomamos sólo las variaciones con relación al anterior: rémora circulatoria de los labios y

de la lengua, congestiones diseminadas en ambos pulmones, hepatomegalia, esplenomegalia, glositis exfoliativa de la punta, congestión bilateral de los pilares faríngeos, erupción microvesicular del velo palatino.

Ese día, la temperatura que en el anterior era de 39.2° cae a 37.4° por la mañana y 36.8° por la tarde, en forma crítica. La enferma se siente bien.

A partir de esta fecha los signos empiezan a declinar poco a poco. La resorción de las alteraciones pulmonares no es aún completa a los 18 días y la expectoración formada por gruesos grumos gelatinosos transparentes, está teñida en verde claro.

A los 30 días se le da el alta con persistencia de la erupción microvesiculosa del velo palatino, del enrojecimiento de los pilares y del infarto esplénico.

A los 47 días la enferma no ha recuperado cabalmente sus fuerzas aunque ya han desaparecido todos los signos.

Los índices de la velocidad de las eritrosedimentaciones fueron:

	F e c h a		
	4/XI	7/XI	19/XI
Días de enfermedad	10	13	25
I. V. E. S.	$\frac{78}{117} : 68,25$	$\frac{107}{120} : 83,5$	$\frac{52}{84} : 47$

Los exámenes de sangre han ofrecido los siguientes datos:

	F e c h a		
	3/XI-9º día	7/XI-13º día	27/XI-33º día
Rojos	3.800.000	3.700.000	4.000.000
Blancos	5.800	6.800	5.800
Hemoglobina	—	70	—
Valor globular	—	0,94	—
Granulocitos	1	9	2,5
Metamielocitos ..	16		
Núcleos en bastón	54,5		
neutrófilos	4.147	60	52,5
Núcleos segmentados		4.692	3.196
Eosinófilos	—	0,5 34	2 116
Linfocitos	21 1.218	26 1.768	38 2.204
Monocitos	7,5 445	4,5 306	5 290

Contrariamente a lo observado en la mayoría de los enfermos de psitacosis, en éste no hay urobilinógeno en las orinas, y las reacciones de Van Den Berg directas e indirectas son negativas.

Las características clínicas del proceso nos llevan al diagnóstico de psitacosis, diagnóstico que se confirma bacteriológicamente.

Este caso, uno de los del brote epidémico mencionado, tiene con todos ellos un aspecto sintomatológico común, que es, a su vez, común a todas las psitacosis, y algunas variantes particulares que lo singularizan.

El diagnóstico de la enfermedad ordinaria se funda: 1º) en la relación con aves y sobre todo con el *Melopsittacus undulatus* (Shaw); 2º) en el tipo de invasión lento, con pausas y progresivo; 3º) en el cuadro clínico típico con cefaleas, insomnio y excitación, cianosis intensa a menudo asociada a la subictericia, urobilinemia y urobilinogenúrea, erupción máculo-papulosa, disnea con taquipnea (a veces paroxística), procesos pulmonares y pleuro pulmonares tempranos, taquicardia con bradicardia relativa, congestión hepática, esplenomegalia muy duradera, glositis exfoliativa y faringitis catarral típica, expectoración *sui generis*, desviación de la fórmula leucocitaria hacia las formas jóvenes, sin aumento leucocitario, aceleración del índice de velocidad de la eritrosedimentación, descenso en lisis de la fiebre; y 4º) en la convalecencia extraordinariamente lenta.

Nuestra experiencia clínica de la psitacosis, ornitosis endémica en el país, nos induce a sospechar la existencia de virus diferentes que motivan cuadros clínicos algo distintos dentro del general antes diseñado.

Las particularidades del caso que nos ocupa son: 1º) un largo período de invasión (6 a 7 días); 2º) una terminación en crisis del proceso; y 3º) la falta de urobilinógeno y las reacciones de Van den Berg, directa e indirecta, negativas.

Nuestras suposiciones que también abonan otras observaciones clínicas, se confirman con el singular comportamiento del virus en las experiencias (Chialvo-Parodi); y por último, desgraciadamente, por el desarrollo de dos infecciones de fuente experimental, que este virus, partiendo de la vía respiratoria del ratón blanco, causa en dos bacteriólogos, en los cuales el proceso se inicia por una invasión prolongada y termina por crisis en el sobreviviente.