

NOTAS CLINICAS

REUMATISMO INFECCIOSO POR ESTREPETOBACILO MONILIFORME

A. LOSADA, E. MEDINA y E. PRADO.

Cátedra E de Medicina de la Universidad de Chile
y Servicio de Medicina del Hospital del Salvador
del Profesor HERNÁN ALESSANDRI.

Departamento de Reumatología. Jefe: Doctor MANUEL
LOSADA L.

La historia de nuestro paciente, de cincuenta y tres años, se inicia un año antes de su hospitalización en el Servicio con un proceso caracterizado por dolor y flujo de ambas rodillas con sensación de rigidez, síntomas que dificultan su deambulación. Al mes siguiente se comprometen las articulaciones radiocarpianas, interfalangicas proximales del índice derecho y dedo izquierdo, hay dolores intensos en las regiones hipotensas y debilidad extrema para la prehensión de los objetos. Por la misma fecha, nota la aparición de una tumefacción en la región escapular derecha, de crecimiento paulatino, y que se reblandece. Se hospitaliza en la Universidad Católica y le extraen 500 c. c. de líquido purulento y olor fétido; se le trata con dihidroestreptomicina (18 gr.) e hidrazida del ácido nicotínico (117 tabletas de 50 mg.). Sale con una fistula que drena líquido purulento y que demora un año en cerrar.

A los seis meses de iniciarse esta tumefacción aparecen otras dos: una, supraclavicular, y otra, cervical izquierda; la primera, es intervenida y cicatriza bien en cuatro meses; la segunda, se abre espontáneamente y regresa en treinta días.

En el año de enfermedad baja 30 kilos de peso.

Ingresó al Servicio por un proceso doloroso y fluxionario que compromete las articulaciones radiocarpianas, interfalangicas proximales y rodillas y con el antecedente de presentar desde la misma época abscesos múltiples (uno de ellos en relación con un proceso de osteitis).

El diagnóstico, muy incierto en los primeros días de esta hospitalización, se aclara por presentar en la región cervical posterior y paravertebral derecha un nuevo absceso que aumenta de tamaño, coincidiendo con una acentuación de sus dolores en ambas rodillas (sin aumentar la flujo) y alzas térmicas que llegan hasta 40°. Practicada la punción, el Gram revela: glóbulos de pus abundantes y estreptobacilos Gram negativos en regular cantidad. El cultivo indica estreptobacilo moniliforme, sensible a la penicilina y estreptomicina, y menos sensible a la terramicina.

Es trasladado a Cirugía, donde se vacia el absceso, dando salida a 500 c. c. de pus abundante y fétido.

Otros exámenes complementarios. — Hemogramas: Leucocitosis de 11.000, 15.000 y 10.400 con 14,6 y 2 por 100 de baciliformes.

V. S. H.: 85,74 mms.

Estudio radiográfico. — Tórax: Opacidad pleuropulmonar y pleuroapical izquierda. Derrame pleural izquierdo escaso. Reacción perióstica de las tres primeras costillas derechas, especialmente marcada en la tercera con neoformación ósea. La reacción perióstica es evidente en el arco posterior. Osteitis. ¿Micosis? ¿Tuberculosis?

Radiografía de rodillas. — Espacios articulares estrechados en ambos lados. Superficies articulares regulares. Producciones osteofíticas marginales de los cóndilos y platillos en ambas rodillas. Signos destructivos en las

partes externas de ambos cóndilos. Conclusión: Artrosis. Artritis.

Radiografía de manos: Descalcificación. Aumento de las partes blandas en relación con la articulación interfalángica proximal del dedo medio izquierdo.

Radiografía de columna: Rigididad de la columna cervical y osteofitos anteriores de C4, C5, C6, C7 y D1. Osteofitos anterosuperiores de L3 y más pequeños de L1 y laterales de L2 y L3. Defectos de soldadura de S1. Borramiento parcial de las líneas articulares sacroiliajas izquierdas. Conclusión: Espondilosis.

Examen urológico: Adenoma prostático pequeño.

Uricemia: 0,043 gr. por 1.000.

Tratamiento. — De acuerdo con el Departamento de Bacteriología, a pesar de no conocerse la sensibilidad exacta del germe, se inició el tratamiento con penicilina cristalizada, 1.000.000 de unidades cada cuatro horas, y 1 gr. de terramicina cada 24 horas y luego sólo con penicilina, completándose 42 días de tratamiento con penicilina, con un total de 145 millones de unidades.

Sale de alta en buenas condiciones.

En suma, presentamos un caso de sepsis estreptobacilar, cuyo episodio inicial pasa inadvertido, y que ingresa en una etapa crónica manifestada por síntomas y signos articulares y abscesos subcutáneos de repetición, uno de los cuales lleva hasta la osteitis costal. Además, es necesario aceptar una artrosis de columna y rodilla con traducción radiológica y sobre la cual se han instalado fenómenos inflamatorios propios de la enfermedad de Haverhill.

* * *

Hemos considerado de interés presentar esta observación por ser una afección extraordinariamente rara. Bastará recordar que hay 18 casos comunicados en la literatura nacional, a partir de 1945, fecha de la observación inicial y aislamiento del estreptobacilo por los doctores GARCÉS y PARDO. En la literatura extranjera, los casos clínicos esporádicos descritos son muy escasos: sólo 4 entre 1945 y 1950. Hubo en 1926, en cambio, una epidemia de Haverhill, en Estados Unidos, que afectó a 86 personas.

Por estas razones nos extenderemos en los principales aspectos de la enfermedad.

Simónimias. — Rat-bite fever, Rattenbisskrankheit, Eritema agudo multiforme, Fiebre o Enfermedad de Haverhill, Haverhilliosis, Eritema artrítico epidémico, Septicemia a estreptobacilo moniliforme e Infección estreptobacilar.

Bacteriología. — El estreptobacilo moniliforme es un Gram negativo, de gran pleomorfismo, que ofrece grandes dificultades de clasificación: si es bacilo u hongo. Requiere para su cultivo medios mejorados con proteínas entre 20-

50 por 100 (sangre, suero, plasma, ascitis, hidrocele, líquido pleural, etc.) y por eso muchas veces no se encuentra en un examen corriente de pus: debe buscársele intencionadamente.

Epidemiología.—Es un germe saprofita del tracto superior de las ratas, donde se le encuentra en porcentajes del 58 al 88 por 100; ocasionalmente se ha observado en abscesos cervicales de los cuyos y en bronconeumonía de ratas blancas. En el hombre, sólo en casos clínicos; no se han descrito portadores de ningún tipo, y así, toda infección humana proviene de murinos, sea a través de mordedura o contaminación alimenticia. En nuestro paciente existe el antecedente que en su casa existía gran número de ratones. No siempre la mordedura determina sepsis a estreptobacilo moniliforme; la experiencia de RICHTER, en Baltimore, demuestra que de 93 mordidos por rata, sólo 7 presentaron fiebre, sin especificar si era por espirilo minus o estreptobacilo moniliforme. WHEELER, en Michigan, encuentra 5 casos sobre 25 (20 por 100) mordidos: uno de ellos era por estreptobacilo moniliforme.

El gato también puede transmitir la infección.

El germe tiene extraordinaria virulencia, como se comprueba experimentalmente, presentando tropismo especial por las articulaciones, localizándose de preferencia en las sinoviales. En el hombre la enfermedad es de tipo septicémico y su diagnóstico es primordialmente por hemocultivos. No se ha demostrado toxicidad. Las manifestaciones articulares son de tipo alérgico con exudado no purulento, ni siquiera puriforme, sino serofibrinoso. La mayoría de los tipos de exantema parecen corresponder a procesos de hipersensibilidad cutánea más bien que a manifestaciones piógenas o tóxicas.

Cuadro clínico.—Se trata de una enfermedad febril, septicémica, que se acompaña de angina, artritis y a menudo de un eritema polimorfo: maculoso, máculopapuloso, morbiliforme, purúrico o petequial.

Se describen formas esporádicas, por mordedura preferentemente, o por ingestión y formas epidémicas, preferentemente de origen alimenticio.

Período de incubación: 3 a 22 días.

Cuadro inicial: Violento con escalofríos, fiebre de 40°, taquicardia, malestar general, vómitos o estado nauseoso, cefalea y raquialgia que se mantiene por dos a cinco días, desaparece por dos a tres días y se inicia el período de estadio con signos generales de infección, manifestaciones articulares, cutáneas y laringofaríngeas, insomnio, postración, delirio y fotofobia; la curva febril es de tipo séptico, pero puede ser intermitente o irregular, presentando su acmé en la noche acompañado de intensa transpiración.

El exantema, en el 93 por 100 de los casos extranjeros revisados y 35 por 100 en los nacio-

nales, es polimorfo, de preferencia en la cara de extensión de las extremidades; puede durar de uno a quince días y reaparecer con brotes febriles; en un 20 por 100 hay descamación.

Las manifestaciones articulares en el 70 por 100 de los casos son del tipo de la fluxión articular de la enfermedad reumática, comprobándose líquido serofibrinoso en las articulaciones; en otros casos no hay signos fracos de artritis, sino artralgias difusas y cambiantes. Generalmente hay indemnidad ósea, pero no son raros los casos de lesiones osteoarticulares.

Se comprueba también esplenomegalia no acentuada.

El examen hematológico registra anemia moderada y leucocitosis hasta de 30.000 con eosinofilia discreta; pero en algunas observaciones se comprueba leucopenia (23 por 100 en la ca-suística nacional).

La serología sifilitica es falsamente positiva hasta en un 40 por 100.

Evolución.—Generalmente, en forma aguda, entre dos a seis semanas; pero a veces pasa a la cronicidad, evolucionando en años con sintomatología atenuada y exacerbaciones irregulares. Esta variedad es más frecuente en los individuos de edad avanzada, como en nuestro paciente.

La mortalidad general es de 10 a 20 por 100, lo más habitual, a causa de endocarditis o miocarditis. Complicaciones frecuentes son: broncopulmonares, adenopatías generalizadas, endocarditis, miocarditis, otitis supurada, amigdalitis y pleuritis.

Anatomía patológica.—En la anatomía patológica destacan la endocarditis y signos difusos de inflamación.

Diagnóstico diferencial.—Se plantea con diversos estados infecciosos, particularmente con sarampión, eritema polimorfo, tifus exantemático, enfermedad reumática, reumatismo infeccioso de origen gonocócico; pero el primer diagnóstico diferencial hay que hacerlo con el Sodoku. Las principales diferencias están en la lesión local de esta última con chancre, edema y adenitis, como también en la rareza de complicaciones articulares. Sólo el estudio bacteriológico puede dar el diagnóstico diferencial seguro. El hemocultivo en medios apropiados es positivo para el estreptobacilo moniliforme en dos a seis días y negativo para el cuadro espirilar. La inoculación experimental es útil, en casos de espirilos, en el estudio del chancre o del ganglio. Las reacciones de aglutinación son positivas para el estreptobacilo moniliforme y negativas en el Sodoku.

Pueden ser útiles para el diagnóstico otros exámenes de laboratorio: cultivo de líquido articular, desviación del complemento y reacciones intradérmicas.

Tratamiento.—El estreptobacilo moniliforme es sensible en general a la penicilina y estreptomicina; algunas cepas son sensibles a la terramicina, aureomicina y cloromicetina. Por lo general es resistente a las sulfas. Las potencaciones son útiles en muchos casos.

EXPERIENCIA CHILENA.

Abarca 18 casos publicados.

1. Distribución geográfica.

Santiago	13 casos.
Talca	2 "
San Bernardo	1 caso.
Concepción	1 "
Curacavi	1 "

2. Edad de los pacientes.

Menores dos años....	4 casos.
Adultos	14 " (hasta 63 años).

3. Origen de la enfermedad.

Mordedura de rata	8 casos.
Mordedura de gato	1 caso.
Origen alimenticio	9 casos.

4. Evolución previa al diagnóstico.

1 a 2 meses	7 casos.
3 a 4 "	3 "
5 a 12 "	2 "
1 a 2 años	2 "
10 años	1 "
No precisada	3 "

5. Sintomatología presente.

Fiebre: 18 casos (100 por 100). Continua, en los agudos; intermitente, en subagudos y crónicos. Acmé nocturno.

Artropatías: 12 casos (67 por 100). Artralgias localizadas o difusas, fluxiones mono o poliarticulares, de articulaciones grandes y pequeñas. Un caso de artritis supurada.

Exantemas: 12 casos (67 por 100). De preferencia eritematoso o eritematoso papuloso, generalizado localizado, habitualmente fugaz y recidivante ocasionalmente.

Espplenomegalia: 3 casos.

6. Complicaciones observadas.

Endocarditis	2
Abscesos	2
Amigdalitis	2
Neumonía	1
Pleuritis	1
Otitis media	1
Diarreas	1

7. Laboratorio.

Hemograma:

Anemia moderada (3 a 3.800.000).	9 casos.
Leucocitosis (8.600 a 17.000)	14 "
Leucopenia (bajo 5.300)	4 "

Sedimentación: 60 a 125 mms. (1 caso: 21 mms.).

Serología positiva (falsa)

2 casos.

Aislamiento de estreptobacilo:

Hemicultivo	10 casos.
Hemicultivo y cultivo del pus	5 "
Hemicultivo y faringe	1 caso.
Cultivo de pus	1 "
Negativo	1 "

8. Tratamiento.

Penicilina: 12 casos (asociado o no a sulfas).

Penicilina más estreptomicina: 1 caso.

Resultados:

Curación...	7 casos.
Remisión...	2 "
Fracaso....	3 " (de evolución crónica).

9. Evolución.

Mortalidad conocida. 4 pacientes (2 por endocarditis). Recidivas conocidas. 5 "

RESUMEN.

Los autores presentan un caso clínico de reumatismo infeccioso por estreptobacilo moniliforme de evolución crónica, que responde favorablemente a la terapia a base de penicilina y terramicina y abertura de abscesos.

Analizan las características más frecuentes de la enfermedad de Haverhill y hacen referencia a la casuística nacional acerca de este tema.

BIBLIOGRAFIA

- CARLOS GARCÉS y E. PRADO GERMAIN.—Rev. Chil. Pediat., 3, 191, 1954.
 E. S. PETERSEN, N. B. McCULLOUGH, C. W. EISELE y J. M. GOLDINGER.—Journ. Am. Med. Ass., 144, 621, 1950.
 VACCARO, H. y PAREDES, L.—Rev. Med. Chile, 74, 142, 1946.
 V. J. STAINSBY.—Eritema articular epidémico. Tratado de Medicina Interna. Cecil. Editorial Interamericana, S. A. Méjico, 1947.
 COMROE'S.—Arthritis. Lea y Febiger. Philadelphia, 1949.

IMPORTANCIA DE LA EXPLORACION FÍSICA EN EL DIAGNOSTICO DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS ALOJADOS EN APARATO RESPIRATORIO

E. FERNÁNDEZ GARCÍA.

Hospital Provincial de Nuestra Señora de la Montaña.
 Cáceres.

Servicio de Medicina Interna.
 Médico Jefe: Doctor E. FERNÁNDEZ GARCÍA.

Siempre hemos sido partidarios de la exploración clínica total del enfermo, pero en el transcurso de nuestra vida profesional hemos ido viendo cómo los métodos clásicos de exploración han sido absorbidos, y a veces abandonados, por otros más rápidos a los que se les consideraba mayor valor.