

# REVISTA CLÍNICA ESPAÑOLA

Director: C. JIMENEZ DIAZ. Secretarios: J. DE PAZ y F. VIVANCO

Redacción y Administración: Antonio Maura, 13. Madrid. Teléfono 22 18 29

TOMO LXIII

31 DE DICIEMBRE DE 1956

NUMERO 6

## REVISIONES DE CONJUNTO

### LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS E INFECCIONES EN LOS VIEJOS

J. ZUBIZARRETA.

Servicio de Medicina General y Nutrición del Hospital Central de la Cruz Roja (San José y Santa Adela). Jefe: Doctor C. BLANCO SOLER.

Encargado de la Sección de Geriatria.

El estudio de las enfermedades infecciosas e infecciones en la vejez tiene un enorme interés, no solamente para el geriatra, sino muy particularmente para el médico general, para "el médico de cabecera", como se le ha venido llamando.

Es evidente que la lenta decrepitud orgánica que constituye precisamente el envejecimiento ha de repercutir en el amplio sistema defensivo del organismo, colocándolo en una situación de mayor vulnerabilidad a los agentes exógenos que constantemente nos rodean.

Por esos cambios orgánicos que la vejez implica traducidos "grosso modo" en un predominio de los elementos de sostén sobre los nobles de cualquier órgano o sistema, el ataque de un agente bacteriano hace que la enfermedad infecciosa o infección que se origine, transcurra con unos caracteres bastante diferentes de lo que sucede en un individuo joven.

Se puede afirmar que, si bien unas enfermedades infecciosas son más comunes que otras en la vejez, que si su sintomatología se aparta en mayor o menor grado de la conocida para otras edades, no existe, sin embargo, una enfermedad infecciosa exclusiva de los ancianos, una enfermedad infecciosa genuinamente geriátrica, como las hay que son privativas de la pediatría.

Respecto al curso de las enfermedades infecciosas en la vejez, puede hacerse una observación general, tal vez paradójica: las enfermedades contagiosas en la edad senil o son extremadamente graves, con cifras de mortalidad mucho mayores que las conocidas para otras edades, o son, por el contrario, leves.

Fácilmente comprenderemos el porqué: cuando se presenta una infección con la misma virulencia en organismos igualmente receptibles, los viejos están en condiciones mucho peores para resistirlas debido, fundamentalmente, a la menor capacidad funcional de su aparato circulatorio que, además, se halla lesionado con frecuencia, a su pulmón alterado, a su menor energía vital y, sobre todo, a la disminución del umbral defensivo. Por otro lado, la sensibilidad de los viejos a muchas enfermedades infecciosas está disminuida gracias al proceso de inmunidad lenta, por contactos repetidos con el agente bacteriano o virus, lo cual hace que difícilmente sean receptibles no solamente para aquellas enfermedades que proporcionan una inmunidad total y duradera, sino también para otras que no confieren esta inmunidad como no sea a cuenta de contactos reiterados constantemente a lo largo de muchos años.

En suma, pues, si bien el anciano se encuentra a cubierto de enfermedades infecciosas que fácilmente atacan a otras edades, si el número de infecciones capaces de ser adquiridas por él es evidentemente menor, en cambio aquellas otras que es capaz de sufrir por no poseer elementos inmunitarios que lo protejan, adquieren una gravedad inusitada que hace que, aunque la morbilidad no difiera mucho de la observada en los jóvenes, la mortalidad, en cambio, se vea enormemente incrementada.

Muchas enfermedades infecciosas constituyen el final natural de una edad avanzada. Es evidente que la muerte natural es biológicamente admisible, que la muerte natural es el fin obligado del envejecimiento. Sin embargo, esta muerte natural estrictamente considerada se da en bien pocas ocasiones. Esta es la cuestión de las relaciones entre vejez, enfermedad y muerte, a la que LIPSCHUTZ da contestación diciendo que la muerte en la vejez no tiene lugar por debilidad senil, sino *con* debilidad senil, y dicho con otras palabras, que no se muere de viejo como oímos constantemente, sino viejo, lo cual es completamente distinto. Y precisamente si se muere viejo, en muchas ocasiones es responsable de ello justamente una enfermedad infecciosa, la cual terminará con una larga vida, directamente o a través de un fallo de aquellos órganos esencialmente vita-

les, como el corazón o los riñones, pero a cuenta de una infección o enfermedad infecciosa que haya actuado como factor desencadenante y haya comprometido la menguada facultad de reserva y adaptación de los mencionados órganos.

Considerando la reacción de un sujeto en edad geriátrica ante una agresión infecciosa desde un punto de vista general, lo fundamental y lo que matiza el distinto comportamiento respecto a un joven, es la evidente disminución de esta reactividad general. La rica sintomatología de cualquier enfermedad infecciosa padecida por un joven aparece encubierta, difuminada al tratarse de un individuo de edad avanzada. Frecuentemente, aquellas infecciones que habitualmente cursan con grandes hiperpirexias, aquí apenas si muestran una temperatura subfebril. La temperatura se comporta caprichosamente en las enfermedades de los viejos. Una neumonía puede darnos temperaturas que poco difieren de las habituales en sujetos sanos; en cambio, pongo por caso, ese mismo sujeto que padeció una neumonía subfebril contrae una infección biliar o de vías urinarias con una fuerte hiperpirexia.

Y ya que hablamos de temperatura, oportuno será reseñar que si bien la temperatura axilar apenas difiere de las cifras obtenidas en otras edades, cuando existe fiebre es preferible acudir a la vía bucal o rectal, con lo cual se subsanarán muchos errores debidos a las peculiares condiciones anatómicas de la axila y, sobre todo, a la disminución de la conductibilidad cutánea para el calor.

Si se trata de una enfermedad capaz de exhibir un florido y abundante exantema, éste será tenue, abortivo y atípico. Además, su aparición será frecuentemente tardía.

Y lo mismo que el exantema y la fiebre, cualquier síntoma subjetivo y objetivo capaz de ser recogido o considerado como dato negativo, pocas veces tendrá el valor categórico que adquiere en sujetos jóvenes. Además, por lo que respecta a los datos subjetivos, al recogerlos tropezamos con la falta de memoria de los ancianos y la perversión de la misma. Por otro lado, la frecuencia de situaciones delirantes o cuadros demenciales muchas veces nos imposibilita de obtener dato alguno. Todo aquel que aprecie una debida amnesia para construir su diagnóstico se dará cuenta de lo decisivo de estos hechos.

Así el dolor que partiendo de una serosa inflamada, se dirige a la consciencia, llega a ésta levemente y apenas si es acusada una pleuritis o pericarditis, las cuales pueden cursar sin dolor alguno, lo mismo que una grave perforación de un órgano intraabdominal. Y aquí pasa lo mismo que lo que veíamos para la fiebre; la hiposensibilidad de los viejos es caprichosa, como la vejez misma, y frecuentemente se pueden poner de manifiesto grandes dolores, particularmente en enfermedades de los músculos, vasos y articulaciones.

Todo lo dicho nos lleva a afirmar que el diagnóstico es frecuentemente muy difícil y que solamente conociendo esta peculiar y arbitraria forma de reacción de los ancianos ante una infección, nos será posible encauzar el diagnóstico, valiéndonos de los métodos auxiliares de que dispongamos y, muy particularmente, del estudio morfológico de la sangre.

Normalmente, el número total de leucocitos difiere bien poco de las cifras encontradas para sujetos más jóvenes. Patológicamente, en presencia de una infección que habitualmente curse con leucocitos, aquí, en los ancianos, estará igualmente incrementado el número de células blancas, si bien menos in-

tensamente. Con menor frecuencia en algún caso, pese a la severidad de la infección, nos encontraremos en presencia de un número de leucocitos absolutamente normal, o inclusive con una leucopenia.

Lo más interesante para nosotros en este estudio del hemograma es el comportamiento del llamado índice de Schilling, el cual nos orientará mejor que nada acerca de la severidad de la infección, su pronóstico, su evolución y de la presencia de alguna complicación.

Respecto a la proporción entre polinucleares segmentados y las formas más jóvenes, metamielocitos y elementos en bastón, se ha querido fijar unas reglas que nos serán muy útiles, teniendo, sin embargo, presente el error que siempre trae consigo la matematización en Medicina. Así, si la proporción de no segmentados no rebasa del 10 al 16 por 100, hablaremos de infección benigna. Si su número está comprendido entre el 17 y el 30 por 100, se tratará de un proceso más serio. Del 30 al 40 por 100, podremos sentar ya un grave pronóstico, y del 40 por 100 en adelante, deberemos suponer que se trata de una infección muy grave y difícilmente reversible.

Igualmente tiene interés el estudio de los leucocitos portadores de las llamadas granulaciones tóxicas incluidas en su protoplasma. Para THEWLIS el estudio del llamado índice degenerativo tiene una enorme importancia. En él estudiamos el porcentaje de leucocitos con granulaciones tóxicas, y puede afirmarse que el pronóstico se ensombrece a medida que aumenta este porcentaje.

Cuando disminuye la leucocitosis y se pone de relieve la desviación a la izquierda, podremos suponer que nos encontramos ante una severa toxemia que pone en peligro la vida del paciente.

Según RESNIKOFF, en el 80 por 100 de todos sus pacientes de edad fallecidos a consecuencia de una neumonía el número de neutrófilos jóvenes superaba la cifra del 30 por 100.

Al tener lugar la mejoría del enfermo, esta mejoría se expresará en el hemograma por una disminución de la desviación a la izquierda del esquema de Schilling, así como un aumento de monocitos y, al iniciarse la convalecencia, se elevará la cifra de linfocitos y de elementos celulares eosinófilos.

Respecto a la profilaxis, nuestra mejor arma la constituye una vigilancia extremada, evitando la exposición al contagio y, sobre todo, una adecuada orientación higiénica. Esta tiene una incalculable importancia. Deberemos administrar una suficiente cantidad de proteínas, hidrocarbonados y elementos minerales. La formación de anticuerpos, tan interesantes en la lucha contra la infección, depende en gran medida de la ingesta de proteínas. No cabe duda de que las enfermedades infecciosas en la vejez se ven favorecidas por prolongadas hipoproteinemias, dependientes de una incorrecta orientación de la dieta y también como consecuencia de una proteinuria común en las enfermedades crónicas.

El tratamiento general de cualquier enfermedad infecciosa o infección deberá ceñirse a los siguientes postulados brevemente expuestos:

- 1) Se extremarán los cuidados higiénico-dietéticos. En caso necesario se complementará la administración proteica mediante transfusiones de sangre o plasma. Para ello será conveniente vigilar la tasa de proteínas en sangre. La dieta será hipercalórica y en algún caso deberemos recurrir a la alimentación mediante sonda.

- 2) Se procurará un abundante aporte vitamínico, particularmente en lo que se refiere a la vita-



mina C, que deberá administrarse a dosis no inferiores a los 250 mgr. diariamente, y a todas aquellas del grupo B, habida cuenta, además, la necesidad de este complejo vitamínico cuando se administran antibióticos que ejercen acción sobre la flora intestinal.

3) Los antibióticos se administrarán en asociación, escogiendo, naturalmente, en cada caso, el de mayor especificidad. Se preferirán aquellos de amplio espectro y las dosis serán las usuales.

4) Las sulfamidas no se emplearán nunca, excepción hecha de la gantrisona, con ciertas reservas, sin embargo.

5) Se cuidará de la administración abundante de líquidos y elementos minerales.

6) Complementariamente, se concederá una enorme importancia a la terapéutica dirigida hacia el aparato cardiovascular. En numerosas ocasiones habrá que recurrir al uso de la digital. Estos extremos tampoco se descuidarán durante la convalecencia, a menudo rica en sorpresas y siempre muy prolongada.

#### NEUMONÍA.

El concepto que de neumonía teníamos hace quince años ha variado muy sensiblemente hoy en día. No sólo se ha modificado su clínica, evolución, pronóstico y tratamiento con el advenimiento de quimioterápicos y antibióticos, sino que la división escueta que entonces se hacía de neumonía grupal o lobar (bronconeumonía y congestión pulmonar como quería la escuela francesa), se ha visto enriquecida en gran cantidad de grupos y subgrupos ante el nuevo concepto etiológico de la neumonía. Así hablamos de neumonía lobar neumocócica, de neumonías bacterianas no neumocócicas, que comprenden un amplísimo grupo; de neumonías alérgicas, rickettsiósicas, víricas, parasitarias, etc., que plantean un difícil problema de clasificación.

De los 45 tipos de neumococos que pueden ser responsables de una neumonía, los tipos I y II se presentan con mayor frecuencia en la neumonía típica; el tipo III predomina en las neumonías graves, y los del grupo IV suelen producir neumonías atípicas leves.

En los viejos, difícilmente encontramos neumonías debidas exclusivamente a un germen. Generalmente se trata de asociaciones mixtas. Es de señalar también que, hoy en día, son mucho más frecuentes las neumonías producidas por otros gérmenes, en particular por virus filtrables, y también muchas otras de origen completamente desconocido.

Respecto a los factores predisponentes para padecer una neumonía, es evidente que, precisamente la vejez, con el descenso del umbral de las defensas orgánicas que le es característico, constituye por sí sola un estimable factor predisponente. Por ello es una enfermedad que se da con mucha mayor frecuencia en los que han sobrepasado la cincuentena. Existe, sin embargo, lo mismo que en el joven o adulto, una evidente predisposición individual. Generalmente responden al hábito exudativolinfático, como quieren algunos, o al llamado hábito irritativo, por otros.

La traqueobronquitis, tan común en los viejos fumadores, con sus erosiones de la mucosa bronquial, que, por lo demás, suele estar tumefacta, actúa frecuentemente como exaltador de la virulencia de los gérmenes albergados en las vías respiratorias altas.

Se trata, pues, de un factor desencadenante bastante frecuente.

Las neumonías por aspiración y debidas a atelectasias pulmonares, son comunes también en los ancianos.

Las infecciones locales y sobrepasadas enfermedades infecciosas, particularmente las llamadas anergizantes, como la gripe, las deficiencias nutritivas por alteración o perversión de la dieta, son igualmente terreno abonado para la invasión del neumococo.

Merece la pena ser señalada la posibilidad de la existencia de una neumonía asociada al cáncer broncopulmonar o que tenga como factor etiológico el bacilo tuberculoso.

Evidentemente, unas neumonías son más graves que otras, y lo son no solamente por la mayor impregnación tóxica en unos casos que en otros, sino por su distinta localización y extensión, independientemente de la etiología, al comprometerse en mayor o menor grado la dinámica circulatoria. Porque, esto sí que sigue siendo cierto, y para todas las edades, si bien con mayor fundamento en los viejos: en la neumonía el daño está en el pulmón y el peligro en el corazón.

En la actualidad la neumonía constituye aún uno de los accidentes que con mayor frecuencia termina con una edad avanzada. Muchos ancianos fallecidos sin causa conocida revelan en la necropsia la existencia de un bloqueo neumónico o una hepatización gris. Y es que estas neumonías suelen tener un curso asténico, con una sintomatología que difícilmente nos recuerda lo que acostumbramos ver en otras edades más tempranas.

Naturalmente, casos hay en que las cosas transcurren como es habitual en los individuos jóvenes. El enfermo estará postrado en cama, con fiebre elevada; nos relatará el comienzo con el típico escalofrío; se quejará de dolor de costado y nos mostrará el conocido esputo herrumbroso. Esto, sin embargo, y por desgracia, es lo menos frecuente.

Lo primero que nos llama la atención en un anciano afecto de neumonía es el pésimo estado general que, desde el primer momento, nos habla de una seria afección que está comprometiendo la vida del paciente.

Aunque no se puede fijar una pauta, lo único que puede hacernos sospechar una neumonía, junto con el manifiesto decaimiento general, es la presencia de una disnea más o menos importante y muy frecuentemente cuadros de delirio. Con relativa frecuencia encontramos, si no una franca cianosis, sí, en cambio, una cierta tonalidad violácea perfectamente visible en los labios y porciones más distales de ambas extremidades, que nos denuncian el compromiso de la hematosi. La fiebre no solamente no presenta las características del adulto, sino que puede inclusive llegar a faltar. Lo más común, sin embargo, es que todo se reduzca a una discreta elevación de la temperatura. BLANCO-SOLER ha recordado el viejo refrán castellano que define una perspicacia clínica extraordinaria: "Pulmonía sin calentura, muerte segura".

Si se trataba de un anciano con trastornos psíquicos anteriores, éstos se hacen particularmente evidentes, lo cual condiciona un pésimo pronóstico. Muchas veces estas alteraciones psíquicas se traducen por un marcado negativismo con rechazo violento de los alimentos. Al comer poco, el viejo se desproteíniza, lo cual cierra evidentemente un desastroso círculo vicioso. Muy a menudo le hemos oído decir

a BLANCO SOLER que cuando un viejo deja de comer es que empieza a morirse. Esto es un verdadero axioma en Geriatria.

La facies suele ser vultuosa y la lengua seca. El pulso, generalmente poco taquicárdico, es blando y pequeño. Naturalmente, el pulso nos expresará fundamentalmente el estado de compensación circulatoria del paciente. En aquellos bloques neumónicos extensos encontraremos una manifiesta taquicardia en discordancia con la fiebre, como expresión de la sobrecarga cardíaca. En ocasiones podrá ser arritmico, lo cual nos denunciará un fallo miocárdico que fácilmente podrá abocar en un edema agudo de pulmón por insuficiencia ventricular izquierda.

La tos puede ser insignificante y de difícil valoración, habida cuenta que muy a menudo se trata de ancianos que sobrellevan durante muchos años una bronquitis crónica. Si hay expectoración, ésta puede aparecer tardíamente. Pocas veces existe el típico esputo herrumboso. En alguna ocasión, un golpe de tos particularmente intenso puede, sin embargo, ponerlo de manifiesto. Veces hay en que la expectoración es claramente hemoptoica, pudiendo existir en algún caso una verdadera hemoptisis. Es posible que el esputo herrumboso no sea visto más a menudo quizá por la rápida sucesión de etapas que caracteriza la neumonía del anciano.

En los comienzos de la enfermedad, si el cuadro delirante es particularmente intenso, puede llegarse a situaciones semicomatosas o inclusive a genuinos comas. Tal estado de cosas con gran facilidad puede inducir a error respecto a otros cuadros que se acompañan igualmente de la pérdida de la consciencia, y muy particularmente a la confusión con un coma urémico, cuya expresión sindrómica puede ser muy semejante.

La exploración física de los enfermos ancianos afectos de neumonía no suele tampoco revelar la riqueza sintomática de este mismo proceso en sujetos más jóvenes. Las deformidades vertebrales, comunes en los viejos; la osificación de los cartílagos costales, el enfisema pulmonar, tan corriente, etcétera, dificultan sobremanera la auscultación y la percusión. Pese a ello, en alguna ocasión un examen cuidadoso podrá revelarnos un área de condensación pulmonar. Podremos oír, eso sí, estertores mucosos consecutivos a la broncorrea común en estas edades. Las vibraciones vocales aumentadas constituyen tal vez el signo físico que con mayor frecuencia recogemos en la exploración del enfermo.

En el hemograma difícilmente nos encontraremos con una franca leucocitosis. Por lo general el número de células blancas está poco incrementado. Inclusive en algunas ocasiones podremos encontrarnos frente a una leucopenia como expresión de un fracaso de la médula ósea, lo cual, por supuesto, ensombrecerá considerablemente el pronóstico.

Con toda seguridad el dato de mayor interés en la sangre de un anciano neumónico lo constituye la presencia de granulaciones tóxicas en los leucocitos. Se pretende que estas células, que albergan en su protoplasma granulaciones denominadas tóxicas, se presentan tan sólo en una de estas tres contingencias:

Cuando existe una colección de pus bajo presión, en las intoxicaciones medicamentosas graves y en la neumonía. El examen morfológico de sangre deberá hacerse frecuentemente fijándose la atención hacia la presencia de estas granulaciones tóxicas, que si no son patogneumónicas, sí son, en cambio, muy demostrativas.

Respecto a la velocidad de sedimentación de los hematíes, tan sólo cabe decir que estará ciertamente muy incrementada.

El examen de la orina revela con enorme frecuencia una discreta albuminuria y la presencia en el sedimento de cierto número de hematíes, así como también cilindros granulosos e hialinos como expresión de una participación renal en el proceso. Estas albuminurias, que se presentan también con cierta frecuencia en sujetos más jóvenes a cuenta de la llamada por VOLHARD nefrosis febril o nefrosis simple, es aquí en los ancianos extraordinariamente común.

Todas estas consideraciones nos llevan de la mano a pensar que el diagnóstico de una neumonía en un viejo es tarea nada fácil. Así es, en efecto, y por ello ante cualquier anciano que presente un cuadro no muy definido de iniciación más o menos brusca, con cierta disnea, mal estado general y, tal vez, delirio, deberemos pensar en la posibilidad de un proceso neumónico, pese a no encontrar en él la mayoría de los síntomas y signos que comúnmente caracteriza a esta enfermedad de los pulmones.

Tiene también mucho interés el señalar que el curso es tanto más asténico y pobre en sintomatología cuanto más avanzada es la edad del enfermo.

Para afianzar el diagnóstico, siempre que podamos someteremos al enfermo a una exploración roentgenológica, lo cual nos pondrá de manifiesto el bloque neumónico. A este respecto es interesante que las neumonías a FRIEDLANDER y también las alérgicas o eosinófilas presenten una imagen radiológica variable de unos días a otros. En las neumonías a virus suele ser típica la invasión de los lóbulos superior e inferior, respetándose el lóbulo medio.

Este estudio radioscópico tiene, además, la ventaja de ponernos precozmente sobre la pista de alguna complicación, la cual, lo mismo que en el neumónico más joven, puede consistir en una pleuresía paraneumónica, metaneumónica, un empiema, una supuración pulmonar o la grave hepatización gris. Esta última, también llamada supuración difusa, junto con las complicaciones dependientes del aparato cardiovascular y renales, son las más frecuentes y, por supuesto, de extraordinaria gravedad.

El aparato circulatorio, sometido a la sobrecarga que el bloque neumónico implica, fracasa en muchas ocasiones y lo hace generalmente a través de una insuficiencia de ventrículo izquierdo con un episodio de edema pulmonar agudo, o bien lo que se instaura es un colapso circulatorio periférico, una minusdescompensación.

El curso de la enfermedad es tan variable o más que el cuadro clínico. A veces, por desgracia, muy raramente, el infiltrado se funde en breve espacio y el enfermo mejora ostensiblemente. Entonces el curso en nada difiere de lo que sucede en los jóvenes. En otras, antes de haber establecido un diagnóstico, el enfermo muere bruscamente. Entre ambas contingencias pueden ustedes colocar las más variadas posibilidades.

Respecto al tratamiento se hará fundamentalmente a base de antibióticos, empleando preferentemente los de amplio espectro, como la terramicina, aureomicina y cloromicetina, administrados en "cocktail" para evitar la presencia de resistencias.

Naturalmente, no descuidaremos la terapia oportuna del aparato cardiovascular, y en muchas ocasiones tendremos que hacer uso de cardiotónicos y estimulantes periféricos. Algunos autores aconsejan el uso sistemático de la digital, y tal sugerencia



constituye un tema muy discutido. Estimamos que en ese sentido la terapéutica habrá que individualizarla. Se completará el tratamiento con las medidas higiénicas y cuidados vitamínicos comunes a cualquier infección.

#### TUBERCULOSIS.

A principios de siglo se consideraba a la tuberculosis como enfermedad privativa de jóvenes y adultos que no hubiesen traspasado la cincuentena. Esto es perfectamente lógico si reparamos en que en aquella época los medios diagnósticos y las posibilidades terapéuticas eran tan escasos, que con gran facilidad la infección adquiría vuelos de tisis y el enfermo sucumbía en breve espacio de tiempo. Aquellos otros que lograban sobrepasar la infección en su período agudo, conocido o ignorado, pese a llevar el bacilo acantonado en su organismo y en forma más o menos latente, jamás eran considerados como tuberculosos.

Todavía hoy en día, el vulgo, y por desgracia también muchos médicos, miran a la tuberculosis como rara contingencia en el anciano. Si éste tose, tose porque es viejo y porque ha fumado mucho. Se habla de que alguien tose como un viejo, como si el toser y el ser viejo fueran dos fenómenos inevitablemente emparentados. Y es que la tuberculosis del anciano suele ser de tipo fibroso, con escasísima repercusión general y perfectamente tolerada en la mayoría de las ocasiones, permitiendo largas supervivencias, sin incomodar demasiado al paciente. Desconfiemos de los viejos tosedores —dice BLANCO-SOLER—, porque ellos podrán vivir, pero tubercularán a cuantos con ellos comparten su hogar.

Gracias a los medios diagnósticos de que disponemos hoy en día y al mejor conocimiento de la infección tuberculosa, no nos es posible mantener este criterio. Sabemos perfectamente que la edad no constituye una garantía contra la tuberculosis.

PELLER, en una estadística de Viena, encuentra una mortalidad por tuberculosis del 20 por 100 de la mortalidad total en individuos de más de cincuenta años. OPENHEIM y COZ realizaron un estudio necrópsico de 260 individuos de más de sesenta años y encontraron lesiones seguramente activas en 83 de ellos, y antiguas residuales en otros 110, todo lo cual les dio a entender que nada menos que el 17,7 por 100 de aquellos viejos habían fallecido de tuberculosis.

MEDLER y MORÁN estudiaron igualmente el índice de mortalidad por tuberculosis en personas de edad geriátrica, y señalaron la necesidad de extender a los ancianos los reconocimientos periódicos exigidos en ciertas empresas y comunidades. No cabe ninguna duda de que ningún control será perfecto si no se incluyen en él a los viejos.

La tuberculosis del viejo cursa generalmente con muy escasa sintomatología, tanto subjetiva como objetiva. Dificilmente auscultamos otra cosa que algún estertor de tipo bronquial que, en todo caso, nos hará pensar en una bronquitis más que en una tuberculosis.

Aun en pacientes que exhiban una cierta sintomatología sospechosa, no encontraremos las características reaccionales típicas. La sudoración nocturna no es frecuente. La elevación de la temperatura, o no existe o es falseada siempre que no empleemos las vías bucal o rectal, como antes apuntábamos. Las hemoptisis copiosas son un fenómeno raro; en cambio sí es frecuente el esputo discretamente teñido

en sangre. Muchas veces existe disnea, lo cual precisamente constituye el motivo de la consulta y es considerada "a priori" como una manifestación asmática. Esta disnea, que, como digo, es muy frecuente, no solamente es atribuible a la menguada ventilación pulmonar por fibroesclerosis, sino también en muchas ocasiones tiene una motivación circulatoria, por el corazón pulmonar que inevitablemente se crea. La tos, en sus más diversas formas, y la expectoración mucopurulenta, y como decimos, hemoptoica en ocasiones, rara vez faltan.

El hemograma generalmente no resuelve absolutamente nada.

La velocidad de sedimentación de los hematíes se hallará más o menos elevada, en consonancia con la actividad del proceso, mas no olvidemos que normalmente ésta se encuentra siempre acelerada en los ancianos.

La exploración roentgenológica constituye una valiosísima ayuda para el diagnóstico, junto con la baciloscopia del esputo y la respuesta del "test" tuberculínico.

El examen bacteriológico del esputo no debe omitirse nunca y su estudio en un viejo tosedor debe ser reiterado. Sería una medida oportuna realizar sistemáticamente esta investigación junto con el "test" de tuberculina; por lo demás, poco costosas en todas aquellas comunidades en las que, como en los asilos, conviven gran cantidad de ancianos tosedores.

Respecto a la práctica de la cutirreacción con tuberculina, hay enorme discrepancia entre los autores respecto a su utilidad. Los americanos le conceden un enorme valor, y KRAUSER la considera como la más demostrativa prueba. Argumentan que actualmente con los modernos métodos diagnósticos y eficaces procedimientos médico-quirúrgicos, al restringirse la difusión de la enfermedad, existirían muchos adultos vírgenes de contacto con el bacilo tuberculoso, lo cual aumentaría el valor de esta prueba diagnóstica. Puede que algún día llegue a ser esto cierto, mas hoy por hoy no lo creemos así, por lo menos por lo que respecta a nuestro país. Tiene en cambio el "test" tuberculínico un evidente valor pronóstico sobre el estado alérgico del sujeto.

Patogénicamente, las cosas transcurren como para otras edades. La reinfección exógena es más bien rara, siendo lo más frecuente la puesta en actividad o progresión de viejas tuberculosis olvidadas y más o menos latentes.

La forma fibrosa difusa es la más frecuente, aunque evidentemente podremos encontrar la fibrocaseosa y fibrosa densa. Puede que en algún caso se nos plantee el diagnóstico diferencial con una fibrosis pulmonar involutiva, inespecífica, lo cual reviste gran dificultad. Casos hay en que por ser negativa la baciloscopia del esputo, poco demostrativa la prueba tuberculínica e incierta la imagen radiológica, habremos de valernos de un tratamiento específico de prueba para hacer el diagnóstico diferencial.

La forma cirrótica, poco común, es de temer por los conflictos mediastínicos que suele ocasionar.

Pueden surgir igualmente formas hematógenas y neumónicas de rápida evolución, mas se trata de una contingencia poco frecuente. Lo mismo sucede con las formas exudativas.

Pronóstico: Es bueno en la mayoría de los tipos crónicos fibrosos.

Todo el mundo conoce el caso de algún anciano fallecido a la bonita edad de noventa años, habiendo padecido de tisis toda su vida. Goethe, a los vein-

tiocho años, tuvo una hemoptisis y murió pasados los ochenta. También el psicólogo Bunt, el político Vega de Armijo, son un ejemplo en ese sentido. Generalmente, en estos casos la muerte sobreviene por una causa completamente ajena a la tuberculosis o por el cor pulmonare originado por la fibrosis. En un pequeño porcentaje tienen lugar complicaciones pleuromediastínicas o accidentes hematógenos que ensombrecen considerablemente el pronóstico. Lo mismo cabe decir de las posibles complicaciones laríngeas u otras metástasis como las enteroperitoneales.

Respecto a la profilaxis, el problema habrá que encaminarlo fundamentalmente a proteger, no al viejo, sino a aquellas personas que con él convivan, particularmente niños, con los que tan afectuosos suelen ser. En este sentido, repetimos que el anciano tosedor con su inofensivo aspecto constituye un marcado peligro. Cuántas meningitis tuberculosas padecidas por niños tuvieron como fuente de contagio al cariñoso abuelo, portador de una tuberculosis muda y considerado como bronquítico crónico. Es completamente absurda la creencia de que los tuberculosos ancianos albergan en sus lesiones bacilos humanos o bovinos de atenuada virulencia. BLANCO-SOLER ha descrito la historia de una familia en la que la convivencia con el abuelo ocasionó entre 11 nietos, 7 meningitis tuberculosas.

En cuanto al *tratamiento*, cualquiera de los métodos médicos o quirúrgicos empleados para otras edades, puede tener aquí una indicación precisa. La frenicectomía se tolera perfectamente, y lo mismo cabe decir del neumotórax que, cuando está indicado proporciona excedentes resultados. En enfermos muy seleccionados, puede estar indicada la toracoplastia y las operaciones mutiladoras como la neumonectomía, lobulectomía, resección segmentaria y otras resecciones más parcelarias.

La quimioterapia constituye una valiosa ayuda como preparación preoperatoria, así como en aquellos casos exudativos, en las infecciones agudas, en las formas con diseminación hematógena, etc.

Los tratamientos con estreptomycin, PAS o isoniácida han de ser prolongados, y las dosis en nada difieren de las usuales para otras edades.

\* \* \*

Tal como hemos visto para la tuberculosis y la neumonía, las demás infecciones capaces de ser adquiridas por un anciano llevarán ese sello de difuminada sintomatología, de apagamiento reaccional del organismo.

Encabezando el capítulo de enfermedades infecciosas en la vejez, pueden verse descritas en cualquier tratado de Geriatria al uso aquellas que, como el sarampión, la varicela o las paperas, son, de siempre, consideradas como privativas de edades infantiles. ¿Es que los viejos se hacen niños hasta en patología o es que la Geriatria se ha inspirado en la Pediatría? Lo que sí puede afirmarse es que las tales enfermedades son extraordinariamente raras en la edad senil, puesto que raro es el anciano que no las padeció de niño, adquiriendo con ello una inmunidad perdurable.

La *sífilis* es, naturalmente, una enfermedad muy rara en sus manifestaciones primarias en la edad senil. De todas maneras, conviene saber que el chan-

cro de inoculación, frecuentemente extragenital, puede presentarse con los típicos caracteres o adquiriendo morfología ulcerada, en ocasiones fagedénica. Su atipia puede hacernos dudar acerca de la existencia de un epiteloma, circunstancia patológica con toda seguridad mucho más frecuente. Tanto es así, que en no raras ocasiones el diagnóstico diferencial sólo será posible mediante la biopsia. Así como en los jóvenes esta lesión primaria, abandonada, suele curar espontáneamente después de cierto tiempo, dando paso al período secundario, aquí, bruscamente puede adquirir una forma caquetizante rápidamente mortal.

Si la lúes primaria es rara, en cambio el período terciario florece precisamente en las edades que nos ocupan. Nada diremos a ese respecto, puesto que de todos es sobradamente conocida la gran variedad sintomática que caracteriza a este período.

El *tifus abdominal* y aquellas formas de *paratífus* que cursan de modo análogo, no son frecuentes en los ancianos. Según SCHLESINGER, la receptabilidad de la vejez para el tifus desciende en mayor proporción de lo que correspondería, teniendo en cuenta la disminución natural de los viejos en el conjunto de la población. Así, en una sola estadística que constituye un término medio entre las demás, sólo había 19 enfermos mayores de cincuenta años y 3 mayores de sesenta entre 2.241 casos de tifus. Además disminuye en la vejez el número de portadores de bacilos.

El cuadro clínico suele ser muy atípico, e inclusive en algunos de los casos resultan negativas las pruebas de laboratorio. En otros, las cosas suceden con un cuadro clínico de tifus, aunque siempre menos perfilado. Las roseolas son menos pronunciadas, tardías y fugaces. Como dato interesante señalaremos que muy raramente existe bradicardia. La fiebre, diarrea y postración son los síntomas que comúnmente recogemos. Precisamente ese estado de postración típico, *estado tifoso*, difícilmente se valora, puesto que semejante actitud puede manifestar el enfermo anciano portador de cualquier otra enfermedad infecciosa.

Las perforaciones son raras, siendo, en cambio, frecuentes las complicaciones por hemorragia.

También aquí la insuficiencia circulatoria constituye el accidente más temible.

La mortalidad es muy grande, si bien ha podido limitarse por el empleo de la cloromicetina.

Y así podríamos ir pasando revista a todas y cada una de las enfermedades conocidas en patología infecciosa, y siempre repetiríamos que las formas atípicas son las más frecuentes, la mortalidad mayor, etcétera.

Naturalmente, hay excepciones; así, por ejemplo, la gripe es mucho mejor tolerada por los ancianos, lo cual la hace difícilmente reconocible de un vulgar catarro por enfriamiento. También las amigdalitis cursan con menos síntomas y más benignidad, no dando lugar casi nunca a un brote endocárdico y perturbando bien poco la deglución.

Y para terminar, si existe una infección que sienta una especial predilección por los ancianos ésta es el herpes zóster. Su clínica es lo suficientemente conocida para no merecer ningún comentario, como no sea éste de su mayor frecuencia entre los que están dentro del ámbito de la Geriatria.