



ENCEFALITIS EPIDEMICA

— *Dr. Américo Negrette.*
Profesor de Semiología Nerviosa de la Uni-
versidad del Zulia.

Empezaremos diciendo qué es una epidemia de encefalitis. Para algunos técnicos, sanitaristas, virólogos o científicos muy especializados, hacer un diagnóstico de encefalitis epidémica es una cosa muy grave y muy seria. Pero para un clínico es una cosa muy fácil: ve varias encefalitis en poco espacio de tiempo, en forma desusada, y esto no tiene otro nombre que encefalitis epidémica. Desde luego que para confirmarla hay que dar unos pasos. Lo que quiero decir es que, en el propio terreno de la práctica médica, diagnosticar una encefalitis epidémica no es una cosa tan seria. Quizás si, fuera de un lapso epidémico, uno ve un caso, no se atreve a decir: esto es una encefalitis. Pero si ve cinco, seis, siete, ocho o doce casos con las mismas características en poco espacio de tiempo, uno está autorizado para pensar que hay una epidemia de éso, sea lo que sea. Una de las cosas que me facilitó pensar que hay una epidemia de encefalitis, es que desde que me gradué he ejercido en Maracaibo y las zonas vecinas. Estuve dos años de médico rural en Palmarejo. Estuve cuatro años en San Francisco y el resto aquí en Maracaibo. De manera que conozco perfectamente bien la patología regional; sé qué se presenta y cómo, habitualmente. Al empezar a ver algunos casos con caracteres clínicos perfectamente netos y digamos inusitados, porque no era frecuente ver éso, primero hice el diagnóstico clínico en un caso que me pareció encefalitis. Cuando había visto en dos o tres días unos siete casos, comparativamente me pareció una cifra exagerada, pues en nueve años no había visto ni dos similares. Creo que en estas circunstancias, el clínico, sin otros datos, puede atreverse a hablar de encefalitis epidémica. De manera que no es lo mismo diagnosticar antes, que durante un lapso epidémico. Después que se tiene el concepto de epidemia, cualquier caso que se presente con esas características, es fuertemente sospechoso, y de diagnóstico fácil. Hay autores clásicos, como Marañón, que dicen que el diagnóstico de encefali-

litis cuando se está en un período epidémico, es algo elemental. Bueno, digamos, no habría ninguna dificultad, ninguna celada médica para un clínico. Siempre es lógico pensar que se presentarán problemas en cuanto a diagnóstico diferencial, y que habrá casos en los cuales uno no puede estar absolutamente seguro. Pero es bastante la certeza que se obtiene con la pura clínica; y en los casos típicos, la seguridad del diagnóstico es absoluta. Debemos aclarar que la casuística a que hace referencia este Seminario, es puramente personal.

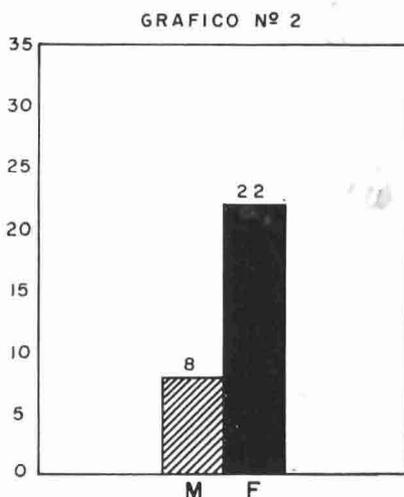
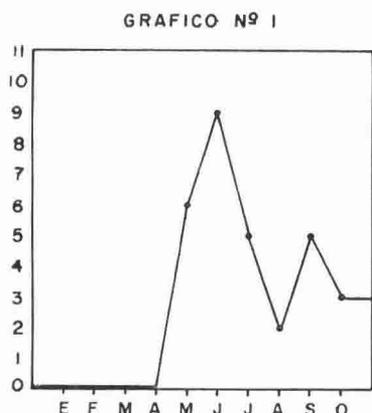


Gráfico Nº 1.—En este gráfico, en enero, febrero, marzo y abril no aparecen casos de encefalitis epidémica. En mayo, que fué el mes en que hice el anuncio al Ministerio de Sanidad, hay seis casos; en junio, nueve casos; en julio, cinco casos; dos en agosto; cinco en septiembre; dos en octubre; en noviembre todavía no podemos saber. Pero por lo que se ve, la primera parte de la epidemia fué más intensa. La epidemia está ya en su cola y tiende a desaparecer.

Gráfico Nº 2.—Frecuencia por sexo. De los treinta casos que tenemos historiadados, veintidós correspondieron al sexo femenino y ocho al sexo masculino.

Gráfico N° 3.—Estas cifras hacen un porcentaje de 26,67 por ciento para el sexo masculino; lo que revela más frecuencia en las mujeres (73,33).

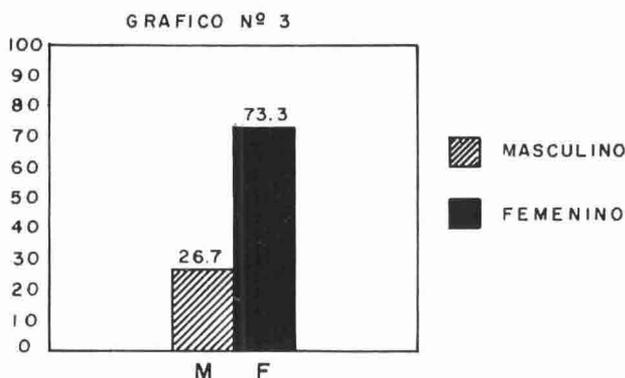


Gráfico N° 4.—Estas son las edades de los treinta casos. Cinco casos en los quince años, tres casos en trece años. En todas las otras edades hay menos casos. Lo que quiere decir que en las primeras edades es más frecuente.

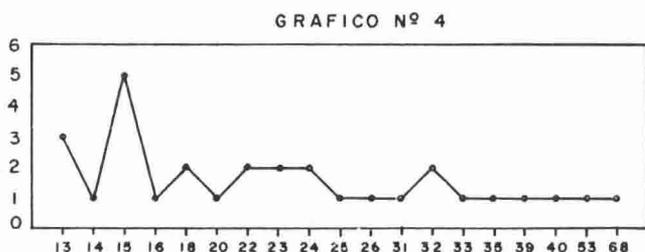


Gráfico N° 5.—División en décadas. De 0 a 10 años la curva es horizontal; no aparecen casos. Eso se puede explicar sencillamente porque no soy pediatra y los casos que me llevaban de emergencia eran adultos de San Francisco. De 10 a 20 años aparecen tres casos; de 20 a 30 años hubo ocho casos; de 30 a 40, seis casos. Y luego entre 40 y 50 años, uno; entre 50 y 60, uno; y otro entre 60 y 70.

Gráfico N° 6.—Décadas y sexo. Entre 10 y 20 años, hubo diez mujeres y tres hombres. Entre 20 y 30 años, hubo ocho mujeres; de 30 a 40

años, tres hombres y tres mujeres; entre 40 y 50 años, una mujer; entre 50 y 60 años, un hombre; y entre 60 y 70 años, una mujer. Se ve que el 90 por ciento de los casos está comprendido entre los 10 y los 40 años.

GRAFICO N° 5

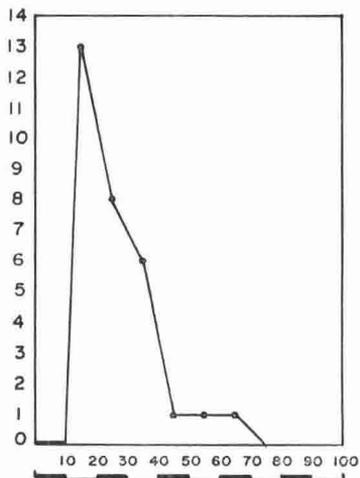


GRAFICO N° 6

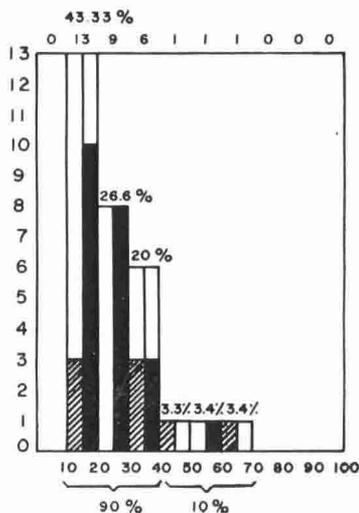


GRAFICO N° 7

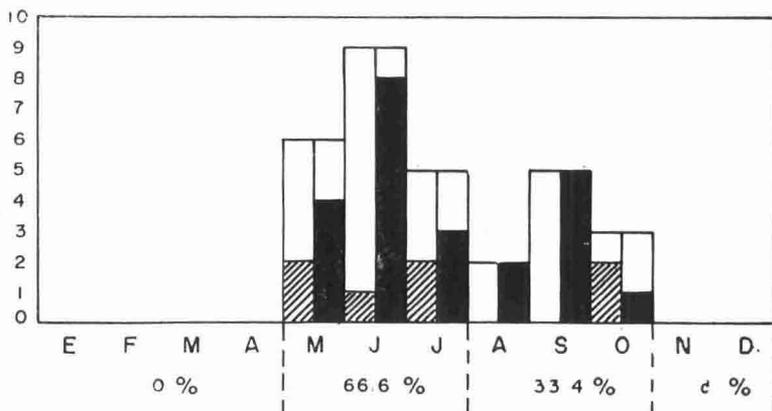


Gráfico N° 7.—Incidencia por trimestres.

CONSIDERACIONES CLINICAS

Se encuentran personas con el rostro "congelado", o rostro inexpresivo; personas que parece que están en otro mundo, mirándole a uno sin hablar nada. Actitud de indiferencia a veces; y otras, muy inquietas. Hubo casos en que se les preguntaba: "cómo está, qué siente"; y no contestaban nada. Y otros hablaban tanto que había que taparles la boca. Esto se los recuerdo porque es algo que impresiona mucho.

La marcha es generalmente atáxica, o simplemente no había marcha. La persona no se podía poner de pie. A veces había tal falta de coordinación y de tono muscular, que un paciente no tenía la capacidad de sostener la cabeza sobre el tronco, ni de sentarse en la cama.

Ahora vamos a ver unas facies. Quiero hacer hincapié en que el que vea varios casos de encefalitis se llevará muchas sorpresas. Algunos enfermos están tan tranquilos como ustedes allí sentados: sin fiebre, sin signos neuropatológicos; y en estos casos el aspecto clínico desconcierta. Hay otros que tienen trastornos mentales, de conducta, del juicio; otros sólo se quejan de una cefalea intensa. Otros se quejan de hemibradiquinesia (dificultad para mover los músculos de un lado del cuerpo) o de dolores musculares, o de parestesias. Hay algunos que tienen un estado de letargo; pero no vayan a pensar que este estado de letargo es muy frecuente. En la misma encefalitis letárgica de Von Economo, el letargo no es frecuente. Hasta el punto de que algunos clínicos viejos, como Ramón, se pronunciaban por quitarle el apellido de letárgica porque no coincide con la realidad; porque son raras las formas letárgicas. Y nuestras encefalitis, que es casi seguro que no son de Von Economo, siguen la regla. No hay tanta letargia. Hay algunos casos de somnolencia.

Facies N^o 1.

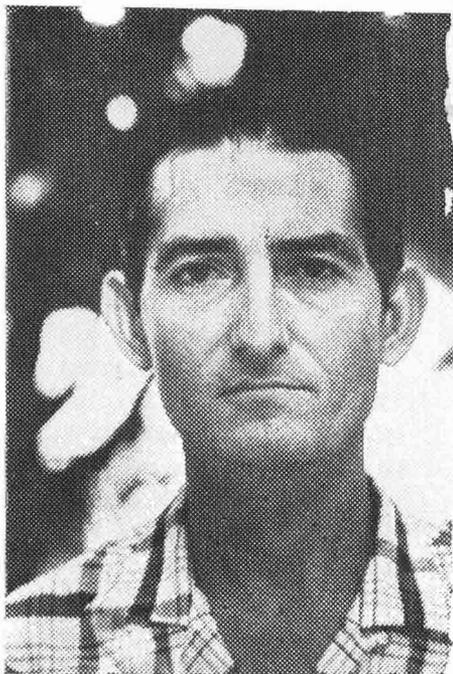
Joven de quince a dieciseis años.

Tuvo fenómenos convulsivos con problemas emocionales. Fué llevada a un hospital de la localidad unas dos o tres veces. Tenía fiebre alta y trastornos del juicio, crisis de risa y llanto, y somnolencia. A esta muchacha en una oportunidad se le iba a hacer una intervención por diagnóstico probable de apendicitis. Esto lo digo para que vean que la sintomatología es muy confusa. Yo mismo, por ejemplo, pensé que algunos eran casos de histerismo, cosa probable en personas jóvenes del sexo femenino. Y después, a medida que la epidemia se iba desarrollando, me fuí dando cuenta de que muchos colegas pensaban que las encefalíticas eran histéricas. Y hasta un muchacho joven fué considerado como histérico. Hacían una serie de cosas tan raras, tan fuera de lo común, que lo más probable era que el médico pensara que fuera histeria. De manera que la histeria es una de las grandes causas de confusión; lo mismo que la gripe de cierta intensidad.



2

FACIES



3

Facies N° 2.

Este fué un señor que estuvo con una forma gravísima. Cuando lo atendía, enviado por un colega, tenía (decían los familiares) seis días sin orinar. Como el cuadro de encefalitis era muy claro, le instalé un tratamiento a base de tetraciclina, sin diuréticos, y a las 24 horas estaba orinando. Después estuvo cinco o seis días con hipo; y sin poder caminar cerca de un mes. Perdió mucho peso. Fíjense en la cara; es una cara más o menos estupurosa, letárgica.

Facies N° 3.

Señora de San Francisco, joven de unos veinticuatro años que, estando en la casa, repentinamente salió corriendo, se tiró en un estanque, se puso a reír a carcajadas; luego lloró. Decía que veía las cosas dobles (diplopía); tuvo una serie de alucinaciones: "veía muchas cosas raras que no las veía nadie". Cefalea fuerte, una marcada fotofobia y midriasis bilateral. Todo apareció de repente, simultáneamente. De manera que se empezó a reír "de golpe", luego se puso a llorar; le dolía la cabeza y además estaba "lela" o "loca". Prácticamente ya estaba hecho el diagnóstico.

Facies N° 4.

Se pueden apreciar cambios en el ángulo bucal derecho y los rasgos desviados del lado izquierdo. La cara un poquito rígida: casi sin expresión. Este señor presentó un cuadro agudo, severo, con alteraciones psicopáticas gravísimas, con un síndrome talámico de hiperestesia, calor tremendo, sensación de quemadura. Se bañó con una regadera en el patio de su casa, salió corriendo "porque se estaba incendiando", comenzó a tener alucinaciones, oía voces. Que su papá (muerto) le decía que se le estaba incendiando el negocio. Luego, con las manos solamente, partió un alambre de electricidad. Buscó un molde de hielo y se acostó con él en la hamaca. Comenzó a prender y apagar la luz; a decir insolencias. Veía en una mata de coco, un sombrerito verde, y un hombre con un tabaco "que decía una pila de cosas". Un gato que lo escupía, sentía que le tiraban piedritas, y las "veía venir pero no las veía en el suelo". Tenía trastornos del gusto (paragusia); decía que le daban sal cuando le echaban azúcar al café. Estos trastornos del gusto, junto con los trastornos de la sensibilidad y del juicio están descritos cuando hay alteraciones de los núcleos talámicos. Tuvo escalofríos. A la desviación de los rasgos faciales, le doy mucha importancia, porque durante la epidemia fueron frecuentes las parálisis faciales, parálisis fugaces de todo tipo, monoplejías fugaces, cuadruplejías e hipotonías bruscas. Es interesante ver la hematología de este señor. En 48 horas de tratamiento mejoró francamente.

La presencia de vacuolas en las células sanguíneas (ver microfotografías) permite diferenciar un caso de histerismo de uno de encefalitis epidémica. La morfología sanguínea es un examen complementario que aclara

más que el líquido cefalorraquídeo, porque éste dice si hay o no encefalitis, pero no dice si es viral o no; mientras que la morfología aclara que es una encefalitis viral. En cuanto al tratamiento, considero específica la tetraciclina. Usando uno o dos gramos diarios con complejo B, y con tratamiento sintomático como Commel, aspirina, protectores hepáticos, y sedantes como Largactil, en todos los casos logré magníficos resultados. Según los exámenes serológicos parece que se trata de una epidemia de Encefalitis de San Luis; pero varios autores le dan un alto grado de mortalidad (10-30%) a esa encefalitis epidémica, y en más de 50 casos que he visto, no tuve una sola defunción.

INTERVENCIONES

Br. Urdaneta: Quisiera saber por qué la encefalitis epidémica se presenta con más frecuencia en el sexo femenino, y quisiera también que se extendiera un poco en la hematología, sobre todo en lo referente a las proteínas sanguíneas.

Dr. Negrette: Como el tema de encefalitis es tan extenso, preferiría que nos concretáramos al diagnóstico de la encefalitis epidémica; cómo se trata, y cómo se comprueba.

Las alteraciones de proteínas sanguíneas están en estudio en el Departamento de Bioquímica. Sobre la morfología podría hablar, porque he hecho algunos trabajos sobre éso; pero preferiría no hacerlo en estos momentos porque nos llevaría mucho tiempo. Referente a edades y sexo, algunos autores citan que la mayor frecuencia de la encefalitis de San Luis es después de los 40 años y en varones. En cuanto a la explicación de la frecuencia mayor en sexo femenino en esta epidemia, no podré decir nada al respecto. En la encefalitis letárgica, algunos autores dicen que en los niños es mucho más frecuente.

Br. Urdaneta: Ud. se refirió a que el diagnóstico era muy fácil. Quisiera saber, cómo haría el diagnóstico preciso en una joven que presentara antecedentes de histerismo; y quisiera saber si el diagnóstico diferencial lo haría sólo por la hematología.

Dr. Negrette: No es que es fácil diagnosticar una encefalitis epidémica, sino que es muy fácil después de haber llegado a saber que se está en un estado epidémico. En cuanto al otro problema, hay muchísimas formas de hacer el diagnóstico diferencial. Y aún en los casos en que podría confundirse el caso con uno de histerismo, la hematología aclara la duda. Pero da la casualidad que ninguna de esas muchachas que fueron historiadas, tenía antecedentes de histeria. Y a pesar de no tener antecedentes histéricos (y de presentar casos tan claros neurológicamente), esas muchachas eran diagnosticadas histéricas. Pero aún en el caso de que la muchacha tuviera antecedentes histéricos (porque los histéricos no están inmunizados contra la encefalitis), la morfología sanguínea aclara las du-

das y es de gran valor en el diagnóstico, por ser un dato muy preciso que permite orientar al clínico.

Br. Amado: Quisiera preguntarle al Dr. Negrette, qué observaciones ha hecho con respecto a las alteraciones en el líquido cefalorraquídeo en los pacientes encefalíticos y qué características han presentado esas observaciones.

Dr. Negrette: Se encontró prácticamente en todos una ligera hiperglucorraquia: 0,60-0,90. Muchos de los casos fueron inutilizados desde el punto de vista de la valorización del líquido cefalorraquídeo porque, no sé por qué, había la costumbre de poner un suero glucosado a la persona junto con llegar. Y después, el mismo médico que indicaba suero glucosado decía que había que quitarle validez a las cifras de glucosa del líquido cefalorraquídeo, porque se le había puesto suero glucosado. No considero que en todos los casos en que se ponga un suero glucosado, va a subir la cantidad de glucosa en el líquido cefalorraquídeo inmediatamente; pero no se puede negar que hay cierta posibilidad de que sí se altere ese valor. A tal punto me preocupa esto, que hablé con uno de los alumnos que están trabajando en el Departamento de Investigación Clínica, para que escoja como tema determinar glucorraquia y glicemia, a personas diabéticas y a personas que se les ha dado suero glucosado, con diferentes tiempos de prueba, para ver hasta dónde se le puede dar valor o no, a una hiperglucorraquia en estas condiciones.

Br. Amado: Con respecto a albúmina y a los diferentes componentes del líquido cefalorraquídeo, ¿no consiguió pleocitosis junto con la hiperglucorraquia?

Dr. Negrette: Más que todo pleocitosis, pero no muy marcada.

Br. Amado: ¿Y esa pleocitosis era a linfocitos o a neutrófilos?

Dr. Negrette: A linfocitos.

Lab. Espinoza: Quisiera saber si ese aspecto especial que encontró en la morfología sanguínea, se encuentra solamente en la serie linfóide o también puede encontrarse en la serie mieloide.

Dr. Negrette: Es algo excepcional encontrar vacuolas en neutrófilos pero sí es posible que se encuentren. Encontrar células plasmáticas vacuoladas en estos casos, es muy raro, pero también se encuentran. En cambio, casi todas las vacuolas se encuentran en células monocíticas. Hay que hacer notar que es muy frecuente encontrar monocitos atípicos, células que cambian su coloración citoplasmática, o que tienen características cromáticas diferentes. Pero es en los monocitos donde con más frecuencia se ven las vacuolas.

Muchas veces, haciendo un estudio de sangre, uno mira con el pequeño aumento y luego pasa al gran aumento en seco y al recorrer el campo, ve marcada cantidad de células monocíticas. Con la característica de que el núcleo se ve más rojo, menos renegrido; lo que contrasta con el rojo renegrido de los neutrófilos (Giemsa). Se ve una cantidad que no

se encuentra en sangre normal. Con el objetivo de inmersión se encuentran células vacuoladas (más monocitos que linfocitos y segmentados) con relativa frecuencia, prácticamente en todos los casos; y estas células que presentan vacuolas, no pueden ser de un sujeto normal.

Br. Olivares: Quisiera que me informara sobre secuelas y recaídas en encefalitis y el tiempo durante el cual debe usarse la tetraciclina.

Dr. Negrette: Ustedes posiblemente habrán leído mucho sobre esto. Son famosas las secuelas de la encefalitis de Cruchet - Von Economo. Pero en esta encefalitis, así como también en las formas encefalíticas de la mononucleosis infecciosa que tuve oportunidad de ver hace algunos años, las secuelas no son muy frecuentes; por lo menos las secuelas severas. Las parálisis de esas encefalitis son fugaces. Uno puede ver parálisis del motor ocular común, una parálisis facial, una monoplejía; pero es cuestión de días o de horas. Hasta tal punto que en ocasiones la causa de que se haya pensado en histerismo, era que muchas veces los pacientes o los familiares hablaban de monoplejías o hemiplejías, y al ir a buscar no se encontraban. Las secuelas se concretan a trastornos del carácter. Por ejemplo, podría hablar de un síndrome del vermis, con marcada ataxia cerebelosa y gran midriasis bilateral de un centímetro (ustedes saben que una pupila con más de cuatro milímetros es patológica). Esa muchacha era obediente y cariñosa; todos la querían. Después de la encefalitis se puso un poco violenta, no le hacía caso a nadie, se puso irascible, se peleó con uno de los hermanitos menores y lo tiró contra una pared.

Ya señalé que muchos se ponen melancólicos, llorosos, le llegan a uno diciendo que se sienten mal, que tienen decaimiento; sin fuerzas para hacer nada.

De toda esta casuística, dos casos solamente hicieron narcolepsia. Uno de los casos lo vio conmigo el Br. Olivares, y el otro caso estuvo en el Hospital Policlínico de la Ciudad Universitaria de Caracas durante unos quince días. A su regreso de la capital lo llevaron a mi clínica, le diagnosticué encefalitis epidémica, y le curé con tetraciclina su síndrome narcoléptico catapléjico. Hacía crisis y al salir de la narcolepsia, bruscamente entraba en un período de vigilia. Y a uno le parecía que estaba simulando. A esta muchacha, después que salía de este estado, inmediatamente tenían que tenerle comida a mano, porque hacía crisis de bulimia y por lo tanto "comía como una desesperada". Esta muchacha se quejaba a veces de molestias visuales; de cefaleas; tiene midriasis bilateral. Son muy frecuentes los fenómenos neurovegetativos y los tróficos. Puede verse una hipotrofia general. Hay personas que pierden peso rápidamente. Tuve un caso de un muchacho que creían que simulaba, y que perdió ocho kilos en ocho días, y tuvo fenómenos convulsivos. De manera que no podemos culpar a nadie, porque en estos asuntos se equivoca cualquiera; y yo me equivoco también. Lo que hay que tener en cuenta es que se está en un estado epidémico para sospecharlo. Esas eran las

secuelas a las que me quería referir: trastornos del sueño, del carácter, de la conducta, astenia, trastornos neurovegetativos. Para hablar de secuelas tardías, debemos esperar unos años.

En cuanto a recaídas, cuando se administraban dos gramos diarios y se mantenían, no había peligro, aún en los casos más graves. Pero siempre había cierta tendencia a hacer recaídas cuando los familiares del paciente eran tercos y desobedientes y no seguían las indicaciones. En otros casos no seguían la terapéutica porque eran pobres y no podían comprar la medicina (la tetraciclina es cara). Pero los que mantenían la terapéutica quince días, no tenían problemas. Hubo pacientes graves que recibieron tres gramos diarios inicialmente. Se puede empezar el tratamiento con dos gramos durante dos o tres días, según la seriedad del caso, y continuarlo con un gramo diario. Casos leves necesitan una semana de antibióticos; casos severos, quince días y más. Se puede continuar la terapéutica con un gramo.

En los casos muy agudos la experiencia demuestra que es de gran utilidad la tetraciclina inyectada. Esa Bristaciclina inyectada de 250 miligramos, en la nalga, que duele muchísimo, resolvió el problema. Se inyectaba una ampolla cada seis horas y al mismo tiempo se daban dos gramos en cápsulas. Las cefaleas eran tan fuertes, que yo conozco un comerciante que se inyectaba un Commel cada seis horas. Tenía cefalea solamente; pero después de una terapéutica de cuatro días, hizo fiebre. Hay cuadros sumamente graves, como el de una muchacha que hizo retención urinaria. De manera que es prudente, mantener la terapia aún después de no haber problemas; aún cuando no haya fiebre. Es más, muchas encefalitis cursan con hipotermia, escalofríos, sin fiebre alguna. Hay dolores en los huesos, pero fiebre casi nunca. Cuando la hay, es muy elevada (40 grados o más). Así que recomiendo que se persista en el tratamiento por un tiempo y se le hagan varias curas; después de quince días o más de tratamiento, o según los casos. Algunas personas están muy bien en una semana; entonces se ponen hepatoprotectores, vitaminas, y se observa. Hubo casos, como uno que conoce muy bien el Br. Olivares, que iba a hacer una recaída; pero no dimos tiempo a ello, pues inmediatamente recomenzamos la terapéutica con dos gramos y mejoró de nuevo. A veces la acción de la tetraciclina es milagrosa. Había casos en los cuales en cuarenta y ocho horas la mejoría era magnífica. De manera que el efecto de la tetraciclina es muy evidente.

Br. Serrano: Quisiera saber si dentro de esa variada sintomatología que se consigue en una encefalitis, hay un síntoma o signo o varios, que usted considere de más valor, de más ayuda para el diagnóstico, aparte de la hematología.

Dr. Negrette: Estando en pleno período epidémico me bastaba que un familiar me dijera que el paciente tenía cefalea intensa y crisis de risa y llanto. Con esas dos cosas tenía para orientarme en el diagnóstico. Al

principio necesitaba muchas cosas para hacer un diagnóstico de encefalitis epidémica; pero poco a poco, se me fueron simplificando las cosas. Hay personas que presentan bruscamente cefaleas intensas. Son cefaleas fuera de lo normal. Le dicen a Ud. que nunca han tenido cefaleas, pero "esto que tengo, sí es un dolor de cabeza". Hombres llorando con dolor de cabeza. Es una cosa seria. Generalmente iban acompañadas: cefaleas y trastornos digestivos, cefalea y enteralgia, cefalea, náuseas y vómitos, cefalea y diarrea (diarreas sanguinolentas a veces de tipo disintérico). Era una disentería como cualquier otra y así ocurre con otras disenterías virales (durante la epidemia de mononucleosis infecciosa por ejemplo). Las diagnosticué como disenterías bacterianas o amibianas, hasta que fui entrando en el cuadro, en su morfología. Y fui identificando los signos y síntomas con el cuadro de encefalitis. De manera, que ya con esos síntomas y signos llegaba yo y hacía el examen neurológico. Unos tenían midriasis bilateral o anisocoria, otros tenían trastornos de los reflejos, otros ataxia, otros trastornos mentales.

Br. Amado: ¿Con qué frecuencia se observan trastornos meníngeos en la encefalitis? ¿Es que se consideran dos cuadros aparte, meningitis virales y encefalitis virales? Quiero preguntar si no se observa la forma conjunta de meningo-encefalitis viral.

Dr. Negrette: Ese es un tema muy interesante. Hasta dónde una encefalitis es una meningitis y hasta dónde una meningitis es una encefalitis. Casi todos los datos que se describen en el síndrome meníngeo, se describen en el síndrome encefalítico; pero por ejemplo, algunos signos, como el de Kerning y el de Brudzinsky, no se consiguen en la encefalitis viral. En las encefalitis virales, es muy raro, que haya hipertono; generalmente hay hipotonía. De manera, que ustedes, pueden sospechar la participación meníngea de un cuadro encefalítico, cuando la persona se queja de dolor en los músculos de la nuca, de tortícolis, pero generalmente no hay nada; o a veces uno puede decir que se trata de una encéfalomeningomielitis, cuando aparece raquialgia fuerte simultáneamente. Pero tanto las formas meníngeas como las mielíticas, son poco frecuentes; y cuando ocurren, son secundarias al proceso encefalítico. O sea, que no son meningo-encefalitis sino encéfalomeningitis, ni son mielo-encefalitis sino encéfalo-mielitis.

Dr. Quintero: Quizás el Br. Amado podría decir cuáles son los síntomas que él considera que debían estar presentes para hacer el diagnóstico de encefalitis.

Br. Amado: Además de toda la sintomatología que se nos ha dicho: cefaleas; quizás sean frecuentes los vómitos también, trastornos de la conducta, trastornos diencefálicos del tipo de las distermias, hipotermias, trastornos del tipo de obnubilación mental, somnolencia, quizá también serían frecuentes las parálisis fugaces de algún par craneano, también podrían

acompañarse de una mielitis con trastornos esfinterianos, del tipo de la incontinencia más que todo, quizás participación bilateral de la médula con paraplejías. Creía frecuente el síndrome meníngeo; por eso preguntaba para ver que relación pudiera existir. Sin embargo tengo entendido que en algunas encefalitis como en la encefalitis equina venezolana, no se ha descrito el síndrome meníngeo acompañándola. Por eso quería preguntarle al doctor, porque me parecía interesante para hacer el diagnóstico diferencial entre una meningitis viral y la encefalitis de Von Economo. Por otra parte, no tengo nada que agregar a lo que dijo el Dr. Negrette en cuanto a la sintomatología.

Dr. Quintero: O sea, no pensar simplemente en cuanto a su valor para encefalitis, en letargia, parálisis de nervios craneanos, en gripe; en esa tríada. Pero sí en algo que ocurre en forma aguda, en forma difusa, en cuanto a sintomatología; especialmente trastornos psíquicos, trastornos de ganglios basales y quizás autónomos y de algunos nervios craneanos. Sin buscar la letargia, sin buscar necesariamente que tenga síntomas gripales. Claro que si presenta eso, es más clara la cosa; pero no es necesario. También es importante lo que mencionó el Dr. Negrette sobre los cambios morfológicos en las células sanguíneas.

Br. Alizo: ¿Ha usado tetraciclina endovenosa?

Dr. Negrette: Muy pocas veces. La usé en la epidemia de mononucleosis infecciosa; porque muchas veces en esa época lo único que tenía en la medicatura dural eran unas muestras endovenosas. Observé mejoras pero no eran una cosa muy superior a las logradas con el uso intramuscular. Los resultados eran prácticamente los mismos. La tetraciclina endovenosa tiene mayores dificultades, pues hay que disolverla en suero. Es más cómoda la vía intramuscular. Tengo mucha más experiencia en el uso intramuscular y oral que en el endovenoso.

Br. Amado: ¿Hubo alguna muerte en esos treinta casos que presentó; y si hubo alguna, se le hizo algún estudio anatomopatológico?

Dr. Negrette: De los casos que diagnosticué no hubo ninguna muerte. Pero hubo un caso en el Hospital Central sospechoso de encefalitis, que murió y le fué hecha la autopsia. El anatomopatólogo dijo que había una leptomeningitis fibrosa probablemente consecuencia de una meningitis severa. Pensamos que en este caso el hallazgo anatomopatológico correspondió a una leptomeningitis fibrosa crónica (secuela de su comprobada meningitis infantil) y a una encefalitis aguda mortal. Además, aunque contamos en la localidad con buenos anatomopatólogos generales, no creo que ellos estén en capacidad de hacer estudios anatomopatológicos para lesiones estrictamente virales.

Br. Amado: Sería interesante saber si junto con la encefalitis podría verse una miocarditis viral.

Dr. Soto: A este respecto hemos visto un caso en el Hospital Central. El paciente murió y en el informe el anatomopatólogo no pudo explicar por qué murió. Encontró una miocarditis viral que no explicaba de ninguna manera la forma de morir el paciente.

Br. Amado: En cuanto a este punto de encefalitis y miocarditis, se han descrito algunos cuadros ocasionados por un virus que produce encefalomiocarditis en el ratón y en el hombre en algunos casos también.

Intervención: Dr. Negrette, ¿usted observó alguna sintomatología respiratoria en sus treinta casos observados, y si la observó, alguna vez pensó en que eso que consideraba encefalitis epidémica, podría ser meningitis linfocitaria o alguna otra cosa?

Dr. Negrette: Después que hubo una serie de casos típicos, absolutamente típicos de encefalitis epidémica, ya no tenía ninguna duda. Posiblemente antes de estar seguro, hubiera pensado en una coriomeningitis linfocitaria, una meningitis serosa o en cualquiera de esos procesos; pero después que estaba en pleno ambiente epidémico, no cabía la menor duda. Sí hubo formas respiratorias; formas verdaderamente gripales que acompañan a todas las epidemias de encefalitis.

Hubo procesos catarrales acompañados de cefalea, mareos, escalofríos, que posiblemente eran formas frustras. Así como ocurre en las epidemias de poliomielitis en que muchas personas tienen una polio sin tener polio; es decir, hacen una rinitis, o un estado seudogripal, sin forma paralítica, y eso no es polio ni es nada, pero representa una forma frustra. Así mismo muchos de estos procesos gripales observados durante esta epidemia fueron encefalitis frustras. Atacan generalmente, estas epidemias, un gran porcentaje de la población. No crean ustedes que por atacar gran parte de la población, sean especialmente evidentes. La epidemia de mononucleosis infecciosa, por ejemplo, que ataca un 60 a 70% de la población (que en Maracaibo han debido ser más de 100.000 casos), pasó aquí totalmente inadvertida. Así que formas respiratorias sí ví. Muchas se presentan como influenza. Pero yo he visto la influenza que tuvimos aquí hace pocos años y se puede establecer la diferencia aunque la influenza puede tener repercusiones encefalíticas, como yo ví; pero es muy diferente. Cuando uno ve unos casos y ve otros, sabe que son diferentes. A pesar de que he visto algunos procesos graves encefalíticos, como en la influenza o en la encefalitis de la parotiditis, la encefalitis allá era secundaria a otro proceso. Pero en esto, lo primordial es una encefalitis. Nunca pensé en otra cosa. En estos casos, por lo menos en los típicos, nunca dudé que fuera una encefalitis epidémica. Más bien en los cuadros con pérdida de la conciencia o parálisis mantenida, o una obnubilación muy marcada, pensaba que pudiera ser una hemorragia cerebral o tumor cerebral. Pero en estos casos sin obnubilación, con cefalea fuerte, con trastornos psíquicos, y a veces sin fiebre, nunca tuve duda de que era una encefalitis epidémica.

Intervención: Dr. Negrette, ¿por qué usa en el tratamiento de la encefalitis protectores hepáticos? ¿Hay entre la encefalitis, y la hepatitis viral, alguna relación?

Dr. Negrette: Muchos de los fenómenos digestivos que se observan en la encefalitis epidémica son de tipo central. La misma anorexia es central. Pero me he ido acostumbrando a medida que he ido trajinando con procesos virales, a cambiar un poco la manera de enfrentarme a esos procesos. Es decir, antes decía: nefritis, hepatitis, miocarditis, y creía que ya estaba listo. Ahora me he dado cuenta de que en los procesos virales muchas veces hay infección simultánea de varios órganos. Por ejemplo es frecuente que me encontrara en un mismo caso, una neumonía atípica y una gastroenteritis o una miocarditis o una encefalitis. Dos o tres cosas de éstas juntas. Esto lo observé muy claramente en la epidemia de mononucleosis de 1955. Entonces uno se da cuenta de que estos procesos virales son virosis, infecciosas virales de todo el organismo; y el virus no tiene por qué quedarse solamente en el cerebro y dar una encefalitis o solamente en el hígado y dar una hepatitis.

Como los fenómenos digestivos son frecuentes en las encefalitis y como frecuentemente hemos encontrado pigmentos biliares y urobilina en la orina y reacción de Hanger positiva en los encefalíticos, damos protectores hepáticos.

Dr. Quintero: Aquí el Dr. Negrette tiene unos resultados de exámenes practicados en los sueros de algunos habitantes de Maracaibo.

Dr. Negrette: Hubo un paciente que sufrió un proceso infeccioso con cefalea, mareos, náuseas. Este paciente era médico y no pudo encasillar el cuadro en ninguna parte. Como estábamos en el mes de septiembre y se debatía entonces que había algunos procesos virales, él se hizo sacar un poco de sangre y envió el suero a un familiar en Caracas, para que le hiciera practicar investigaciones virales. El familiar lo envió a Trinidad y simultáneamente fueron enviados a este mismo laboratorio, sueros de diferentes partes del país.

Dr. Quintero: Entonces, ¿estos sueros no corresponden a los pacientes?

Dr. Negrette: No corresponden.

Dr. Quintero: Entonces eso corresponde a una muestra no seleccionada y muchas de estas personas podían no haber padecido clínicamente la infección. Una de las pruebas que se utiliza en virología es la de la neutralización. O sea la protección de animales contra un virus por el suero de personas que han sido atacadas por el virus previamente y que han desarrollado defensas o anticuerpos contra ese virus. O también ciertos fenómenos de aglutinación de sangre de ciertos animales, que son aglutinados por los virus y cuando se añade suero a sangre de personas que han sido infectadas por el virus, inhiben la aglutinación. Es un fenómeno fácil de ver: el virus aglutina la sangre, pero si se añade suero de

una persona que ha sido infectada por el virus y que por consiguiente ha desarrollado anticuerpos, no hay aglutinación.

En un informe del "Trinidad Regional Virus Laboratory" se lee lo siguiente:

"Sueros enviados de Maracaibo. — Los tests de inhibición de la hemoaglutinación y neutralización demostraron alto poder de inmunidad para el virus Trinidad 1751 Dengue. De los resultados del test de inhibición de hemoaglutinación, se vió que otro grupo de Virus B, probablemente virus de San Luis u otros virus afines, han estado activos en Maracaibo. 11 de septiembre de 1959".

CONCLUSIONES:

- 1.—*Nueva prueba biológica:* Se habla por vez primera de alteraciones morfológicas en las células sanguíneas de pacientes con encefalitis epidémica; cuyo estudio facilitará la comprobación del diagnóstico de encefalitis viral. De esta manera, la encefalitis entra a engrosar el grupo de las enfermedades en las cuales se han descrito alteraciones en las células sanguíneas.
- 2.—*Nuevo tratamiento:* Por primera vez también, hablamos de la tetraciclina como tratamiento específico de una encefalitis epidémica.
- 3.—En Maracaibo hubo encefalitis epidémica durante casi todo el año de 1959. Probablemente se trató de Encefalitis de San Luis.

MORFOCITOLOGIA HEMATOLOGICA Y PROCESOS VIRALES

Es propicia la oportunidad para comentar que empezamos a ocuparnos de este aspecto hace seis años, a partir de una epidemia de mononucleosis infecciosa que estudiamos. A partir de esta experiencia, y en presencia de una encefalitis epidémica, era lógico que hiciéramos una investigación de citología sanguínea. Como en mononucleosis, aquí también hemos encontrado células vacuoladas y linfocitos atípicos.

En nuestro Departamento, los estudiantes de cuarto y quinto año de medicina (redactores de esta revista) que realizan investigaciones citohematológicas, han hecho hallazgos similares en sarampión, varicela, parotiditis, poliomiелitis, herpes zóster, hepatitis viral.

Sabemos también que otros procesos no virales pueden presentar células vacuoladas. Nuestros técnicos laboratoristas Gabriel Solís y Darío Parada, han encontrado células vacuoladas, respectivamente, en peritonitis por perforación apendicular y en pacientes con emponzoñamiento ofídico.

Pensamos por eso que la justa valoración de estos datos hematológicos necesita de una estrecha relación con el estudio clínico del paciente.

Hemos hecho frotis sanguíneos en tiempos diversos. En la etapa de viremia (primeros cinco días de la afección) y mucho después: diez, quince, treinta días y más, después de iniciado el proceso infeccioso. Prácticamente siempre se encuentran alteraciones que varían con el lapso de evolución y el grado de severidad de la afección (y no siempre proporcionalmente).

La detallada descripción de todos los hallazgos y el definitivo valor que se pueda otorgar a las alteraciones hematocitomorfológicas en procesos virales, pertenece al futuro y marcará el final de nuestro actual proceso de investigación.

El autor de la presente comunicación elemental sobre encefalitis epidémica, piensa que en un paciente con clínica de encefalitis epidémica, el hallazgo de estas alteraciones representa un signo patognomónico, de mayor valor que el estudio del líquido céfalloorraquídeo, más fácil de lograr y de mayor grado de positividad que todos los exámenes complementarios conocidos hasta hoy.

En las páginas siguientes se muestran algunas microfotografías (tomadas por el autor, con equipo corriente de microfotografía, anillo de adaptación para cámara Contax III, y microscopio Zeiss Winkel), de sangre periférica de pacientes a quienes diagnosticué encefalitis epidémica (sangre obtenida por punción digital y, por tanto, sin uso de anticoagulantes).

