

ENCEFALITIS EQUINA VENEZOLANA.
MANIFESTACIONES CLÍNICAS INICIALES

— **Dr. Américo Negrette**

—Director del Instituto de Investigación
Clínica. Profesor de la Cátedra de
Medicina III.

COLABORADORES:

Bres. Leonelo Soto, Nerio Fernández, Gustavo Baptista, Rolando Torres, Ennio Ferreira, Rafael Díaz, Jorge Alieu, Nelio Galué, Fernando Picado, Alfredo Villalobos, Arnaldo Luzardo, Nelson Portillo, José Brito y María P. Díez Negrillo; Dr. Hernán Ferreira, Lab. Clín. Gabriel Sulbarán Solís.

CONSIDERACIONES GENERALES

La presente comunicación preliminar, que pretende ser un resumen escueto de las manifestaciones clínicas iniciales en la encefalitis equina venezolana, ha sido preparada por un grupo de miembros del Instituto de Investigación Clínica de la Facultad de Medicina de la Universidad del Zulia, con un grupo de estudiantes colaboradores.

Se hicieron historias clínicas sencillas en las cuales básicamente se consigna el motivo de consulta y las manifestaciones clínicas más evidentes. Casi todas las hicieron los estudiantes de medicina, con el asesoramiento y control del Personal del Instituto de Investigación Clínica. El hecho de que todo el trabajo fue realizado en un día, además de que también debió dedicarse tiempo a la asistencia de los pacientes desde el punto de vista médico y terapéutico, y a tomar las muestras sanguíneas que permitieron identificar el virus por el personal científico del Instituto Venezolano de Investigaciones Científicas (Caracas), permite explicar por qué las historias debieron ser necesariamente breves. Por otra parte, la gran cantidad de enfermos y las limitaciones del tiempo, nos permiten decir con toda franqueza, que pensamos que porque no aparezca en la lista determinado síntoma o signo neurológico, no debe deducirse que con absoluta seguridad no existió. Es criterio nuestro que estos datos estadísticos representan los hallazgos que fueron más evidentes durante la epidemia, pero que existe la posibilidad de haber encontrado más elementos en caso de que hubiéramos dispuesto de más tiempo para interrogar y explorar más detenidamente a los pacientes. Lo que sí podemos con todo rigor afirmar, es que lo aquí señalado, síntomas y signos, era verdaderamente evidente.

En el primer viaje, visitamos las poblaciones de Paraguaipoa y Sinauca. En la segunda oportunidad, los alumnos recorrieron las poblaciones de El Moján y Saboneta de Palmas, y las islas de Toas y San Carlos.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Paraguaipoa.— Se revisaron nueve pacientes; siete niños y dos adultos. Las edades de los niños estuvieron comprendidas entre nueve meses y ocho años. De los dos adultos, uno tenía veintiocho y el otro cuarenta y cinco. Las manifestaciones dominantes fueron: fiebre (9 de

9 = 100%), cefalea (6 de 9 = 66%), vómitos (4), convulsiones (4), amigdalitis (3), letargia (2), dolores ósteoarticulares (2), astenia (2). Las siguientes manifestaciones, las presentó algún paciente solamente: escalofríos (1), diarrea (1), conjuntivitis, dolor de garganta, faringitis, rigidez de nuca (Kernig positivo), bronquitis. De dolores ósteoarticulares, lógicamente, se quejaron solamente los adultos. Las manifestaciones convulsivas fueron presentadas exclusivamente por los niños.

Sinamaica.— Se revisaron cuarenta y dos casos. Las manifestaciones dominantes fueron fiebre (40 de 42 = 95%), cefalea (34 de 42 = 80%), vómitos (18 de 42 = 42%), convulsiones (9 de 42 = 21%). El 28% de los pacientes (12 de 42) presentó la tríada: fiebre, cefalea, vómitos. Las convulsiones fueron presentadas exclusivamente por niños (con edades que variaron entre 4 meses y 11 años). En orden de frecuencia, se presentaron estas otras manifestaciones: somnolencia o letargia (8), conjuntivitis (8), astenia (7), diarrea (6) (un adulto de 17 años y los demás, niños), escalofríos (6). Menos del 10% de los pacientes, presentaron algunas de las siguientes manifestaciones: dolor abdominal, erupciones cutáneas, rigidez de nuca, amigdalitis, sudoración, hipotermia, bradicardia, taquipnea, postración marcada, raquialgia, pérdida de la palabra, nistagmus, edema palpebral, bronquitis, insomnio, excitación, náuseas, vértigo, dolores ósteoarticulares, hiporreflexia, ataxia, abulia, epistaxis, tos.

El Moján (San Rafael de Mara).— Se revisaron veintiseis casos. Predominó la misma tríada de fiebre (23), cefalea (19) y vómitos (13). Siguiéndole, en orden de frecuencia, convulsiones (10) y faringoamigdalitis (8); diarrea (5), escalofríos (4), anorexia (4) y vértigo (3), y adenopatías (3). Uno o dos pacientes (7% o menos), presentaron alguna de estas manifestaciones: rigidez de nuca (1), astenia, nistagmus (2), disnea (2), taquicardia, tos, otalgia, lumbalgia, conjuntivitis, fotofobia, somnolencia, epistaxis, excitación, hiperreflexia, pérdida del conocimiento, hiporreflexia. De los diez casos con convulsiones, uno correspondió a un adulto de 17 años; los demás fueron niños todos. Uno de siete años, uno de cinco años y los demás de tres años o menos.

Isla de Toas e Isla de San Carlos.— Se revisaron catorce casos. Predominó la tríada de cefalea (14 de 14 = 100%), fiebre (9 de 14 = 64%), vómitos (7 de 14 = 50%). Siguen en frecuencia, la faringoamigdalitis (6), los dolores musculares (4) y los escalofríos (3). Conjuntivitis (2 = 14%), delirio (2) y dolores articulares (2). Un 7% de los pacientes (1), presentó: astenia, taquicardia, adenopatías, raquialgia, arreflexia, constipación, escalofrío.

Sabaneta de Palmas.— Aquí se revisaron cuarenta y cuatro casos. También se observó la mayor frecuencia de la tríada ya mencionada. Fiebre 39 de 44 = 88%, cefalea (26 de 44 = 59%), vómitos (21 de 44 = 47%). Siguieron: escalofríos (16 = 36%), somnolencia (8 = 18%), faringoamigdalitis (7), convulsiones (5), malestar (5), conjuntivitis (5), hiperreflexia (4), midriasis (3), artralgias (2). El dos por ciento de los casos (1), presentó: rigidez de nuca, hiporreflexia, astenia, obnubilación, bradicardia, hipotensión arterial, disnea, miastenia, ostealgias, irritabilidad. En esta población, de cinco casos que presentaron convulsiones, uno fue de 2 años de edad; y los otros cuatro, de 11 o más años.

SEXO

De los 135 pacientes revisados, 69 fueron hembras y 66 varones. Lo que prácticamente equivale a decir que la incidencia de la encefalitis equina venezolana, en esta epidemia, ha sido igual para ambos sexos.

En las diferentes poblaciones afectadas, las cifras para hembras y varones, respectivamente, fueron: Paraguaipoa: 4 y 5; Sinamaica: 19 y 23; El Moján: 14 y 12; Isla de Toas e Isla de San Carlos: 7 y 7; Sabaneta de Palmas: 25 y 19.

EDAD

La repartición de casos por grupos de edades, fue la siguiente: De 0 a 10 años: 73 casos; de 11 a 20 años: 36 casos; de 21 a 30: 10 casos; de 31 a 40: 7 casos; de 41 a 50: 6 casos; de 51 a 60: 1 caso; de 61 a 70: 0 casos; de 71 a 80: 2 casos.

RESUMEN

- Se revisan, brevemente, 135 casos de encefalitis equina venezolana.
 - Más del 45% de los pacientes (63), presentaron la tríada: fiebre, cefalea, vómito. Noventa y nueve casos tuvieron cefalea. Ciento veinte casos tuvieron fiebre. Las convulsiones fueron más frecuentes en los niños.
 - La incidencia de casos fue igual para ambos sexos.
 - El 80% de los casos (109) estuvo en edades comprendidas entre 0 y 20 años.
-

Alejandro J. N. Yersin.

Nació en Rougemont, Suiza. Estudió en Lausana, Marburg y París. Descubrió el bacilo que produce la peste y logró la preparación de un suero para el tratamiento de esta enfermedad. De los primeros 26 enfermos tratados curaron 24. Gracias a la seroterapia, la mortalidad en la epidemia que desolaba a Bombay en aquella época, bajó del 90 al 40%. El suero tiene valor profiláctico cuando es aplicado en las horas que siguen al posible contagio. Por sus trabajos sobre la peste, recibió en 1927 el gran premio Lecoutt, otorgado por la Academia de Ciencias de París.