

# REVISTA DE LA FACULTAD DE MEDICINA

Director, Profesor JORGE E. CAVELIER

VOL. IV

Bogotá, diciembre de 1935.

N.º 6.º

## CONTRIBUCION AL ESTUDIO DE LA PATHOLOGIA CALDENSE

Dr. JOSE MIGUEL RESTREPO  
ANSERMA (Caldas).

*Anotaciones clínicas sobre bubón climatérico.*

Desde el año de 1924 en que me radicué en Anserma y he ejercido la profesión en algunos pueblos del occidente de Caldas he observado unos 28 casos de lo que se viene llamando, tal vez impropriamente, bubón tropical —que algunos consideran como cipridopatía— llamándola cuarta enfermedad venérea. Al principio fueron casos esporádicos, rarezas clínicas, difíciles para diagnosticar y por lo tanto de tratar con alivio o curación; en los años de 29 y 30 fueron más frecuentes, sorprendiendo la atención que todos procedían de la carretera que entonces se construía del puerto de La Virginia sobre el río Cauca a esta cabecera; de esa época para acá los he visto procedentes de veredas de este municipio y de pueblos vecinos como Quinchía, Guática, Mocatán, etc., etc. Ya el diagnóstico lo hago con mayor facilidad, y el tratamiento, basado en los antimoniales químicamente puros que hoy se hallan en el comercio, es en un porcentaje alto, de resultado benéfico y halagador. No es enfermedad local simplemente, y si la presencia del bubón es lo que atemoriza al enfermo y obliga a recurrir al médico, éste tiene que ver que aquello es tan sólo la manifestación inguinal de una entidad que ataca el organismo a la manera de enfermedad infecciosa y que lo debilita y emacia hasta llevarlo al marasmo. De la observación de los casos tratados se desprende que a la enfermedad la caracterizan síntomas generales, síntomas, o mejor, signos ganglionares inguinales y en ocasiones manifestaciones cutáneas extragenitales o a distancia.

La enfermedad principia en la mayoría de las veces por una mono-adenitis dura, poco dolorosa, que el paciente nota en los movimientos de flexión del muslo sobre la pelvis, como al subir una escalera, al sentarse en cuclillas, y que tres o cuatro días después se extienda a los ganglios inguinales superiores e internos, ya con dolor vivo, dificultad para la marcha, malestar general, cansancio, escalofríos, temperatura oscila-

lante entre 38 y 40 grados que da sospecha de un ataque agudo de paludismo y cuya duración es de ocho a quince días; otras veces la adenitis aparece de sopetón, sin más síntomas que la molestia inguinal o el dolor y adolorimiento de las masas musculares del muslo y la pierna, viiniendo los síntomas generales más tarde, cuando se ha constituido la flogosis ganglionar; tal es el período inicial. Luégo viene el período de estado o constitución de la enfermedad, en el cual predominan los signos de la inflamación ganglionar. Esta flogosis se ha extendido ya a los tejidos circundantes, reuniendo los ganglios entre sí, y después a la piel que los recubre, formando una capa infiltrada, irregular, móvil, sobre el plano profundo, movilidad que constituye lo que se llama signo de la conmoción, encontrable aun en aquellos casos avanzados de ganglios voluminosos y de aspecto violáceo; este período está acompañado de alzas térmicas con diagrama semejante al de las fiebres de inflamación. Por último viene el período de supuración, la que se efectúa por pequeños focos, múltiples, pero aislados, en el parénquima, formando numerosas fistulas que es la característica anatomo-patológica de la poradenitis, y ésta el distintivo clínico de la enfermedad; en veces el aspecto es el de un panal de miel, a través de cuyos agujeros sale una gota de pus: ésta es viscosa y filante; de las fistulas, unas cicatrizan para aparecer otras, durando este proceso meses y aun años desde que la enfermedad se deje sin tratamiento; la infiltración gana poco a poco otros ganglios, haciendo que la piel vecina pierda su elasticidad; hay veces —por cierto no muy comunes— que el tumor ocupa la zona comprendida entre la espina ilíaca ántero-superior y el pubis, o sea la base del triángulo de Scarpa. A estos signos se agrega una adenitis ilíaca interna voluminosa que se percibe palpando la parte inferior del abdomen, adenitis que se siente adherida a las partes profundas, que no supura jamás y que desaparece espontáneamente, sin tratamiento, cuando se obtiene la curación de la adenitis inguinal.

Los síntomas generales pueden observarse en todos los períodos, aunque hay desconcertantes variaciones individuales; así, por ejemplo, la fiebre puede ser continua, con leves remisiones matinales, fluctuante entre 38 y 40 grados durante el período inicial y una vez constituido el bubón; amaina un poco, remite dos o tres días, queda en una febrícula y desaparece cuando ya se inician las pequeñas zonas de supuración; otras veces la temperatura es alta durante el período de principio únicamente, siendo afebriles los otros períodos de la evolución; recuerdo un caso en el cual la fiebre no pasó nunca de 38 grados y se sostuvo así hasta el final; en ocasiones el diagrama semeja el de una fiebre entérica o el de una palúdica en su forma clínica de remitente tifoidea; recuerdo otro caso en que la fiebre remitente se prolongó por espacio de 25 días, con adinamia, trastornos digestivos, enflaquecimiento extremo, extenuación tan marcada que daba la impresión de un cuadro tuberculoso. A la fiebre acompañan siempre adinamia y copiosos sudores nocturnos; la desaparición de éstos presagia casi siempre la mejoría

o la curación; dolores musculares que hacen que el enfermo busque instintivamente aquella posición que mantenga en flexión o descanso las masas musculares. Desaparecidos los fenómenos generales renace el apetito, reaparecen las fuerzas y paulatinamente viene la desaparición o disminución del tumor.

Hay casos en que se observan manifestaciones cutáneas extragenitales o a distancia, aparecidas casi siempre que la sintomatología general e inguinal ha alcanzado su fastigio: como tales pueden calificarse los brotes o estallidos de pápulas o de vesículas en los antebrazos, muñecas, cara externa de la pierna, rodillas, etc., etc.; en un caso que trataba con solución al centésimo de tártaro emético se presentaron en la cara externa y posterior de ambos antebrazos unas pápulas grandes que simularon un ataque regional de urticaria gigante; en otro, tratado con fuadina, aparecieron sobre la cara tibial de la pierna ampollas grandes semejantes a las que acompañan el zona zóster, manifestaciones cutáneas muy dolorosas, invalidantes, que desaparecieron con la prosecución del tratamiento estibiado, lo cual indica que no fueron expresiones de intolerancia para dichas substancias, que siéndolo se debieran haber exacerbado; otro enfermo tratado también con antimoniales, presentó —una vez desaparecidos los síntomas generales— en la cara externa de las tibias unos nódulos semejantes a los que ofrecen ciertas formas clínicas de leismaniosis cutánea que no llegan a la supuración ni alcanzan a ulcerarse y que siguen el trayecto de los vasos colectores de linfa.

De modo que en la sintomatología de lo que se llama bubón tropical hay síntomas *locales ganglio-inguinales* que la hacen aparecer como enfermedad venérea, *síntomas generales* que la presentan como enfermedad infecciosa con predilección por la localización inguinal y *síntomas extra-genitales cutáneos* que denuncian la intoxicación o repercusión en todo el organismo y que se ofrecen como manifestaciones concurrentes o tardías a la aparición en los ganglios de la ingle.

Respecto a la etiología se han lanzado varias hipótesis y de ahí varias teorías entre las cuales vale la pena comentar las más cercanas de la verosimilitud. Nicolás Fabre y Durand la consideran como venérea y sostienen que pocos días antes de aparecer la adenitis, el sujeto ha tenido pequeñas soluciones de continuidad en la piel o en sus mucosas genitales con aspecto de vesículas herpéticas o de sifilides mucosas, aunque sin el cráter característico de la chancrela; estas erosiones desaparecen sin dejar huellas, no duelen y hasta pueden pasar desapercibidas; otras veces hay balanitis, o balano-postitis, o una uretritis no gonocóccica; otras, en fin, en que se presenta un chancro mixto en donde la puerta de entrada está asociada a la sífilis, a la chancrela de Ducrey o a la simbiosis de estas dos, es decir, al chancro híbrido de Rollet, pudiendo entonces observarse síntomas correspondientes a estas

dos entidades.

Hudelo considera que para el desarrollo del bubón tropical es indispensable que el terreno sea sifilítico. El profesor Prost, de Friburgo, afirma que "el virus hipotético de los bubones climatéricos vive probablemente como saprofita en la vagina de las mujeres de color". Refiriéndonos a este concepto y teniendo como apoyo la rareza de los bubones en las mujeres, el profesor Pautrier, de Estrasburgo, plantea este problema patogénico: el saprofitismo de ciertos microbios o virus al nivel de los órganos genitales de la mujer y la posibilidad que tienen, sin embargo, de provocar contaminaciones que explicarían la frecuencia creciente de los bubones que describieron Muller y Justi.

G. Petges observó dos casos de linfo-granulomatosis conyugal y uno de un sujeto que presentó después de los síntomas de esta enfermedad, una adenitis inguinal de origen sifilítico, con ganglios característicos en el cuello, con angina y con resultado serológico positivo; esta concurrencia de infecciones emanadas del mismo coito le hacen aceptar el origen venéreo del bubón climatérico.

El doctor Gustavo Uribe Escobar, rector del Instituto Profiláctico de Medellín, apoyándose en su larga experiencia sobre numerosos casos acepta el origen venéreo de esta enfermedad.

Otros autores, la mayoría si se quiere, en vista de los efectos sorprendentes de los antimoniales en el alivio y curación de esta dolencia, la reputan como producida por leismanía, hemoflagelado que no resiste la influencia de aquella substancia que es considerada como específica de las leismaniosis, aunque es preciso tener en cuenta que son muchos los casos que se resisten a tal medicación. Unos han opinado que su agente productor es el *calymato bacterium granulomatis*, nombre dado por Vianna y Aragao a las formas ovales descritas por Donovan primeramente, que aquéllos identificaron con tal denominación; estas formas ovales fueron cultivadas en el medio de Sabouraud por Mac Intosh, cultivo que ha fracasado en otros investigadores. Kleeberg cree que existen estrechas relaciones entre el linfogranuloma y el eritema nudoso, considerando que en ambos se trata de un brote de productos sépticos o tóxicos; basa esta opinión en la observación de una mujer con erosiones en la horquilla vulvar y bubón inguinal voluminoso, sin treponemas ni estreptobacilos, la cual al mes presentó eritema nudoso en la pierna derecha, desaparecido el cual vino un brote de erosiones aftosas en los pequeños y grandes labios, sin hallar ningún bacilo. En esta observación queda la duda que el estallido de eritema hubiera sido más bien una manifestación cutánea extragenital del mismo linfogranuloma.

En el litoral del río Magdalena, especialmente en el municipio de Barrancabermeja, estos bubones son de observación frecuente, y allí pude comprobar en los antecedentes de los bubonosos la presencia o la concomitancia de lo que en esa región se llama sabañones, que en acuerdo de dermatólogos es una micosis; se me hace verosímil la hipótesis

de que esta dermatitis sea la puerta de entrada para el agente que produce la poradenitis, el cual alcanzaría los ganglios por la linfangitis que aquélla origina, y que no debe de ser hongo por la ineeficacia de la medicación yódica, específica de las fungosis.

Para otros es más racional, hoy por hoy —no resistiendo los germenes sindicados todas las pruebas de laboratorio exigidas por la ley de Koch sobre la especificidad de un micro-organismo— considerar el bubón tropical como un síndrome ganglionar producido por distintos factores, con lo cual se explicaría la diversidad de opiniones al respecto y la no absoluta especificidad del tratamiento estíbiado.

Todos los que han estudiado esta enfermedad sostienen que es más común en aquellos sitios de gran movimiento de población flotante, como son los puertos, las empresas ferrocarrileras, carreteras, etc., etc., portándose en esto como cualquier enfermedad infecto-contagiosa, y especialmente las venéreas.

Para hacer el diagnóstico se emplea la intradermo-reacción, que se considera como característica de la enfermedad, traduciéndose, según Frei, por una flictena, por un pápula que se ulcera poco después de iniciados los síntomas y que persiste largo tiempo después de la curación. El antígeno de Frei está constituido por pus recogido asepticamente mediante punción de ganglios enfermos, pus que se diluye en 5 o en 7 partes de suero fisiológico calentado dos veces durante una hora a la temperatura de 60 grados, y comprobado desde el punto de vista de su esterilidad; inyectado en el dermis la reacción se traduce por una pápula, una pápulo-vesícula o pápulo-pústula. Nicolás, Fabre y Durand usan para la intradermo-reacción un extracto glicerinado de ganglios linfo-granulomatosos extirpados quirúrgicamente y tratados de igual manera que las médulas de conejo para la preparación de la vacuna antirrábica de Pasteur.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con la linfogranulomatosis maligna llamada también enfermedad de Hodking-Sternberg, adenia de Trouseau, linfoma, linfadenoma aleucémico y pseudoleucemia; ésta se caracteriza por la hipertrofia progresiva e indolora de un grupo de ganglios de preferencia a nivel del cuello, donde se inicia; los ganglios aumentan de volumen pero quedan independientes los unos de los otros, móviles sobre los planos profundos y bajo la piel, forman un paquete saliente y abollado, a menudo muy voluminoso, son de consistencia blanda y elástica, pero *nunca supuran ni ulceran los tegumentos*. Todo los demás grupos ganglionares pueden hipertrofiarse, como también los demás órganos linfoides: amígdalas, placas de Peyer, bazo, etc., etc.

El granuloma de los alemanes es la adenia pruriginosa eosinófila, reputada como localización inguinal y exclusiva de la enfermedad de Hodking-Sternberg. Las adenopatías supuradas comunes se reconocen

clínicamente en que carecen de las numerosas fistulas que constituyen la poroadenitis, y en el laboratorio por la presencia de gérmenes supurativos en examen directo y en piocultivo, pruebas negativas en el bubón tropical.

Las adenopatías sifilíticas terciarias, aunque son muy raras, se presentan a confusión, siendo a veces muy difícil el diagnóstico diferencial: los antecedentes y la concomitancia de otros síntomas propios de las lúes ayudarán a zanjar la dificultad. El diagnóstico con la tuberculosis la peste, el cáncer, etc., etc., se hace con los signos propios de estas entidades, con su localización, el terreno, antecedentes, etc., etc.

Respecto al tratamiento es bueno tener en cuenta que después de ensayar multitud de substancias que en manos de los experimentadores dieron resultados relativamente halagadores y fracasos en los demás, las únicas que sirven son: los antimoniales aplicados en inyección intravenosa entre los cuales los mejor reputados son los compuestos orgánicos como la fuaídina y el antimosán, que dan un porcentaje tan alto de curación que en veces es de totalidad; son muy superiores al tártaro emético que siempre produce reacciones fastidiosas, como tos, que puede durar mucho rato; es una tos seca de tipo superior, muy mortificante, náuseas, vómito, vértigo, etc., etc.; éste se usa en solución al uno por ciento, de la cual se aplica una inyección cada dos días en dosis progresiva hasta alcanzar al de diez centigramos, dosis que se repite cuatro o cinco veces. Hay casos, sin embargo, que se resisten al tratamiento estibiado, aunque se usen las preparaciones de mayor reputación comercial, de tal modo que el diagnóstico se pone vacilante, comprometiendo al médico a buscar otras terapéuticas, que también resultan ineficaces; parece en tales casos que fuera indispensable que el organismo se impregnara en su totalidad de la substancia medicamentosa para que su acción fisiológica se desplegara en su totalidad, porque pasada la tregua o descanso otras dosis de antimoniales despertan la evolución hacia la mejoría.

Desde el año de 1933 los doctores Chevalier y Fiehrer señalaron los buenos resultados obtenidos con la medicación salicilada, no sólo por vía bucal si que también intravenosa; dicen que la secación de las fistulas es inmediata, pues los focos purulentos se reabsorben con rapidez, siendo más notables los resultados cuando el bubón es reciente y no se ha iniciado la supuración; la dosis es de 4 gramos en ingestión en las 24 horas y de 2 gramos en inyección endovenosa, usando una solución diluida y absolutamente esterilizada. El tratamiento máximo ha durado veinte días. Ensayé esta medicación por vía oral en un enfermo tratado con solución de tártaro emético y me dio la impresión de que sí apresuró la evolución hacia la cura en menos tiempo del gastado en casos similares; valdría, pues, la pena de ensayarla sola, a ver los resultados que puede dejar.

El método del doctor Photinos de Atenas consiste en inyecciones de

glicerina esterilizada en la cavidad de los ganglios después de abertura de los bubones. Inyecta directamente la glicerina en el parénquima ganglionar, extrayendo primero el pus, si las lesiones están muy supuradas; la dosis es de 2 c.c. cada cuatro días, no pasando la dosis total de 12 c.c.; la mejoría de los bubones es manifiesta desde las primeras inyecciones; al fin del tratamiento puede quedar un resto de adenopatía, pero de ganglios pequeños e indoloros; la reacción de Frei puede quedar positiva.

Otras substancias ensayadas y aun ensalzadas, como la emetina y solución de Lugol por vía endovenosa, la terapia por sangre, proteínas, leche, peptonas, propidón, autovacunas, etc., en puridad de verdad no sirven para nada; algunos cuentan buenos resultados con el sulfato de cobre amoniacial en solución al 4% en inyecciones diarias de 1 c.c. durante diez días consecutivos y cada dos días después, durante una semana; la inyección debe prepararse a tiempo de aplicarla y debe hacerse con suma lentitud; en varias ocasiones que para ésta y otras enfermedades la he aplicado, me dí cuenta de que produce una sensación de quemadura a lo largo de la vena utilizada, aunque haya sido estricta y rigurosamente intravenosa; es una reacción mortificante para el paciente y muchísimo más para quien la aplica, por lo cual no tiene recomendación.

Como tratamiento quirúrgico se ha recurrido a la extirpación total del tumor, que da buenos resultados, aunque puede interrumpir el curso de la linfa y acarrear una elefantiasis; y también a la extirpación de los ganglios inguinales únicamente, con lo cual retroceden las masas ilíacas que aunque no supuran, siempre guardan en su interior pequeños abscesos; estos fueron procedimientos usados antes de conocerse el efecto quasi específico de los antimoniales, y a los que se debe apelar en aquellos casos que desconciertan por su rebeldía o resistencia.

*Advertencias.* En ninguna de las historias clínicas seguidas pude apreciar puerta de entrada genital; ocho denunciaban antecedentes remotos de sífilis, mal tratada. Tres casos se refieren a prostitutas, en una de las cuales, según decía, había sido posterior a uno similar de su querido. En 28 casos, 12 revistieron síntomas generales de enfermedad infecciosa. La aparición en esta provincia coincidió con intensificación de las obras públicas, especialmente en la carretera Villegas-Arquía. En ninguno comprobé brote de púrpura ni esplenomegalia. Opino que sería mejor la denominación de síndrome de bubón climático, denominación temporal mientras se identifica el agente o agentes productores, ya que hay motivos para considerarla de origen venéreo unas veces, otras como leismaniosis y algunas en que aparentemente no hay qué sindicar. Tampoco he visto las infiltraciones vulvares, las fistulas recto-vaginales ni el estiomeno o síndrome de Yersid, reputados hoy como dependientes del mismo cuadro sintomático. Tratándose de individuos de holgura pecuniaria lo mejor sería aconsejarles el tratamiento por los rayos X, que dá magníficos resultados siempre que se efectúe en los primeros días antes de que se inicie el período de supuración o fistulación.