

EN TORNO DEL SARAMPION

Por el doctor *Rafael Martín Rodríguez.*
Prof. Agregado de Patología Médica.

Con motivo de la reciente epidemia de sarampión, me ha venido la curiosidad de revisar en los textos clásicos los capítulos relativos a esta enfermedad, encontrando que existe una notoria diferencia entre la teoría y la realidad, no sólo en lo tocante a la sintomatología, sino en varios otros aspectos de la entidad patológica como son el diagnóstico precoz, la profilaxis, etc., etc.

Todos nosotros sabemos que las enfermedades, sobre todo las agudas y epidémicas, cambian en cuanto a la sintomatología, las complicaciones y el pronóstico, según la raza, el clima, las costumbres, el género de alimentación, el carácter o "genio" epidémico, etc., etc. Bástanos recordar que la escarlatina tiene un pronóstico fatal en Inglaterra y que el reumatismo de Bouilaud, tiene en aquel Reino Unido, una simpatía por el endocardio ^{superior} a la que se observa en nuestros países. Sería largo enumerar, pero la sífilis rural es distinta de la adquirida en los grandes centros, y en lo tocante al Sarampión se observa que si entre los sajones da un alto índice de mortalidad, entre nosotros apenas sí un 1/2%.

Motiva la siguiente charla sobre el sarampión, el haberme tocado manosear 150 casos, al mismo tiempo que haber palpado, como para pregonar a voz en cuello, la bondad de la vacunación, su inocuidad y la benignidad con que evoluciona la dolencia en aquellos casos en que vacunamos durante el período de incubación del morbo.

Comby y Cestan definen el sarampión como una fiebre eruptiva caracterizada por "un catarro óculo-nasal premonitor y por manchas rojizas diseminadas en todo el cuerpo".

No vi ningún caso de catarro óculo-nasal premonitor al exantema: es más bien un catarro laringo-traqueo-bronquial, que precede, acompaña y perdura unos 15 días después de la iniciación de la convalecencia. Apenas sí una ligerísima rubicundez de la conjuntiva, pero nunca lagrimeo ni fotofobia. La tal traqueo-bronquitis se manifiesta por una tos seca, ronca, ferinoide, pues algunas veces es quintosa, fenómenos estacásticos de

bronquitis, (estertores roncantes y algunas veces subcrepitantes), en el 40% de los casos; en el 60% se oye simplemente una respiración ruda.

A todos estos signos y síntomas, se agregan dos más, que son satélites indispensables, antes de la aparición del exantema: la cefalalgia y la enteralgia. La cefalalgia es intensa, resistente a toda medicación, se localiza en la región parietal y dura día y medio más o menos. La enteralgia es un síntoma fugaz, semejante en cuanto a su duración, a la cefalalgia.

¿Cómo explicar estos dos últimos síntomas? Se me ocurre que siendo como en realidad lo es el sarampión, una enfermedad en la cual dominan los síntomas vasculares, antes del fenómeno exantemático hay una vasodilatación profunda, dijéramos visceral, y esta congestión interna provoca la hipertensión del líquido cefalo-raquídeo y por consiguiente dolor de cabeza; la rica red neuro-vascular del tronco celiaco sería el centro de un proceso de dilatación dolorosa y por lo tanto de aparente enteralgia de localización preferentemente epigástrica. Se desprende de aquí, la razón que tiene el vulgo de que entre mayor y más precoz sea el brote exantemático, mejor dicho, entre más salga al exterior, menos grave es en todo sentido la evolución de la enfermedad. Y el ambiente y los textos preconizan la medicación destinada a llevar *hacia afuera* el morbo. Una congestión activa interna se presta a graves fenómenos de infección secundaria, menos mal reemplazarla por fenómenos congestivos de la piel, que traen descamaciones, y piodermitis que no incomodan tanto como las enteritis disenteriformes, las otitis, las estomatitis y anginas de Vincent y la fatal bronconeumonía, de la cual no he visto salvarse sino un caso.

Los clásicos hablan del *Signo de Koplik* como de gran interés para "el diagnóstico precoz del sarampión". "Ya antes del período de invasión se puede diagnosticar el sarampión aun antes de la aparición del enantema y del exantema característico, por el Signo de Koplik. (Appert, Pehu).

En el campo de la realidad, el Signo de Koplik *no tiene valor en el diagnóstico precoz del sarampión*. El Signo de Koplik aparece al mismo tiempo que el inconfundible exantema. En el 50% de los casos los pequeños puntos blancuzcos se hallan situados sobre una mucosa roja; en el 40% sobre una mucosa bucal exangüe, y en el 10% el signo no existe. Es muy gráfica la comparación aquella de que el tal signo parece como si sobre la cara interna de la mejilla se hubiese espolvoreado un poco de azúcar. Al frotar con el dedo aquella parte interna de la mejilla, los pequeños puntos blancos permanecen intactos. Debemos tener presente que la leche al coagularse en la boca puede dar un aspecto semejante, pero estos pequeños puntos blanquecinos se desprenden con facilidad al menor frote.

En total, el signo de Koplik existe en el 90% de los casos de sarampión y es patognomónico de esta afección, pero no tiene valor en el diagnóstico precoz de ella.

Me han llamado la atención algunas características del exantema de esta fiebre eruptiva. Lo curioso de su aparición. Principia por la cara y en aquellos muchachos que tienen la cabeza rapada, se notan las manchas circinadas eritematosas. Posteriormente invade el cuello, luego los brazos y el tórax y por último las piernas.

Este detalle es característico, propio del sarampión. Se le compara a una ducha de agua que primero invade la cabeza, luego la cara, el cuello, etc., y por último los miembros inferiores.

Cuando es intenso el brote en la cara, puede ésta edematizarse hasta dar el aspecto erisipelatoide del "mago chino". Las orinas de estos enfermos no tienen albúmina.

Es hasta hoy imposible, antes de la aparición de las manchas exantemáticas, hacer el diagnóstico precoz del sarampión.

En tres días la temperatura vuelve a la normal, después de un máximo de 39° y hasta 40°, que se sostienen durante 12 horas. Esto en los casos normales, libres de complicaciones.

La complicación pulmonar del sarampión afortunadamente no es muy frecuente. (1% dentro de nuestras observaciones). En cambio su gravedad es inmensa. Puede decirse que es mortal. Si la temperatura se sostiene por más de 24 horas entre 39° y 40°, debemos estar alerta porque bien pronto se presentarán los demás signos y síntomas de la bronconeumonía. Estertores diseminados y sobre todo la disnea, el insomnio, la intoxicación y la cianosis. La evolución de la complicación pulmonar hacia la muerte, se hace en 8 días.

La descamación dura 30 días y hasta 2 meses, una vez iniciada la defervescencia.

La estomatitis es una complicación frecuente del sarampión. 50% de los casos observados por mí. Se presenta tres o cuatro días después del período de estado. La mucosa de los alvéolos sangra a la menor presión; fuliginosidades y como membranas grisáceas en las encías y en la mucosa de las mejillas, glositis y fetidez del aliento; cialorrea y algunas veces trismus. Su pronóstico no es grave. Evoluciona en 10 ó 15 días. La hemos tratado con toques de azul de metileno solusalvarsán intramuscular a la dosis de medio centigramo por kilo de peso y buches de una solución de clorato de potasa.

Otra complicación frecuente es la otitis. Su aparición es tardía y cura por los procedimientos clásicos. Frecuencia, 5% de los casos de sarampión.

Tal vez la más frecuente de las complicaciones es la diarrea. Muchas veces esta diarrea llega a presentar todo el cuadro clínico de la enteritis disenteriforme. Deposiciones abundantes con moco y sangre, fiebre no muy alta, enflaquecimiento y pérdida del apetito. Es nula la acción de la emetina. Nos ha dado muy buenos resultados el bacteriófago para cuya administración es necesario excluir toda medicación por vía bucal.

Pero algo verdaderamente interesante y que no dudamos en recomendar, es el tratamiento preventivo de sarampión por el Suero de Convaleciente. El del Laboratorio Nacional de Higiene es el que hemos usado, 5 y 10 c. c. por vía intramuscular, no producen reacción local ni general. 50 niños que se encontraban en un foco epidémico, fueron vacunados por este procedimiento y de ellos sólo 5 hicieron la enfermedad de manera más benigna que en los casos no vacunados. Tenemos una observación todavía más interesante: se trataba de una joven institutriz que cuidaba tres niños cuya edad fluctuaba entre 5 y 10 años. Presenta los primeros síntomas del sarampión y rápidamente el exantema clásico. Fueron vacunados sin dilación estos tres niños y hasta la fecha, (dos meses después), no han adquirido la enfermedad.

Según mi experiencia la vacuna antisarampionosa inmuniza contra la enfermedad en un 90% de los casos. El 10% restante hace formas muy benignas de la fiebre eruptiva.

Conclusiones:

1. Entre nosotros el sarampión es una fiebre eruptiva de evolución muy benigna.

2. El Signo de Koplik existe pero coincide en su aparición con el exantema, de tal manera que no tiene valor alguno para el diagnóstico precoz del sarampión.

3. Sea por cuestión racial, por influencias climatéricas o por aquellas que llaman los franceses el "sello" o "genio" epidémico, el complejo sintomático del sarampión se aparta un poco de lo que rezan los textos clásicos. Las complicaciones tampoco son tan frecuentes como ellos dicen.

4. Fuera de la vacunación por el Suero Inmune, no hay otro medio para evitar el contagio.

5. El 90% de los individuos vacunados quedan inmunes contra el morbo por un tiempo que hasta hoy es difícil de precisar.

6. El 10 por ciento de los vacunados, hacen formas benignas de la enfermedad.

