

ALGUNAS OBSERVACIONES SOBRE PERTURBACIONES A DISTANCIA PRODUCIDAS POR LAS AMIGDALAS INFECTADAS

Por el doctor *Augusto Rocha G.*—Bogotá.

Las amígdalas pueden estar hipertrofiadas sin estar infectadas, lo que suele encontrarse algunas veces en los niños; pueden ser pequeñas, intravélicas, y estar infectadas, que es lo más peligroso y por último pueden estar hipertrofiadas e infectadas lo cual constituye el caso más general.

La hipertrofia de las amígdalas, como órganos de tejido linfático, está principalmente bajo la influencia del linfatismo, ese estado temperamental especial caracterizado por una tendencia a la hipertrofia de los tejidos linfoides y de los ganglios linfáticos; los niños que se encuentran en tal estado son pálidos, abotagados, de piel fina en lo general y llenos de ganglios cervicales hipertrofiados; tienen marcada tendencia a la blefaritis ciliar y a las infecciones de la piel y de las mucosas.

Las enfermedades infecciosas en general, y en especial la tos ferina, el sarampión y la gripe son factores importantes de hipertrofia amigdaliana toda infección pone en juego el sistema linfático.

Algunos autores consideran que el terreno especial constituido por la hereo-sífilis es un factor de importancia en la hipertrofia amigdaliana, así como también la herencia.

La estructura especial de la amígdala con sus múltiples divertículos y criptas que se asemejan al tejido de una esponja, hace que sea muy fácil presa de la infección, sobre todo teniendo en cuenta su situación en un medio eminentemente séptico como es la cavidad bucal; y cuando la septicidad buco-dentaria aumenta por efecto de la falta de cuidados de aseo, de la presencia del tártaro dental, de caries abandonadas, de raigones o bien de casquetes y puentes, esos dorados mausoleos de la infección, como con justicia se les ha llamado, o algunas enfermedades como la diabetes, algunas per-

turbaciones glandulares que producen una cierta decalcificación y la retracción de las encías que deja a descubierto el cuello dental; algunas infecciones como la piorrea, el cuadro de la septicidad bucal se ensombrece y la amígdala sufre necesariamente las consecuencias de ese estado.

La hipertrofia de las amígdalas palatinas en los niños, sobre todo en los niños linfáticos, se acompaña las más de las veces de hipertrofia de la amígdala faríngea y este síndrome, por las perturbaciones respiratorias de que se acompaña determina, si no se interviene oportunamente, un ahondamiento de la bóveda palatina y la consiguiente desviación del tabique nasal; puede producir también la sordera por falta de aereación de la caja del tímpano, la depresión de este órgano y la anquilosis de los oseletes.

No me ocuparé de las amigdalitis agudas ya sean indiopáticas o sintomáticas, como las de la escarlatina o el sarampión, pues si bien estas suelen tener acción nociva sobre el riñón, lo cual ha sido observado desde remotos tiempos, los apuntes hechos en mi práctica se refieren más especialmente a la amigdalitis crónica, tórpida, que suele las más de las veces pasar desapercibida para el propio paciente y que el médico debe buscar con cuidado.

El diagnóstico de la amigdalitis crónica sin hipertrofia, a lo menos aparente, necesita ser hecho con cuidado, pues en muchos casos nada indica su existencia a un examen superficial; la amígdala puede ser intravélica, encapuchonada, o no estar realmente hipertrofiada; el hecho de colocar el baja lengua y provocar el reflejo nauseoso, lo que ordinariamente suele permitir apreciar las dimensiones de la amígdala, puede no dar resultado, y tan sólo se observa una coloración rojiza sobre los pilares anteriores, y al investigar más detenidamente con el estilete, el tacto digital, la compresión, etc., se llega a hacer salir de la amígdala una goteleta de líquido cremoso o francamente purulento, o lo que es más frecuente, la expulsión de uno o más corpúsculos blanco amarillentos, de consistencia pastosa y provistos de pronunciado mal olor.

En su servicio del Hospital Necker, el doctor Le Mee empleaba sistemáticamente un procedimiento especial para apreciar el grado de infección amigdaliana, y consistente en un masaje de la amígdala, estando el paciente en ayunas y habiéndole practicado inmediatamente antes del masaje una numeración globular; de media en media hora se siguen practicando nuevas numeraciones y si las amígdalas están infectadas deberá producirse inmediatamente después del masaje una leucopenia marcada y seguida de una fuerte leucositosis; en algunos casos la leucopenia puede faltar o ser muy poco apreciable, pero en cambio la leucocitosis es más rápida y abundante; en los casos de amígdalas sanas, tales fenómenos no

deben producirse y éstos son constantes en los casos patológicos que, si llegan a producirse en individuos cuyas amígdalas están clínicamente normales, puede garantizarse que se trata de una apariencia y que en realidad tales órganos están infectados.

La infección focal hoy universalmente conocida y que tiene como principales factores las amígdalas y los dientes, es un foco primitivo de infección latente, del que, por distintas vías ha de partir la infección que puede ser general o localizarse en un órgano lejano, produciéndose en él perturbaciones cuyo origen se presenta como desconocido, y por lo tanto es siempre necesario tener presente la posibilidad de la infección focal para facilitar el diagnóstico.

En estos focos de infección latente los microorganismos son numerosos, y entre ellos el más constante, el más frecuente y al propio tiempo más virulento es el estreptococo, del cual existen numerosas variedades, pero la especie que más suele encontrarse en los citados focos de infección, latente es el hemolítico y aun algunas veces el estreptococo viridans.

Las manifestaciones de la infección focal son múltiples y pueden variar desde una dolencia más o menos pasajera hasta una verdadera septicemia; en estos casos el paciente se encuentra en estado grave de postración; facies pálido, las más de las veces, respiración difícil, estado angustioso, pulso débil e irregular con hipotensión lo que demuestra el ataque del miocardio; lengua seca, orinas raras y frecuentemente albuminosas que demuestran el ataque de los riñones. En estos casos el desenlace es rápido y la muerte es la terminación habitual; en otros de desarrollo menos rápido pueden presentarse fenómenos flebíticos; el enrejado venoso periamigdaliano toma la infección y la propaga a las venas yugulares ya por intermedio del plejo faríngeo o de las venas pterigoidianas o de la palatina y la facial; la infección se propaga al golfo de la yugular, de allí al seno lateral y por último al seno cavernoso. La gravedad de estos casos es manifiesta y su sintomatología un tanto engañoso, pues en sus principios se acusa solamente dolor de cabeza localizado más especialmente hacia las regiones temporal y orbitaria con fiebre alta, pero generalmente la presencia de un flegmón amigdaliano hace que no se aprecie la gravedad de la enfermedad, hasta tanto que aparecen otros signos, tales como el edema palpebral, el quemosis y algunas veces exoftalmia. El desenlace es casi siempre fatal. La causa de estas manifestaciones agudas puede no ser siempre un infección local antigua; una amigdalectomía o la simple picadura hecha con la aguja que infiltra el anestésico para la operación, si dicha aguja pasa o desborda la casilla amigdaliana después de haberse infectado en el interior de la amígdala.

Las manifestaciones septicémicas que acaban de ser menciona-

das son afortunadamente poco frecuentes, en cambio las perturbaciones ocasionadas por la amigdalitis crónica sí lo son y aún más de lo que generalmente se piensa, pues la amigdalitis crónica evoluciona sordamente; sus complicaciones están lejos de ser tan ruidosas como las de los casos agudos que acaban de ser descritos; cada cripta amigdaliana abriga una numerosa colonia microbiana y su virulencia es tanto más grande cuánto más profunda se encuentra; la continua reabsorción de toxinas microbianas prolongada durante años y siendo llevada por los linfáticos y los vasos sanguíneos hacia el riñón, determina la producción de glomérulo nefritis; pero no son solamente los microbios y sus toxinas los responsables de tales fenómenos, sino también los productos químicos que se desarrollan en cada cripta, pues como lo dicen Schimidt y Bruneti, citados por Canuyt, cada cripta amigdaliana representa un micro-laboratorio en el cual deben tener lugar numerosas reacciones químicas que dan origen a ciertos cuerpos, tales como productos de leucolisis determinada por las toxinas bacterianas; productos de descomposición de las albúminas y de las proteínas debida a los episodios necroflogísticos de los centros germinativos, etc. Todos estos cuerpos, sin duda, ejercen una acción morbígena a distancia y sobre todo sobre el filtro renal, cuya función principal es la eliminación de los productos perjudiciales del organismo.

Otra complicación, más frecuente quizá, que las alteraciones renales y debida como aquellas a la amigdalitis crónica, es el reumatismo, ya se trate de la forma articular aguda, o de los llamados seudo reumatismos, y como una prueba clínica bastante exprimo, es que toda acción sobre la amígdala, tal como masaje, compresión o cualesquiera otra, produce un recrudecimiento de la afección, así como también todo reumatismo que se recrudece o se exalta por el masaje de la amígdala desaparece con la amigdalectomía.

Aparte de los fenómenos generales cuya sintomatología he esbozado ligeramente, y de las perturbaciones menos graves que pueden presentarse en órganos alejados del foco infectante, existen otros de naturaleza refleja y que, probablemente, tienen como punto de partida la compresión ejercida sobre el tejido mismo de la amígdala por las masas caseosas que llenan las criptas; uno de esos fenómenos es la tos, la cual tiene por carácter el presentar frecuentemente quintos ferinoides.

La tos en general es un fenómeno reflejo que tiene por punto de partida la excitación de un sitio cualquiera de la mucosa del árbol respiratorio la cual recibe su inervación del neumogástrico; aparte de la tos, movimiento de defensa del árbol respiratorio para desembarazarse de cualquier cuerpo asentado en su mucosa, ya fueren secreciones bronco-pulmonares u otro cualquiera, existe la

que se ha llamado tos nerviosa o refleja, mala denominación puesto que toda tos cualesquiera que sea su punto de partida, está constituida por un reflejo nervioso; esas toses así llamadas son más bien extra respiratorias, y entre ellas tenemos la tos gástrica, la tos verminosa debidas a excitaciones de las fibras del neumogástrico a nivel del estómago y del intestino. La compresión determinada por las masas contenidas en las criptas amigdalianas pueden producir una excitación de los filetes del plejo tonsillar, venido del glosofaríngeo, nervio éste cuya intervención en fenómenos respiratorios y en especial como fuente excitadora de la tos, han sido claramente demostrados por Laborde; además en la mucosa amigdaliana encontramos también el neumogástrico por las últimas ramificaciones del plejo faríngeo, y aún por ramillas del lingual encontramos el trigemino, y bien reconocida es la acción de este nervio sobre los fenómenos respiratorios y sobre los fenómenos reflejos.

Historias clínicas.

A. M. R. de 43 años, sexo masculino, antecedentes hereditarios y personales sin importancia. Se queja de violentos accesos de tos que sobrevienen cuando el individuo se pone en la cama; este enfermo, al parecer, de temperamento nervioso, se encuentra sobreexcitado por el temor de tener un anurisma de la aorta pues un facultativo le había sugerido tal idea, probablemente en vista de la tos con ausencia de fenómenos de auscultación bronco-pulmonar.

El simple examen de las amígdalas apenas permite verlas; parecen demasiado pequeñas, pero un examen más detenido y haciendo presión con un porta algodón sobre la parte anterior de la amígdala y contrapresión con una baya lengua, se logra descubrir un pequeño orificio por el cual sale una gota de pus y algunas porciones de masa caseosa, y ésto mismo se ha encontrado en la amígdala del lado opuesto. El paciente se admiraba de la tenacidad de mi examen y decía no haber sufrido nunca de anginas, pero sí expeler con demasiada frecuencia grumos blanco amarillentos semejantes a pedazos de arroz cocido.

En mi sentir el diagnóstico de la causa del reflejo productor de la tos estaba descubierto y tan sólo faltaba la demostración por medio de una amigdalectomía; desgraciadamente el paciente no aceptó la operación, y tuve que limitarme a la electro coagulación; después de seis aplicaciones en un período de tiempo de más o menos dos meses, las amígdalas estaban casi completamente destruidas; la tos que se había ido calmado paulatinamente desapareció y el enfermo no volvió a la consulta.

M. R. de 69 años de edad me consulta para una tos con accesos casi ferinosos; este enfermo es fumador, tiene algunos estertores de bronquitis crónica pero que no explican la violencia de la tos; es además un antiguo nefrítico y hace de sesenta a ochenta centigramos de albúmina por litro de orina. El examen de sus amígdalas muestra estos órganos completamente llenos de criptas, de las cuales, con la ligera presión de un porta algodón sobre los lados de la amígdala o del pilar anterior, hace salir numerosos fragmentos caseosos y pus. La indicación de una amigdalectomía habría sido precisa, si la edad del enfermo no fuera tan avanzada; la sola electrocoagulación era posible y efectivamente se le hicieron siete aplicaciones, muy ligeras por no permitir más el paciente; se destruyó una gran porción de las amígdalas sin llegar sin embargo a la totalidad. La tos mejoró notablemente pero lo más sorprendente fué la acción sobre la nefritis pues la albúmina bajó desde las primeras aplicaciones a veinte centigramos por litro, osciló luégo entre veinte y treinta y quedó definitivamente en esta dosis. Posiblemente si el paciente hubiera permitido una coagulación más intensa y prolongada los resultados habrían sido mejores, pero lo hecho basta para demostrar la íntima relación entre las amigdalitis crónicas y el riñón, así como entre las amigdalitis y la tos.

Mercedes R. de 51 años de edad, se presenta a mi consulta por una molestia en la garganta, y desde la entrada de la enferma me llama la atención la dificultad que experimenta para caminar; examinando su garganta encuentro amígdalas demasiado pequeñas pero muy infectadas y tanto que en una de ellas se ve por transparencia a través de la mucosa un pequeño abceso. La enferma me refirió que hacía diez y nueve años que sufría de reumatismo con alternativas de reposiciones y recaídas; que su dificultad para caminar provenía de dolores en las rodillas y de la falta de soltura determinada por la anquilosis, sobre todo en la derecha. Manifiesto a la enferma que seguramente sus reumatismos provienen de la infección de sus amígdalas y que la extirpación es necesaria. La enferma rechaza rotundamente la intervención y a lo sumo logré que permitiera abrirla con electrocoagulación el abceso de su amígdala, del cual salieron algunos gramos de pus espeso. Después de unos diez días volvió la enferma y me manifestó que estaba muy aliviada de sus dolores en las piernas que tanto la atormentaban; conseguí hacerle dos aplicaciones más de electrocoagulación y el día de la última me manifestó que continuaba haciendo progresos su mejoría, pero a pesar de ello no volví a ver tal enferma.

Leticia T. de 19 años de edad llega a mi consulta por una afección ocular con fotofobia, lagrimeo y una mancha roja adyacente a la córnea y sobre el lado temporal; la presión sobre el ojo a tra-

vés del parpadeo es dolorosa, y además la enferma se queja de una cierta molestia indefinible en dicho ojo. Hago el diagnóstico de episcleritis, y como la etiología reumática de esta afección es la más general, investigo y en efecto encuentro numerosos antecedentes de reumatismo. El examen de las amígdalas presenta estos órganos considerablemente hipertrofiados e infectados y además la enferma dice sufrir frecuentemente de anginas.

Instituyo un tratamiento salicilado y hago hincapié en la necesidad de la extirpación de las amígdalas por ser ellas la causa de la afección ocular y de los demás accidentes reumáticos, pero, como sucede generalmente, la enferma no se decidió por la operación y no volví a saber de ella hasta unos meses después que sufrió un severo ataque de reumatismo agudo con inflación de la grandes articulaciones, al propio tiempo que una angina aguda con fiebre elevada. Un mes después del ataque de reumatismo, ya enfriada la amigdalitis y previa una prueba de coagulación favorable, practiqué a la enferma una amigdalectomía, intervención que no tuvo contratiempo alguno. Cinco meses después de la operación la enferma se encontraba en perfecta salud y sin que ningún asomo de nuevos dolores reumáticos se hubieran presentado.