

NOTAS CLINICAS

Por R. MORA G.

PIROPLASMOSIS CRONICA

Se trata de un caballo traído de Armero a la Facultad por presentar flacura, mal estado de la piel y sobre todo, una debilidad o paresia del tren posterior. En el examen clínico se encuentra sustancialmente: mal estado de carnes, algo decaído, tren posterior muy flexionado en la estación y tambaleante en la marcha, lordosis y escoliosis discretas, garrapatas en el interior de las orejas, seborrea generalizada, pelo que se cae con facilidad, erizado y sin brillo, alopecia en región dorsolumbar, mucosas un poco anémicas, buen apetito. En exámenes de sangre no se encuentran hematozoarios ni otros datos que den luz. Parasitismo intestinal no muy marcado (strongilosis que se trata con fenotiazina sin que se modificara en nada el estado descrito. Pensando especialmente en tripanosomosis crónica (sobre todo por la paresia del tren posterior) se inocularon por vía venosa algunos caballos con 10 a 20 c. c. de sangre. Los inoculados enfermaron con fiebre, ictericia y decaimiento, pero conservaban el apetito. Uno de ellos enfermó a los 19 días de la inoculación; la fiebre era continua (fluctuaba entre 39,5 y 40,5 grados en mañana y tarde). En otro, subió la temperatura a

los dos (2) días de la inoculación; la fiebre fue continua (fluctuaba entre 39,5 en mañana y 40,2 grados en tarde). En otro la incubación fue de 18 días y la fiebre se manejó igual que en los casos anteriores y lo mismo los otros síntomas. El período de incubación en estos casos fluctuó pues entre dos y diecinueve días y los síntomas capitales fueron: fiebre continua, ictericia, anemia, decaimiento; el apetito se conservó. En los exámenes de sangre de estos enfermos se encontraron signos de anemia: gran disminución del número de los glóbulos rojos, disminución de la hemoglobina, volumen globular bajo; además la sedimentación era sumamente rápida. El plasma era icterico pero en los frotis no se encontraron hematozoarios por lo cual nos inclinamos hacia la posibilidad de una anemia infecciosa y se inoculó el suero sanguíneo de uno de los enfermos, filtrado, a otro caballo; esta inoculación resultó negativa. En exámenes muy cuidadosos efectuados posteriormente se logró al fin encontrar en los animales inoculados la presencia de «*Piroplasma caballi*» que estaba bastante escaso por lo que había sido difícil encontrarlo antes. Los animales inoculados mencionados permanecieron enfermos entre 4 y 7 días y murieron. En la necropsia se comprobó: ane-

nia, hemorragias en peritoneo visceral (intestino y bazo), esplenomegalia (con pulpa negruzca y blanda, como papilla. Este estado del bazo es el que se encuentra justamente en la piroplasmosis, en cambio, el bazo de la anemia infecciosa es diferente), ganglios linfáticos mesentéricos y otros abdominales jugosos y grandes, hígado friable, miocarditis, congestión intensa del endocardio y endarteria de los grandes vasos, hemorragias en pericardio. Riñones muy congestionados y con hemorragias. Otro caballo inoculado se manejó de manera diferente: enfermó bastante gravemente (fiebre continua, ictericia, anemia, decaimiento, apetito conservado) y poco a poco, sin ningún tratamiento fue mejorando y actualmente se encuentra bien. Seguramente se constituyó en portador y la inyección de su sangre a otro animal debe provocar la enfermedad aun cuando se haga meses o años más tarde.

Es un caso interesante en el que la inoculación a otros caballos fue la única manera de poner en evidencia la enfermedad (piroplasmosis) que sólo se manifestaba en el enfermo crónico por la flacura, la paresia del tren posterior y la dermatosis. Para tener éxito en la inoculación se necesita naturalmente inyectar sujetos que no sean portadores pues si no, lo más seguro es que sean inmunes. Con tal fin habrá que inocular animales de tierra fría sin garrapatas. En tierra caliente y en presencia de enfermos sospechosos de piroplasmosis crónica, será indispensable remitir sangre a sitios en donde puedan inocularse animales vírgenes (es distinto el **enfermo crónico** al **portador**; el portador no tiene absolutamente ningún síntoma y su es-

tado general puede aún ser magnífico, tan sólo la inyección de su sangre transmite la enfermedad: es una piroplasmosis latente; el enfermo crónico presenta alguna sintomatología que llama la atención del clínico y que puede consistir en flacura, estado general deficiente, paresia del tren posterior, anemia, dermatosis, etc.).

Moquillo nervioso

Es muy frecuente. Se manifiesta bajo la forma de encefalitis o de mielitis. Es común que el enfermo haya padecido antes el moquillo catarral y que después de un tiempo muy variable aparezca la forma nerviosa; a veces ese tiempo puede ser de unos días o semanas y otras veces puede ser de meses. Es muy posible que en estos casos el virus no ha desaparecido del cuerpo después que el animal curó aparentemente de su moquillo catarral sino que queda en forma inactiva por decirlo así, y que por diversas circunstancias (enfriamientos por ejemplo) que debiliten las defensas, estalle la forma nerviosa. Frecuentemente hemos visto aparecer esta forma nerviosa después de baños fríos. A veces la permanencia del virus en el organismo en forma solapada se denuncia por algún síntoma. Por ejemplo, en un caso se presentó el moquillo catarral con afección del aparato respiratorio, queratitis y exantema inguinal; algunos días después desapareció el estado respiratorio y el exantema y el animal estaba aparentemente curado salvo la queratitis que fue rebelde a todo tratamiento. A las pocas semanas apareció la forma nerviosa del moquillo. En este caso puede decirse que la queratitis constituía la exteriorización de

la presencia del virus en el cuerpo, solapada por otra parte. Cuando un moquillo no nervioso persiste algún síntoma tenazmente después de haber desaparecido los otros y el animal está aparentemente o parcialmente curado, hay que sospechar un futuro moquillo nervioso más o menos próximo. Pero hay casos (los más frecuentes) en que tal persistencia de síntomas aislados del moquillo catarral no se presenta y la forma nerviosa aparece sin previo aviso después de un tiempo de desaparecido el primer ataque catarral. Es muy posible que el tiempo que transcurre entre la curación del moquillo catarral y la presentación del nervioso, sea el empleado por el virus para llegar de las mucosas al sistema nervioso central lo que varía según los sujetos y el estado de las defensas del mismo. Otras veces la forma nerviosa se presenta sin haber sufrido el animal antes ninguna forma de moquillo. También es frecuente que se presente la forma catarral y que sea seguida de la nerviosa sin haber curado aún la primera.

El moquillo nervioso puede afectar las formas siguientes: 1ª **Forma cerebral** que puede manifestarse:

A) Con **ataques epileptiformes**, siendo muy frecuente esta clase de presentación;

B) Con **marcha tambaleante**, insegura (**ataxia**), con caídas al suelo y torpeza del sensorio (forma rara). Los accesos de furor, rabiformes, acompañando a esta clase de presentación, son rarísimos. A veces se presenta anisocoria lo que es raro. La bradicardia cuando se presenta, indica afección del bulbo, es rara y supone especial gravedad. La forma epilepto-

de puede prestarse a confusión especialmente con la epilepsia y un poco menos, con los parasitismos intestinales. Pero se tendrá en cuenta para el moquillo:

a) Edad;

b) Curso agudo sin ataques pretéritos alejados;

c) Concomitancia posible de síntomas catarrales, úlcera corneal, exantema, etc.;

d) Presentación de más casos en la región insinuando el carácter contagioso;

e) Quizá, presencia de mioclonias;

f) Finalmente, ineficacia de los anti-epilépticos. En caso de extrema duda con la epilepsia, podría asociarse el fenobarbital al tratamiento antimoqueilloso. En cuanto al parasitismo, se tendrá en cuenta el examen de heces, el curso menos grave y sobre todo, la menor frecuencia de tales ataques por parasitismo y la grandísima frecuencia por moquillo y en menor grado por epilepsia.

C) **Mioclonias** de músculos de la cabeza y en especial de los temporales, maseteros, oculares, y músculos de la lengua. El golpeteo de la mandíbula inferior contra la superior es muy frecuente. A veces inhabilita a los animales para la alimentación y pueden sucumbir por inanición. Las mioclonias de la lengua no se descubren a veces fácilmente en un examen superficial; deberá obrirse ligeramente la boca (o simplemente separar un poco los labios) y observar la lengua por unos momentos;

D) **Paresia de la lengua** y talvez de la faringe que es uno de los síntomas que se encuentran en la cronicidad. La única manera de ponerla de mani-

fiesto consiste en poner a beber un líquido al animal (leche); se observará que el animal bebe aparentemente de manera normal pero que el líquido no disminuye, persistiendo el animal en su propósito sin conseguirlo. Puede suceder (según la intensidad del daño presente) que después de largo rato el animal pueda al fin ingerir el líquido, o, que definitivamente sea incapaz de hacerlo. Esto puede ser grave y conducir a inanición. En estos casos el animal deglute más fácilmente sustancias sólidas como carne o pan lo que se tendrá en cuenta para alimentarlo.

Es posible que algunas cojeras que se presentan frecuentemente en el curso del moquillo nervioso y en las que el examen no encuentra ninguna causa local, sean producidas por la enfermedad.

De esta forma cerebral, la epileptiforme adopta una marcha aguda y generalmente es mortal en pocos días. Las otras formas son menos severas: la que afecta la forma atáxica puede curar, las mioclonias, cuando acompañan a la presentación epileptiforme tienen el mismo pronóstico que ésta si se presentan aisladas lo más probable es que pasen a la cronicidad.

2ª **Forma medular** que se presenta en forma de:

a) **Poliomielitis inferior** o ventral (inflamación de los cuernos grises ventrales) que es de las formas más frecuentes y que se caracteriza por mioclonias de grupos musculares los más diversos: las del cuello provocan movimientos de saludo y aprobación, las de los miembros y del tórax producen secudidas de todo el cuerpo. Cuando se localizan en los miembros anterior-

res dan a la marcha un aire particular como de rigidez en dichos miembros (predominancia de las mioclonias en los músculos extensores). Las mioclonias de los miembros son a veces discretas y estando el animal en pie pueden no notarse y requieren para su evidenciación acostar en decúbito lateral al animal dejando libres las extremidades; así se ponen de manifiesto claramente. Esta forma es muy frecuentemente crónica y es a veces tan intensa que impide a los animales dormir y les arranca chillidos (es uno de los datos que dan los dueños: chillidos durante la noche) pudiendo dificultar también la alimentación;

b) **Leucomielitis** (inflamación de la sustancia blanca) con paresia o paraplejía del tren posterior y parálisis de recto y vejiga. Es también frecuente y el curso es generalmente subagudo;

c) **Poliomielitis dorsal** que es rara y en la que se observan parestesias con automutilaciones pudiendo llegar a quedar los huesos al descubierto en zonas extensas. En uno de los casos observados, se presentó primero el moquillo catarral y algunos días después de estar aparentemente bien y fuera de la clínica, volvió con mioclonias en una extremidad anterior luego, en esa misma extremidad, se presentó automutilación. Es interesante observar que en los casos llegados a la Facultad el año pasado, la automutilación se presentó precisamente en el miembro afectado de mioclonias lo que es de importancia para demostrar el origen moquilloso de la automutilación. Naturalmente, puede haber casos de automutilación sin mioclonias. La presencia de las mioclonias nos autoriza a hablar de poliomyelitis inferior y la automutilación, de poliomyelitis su-

perior. En uno de estos casos se manifestaron además deseos de atacar y morder. Ni en la rabia ni en la enfermedad de Aujeszky's se presentan mioclonias, éstas son típicas del moquillo nervioso lo que facilita la diferenciación; además se tendrá en cuenta: ausencia de mordedura (animales que no salen nunca de casa por ejemplo), vacunación previa antirrábica, juventud del enfermo y posible concomitancia o antecedentes de síntomas de moquillo catarral (secreción nasal y ocular, etc.).



bles y a dosis a todas luces suficientes (incluyendo el suero antimoqueilloso y varios antibióticos), parecen en efecto probar tal concepto. La curación (rara, la mortalidad es elevada) depende más que todo de la capacidad reaccional del sujeto y constituye por consiguiente un factor individual. Las **mioclonias** son incurables y lo mejor que puede esperarse de ellas es que pasen a la cronicidad y que permitan la vida del paciente. Acaso con el tiempo (meses y años) disminuyan un poco. El calor las atenúa bastante por lo que disminuyen mucho en las horas calurosas del día para recrudecer con el frío. (Es muy posible que la piritoterapia intervenga favorablemente en estos casos pero en los ensayos hechos hasta ahora no se ha encontrado un medio o medicamento que haga subir la temperatura en el perro en grado apreciable y por el tiempo suficiente como para esperar efectos. Aún el dinitrofenol ha fracasado pero deben repetirse los experimentos especialmente usando droga muy pura). En cambio son más influenciables las **leucomielitis** con paresia o paraplejía de los miembros posteriores pero en todo caso el pronóstico debe ser reservado, pues no siempre es eficaz el tratamiento y es además muy frecuente que quede cierto defecto en la marcha como de inseguridad en los movimientos del tren posterior. Se ha empleado con éxito especialmente el neosalvarsán, empezando con dosis bajas (0gr.15 o menos) y aumentando la dosis hasta llegar a 0gr.90 para un perro de talla grande, o a 0gr.30 en uno pequeño, dando una inyección cada tercero o cuarto día hasta completar 5 a 8 inyecciones (vía estrictamente intravenosa). Generalmente aso-

Puede decirse que no hay **tratamiento** para las formas nerviosas **epileptiformes** y que las curaciones que se presentan en esta clase de moquillo se debieron a reacción propia del organismo y no a los medicamentos empleados. Los ensayos hechos dejando de tratar varios casos y tratando otros con todas las medicaciones imagina-

cio a lo anterior tiamina, 50 a 100 miligramos intramuscular cada tercer día pero los efectos débense al neosalvarsán solo casi con seguridad. Fuera de esto se hará tratamiento sintomático siendo de gran importancia el ejercicio pasivo de los miembros posteriores, tomando en cada mano la porción distal del miembro y practicando movimientos de flexión y extensión para mejorar la circulación. Ha habido casos de mejoría con esta simple fisioterapia y sin medicamentos. Deberá además cuidarse la atonía vesical y rectal (presión externa para vaciar la vejiga evitando sondeos repetidos, enemas evacuativos) y las úlceras decubitales (buena cama, tópicos apropiados). Otros medicamentos

usados con más o menos éxito han sido: neoseptisán, mercurocromo (intravenoso, 5 miligramos por kilo), yódicos, colargol, etc. No se sabe si estos fármacos obren por acción antiséptica general o por alguna acción estimulante de las defensas del organismo. En algunos casos la prostigmina (un miligramo subcutáneo diariamente) ha obrado favorablemente pero los efectos no fueron durables. En este caso la medicación es puramente sintomática y habrá que agregar algún antiséptico general o estimulante de las defensas. Estos mismos medicamentos antisépticos generales se han empleado con buenos resultados en formas cerebrales atáxicas pero sin ataques epileptiformes.