

“LA FIEBRE DE TINGO MARIA” — HISTOPLASMOSIS

PROF. O. GARCÍA ROSELL

Cátedra de Tisiología

Desde que la carretera de penetración a la Selva por la vía central, llegó hacia las márgenes del río Huallaga, hace más o menos 30 años, una corriente turística llevó a muchas personas de la Capital a visitar esa región; extendiendo la visita a unas cuevas naturales habitadas por una fauna especial de aves de especie hasta entonces no bien determinada y por murciélagos. Muy pronto se pudo notar que un buen número de las personas visitantes presentaban, algunos días después, signos de enfermedad caracterizada por compromiso del estado general y fiebre. El cuadro, aunque no uniforme, parecía no ser grave, de duración corta, terminando con curación espontánea la mayor parte de veces. No habiendo mayor conocimiento de la etiología y solamente la observación de la coincidencia de que aquel cuadro aparecía en visitantes a esa zona, se difundió la denominación de “Fiebre de Tingo María”. La historia de los primeros casos que llegaron a nuestra observación coincidían en el hecho de que el cuadro sólo se presentaba en quienes habían ingresado y permanecido aún por tiempo corto (30 minutos) dentro de las cuevas y no en los visitantes de la zona que no habían ingresado a esos lugares.

En 1941 nos fue dable observar el primer caso, el Sr. L. Z. de 45 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, quien pocos días después de una visita a esas cuevas presentó el estado febril, a continuación de un cuadro prodrómico del tipo habitual en las infecciones agudas, pero además haciendo diferencia con algunos casos vistos antes, en los cuales no había manifestaciones francas de localización respiratoria, presentaba un cuadro atípico de neumonía con tos franca, de tipo irritativo, expectoración escasa y fibrinopurulenta

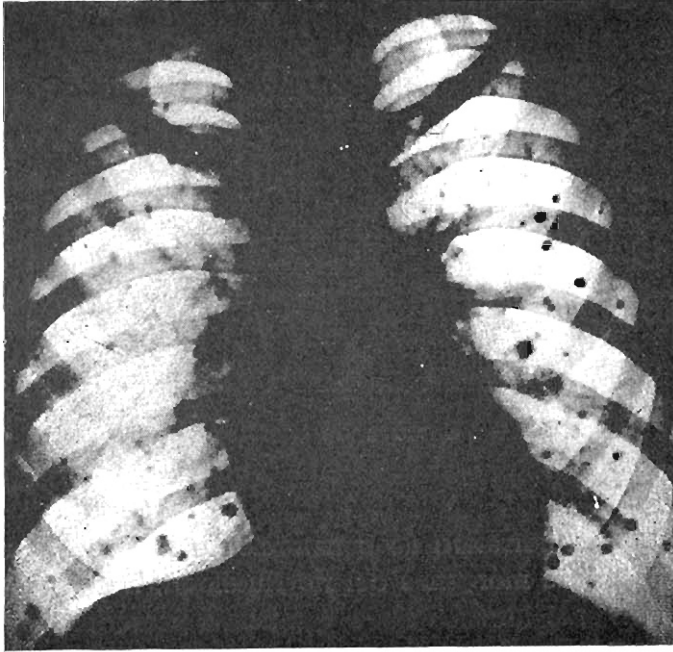


Fig. No. 1.— Calcificaciones nodulares múltiples. (Imágenes residuales).

y disnea. Los datos estetoacústicos señalaban fenómenos de condensación discreta en los tercios superiores, con estertores de exudado irregularmente diseminados. No había alteraciones en la fórmula hemática, pero la radiografía mostraba signos de infiltración en focos múltiples y pequeños sobre ambos campos. La cesación de los fenómenos generales, hasta quedar en febrícula, la persistencia del cuadro respiratorio y la modificación discreta de los signos radiológicos hicieron pensar, en la posibilidad de un proceso tuberculoso y se hicieron investigaciones correspondientes las que fueron negativas. Este estado cambió a la cuarta semana con la desaparición de toda manifestación respiratoria quedando la imagen radiológica reducida a unos cuantos nódulos muy pequeños y muy densos. Este primer caso nos hizo poner mayor atención en el estudio del lado del aparato respiratorio en los casos sucesivos, aunque no hubieran francas alteraciones respiratorias, encontrando, sin embargo, manifestaciones radiológicas del tipo de la neumonía atípica. Estos aspectos hicieron la sospecha de que la enfermedad sería del tipo viral y en alguna manera relacionada a la psitacosis dada la existencia de la especie de aves, mencionada antes, en la cueva considerada como centro de difusión de la enfermedad; és-

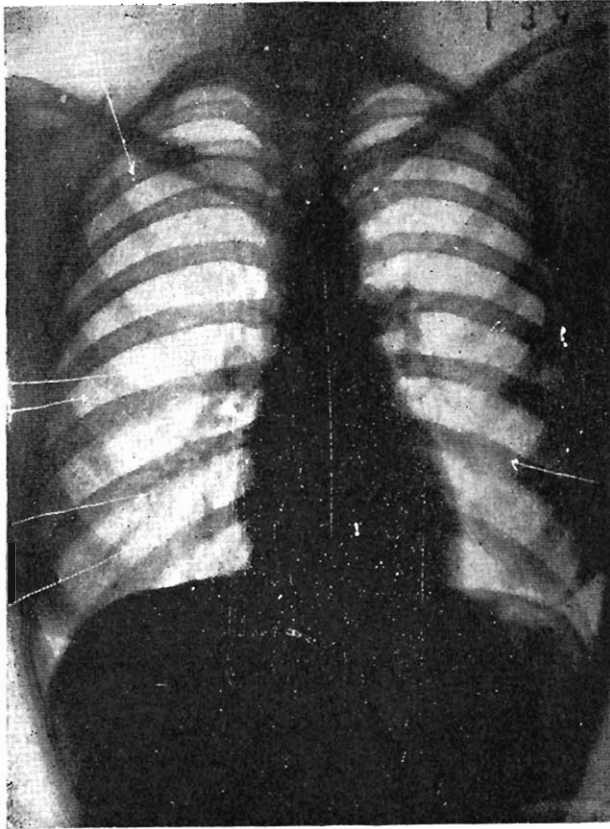


Fig. No. 2.— Nódulos de calcificación micro nodular muy fina e irregularmente repartidos. (Imágenes residuales).

to de acuerdo a los conocimientos que en aquel tiempo eran actuales. Tal presunción fué discutida en conversatorios clínicos de la Cátedra, sin que en realidad se hiciera un estudio metódico, dada las dificultades de trabajo de aquel momento.

Aparte de estas observaciones, otros investigadores formularon la sospecha sin que tuviéramos conocimiento de algún trabajo especial conducente a ella, de que la enfermedad podría ser algún tipo de Ricketsiosis.

Nuevos hechos indujeron a una nueva sospecha. De una parte, las numerosas publicaciones sobre clínica y epidemiología de la coccidio-domicosis y de la histoplasmosis, principalmente de fuente norteamericana que presentaba analogía, con los cuadros clínicos, radiológicos y con los hechos epidemiológicos hallados en nuestro país por Arellano, Gálvez y colaboradores en pacientes procedentes del Departamen-

to de Huánuco, indujeron a la búsqueda del agente etiológico por esta nueva vía. Los casos diagnosticados como histoplasmosis en esta ocasión correspondían a los estados secuela, caracterizados por prueba histoplasmiática positiva, ausencia de sintomatología, e imágenes radiológicas de calcificaciones nodulares múltiples (Fig. 1-2) que es la forma observada habitualmente en las encuestas epidemiológicas. El último hecho determinante lo constituyó un brote epidémico en un grupo de estudiantes de Ciencias Biológicas conáucidos por su profesor el Dr. Víctor Ayulo Robles, a la Ciudad de Tingo María, incluyendo la visita a las cuevas con fines de investigación, sobre la sospecha de la Rickettsiosis. Este brote nos dió oportunidad de examinar los cuadros clínicos con Gálvez Brandon y de hacer los estudios radiológicos que nos condujeron al hallazgo de la forma inicial de la enfermedad con los caracteres clínicos de tipo agudo, no grave, respiratorio y con imágenes radiológicas de lesiones frescas, pudiendo sorprender en un caso la ausencia de signos radiológicos aún en presencia de sintomatología, pero la radiografía se hizo positiva después de un período de incubación de aproximadamente cuatro semanas (Fig. 3-4). En otro caso asistimos al descubrimiento de imágenes discretas con sintomatología también discreta a las cuatro semanas y desaparición de aquellas a las ocho semanas (Fig. 5-6). Un tercer caso, con imágenes y sintomatología a la cuarta semana aparece curada con limpieza radiológica a las once semanas (Fig. 7-8). Como hecho singular cabe hacer notar que siendo, para todos los casos, el período de incubación aparente de dos o tres semanas y habiendo permanecido los cinco pacientes en las mismas condiciones de tiempo y de contacto con el material infestante, (polvo del excremento de las aves) la gravedad de las manifestaciones clínicas y radiológicas es ampliamente diferente y discreta, como en el caso que corresponde a la Fig. 9, en el cual las manifestaciones generales, fiebre y compromiso del estado general, fueron severas coincidiendo con el estado radiológico, siendo otras veces, la sintomatología tan discreta como la alteración radiológica (Fig. 10).

En este pequeño grupo las pruebas histoplasmiáticas fueron positivas y en dos de los casos que son referidos en la comunicación de Arellano y Gálvez en este mismo número se obtuvo el histoplasma capsulatum a partir de esputo por inoculación.

Tenemos conocimiento de que el Instituto Nacional de Higiene, bajo la dirección del Dr. Lazarus ha obtenido la comprobación de la existencia del Histoplasma en el polvo recogido de la "Cueva de las lechuzas".

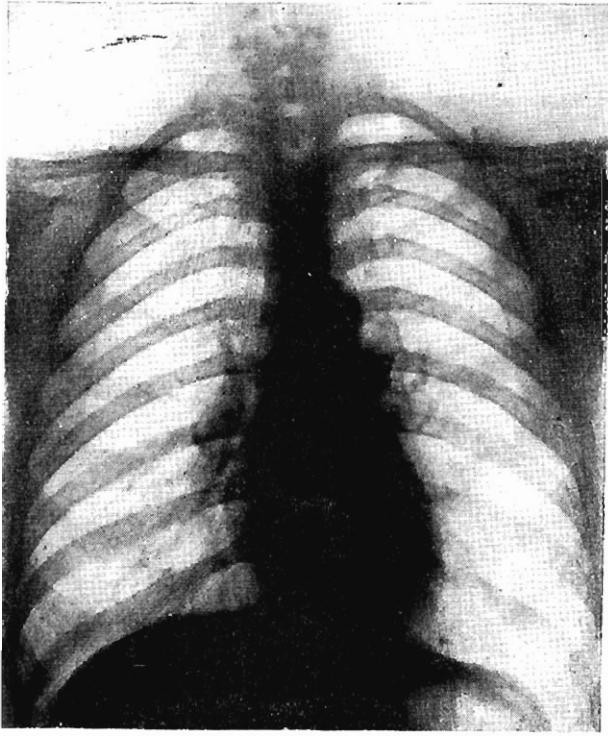


Fig. No. 3.— Paciente 1. con sintomatología franca, pero ausencia de signos radiológicos a los 19 días de la exposición.

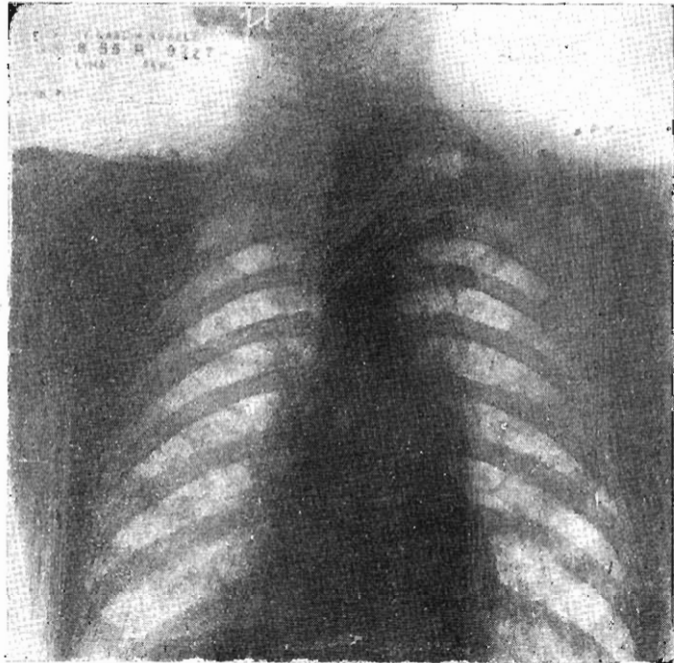


Fig. No. 4.— El mismo paciente de la figura anterior, a los 30 días de la exposición, presenta imágenes radiológicas francas del proceso nodular reciente.

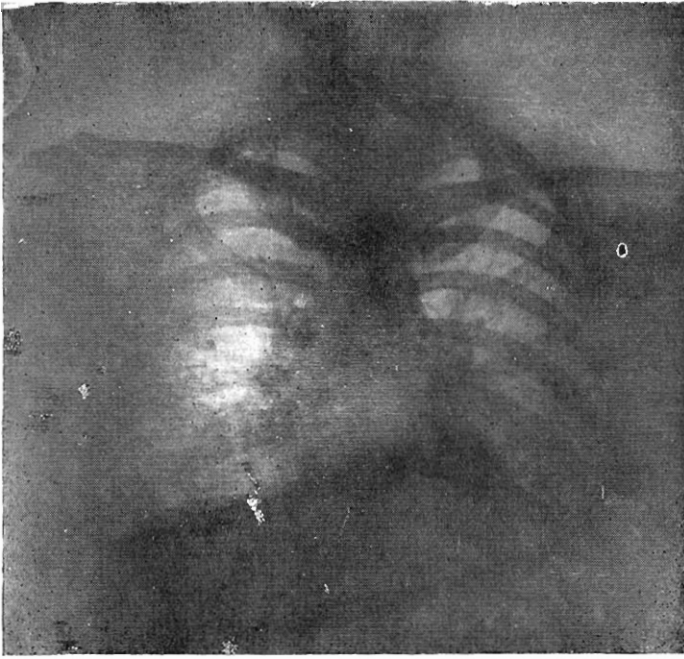


Fig. No. 5.— Paciente N. con sintomatología e imágenes nodulares recientes a las cuatro semanas.

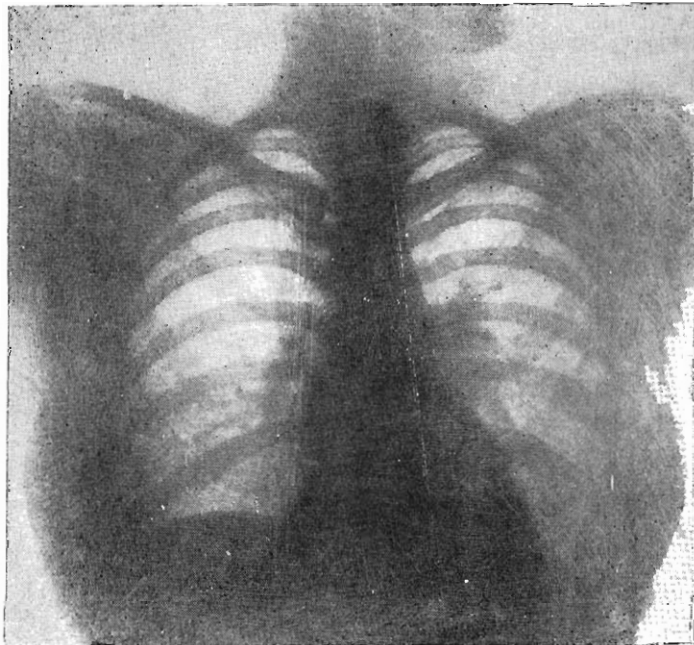


Fig. No. 6.— El mismo paciente asintomático y con desaparición de las imágenes nodulares a las ocho semanas.

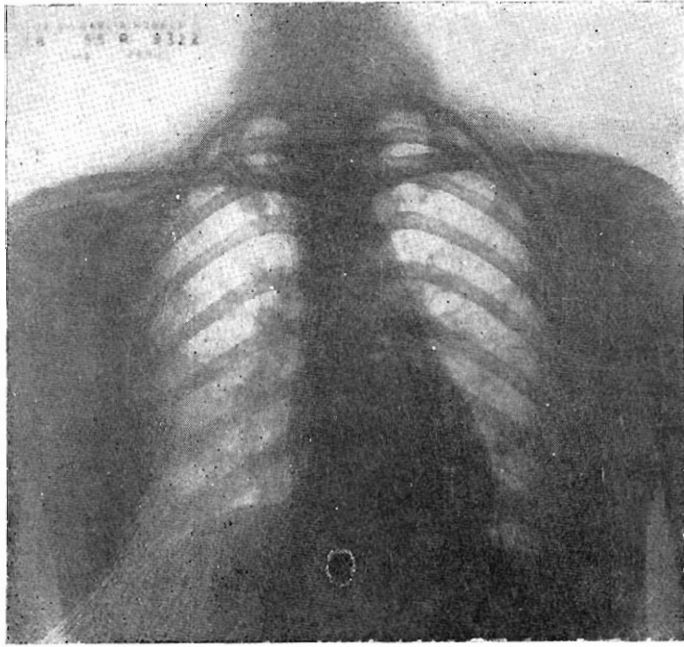


Fig. No. 7.— Paciente G. con imagenes nodulares recientes a las cuatro semanas.

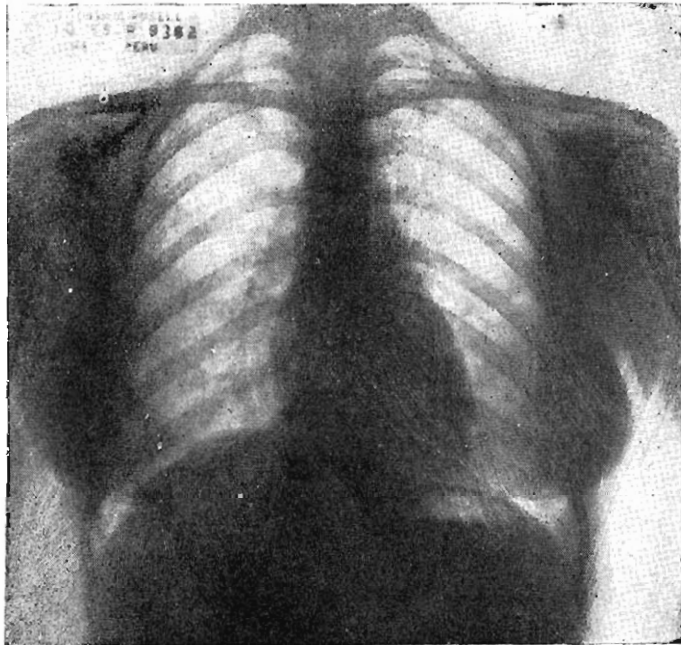


Fig. No. 8.— La misma paciente con desaparición completa de las imágenes a las once semanas.

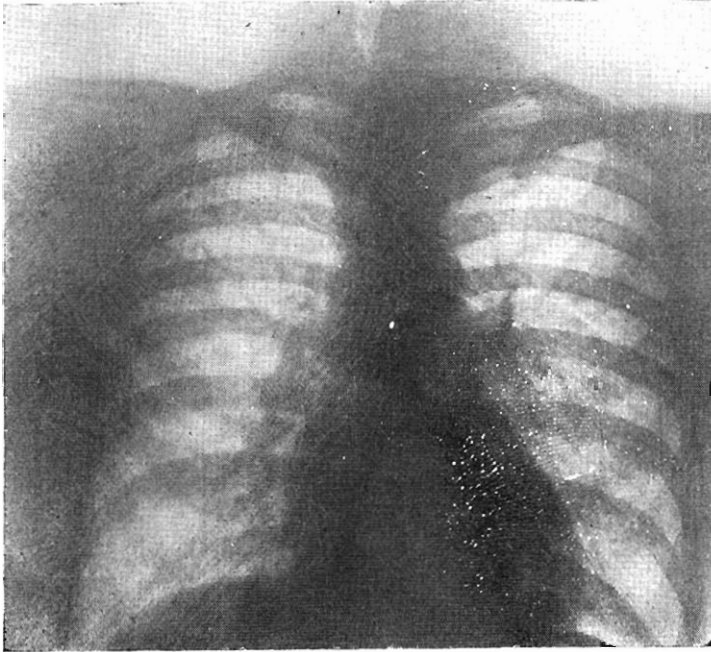


Fig. No. 9.— Paciente II, a las 3 semanas las manifestaciones generales coinciden con el aspecto radiológico semejante al encontrado en pneumonías atípicas.

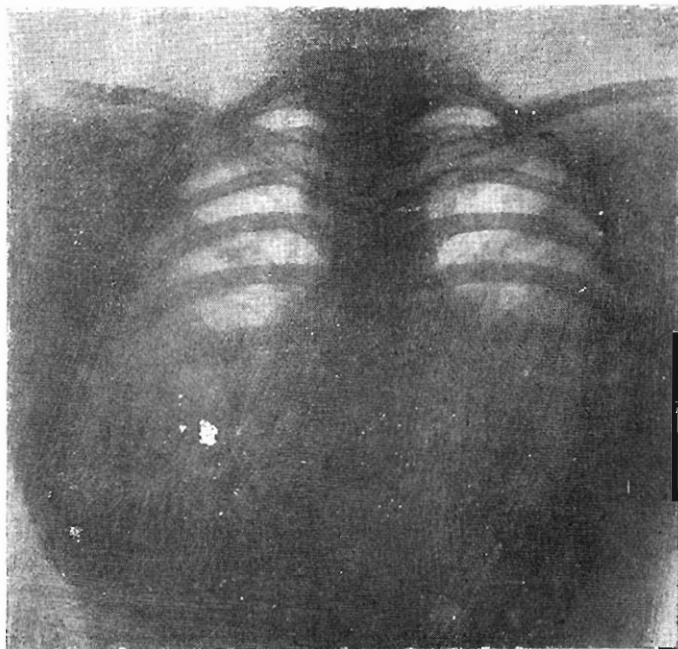


Fig. No. 10.— Paciente Y, cuya sintomatología es discreta a las cuatro semanas y la imagen radiológica es predominantemente de contenido hilar.

R E S U M E N

Lo comentado en esta nota previa nos permite establecer que:

La llamada "Fiebre de Tingo María" es Histoplasmosis.

El período de incubación es aproximadamente de tres semanas, el mecanismo de contaminación fue aerógeno con localización respiratoria en todos los casos.

Las manifestaciones generales preceden a las imágenes radiológicas.

Ninguno de los casos ha tenido el carácter grave mortal que se señala, por excepción, en algunas observaciones extranjeras.

Es evidente la reabsorción completa del proceso pulmonar con desaparición completa de la imagen patológica a los rayos X; constituyendo ésto una tercera forma clínica diferente a las dos descritas en la literatura, la aguda grave y la crónica con secuela de calcificación. Esta tercera forma podría ser denominada sub-aguda.

La recuperación de los pacientes no parece estar en relación con el régimen terapéutico, sobre el cual no es posible hacer ninguna deducción porque en los casos anteriores a la era antibiótica, la evolución fue igual a la de los de este último grupo, tratados mayormente con drogas de amplio espectro.

Se prosiguen las investigaciones para determinar la extensión de las zonas epidemiológicas, aparte de esta primera definitivamente establecida, y las modalidades clínicas con los correspondientes controles.