

“Un caso de peste bubónica en Bogotá”

L. Posada Berrío, M.D, de Medellín.

Con el nombre de UN CASO DE PESTE BUBÓNICA EN BOGOTÁ publica una observación el Doctor Rafael Martínez Neira en el número 8 del Repertorio de Medicina y Cirugía, seguida por él, en asocio del Doctor Leoncio Barreto en una mujer de 80 años.

En el relato de esta sensacional observación, nos ha llamado la atención el que tan distinguidos médicos no se hayan preocupado un poco más del asunto y no hayan recurrido al diagnóstico bacteriológico, de trascendental importancia en el presente caso, si sospecharon que estaban en presencia de una enfermedad que con tanta razón es mirada como uno de los más terribles azotes que flagelan a la humanidad, descuido tanto más imperdonable cuánto que en Bogotá cuentan con gabinetes bacteriológicos bien montados, y también si se tiene en cuenta lo sencillo del examen, coloración y cultivo del bacilo de Jersin.

Si los doctores Martínez Neira y Barreto no tenían facilidad para hacer el examen bacteriológico, allá están los Doctores Martín Camacho, Roberto Franco F., Jorge Martínez S., Luis Zea Uribe y tantísimos otros que en pocos momentos hubieran esclarecido, como era el deber, asunto de tal importancia.

Creemos que antes de inyectar el suero de Jersin – se entiende que nos referimos a un enfermo de Bogotá, donde hay facilidad para el estudio bacteriológico – hubiera sido mejor buscar primero el bacilo pestoso. Creemos, igualmente, que hubiera sido más convincente y más ilustrativo para la Academia de Medicina y para la Junta Central de Higiene, la presentación del bacilo de Jersin, que el relato clínico de la enfermedad.

Repetimos aquí algunos apuntes de lo que dijimos en los números 221 y 223 de la Organización de Medellín,

correspondientes al 2 y 9 de Junio de 1908, cuando se tuvo noticia de la invasión de la peste bubónica al Ecuador y Venezuela. “... Siendo la peste bubónica una enfermedad epidémica específica, de una gravedad aterradora, de fácil transmisión al hombre, que se propaga con rapidez asombrosa, que no respeta edad ni condición, que así devasta, como avalancha formidable, las heladas estepas de la Siberia como las abrasadoras playas de la China, que viaja á través de los mares, de uno á otro continente, llevada por los barcos para difundirse y abarcar grandes regiones por las vías férreas y por los ríos navegables, siendo, en fin, una de las más mortíferas enfermedades que han diezmado y diezman aún la humanidad, claro está con qué recelo debemos recibir la noticia de la llegada de la peste bubónica al Ecuador y Venezuela.

“... Aconsejamos, por la tanto, empezar por evitar por cuantos medios sean posible – y éste es el más seguro y quizás el más económico – la epidemia bubónica y su propagación, y no por destruirla una vez empezada, pues creemos que en pueblos primitivos como el nuestro, donde son desconocidas en lo general las más elementales nociones de higiene, donde reinan prejuicios incalificables, donde encuentra en ciertos lugares un medio excelente para su desarrollo y propagación – el desaseo y la miseria – tendremos de luchar en condiciones desfavorables contra la peste. En Bombay, por ejemplo, hace quince años que luchan por destruirla y aún no ha sido posible acabar con ella. El día que llegue la peste á nuestra tierra, creemos se volverá endémica.

“... Declarada la peste ¿ qué medidas deben tomarse?

Encarecer al Cuerpo Médico el denuncia de todo caso comprobado de peste; aislamiento riguroso é inmediato del individuo atacado, ya sea en su casa particular para

desinfectar cuidadosamente la habitación – ya sabemos que todos los antisépticos son buenos para matar el microbio de la peste – ya en una casa especial ú hospital destinado al efecto para los pobres; hacer obligatoria la inyección – 10 c.c. – de suero de Jersin a todas las personas que cuidan de los enfermos, renovándola cada quince días, redoblar la vigilancia en el exterminio de las ratas, tanto en la ciudad como en los campos y las poblaciones vecinas; hacer cumplir una rigurosa cuarentena á todos los atacados de peste. No hay que olvi-

dar que á veces son más peligrosos los individuos atacados por la forma benigna por volver éstos muy pronto a sus ocupaciones y estar en promiscuidad con los sanos. Si las casas son de poco valor, lo mejor es destruirlas por medio del fuego, lo mismo que los objetos infectados.....”.

Creen los distinguidos médicos Martínez Neira y Barreto que si hemos entrado a hacer algunos reparos a su observación y a extendernos un poco en detalles, es porque juzgamos el asunto de vital importancia.

Comentarios

Nancy Yomayusa González, MD*

En el volumen I (octubre de 1909 a octubre de 1910) de la Revista Repertorio de Medicina y Cirugía, se publica un comentario de carácter crítico y analítico, escrito por el doctor Posada Berrío respecto a la descripción de un caso de peste bubónica en Bogotá. Al parecer la publicación de dicho caso por parte de los doctores Rafael Martínez y Leoncio Barreto en el mismo año, hacía referencia a una mujer de 80 años con un cuadro clínico infeccioso agudo y fulminante, sin duda muy sugestivo del diagnóstico de peste bubónica, pero cuya confirmación bacteriológica nunca fue posible, circunstancia que genero gran polémica, dada la importancia que tenía para la época el diagnóstico clínico y microbiológico precoz de un caso de tanta relevancia epidemiológica.

En profunda consonancia con el comentarista considero que para nuestra época como para el inicio del siglo es incalculable el valor de la clínica, siendo este el pilar del ejercicio médico, mas aún si se aplica de manera rigurosa y metódica, lo cual conduce a descripciones detalladas que permiten un mejor acercamiento al diagnóstico, sin desconocer con ello que existe una imperiosa necesidad de complementar dicho ejercicio con los métodos de con-

firmación paraclínica y en el caso de las enfermedades infecciosas es una obligación la correlación con los estudios microbiológicos.

Con relación a la descripción de la enfermedad, es la presentación a manera de peste bubónica tan sólo uno de los cinco síndromes causados por la *Yersinia pestis* definidos actualmente, los cuales incluyen además el compromiso meníngeo, cutáneo, neumónico o séptico. El síndrome bubónico o peste bubónica es el cuadro clínico más cercano a la descripción realizada en muchos reportes históricos, usualmente las manifestaciones aparecían de forma abrupta luego de dos a ocho días de la picadura por pulgas infectadas que inoculaban la bacteria en la piel desde donde se diseminaba por los linfáticos cutáneos a los ganglios regionales. Los pacientes afectados se quejaban de fiebre, escalofrío, debilidad, cefalea y en pocas horas reportaban la aparición de bubones extremadamente dolorosos, localizados en la axila, cuello o ingles.

Al examen clínico los bubones se manifestaban bien sea como masas en forma de huevo, lisas y uniformes o como un conglomerado irregular de varios nodos, que a la palpación era fluctuante, firme, doloroso y caliente. A diferencia de otras infecciones, lo característico de la peste bubónica era el inicio abrupto y simultaneo de fiebre y bubones, en los cuales de forma llamativa y particular no se evidenciaba lesión cutánea en el área afectada, ya que sólo un cuarto de los pacientes presentaba lesiones tipo pústulas, vesículas o pápulas cerca al bubón o en la

* Especialista en Medicina Interna y Nefrología, Jefe de Cátedra de Fisiología; Coordinadora del Comité de Infecciones, Docente de Medicina Interna, Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, D.C., Colombia

piel circundante a ganglios linfáticos afectados, usualmente en los sitios donde había ocurrido la picadura de la pulga. Esta referenciada también la rápida instauración de verdaderos signos de respuesta inflamatoria, asociados a alteración del estado de conciencia y en las fases tardías a lesiones purpúricas que representan el epifenómeno del compromiso sistémico de la enfermedad y tal vez fue el dato semiológico que motivo el nombre de "peste negra"; finalmente, su curso siempre progresivo y fulminante conducía a la muerte en 2 a 3 días.

A pesar de las magistrales descripciones de los casos de peste bubónica recogidos a través de la historia es razonable justificar la preocupación del Doctor Posada Berrío y de los notables médicos de principios de siglo frente a la imprecisión en el diagnóstico de esta plaga medieval ya que para la época hubiese sido catastrófico el retraso en la detección de tan devastadora enfermedad. Como lo menciona el comentarista, el relato del caso implica una sensacional observación y sin lugar a dudas denota características clínicas distintivas que sugerían el diagnóstico de peste bubónica, pero no sin razón insiste en la profunda debilidad del artículo publicado por sus colegas, aspecto con el que estoy completamente de acuerdo pues el aislamiento del bacilo es una exigencia epidemiológica.

Actualmente el diagnóstico bacteriológico es un procedimiento fácil que requiere el frotis y cultivo del material aspirado de un bubón. Tal vez la única condición para garantizar una buena toma de la muestra es utilizar una jeringa de 10 cc con 1 cc de solución salina y realizar varios aspirados hasta lograr que la solución salina se tiña de sangre, o en otros casos inyectar la solución salina y aspirar inmediatamente, ya que una de las características de los bubones es que no contienen pus.

Los extendidos del material obtenido se someten a tinciones de Gram, lo cual permite la visualización de polimorfonucleares, bacilos y cocobacilos Gram negativos; siendo otra posibilidad la utilización de la tinción de Wayson que permite observar la *Yersinia pestis* a manera de bacilos azules claros con cuerpos polares azules oscuros. Por otro lado,

parte del material obtenido debe ser sometido a procedimientos de cultivo en medios de agar sangre o MacConkey. Finalmente, se contempla en el diagnóstico confirmatorio los métodos serológicos sustentados en estudios de hemaglutinación pasiva, fundamentales en la detección de pacientes en la fase aguda o de convalecencia en los cuales los cultivos hayan sido negativos.

La peste bubónica se constituye así en un interesante modelo epidemiológico de estudio, reconocido desde tiempos inmemoriales, no solamente por sus patrones de transmisión y diseminación sino por sus mecanismos patogénicos y elevados índices de morbimortalidad; por lo tanto, no es en vano la preocupación de los comentaristas, ya que ante la evidencia de un caso índice de peste bubónica, el retraso en su diagnóstico y respectivo reporte tiene una impactante repercusión epidemiológica en la salud pública de una población. Si volvemos la mirada y reconocemos lo que la historia nos ha enseñado a través del tiempo, comprenderemos las repercusiones sociales, económicas, políticas y de salubridad que ha generado esta y otras patologías en extensas áreas, circunstancia que nunca debe ser ajena al ejercicio médico actual.

El reconocimiento de la historia muy seguramente contribuirá a no repetir los errores del pasado, y que mejor modelo para demostrarlo que la peste, pues la consecuencia global de la infección ha sido un motivo de preocupación desde la edad media, época en la cual devastó más de un tercio de la población europea, aunque ya desde 1346 llegaban a Europa rumores procedentes de Asia sobre horribles plagas, escenas de destrucción, caos y aniquilación que se producían en China y se extendían a los países tártaros, India, Persia, Mesopotamia, Siria, Egipto y toda el Asia Menor. China se convirtió así en uno de los principales sitios de diseminación y fue el lugar donde Alexander Yersin en 1894 aisló la hoy llamada *Yersinia pestis* en cultivo puro, agente causal de la peste bubónica. Posteriormente la también llamada "peste negra" se diseminó a través de roedores transportados en barcos a California y otras ciudades de Sur América, África y Asia.

En la primera mitad del siglo XX la India fue azotada por la infección, la cual causó más de 10.000 muertes y luego en la década de los ochenta la Organización Mundial de la Salud reportó 8554 casos ocurridos en 17 ciudades, principalmente Tanzania, Vietnam, Zaire, Perú, Bolivia, Brasil, Uganda y Estados Unidos.

Por su comportamiento clínico y las características de diseminación en concordancia con las convicciones religiosas del periodo histórico de su descripción esta patología no estuvo ajena a las explicaciones propias de la época, rápidamente se atribuyó la causa de la mortalidad a "castigos divinos" y no se tardó en acrecentar la represión y persecución contra la supuesta práctica de brujería y envenenamiento de las aguas por parte de los Judíos.

Por otro lado estaban las explicaciones más elaboradas respecto al origen físico de la enfermedad, que sugerían su relación con los "miasmas". Se consideraba que la principal fuente de transmisión era los vapores producidos por aguas infectadas y vapores venenosos debidos a la mala salubridad, por lo tanto se aconsejaba a la población cerrar sus casas, mantenerse lo más distante del agua contaminada y de las ciénagas, así como de los animales, insistiendo sin mucho éxito en las prácticas de limpieza corporal.

Observaciones posteriores permitieron reconocer esta infección como una verdadera zoonosis cuyo vector principal era la pulga denominada *Xenopsylla cheopis*, quien adquiere la bacteria de roedores urbanos o selváticos para posteriormente inocularla en los humanos.

La evolución en el entendimiento de la enfermedad fue congruente con los cambios en las políticas de prevención, desde las instauradas en la edad me-

dia, época en la cual se clausuraban las casas de los enfermos o se establecían horarios para los entierros y se mantenían las personas en cuarentena, incluyendo algunas otras recomendaciones extremas que aún incluso se mencionan en el artículo de referencia, las cuales contemplan la destrucción o quema de las casas de individuos afectados, así como los objetos personales, hasta las hoy vigentes que se sustentan básicamente en el control de vectores, manejo de insecticidas, normas de higiene ambiental y educación de la población.

Además, se insiste en mantener sistemas de información epidemiológica, realizar diagnóstico temprano a fin de instaurar una terapia apropiada, la cual se sustenta básicamente en algunos antibióticos de uso frecuente, tales como estreptomycin, tetraciclinas, cloranfenicol o sulfas, así como implementación de precauciones de contacto para todos los pacientes con evidencia de bubones u otras lesiones cutáneas y el aislamiento de la vía aérea en el caso de pacientes con síntomas pulmonares.

Por último y como también se hizo precisión en el artículo, la inmunización se constituye en un recurso importante para las personas que viajan a zonas endémicas o hiperendémicas y para aquellas que trabajan en estrecho contacto con roedores o en laboratorios de investigación.

A pesar del paso del tiempo y luego de casi cien años desde cuando se publicó el artículo comentado es absolutamente claro que el compromiso histórico de los individuos dedicados a la academia debe ser, sin duda, contribuir críticamente en la formación de médicos de excelente calidad científica y humana interesados en el reconocimiento analítico del pasado y conscientes de su responsabilidad en la solución de problemas que como la peste tienen una extensa repercusión para el individuo y la sociedad.