

UN CASO DE FIEBRE DE HAVERHILL ESPORADICA

por

EUGENIO CIENFUEGOS

Profesor Extraordinario de Pediatría.

y RAMON MONTERO SCH.

Médico del Hospital Luis Calvo Mackenna.

El 25 de enero de 1944, el niño C. M., de 1 mes de edad y eutrófico, sin antecedente hereditario o mórbido digno de mencionarse, fué mordido en su cuna por una rata negra de tamaño mediano, que al decir de la familia, "andaba como atontada".

Uno de nosotros vió al niño a las 3 horas siguientes y comprobó las señales de la mordedura en forma de dos pequeñas heridas producidas por los incisivos de la rata en el dedo pequeño de la mano izquierda; según la madre, las heridas manaron abundante sangre y se veían ahora rodeadas de una discreta zona equimótica. Desgraciadamente para la investigación, la rata había sido muerta y su cadáver tirado a la basura, de modo que no pudo hacerse la autopsia ni tomar las muestras de sangre o saliva que hubieran sido interesantes.

Colocamos yodo en la herida y dimos por terminado el asunto; pero, a las 18 horas siguientes se inicia en el niño un cuadro en extremo alarmante: temperatura de 40.5°, vómitos, llanto quejumbroso de timbre ronco, posición en gatillo e intensa sudoración. Examinado por un colega, éste prescribe sulfatiazol a la dosis de 0.20 por kilo de peso y una transfusión sanguínea, además de la terapéutica anti-pirética. El estado de gravedad continúa, a pesar del tratamiento. La fiebre no cede, se alimenta muy mal y a los 3 días aparece un exantema morbiliforme generalizado, más marcado en el

rostro y región glútea, en donde toma un carácter confluyente y hasta con algunas flictenas que llegan a abrirse y que requieren un tratamiento a base de mercurio-cromo.

El examen cardio-vascular es negativo. El hígado aumenta paulatinamente de tamaño y se insinúa una sub-ictericia, que después de 4 días desaparece, sin que se observe bilirrubinuria. El exantema palidece poco a poco después de 7 días y termina con una leve descamación.

Al quinto día de la enfermedad aparece una rinitis obstructiva con estridor nasal intenso, que dificultaba tanto la succión como la respiración misma.

El hemograma dió el siguiente resultado: glóbulos blancos: 14,400, con 11 % de baciliformes, sin alteraciones tóxicas de los neutrófilos.

El examen de orina fué normal, lo mismo que el hemocultivo, que resultó negativo. Un índice de refracción dió 42 con 44 grs. de proteínas sanguíneas.

El cultivo de los exudados rino-faríngeos reveló sólo estafilococos y *Neisseria catharralis*.

La sulfanidemia era de 0,008 o/oo. Se usaba el sulfatiazol por vía oral y parenteral en forma continua a dosis de 0.30 gr. por kilo, hasta hacer un total de 8 grs., sin resultado alguno.

No se notó anemia ni tampoco poliglobulia después de 3 transfusiones sanguíneas practicadas en el lapso de 8 días, con un total de 240 c.c. de sangre.

Un segundo hemograma, practicado 10 días después de la iniciación de la enfermedad, dió análogas características del primero, pero ahora, con alteraciones toxo-degenerativas de los neutrófilos. A los 6 días de comenzado el cuadro, el niño experimentó una mejoría, ya que la temperatura pareció ceder, pero pocas horas después vuelve a ascender y ahora estalla un cuadro de poliartritis generalizado de extraordinaria intensidad. Las articulaciones se presentaban ligeramente tumefactas y había imposibilidad para efectuar cualquier movimiento. El dolor espontáneo hacía que el niño llorara tanto de día como de noche. Ninguna articulación presentó signos de posible supuración. Fueron principalmente las rodillas, las caderas y las tibio-tarsianas las articulaciones más atacadas, a tal punto que las piernas no podían extenderse y el niño quedó cerca de un mes en actitud de semi-flexión.

La alimentación a base de leche materna se hacía con extremada dificultad.

El cuadro impresionó en el primer momento, como el de una sepsis grave: el exantema, la hepatomegalia, la fiebre intensa y demás signos de toxi-infección nos inclinaban a tal diagnóstico; la aparición de la poliartritis, junto con el antecedente de la mordedura de rata y el cuadro sintomático anterior, hizo que se sentara el diagnóstico de fiebre esporádica de Haverhill.

La mordedura de rata puede dar origen a infecciones diversas, ya por gérmenes patógenos triviales que, secundariamente a la infección local, pueden originar septicemias de tipo estreptocócico, estafilocócico, etc., o bien, por micro-organismos específicos, como son el *Spirillum minus*, llamada antes *Spirochaeta morsus-muris*, o la fiebre de Haverhill, motivada por el estrepto-bacilo moniliforme o *haverhillia* multi-forme.

La infección por el *S. minus* produce el cuadro del *Sodoku*, del cual uno de nosotros publicó la primera observación en América (1927, Rev. Médica de Chile).

En esta enfermedad, la herida ocasionada por la mordedura de rata, cura, por lo común, con facilidad; después de un período de incubación de 5 a 25 días y que es, por término medio, de 5 a 14 días, el sitio de la cicatriz se torna rojo y doloroso y sobreviene una linfangitis con adenopatía regional semejante a la de la tularemia.

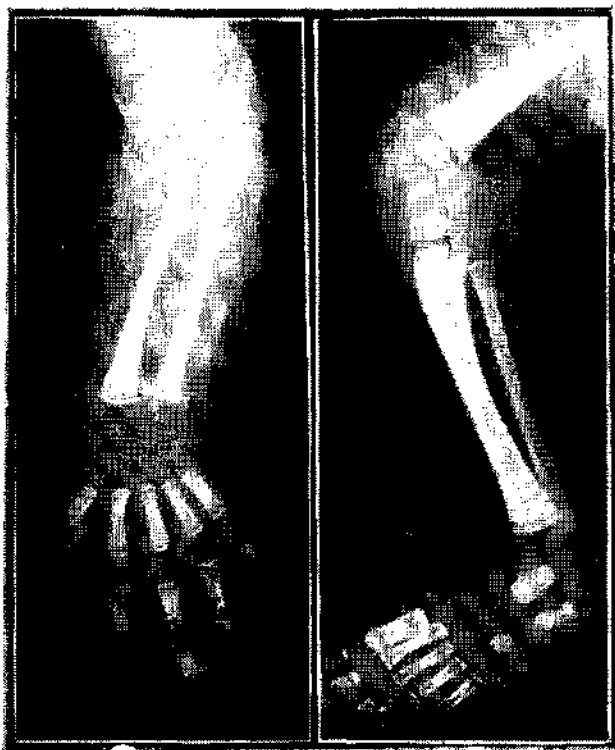
La herida puede aún ulcerarse y supurar y tomar el aspecto de una erisipela, como en uno de nuestros casos. La piel, en extensión más o menos grande, exhibe un exantema de manchas rojas o violáceas y aun edema de vecindad, como hemos tenido ocasión de observar. Las manchas pueden tener un diámetro de 1 a 5 y 8 cms. y desaparecen poco a poco.

Intensos calofríos, temperatura que puede llegar a 40 y 41°, indican un gran compromiso del estado general. Este cuadro dura de 4 a 8 días, hay gran sudoración y descenso rápido de la temperatura hasta por debajo de la cifra normal.

El enfermo se siente mejor; los síntomas locales se aplacan, salvo la adenopatía regional, que puede subsistir por plazos largos, como ocurre en uno de nuestros casos.

Sin embargo, tras períodos de salud de 10 a 15 ó 20 días, el cuadro vuelve a aparecer con análoga apariencia, aunque con decreciente intensidad y mayor duración de los períodos de intervalo entre acceso y acceso, hasta desaparecer.

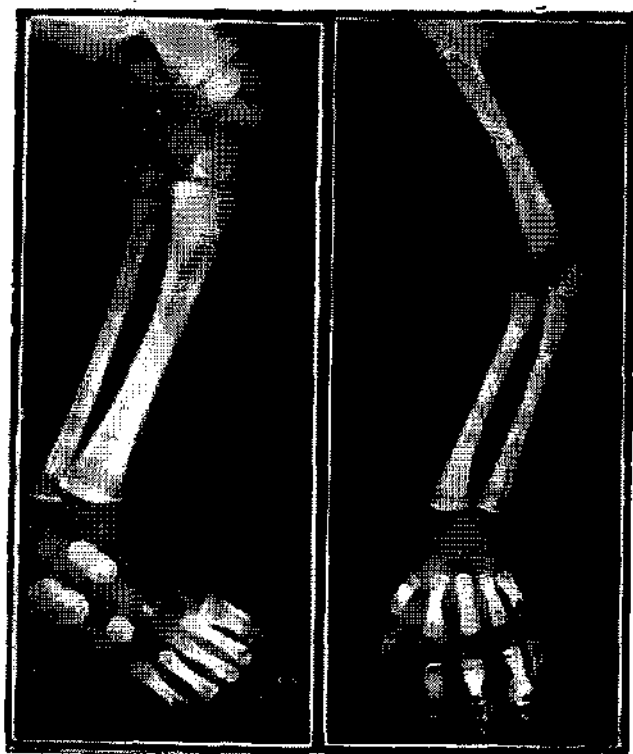
Hay casos, no obstante, en que la intensidad de los ataques y su repetición, pueden llevar al enfermo a la muerte



Radiografía ósea N° 1 (10-II-44).

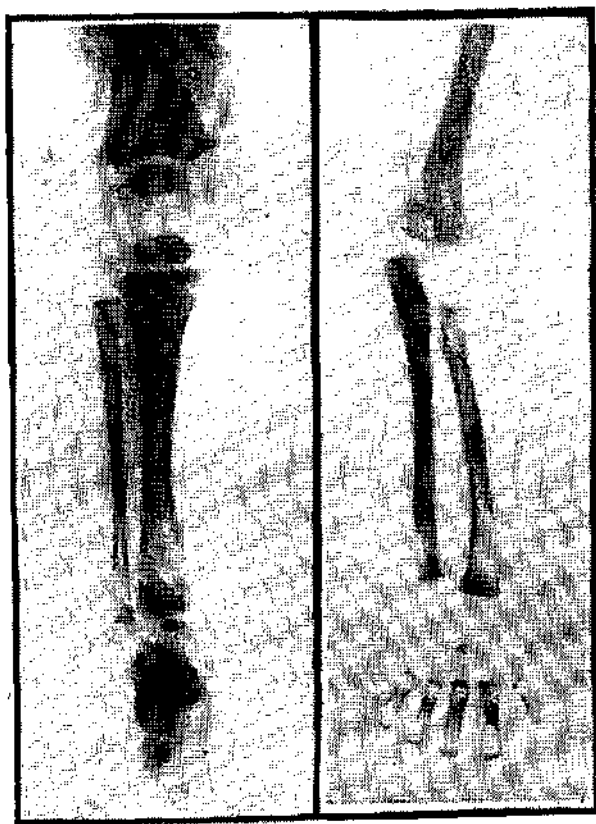
En las regiones epifisarias, por detrás de las líneas de calcificación se observa una banda clara de descalcificación.

Periostitis discreta en el húmero, fémur y tibia.—(Dr. Raffo).



Radiografía ósea N° 2 (17-III-44).

En comparación con las radiografías anteriores se observan aún más marcadas las bandas de descalcificación por detrás de la línea epifisaria. Periostitis osificante marcada en el húmero y en la tibia.—(Dr. Raffo).



Radiografía N° 3 (3-V-44).

En comparación con las radiografías anteriores se observa la reparación a nivel de las zonas epifisarias, quedando aún las imágenes de periostitis osificante de los huesos largos bien marcadas—(Dr. Raffo).

por caquexia, o por enfermedades intercurrentes. Si en general su pronóstico es bueno, sobre todo desde que se instituyó el tratamiento por los arsenicales, llega a describirse una mortalidad de 2 y aun del 10 %.

El caso nuestro actual no presentaba ni el período de incubación relativamente largo del Sodo \dot{u} , ni su sintomatología local característica y la poli-artritis generalizada le daba carácter diagnóstico diferencial evidente.

La sintomatología descrita en las escasas observaciones publicadas (9 hasta el presente), revelan que la fiebre de Haverhill esporádica se presenta igual que en la misma afección de tipo epidémico observada por contaminación de alimentos, como la crema y leche especialmente. No hay por decirlo así período de incubación mayor de algunas horas y el cuadro general febril se inicia bruscamente con vómitos, náuseas, mialgias, a veces anginas dolorosas y cuadro de catarro rino-bronquial. Nuestro caso ostentó una rinitis obstructiva intensa.

Tras un lapso de 5 a 6 días, suele observarse, como en nuestra observación, una regresión del cuadro febril transitorio, tras la cual aparecen las características manifestaciones de poli-artritis. La fiebre dura semanas y aún meses, lo que puede dar base a errores de diagnóstico con la fiebre tifoidea, la evolución de un complejo primario, una enfermedad reumática o una sepsis por gérmenes piógenos.

El hemograma permite ya aclarar el diagnóstico con estas últimas enfermedades, ya que en la fiebre de Haverhill existe, cuando más, una ligera leucocitosis sin modificación de la fórmula.

La reacción de Widal, el hemocultivo, o el copro-cultivo pueden aclarar la duda con respecto a la fiebre tifoidea; la reacción de tuberculina y el estudio radiográfico eliminarán la sospecha de una tuberculosis; la alta cifra de sedimentación globular, el hemograma y, sobre todo, el examen cardíaco, nos harán descartar la enfermedad reumática.

Hecha esta suposición clínica, solicitamos el auxilio del distinguido bacteriólogo Dr. Carlos Garcés, quien puncionó un absceso de la nalga, que sobrevino tras la inyección de una ampolla de cibazol sódico. Tras minuciosos estudios, los Dres. Garcés y Prado-Germain consiguieron aislar e identificar el germen de la enfermedad, o sea, el strepto-bacilo moniforme o Haverbilia multiforme.

Diagnosticada clínicamente la enfermedad, fracasado el tratamiento con sulfatiazol, iniciamos una cura con paroxil, a base de 3 centigramos por kilo, además de la administración de vitaminas y transfusiones sanguíneas, que llegaron a sumar 620 c.c. de sangre.

La evolución ulterior fué satisfactoria. La fiebre empezó a ceder, de igual modo que las manifestaciones articulares.

El estudio radiográfico de las extremidades demuestra alteraciones óseas, que queremos destacar, ya que no las hemos visto descritas en los casos hasta hoy observados. Se toma una radiografía a los 18 días de iniciada la enfermedad y otra a los 13 de comenzada la poli-artritis. (Ver figuras 1, 2 y 3).

A los 40 días de enfermedad, el cuadro febril y doloroso había cedido del todo. Subsiste aún, a los 100 días, la hepatomegalia un tanto reducida, de igual modo que la esplenomegalia, que apareció unos 25 días después de la iniciación de la enfermedad.

En total, el niño recibió 289 centigramos de Paroxil.

SUMARIO

En resumen, presentamos la observación de un niño de un mes de edad, completamente sano hasta entonces y sin antecedentes hereditarios de importancia que, mordido por una rata, presenta el cuadro típico de una fiebre de Haverhill esporádica comprobada bacteriológicamente, por el hallazgo del estrepto-bacilo moniliforme.

Tiene nuestro caso de particular, la comprobación de alteraciones óseas especiales, que no hemos visto descritas hasta ahora, y que corresponden a lesiones de osteocondritis y periostitis evidentes.

P. S.: Después de presentada esta observación a la Sociedad Chilena de Pediatría, hemos tenido ocasión de leer en el *Journal of Pediatrics*, mayo de 1944, un caso análogo tratado con sulfatiazol y sulfadiazina y con buenos resultados. En ese caso no se observaron poli-artritis, no se hizo el estudio radiológico ni bacteriológico.

BIBLIOGRAFIA

BRENNEMANN. — *Practice of Pediatrics*.

CIENFUEGOS. — *Sodoku en Chile*. *Rev. Méd. Chile*, 1927.

KIRKWOOD, TOM y STOLL. — *Illinois Medical Journal* 80: 141 (August) 1941.