

Concepto del Reumatismo focal

Por el DR. JOSÉ NAVARRO MORENO,
Otorrinolaringólogo, Decano de la Beneficencia
Provincial de Córdoba

(Comunicación al Congreso de las Ciencias, Córdoba, 1944)

El desmoronamiento del concepto del reumatismo, no es obra reciente.

Comprendióse bajo este nombre, conservado aún por la fuerza de la costumbre, muy difícil de desarraigar, un conjunto de procesos unidos por algunos síntomas comunes, dolor e inflamación osteoarticular o muscular, del que ya se desglosaron las artritis tuberculosa, sifilítica, gonocócica, miositis, neuralgias, gota, ciertas visceropatías, etc., cuyo verdadero conocimiento vino a colocarlas en el capítulo que por su naturaleza les correspondía.

Por otra parte, el concepto de Sidemhan considerando la cardiopatía, el corea, etc., como simples complicaciones del reuma para el que lo esencial era la poliartritis aguda, ha cambiado radicalmente al tener un mejor conocimiento de la etiología y patogenia de estas afecciones.

La poliartritis aguda se sabe hoy, sin que ofrezca duda alguna, que es una enfermedad infecciosa que por ninguno de sus caracteres puede comprenderse en el primitivo concepto del reuma.

Vemos, pues, que por segregaciones sucesivas, a medida que se ha ido profundizando en el conocimiento de la patología, el capítulo de los reumatismos se ha ido disgregando de tal forma que estimamos que este término, comprensivo en un tiempo de un grupo heterogéneo de enfermedades, debe desaparecer, para no prejuzgar conceptos erróneos, hoy sin el menor fundamento.

Conscientes de nuestra situación en el campo de la investigación científica, no dejamos de reconocer que carecemos de la suficiente autoridad para sentar una conclusión tan radical. Pero la experiencia y la meditación de muchos años, ha sugerido en nuestra conciencia esta idea, con tal fuerza, que su exteriorización ha sido provocada por un impulso superior a nuestra voluntad.

Tal vez nos falten elementos para dejar demostrada esta tesis que no dudamos ha de ser recibida con recelo por su modesta paternidad, pero si logramos con ello despertar el interés que a nuestro juicio merece, dando ocasión para que otros más capacitados se ocupen de ella y obtener algún resultado positivo, nuestra aspiración quedará plenamente satisfecha con haber puesto de nuestra parte lo poco que nos era dado.

Es un hecho indiscutible que muchos reumatismos tienen su origen en un territorio alejado del punto en donde se producen sus manifestaciones; foco dentario, amigdalino, sinusiano, apendicular, etc. Es también cierto que a partir de estos focos, lo mismo se puede producir una serositis articular, una carditis, serosa o muscular, una nefritis, un corea, etc. Y es, por último no menos cierto que la supresión radical del foco, viene seguida, en un tanto por ciento muy elevado de la curación total del enfermo, sobre todo cuando se pudo descubrir el foco cierto y se intervino con la suficiente precocidad para evitar la producción de focos metastasicos secundarios.

Podríamos corroborar estos conceptos con amplios datos estadísticos de los que prescindimos por ser de todos bien conocidos y en honor a la brevedad, limitándonos a relatar el siguiente caso que constituye una rotunda confirmación de lo expuesto.

Enferma de 28 años con frecuentes brotes de amigdalitis aguda y en los intervalos con manifestaciones reumatoideas de infección focal. Cuando se dispone a ser intervenida, en los días de preparación, se presenta un brote agudo amigdalítico y rápidamente un estado septicémico grave, con grandes elevaciones térmicas terminadas por abundante sudación y que se repiten varias veces en el día. Con bastante rapidez van instalándose complicaciones cardíacas, renales y encefálicas, sin que el tratamiento seguido por los compañeros que la asisten consigan la menor variación en la evolución de la enfermedad durante más de un mes, esperando un próximo desenlace. En estas condiciones se propone la enucleación como único medio de resolver el problema la que, dado el estado de la enferma, se lleva a cabo con las máximas precauciones. La mejoría se inicia desde el día siguiente al de la intervención y la curación total del estado septicémico a los 10 días, no quedando más que el trastorno mental que fué cediendo paulatinamente, y sin más consecuencia que un aborto (estaba embarazada de 4 meses) recuperó la completa normalidad

tres meses después de la intervención, salud perfecta que se conserva diez años después, sin que haya vuelto a tener ninguna manifestación de este carácter.

Ahora bien, estos resultados no siempre se logran ni podemos preveer su posibilidad, porque como en todos los problemas biológicos hay que contar con el factor individual que casi es su imponderable en la práctica y además tendremos que designar que el problema tiene dos incógnitas para su resolución; una es la exacta determinación de la naturaleza focal del proceso que hemos de tratar, y otra en el supuesto afirmativo de la anterior, fijar la residencia del foco responsable.

En una comunicación que presentamos a la Academia de Ciencias Médicas de Córdoba en el curso de 1943, sosteníamos la tesis de que la infección focal, por su constancia sintomática, por su patogenia y por su etiología, debía considerarse como una entidad nosológica con propia personalidad como el tifus, la pulmonía, el sarampión, etc. En efecto, en considerable número de casos asistidos en nuestros servicios, privado y hospitalario, en los que venimos fijando nuestra atención en este sentido, hemos podido comprobar, con una constancia casi absoluta, un trípede sintomático constituido por cefalea discreta, febrícula y sensación constante de cansancio, unas veces de modo continuo, otras con períodos de remisión y exacerbación, pero siempre el síndrome completo.

Después de este período que podemos llamar latente por lo atenuado de su sintomatología, pueden presentarse las manifestaciones que consideramos como secundarias, que pueden tener una gran variabilidad, tanto en su intensidad como en su localización; artropatías, septicemias, más o menos graves, carditis, nefritis, corea, etc., las cuales se presentan siempre en fecha posterior a mayor o menor distancia del comienzo de la fase latente y que muchas veces no se presentan quedando la enfermedad integrada exclusivamente por la triada sintomática que nos atrevemos a llamar *básica* de la infección focal.

Estos hechos observados en nuestra práctica durante muchos años, nos inducen a conceder una importancia primordial al foco responsable, que con las características propias que después expon-dremos, constituye el punto fundamental y exclusivo causante de todas las demás manifestaciones, confirmado en la práctica por el éxito logrado con su radical extirpación en más del 90 % de los casos tratados.

Pero para que el foco tenga el carácter de tal necesita condiciones especiales; no todas las infecciones locales (amigdalitis séptica supurada, flemón dentario, etc.) merecen tal calificativo, al contrario, estas no se pueden constituir jamás en focos sépticos, ni en todos los territorios orgánicos se puede instalar dicho foco, porque requiere condiciones especiales de los tejidos en donde asienta. Estas condiciones son dos: que el tejido inflamado esté aislado del mundo exterior y que el lugar en donde radica esté rodeado de un tejido pobre en vasos para que quede sustraído a la sangre circulante. Estos son los llamados por Paessler «*espacios muertos*» de los que tenemos el tipo en el canal radicular incompletamente relleno del diente muerto, en el granuloma dentario y en las criptas rodeadas de tejido conectivo necrótico y revestidas de epitelio plano paquidérmico de las amígdalas atróficas crónicamente infectadas.

En estos espacios muertos, los gérmenes patógenos, con mayor frecuencia el estreptococo hemolítico y viridans permanecen como en cultivo sin que por la escasez de vasos del tejido que le rodea permita la acción de los elementos defensivos de la sangre y sin que su virulencia se exacerbe permaneciendo en un estado que podemos decir latente de infección crónica favorecido por un estado del organismo susceptible de reaccionar con una extensa inmunidad.

Por las condiciones del foco de incomunicación con el exterior es posible la reabsorción de los toxinas de los gérmenes que contiene, aunque lentamente por la pobreza vascular de los tejidos que le rodean, los que diseminados por el organismo dan lugar a la sintomatología descrita y por su prolongada acción a la producción de un estado alérgico que le hace receptivo, sobre todo en los órganos o tejidos apetecidos por el tropismo bacteriano, a los alérgenos del mismo, procurando por cualquier camino llegar a colonizar en dichos territorios.

La acción de las toxinas del foco provoca el síndrome básico durante el tiempo que dura la alergenización del organismo, variable en cada caso, sin otra manifestación sintomática. La colonización de los gérmenes en los órganos y tejidos,—serosas, miocardio, parenquima renal, etc.—da lugar a las manifestaciones secundarias.

¿Cómo llegan los gérmenes a los órganos distantes del foco?

Se habla de metastasis lo que no es admisible en circunstancias normales por las condiciones anatomopatológicas del espacio muerto, pero sí es posible por la rotura de su zona de contorno por un traumatismo, que tratándose de focos dentarios o amigdalinos puede

ser producida por la masticación o la deglución, o más posiblemente, por un proceso inflamatorio agudo que rompe el equilibrio establecido, dando lugar a la movilización de los gérmenes y su paso al torrente circulatorio y al encontrar el terreno preparado por la previa sensibilización o agudizada su virulencia por la asociación de otros gérmenes de una infección banal del órgano en que reside el foco—amigdalitis catarral, flemón dentario, etc., o por las dos circunstancias a la vez, dan lugar a una manifestación secundaria que en otras condiciones no se hubiera podido producir.

Este supuesto parece corroborado por el hecho clínico de que a partir de un brote de amigdalitis aguda y con un intervalo más o menos largo, el tiempo preciso para que la nueva siembra se desarrolle, aparecen las manifestaciones a distancia, lo cual no quiere decir que estas hayan sido producidas por este brote, ya que vemos enfermos en los que los brotes agudos de amigdalitis son frecuentes durante muchos años y que jamás tuvieron, como consecuencia de ellos, manifestaciones articulares, cardíacas, etc. Es decir, que no se ve una relación entre la infección aguda local amigdalina y las manifestaciones a distancia, lo que claramente demuestra y a nuestro juicio de modo indiscutible, que no basta con la infección local, sino que precisa otra condición particular, que es, precisamente, la existencia del espacio muerto de Paessler.

Algunos autores consideran la enfermedad reumática como una entidad morbosa específica, con una noxa de invasión (virus filtrable) y un germen de conización (estreptococo). Meergand, Dochez y Aphonozon, suponen que el agente probable sea el virus filtrable del vulgar catarro por enfriamiento.

No podemos entrar en la crítica de estas ideas que nos apartarían mucho de nuestro camino y prolongarían más de lo permitido esta comunicación; pero consideremos el hecho positivo de la presencia del estreptococo en las lesiones articulares, cardíacas, etc., idénticos a los que se encuentran en el granuloma dentario y en los focos amigdalinos y aun con sus tropismos específicos para cada variedad, el viridans para las serosas cardíacas y el hemolítico para las articulares, los cuales pueden provenir bien de los mismos focos matrices o bien por otra puerta de entrada; poco importa, puesto que lo que, a nuestro juicio, no puede dudarse, es que para que la enfermedad se produzca precisan las condiciones apuntadas. Gérmenes existen en todas partes; vías de acceso no faltan, solo precisa, y esto es como a todas las infecciones, que las condiciones del terreno permitan el

éxito de la infección y esta es labor del foco preparando el terreno por la alergenización paulatina.

El éxito terapéutico por la supresión del órgano radiante que nos daría la prueba rotunda, no puede producirse con una constancia matemática por dos razones: una la dificultad de determinar su localización, para lo que hasta la fecha no contamos con ninguna prueba positiva; otra, la existencia frecuente de focos secundarios que derivados del primitivo, evolucionan con autonomía dando lugar a un fracaso terapéutico.

Con lo expuesto creemos tener suficientes datos para formular la conclusión de que los llamados reumatismos focales no se pueden considerar como tales reumatismos, por lo que deberán, como otras entidades nosológicas lo fueron antes, segregario del grupo de las enfermedades reumáticas.

El conjunto de manifestaciones que observamos en el organismo desde que se instituye el foco, manifestado por el síndrome del período latente, con las que hemos calificado de secundarias, su etiología y la anatomía patológica expresada en la estructura del espacio muerto de Paesler, se presentan con tal constancia que nos creemos autorizados para considerarle una personalidad independiente constituyendo, con la etiología y patogenia expuestas, una enfermedad del grupo de las infecciosas, que por el concepto patogénico pudiera denominarse «enfermedad focal» en lugar de seguir con el de reumatismo focal que prejuzga un falso concepto sin fundamento clínico, ya que lo que se pudiera considerar como reuma, no es más que un grupo de síntomas, no constantes, y en cambio la patogenia, a partir del foco responsable, es tan constante que se ha venido imponiendo desde su conocimiento.