

# EL PRIMER CASO DE BARTONELOSIS (FIEBRE VERRUCOSA DEL GUÁITARA O VERRUGA) EN BOGOTÁ<sup>1</sup>

Por los Dres. LUIS PATIÑO CAMARGO,<sup>2</sup> PLINIO CIFUENTES<sup>3</sup> y MANUEL SÁNCHEZ HERRERA<sup>4</sup>

**Introducción.**—Comunicamos la historia clínica del primer caso de verruga fallecido en Bogotá. Lo hacemos por juzgar de vivo interés para los médicos esta noticia que indica, entre otras cosas, la posible diseminación de la bartonelosis o fiebre verrucosa del Guáitara, a sitios distantes de su zona de origen.

Estimamos oportuno hacer un brevísimos resumen de la bartonelosis humana, entidad considerada exclusiva del Perú, hasta que el descubrimiento de la epidemia de Nariño<sup>5</sup> vino a demostrar que la verruga es enfermedad internacional,<sup>6, 7</sup> propia de las regiones andinas.

Y aceptado como ya lo está por las autoridades competentes el exacto diagnóstico del mal de Nariño, y vistos los recientes hallazgos del Ecuador,<sup>8</sup> es fácil interpretar claros documentos de cronistas e historiadores remotos, hasta ayer vivamente controvertidos, por el empeño de que la verruga fuese sólo entidad regional.

**Los focos de América.**—En los pueblos del Imperio Inca, sobre las quiebras y valles de la vertiente pacífica de los Andes peruanos, denominábase *Sirki*<sup>9</sup> una enfermedad eruptiva considerada por los naturales como propia de tales tierras. La primera expedición de los conquistadores españoles al mando de Pizarro, fué diezmada en Cuaque, hoy de la provincia de Manabí (Ecuador), el año de 1531, por una mortífera enfermedad febril, con dolores reumáticos y erupciones, designada “La Berruga” por numerosos historiadores y cronistas.<sup>10</sup>

El antiquísimo memorial Tecpan Atitlan, menciona una dolencia de la región montañosa de Guatemala llamada *Tlacaconanoatl* por los aborígenes y que verosímilmente es la verruga, si se toma en cuenta que hacia 1522 y 1576 acaecieron

<sup>1</sup> Un informe del caso fué presentado ante los Departamentos Tropical y Médico de la Facultad de Medicina, en la sesión plenaria del 15 de julio de 1940 en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá.

<sup>2</sup> Profesor de Medicina Tropical de la Facultad de Bogotá, y Director del Instituto Lleras de Investigación Médica.

<sup>3</sup> Director del Hospital Militar de Bogotá.

<sup>4</sup> Profesor Agregado de Anatomía Patológica de la Facultad de Bogotá, y Patólogo del Instituto Lleras de Investigación Médica.

<sup>5</sup> Patiño Camargo, L.: “Un nuevo foco de bartonelosis en América,” *Dol. Of. San. Pan.*, ab. 1939, p. 305.

<sup>6</sup> Paz Soldán, C. E.: “Dejará de ser la enfermedad de Carrión patrimonio exclusivo de los andes peruanos?,” *Ref. Méd.*, mayo 1, 1939, p. 365.

<sup>7</sup> Mackehenie, Daniel: “La verruga andina y su nuevo foco colombiano,” *Ref. Méd.*, obre. 15, 1939, p. 780.

<sup>8</sup> Moral, J. D.: “El VI Congreso Científico del Pacífico,” *An. Soc. Méd. Quir. Guayas*, obre.-obre. 1939, p. 311.

<sup>9</sup> Rebagliati, Raúl: “Verruga peruana (enfermedad de Carrión),” Imp. Torres Aguirre, Lima, 1940.

<sup>10</sup> Maldonado, Angel: Comunicación presentada a la Academia Nacional de Medicina, Lima, 1931.

entre los invasores castellanos mortíferas epidemias, apellidadas por historiadores y cronistas, "Bubas."<sup>11</sup> Y es noción elemental que la buba, pian o frambuesa, sólo excepcionalmente es causa de muerte.

Recientes comunicaciones oficiales,<sup>12, 13</sup> posteriores al hallazgo de Nariño, informan de focos de verruga encontrados en Loja, Guayaquil y Zumba (Ecuador). En consecuencia, hay tres focos ciertos de bartonellosis humana en América: en el Perú, Ecuador y Colombia, un probable foco inadvertido en Guatemala y muchas zonas andinas con ambiente propicio para albergar calladamente la enfermedad.

**El foco colombiano.**—El foco colombiano localizado en el departamento de Nariño en la frontera con el Ecuador, al norte de la línea equinoccial y junto al mar, ha afectado una zona extensa, especialmente de clima medio, con una población superior a 150,000 habitantes. Según datos de la oficina demográfica nacional, durante el año de 1939 murieron por verruga 1,448 personas en los siguientes municipios de Nariño: Ancuya, 17; Arboleda, 1; Colón, 11; Consacá, 249; Cumbal, 1; Córdoba, 67; Guaspud, 3; El Rosario, 10; El Tablón, 1; Funes, 27; Guaitarilla, 80; Iles, 15; Imues, 23; La Cruz, 3; La Florida, 4; La Unión, 131; Linares, 49; Los Angeles, 5; Ospina, 5; Pasto, 1; Potosí, 2; Pupiales, 3; Samaniego, 490; Sandoná, 149; San Pablo, 20; Santacruz, 27; Sapuyes, 1; Taminango, 10; Tangua, 14; Túquerres, 26; Yacuanquer 3; total: 1,448.

Los últimos informes de Patiño<sup>14</sup> dan cuenta de estar comprobado que el agente etiológico es fácilmente cultivable; que la inoculación de cultivos determina en *Macacus rhesus* y en monos nativos (*Cebus*), verrugas típicas semejantes a las humanas; que en curíes normales o esplenectomizados, se consigue en bajo porcentaje el fenómeno orquíptico de Mooser; y que por inoculación intradérmica se pueden obtener verrugas en el curí.

Las pesquisas de *Phlebotomus* han revelado hasta hoy en Colombia<sup>15</sup> las siguientes especies: *P. panamensis*, *P. squamiventris*, *P. longipalpis*, *P. evansi*, *P. osornoi*, *P. colombianus*, *P. monticolus* C. Lima 1932, variedad *incarum*.

Las comunicaciones iniciales sobre que el agente etiológico de la verruga es cultivable, y que se trasmite experimentalmente por inoculación de sangre, verruga de los atacados o cultivo, a animales de laboratorio, están plenamente comprobadas: primero por los subsiguientes trabajos experimentales del autor, y luego por otros experimenta-

<sup>11</sup> Sánchez, Guillermo: "Historia de la enfermedad de las bubas en Guatemala," *Arch. Hosp. Rosales*, nbre. 1935, p. 17.

<sup>12</sup> Montalván, J. D.: "Un foco de bartonellosis en el Ecuador," *Bol. Of. San. Pan.*, fbno. 1940, p. 154.

<sup>13</sup> Hertig, Marshall: "Cultivo de la Bartonella bacilliformis de un caso de verruga peruana en el Ecuador," *Bol. Of. San. Pan.*, agto. 1940, p. 755.

<sup>14</sup> Patiño Camargo, L.: Comunicaciones a la Semana Médica de Cartagena, enero 1940, y al VIII Congreso Científico Americano de Washington, mayo 1940.

<sup>15</sup> Patiño Camargo, L.: "Artrópodos hematófagos de la fauna colombiana," *Rev. Fac. Med.*, jul. 1940, p. 23.

dores que han trabajado en la zona epidémica o en los laboratorios de Bogotá.<sup>16, 17</sup>

El Gobierno de Colombia ha hecho todo esfuerzo por contener y dominar la epidemia apropiando fuertes sumas de dinero para asistencia pública y saneamiento. Los órganos del Estado han expedido leyes y decretos de vasto alcance para mejorar las condiciones de vida de los campesinos y establecer así una real profilaxia. La epidemia ha pasado de su período agudo y está en plena declinación.

**Resumen de la historia clínica.**—Hospital Central Militar Bogotá, Colombia. Historia clínica número 2,689. Nombre: J. B. Grado: Cabo 2°. Edad: 24 años. Lugar de nacimiento: Sandoná. Lugares de residencia: Ipiales, Sandoná y Bogotá. Diagnóstico: ¿Bartonellosis? Resultado: muerte.

Entró al hospital el 18 de abril de 1940. Dijo que pocos meses antes había estado en Nariño. En la escuela de aplicación de caballería el médico informa que fué enviado a Bogotá en los primeros días de abril a seguir un curso de "herraje de caballos," pues él pertenecía a la guarnición de caballería acantonada en Ipiales. A Ipiales había llegado en septiembre 1939, es decir, ocho meses antes, con un contingente para tal guarnición. Fué entonces cuando estuvo en Sandoná (su tierra natal) y poblaciones adyacentes. El médico dice que a los pocos días de llegado a la Escuela de Caballería, empezó a tener fiebre, que él diagnosticó como tifoidea. Cuando observó que el tratamiento no lo mejoraba y el paciente se "anemisaba" rápidamente, solicitó por conducto regular su ingreso al Hospital Militar Central.

Es un individuo de raza blanca, de regular estatura, bien conformado, ligeramente anémico, que se presenta en estado estuporoso, tifoideo.

Al examen del abdomen sólo se encuentra meteorismo poco marcado. No hay dolor. El hígado está reducido y el bazo por el contrario se alcanza a palpar por debajo del reborde costal.

Hay taquicardia y ansiedad. Se nota una disminución marcada de la cantidad de orina. Hay cinco chancros blandos, localizados en la cara interna del prepucio y en el glande, con reacción ganglionar en declinación.

En vista de estos datos se afirma el diagnóstico de fiebre tifoidea aunque la curva febril no corresponde a esta enfermedad. Se inicia el tratamiento con desinfectantes intestinales. Además, se prescriben pastillas de sulfanilamida para los chancros, aplicaciones locales con polvos desinfectantes y lavados diarios con solución débil de permanganato.

Abril 27/40: El enfermo se encuentra muy debilitado. La curva febril ha bajado por completo. Se le aplican unas ampolletas de cacodilato de sodio.

Abril 28/40: La temperatura vuelve a subir. Se le inyecta electrargol intravenoso, durante tres días. La temperatura baja otra vez. (Véase el cuadro térmico).

Mayo 2/40: Se presenta nuevo ascenso febril, resolviéndose entonces la aplicación de septicemina intravenosa de la cual se le administran seis ampolletas. Los chancros están casi desaparecidos.

Mayo 11/40: En vista de que la sintomatología del enfermo no corresponde a ninguna entidad clínica conocida y teniendo en cuenta el antecedente de la permanencia en Nariño, viendo además que la anemia es cada día más intensa y la

<sup>16</sup> Groot, Hernando: Información personal.

<sup>17</sup> Samper, Bernardo, y Montoya, J. A.: "Trabajos sobre bartonellosis," *Rev. Hig.*, eno.-fbro. 1940, p. 122.



fiebre no cede, se piensa en que pueda tratarse de bartonelosis, por lo cual se llama al Dr. Luis Patiño Camargo, quien viene al hospital para examinar al enfermo. Se le toman muchas láminas y una vénula con sangre para cultivos. Al mismo tiempo se prescribe un tratamiento antianémico a base de calcio, vitamina C y reticulogén. Este tratamiento se continúa hasta el 24 en que se hace necesario aplicarle cardiazol, suero glucosado y cafeína por presentarse desfallecimiento cardíaco.

Mayo 25/40: Otras tomas de sangre para buscar parásitos y hacer cultivos. Extrema gravedad. La orina contiene 0.25% de albúmina. Se inicia la aplicación de extracto de bazo, siguiendo con el suero y los tonicardíacos. Enfermo muy debilitado.

Mayo 27/40: Entra en estado agónico en las horas de la tarde. Muere el día 28 a la 1.30 p.m.

Mayo 29/40: Se le practica autopsia. Llamen la atención la hipertrofia del bazo, ligeras petequias en el riñón y en el intestino delgado. Se toman trozos de todas las vísceras para exámenes anatomopatológicos.

**Histopatología.**—La autopsia fué practicada 21 horas después de la muerte. Se tomaron fragmentos de hígado, bazo, intestino delgado, riñón, suprarrenal, páncreas, corazón y pulmón. (Números 174 a 171 del Instituto Lleras.) No fué posible observar los cambios de estructura debido a la desintegración celular como consecuencia del tiempo demasiado largo que transcurrió entre la muerte y la llegada del material al laboratorio.

En el hígado se encontró un proceso inflamatorio acompañado de congestión pasiva y de degeneración grasosa. Se ven focos de infiltración leucocitaria mononuclear en los espacios periportales. Tanto en este órgano como en los cortes hechos sobre el intestino, la cápsula suprarrenal y el páncreas, se encontraron numerosos microorganismos, cocoides en su forma, e intra y extracelulares. Generalmente se agrupan en masas, pero algunas veces se ven en cadenas hasta de ocho elementos. Ocupan estas colonias el tejido intersticial y de ordinario están acompañadas de formas bacilares de naturaleza indeterminada. Son más abundantes en el páncreas y en la cápsula suprarrenal. El examen histológico del riñón reveló un proceso inflamatorio que afecta especialmente la región cortical donde hay infiltración leucocitaria poli y mononuclear. En el bazo hay congestión y edema. La arquitectura no se aprecia bien y se ven algunos focos de hemorragia. En el corazón no se encontró nada distinto de cambios post-mortem.

**Comprobación experimental del diagnóstico.**—Del 11 al 28 de mayo se revisaron numerosas láminas de sangre sin encontrar hemoparásitos. El recuento globular el 25 dió 2,040,000 eritrocitos y 5,400 leucocitos.

Los días 11 y 25 con sangre citrada se hicieron siembras en medios líquidos, semisólidos y sólidos apropiados. En algunos tubos de medio de Noguchi sembrados el 11 se observó el día 21 proliferación de un germen semejante a *Bartonella* y se hicieron resiembras.

En las siembras del 25 también se observan microorganismos, semejantes a *Bartonella*, pero acompañados por otros gérmenes de tipo muy variado.

El 5 de junio de un tubo de medio de Noguchi sembrado el 11 y que revela gérmenes semejantes a *Bartonella*, se inocula el *Macacus rhesus* N° 19, en la cara intradérmicamente, en el vientre subcutáneamente y en una vena de la pierna el contenido diluido en solución salina. Las señales de la inoculación desaparecen. Diariamente se examina la sangre sin hallar hemoparásitos. El día 20 comienzan a brotar verrugas en la cara. Son nódulos fijos de consistencia blanda y de color rojo más o menos intenso. (Véanse las figuras 1 y 2.) El 25 bajo anestesia se extirpan dos verrugas para siembras, inoculación a otros animales, impresiones y cortes. El 1° de julio bajo anestesia se extirpa una gruesa verruga abdominal.



Fig. 1

*Macacus rhesus* No. 19: Fotografías del 22 y 24 de junio de 1940. Se inculó con hemocultivo en medio semisólido procedente del cabo J. B., el 5 de junio de 1940. Vías intradérmica en la cara, subcutánea en el vientre, e intravenosa. Las verrugas se iniciaron el 20 de junio.



Fig. 2

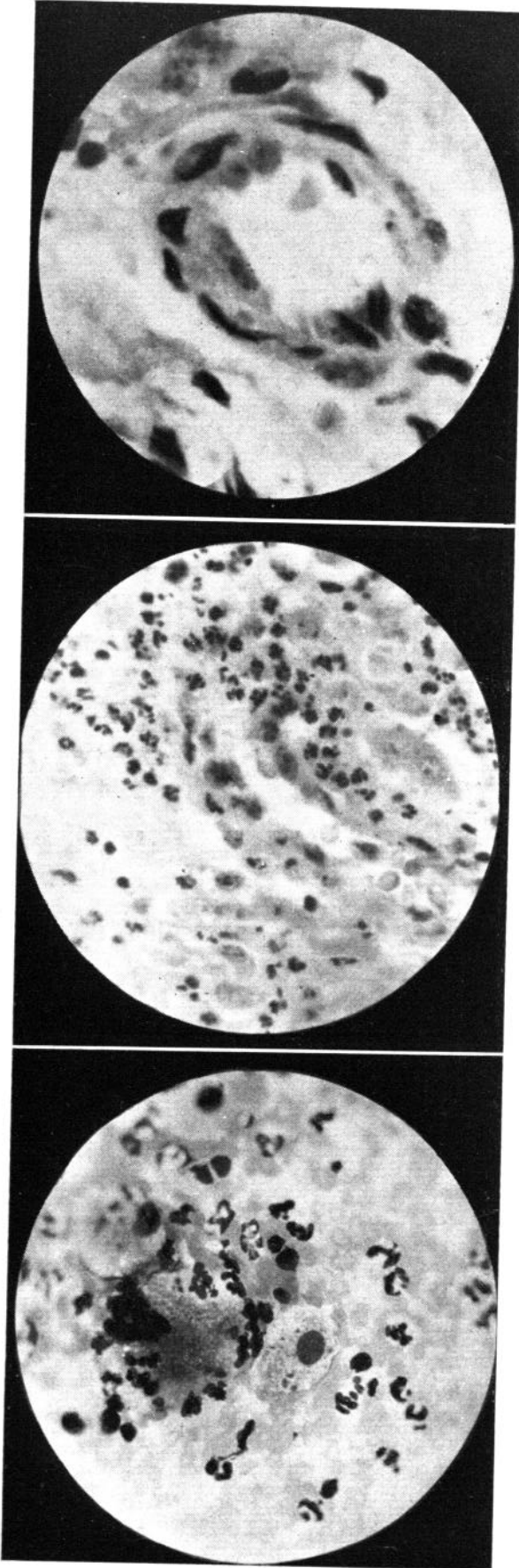


Fig. 3

Fig. 4

Fig. 5

Microfotografías de cortes de verruca del *Macacus rhesus* No. 19: Fig. 3: verruga ciliar; coloración por May-Grünwald-Giemsa; células llenas de granulaciones acidófilas. Fig. 4: Corte longitudinal de un capilar de neoformación; obsérvese en el tejido circundante el proceso inflamatorio. Fig. 5: Corte transversal de un capilar de neoformación.

En las impresiones de verrugas teñidas por May-Grünwald-Giemsa se observan células llenas de granulaciones acidófilas. (Véase la microfotografía, figura N° 3.)

El examen anatomopatológico (N° 198 del Instituto Lleras), hecho sobre la biopsia de un nódulo localizado en la pared abdominal, dió el siguiente resultado: en el tejido celular subcutáneo, hay una zona inflamatoria con infiltración leucocitaria poli y mononuclear, neoformación de vasos, hiperplasia perivascular y proliferación del tejido conjuntivo fibroso. Las células endoteliales se presentan como elementos hipertrofiados, con degeneración grasosa algunas veces, y hialina otras. No son raros los eosinófilos. Se observan fenómenos de piconosis, cariólisis y cariorrexis. Edema moderado. Focos pequeños de hemorragia. Como se ve, el cuadro histológico es el de una inflamación subaguda y crónica. No se encontraron microorganismos. (Véanse las microfotografías, figuras 4 y 5.)

El 22 de junio de inocula con un subcultivo, un mono nativo *Cebus fatuellus* con 0.25 cc de emulsión en solución salina en la cara intradérmicamente y 1 cc en el abdomen. El 6 de julio muestra dos verrugas en la cara, una en el abdomen. En diarios exámenes de láminas, no se vieron hemoparásitos. Este animal con verrugas experimentales, se exhibió ante el cuerpo de profesores de clínica del Hospital de San Juan de Dios, en la sesión del día 15 de julio, con ocasión de la visita del Dr. W. Sharpe.

**Comentarios.**—La muerte del Cabo J. B. del Hospital de Bogotá, fué causada por la misma fiebre verrucosa del Guáitara, o sea por la verruga o bartonellosis. Es el primer caso ocurrido en Bogotá. Aun cuando el diagnóstico clínico parecía seguro, no se aceptó como definitivo sino después de que los hemocultivos determinaron verrugas típicas en monos. Llama la atención el hecho de que el Cabo J. B. haya permanecido en buena salud por varios meses después de su visita a la región epidémica. La infección de chancros parece haber desencadenado la enfermedad. La histología de la verruga del mono encuadra en las descripciones clásicas. Finalmente el caso es un alerta para que los médicos indaguen la procedencia de casos de fiebre anemizante y para que los sanitaristas estén alerta.

---

#### THE FIRST CASE OF BARTONELLOSIS IN BOGOTA

**Summary.**—The first fatal case of bartonellosis observed in Bogota is described. In April 1940 a cavalry corporal who had visited the Department of Nariño, adjacent to Ecuador, where bartonella infection prevails, several months before, was taken into the hospital at Bogota. Anemia and a fever diagnosed as typhoid were present, and despite intensive treatment, the patient died on May 28. The autopsy revealed the presence in the liver, suprarenal capsule and pancreas of numerous intra- and extra-cellular colloidal micro-organisms, usually in masses but at time in chains having up to eight units. In cultures planted on May 11 in test tubes containing Noguchi medium, growth of a Bartonella-like germ was detected on May 21. A *Macacus rhesus* inoculated on June 5 with one of these cultures revealed warts on the face on June 20, and a fatty abdominal verrucous growth was removed on July 1. A *Cebus fatuellus* monkey inoculated with a subculture on June 22 revealed two verrucous growths on the face and one on the abdomen on July 6. During the year 1939, 1,448 patients died from verruga in the Department of Nariño, which has a population of about 150,000.