

SÍNDROME DE LOEFFLER

Caso presentado a la Conferencia Médica del Baltimore City Hospital, en junio de 1953, por la Doctora EVA MANNHEIM (de Honduras)

A. T-, mujer de raza negra, de 22 años, monja, fue admitida a la división de tuberculosis del Baltimore City Hospital el 9 de marzo de 1953.

Refiere la paciente que se encontraba en perfecto estado de salud hasta noviembre de 1952, época en que empezó a quejarse de tos, expectoración, ligeras elevaciones térmicas y disnea de esfuerzo. En esta época fué vista por su médico general quien le hizo tratamiento sintomático, no se hizo uso de ningún antibiótico.

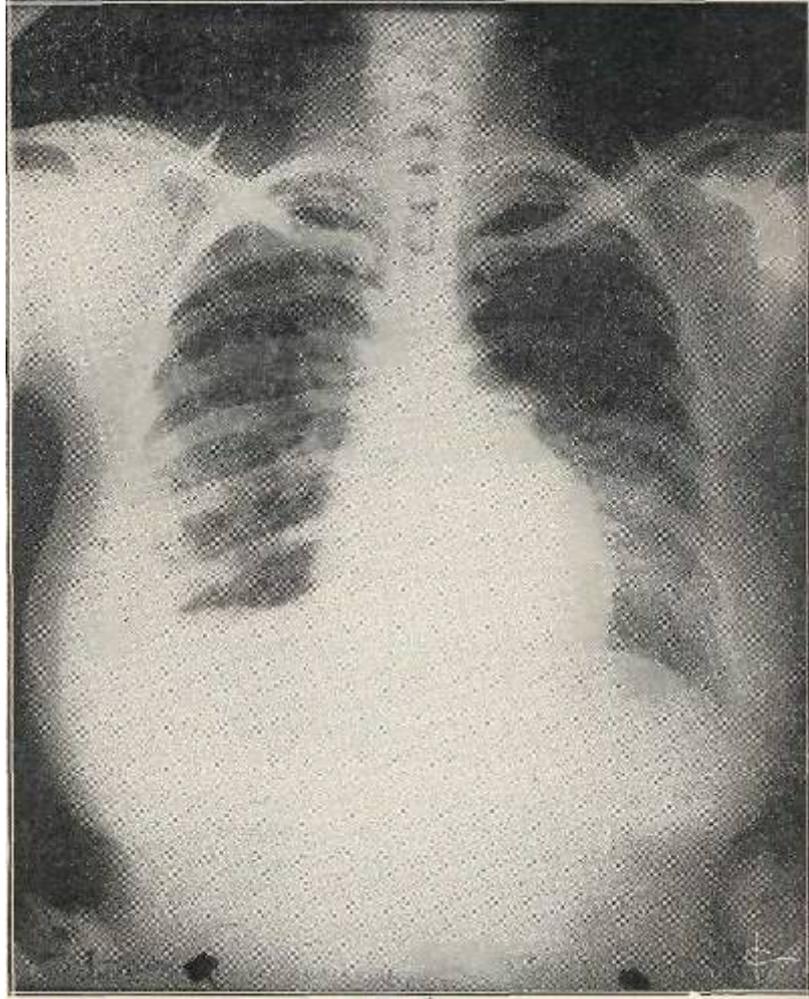
El 24 de diciembre del mismo año la paciente tuvo un ataque asmático típico, el primero en su vida; en esta ocasión fue atendida en una clínica de la localidad, recibió una inyección con lo cual se sintió mucho mejor.

Por la persistencia de malestar general, sibilancias, poca tos y disnea se ordenó radiografía pulmonar en enero de 1953; ésta reveló infiltración de arcos vértices por lo que la paciente fué enviada a nuestro servicio.

Su historia pasada no revela nada de importancia, excepto por un proceso que fue diagnosticado como neumonía atípica en noviembre de 1950. En esta ocasión fue tratada con penicilina, las lesiones que se localizaban en las bases pulmonares evolucionaron favorablemente. No tenemos datos de los exámenes complementarios que se practicaron en esta ocasión.

La historia familiar es negativa por tuberculosis y enfermedades contagiosas.

Historia de contacto: la paciente trabajó en 1951 en un hospital para enfermos mentales, entre ellos había algunos tuberculosos.



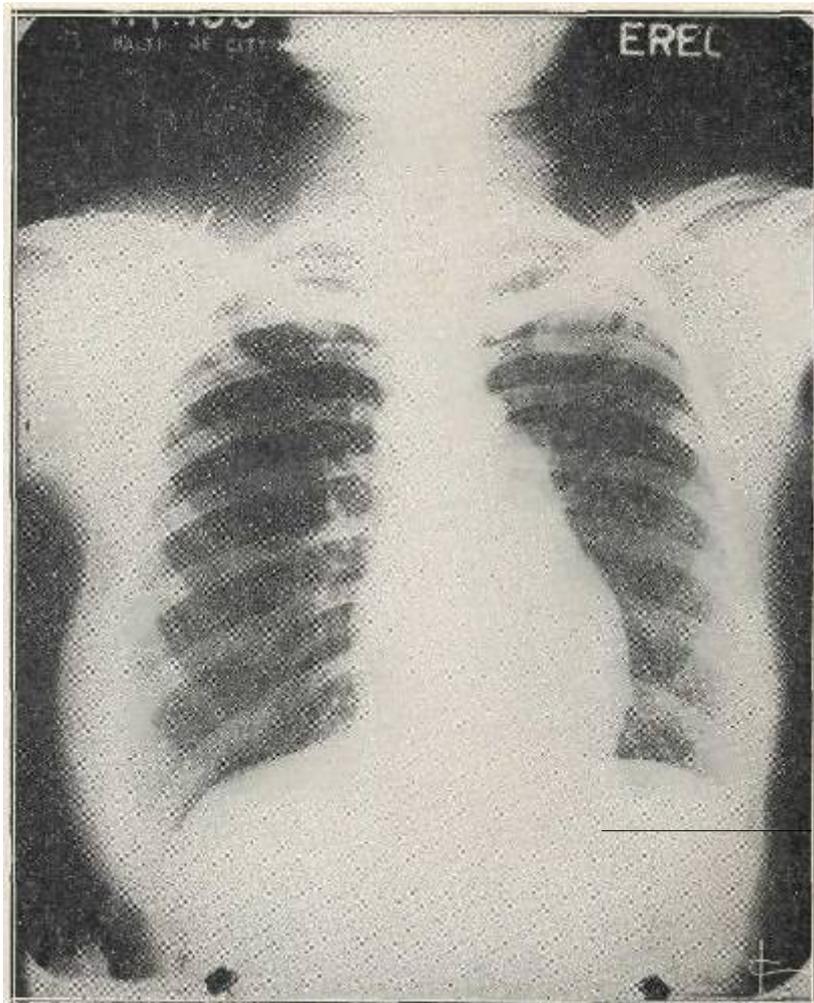
Radiografía tomada el 8 de Diciembre de 1950, cuando la páctente tuvo lo que se suponía ser una neumonía atípica. Nótese la infiltración localizada en ambas bases pulmonares

Al examen físico la paciente aparece en buen estado general, I no parece encontrarse aguda ni crónicamente enferma.

Es obesa, pesa 168 libras el día de la admisión. Temperatura 37, I pulso 80, respiraciones 22, presión arterial 110/80.

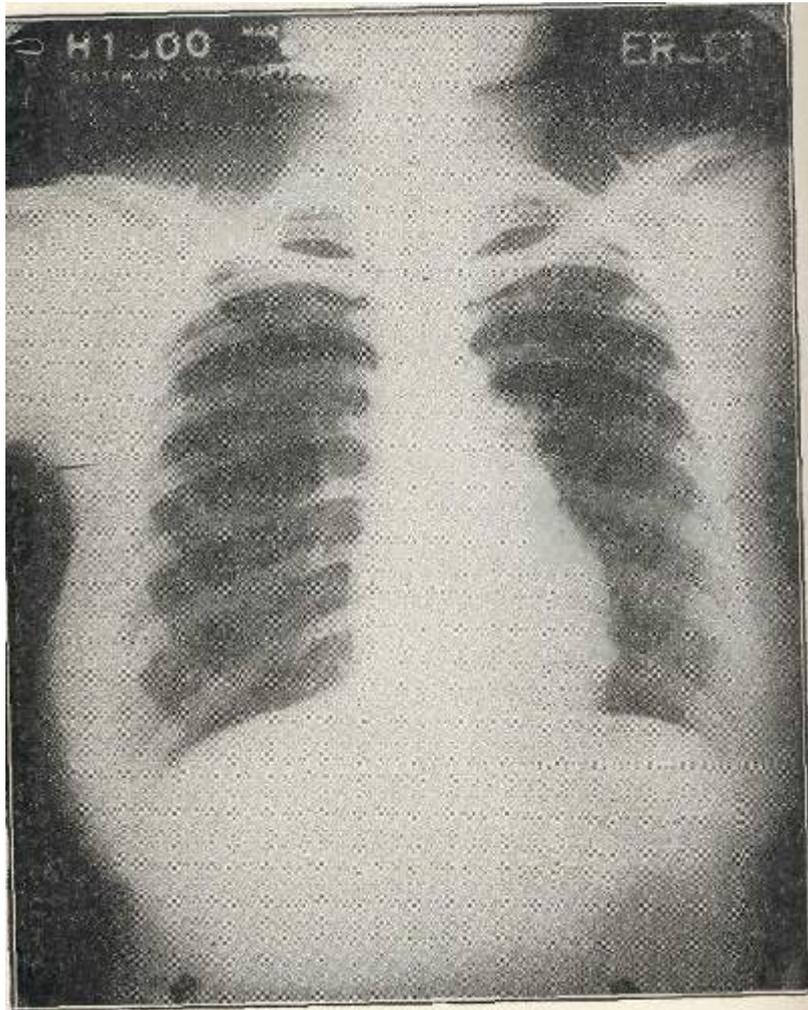
El examen físico es completamente negativo, excepto por sibi- I lancias expiraforias que se perciben sobre la región anterior del he- I mitórax izquierdo.

Exámenes de laboratorio hechos el día de admisión:



Radiografía tomada el 9 de marzo de 1953, el día en que la paciente fue admitida al hospital. Nótese la infiltración localizada en ambos vértices

Sangre: Glóbulos blancos 4.500, Hg. 16 gm. hematócrito 48, velocidad de sedimentación 50 mm., neutrófilos 46, eosinófilos 22, basófilos 5, linfocitos 26. Química sanguínea: normal. Kahn: negativo. Espudo examen directo y homogenizado negativo por bacilos de Koch. Heces: negativo por huevos y parásitos. Prueba serológica para descartar mononucleosis infecciosa fue negativa. Aglutinas frías: negativo. Pruebas de aglutinación para tifoidea y paratifoidea: negativas, lo mismo que para riquetsias y brucelosis.



Radiografía tomada el 15 de marzo de 1953, 6 días después de haber ingresado la paciente. Las infiltraciones han desaparecido casi completamente, solamente se observa pequeñísima infiltración localizada en el primer espacio intercostal anterior izquierdo

Electrocardiograma: normal.

Se hizo broncoscopía el 11 de marzo de 1953, solamente se encontró el bronquio superior derecho enrojecido y con alguna secreción.

La radiografía de admisión mostraba infiltración apical bilateral más acentuada en el vértice izquierdo.

CUADRO N° 5

Población Urbana de Comayagua de 12 a 50 años clasificada en grupos específicos

Población de 12 a 50 años 3.200	Escolares	%	Masculino	%	Femenino	%
	309	9.6	147	4.6	162	5
	Colegiales	%	Masculino		Femenino	%
	91	2.8	33	1	58	1.8
	Escuela Rural	%	Masculino	%		
	95	3	95	3		
	Maestros	%	Masculino	%	Femenino	%
	26	0.8	6	0.2	20	0.6
	Militares	%	Masculino	%		
	55	1.7	55	1.7		
	Trabajadores de Caminos	%	Masculino	%		
	331	10.3	331	10.3		
	Reos	%	Masculino	%	Femenino	%
	122	3.8	120	3.7	2	0.06
Meretrices	%					
19	0.6					

LOCALIDAD INVESTIGADA

Comayagua está ubicada en un Valle que se extiende de Sur a Norte en una longitud de 42 kilómetros, limitada orográficamente al Oriente por la Sierra de Comayagua y al Sur-Oeste por la Sierra de Montecillos. Todos los barrios de la localidad son transitables en carro, la población se compone de comerciantes, estudiantes y agricultores que se dedican al cultivo de maíz, frijoles, café, algodón, etc. Comayagua se encuentra unida a la capital de la República, Tegucigalpa, D. C, por una carretera de tierra, cuyo recorrido se hace en dos horas y media y tiene una longitud de 105 kilómetros. Su clima es variable del cálido al fresco y está situada a una altura de 606 metros sobre el nivel del mar.



Plano de la ciudad de Comayagua indicando los lugares donde nos situamos para hacer la extracción de sangre.

1-Brigada de Sanidad. 2-Escuela de Niñas. 3-Escuela de Niños. 4-Colegio. 5-Escuela Rural

DESARROLLO DEL PROGRAMA

Las diversas fases del programa fueron las siguientes:
1°—INFORMACIÓN Y EDUCACIÓN AL PÚBLICO. 2°—EXTRACCIÓN DE SANGRE. 3°—DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS. 4°—EXAMEN CLÍNICO DE LOS CASOS POSITIVOS. 5°—TRATAMIENTO. 6°—INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.

El cuadro «B» muestra el total de reacciones serológicas positivas y porcentaje del cuadro N° 5.

CUADRO «B»

Escolares	Positivos	%	Masculino	Positivos	%	Femenino	Positivos	%
309	29	9.3	147	13	8.7	162	16	9.8
Colegiales	Positivos	%	Masculino	Positivos	%	Femenino	Positivos	%
91	2	2.2	33	0	0	58	2	3.4
Esc. Rural	Positivos	%	Masculino	Positivos	%			
95	6	6.3	9E	6	6.3			
Maestros	Positivos	%	Masculino	Positivos	%	Femenino	Positivos	%
26	4	15.3	6	4	66	20	0	0
Militares	Positivos	%	Masculino	Positivos	%			
55	25	45.4	55	25	45.4			
Trab. Caminos	Positivos	%	Masculino	Positivos	%			
331	43	13	331	43	13			
Reos	Positivos	%	Masculino	Positivos	%	Femenino	Positivos	%
122	20	16.3	120	40	16.6	2	0	0
Meretrices	Positivos	%						
19	12	63						

Curso seguido en el hospital: La paciente permaneció durante toda su hospitalización en excelente condición general, asintomática y completamente afebril.

Tuberculina (P.P.D. primera y segunda concentración) resultó negativa.

Exámenes de esputo en serie (directo y cultivo) permanecieron negativos.

Sucesivos recuentos mostraron una consistente eosinofilia que oscilaba entre 22 y 34%, la fórmula leucocitaria permaneció normal.

En el frotis de secreción nasal se encontraron dos eosinófilos. Recuento total de eosinófilos hecho el 24 de marzo de 1953 mostró 1.319 eosinófilos.

En vista de que la paciente no sufría de tuberculosis pulmonar, fue dada de alta el 28 de marzo de 1953. Las radiografías que se tomaron en el curso de su hospitalización mostraron una gradual desaparición de los infiltrados, la radiografía que se tomó poco antes de darle el alta, solamente mostraba infiltración muy tenue del primer espacio intercostal anterior izquierdo.

En el caso anteriormente descrito se hizo el diagnóstico de síndrome de Loeffler, por ser las lesiones pulmonares de carácter pasajero, la consistente eosinofilia y los síntomas característicos de este síndrome que se presentaron al principio de la enfermedad. Se comprende el daño que se le hubiera hecho a esta paciente de haber permanecido en la división de tuberculosis, pero desde el momento en que se descubrió que su tuberculina era negativa, fue aislada del resto de los pacientes y se trató de hacer todas las investigaciones lo más rápidamente posible para llegar a un diagnóstico.

Infiltraciones pulmonares pasajeras acompañadas de eosinofilia fueron descritas por primera vez por Loeffler en 1932, desde entonces varios casos han sido reportados en la literatura.

La etiología de este síndrome ha sido discutida, la mayoría de los autores se han inclinado fuertemente hacia la alergia, se le ha dado gran importancia al parasitismo intestinal, otros parecen creer que existe influencia estacional.

Sonderling reporta acerca de una epidemia que se presentó en Shanghai en 1935, ésta coincidió con la polinización de una planta llamada Privet.

Generalmente el enfermo es asintomático, o los síntomas si los hay, son muy pocos: Se pueden observar malestar general, tos, asma, disnea y ligeras elevaciones térmicas.

El curso de la enfermedad es generalmente benigno durando aproximadamente unas tres semanas.

Recientemente un caso de síndrome de Loeffler consecutivo a penicilino terapia ha sido reportado.

En cuanto a tratamiento se han usado antialérgicos y antibióticos sin influencia apreciable sobre el curso de la enfermedad. En el caso que nosotros reportamos no se hizo ningún tratamiento.

DISTRIBUCIÓN DE RESULTADOS

Con verdadera satisfacción puedo decirles que todas las personas examinadas serológicamente, recibieron sus resultados personalmente, habiendo tratado en esta forma el 100% de los casos positivos. El tiempo transcurrido entre la toma de sangre y el informe del Laboratorio fue de 48 horas. Es interesante hacer notar la puntualidad e interés demostrado por todas las personas al presentarse a reclamar el resultado del examen de sangre, ésto se debió en gran parte a la previa campaña educadora, así como a la decidida cooperación de las autoridades y más que todo a la respuesta satisfactoria del pueblo de Comayagua.

EXAMEN CLÍNICO DE LOS CASOS POSITIVOS

Todos los casos positivos descubiertos fueron sometidos posteriormente a un cuidadoso examen clínico. Las personas con reacciones serológicas positivas acusaban antecedentes de infección venérea 81% y evidencia clínica de infección sifilítica 20%.

Las formas clínicas de sífilis descubiertas fueron las siguientes:

Reciente	%	Sintomática	%	Latente	%
126	39	62	19	64	20
Tardía	%	Sintomática	%	Latente	%
164	50.3	0	0	164	50.3

36	%	Sintomática	%	Latente	%
Tardía	11	2	menos del 1 por ciento	34	10

Tres exámenes al campo obscuro, con resultado negativo.
Cuatro casos de falsas Biológicas positivas.

Otras enfermedades Venéreas: 4 casos de gonorrea y 3 casos chancroide.

TRATAMIENTO

Se trató el 100% de los casos positivos con PAM, siguiendo el esquema recomendado por el IV Congreso Centroamericano de Venereología celebrado en San José de Costa Rica.

Sífilis reciente; sintomática y latente, una inyección de dos millones cuatrocientas mil unidades el primer día, una segunda inyección de 1,200.000 unidades el tercer día y otra dosis igual tres días después hasta hacer una suma total de 4,800.000 unidades.

Sífilis tardía latente: el mismo esquema anterior más una dosis adicional de 1,200.000 unidades tres días después hasta hacer una suma total de 6.000.000.

Sífilis congénita tardía, igual tratamiento que para el de la sífilis adquirida. No se observaron reacciones focales o generales al uso de este antibiótico.

El cuadro «C» indica el total de personas tratadas por sífilis y porcentaje.

CUADRO «C»

Total de casos positivos	Total de casos tratados	%
330 +	326	100

+ Cuatro resultaron falsas positivas.

INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La investigación epidemiológica se realizó en todos los casos positivos. Los contactos sexuales, familiares o extrafamiliares fueron todos tratados, aún cuando no presentaban la mayoría de ellos evidencia clínica de infección. Todas las mujeres embarazadas de la localidad fueron examinadas para prevenir la sífilis adquirida in útero, así sobre un total de 1,014 mujeres sometido a examen serológico 51 resultaron embarazadas o sea 5,02% y de ellas 3 resultaron positivas o sea 5.8%.

COSTO

El costo total de la encuesta fue de Lps. 2,365.00 incluyendo todos los gastos: personal, drogas, hojas impresas, gastos de laboratorio, etc. El costo per cápita de tratamiento incluyendo el gasto adicional de los contactos sexuales, familiares o extrafamiliares tratados fue de Lps. 2.79.

SUMARIO

1?—Se detallan las principales características de la zona de trabajo, observando que se operó sobre la población urbana de 5,444 habitantes, donde están incluidos un grupo de población específica de 1,038 personas clasificadas entre escolares, colegiales, escuela rural, maestros, militares, trabajadores de caminos, reos y meretrices. Se describe someramente la localidad investigada.

2"—Se enumeran las diferentes fases del programa, destacando que únicamente el análisis serológico de las muestras no se realizó en el lugar de la encuesta, y que a pesar de esto en el término de 48 horas fue posible informar al público sobre la importancia social de combatir las enfermedades venéreas, y extraer la sangre, examinar clínicamente los casos positivos y administrarles la primera dosis del tratamiento a base de PAM.

3—Se destaca la labor de información y educación del público con anterioridad y durante el desarrollo de las fases del programa, por medio de: circulares, placas en el teatro de la localidad, cuñas en los periódicos de mayor tiraje en la República, hojas sueltas, charlas en colegios y en escuelas y pláticas previas a la toma de sangre.

4^C—Se indica la forma en que se hizo la extracción de sangre, 150 muestras en el lapso de una hora y cuarto, haciendo notar que el 100% de la población se presentó voluntariamente.

5[?]—Se demuestra que el promedio de personas comprendidas entre los 12 a 50 años que por primera vez se practicó un examen serológico llegó al 100%.

6'—Se consigna por medio del cuadro «A» que el 78% de la población sexualmente activa fue examinada y que el 13.7% de esa población tiene reacciones positivas.

7—Se demuestra por medio del cuadro «B» los diferentes porcentajes de positividad obtenidos en los grupos específicos, predominando en las meretrices 63%, y militares 45.4%; disminuyendo a 2.2% en los colegiales.

8^C—Se hace notar el interés y la puntualidad de las personas para reclamar su examen de sangre, pues a pesar de lo prolongado del tiempo entre la toma de sangre y la distribución de resultados el 100% de ellos fueron reclamados voluntariamente.

9°—Se hace constar que todos los casos positivos descubiertos, fueron examinados con posterioridad clínicamente y clasificados en los diferentes tipos de sífilis, resultando 70% sífilis adquirida latente, reciente y tardía. 20% de sífilis adquirida sintomática, reciente y tardía. 11% de sífilis congénita. Menos del 1% de otras enfermedades venéreas y de falsas biológicas positivas.

10—Se consigna que el 100% de los casos positivos fueron tratados conforme a los esquemas recomendados por el IV Congreso Centroamericano de Venereología, consignado en el cuadro «C» que de 326 casos positivos el 100% de ellos fueron tratados.

11[?]—Se hace notar que se practicó una minuciosa investigación epidemiológica, localizando de preferencia a las mujeres embarazadas, resultando 51 en este estado, sobre un total de 1,014 mu-

jes examinadas y saliendo positivas por sífilis 3 de ellas o sea un 5.8%.

12^o—Se hace notar el bajo costo global y per-cápita de la encuesta serológica que costó un total de Lps. 2.365.00 y per-cápita

CONCLUSIONES

1^o—La realización del programa del control de las enfermedades venéreas con Educación Anti-venérea concomitante se llevó a cabo en la zona urbana de Comayagua.

2^o—El 78% de la población sexualmente activa comprendida entre los 12 y 50 años fue examinada serológicamente.

3^o—El 13.7% de la población examinada resultó positiva,

4^o—El 100% de los casos positivos fueron examinados clínicamente y tratados con PAM.

5^o—El examen serológico fue practicado por primera vez en masa a una población urbana en Honduras.

6^o—El 100% de la población comprendida entre los 12 y 50 años realizó por primera vez un examen serológico.

7^o—El 81% de la población con reacciones serológicas positivas tienen antecedentes de infección sifilítica.

8^o—El 20% de la población con reacciones serológicas positivas tienen evidencia clínica de infección.

9^o—Las meretrices y militares tienen el porcentaje más alto de sífilis 63% y 45% respectivamente.

10^o—El tipo de sífilis latente es el predominante, 80% llegando la forma sintomática al 20%.

11^o—El costo per-cápita en lempira, moneda nacional fue de L. 2.79 menor que el de otras encuestas realizadas en otros países.

12^o—La Brigada Sanitaria de la localidad quedó organizada en la forma de que puede continuar haciendo el control médico-sanitario posterior de los casos de Enfermedades Venéreas, evitando así perder el trabajo inicial realizado en ese Sector de la República.

13^o—El programa de control de las Enfermedades Venéreas, como se apuntó, es económico y de rápida ejecución dejando como saldo satisfactorio llenados uno de los objetivos sanitarios fundamentales de la Campaña Anti-venérea.

14^o—Basado en la experiencia obtenida en la presente encuesta recomiendo la aplicación de este tipo de trabajo en las zonas urbanas que carezcan de asistencia médico-preventiva contra las Enfermedades Venéreas.

REFERENCIAS

- ±v—Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, mes de Agosto de 1953, Vol. XXXV, N^o 2, página 132.
- 2^o—Boletín Sanitario, Órgano de Difusión del Ministerio de Salud Pública, N^o 75 correspondiente a los meses de Abril, Mayo y Junio de 1952, página N^o 1, Asunción, Paraguay.
- 3^o—Memoria del Cuarto Congreso Centroamericano de Venereología. — San José de Costa Rica, página N^o 50.