

## Tema de reflexión

# VSH, ¿una nueva enfermedad?<sup>1</sup>

Héctor G Aguirre Gas<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Trabajo publicado en la Rev. Med. IMSS35: 385-91, 1997, que se incluye aquí por su interés y con autorización del Director de la Rev. en que apareció primero.

<sup>2</sup> Director del Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

Se presenta la descripción de una nueva enfermedad, sus síntomas, signos, resultados de laboratorio, de gabinete y respuesta a algunos procedimientos terapéuticos. Afecta inicialmente al sistema nervioso central, empezando por los pares craneales y la corteza cerebral, sin embargo, evoluciona progresivamente hacia una enfermedad multisistémica. Afecta a individuos de ambos性s, con mayor frecuencia entre los 16 y 75 años, que laboran en instituciones públicas o privadas, ocupando posiciones de elevado nivel jerárquico. Por sus diferentes grados de gravedad y pobre respuesta a las medidas terapéuticas, es necesario llevar a cabo una difusión de sus principales signos y síntomas, que permita realizar una prevención oportuna y suficiente y así evitar o detener su evolución en etapas tempranas.

### Introducción

Como resultado de la perspectiva que ofrece la madurez, a través de los años se adquiere una visión más clara de aspectos de la vida que en etapas previas somos incapaces de advertir. Así, después de mucho tiempo de presenciar el comportamiento y convivir con un gran número de personas en diferentes ámbitos, a nivel social, laboral y familiar –con oportunidad de recabar información muy valiosa utilizando únicamente el método observacional– ha sido posible describir esta nueva enfermedad. La información que en un principio parecía inconexa e intranscendente, en el transcurso de los años se fue asociando en un conjunto coherente y congruente de signos y síntomas que permitieron integrar un síndrome; posteriormente se agregaron resultados de laboratorio y gabinete y por último se logró la identificación de su agente causal: un virus, con lo cual fue posible hablar de una nueva entidad nosológica, una nueva enfermedad. Mediante la práctica de nuevos estudios y análisis de los resultados de laboratorio y gabinete se consiguió complementar su cuadro clínico, habiendo sido descrita por primera ocasión en 1989; la respuesta a algunos procedimientos terapéuticos permitió enriquecer su descripción. A pesar de todo lo anterior constantemente se agregan nuevas observaciones, que han venido a dar a este padecimiento una riqueza

sintomática poco común, sin que deje de asombrar el tiempo en años o siglos que hemos estado en su presencia, sin percatarnos de ella.

Es pertinente precisar que la obtención de información para la integración del cuadro clínico de esta enfermedad se llevó a cabo a través de muchos años de observación y que los sujetos en los cuales fue factible identificar sus manifestaciones clínicas fueron muy numerosos, sin que en ningún momento se hubiera logrado captar un conjunto de síntomas en un mismo enfermo; por lo anterior, no existe riesgo de faltar a la ética o al secreto profesional por divulgar la identidad de alguno de ellos. Cualquier suposición de que la información aquí presentada pudiera corresponder a alguna persona en particular es inadmisible. El hecho de que alguien se considere como el sujeto en quien se describió esta enfermedad, debe considerarse de antemano como un error de apreciación.

Una vez elaborada la descripción de la enfermedad y la identificación del virus que la produce, se realizó una revisión de varios casos que parecían sospechosos, encontrándose una alta prevalencia.

En una segunda investigación, en un grupo de individuos que laboran en diferentes centros de trabajo, seleccionados en forma aleatoria, se aplicaron los criterios diagnósticos establecidos; se encontraron nuevamente casos en una proporción mayor de la esperada, aunque no tan elevada como en la primera investigación, tanto en los niveles más bajos como en los más elevados.

La presentación de este trabajo tiene como propósito alertar a personas susceptibles y principalmente a quienes se encuentren en situaciones que implican riesgo, con el fin de que puedan llevar a cabo las medidas preventivas que se requieren, para evitar enfermarse o para estar en condiciones de identificar la enfermedad en sus etapas iniciales, evitar su progresión y eventualmente lograr un alivio, ante la evidencia de que no es curable en etapas avanzadas. Por otra parte, considerar que se es inmune a esta enfermedad y que no existe posibilidad de padecerla, podría ser ya una de las primeras manifestaciones de la enfermedad que debería llevarnos a realizar un autoanálisis minucioso.

## Cuadro clínico

Se trata de un padecimiento que afecta en forma inicial y predominante al sistema nervioso central, comenzando por los pares craneales, siguiendo por la corteza cerebral, para afectar posteriormente al sistema musculoesquelético, el hígado, la piel, el sistema hematopoyético y la afectividad, considerándose como una enfermedad multisistémica. Describiré sus manifestaciones en el orden de su presentación:

**Nervio óptico.** Se presenta como una hemianopsia bitemporal progresiva que hace sospechar una tumoración hipofisiaria. La reducción de los campos visuales en etapas avanzadas del proceso, limita la visión a una franja vertical estrecha en la parte media del campo visual, con pérdida de la visión lateral. La palabra “poder” que resulta al reducir el campo visual, es coincidental. Debe precisarse que esta reducción en los campos visuales no lleva implícito un deterioro en la agudeza visual, ya que estos pacientes son capaces de identificar hasta un pequeño cuerpo extraño (paja) en el ojo de terceras personas, a simple vista. Desarrollan una fotofobia progresiva que hace necesario el uso de anteojos oscuros aun en ambientes con poca luz.

**Nervio auditivo.** Las manifestaciones de la enfermedad incluyen tanto la rama auditiva, como la vestibular. La vía auditiva aparentemente está íntegra hasta la corteza cerebral, como ha sido demostrado con estudios de potenciales evocados, sin embargo la integración consciente de los sonidos es deficiente, con lo cual la capacidad para escuchar se pierde progresivamente, ocasionando que la comunicación con estos enfermos se dificulte de manera muy importante, particularmente cuando tratan de establecerla sus dependientes o subordinados (se oye, pero no se escucha), con frecuencia comienzan a replicar antes de que su interlocutor termine de hablar o parecen estar ausentes cuando se les está hablando.

La lesión vestibular al parecer se encuentra en los receptores ubicados en los canales semicirculares del laberinto, considerándose que la afección no es de la misma magnitud en cada uno de ellos, puesto que el vértigo se desencadena únicamente con los movimientos de la cabeza en sentido vertical, es decir, cuando el enfermo sube un escalón, sufre un ligero mareo en los casos leves o un vértigo severo en los graves; la expresión popular identifica esta manifestación con la expresión “se subió a un tabique y se mareó”. Esta situación puede llevar a condiciones muy difíciles de controlar cuando el ascenso es de varios escalones, particularmente si el ascenso se dio en un solo movimiento, llegando a sufrir caídas de uno, varios o la totalidad de los escalones previamente ascendidos.

**Nervios motores oculares.** Se involucran tanto el motor ocular común, como el patético y el motor ocular externo. La afección determina una pérdida progresiva de la capacidad para apreciar la perspectiva en condiciones específicas. Así,

cuando el enfermo observa a quienes se encuentran más abajo que él en una escalera, los aprecia particularmente pequeños, con sensación de que se debe tener especial cuidado si se desea no pisarlos; en contraposición, cuando en esa misma escalera dirige la mirada hacia arriba, aprecia a las personas particularmente grandes, con percepción de un riesgo inminente de ser pisado por una de ellas. Curiosamente la posibilidad de pisar a alguien y el riesgo de ser pisados, no les genera un nivel significativo de angustia. Cuando la ubicación es en una posición relativamente alta de la escalera, los problemas para apreciar la perspectiva les impide percibir el piso (“se pierde el piso”); así mismo, pierden totalmente la capacidad de escuchar a los que están muy abajo (afección del nervio auditivo).

**Nervio olfatorio.** La pérdida del olfato es progresiva, hasta llegar a ser casi total en los estados avanzados de la enfermedad, sin embargo estos enfermos no son conscientes de su anosmia, con ello, al creer que “se las huelean todas” con frecuencia cometan graves errores de juicio.

**Nervio facial.** La afección de este nervio da lugar a la presencia de una expresión sonriente en forma permanente, que traduce su satisfacción constante, especialmente cuando se encuentran en público e independientemente de que están atravesando por serios conflictos o sufriendo angustia grave.

**Nervio espinal.** La activación permanente de este par craneal conduce a estos enfermos a tener la cabeza permanentemente erguida, más allá de la posición normal de una persona relajada; la nariz está levantada como si estuvieran respirando el aroma de un platillo particularmente desagradable; esta situación les facilita la posibilidad de mirar a los demás de arriba hacia abajo y tiene como consecuencia la perspectiva de verlos pequeños.

**Nervio hipogloso.** Presentan una tendencia muy pronunciada a hablar en todos los foros y aprovechan para ello cualquier oportunidad. La cantidad de palabras que emiten es enorme, habitualmente a una gran velocidad. No obstante, en pocos casos queda claro lo que pretendieron decir.

**Nervios trigémino, glosofaríngeo y neumogástrico.** Las manifestaciones clínicas derivadas de la afección de estos tres nervios no se presentan en forma espontánea, sino como consecuencia de situaciones de “estrés” laboral. Efectivamente, ante el mínimo riesgo de disminuir su “status” como consecuencia de descender uno, varios o todos los escalones en la línea jerárquica, se presenta una serie de manifestaciones de severidad variable, particularmente cuando ocurren confrontaciones con “el señor” (sinónimo de jefe o persona importante de la organización). En relación con el **trigémino**, los enfermos con VSH cuando se enfrentan a conflictos con “el señor”, perciben una sensación de quemadura facial (les arde la cara como si tuvieran vergüenza); en lo referente al **glosofaríngeo**, la sola deglución de saliva produce una incomodidad faríngea importante, como si estuvieran deglutiendo una

pieza de *Diplectrum conceptione*, nombre científico de una raíz tuberosa conocida por los nahuas como “camotli” y como “camote” en el lenguaje coloquial vigente. En relación con el **vago o neumogástrico**, en las situaciones de apremio ante “el señor”, presentan palidez, diaforesis, polipnea, violentas taquicardias que se manifiestan por palpitaciones intensas y un incremento brusco de la motilidad intestinal, que les produce evacuaciones diarreicas incontrolables que los obligan a abandonar intempestivamente el lugar de trabajo.

**Afectividad.** Conforme la enfermedad avanza los pacientes adquieren en forma progresiva una conciencia clara de lo difícil y poco probable que es para ellos equivocarse situación de verdadero privilegio que, como frecuentemente sucede, tendrá que enfrentar a la incomprendión popular. Se hacen conscientes de sus derechos y merecimientos, que son todos. Afortunadamente por tratarse de personas que han alcanzado el éxito en diferentes ámbitos de su vida social o profesional, cuentan con la autoridad suficiente para hacer valer la verdad que poseen.

Evidentemente los demás son los culpables de todos sus problemas, de lo que ellos no pudieron realizar; normalmente hablan de lo que van a hacer, no de lo que ya hicieron; son excelentes planeadores, pero no concluyen lo que desean realizar; desde jóvenes son funcionarios prometedores y siguen siéndolo en la edad madura, nunca llegan a ser funcionarios cumplidores.

La afectividad de estos pacientes sufre también deterioro, con tendencia al aplanamiento que los ubica en calidad de alfombra, con riesgo de ser pisados por el propio “señor”; en cambio conforme ascienden escalones, el volumen corporal parece aumentar como si se inflaran. La fisiopatología de estos cambios aún no es bien conocida aunque se refiere probablemente al tejido conectivo y particularmente a las fibras elásticas. Se tornan solemnes, su voz se vuelve engolada y pierden la capacidad de asombro, así como la posibilidad de disfrutar los pequeños placeres cotidianos que ofrece la vida; se saben incomprendidos por los demás, aunque no tienen la necesidad de comprenderlos; como jueces son infalibles y severos.

Con frecuencia suelen usar la ropa del “señor”: sacos que les quedan grandes, asumiendo posturas superiores a su capacidad real; acostumbran también manifestar su autoridad usando los pantalones de sus jefes, cuando no tienen los suficientes... elementos para ejercer la autoridad que pretenden tener, con sus propios pantalones.

Se convierten en expertos cuentistas, todos sus chistes son recibidos con sonoras risotadas; su presencia y simpatía los convierte en verdaderos galanes seductores, facultades que se acrecientan en la medida que ascienden en la escala.

Un aspecto que llama la atención en estos pacientes es su admiración selectiva por algunas flores, las violetas en las fases iniciales de la enfermedad y los narcisos en las avanzadas.

**Sistema musculoesquelético.** Es común que padecan dolores en la espalda como resultado de los frecuentes movi-

mientos de hiperflexión, en las reverencias que deben hacer ante “el señor”.

### Exploración física

El *habitus* exterior de estos pacientes los identifica como individuos particularmente sanos.

Aun cuando en condiciones normales su piel traduce juventud, cuando “el señor” les llama la atención se arrugan completamente y parecen hacerse chiquitos, como si se hubieran desinflado y aparentan ser varios años más viejos.

Cabe mencionar el hecho de que aun cuando no lo aparenten, el peso corporal es significativamente superior a lo esperado, al grado que se llega a temer por el mantenimiento de las básculas utilizadas, especialmente si no son suficientemente sólidas. Aún no se sabe con precisión por qué estos enfermos son tan pesados. Sin embargo, su exceso de peso parece estar relacionado con un incremento progresivo de la densidad en el tejido óseo, ya que el resto de los tejidos parecen más bien cursar con enfisema, como si estuvieran inflados.

Por otra parte este incremento en el tejido óseo parece estar relacionado con factores alimentarios, ya que en su primera infancia una vez agotada la lactancia materna, situación que ocurre entre los 18 y 24 meses de edad, prolongan su alimentación con leche administrada en biberones, razón por la cual sus compañeros en la escuela secundaria los apodian “niños mamila”.

En la edad uno de los elementos nutricios más importantes en su dieta son los “buenos huesos”. Contar con un “buen hueso” nutre su cuerpo y su espíritu, a la inversa, carecer de uno de ellos, sobre todo cuando los han tenido por largo tiempo, parece conducirlos a un síndrome de deprivación severo con osteopenia grave, como si fueran verdaderamente adictos a los “huesos”. En este síndrome de deprivación se les observa verdaderamente deprimidos, bajan de peso, lucen ojerosos y fatigados, con la barba crecida, su ropa parece quedarles grande, no aceptan ser vistos en público y llega a temerse por su vida. Pasar a engrosar las filas de la “RENATA” (Reserva Nacional de Talentos), lo cual les resulta particularmente doloroso.

Las maniobras de palpación, percusión y auscultación no muestran datos patológicos, a excepción de una hepatomegalia importante y desproporcionada que ha motivado que se les identifique como unos verdaderos “hígados”, aun cuando sus pruebas de funcionamiento hepático son esencialmente normales.

La exploración neurológica muestra las alteraciones antes descritas en los pares craneales.

Uno de los principales problemas que dificulta el diagnóstico en estos pacientes, es el hecho de que no son conscientes de su propia enfermedad y se resisten a aceptar que la padecen, aun cuando tienen la habilidad de identificarla en otras personas.

## Auxiliares de diagnóstico

Los exámenes de laboratorio son prácticamente normales. Sin embargo, como hecho de observación debe señalarse que en ellos los análisis de sangre tienen un alto grado de dificultad, como consecuencia de la fácil obstrucción de las agujas para punción que se usan para obtener las muestras, inclusive las más gruesas. Este fenómeno está asociado a un hematocrito particularmente alto, por lo cual pueden ser considerados, sin faltar al rigor científico, como individuos con sangre cuya viscosidad es excesiva (coloquialmente denominada como “sangre espesa”).

Los estudios de imagenología y gabinete no han aportado información adicional que sea útil para el diagnóstico a excepción de la mayor densidad en el tejido óseo ya mencionada.

## Evolución

La evolución de la enfermedad es en general hacia el agravamiento, sin embargo existen algunos factores que propician una evolución acelerada. Se han identificado tres factores: primero, la ubicación de los enfermos en las alturas; segundo, el sonido peculiar de los aplausos, sobre todo si éstos son constantes o muy frecuentes; y tercero la adulación, veneno que ha sido comparado por el poeta con la miel que empaña, el vino que embriaga y la música que aletarga.

Existen algunos factores que liberan los mecanismos de autocontrol de los enfermos, sobre todo de las manifestaciones más agudas de la enfermedad, por ello debe evitarse criticarlos o contradecirlos, especialmente frente a terceros, so pena de verlos caer en la iracundia.

## Epidemiología

Los estudios epidemiológicos han mostrado que las manifestaciones de la enfermedad se hacen presentes aproximadamente tres años después de convivir con enfermos del mismo padecimiento. Esta situación hizo suponer que se trataba de una enfermedad infectocontagiosa, con un periodo prepatógenico de duración variable, pero cercano a los tres años; con algunas similitudes con el VIH, en el cual las manifestaciones de la enfermedad habitualmente se presentan después de tres años de haber sufrido el contagio. En esta enfermedad no ha sido posible identificar el mecanismo del contagio por el momento, sólo puede decirse que un posible contagio ocurre a través de la convivencia con pacientes de la misma enfermedad, tanto a nivel familiar como social y laboral.

## Etiopatogenia

Ante la identificación de un número creciente de casos de esta enfermedad, las autoridades sanitarias se abocaron a in-

vestigarla, pretendiendo su caracterización precisa. Para ello fueron convocados científicos expertos en diferentes disciplinas de la medicina para dedicarse tiempo exclusivo a identificar sus factores predisponentes, nosología, mecanismos de transmisión y adquisición de la enfermedad, agente causal y posibilidades de tratamiento.

Múltiples hipótesis fueron invocadas, desde el hecho de que encontrarse en las alturas afecta a estos enfermos, como consecuencia de los posibles efectos de una menor presión atmosférica, menor concentración de oxígeno en el aire que se respira y menor efecto de la gravedad, hasta los efectos de los niveles crecientes de contaminación en todos los ámbitos o la tendencia a comportarse como “el señor” cuando están cerca de “él” en las alturas, incluso llegar a creer que son “el señor” mismo. Investigaciones llevadas a cabo con apego a la más estricta metodología científica permitieron a un modesto investigador originario de la provincia mexicana, identificar un virus, presente en forma constante en la sangre de los portadores y de los enfermos de este padecimiento. Un virus en forma de “S” al que se denomina “VSH”.

## Tratamiento

A partir del descubrimiento del virus se han ensayado numerosos tratamientos, sin embargo los resultados han sido desalentadores. La mayor aproximación se dio cuando se difundió el hecho de que los enfermos con VIH tenían mejorías importantes al extraer su sangre, calentarla y volverla a transfundir. Sin embargo en el VSH el calentamiento no logró ningún efecto favorable. No obstante se describió el hecho de que sometiendo a estos pacientes a periodos de congelamiento por tiempos variables, especialmente si éstos eran prolongados, se obtenían mejorías impresionantes y en algunos pocos casos no se observan las recaídas, mismas que cuando se presentan, habitualmente son mucho más graves que el episodio inicial.

No existe curación para el VSH: de manera similar al VIH, sólo se puede ofrecer control temporal pero la desaparición de la enfermedad sólo se alcanza con la muerte. Al igual que con el VIH la prevención es la única opción, es por ello que se decidió publicar este documento, a fin de que puedan identificarse los riesgos, prevenir la enfermedad o identificarla en etapas tempranas, para evitar su progresión hasta llegar a etapas avanzadas.

## Revisión histórica

En presencia del serio problema de salud que representa esta enfermedad, se consideró conveniente investigar la presencia de este virus en muestras de sangre congeladas con propósitos de investigación. Sorpresivamente el virus se encontró presente en una proporción importante de las muestras conservadas, inclusi-

ve en las más antiguas, lo cual ubica a la enfermedad como de una antigüedad inesperada y relativamente importante.

Teniendo en cuenta el hecho de que el cuadro clínico había sido ya muy bien caracterizado, se decidió ir más atrás en el tiempo para determinar los primeros casos de la enfermedad: para ello se revisaron expedientes clínicos en forma retrospectiva, lográndose integrar el diagnóstico en una proporción similar a la positividad de las sangres congeladas. Esto hacía evidente que la enfermedad tenía muchos más años de estar presente en la humanidad, de lo que se pensaba.

Pero, ¿no podría ser aún mucho más antigua? La duda razonable existía, ya que hasta en los expedientes clínicos más antiguos se pudo diagnosticar. Para resolver esta duda se contrató a historiadores con diferente formación, diferente nacionalidad, de uno y otro sexo y de diferentes tendencias políticas. Los resultados fueron nuevamente sorprendentes: grandes personajes de la historia cumplieron con los criterios necesarios para ser considerados como enfermos: Caín, Nerón, Enrique VIII, Borgia, Torquemada, Stalin y Hitler, por mencionar sólo algunos y no herir susceptibilidades nacionalistas.

Inclusive en un antiguo libro, famoso por el número de ejemplares que han sido impresos de él, se refiere cómo individuos, a quienes se denominaba **fariseos**, gustaban de vestir opulentos ropajes, con adornos dorados, pasearse por las plazas para que la gente los llamara “maestros” y ocupar los principales lugares en las fiestas; individuos que muy probablemente padecían infección por VSH. También se menciona a una muy conocida y a la postre prolífica dama, que engañada por una “víbora” decidió comer y dar de comer a su pareja del fruto del árbol prohibido, con lo cual se les había prometido que su sabiduría sería tan grande como la del “Señor”. Tal error lo ha pagado su desobediencia teniendo que ganarse el sustento con el sudor de su frente para él y pariendo con el dolor de su vientre, para ella y su descendencia.

Sin embargo, lo más asombroso fue cuando un conjunto de eruditos asesorados por un teólogo reconocido revisaron

libros antiguos y se remontaron al principio de los tiempos. En ellos identificaron al que pudo haber sido el primer enfermo de VSH. Su única manifestación de la enfermedad fue haberse considerado y proclamado como “El señor”, sin darse cuenta que El Señor lo observaba. Ante aquella postura El Señor decidió otorgarle el título de “señor” de las más denigrantes profundidades del averno. Desde entonces ahí reina como “el señor”, teniendo el discutible privilegio de haber sido reconocido como el primer enfermo afectado por el VSH o **“VIRUS DE LA SOBERBIA HUMANA”**.

## Epílogo

El propósito de la presente comunicación es alertar a las personas que se encuentran en las alturas o que han ascendido por la escalera de la vida en forma rápida o a saltos, que caminan por el terreno de la infalibilidad o se deleitan con las mieles del poder y recordarles que es preferible prevenir que tener que aceptar las consecuencias de una terrible enfermedad, que puede acabar con ellos o dejarles secuelas permanentes.

Seguramente al concluir esta descripción, cada una de las personas que la hubiera leído habrá identificado a uno o más individuos sospechosos de ser portadores de esta enfermedad, situación que indudablemente acredirtaría su habilidad clínica. Sin embargo, no debe olvidarse que lo importante no es identificarla en los demás, sino en nosotros mismos y que si no identificamos en nosotros ningún síntoma que nos preocupe, pudiera deberse a que ya estamos enfermos y somos incapaces de reconocer sus manifestaciones en nosotros mismos.

Concluyo refiriendo a ustedes que me retiro a continuar mis investigaciones sobre esta enfermedad, puesto que se ha descrito un nuevo síntoma: a los enfermos por el VSH, les da por describir enfermedades de los demás; no vaya a suceder que algún crítico irresponsable afirme que estoy enfermo y no me estoy percatando de ello, lo cual, por supuesto, es muy poco probable.