

EL CONTENEDOR

Una novela de terror médico y psicológico

CRISTIAN ARROYO

EL CONTENEDOR

Una novela de terror médico y psicológico

CRISTIAN ARROYO

El Contenedor

© 2026, Cristian Arroyo.

Todos los derechos reservados. Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización escrita del titular del *copyright*, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, así como la distribución de ejemplares mediante alquiler o préstamo público.

Esta es una obra de ficción. Los nombres, personajes, empresas, organizaciones, lugares, eventos y situaciones son producto de la imaginación del autor o se utilizan de forma ficticia. Cualquier parecido con personas reales, vivas o muertas, es pura coincidencia.

Registro SafeCreative: 2603154935075

Primera edición: 2026

*"El cerebro humano es la estructura más compleja del universo
conocido.
Afortunadamente, tiene mecanismos para evitar que veamos todo
lo que esa complejidad realmente encierra.
El horror comienza cuando esos mecanismos fallan."*

— Dr. Santiago Ramón y Cajal (apócrifo)

A mi yo de niño, que siempre soñó con escribir una historia capaz de atrapar a la gente.

A la Dra. Cortés, la verdadera inspiración detrás de esta novela y quien ha formado parte de mi vida desde hace dos años. Gracias por todo lo que has hecho para que podamos construir nuestra propia historia.

Y a mis padres, que siempre lo dieron todo para que yo pudiera alcanzar la meta. Gracias infinitas.

PRÓLOGO

La enfermedad tiene un peso. No metafórico, sino físico.

Quienes trabajamos en los corredores de un hospital de tercer nivel lo sabemos bien. Lo sentimos presentemente en el aire a las tres de la madrugada, cuando el edificio entero parece contener el aliento bajo las luces fluorescentes. Lo percibimos en el olor persistente de las salas de urgencias y en el zumbido de fondo que defiende la delgada frontera entre la vida y la muerte.

Durante años de práctica médica, aprendemos a catalogar el sufrimiento y a imponer un orden científico sobre el caos del cuerpo humano. Confiamos en que, con el protocolo adecuado y el diagnóstico correcto, podemos comprender cualquier anomalía.

Pero hay noches en las que ese frágil escudo se agrieta. Noches en las que descubrimos —con ese pavor instintivo reservado a los que siempre han confiado en la lógica— que nuestra ciencia tiene límites, y que hay ciertos secretos médicos que nunca debieron ser desenterrados.

— *Anotación personal del Dr. Arjun Mehta.*

CAPÍTULO 1: EL PACIENTE CERO

02:17 AM — Departamento de Emergencias, Hospital General de Nueva Delhi

El hospital nunca dormía.

A esa hora de la madrugada, el aire del departamento de emergencias estaba saturado de olores imposibles de separar: desinfectante barato —del que compraban por galones porque el presupuesto nunca alcanzaba para nada mejor—, sudor viejo incrustado en las sábanas que rotaban entre camillas sin tiempo suficiente para lavarse, sangre seca que nadie había tenido oportunidad de limpiar del piso desde el turno anterior, y el café quemado que llevaba horas olvidado en la máquina del área de personal, ennegreciéndose lentamente en su jarra de vidrio agrietada.

El Dr. Arjun Mehta llevaba diecisiete horas despierto.

No era un récord. Ni siquiera se acercaba. Su récord personal —uno que guardaba con el mismo orgullo amargo con que un soldado guarda una cicatriz— era de cuarenta y una horas durante un brote de dengue hemorrágico dos años atrás, cuando los pacientes llegaban más rápido de lo que los podían registrar y las camillas se habían acabado mucho antes de que terminara la noche. Pero diecisiete horas eran suficientes para que el mundo adquiriera esa cualidad ligeramente irreal que él conocía bien: los bordes de las cosas se suavizaban, los sonidos se volvían un murmullo constante y uniforme, y las decisiones clínicas empezaban a requerir un segundo más de lo habitual. Un segundo que, en emergencias, podía significar la diferencia entre un pulmón drenado a tiempo y un paro cardiorrespiratorio.

Se quitó los guantes de nitrilo con un gesto mecánico —primero el izquierdo, enrollándolo sobre sí mismo; luego el derecho, usándolo para envolver al primero— y los dejó caer en el contenedor rojo de desechos biológicos sin mirar. Llevaba años haciendo ese gesto. Miles de veces. Decenas de miles, probablemente. A veces se preguntaba cuántos guantes había usado en sus quince años de carrera. ¿Cien mil? ¿Más? Era el tipo de pregunta inútil que su cerebro producía cuando estaba agotado, como una máquina que, al sobrecalentarse, empezaba a generar ruido en lugar de trabajo útil.

Observó la radiografía iluminada contra la pantalla del negatoscopio.

La tibia estaba rota. No fracturada —esa palabra implicaba algo limpio, algo que podía describirse con la geometría ordenada de los libros de texto: transversal, oblicua, espiral—. Esto era destrucción. La diáfisis de la tibia se había fragmentado en al menos siete piezas visibles en la placa, los bordes óseos desplazados en ángulos que desafiaban la anatomía normal, como si alguien hubiera tomado el hueso y lo hubiera quebrado con las manos. Los fragmentos más pequeños flotaban en el tejido blando circundante como esquirlas de metralla.

—Accidente de motocicleta —dijo alguien detrás de él.

Arjun no respondió. Estaba contando los fragmentos. Siete en la placa anteroposterior. Necesitaba la lateral para tener el cuadro completo, pero ya sabía lo que iba a encontrar. Este tipo de fractura conminuta no se reducía con un clavo intramedular estándar. Iba a necesitar placa, tornillos y probablemente un fijador externo temporal. Pero eso era problema del traumatólogo de guardia. Su trabajo era estabilizar, irrigar y prevenir la infección.

—Prepárenlo para lavado quirúrgico —dijo finalmente, sin apartar la mirada de la radiografía.

En la camilla número siete, el paciente gemía entre dientes apretados. Un hombre joven, tal vez veinticinco años, con la complexión fibrosa de alguien que trabajaba con las manos: construcción, probablemente, o taller mecánico. Tenía el rostro gris por el dolor y la pérdida de sangre, los labios resecos, los ojos semicerrados en esa expresión que Arjun había aprendido a reconocer como la frontera entre la consciencia y el shock hipovolémico.

La pierna derecha estaba cubierta de sangre oscura —sangre venosa, no arterial, lo cual era lo único remotamente positivo de la situación— que ya comenzaba a coagular en los bordes, formando costras irregulares sobre la piel morena. Las sábanas debajo de la pierna estaban empapadas. Alguien había colocado un torniquete

improvisado con una corbata, lo cual probablemente le había salvado la vida, pero el torniquete llevaba demasiado tiempo puesto. Arjun calculó el riesgo de síndrome compartimental: alto. Necesitaba medir la presión intracompartimental antes de soltar la ligadura.

Cuando levantó la sábana quirúrgica que cubría la herida, el olor lo golpeó de inmediato.

Sangre caliente. Ese olor metálico, cobrizo, que nunca se parecía exactamente a nada más en el mundo. Metal y carne viva. Tejido abierto expuesto al aire, oxidándose lentamente. Y debajo de todo eso, el rastro sutil y dulzón de la grasa subcutánea, ese olor que los libros de texto nunca mencionaban pero que cualquier cirujano o médico de emergencias reconocía al instante.

La tibia sobresalía varios centímetros fuera de la piel, blanca bajo la luz fluorescente del quirófano improvisado. No blanca inmaculada, sino blanca amarillenta, manchada de sangre y fragmentos de tejido muscular adherido. El hueso estaba astillado en su punto de salida, con bordes afilados que habían desgarrado la piel y el músculo al abrirse paso. Una fractura abierta grado III según la clasificación de Gustilo-Anderson. Grado IIIA si tenía suerte —si había suficiente tejido blando para cubrir el hueso después de la reconstrucción—. Grado IIIB si no, y entonces estarían hablando de colgajos musculares y cirugía plástica reconstructiva.

—Kavya —dijo sin levantar la mirada.

—Sí, doctor.

La Dra. Kavya Sharma estaba a su lado. Segundo año de residencia en medicina de emergencias. Arjun la había evaluado durante sus primeras semanas de rotación y había concluido que era competente, lo cual, viniendo de él, era prácticamente un elogio efusivo. Kavya era precisa en sus valoraciones iniciales, no entraba en pánico ante la sangre —algo que no podía decirse de todos los residentes que pasaban por emergencias— y hacía preguntas inteligentes en lugar de fingir que sabía cosas que no sabía.

—Irrigación con solución salina. Tres litros como mínimo. Necesito que el campo esté lo más limpio posible antes de que llegue Vikram. Ceftriaxona intravenosa, dos gramos. Y quiero una gasometría arterial antes de que lo suban.

La residente asintió y comenzó a preparar el equipo. Sus manos se movían con la eficiencia controlada de alguien que ha practicado el procedimiento decenas de veces: abrir el kit de irrigación, conectar la bolsa de solución salina al sistema de presión, preparar la jeringa con el antibiótico. Arjun notó que no temblaba. Bien.

Tomó una pinza quirúrgica —una Kelly hemostática, su instrumento favorito para exploración de heridas, porque su punta curvada permitía separar tejido sin desgarrarlo— y apartó con cuidado el músculo destrozado. El tejido muscular expuesto era rojo oscuro, casi granate, fibroso y húmedo. Algunos fascículos estaban intactos; otros se habían desgarrado completamente, dejando cabos sueltos de fibras musculares que se contraían débilmente con cada latido del corazón del paciente, como gusanos diminutos.

Arjun irrigó la herida directamente. El chorro de solución salina a presión arrastraba coágulos, fragmentos de tela del pantalón del paciente —azul, probablemente denim— y pequeñas partículas de asfalto incrustadas en el tejido. La contaminación era significativa. En una fractura abierta, cada minuto contaba. Después de seis horas, el riesgo de osteomielitis —infección del hueso— se disparaba exponencialmente.

El paciente gritó cuando el líquido frío entró en la herida abierta, un sonido gutural que salía de algún lugar más profundo que la garganta.

—Respire —dijo Arjun, con el mismo tono neutro con el que habría indicado la dosis de un medicamento—. Respire profundo y lento.

No era crueldad. Era economía emocional. Después de quince años en emergencias, Arjun había aprendido que la compasión era un recurso finito. Podías gastarla toda en los primeros tres pacientes de la noche y quedarte vacío para los siguientes quince, o podías administrarla en dosis pequeñas y constantes, como un goteo intravenoso. Él prefería lo segundo. Algunos colegas lo consideraban frío. Sunita, la enfermera jefe del turno nocturno, lo había llamado una vez “un robot con bata”. Arjun no se había ofendido. Los robots no cometían errores de diagnóstico a las tres de la mañana.

Estaba suturando la fascia cuando Kavya se acercó de nuevo.

—Doctor.

El tono era diferente. No el tono de “tengo los resultados del laboratorio” ni el tono de “el traumatólogo pregunta cuánto falta”. Era el tono de “algo nuevo”. Arjun había aprendido a distinguir esos matices en las voces de sus residentes como un músico distingue las notas.

—Ambulancia entrante —dijo Kavya.

—¿Qué tenemos?

—Paciente masculino, cincuenta y dos años. Fiebre alta, treinta y nueve punto ocho. Delirio intermitente. Lesiones cutáneas que los paramédicos describen como... —revisó la nota en su tablet— “manchas oscuras de etiología desconocida en cuello y parte superior del tórax”. Consciente pero desorientado. Traslado desde una clínica rural en Rajasthan.

Arjun dejó la pinza hemostática sobre la bandeja quirúrgica.

—¿Desde Rajasthan?

—Sí. Dice aquí que fue trasladado de emergencia. La clínica local no pudo identificar la causa.

Eso era inusual. Las clínicas rurales en Rajasthan atendían de todo: malaria, tuberculosis, picaduras de serpiente, deshidratación severa, fiebres de origen desconocido. Si algo había superado su capacidad de diagnóstico, o era extraordinariamente raro o extraordinariamente grave.

—Preparen la sala de aislamiento. Protocolo estándar para fiebre de origen desconocido. Quiero hemocultivos, panel viral completo y una placa de tórax antes de que lo vea.

—Entendido.

Arjun terminó el lavado quirúrgico de la fractura en los siguientes veinte minutos. Aplicó un vendaje húmedo con gasas empapadas en solución salina sobre la herida abierta, inmovilizó la pierna con una férula posterior y escribió las órdenes para el quirófano en el sistema. El Dr. Vikram Patel, traumatólogo de guardia y la persona más sarcástica que Arjun conocía, se encargaría de la reducción abierta y la fijación interna. Probablemente con comentarios ácidos sobre el estado de la herida y quejas sobre la hora.

Se lavó las manos en el lavamanos del área de procedimientos. El agua estaba fría —siempre estaba fría a esas horas, porque el calentador del ala de emergencias llevaba tres meses sin funcionar y la solicitud de reparación seguía “en proceso” según administración—. Se frotó las manos con jabón quirúrgico durante los treinta segundos reglamentarios, observando la espuma rosada que se formaba alrededor de sus dedos. Rosada por los restos de sangre que nunca se eliminaban completamente con la primera pasada.

El departamento de emergencias del Hospital General de Nueva Delhi era un organismo vivo que respiraba en ciclos de veinticuatro horas. Durante el día, el caos era democrático: accidentes de tráfico, caídas, infartos, crisis asmáticas, niños con fiebres, ancianos deshidratados, intentos de suicidio, peleas callejeras. Todo llegaba revuelto, sin orden ni prioridad, y la función del equipo de emergencias era imponer un orden artificial sobre ese caos: triage, estabilización, derivación. Rojo, amarillo, verde. Urgente, puede esperar, no debería estar aquí.

Durante la noche, el caos cambiaba de naturaleza. Se volvía más oscuro, más concentrado. Los pacientes que llegaban después de medianoche eran, estadísticamente, más graves. Accidentes de motocicleta a alta velocidad. Apuñalamientos. Sobredosis. Intentos de suicidio que habían pasado horas sin ser descubiertos. Y las enfermedades que se habían gestado durante semanas o meses finalmente estallaban: abscesos que reventaban, infecciones que se volvían sépticas, tumores que comenzaban a sangrar.

Arjun prefería la noche. No porque fuera fácil —nunca lo era—, sino porque la noche filtraba lo superfluo. No había administradores preguntando por los tiempos de espera. No había familiares exigiendo hablar con el “doctor de verdad” porque no confiaban en los residentes. No había reuniones de comité ni auditorías de calidad. Solo estaban los pacientes, las enfermedades y las decisiones. En la noche, la medicina se reducía a su esencia más pura, y esa pureza le resultaba reconfortante de una forma que nunca había podido explicar a nadie, ni siquiera a Priya durante los años de su matrimonio.

Priya. Hacía tres años que habían firmado los papeles del divorcio. A veces, en noches como esta, Arjun se sorprendía pensando en ella no con dolor ni con nostalgia, sino con una especie de perplejidad clínica, como si su matrimonio fuera un caso médico que necesitaba ser analizado retrospectivamente para identificar el punto exacto donde todo había salido mal. ¿Fue cuando empezó a tomar turnos dobles voluntariamente? ¿O fue antes, cuando dejó de notar que ella había cambiado el color de las cortinas del dormitorio? Priya le había dicho, la

noche que se fue, que estar casada con él era como vivir con un fantasma que aparecía de vez en cuando para dormir y comer. Arjun no la había corregido. No porque estuviera de acuerdo, sino porque no tenía evidencia en contra.

Anika, su hija, tenía ahora siete años. La veía dos fines de semana al mes, cuando su horario lo permitía, lo cual en la práctica significaba un fin de semana al mes, a veces menos. La niña tenía los ojos de Priya —grandes, oscuros, expresivos— y la costumbre de su padre de hacer preguntas incómodamente precisas. La última vez que la había visto, Anika le había preguntado por qué olía “a hospital”. Arjun le había dicho que era el jabón. Pero ambos sabían que no era solo el jabón. El hospital se le había metido en la piel, en el pelo, en los poros. A veces se preguntaba si el olor a desinfectante y sangre había reemplazado su olor natural, si su cuerpo había decidido que, dado el tiempo que pasaba en el hospital, era más eficiente simplemente oler como él.

Las puertas automáticas del departamento de emergencias se abrieron con un siseo neumático.

Los paramédicos empujaban una camilla con la urgencia controlada de quienes saben que la velocidad importa pero el control importa más. Arjun reconoció al paramédico que iba en cabeza: Deepak, un hombre macizo con bigote grueso que llevaba años haciendo traslados desde las zonas rurales. Si Deepak había aceptado un traslado nocturno desde Rajasthan, el caso era serio.

El paciente estaba parcialmente inmovilizado con correas en la camilla. No las correas de seguridad estándar para transporte, sino las de contención psiquiátrica: muñecas y tobillos. Eso significaba que en algún momento del traslado había intentado levantarse, golpear o huir. Los pacientes delirantes hacían eso. Sus cerebros, desconectados de la realidad por la fiebre o la infección, interpretaban el entorno hospitalario como una amenaza y activaban respuestas primitivas de lucha o huida.

Era un hombre delgado, demasiado delgado para alguien de su estatura. Su piel tenía un tono ceniciento que Arjun asociaba con enfermedad sistémica prolongada: no la palidez aguda de la pérdida de sangre, sino el gris apagado de un organismo que lleva días o semanas funcionando al límite de sus recursos. El pelo, canoso y desordenado, estaba húmedo de sudor. Los labios estaban agrietados y cubiertos de una costra blanquecina que indicaba deshidratación severa.

Pero lo que captó la atención de Arjun de inmediato fueron las manchas.

Empezaban justo debajo de la mandíbula, en el lado derecho del cuello, y se extendían hacia abajo por la clavícula hasta perderse bajo la bata hospitalaria. Eran oscuras —no negras exactamente, sino de un púrpura tan profundo que parecía negro bajo la luz fluorescente— e irregulares, con bordes difusos que se difuminaban en la piel circundante como tinta derramada en agua. No se parecían a nada que Arjun hubiera visto antes. No eran los puntos petequiales de una coagulopatía. No eran las lesiones purpúricas de una vasculitis. No eran las manchas de Janeway de una endocarditis. No eran hematomas.

Arjun se acercó. Se inclinó sobre el paciente y examinó las manchas más de cerca.

La textura era extraña. La piel sobre las manchas parecía más delgada que el tejido circundante, casi translúcida, como si las capas superiores de la epidermis se hubieran adelgazado o erosionado. Cuando presionó suavemente con el dedo enguantado, la lesión no desapareció —no era eritema, entonces; era algo subcutáneo, algo que estaba debajo de la piel, no en ella—. Y la temperatura. Arjun frunció el ceño. La piel sobre las manchas estaba significativamente más caliente que el tejido circundante. Podía sentir el diferencial térmico incluso a través del guante.

—Nombre —preguntó sin apartar la vista de las lesiones.

—Dr. Ravi Banerjee —respondió Deepak, consultando su hoja de traslado—. Cincuenta y dos años. Profesor asociado de arqueología en la Universidad de Jaipur. Especialista en... —entrecerró los ojos para leer su propia letra— culturas funerarias prevedicas.

—¿Doctor en qué?

—No doctor médico. Doctor académico. Doctor en filosofía. Arqueólogo.

Arjun asintió. Un arqueólogo. Eso encajaba con el traslado desde Rajasthan. Rajasthan era un semillero de excavaciones arqueológicas: templos enterrados, ciudades antiguas, necrópolis. Los arqueólogos que trabajaban en esas excavaciones estaban expuestos a riesgos biológicos específicos: esporas fúngicas en tumbas selladas,

bacterias del suelo, parásitos enquistados. Histoplasmosis. Coccidioidomicosis. Blastomicosis. Arjun empezó a construir un diagnóstico diferencial en su cabeza, ordenando las posibilidades por probabilidad.

—¿Historia clínica?

—Muy poca. La clínica de Jodhpur lo recibió hace tres días. Fiebre alta persistente, no responde a antipiréticos. Delirio intermitente. Las lesiones cutáneas aparecieron el segundo día. Laboratorios básicos: leucocitosis marcada, PCR elevada, función renal ligeramente comprometida. Hemocultivos pendientes. Le pusieron ceftriaxona empírica sin mejora.

—¿Viajes recientes? ¿Exposición a animales? ¿Contacto con agua estancada?

—Su equipo dice que estaba dirigiendo una excavación en el desierto de Thar. Llevaban tres semanas en el sitio. No hay evidencia de insectos ni animales. —Deepak hizo una pausa—. Pero hay algo más en las notas.

—¿Qué?

—Hace cinco días abrieron algo. Una cámara subterránea sellada. Las notas de la clínica mencionan que el equipo describió un... —volvió a mirar el informe— “sarcófago de piedra con sellado hermético que contenía restos orgánicos deshidratados”. El Dr. Banerjee fue quien abrió la cámara personalmente.

Arjun procesó la información. Una cámara sellada en el desierto. Restos orgánicos. Cinco días de incubación hasta el inicio de los síntomas. Eso cambiaba el diagnóstico diferencial. Si el sarcófago había estado sellado durante décadas —o siglos—, los patógenos dentro de él podían haberse preservado en un estado latente. Histoplasma y Coccidioides podían sobrevivir en ambientes secos durante períodos extremadamente largos. Pero ni Histoplasma ni Coccidioides producían esas lesiones cutáneas.

—Análisis toxicológico —dijo Arjun—. Quiero saber si estuvo expuesto a metales pesados. Arsénico, plomo, mercurio. Algunas cámaras funerarias antiguas usaban compuestos tóxicos como conservantes. Quiero también un panel fúngico completo, tinción de plata, y una biopsia de las lesiones cutáneas. Y una resonancia magnética cerebral. Si hay delirio con fiebre y lesiones cutáneas, necesito descartar meningoencefalitis.

Kavya anotaba furiosamente.

El paciente abrió los ojos.

No gradualmente, como alguien que despierta. De golpe, como un interruptor que se enciende. Los ojos eran oscuros y estaban inyectados de sangre, los vasos conjuntivales dilatados hasta formar una red roja sobre el blanco amarillento de las escleróticas. Las pupilas estaban asimétricas —la izquierda ligeramente más dilatada que la derecha—, lo cual podía indicar presión intracraneal diferencial o compromiso del tercer par craneal. Mal signo.

—Doctor Banerjee —dijo Arjun, acercándose al campo visual del paciente—. ¿Puede escucharme?

Los ojos del hombre se movieron lentamente, como si tuvieran que recorrer una distancia enorme para encontrar la fuente de la voz. Cuando finalmente se fijaron en Arjun, había algo en ellos que no era solo delirio. Arjun había visto pacientes delirantes miles de veces. Conocía la mirada vidriosa, desconectada, del delirio febril. Conocía la mirada agitada, errática, del delirio tóxico. Conocía la mirada aterrorizada del delirium tremens. Lo que veía en los ojos de Ravi Banerjee no era ninguna de esas cosas.

Era lucidez.

Una lucidez desesperada, atrapada dentro de un cuerpo que se estaba desmoronando.

—Sí... —la voz era un susurro áspero, como papel de lija raspando contra madera—. Sí, lo escucho.

—Soy el Dr. Mehta. Está en el Hospital General de Nueva Delhi. ¿Sabe qué día es?

—No importa qué día es.

—Doctor Banerjee, necesito evaluarlo. ¿Puede decirme dónde estaba antes de enfermarse?

—Rajasthan. —Una pausa—. El sitio de excavación. Sector norte.

—¿Qué ocurrió en el sitio?

Los labios del hombre temblaron. No de frío ni de debilidad. De algo más. Arjun lo reconoció porque lo había visto en pacientes que habían presenciado accidentes, violaciones, tiroteos. Era el temblor de alguien que intenta formular palabras para algo que su cerebro todavía no ha terminado de procesar.

—Encontramos la cámara el martes. Estaba a cuatro metros bajo la superficie. Sellada con una mezcla de resina y minerite que no hemos podido fechar con precisión. La composición no coincide con nada que hayamos catalogado en la región. —Incluso delirante, el arqueólogo hablaba con la precisión de un académico, ordenando datos automáticamente—. El sarcófago estaba en el centro de la cámara. Piedra arenisca roja. Sin inscripciones visibles en el exterior. Eso era inusual. Los sarcófagos de ese período siempre tienen inscripciones.

—¿Qué había dentro?

—Restos biológicos. No huesos. No un cuerpo. Material orgánico deshidratado que no pudimos identificar visualmente. Parecía... —cerró los ojos—. Parecía tejido. Pero no tejido humano. La estructura era diferente. Las fibras eran demasiado densas, demasiado organizadas. Los enviamos al laboratorio de la universidad, pero no hemos recibido resultados.

—¿Y usted manipuló esos restos directamente?

—No deberíamos haberlo abierto.

La frase cayó en la sala como una piedra en agua quieta. Arjun la registró. Era la segunda vez que Deepak mencionaba algo similar en las notas de la clínica de Jodhpur. No era un dato médico, pero Arjun había aprendido que a veces los datos más importantes no eran médicos.

—¿Por qué dice eso?

—Porque no era una tumba.

—¿Qué quiere decir?

Los ojos del arqueólogo se fijaron en Arjun con una intensidad que resultaba incómoda. Sus dedos —delgados, con las uñas sucias de tierra que ni la clínica de Jodhpur ni los paramédicos habían limpiado— se aferraron a la manga de la bata de Arjun. El agarre era sorprendentemente fuerte para alguien en su estado.

—Era un contenedor —dijo Ravi Banerjee—. Entiende la diferencia, ¿verdad? Una tumba es donde pones algo que ha muerto. Un contenedor es donde guardas algo que necesitas mantener aislado.

Arjun miró la mano del arqueólogo aferrada a su manga. Los nudillos estaban blancos por la tensión. Podía ver las venas dorsales de la mano, azuladas bajo la piel translúcida, pulsando con cada latido.

—Doctor Banerjee —dijo con calma—. Tiene fiebre alta y está deshidratado. El delirio es un síntoma esperado en su condición. Vamos a hidratarlo, bajar la fiebre y hacer los estudios necesarios para identificar qué lo está enfermando.

Pero Banerjee no lo soltó.

—Doctor —su voz bajó hasta ser apenas audible, y Arjun tuvo que inclinarse para escucharlo—. La cámara no tenía ventilación. Estaba sellada herméticamente. En el desierto. Durante siglos. Lo que sea que pusieron ahí dentro, no querían que saliera. Y nosotros lo abrimos.

Arjun separó suavemente los dedos del arqueólogo de su manga.

—Lo vamos a atender, doctor Banerjee. Descanse.

Se alejó de la camilla y se quitó los guantes. Su mente ya estaba clasificando los datos. Fiebre de cinco días, no responsiva a antibióticos. Lesiones cutáneas atípicas. Delirio con componente paranoide. Exposición a material biológico de origen desconocido en un ambiente hermético. El diagnóstico diferencial era amplio, pero algunas posibilidades eran más preocupantes que otras. Si el sarcófago había contenido esporas de algún organismo capaz de sobrevivir deshidratado durante períodos prolongados —y varios organismos podían hacerlo: *Bacillus anthracis*, ciertas especies de *Aspergillus*, *Coccidioides immitis*—, entonces había un riesgo de contagio que debía ser evaluado.

—Kavya.

—¿Sí, doctor?

—Llama al laboratorio de microbiología. Quiero que procesen las muestras con protocolo BSL-3 si es necesario. Y llama a epidemiología. Necesitamos saber si los otros miembros del equipo de excavación tienen síntomas. ¿Cuántas personas estuvieron en la cámara?

—No lo dice en el informe de traslado.

—Averígualo. Y Kavya... —se detuvo—. No lo menciones a nadie por ahora. Solo a epidemiología. No quiero generar alarmismo hasta saber qué estamos tratando.

La residente asintió y se alejó con la tablet en la mano.

Arjun se quedó un momento junto al negatoscopio, mirando sin ver la radiografía de la fractura de tibia que seguía iluminada contra la pantalla. Su mente estaba procesando, clasificando, ordenando. Eso era lo que hacía. Eso era lo que mejor sabía hacer. Tomar el caos de los datos clínicos y encontrar el patrón oculto, el hilo que conectaba síntomas aparentemente inconexos en un diagnóstico coherente.

Pero había algo en las palabras del arqueólogo que no encajaba en ningún algoritmo diagnóstico. No la información médica —esa era procesable, analizable—. Sino la forma en que lo había dicho. *No era una tumba. Era un contenedor.* Un hombre de ciencia, un académico que había pasado décadas estudiando culturas antiguas, que sabía la diferencia entre una afirmación y una hipótesis, y que incluso en medio del delirio febril había usado la palabra precisa.

Contenedor.

La enfermera Sunita Rao apareció a su lado. Era una mujer de cincuenta y tres años, con la constitución sólida de quien ha pasado un cuarto de siglo moviéndose entre camillas, levantando pacientes, y sosteniendo manos de moribundos. Llevaba el pelo recogido en un moño apretado que nunca se deshacía, incluso después de doce horas de turno, y tenía unos ojos oscuros que habían visto todo lo que un hospital podía mostrar y ya no se sorprendían de nada. Arjun la respetaba más que a la mayoría de los médicos que conocía.

—El de la motocicleta está listo para quirófano —dijo Sunita—. Vikram llega en veinte minutos. Dice que le debes un café por despertarlo.

—Vikram siempre dice que le debo un café.

—Porque siempre lo despiertas. —Sunita miró hacia la camilla del arqueólogo—. ¿Ese es el traslado de Rajasthan?

—Sí.

—¿Qué tiene?

—Todavía no lo sé.

Sunita lo miró con una expresión que Arjun conocía bien. La expresión de alguien que lleva veinticinco años trabajando en emergencias y que ha desarrollado un sexto sentido para detectar los casos que van a complicarse.

—¿Pero no te gusta?

—No. No me gusta.

—¿Aislamiento?

—Ya está ordenado.

Sunita asintió. No preguntó más. Esa era una de las cosas que Arjun más valoraba de ella: sabía cuándo dejar de preguntar.

El reloj de la pared marcaba las 3:04 AM.

Arjun caminó hacia la máquina de café del área de personal. Era una máquina vieja, probablemente de los años noventa, con botones de plástico amarillento que alguna vez habían sido blancos. El café que producía era una sustancia que solo podía llamarse “café” por cortesía: amargo, quemado, con un regusto metálico que sugería que los filtros no se habían cambiado en semanas. Pero contenía cafeína, y la cafeína era, a esas horas de la madrugada, un medicamento tan esencial como cualquier otro en la farmacia del hospital.

Mientras esperaba a que el líquido oscuro llenara el vaso de plástico, miró por la ventana del área de personal. El estacionamiento del hospital era un rectángulo de asfalto iluminado por luces de sodio que teñían todo de un naranja enfermizo. Podía ver las ambulancias estacionadas, los rickshaws que esperaban fuera de la entrada para llevar a los familiares de vuelta a casa, y más allá, la oscuridad de la ciudad dormida. Nueva Delhi no dormía realmente —ninguna ciudad de veinte millones de personas duerme realmente—, pero a las tres de la mañana alcanzaba su punto más bajo de actividad, un murmullo en lugar de un rugido, y el hospital se convertía en una isla de luz y actividad en un océano de oscuridad.

Tomó un sorbo del café. Amargo. Metálico. Terrible.

Perfecto.

Volvió al área de emergencias. Los monitores instalados sobre el puesto de enfermería mostraban los signos vitales de los pacientes activos en tiempo real. Encontró la línea correspondiente al arqueólogo: Banerjee, R. Cama 12. Frecuencia cardíaca 112. Tensión arterial 95/60. Temperatura 39.8. Saturación de oxígeno 94%.

Taquicardia. Hipotensión. Fiebre alta. Saturación límite.

El paciente estaba entrando en respuesta inflamatoria sistémica. Si los números seguían en esa dirección, en unas horas estarían hablando de sepsis. Y la sepsis, cuando no se podía identificar y tratar la fuente, era como tratar de apagar un incendio sin saber dónde estaba el fuego.

Arjun se sentó en la silla frente al ordenador del puesto de enfermería y abrió el sistema de historias clínicas electrónicas. Creó un archivo nuevo para el paciente y comenzó a escribir.

* * *

HISTORIA CLÍNICA — ADMISIÓN DE EMERGENCIA

Paciente: Banerjee, Ravi

Edad: 52 años

Sexo: Masculino

Fecha de admisión: [fecha actual]

Hora: 02:41 AM

Médico responsable: Dr. Arjun Mehta

Motivo de consulta: Fiebre alta de 5 días de evolución, lesiones cutáneas atípicas, delirio intermitente.

Antecedentes relevantes: Arqueólogo de campo. Exposición reciente (5 días previos al inicio de síntomas) a cámara funeraria herméticamente sellada en sitio de excavación en desierto de Thar, Rajasthan. Contacto directo con restos biológicos deshidratados de origen indeterminado.

Examen físico: - Paciente consciente, desorientado en tiempo. Orientado en espacio y persona. - Signos vitales: FC 112, TA 95/60, T 39.8°C, SatO2 94% con aire ambiente. - Lesiones cutáneas: manchas púrpura-negruzcas en región cervical derecha extendiéndose a región supraclavicular. Bordes difusos. No desaparecen a la digitopresión. Piel suprayacente adelgazada, con aumento local de temperatura. No compatibles con púrpura, petequias ni hematomas. - Pupilas asimétricas: izquierda 4mm, derecha 3mm. Respuesta fotomotora presente pero lenta. - Mucosas secas. Labios agrietados. - Delirio intermitente con componente paranoide.

Diagnóstico diferencial inicial: 1. Infección fúngica sistémica (histoplasmosis, coccidioidomicosis) por exposición a esporas en ambiente cerrado 2. Ántrax cutáneo (*Bacillus anthracis*) — menos probable, morfología atípica 3. Meningoencefalitis de etiología desconocida 4. Intoxicación por metales pesados (arsénico, plomo, mercurio) — posible exposición a conservantes funerarios 5. Infección viral hemorrágica — poco probable pero no descartable dado el cuadro sistémico

Plan: - Aislamiento respiratorio y de contacto precautorio - Hidratación IV agresiva: lactato de Ringer 1000ml en primera hora - Hemocultivos x 2, urocultivo - Panel viral completo - Tinción de plata de Gomori (Grocott) para hongos - Toxicología: metales pesados en sangre y orina - Biopsia de lesión cutánea - RM

cerebral urgente - Notificación a epidemiología para rastreo de contactos del equipo de excavación - Antibioticoterapia empírica ampliada: meropenem 1g IV c/8h + vancomicina 1g IV c/12h (dada la falta de respuesta a ceftriaxona) - Antifúngico empírico: anfotericina B liposomal si no hay mejora en 24h

* * *

Arjun relejó lo que había escrito. Era un plan sólido. Cubría las posibilidades más probables y dejaba espacio para ajustar el enfoque a medida que llegaran los resultados. Era lo que cualquier médico de emergencias competente habría escrito.

Pero mientras guardaba la historia clínica y cerraba la sesión, se encontró mirando de nuevo hacia la camilla 12, donde el arqueólogo yacía con los ojos cerrados, los labios moviéndose en un murmullo inaudible, y las manchas oscuras extendiéndose por su cuello como los dedos de una mano que aprieta lentamente.

No era una tumba. Era un contenedor.

Arjun terminó su café, aplastó el vaso y lo tiró a la basura.

Eran las 3:22 de la mañana, y el hospital seguía respirando a su alrededor, indiferente a los misterios que llegaban por la puerta de emergencias montados en camillas, envueltos en sábanas manchadas de sangre y sudor, murmurando advertencias que ningún manual de medicina había preparado a nadie para escuchar.

* * *

CAPÍTULO 2: FIEBRE NEGRA

04:15 AM — Sala de Aislamiento 3, Hospital General de Nueva Delhi

La sala de aislamiento era un rectángulo de cuatro por tres metros con paredes pintadas de un verde desvaído que alguna vez fue verde menta y ahora era simplemente triste. Tenía una sola ventana sellada que daba a un patio interior donde nadie iba nunca, un monitor de signos vitales marca Philips que era probablemente el equipo más nuevo de todo el departamento de emergencias —donación de una ONG holandesa hacía dos años—, y una lámpara fluorescente en el techo que parpadeaba cada cuarenta segundos aproximadamente, creando un efecto estroboscópico sutil que Arjun estaba seguro de que violaba alguna norma de salud ocupacional, pero que nadie se había molestado en reparar.

El Dr. Ravi Banerjee dormía o algo que se parecía a dormir. Sus ojos estaban cerrados, pero los párpados se movían constantemente, y de vez en cuando sus labios articulaban palabras sin sonido, como si estuviera manteniendo una conversación con alguien en un sueño que no quería dejarlo ir. El goteo intravenoso alimentaba su vena cefálica con una mezcla de solución salina, electrolitos y meropenem, y el oxímetro de pulso en su dedo índice registraba cada latido con un pitido rojo que llenaba la habitación de un ritmo monótono y constante.

Arjun, sentado en la silla de plástico frente a la cama, revisaba los primeros resultados de laboratorio en la tablet del hospital.

La biometría hemática mostraba lo que esperaba y lo que no esperaba. Los leucocitos estaban elevados —18,400/ μ L, con predominio de neutrófilos—, lo cual confirmaba una respuesta inflamatoria activa. Eso era esperable. Lo que no era esperable era la linfopenia. Los linfocitos estaban marcadamente bajos: 620/ μ L, cuando el rango normal era entre 1,000 y 4,800. Una linfopenia así de severa podía indicar estrés fisiológico extremo, infección viral activa, o inmunosupresión. En combinación con la leucocitosis neutrofílica, sugería que el sistema inmunológico del paciente estaba luchando contra algo —de eso no había duda—, pero la batalla estaba usando los recursos equivocados. Los neutrófilos eran la infantería del sistema inmune, diseñados para combatir bacterias. Los linfocitos eran las fuerzas especiales, adaptables, específicos, capaces de recordar enemigos previos. Si los linfocitos estaban siendo destruidos o suprimidos mientras los neutrófilos se multiplicaban, significaba una de dos cosas: o el patógeno estaba matando selectivamente a los linfocitos, lo cual era característico del VIH y de algunos virus hemorrágicos, o el cuerpo estaba redirigiendo recursos de forma ineficiente, como un general que envía tanques a combatir francotiradores.

La proteína C reactiva estaba en 187 mg/L. Normal es menos de 10. Eso confirmaba inflamación sistémica severa.

La procalcitonina estaba en 4.2 ng/mL. Elevada, pero no catastrófica. Típicamente indicaba infección bacteriana, pero podía estar elevada en cualquier inflamación sistémica severa.

Los electrolitos estaban razonablemente conservados, excepto el sodio, que estaba bajo: 128 mEq/L. Hiponatremia. Podía ser dilucional por la hidratación, pero también podía indicar síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética —SIADH—, lo cual apuntaba a patología cerebral.

Y luego estaba la creatina quinasa. Arjun miró el número dos veces.

CK: 2,340 U/L.

Normal era menos de 200.

La creatina quinasa se elevaba cuando había destrucción muscular. Rabdomiólisis. Trauma muscular. Miositis. Pero Banerjee no había sufrido ningún trauma. No había marcas de lesión muscular directa. Lo que significaba que algo estaba destruyendo su tejido muscular desde adentro. Una infección que atacaba el músculo. O una toxina. O algo que Arjun todavía no podía identificar.

—Los hemocultivos van a tardar cuarenta y ocho horas mínimo —dijo Kavya desde la puerta. No había entrado a la sala de aislamiento. Usaba mascarilla N95, bata y guantes, como el protocolo exigía—. El laboratorio dice que el panel viral completo estará en la mañana. ¿Quiere que agregue algo?

—LDH, ferritina y dímero D. Y un frotis de sangre periférica. Quiero que alguien mire las células directamente al microscopio.

—¿Qué estamos buscando?

Arjun dudó un momento.

—Irregularidades. Cualquier cosa que no debería estar ahí.

Era una respuesta vaga y lo sabía. Pero no tenía una respuesta mejor. Estaba en la fase del diagnóstico que más le frustraba y más lo fascinaba simultáneamente: el limbo entre los datos y la hipótesis, cuando los números cuentan una historia incompleta y la única opción es pedir más números y esperar que el cuadro se complete. Algunos médicos odiaban esa incertidumbre. Arjun la toleraba porque sabía que era temporal. Cada resultado de laboratorio era una pieza del rompecabezas. Eventualmente, las piezas encajaban. Siempre encajaban. Solo había que tener la paciencia y la obsesión necesarias para seguir mirando.

El monitor emitió un cambio en el ritmo de sus pitidos. La frecuencia cardíaca del paciente subió de 112 a 128 en el lapso de segundos.

Arjun se levantó.

Banerjee había abierto los ojos. No con la lucidez aterradora de antes, sino con la mirada difusa, acuosa, de alguien que está perdido entre la vigilia y el delirio. Sus manos tiraban débilmente de las correas de contención, no con la intención de liberarse sino con el movimiento repetitivo y sin propósito de un sistema nervioso que envía señales que ya no tienen destinatario claro.

—Doctor Banerjee —dijo Arjun—. ¿Puede escucharme?

—El aire... —la voz era un graznido—. El aire estaba muerto.

—¿El aire de la cámara?

—Cuando rompimos el sello... el aire que salió no tenía olor. Ninguno. Estuvimos treinta segundos esperando antes de entrar. Protocolo estándar. Pero el aire estaba... vacío. No olía a nada. Ni a piedra, ni a tierra, ni a descomposición. A nada.

—Eso puede pasar en cámaras selladas herméticamente durante mucho tiempo. El oxígeno se consume, los compuestos orgánicos se degradan completamente.

—No, doctor. Usted no entiende. —Los ojos de Banerjee buscaron los suyos con una intensidad que contrastaba con la debilidad de su cuerpo—. Trabajo en excavaciones desde hace veintiséis años. He abierto tumbas, criptas, cámaras funerarias en seis países distintos. El aire de una cámara sellada siempre huele a algo. Siempre. A mineral, a fosfato, a humedad residual. Este no olía a absolutamente nada. Era como respirar... ausencia.

Arjun anotó mentalmente: posible anosmia en el paciente. La pérdida del olfato podía ser un síntoma neurológico relevante, indicativo de compromiso del bulbo olfatorio o del lóbulo temporal. Pero también podía ser exactamente lo que Banerjee decía: una observación técnica sobre un fenómeno que no tenía explicación sencilla.

—¿Cuánto tiempo estuvo dentro de la cámara?

—Cuarenta minutos la primera vez. Dos horas la segunda, al día siguiente. La segunda fue cuando abrimos el sarcófago.

—¿Usaron equipo de protección?

Banerjee cerró los ojos. Arjun reconoció la expresión. Vergüenza.

—Guantes de algodón. Para no dañar los artefactos. Sin mascarilla. Sin protección respiratoria.

—¿Y el resto del equipo?

—Éramos cuatro dentro de la cámara cuando abrimos el sarcófago. Yo, mi asistente Meera, un estudiante de posgrado llamado Sanjay, y el representante del Servicio Arqueológico. Los otros dos se quedaron afuera documentando.

—¿Los otros tres tienen síntomas?

—No lo sé. No lo sé. Estuve en la clínica de Jodhpur y nadie me dijo nada. —Su voz se quebró—. ¿Están enfermos?

—Vamos a averiguarlo. —Arjun bajó la cortinilla de la ventana—. ¿Qué había exactamente dentro del sarcófago?

Banerjee se quedó en silencio durante un largo momento. El monitor marcaba 132 latidos por minuto. La fiebre estaba subiendo; Arjun podía verlo en el sudor que brotaba de la frente del arqueólogo como agua de una esponja apretada.

—No puedo describirlo bien. El material era... —buscó la palabra—. Era como piel seca. Pero no era piel. Las fibras que lo componían eran demasiado regulares, demasiado simétricas. En mi experiencia, el tejido biológico siempre tiene irregularidades microscópicas. Este no. Cuando Meera tomó una muestra para el microscopio de campo, las fibras estaban dispuestas en un patrón que parecía... deliberado. Como si el tejido hubiera sido diseñado, no crecido.

—¿Cree que era artificial?

—No. Era orgánico. Definitivamente orgánico. Pero no como ningún tejido orgánico que haya visto en veintiséis años de excavar restos biológicos.

—¿Cuándo empezaron sus síntomas?

—El tercer día después de la apertura. Empecé con dolor de cabeza. Pensé que era el calor, la deshidratación, las horas bajo el sol. Pero al día siguiente empezó la fiebre. Y al día siguiente... —se tocó el cuello con la mano que tenía libre de la contención, los dedos rozando el borde de las manchas oscuras—. Estas cosas.

—¿Le duelen?

—No. Es peor que el dolor.

—¿Qué siente?

—Las siento moverse. Debajo de la piel. Como si algo se estuviera reorganizando.

Arjun mantuvo la expresión neutra. Había escuchado descripciones similares en pacientes con parasitosis psicógena —delirio de Ekbom—, que sentían insectos o gusanos moviéndose bajo su piel cuando no había nada. Pero Banerjee tenía lesiones visibles, reales, medibles. No era delirio parasitario. Algo estaba pasando en su tejido cutáneo.

—Voy a tomar una biopsia de las lesiones —dijo Arjun—. Necesito ver qué está ocurriendo en el tejido a nivel microscópico.

—Doctor Mehta.

—¿Sí?

—¿Ha visto algo así antes?

Arjun lo miró directamente.

—No.

Banerjee cerró los ojos.

—Eso es lo que temía.

* * *

El laboratorio de histopatología estaba en el segundo piso del ala norte, un piso por encima del departamento de emergencias. A esas horas normalmente estaba cerrado —el turno del laboratorio empezaba a las siete—, pero Arjun había llamado a la Dra. Farah Khan, patóloga de guardia, y le había explicado que tenía una muestra urgente que no podía esperar.

La Dra. Khan era una mujer menuda, de unos cuarenta y cinco años, con gafas de montura gruesa y la actitud de alguien que considera que cada interrupción de su sueño es un agravio personal que debe ser compensado con información médica suficientemente interesante. Arjun sabía que la mejor forma de motivarla no era apelar a la urgencia clínica sino a su curiosidad científica. Le dijo que tenía una lesión cutánea sin diagnóstico aparente y que los hallazgos microscópicos iban a ser inusuales. Farah apareció en el laboratorio en veinte minutos.

La biopsia era un cilindro de tejido de cuatro milímetros de diámetro, obtenido con un punch de biopsia del borde de la lesión cervical más grande. Arjun había tomado la muestra él mismo, bajo anestesia local, observando cómo la piel cedía bajo la presión circular del instrumento con una facilidad que no era normal. La piel sana ofrecía resistencia. El tejido de la lesión no. Se dejó cortar como mantequilla fría, y cuando Arjun retiró el cilindro, la base del pequeño cráter que quedó no sangró inmediatamente. Tardó casi cuatro segundos en empezar a sangrar. En piel normal, la hemorragia era instantánea.

Farah colocó la muestra en un bloque de parafina, la cortó en secciones de cuatro micras con el micrótomos, y tiñó la primera tanda con hematoxilina-eosina, la tinción estándar para histopatología. Mientras esperaba los quince minutos que tardaba el proceso, Arjun se sirvió otro café de una máquina idéntica a la de emergencias. Igualmente terrible. Igualmente necesario.

—Arjun —dijo Farah desde el microscopio. Su voz había cambiado. Ya no sonaba molesta por haber sido despertada. Sonaba como sonaba cuando encontraba algo interesante, que era el tono que usaba aproximadamente una vez al mes—. Ven a ver esto.

Se sentó frente al microscopio binocular Olympus y ajustó los oculares.

A bajo aumento, la estructura general de la piel era reconocible. Epidermis, dermis, tejido subcutáneo. Las capas estaban ahí. Pero algo estaba mal. La epidermis —la capa más externa de la piel— estaba dramáticamente adelgazada. En lugar de las diez a quince capas celulares normales del estrato espinoso, había tres. Tal vez cuatro. Las células epidérmicas restantes estaban aplanadas, comprimidas, como si algo desde abajo las estuviera empujando hacia la superficie.

Aumentó la magnitud a 20x. La dermis era donde empezaba lo verdaderamente extraño.

La dermis normal estaba compuesta de tejido conectivo: colágeno, elastina, vasos sanguíneos, nervios, folículos pilosos. Lo que veía Arjun no era tejido conectivo normal. Las fibras de colágeno habían sido... reemplazadas. No destruidas —no había signos de inflamación destructiva ni de necrosis—. Reemplazadas. En su lugar había una red de fibras que Arjun no podía identificar. Eran más densas que el colágeno, más regulares en su distribución, y tenían un patrón de ramificación que recordaba más a una red de micelio fúngico que a tejido conectivo humano.

Pero no era micelio. Arjun había visto infecciones fúngicas dérmicas al microscopio. El micelio fúngico tenía hifas con septos visibles, paredes celulares teñidas con claridad, y crecía de forma oportunista e irregular, colonizando espacios entre las células del huésped. Esto era diferente. Estas fibras no colonizaban los espacios. Los habían ocupado completamente, como si el tejido original hubiera sido removido y reemplazado pieza por pieza.

—¿Qué estás viendo? —preguntó Farah.

—No lo sé —dijo Arjun—. ¿Hiciste la tinción de PAS?

—Está procesándose. Pero mira la dermis profunda. Aumenta a 40x.

Lo hizo. Y entonces lo vio.

Los vasos sanguíneos dérmicos. En tejido normal, los capilares dérmicos eran tubos delicados, de paredes finas, que serpenteaban entre las fibras de colágeno llevando oxígeno y nutrientes. Los capilares en esta muestra tenían paredes engrosadas —al menos tres veces más gruesas que lo normal— y una distribución alterada. Había

demasiados. La densidad capilar era tal vez el doble de lo normal. Y algunos de los vasos más pequeños mostraban algo que Arjun tardó varios segundos en comprender: estaban ramificados en ángulos de exactamente noventa grados.

Los vasos sanguíneos humanos no se ramificaban en ángulos de noventa grados. Se ramificaban en ángulos agudos, optimizados por la evolución para minimizar la resistencia al flujo. Un ángulo recto en un vaso sanguíneo era hidráulicamente ineficiente, biológicamente absurdo.

—Esto no puede ser artefacto de la preparación —dijo Arjun.

—No lo es. Corté tres secciones consecutivas. Todas muestran lo mismo.

—¿Has visto algo así antes?

—Nunca.

Se quedaron en silencio durante un momento, mirando el microscopio como dos exploradores que han encontrado una especie que no aparece en ningún catálogo.

—Necesito la tinción de plata —dijo Arjun—. Y tinción de Gram. Y si tienes capacidad de inmunofluorescencia, quiero marcadores para colágeno tipo I, tipo III y tipo IV.

—Puedo tener la plata y el Gram en dos horas. La inmunofluorescencia va a tardar más.

—Hazlo.

Arjun volvió a mirar por el microscopio. Las fibras desconocidas en la dermis no parecían estar causando destrucción activa. No había infiltrado inflamatorio significativo —pocas células inmunes en la zona—, lo cual era doblemente extraño. Si un patógeno estaba colonizando el tejido, el sistema inmunológico debería estar respondiendo con legiones de neutrófilos y macrófagos. Pero no lo hacía. Era como si el sistema inmune no reconociera a las fibras como extrañas.

O como si algo estuviera impidiendo que las reconociera.

* * *

08:47 AM — Departamento de Emergencias

El turno de día había empezado. El departamento de emergencias estaba en plena ebullición matutina: el volumen de pacientes que había llegado durante la noche se superponía con los nuevos que empezaban a llegar, creando un caos estratificado que Sunita gestionaba con la eficiencia brutal de alguien que había visto diez mil mañanas exactamente iguales.

Arjun debería haberse ido. Su turno había terminado hacía dos horas. Pero no se había ido. Estaba sentado en la pequeña oficina de médicos que daba al pasillo central, con la puerta semiabierta y la pantalla del ordenador mostrando todo lo que había podido encontrar en PubMed sobre lesiones cutáneas con reemplazo de tejido conectivo.

No había encontrado nada relevante.

Había buscado “dermis fibras anómalas”, “reemplazo colágeno patológico”, “neovascularización dérmica patrón anómalo”, “fibras dérmicas no identificadas histopatología”. Cada búsqueda devolvía artículos sobre esclerodermia, queloides, fibromatosis, displasias del tejido conectivo. Todos conocidos. Ninguno se parecía a lo que había visto en el microscopio.

El teléfono del hospital sonó. Arjun descolgó.

—Dr. Mehta, soy la Dra. Suri del laboratorio de microbiología. Tenemos los primeros resultados de los cultivos del paciente Banerjee.

—¿Qué encontraron?

—Ese es el problema. No encontramos nada. Los hemocultivos están estériles a las seis horas. El urocultivo es negativo. La tinción de Gram de la muestra cutánea no muestra microorganismos. Y el panel viral preliminar... negativo para influenza, dengue, chikungunya, Zika, VIH, hepatitis B y C.

—¿Negativos todos?

—Todos. Estamos procesando el panel ampliado, pero va a tardar otras veinticuatro horas. Le informo que hemos enviado muestras al laboratorio de referencia del AIIMS para cultivos especiales y PCR viral ampliada. Si hay algo raro, ellos lo encontrarán. Pero por ahora, microbiológicamente, el paciente está limpio.

Arjun colgó.

Un paciente con fiebre alta persistente, lesiones cutáneas activas, inflamación sistémica, linfopenia severa y destrucción muscular temprana.

Y cultivos estériles.

Microbiológicamente limpio.

Eso no era posible. Algo estaba causando esa respuesta inmunológica. Algo estaba produciendo esas lesiones. Pero ese algo no aparecía en ninguna de las pruebas diseñadas para detectar los patógenos conocidos.

Se frotó los ojos. Llevaba más de veinticuatro horas despierto. El cansancio se había transformado de una sensación física a una especie de zumbido de fondo que afectaba todo: la velocidad del pensamiento, la precisión de la atención, hasta la forma en que percibía las luces del hospital, que parecían vibrar ligeramente en la periferia de su visión. Era el momento en que la mayoría de los médicos se rendían, se iban a casa, dormían ocho horas y volvían con la mente fresca. Arjun sabía que debería hacer exactamente eso.

Pero el caso no se lo permitía. Los casos así —los casos sin diagnóstico, los acertijos clínicos que se resistían a ser categorizados— ejercían sobre él una fuerza gravitatoria contra la que no podía luchar. Priya lo había llamado obsesión. El psicólogo del hospital, durante la evaluación obligatoria postdivorcio, lo había llamado “mecanismo compensatorio de control en un entorno percibido como incontrolable”. Arjun lo llamaba su trabajo.

Kavya apareció en la puerta.

—Doctor Mehta, debería irse a casa.

—¿Cómo está Banerjee?

—Estable pero sin mejora. Temperatura 39.5. Levemente mejor que durante la noche, pero los leucocitos siguen subiendo. La enfermera Rao dice que ha estado hablando en sueños. —Kavya hizo una pausa—. Doctor, lleva más de veinticuatro horas aquí.

—Estoy bien.

—No está bien. Tiene los ojos rojos y acaba de llamarme Sunita.

Arjun parpadeó. ¿La había llamado Sunita? No recordaba haberlo hecho, pero tampoco estaba seguro de que no lo hubiera hecho. Ese era el problema de la fatiga extrema: no solo afectaba lo que percibías, sino la confianza en tus propias percepciones.

—Me iré pronto —dijo—. ¿Epidemiología contactó al equipo de excavación?

—Sí. Hablaron con la coordinadora del proyecto, una tal Dra. Meera Desai. Dice que el resto del equipo está asintomático por ahora. Les recomendaron vigilancia de síntomas y consulta inmediata si desarrollan fiebre. Pero, doctor... —Kavya dudó— la Dra. Desai dijo algo extraño.

—¿Qué?

—Dijo que quiere hablar con usted directamente. No con epidemiología. Con usted. Dice que tiene información sobre el material del sarcófago que no puso en el informe oficial. Le dejó su número.

Arjun miró a la residente. La información que no se pone en informes oficiales era generalmente de dos tipos: la que era demasiado irrelevante para incluir, o la que era demasiado preocupante para poner por escrito.

—Dame el número.

Kavya le extendió una nota adhesiva amarilla con un número de teléfono de diez dígitos. Arjun la pegó en el borde del monitor.

—Ahora sí me voy —dijo, aunque sabía que era mentira.

No se fue. Se quedó otros cuarenta minutos leyendo artículos sobre organismos extremófilos capaces de sobrevivir en estados de deshidratación prolongada. Tardigrados. Rotíferos. Artemia. Bacillus anthracis. Thermus aquaticus. Deinococcus radiodurans. Organismos que habían desarrollado mecanismos moleculares para proteger su ADN y sus proteínas durante períodos de desecación extrema, algunos durante décadas, otros durante siglos.

Luego buscó “virus preservados ambientes secos”. Un artículo de 2014 en Nature describía la reactivación de un virus de treinta mil años de antigüedad encontrado en permafrost siberiano: Pithovirus sibericum, un virus gigante que había permanecido viable en hielo durante milenios. Otro artículo de 2015 describía Mollivirus sibericum, recuperado del mismo permafrost. Los investigadores habían logrado reactivar ambos virus simplemente poniéndolos en contacto con amebas vivas.

¿Podía un virus sobrevivir deshidratado en un sarcófago sellado en el desierto de Rajasthan durante siglos? La respuesta que habría dado la mayoría de los virólogos era que era extremadamente improbable. Los virus dependían de la maquinaria celular de un huésped para reproducirse, y sin esa maquinaria, sus ácidos nucleicos se degradaban con el tiempo. Pero “extremadamente improbable” no era lo mismo que “imposible”. Si el sarcófago estaba verdaderamente sellado herméticamente, y si la temperatura y la humedad se habían mantenido estables —condiciones que el desierto de Thar, con sus variaciones térmicas extremas, hacía poco probables pero no imposibles—, y si el virus tenía algún mecanismo de protección molecular análogo al de los extremófilos...

Arjun se detuvo.

Estaba especulando. Y la especulación sin datos era ficción, no medicina. Necesitaba datos. Necesitaba la resonancia magnética cerebral, los resultados del panel viral ampliado, la tinción de plata de Farah, y una conversación con la Dra. Meera Desai sobre lo que había encontrado en ese sarcófago que no se atrevía a poner por escrito.

Se levantó finalmente. Las rodillas le crujieron. La espalda le dolía en el lugar exacto donde siempre le dolía después de pasar demasiadas horas sentado en las sillas de plástico del hospital. Recogió su mochila del casillero del personal —una mochila negra que contenía una muda de ropa, un cepillo de dientes, un cargador de teléfono y un ejemplar manoseado de Harrison’s Principles of Internal Medicine que llevaba cargando desde la residencia —, y caminó hacia la salida.

Al pasar por la sala de aislamiento, se detuvo.

A través de la ventanilla de observación podía ver la cama de Banerjee. El arqueólogo dormía. Los monitores registraban sus signos vitales en líneas verdes y números rojos. Todo estable. Todo dentro de los parámetros que Arjun había establecido.

Pero las manchas.

Bajo la luz matutina que se filtraba por la ventana sellada, Arjun pudo ver que las manchas se habían extendido. Cuando Banerjee llegó, la lesión principal estaba confinada al cuello derecho y la región supraclavicular. Ahora, apenas seis horas después, se extendía visiblemente hacia la mandíbula, hacia la oreja, y hacia abajo por el esternón. Los bordes seguían siendo difusos, como tinta en agua, pero la superficie total cubierta era al menos un treinta por ciento mayor.

Arjun sacó su teléfono y tomó una fotografía a través del vidrio. Lo haría de nuevo en doce horas, y en veinticuatro. Necesitaba documentar la velocidad de progresión.

Mientras caminaba hacia el estacionamiento, el sol de la mañana lo golpeó como un puño. El calor de Nueva Delhi en abril era un castigo físico: denso, húmedo, implacable. El termómetro del estacionamiento marcaba ya 34 grados a las nueve de la mañana. Para el mediodía superaría los 40. El asfalto brillaba con espejismos de calor, y el aire olía a gasolina, basura orgánica y el jazmín de los arbustos que crecían salvajes junto al muro del hospital.

Su coche —un Maruti Suzuki blanco con catorce años de uso y una abolladura en el guardabarros trasero que nunca había reparado— estaba estacionado en la esquina más alejada del estacionamiento, donde siempre estacionaba porque ahí nadie abría puertas contra su coche. Se sentó en el asiento del conductor, cerró la puerta y se quedó inmóvil durante un momento.

El silencio después de un turno nocturno siempre le parecía artificial, como si el universo hubiera bajado el volumen a la fuerza. Después de horas rodeado de monitores, alarmas, gritos, instrucciones y el zumbido constante de los fluorescentes, el silencio de un coche estacionado era casi doloroso.

Encendió el motor. La radio se activó automáticamente: una canción de Bollywood que Anika le había puesto la última vez que la llevó al parque. No la cambió. La dejó sonar mientras salía del estacionamiento y se incorporaba al tráfico de la mañana.

Durante el trayecto a su apartamento —veinticinco minutos en un buen día, cuarenta y cinco en uno malo, y hoy parecía un día malo—, su mente siguió trabajando en el caso Banerjee con la insistencia mecánica de un motor que no se apaga.

Los hechos hasta ahora:

Un arqueólogo abre un sarcófago sellado con restos biológicos no identificados. Cinco días después desarrolla fiebre, lesiones cutáneas y delirio. Los análisis muestran inflamación sistémica, linfopenia, destrucción muscular temprana. La biopsia cutánea revela reemplazo del tejido conectivo por fibras desconocidas y neovascularización anómala. Todos los cultivos son estériles. Todos los paneles virales son negativos.

Algo estaba invadiendo a Banerjee. Algo que el laboratorio no podía detectar porque no sabían qué buscar.

Arjun llegó a su apartamento —un dos habitaciones en el cuarto piso de un edificio de los años ochenta en Vasant Kunj, con un ascensor que funcionaba tres días de cada cinco y una vista al edificio de enfrente—. Dejó la mochila en el suelo de la entrada, se quitó los zapatos sin desatarlos y fue directamente al dormitorio. Las cortinas estaban cerradas. El aire acondicionado estaba apagado y el aire dentro del apartamento era denso y quieto, con el olor a polvo y a ropa sin lavar que se acumula cuando alguien vive solo y está casi siempre en otro lugar.

Se tendió en la cama sin desvestirse. El colchón se hundió bajo su peso con la familiaridad de un objeto que conoce la forma exacta del cuerpo que carga cada noche. Cerró los ojos.

Detrás de los párpados, vio las fibras del microscopio. Densas, regulares, imposibles. Se ramificaban en ángulos perfectos. Se extendían por el tejido con la eficiencia de una red diseñada por un ingeniero. No por la evolución. No por el azar. No por la enfermedad.

Por un diseño.

Se durmió con esa imagen en la mente, y no soñó con nada que pudiera recordar.

* * *

09:12 PM — Sala de Aislamiento 3

Doce horas después, Arjun estaba de vuelta en el hospital.

No había dormido bien. Cuatro horas fragmentadas, con despertares intermitentes en los que verificaba su teléfono compulsivamente buscando mensajes del hospital. No hubo ninguno relevante, y ese silencio fue peor que cualquier alarma, porque significaba que nadie había encontrado nada nuevo, que el misterio seguía intacto.

Cuando llegó a la sala de aislamiento, Sunita estaba cambiando la bolsa de suero del paciente.

—¿Cómo está?

—Peor —dijo Sunita sin rodeos—. La fiebre subió a 40.1 a las seis de la tarde. Le pusimos dipirona IV sin respuesta significativa. El delirio es más frecuente. Habla en rajasthaní, que ninguno de nosotros entiende, y en hindi. Dice cosas. —Sunita hizo una mueca—. Dice que puede oír las paredes. Que las paredes del hospital tienen sonido. Que escucha algo moviéndose dentro de las paredes.

—Delirio febril de base.

—Probablemente. Pero hay otra cosa, Arjun. —Sunita usó su nombre de pila, lo cual solo hacía cuando quería que la tomara en serio, no como médico, sino como persona—. Las manchas.

—¿Se extendieron?

—Baja y mira.

Arjun se puso la bata, la mascarilla, los guantes, y entró a la sala de aislamiento.

Banerjee estaba acostado de espaldas, con la bata del hospital medio abierta. Los ojos estaban cerrados, los labios moviéndose en murmullos inaudibles. El sudor cubría cada centímetro visible de su piel, y el olor en la habitación era diferente al de la mañana. No el olor genérico del hospital. Algo más. Un olor orgánico, dulzón, que recordaba vagamente a fruta podrida pero que no era exactamente eso. Era un olor que Arjun no había encontrado antes en ningún paciente.

Bajó la sábana para examinar las lesiones.

Las manchas habían cubierto todo el lado derecho del cuello, la oreja derecha, la mandíbula, y habían cruzado la línea media hacia el lado izquierdo. Se extendían por el pecho, cubriendo la clavícula y parte del esternón. Y habían empezado a aparecer en los brazos: dos manchas nuevas, una en cada antebrazo, más pequeñas que las cervicales pero con la misma textura translúcida y el mismo calor local.

Arjun tomó otra fotografía. La comparó con la de la mañana en su teléfono. La progresión era dramática. En doce horas, la superficie afectada se había triplicado.

—Banerjee, ¿puede escucharme?

Los ojos se abrieron. Esta vez, la mirada era diferente. No lucidez aterrorizada como la primera vez. No confusión delirante como la segunda. Era algo intermedio: un reconocimiento parcial, como si Banerjee pudiera ver a Arjun pero no estuviera seguro de que lo que veía era real.

—Doctor Mehta... —la voz era un hilo—. ¿Puede ver las líneas?

—¿Qué líneas?

—En las paredes. Hay líneas que se mueven. Como venas. Las paredes tienen venas.

Arjun miró las paredes. Verde menta desvaído. Pintura agrietada en la esquina superior derecha. Una mancha de humedad cerca del techo. Nada que se moviera. Nada que se pareciera a venas.

—No hay líneas en las paredes, doctor Banerjee. Es la fiebre. Le está causando alucinaciones visuales.

—No... no es eso. Las veo, doctor. Las veo claramente. Son como... —buscó palabras que su cerebro enfermo ya no podía organizar con fluidez—. Como un sistema circulatorio. El hospital tiene un sistema circulatorio. Y puedo verlo.

—Necesita descansar. Le vamos a ajustar la medicación para controlar la fiebre y el delirio.

Banerjee lo agarró del brazo. El agarre era más débil que la noche anterior, pero la urgencia era mayor.

—Doctor, por favor. No estoy delirando. Lo que abrimos en esa cámara... el material del sarcófago... cuando lo tocamos, algo cambió. En el aire. En la luz. Meera lo sintió primero. Dijo que los colores eran diferentes. Que podía ver colores que antes no veía. Pensamos que era el calor, la deshidratación. Pero no era eso. Era el material. Algo en ese material... cambia cómo ves las cosas. Cambia lo que puedes ver.

—Doctor Banerjee, escuche...

—El sarcófago no era una tumba, doctor. Se lo dije anoche. Era un contenedor. Y lo que contenía no estaba muerto. Estaba esperando.

Arjun separó la mano del arqueólogo con gentileza.

—Vamos a cuidarlo. Descanse.

Salió de la sala de aislamiento y se quitó la bata y los guantes en la antecámara. Sunita lo esperaba afuera.

—Delirio paranoide agudo —dijo Arjun—. Consistente con encefalitis. La resonancia magnética debería estar lista mañana a primera hora. Necesitamos ver si hay edema cerebral, realce meníngeo o lesiones focales.

—Arjun.

—¿Sí?

—¿El olor?

—¿Qué olor?

—El olor en la habitación. Es nuevo. Empezó esta tarde. No es infección. He oído infecciones durante veinticinco años. No es necrosis. No es gangrena. No es ninguna infección que conozca. ¿Qué es?

Arjun no tenía respuesta para eso.

—No lo sé todavía.

Se alejó por el pasillo. Al final, antes de doblar la esquina, se detuvo y miró hacia atrás, hacia la puerta de la sala de aislamiento.

Sunita seguía ahí, mirando a través de la ventanilla de observación.

Y por un segundo —un segundo que Arjun atribuiría después a las veinticuatro horas de sueño interrumpido y a la fatiga acumulada de dos días—, le pareció que la pintura verde de la pared junto a la puerta tenía una textura diferente. No lisa. Ligeramente venosa. Como si debajo de la pintura corrieran hilos muy finos.

Parpadeó.

La pared era una pared. Verde. Lisa. Normal.

Se fue a buscar más café.

* * *

CAPÍTULO 3: CONVULSIONES

Día 3 — 06:20 AM — Sala de Aislamiento 3

La resonancia magnética cerebral de Ravi Banerjee estaba iluminada en la pantalla del ordenador del puesto de enfermería, y Arjun la miraba como quien mira una radiografía del infierno.

Había llegado al hospital antes de que empezara oficialmente su turno, incapaz de esperar. Había dormido — si es que podía llamarse dormir a las cinco horas interrumpidas de inconsciencia superficial que había conseguido— con el teléfono en la mano, esperando una notificación del laboratorio de radiología. La notificación llegó a las 5:48 AM: “RM cerebral paciente Banerjee lista para revisión”. Arjun estaba en su coche seis minutos después.

Las imágenes ponderadas en T2 mostraban lo que temía y lo que no esperaba.

Lo que temía: había señal hiperintensa bilateral en los lóbulos temporales. Ambos. La señal era brillante, inequívoca, como si alguien hubiera vertido tinta blanca sobre las estructuras mediales del lóbulo temporal en ambos hemisferios. El hipocampo —esa estructura curva, antigua, responsable de la memoria y la navegación espacial— estaba inflamado bilateralmente. La amígdala, que procesaba las emociones y el miedo, mostraba edema visible. Y el giro parahipocampal, que conectaba la memoria con la percepción sensorial, estaba afectado en toda su extensión.

Lo que no esperaba: el patrón era perfectamente simétrico. Las encefalitis naturales —virales, autoinmunes, bacterianas— casi nunca eran simétricas. El cerebro, como todos los órganos bilaterales, nunca era perfectamente igual de un lado a otro. Una encefalitis por herpes simple afectaba preferentemente el lóbulo temporal de un lado. Una encefalitis autoinmune podía ser bilateral, pero siempre con predominio de un hemisferio. Lo que veía Arjun era una distribución exactamente igual en ambos lados, como si lo que estuviera afectando el cerebro de Banerjee hubiera sido diseñado para distribuirse con precisión milimétrica.

—Encefalitis límbica bilateral simétrica —murmuró Arjun para sí mismo.

—¿Dijo algo, doctor? —preguntó la enfermera de guardia matutina, una mujer joven cuyo nombre Arjun no recordaba y que estaba aprendiendo que hablar solo era una de las peculiaridades del Dr. Mehta.

—No. ¿Cómo pasó la noche el paciente?

—Agitado. Tuvo tres episodios de agitación entre la una y las cuatro. La enfermera Rao le administró haloperidol IM a las 2:15 y eso lo calmó durante unas horas. Pero la fiebre sigue. 40.2 a las cinco de la mañana. No responde a nada.

Arjun asintió. Caminó hacia la sala de aislamiento.

Se puso el equipo de protección en la antecámara —bata, guantes, mascarilla— y entró.

Lo primero que notó fue el olor. Más fuerte que la noche anterior. Ese olor dulzón, orgánico, que no era putrefacción ni necrosis ni ninguna infección catalogada. Le recordaba ahora a algo específico: al olor de la tierra después de la lluvia, mezclado con algo más, algo ligeramente mineral, como cobre húmedo. Petricor con un matiz metálico. Era un olor que no debería existir en una sala de aislamiento estéril.

Banerjee estaba acostado de costado, en posición fetal. Las correas de contención habían sido aflojadas para permitir el cambio de posición —Sunita, probablemente, que siempre priorizaba la comodidad del paciente dentro de los límites de seguridad—. Los ojos estaban cerrados, pero los globos oculares se movían bajo los párpados con la frenética actividad del sueño REM.

Las lesiones cutáneas habían progresado dramáticamente durante la noche.

Ahora cubrían todo el cuello, ambos lados, extendiéndose desde la línea del cabello hasta los hombros. El torso anterior estaba afectado hasta la línea de los pezones. Los brazos mostraban manchas que se habían expandido y comenzado a confluir. Y había aparecido una nueva lesión en la frente —justo sobre el arco

superciliar derecho— que era más oscura que las demás, casi negra, con un centro que parecía hundido, como si la piel se hubiera colapsado sobre sí misma.

Arjun se acercó para examinar la lesión frontal. Palpó suavemente con los dedos enguantados. La piel estaba caliente —más caliente incluso que las lesiones anteriores— y la textura había cambiado. Ya no era simplemente translúcida. Era elástica de una manera que la piel humana no debería ser. Cuando presionaba, la superficie cedía más de lo normal y volvía a su posición original con una lentitud que sugería que el tejido subyacente había perdido sus propiedades mecánicas normales.

—Doctor Banerjee —dijo Arjun—. ¿Puede escucharme?

Los ojos se abrieron.

Y Arjun retrocedió involuntariamente.

Los ojos de Banerjee habían cambiado. Seguían siendo oscuros, pero la esclerótica —la parte blanca del ojo— ya no era blanca. Tenía un tono amarillento que indicaba ictericia, lo cual era esperable si el hígado estaba empezando a fallar. Pero eso no fue lo que hizo retroceder a Arjun. Lo que lo hizo retroceder fue que las pupilas ya no eran circulares. La pupila derecha estaba ligeramente ovalada, elongada verticalmente. La izquierda permanecía redonda pero dilatada a un tamaño que no correspondía a la iluminación de la habitación.

Pupilas ovaladas. Arjun buscó en su memoria. ¿Lesión del iris? ¿Glaucoma agudo? ¿Sinequias? ¿Trauma ocular? Ninguna de esas condiciones encajaba con el cuadro clínico general. Una pupila ovalada indicaba daño estructural al iris o presión intraocular anormal. En el contexto de una encefalitis, podía sugerir que la inflamación había alcanzado los nervios craneales que controlaban la musculatura del iris.

—Doctor Mehta... —la voz de Banerjee era un susurro roto—. ¿Puede oírlo?

—¿Oír qué?

—El ruido. Debajo del piso. Como... como un latido. Pero no es un latido. Es demasiado lento. Es como si algo estuviera respirando. Debajo del hospital. ¿No lo oye?

—No hay nada debajo del piso, doctor Banerjee. Es la fiebre.

—¿Y las líneas? ¿Sigue sin ver las líneas?

—No hay líneas.

Banerjee cerró los ojos. Una lágrima espesa, teñida ligeramente de amarillo por la ictericia, rodó por su mejilla.

—Ojalá tenga razón, doctor. Ojalá sea la fiebre. Porque si no es la fiebre, entonces lo que estoy viendo... —su voz se convirtió en un jadeo—. Lo que estoy viendo es real. Y si es real, entonces este hospital... este edificio... todo lo que nos rodea...

No terminó la frase. Sus ojos se pusieron en blanco —las escleróticas amarillentas girando hacia arriba hasta que solo quedó el iris parcialmente visible—, y su cuerpo comenzó a convulsionar.

La convulsión fue violenta. Tónico-clónica generalizada. Todos los músculos del cuerpo de Banerjee se contrajeron simultáneamente, arqueando su espalda contra la cama con una fuerza que hizo crujir la estructura metálica. Luego vino la fase clónica: sacudidas rítmicas, brutales, repetitivas, que hacían que sus extremidades golpearan las barandillas de la cama con un sonido metálico que resonó en la pequeña sala de aislamiento como un tambor.

—¡Convulsión! —gritó Arjun hacia la puerta—. ¡Necesito diazepam diez miligramos IV ahora! ¡Y traigan un carro de paro!

Se inclinó sobre el paciente. Lo primero era proteger la vía aérea. Giró a Banerjee hacia un costado —posición de seguridad— para evitar que la lengua bloqueara la tráquea o que aspirara vómito. El cuerpo del arqueólogo temblaba bajo sus manos con una violencia que hacía difícil mantenerlo en posición.

La enfermera de guardia entró corriendo con una jeringa precargada de diazepam. Arjun la tomó, encontró la llave del acceso venoso, y administró el medicamento lentamente. Diez miligramos. Esperó. Las convulsiones continuaron durante otros treinta segundos —treinta segundos que se sintieron como cinco minutos— antes de

empezar a ceder. Los temblores se hicieron menos violentos, menos frecuentes, hasta que finalmente el cuerpo de Banerjee se relajó y quedó inmóvil excepto por una respiración rápida y superficial.

—¿Estado postictal? —preguntó la enfermera.

—Espero que sí. Pero necesito saber si las convulsiones van a repetirse. Carga de fenitoína intravenosa, quince miligramos por kilo. Prepárenla lenta, en treinta minutos. Y quiero un electroencefalograma urgente. Si hay actividad epileptiforme continua, necesitamos monitorización continua.

La enfermera salió. Arjun se quedó junto a la cama, observando la respiración del paciente.

Y entonces notó algo.

Durante las convulsiones, la bata del hospital se había abierto completamente, exponiendo el torso de Banerjee. Las lesiones cutáneas eran ahora claramente visibles en toda su extensión, y bajo la luz fluorescente, Arjun vio algo que no había podido ver antes: las manchas no eran uniformes. Dentro de cada lesión, había un patrón. Líneas más oscuras que el fondo, delgadas como capilares, que se ramificaban desde el centro de cada mancha hacia sus bordes. Formaban una red. Una red que recordaba inquietantemente a un sistema vascular, pero que no seguía la distribución de ningún vaso sanguíneo conocido.

Arjun tomó más fotografías. Acercó el teléfono hasta que la cámara estaba a cinco centímetros de la piel. A esa distancia, las líneas eran claramente visibles. Formaban un patrón arborescente, como las ramas de un árbol vistas desde abajo, con bifurcaciones regulares que se hacían progresivamente más finas hacia la periferia de cada lesión.

Era el mismo patrón que había visto en la biopsia. Las fibras desconocidas de la dermis, ramificándose en ángulos perfectos. Pero ahora podía verlas a simple vista, a través de la piel adelgazada.

Fuera lo que fuera lo que estaba creciendo dentro de Ravi Banerjee, se estaba expandiendo. Y lo estaba haciendo rápido.

* * *

10:30 AM — Oficina del Dr. Mehta

La llamada a Meera Desai duró cuarenta y siete minutos.

Arjun la hizo desde la pequeña oficina que compartía con otros tres médicos de emergencias, una habitación de cuatro por cuatro metros con tres escritorios, un estante con manuales que nadie leía, y una ventana que daba al estacionamiento de las ambulancias. Cerró la puerta, algo que rara vez hacía, y marcó el número de la nota adhesiva amarilla que Kavya le había dado.

La Dra. Meera Desai tenía una voz calmada, precisa, con la cadencia medida de alguien acostumbrada a dar conferencias académicas. Pero debajo de esa calma, Arjun detectó algo que reconoció: miedo controlado. El mismo tipo de miedo que él sentía cuando un paciente se deterioraba de formas que no podía explicar.

—Dr. Mehta, gracias por llamar. ¿Cómo está Ravi?

—Grave. Necesito que me cuente todo lo que sabe sobre el material que encontraron en el sarcófago. Todo. Incluyendo lo que no puso en el informe oficial.

Un silencio largo. Luego:

—El informe oficial describe el material como “restos biológicos deshidratados de origen indeterminado”. Eso es técnicamente correcto, pero omite mucho contexto.

—¿Qué contexto?

—Cuando abrimos el sarcófago, el material estaba dispuesto sobre una base de piedra en el centro exacto del recipiente. No estaba desparramado ni acumulado. Estaba colocado. Deliberadamente. Como si alguien lo hubiera arreglado. Tenía una forma ovalada, de aproximadamente sesenta centímetros de largo por treinta de ancho, y estaba envuelto en algo que inicialmente creímos que era tela, pero que resultó ser parte del mismo material. Un pliegue exterior que contenía una masa interior.

—¿Cómo una membrana?

—Sí. Exactamente como una membrana. Como un capullo.

—¿Y lo abrieron?

—Ravi lo abrió. Con un bisturí de campo. Cortó la capa exterior y expuso el material interior. —Otra pausa —. Doctor Mehta, cuando cortó la membrana, salió un... no sé cómo describirlo. No fue aire. No fue gas. Fue como una exhalación. Como si el material hubiera estado comprimido y al cortarlo se liberara una presión interna. La exhalación duró tal vez tres segundos. Y fue entonces cuando todos la sentimos.

—¿Sintieron qué?

—Una sensación en la piel. Como electricidad estática que se pasara por todo el cuerpo. Ravi fue el que más la sintió porque estaba más cerca. Yo estaba a metro y medio. El estudiante, Sanjay, estaba detrás de mí. Duró solo unos segundos y luego desapareció.

—¿Y después?

—Después examinamos el material interior. Era poroso, con una textura similar a la piedra pómez pero orgánica. Cuando Ravi tomó un fragmento con las manos —con guantes de algodón, no de laboratorio— el material se deshizo parcialmente. Liberó un polvo fino, gris, que se dispersó en el aire de la cámara.

—Un polvo que los cuatro respiraron.

—Sí. Sin protección respiratoria. Lo sé. Fue un error. Pero comprenda: llevamos años abriendo sarcófagos y cámaras funerarias. Nunca hemos encontrado nada biológicamente activo. El protocolo estándar de campo no incluye protección respiratoria excepto en contextos de riesgo conocido.

—El riesgo era desconocido, que es precisamente cuando la protección es más necesaria.

—Tiene razón. Lo sé ahora.

Arjun procesó la información. Un material biológico deshidratado, sellado herméticamente, que al ser perturbado liberaba un polvo aerosolizado. Las partículas de ese polvo habían sido inhaladas por al menos cuatro personas. Y al menos una de esas personas —la que tuvo mayor exposición, que estuvo más cerca, que lo manipuló directamente— estaba muriendo.

—Dra. Desai, ¿usted tiene síntomas?

—No. Ninguno. Ni Sanjay ni el representante del Servicio Arqueológico tampoco. Nos hemos estado monitoreando la temperatura tres veces al día desde que Ravi enfermó.

—Puede ser cuestión de dosis de exposición. Ravi fue el más expuesto. Es posible que los demás hayan recibido una dosis insuficiente para causar enfermedad activa.

—O es posible que lo que sea esto solo necesite contacto directo.

—También es posible. ¿Enviaron muestras del material a algún laboratorio?

—A la Universidad de Jaipur. Y al Instituto Nacional de Oceanografía, que tiene un departamento de biología extrema. Estamos esperando resultados.

—Necesito que envíen muestras también al AIIMS en Nueva Delhi. Laboratorio de virología. Urgente.

—Lo haré hoy. Doctor Mehta... hay algo más.

—¿Qué?

—El sarcófago. Después de que Ravi enfermó, volví al sitio de excavación con el equipo de documentación. Quería examinar la cámara con más detalle. Y noté algo que ninguno de nosotros había observado durante las primeras visitas.

—¿Qué notó?

—Las paredes de la cámara tenían inscripciones. No en el exterior, donde esperaríamos encontrarlas. En el interior. En la cara interna de la piedra que sellaba la entrada. Estaban ocultas por una capa de sedimento mineral, pero cuando las limpié parcialmente, pude ver que no eran decorativas. Eran instrucciones. En prácrito, un idioma antiguo anterior al sánscrito clásico. Solo pude descifrar parcialmente las frases, pero el sentido general era... perturbador.

—¿Qué decían?

—Algo así como: “Lo que aquí se guarda no debe mirar. Lo que aquí se guarda no debe ser mirado. El sello protege a los que están afuera, no a lo que está adentro.”

Arjun sintió un escalofrío. Un escalofrío irracional, anticientífico, que no tenía cabida en la mente de un médico de emergencias. Lo reprimió.

—¿Puede enviarme fotografías de las inscripciones?

—Se las envío por correo esta noche.

—Dra. Desai, necesito que entienda algo. Lo que sea que haya en ese material —un patógeno, una toxina, lo que sea—, ha infectado a Ravi Banerjee y está destruyendo su tejido de formas que no reconocemos. Necesito toda la información que puedan darme. Cada detalle, por irrelevante que parezca.

—Entendido, doctor. ¿Va a sobrevivir Ravi?

Arjun dudó.

—Estamos haciendo todo lo posible.

No dijo lo que pensaba, que era: no lo sé, porque no sé contra qué estamos luchando.

* * *

Día 3 — 11:45 PM — Sala de Aislamiento 3

La muerte de Ravi Banerjee no fue silenciosa.

Arjun estaba en el departamento de emergencias atendiendo un caso de intoxicación por pesticidas —un agricultor que había confundido una botella de organofosforado con agua, o eso decía la familia, aunque la cantidad ingerida sugería algo más intencional— cuando la alarma del monitor de la sala de aislamiento activó el código azul.

CÓDIGO AZUL — SALA AISLAMIENTO 3 — PARO CARDIORRESPIRATORIO

Arjun soltó la sonda nasogástrica que estaba insertando en el estómago del agricultor, le dijo a Kavya “termina el lavado gástrico, carbón activado después” y corrió por el pasillo.

Cuando llegó a la sala de aislamiento, Sunita ya estaba allí. Había empezado compresiones torácicas: las manos entrelazadas en el centro del esternón, los codos rectos, el peso del cuerpo empujando hacia abajo en compresiones rítmicas de cinco centímetros de profundidad, cien por minuto. La máquina del equipo de reanimación estaba encendida, los parches de desfibrilación estaban colocados.

—¿Ritmo? —preguntó Arjun mientras se ponía los guantes.

—Actividad eléctrica sin pulso —dijo Sunita sin interrumpir las compresiones—. Lleva tres minutos.

Actividad eléctrica sin pulso. AESP. El corazón generaba impulsos eléctricos, pero el músculo no respondía. No había latido. No había circulación. El cerebro de Banerjee estaba recibiendo sus últimas reservas de oxígeno, y cada segundo que pasaba, neuronas morían.

—Adrenalina un miligramo IV. Atropina. ¿Cuántos ciclos llevamos?

—Primero.

Arjun tomó el liderazgo de la reanimación. Compresiones, ventilación, medicamentos, análisis de ritmo, repetir. El protocolo de soporte vital avanzado era un algoritmo que conocía de memoria, un algoritmo que había ejecutado cientos de veces, que podía hacer dormido —literalmente, porque lo había hecho más de una vez al borde de la inconsciencia por fatiga—.

Treinta compresiones. Dos ventilaciones con bolsa-válvula-mascarilla. Verificar ritmo. Administrar medicamento. Repetir.

Primer ciclo: AESP. Adrenalina. Segundo ciclo: AESP. Sin cambio. Tercer ciclo: AESP. Considerar causas reversibles.

Las cinco H y las cinco T. Hipoxia, hipovolemia, hidrogeniones (acidosis), hipotermia, hipocalcemia. Trombosis, taponamiento, toxinas, tensión (neumotórax), tromboembolismo. Arjun las recorrió mentalmente. Banerjee no tenía ninguna causa reversible obvia. Su corazón se había detenido no por una causa mecánica o química identificable, sino porque su cuerpo había llegado al límite de lo que podía soportar.

Cuarto ciclo. AESP.

Quinto ciclo. Arjun miró a Sunita.

Sunita lo miró.

No necesitaron hablar. Después de años trabajando juntos en turnos nocturnos, habían desarrollado un vocabulario de silencios. Este silencio significaba: estamos perdiendo. Lo sabes y lo sé.

Sexto ciclo.

Asistolia.

El monitor mostró una línea plana, verde, implacable, que cruzaba la pantalla de izquierda a derecha sin variación, sin esperanza, sin el menor parpadeo que sugiriera que el corazón había decidido intentarlo una vez más.

Arjun continuó las compresiones durante otro minuto. Luego se detuvo.

—¿Hora de muerte? —preguntó Sunita.

—23:47.

Lo dijo con la misma voz neutra con que habría dictado cualquier dato clínico. Pero sus manos, cuando se quitó los guantes, temblaban ligeramente. No de emoción. De agotamiento. De la descarga de adrenalina que venía después de una reanimación fallida, cuando el cuerpo del médico dejaba de luchar y se daba cuenta de que llevaba horas —o días— funcionando a crédito.

Se quedó mirando el cuerpo del Dr. Ravi Banerjee.

Las lesiones cutáneas cubrían ahora la mayor parte de su torso, el cuello, la mandíbula, la frente y los brazos hasta los codos. Bajo la luz fluorescente, las redes de líneas dentro de cada lesión eran visibles sin necesidad de acercarse, como un mapa de carreteras impreso sobre la piel. El olor en la habitación era intenso: dulzón, mineral, orgánico, completamente ajeno a cualquier sala de hospital que Arjun hubiera pisado.

—Arjun —dijo Sunita.

—¿Sí?

—Mira sus manos.

Arjun miró. Las manos de Banerjee estaban posadas sobre la sábana, relajadas en la flacidez de la muerte. Pero los dedos estaban diferentes. Las uñas —que habían estado sucias de tierra arqueológica cuando llegó— se habían oscurecido. No con la cianosis azulada de la falta de oxígeno. Eran oscuras como las lesiones cutáneas. Y la piel de las yemas de los dedos tenía una textura visible incluso a distancia: las crestas de las huellas dactilares se habían suavizado, como si algo las hubiera erosionado desde dentro.

—Necesitamos una autopsia —dijo Arjun—. Completa. Con muestras de todos los tejidos afectados. Y muestras de tejido cerebral, especialmente del lóbulo temporal y el hipocampo.

—¿Hablas con la familia?

—No tiene familia listada. La Dra. Desai es su contacto de emergencia. Hablaré con ella.

—Doctor Mehta —dijo Kavya desde la puerta. No había entrado a la sala de aislamiento. Su rostro, visible por encima de la mascarilla N95, estaba pálido—. El laboratorio del AIIMS acaba de enviar los resultados preliminares del panel viral ampliado.

—¿Y?

—Detectaron algo. No pueden identificarlo. Dice el reporte textual que las pruebas de PCR estándar no amplificaron ningún genoma viral conocido, pero que la microscopía electrónica de las muestras de sangre muestra partículas de aproximadamente 200 nanómetros que son... —leyó directamente del reporte— “morfológicamente consistentes con partículas virales, pero con una estructura de cápside que no corresponde a ninguna familia viral catalogada en las bases de datos actuales”.

El laboratorio del AIIMS —el Instituto de Ciencias Médicas de Toda India, el centro médico más avanzado del país— había encontrado un virus. Pero no un virus conocido. Un virus nuevo.

—Pídeles que envíen las imágenes de microscopía electrónica —dijo Arjun—. Y que aíslen las partículas para secuenciación genómica.

—Lo están haciendo. Dicen que los resultados preliminares de secuenciación estarán en tres a cinco días.

Arjun miró de nuevo el cuerpo de Banerjee. Un arqueólogo que había abierto un sarcófago sellado en el desierto y había encontrado algo que no debería existir. Un virus que no aparecía en ninguna base de datos. Un tejido que se reorganizaba en patrones imposibles. Y un hombre muerto que, antes de morir, había insistido en que podía ver cosas que nadie más veía.

No era una tumba. Era un contenedor.

—Quiero la autopsia mañana a primera hora —dijo Arjun—. Personalmente voy a estar presente. Y quiero que todo el tejido cerebral sea procesado con protocolo BSL-3 y enviado al AIIMS junto con las muestras de la biopsia cutánea.

—¿Crees que estamos ante un brote? —preguntó Sunita.

—No lo sé. Pero creo que estamos ante algo que nunca hemos visto. Y cuando eso pasa, lo responsable es actuar como si fuera lo peor posible hasta demostrar lo contrario.

Sunita asintió.

El reloj marcaba las 23:52 PM.

En algún lugar del desierto de Rajasthan, un sarcófago vacío descansaba en una cámara subterránea con inscripciones que advertían a quien las leyera que lo que había adentro no debía ser liberado.

Y en un hospital de Nueva Delhi, un médico que llevaba tres días sin dormir adecuadamente miraba un cuerpo muerto y sentía, por primera vez en su carrera, que su capacidad de entender lo que tenía delante era insuficiente.

No insuficiente por falta de conocimiento.

Insuficiente por falta de categorías.

Lo que había matado a Ravi Banerjee no encajaba en ninguna categoría conocida de enfermedad. Y eso, para un hombre que había construido toda su vida profesional sobre la premisa de que todo fenómeno médico podía ser categorizado, era más aterrador que cualquier virus.

* * *

CAPÍTULO 4: AUTOPSIA

Día 4 — 07:30 AM — Sala de Autopsias, Subsuelo del Hospital General

La sala de autopsias del Hospital General de Nueva Delhi estaba en el subsuelo, accesible por un ascensor de servicio que olía a formaldehído y a los cigarrillos que los camilleros fumaban a escondidas durante los traslados nocturnos de cadáveres. Era una habitación rectangular, con suelo de baldosa gris y desagües en el centro, paredes de azulejo blanco hasta el techo, y unas luces halógenas tan potentes que eliminaban toda sombra, como si la arquitectura del lugar hubiera sido diseñada para garantizar que no hubiera rincón donde algo pudiera esconderse.

El cuerpo de Ravi Banerjee yacía sobre la mesa de acero inoxidable, desnudo, con una etiqueta de identificación atada al dedo gordo del pie derecho. Bajo las luces halógenas, las lesiones cutáneas se veían con una claridad que la iluminación fluorescente de la sala de aislamiento no había permitido. Cubrían aproximadamente el sesenta por ciento de la superficie corporal: todo el torso, ambos brazos hasta las muñecas, el cuello completo, la mandíbula, la frente, y habían comenzado a extenderse por los muslos. Eran de un púrpura tan oscuro que en algunas zonas parecían negras, y las redes de líneas internas eran claramente visibles, formando patrones arborescentes que se conectaban entre sí como las ramas de un bosque vistas desde arriba.

El Dr. Suresh Kapoor, patólogo forense jefe del hospital, era un hombre de sesenta años con manos de pianista y una calvicie total que pulía con cera los domingos por la mañana, según sus propias palabras. Era meticuloso, lento, y tenía la costumbre irritante de narrar cada paso de sus autopsias en voz alta, como si estuviera grabando un pódcast para estudiantes de medicina. Arjun normalmente encontraba esa costumbre insoportable. Hoy, la agradecía.

—Inspección externa completa —dijo Kapoor, ajustándose los lentes de aumento—. Varón adulto, complexión delgada, signos evidentes de caquexia progresiva. Pérdida de masa muscular significativa inconsistente con el período de enfermedad reportado de siete días. Esto sugiere catabolismo acelerado. Las lesiones cutáneas cubren aproximadamente un sesenta por ciento de la superficie corporal total. Distribución centrífuga con epicentro en región cervical derecha, consistente con un vector de exposición aéreo con inhalación como puerta de entrada primaria y diseminación hemática posterior.

Arjun escuchaba y observaba. Estaba de pie a metro y medio de la mesa, con bata protectora, mascarilla N95, gorro, gafas protectoras y doble guante. Normalmente no asistía a autopsias: no era su especialidad, no era su responsabilidad, y no era algo que disfrutara. Pero este caso era diferente. Este caso era suyo.

—Procedo con la incisión —dijo Kapoor.

El bisturí cortó la piel del esternón al pubis en una línea recta. La incisión en Y clásica: dos cortes diagonales desde los hombros hasta el esternón, luego una línea recta hacia abajo. Arjun observó cómo la piel se separaba bajo la hoja.

Y lo primero que notó fue el color.

La grasa subcutánea debería ser amarilla. Amarilla pálida, ligeramente grasosa al tacto, con la textura conocida que cualquier cirujano reconocía al instante. La grasa subcutánea de Banerjee no era amarilla. Era gris. Un gris apagado, sin brillo, como ceniza húmeda. Y su textura era diferente: más densa, más firme, con una consistencia que recordaba más a la cera que a la grasa.

—Notable —murmuró Kapoor, que no usaba adjetivos fuertes—. Tejido adiposo subcutáneo con alteración cromática y textural significativa. No consistente con esteatonecrosis ni con infiltración tumoral. Tomo muestra para histología.

Debajo de la grasa alterada, el tejido muscular presentaba los mismos cambios que Arjun había empezado a sospechar a partir de la creatina quinasa elevada: degradación muscular activa. Los fascículos del recto abdominal y los oblicuos estaban pálidos, con una textura blanda, como fibras empapadas en agua durante

demasiado tiempo. Era rabdomiólisis a nivel macroscópico: el músculo literalmente se estaba disolviendo.

—Miositis difusa con rabdomiólisis macroscópica —dictó Kapoor—. Hallazgo inespecífico pero consistente con infección viral sistémica o miopatía tóxica.

Pero lo que vino después fue lo que hizo que Arjun se acercara involuntariamente a la mesa, olvidando por un momento la distancia prudencial.

Los órganos internos.

El hígado era grande —hepatomegalia, al menos un tercio más grande que lo normal— y tenía un color que no correspondía a ninguna patología hepática que Arjun conociera. No era el hígado amarillento de la esteatosis. No era el hígado nodular de la cirrosis. No era el hígado pálido de la insuficiencia aguda. Era un hígado oscuro, del mismo púrpura negruzco de las lesiones cutáneas, y cuando Kapoor lo cortó en rebanadas para examinarlo, la superficie de corte reveló un patrón que ambos reconocieron al instante.

Las mismas redes. Las mismas líneas arborescentes que habían visto en la piel. Aquí, dentro del parénquima hepático, formaban un sistema que parecía haber reemplazado parcialmente los sinusoides hepáticos —los capilares microscópicos que normalmente transportaban sangre a través del hígado—. Los sinusoides estaban ahí, pero entrelazados con ellos había una segunda red, paralela, de fibras oscuras que se ramificaban con la misma regularidad geométrica que las de la biopsia cutánea.

—¿Qué diablos es esto? —dijo Kapoor, abandonando momentáneamente su compostura profesional.

—No lo sé —dijo Arjun—. Pero quiero que tomes muestras de cada órgano. Y quiero ver el cerebro.

Kapoor necesitó quince minutos más para examinar el resto de los órganos abdominales. Los riñones mostraban cambios similares: redes oscuras entrelazadas con la vasculatura normal. El bazo estaba infartado parcialmente, con zonas de necrosis que contrastaban con zonas invadidas por las fibras desconocidas. El intestino parecía relativamente preservado, lo cual era extraño: si la invasión seguía la vasculatura, el intestino, que era uno de los órganos más vascularizados del cuerpo, debería estar severamente afectado. Pero no lo estaba. Eso sugería selectividad: lo que fuera que estaba creciendo dentro de Banerjee, no invadía al azar. Elegía sus objetivos.

Luego, el cráneo.

Kapoor usó la sierra oscilante para cortar la calota craneal. El sonido de la sierra contra el hueso —un chirrido agudo, constante, que vibraba en los dientes de cualquiera que estuviera en la habitación— duró dos minutos. Cuando retiró la tapa ósea, la duramadre estaba intacta pero tensa, ligeramente abombada, lo cual indicaba edema cerebral significativo.

Cortó la duramadre con tijeras.

El cerebro estaba hinchado, los surcos aplanados por la presión intracraneal. Pero el color era lo que captó la atención. Los lóbulos temporales —ambos— tenían un tono diferente al resto del cerebro. Eran más oscuros. No con la oscuridad de la hemorragia ni con la oscuridad de la necrosis. Era el mismo púrpura sutil que habían visto en los otros órganos, concentrado en las regiones que la resonancia magnética había identificado como afectadas: el hipocampo, la amígdala, el giro parahipocampal.

Cuando Kapoor cortó el cerebro en secciones coronales —rebanadas verticales de un centímetro de grosor, como un libro siendo abierto página por página—, la sección que pasaba por el hipocampo reveló algo que Arjun supo de inmediato que recordaría por el resto de su vida.

El hipocampo normal era una estructura curvada, del tamaño de un dedo meñique, compuesta de materia gris con una organización laminar característica: capas de neuronas dispuestas en estratos reconocibles que cualquier neurocientífico podía identificar al primer vistazo. El hipocampo de Banerjee seguía siendo reconocible, pero entre sus capas normales había algo más. Fibras. Las mismas fibras oscuras que habían invadido la piel, el hígado, los riñones. Pero aquí eran más finas, más densas, y estaban organizadas con una precisión que desafiaba cualquier explicación biológica que Arjun pudiera formular.

Las fibras se habían integrado en los circuitos neuronales del hipocampo. No los habían destruido. Los habían... complementado. Como si alguien hubiera añadido cables nuevos a un circuito eléctrico existente sin desconectar los originales.

—Necesito microscopía electrónica de esto —dijo Arjun—. Y tinción inmunohistoquímica para todos los marcadores neuronales estándar. Quiero saber si las neuronas adyacentes a estas fibras están muertas o vivas.

—¿Crees que están vivas? —preguntó Kapoor.

—Las fibras no causaron necrosis en ningún otro órgano. Invadieron sin destruir. Si hicieron lo mismo en el cerebro...

—Entonces las neuronas de Banerjee seguían funcionando cuando murió. Sus memorias, su percepción, sus circuitos sensoriales estaban intactos. Pero tenían... un complemento.

—Un complemento que alteraba lo que percibía.

Se miraron por encima de la mesa de autopsias, por encima del cerebro abierto de un hombre muerto, y Arjun vio en los ojos de Kapoor la misma mezcla de fascinación y dread que sentía él mismo.

—Voy a necesitar un par de días para el procesamiento histopatológico completo —dijo Kapoor—. Pero te adelanto mi impresión inicial: esto no es una infección convencional. No hay inflamación proporcional a la invasión. El sistema inmunológico del paciente apenas estaba respondiendo a estas fibras. Sea lo que sea, está diseñado para pasar desapercibido por las defensas del organismo.

—¿Diseñado?

—Es una forma de hablar.

—¿Lo es?

Kapoor no respondió.

* * *

Día 4 — 02:00 PM — Oficina del Dr. Mehta

Arjun no fue a casa después de la autopsia.

Se sentó en su oficina con la puerta cerrada, el ordenador encendido, y empezó a escribir. No un artículo médico todavía —no tenía suficientes datos para eso—, sino algo que necesitaba hacer para ordenar su propio pensamiento: una cronología.

* * *

CRONOLOGÍA CASO BANERJEE — Notas privadas — Dr. A. Mehta

Día -5: Equipo de excavación abre cámara sellada en sitio arqueológico en desierto de Thar, Rajasthan. Cámara contiene sarcófago con material biológico deshidratado no identificado. Al abrir, se libera polvo aerosolizado. Cuatro personas expuestas. Inscripciones internas advierten sobre el contenido.

Día -2: Banerjee desarrolla cefalea y fiebre. Atendido en clínica local de Jodhpur.

Día 0 (02:30 AM): Banerjee admitido en emergencias del Hospital General de Nueva Delhi. Fiebre 39.8°C, lesiones cutáneas atípicas en cuello, delirio. Refiere que “el sarcófago no era una tumba, era un contenedor”.

Día 0 — Laboratorio: Leucocitosis con linfopenia severa. PCR 187. CK 2,340. Hemocultivos y panel viral estándar negativos.

Día 0 — Biopsia cutánea: Fibras desconocidas reemplazando colágeno dérmico. Neovascularización con ramificación en ángulos de 90°. Sin respuesta inflamatoria significativa.

Día 1: Progresión de lesiones cutáneas. Fiebre persistente. Delirio con componente visual (refiere ver “líneas” y “venas” en paredes del hospital). Convulsiones tónico-clónicas.

Día 1 — RM cerebral: Encefalitis límbica bilateral simétrica. Lóbulos temporales, hipocampo, amígdala afectados.

Día 1 — Microscopía electrónica (AIIMS): Partículas de ~200nm con estructura de cápside no catalogada. Posible virus nuevo.

Día 2 — 23:47: Paro cardiorrespiratorio. No responde a reanimación avanzada. Hora de muerte: 23:47.

Día 3 — Autopsia: Invasión fibras desconocidas en piel, hígado, riñones, bazo y cerebro. Patrón selectivo: invasión sin destrucción. Especial concentración en circuitos del hipocampo.

Preguntas pendientes: 1. ¿Cuál es la naturaleza exacta de las fibras? ¿Son producidas por el virus? 2. ¿Por qué el sistema inmunológico no las reconoce? 3. ¿Qué función tienen las fibras en los circuitos neuronales del hipocampo? 4. ¿Los otros miembros del equipo de excavación están realmente asintomáticos o simplemente no han sido evaluados adecuadamente? 5. ¿Cuál es la naturaleza del material biológico original del sarcófago? 6. ¿Existe riesgo de transmisión persona a persona?

Observaciones subjetivas (no incluir en informes): El paciente insistió repetidamente en que podía ver cosas que los demás no veían. Lo atribuí a delirio febril. Sin embargo, la distribución de la invasión fibras en el hipocampo y la amígdala —áreas directamente involucradas en percepción, memoria y procesamiento emocional— sugiere que las alteraciones perceptivas del paciente podrían haber tenido una base orgánica específica, no un simple delirio generalizado.

Si las fibras complementaron los circuitos neuronales sin destruirlos, ¿es posible que alteraran la forma en que el cerebro procesaba la información sensorial? ¿Que cambiaran los umbrales de percepción?

Especulación. No evidenciable con los datos actuales. Necesito la secuenciación genómica del virus y los resultados histoquímicos del tejido cerebral.

* * *

Arjun releó lo que había escrito. Era la primera vez en su carrera que incluía una sección de “observaciones subjetivas” en sus notas. No era algo que un médico de emergencias hiciera. Los médicos de emergencias trabajaban con hechos: signos vitales, análisis de laboratorio, imágenes diagnósticas, protocolos de tratamiento. Las observaciones subjetivas eran para los psiquiatras.

Pero este caso no era un caso normal. Y Arjun, por primera vez en quince años de práctica clínica, no estaba seguro de que las herramientas de su especialidad fueran suficientes para entenderlo.

Cerró el documento y miró por la ventana. El estacionamiento de ambulancias estaba lleno. Dos ambulancias acababan de llegar, las luces rojas y azules girando perezosamente mientras los paramédicos descargaban camillas. Vida cotidiana del hospital. La máquina que nunca se detenía.

Su teléfono vibró. Un mensaje de un número desconocido.

Era la Dra. Meera Desai. Había enviado las fotografías de las inscripciones de la cámara.

Arjun abrió las imágenes. La piedra era rojiza, arenisca del desierto de Thar, y los grabados eran profundos, hechos con herramientas que habían cortado la roca con precisión. Los caracteres eran prácrito, según Desai, un idioma que Arjun no podía leer. Pero debajo de las fotografías, Desai había incluido su traducción parcial.

“Lo que aquí se guarda ve sin ojos. Lo que aquí se guarda oye sin oídos. El sello protege a los que están afuera. No a lo que está adentro. Que ningún hombre rompa este sello, pues lo que hay adentro no está muerto. Lo que hay adentro espera. Y cuando sea liberado, abrirá los ojos de quien lo toque, y esos ojos verán lo que los ojos humanos fueron hechos para no ver.”

Arjun leyó la traducción tres veces.

Abrirá los ojos de quien lo toque, y esos ojos verán lo que los ojos humanos fueron hechos para no ver.

Un escalofrío recorrió su espalda. Lo ignoró. Los escalofríos no eran diagnósticos.

Pero las preguntas que esa frase generaba sí eran relevantes. Si los antiguos que sellaron ese sarcófago creían que su contenido podía alterar la percepción humana —si lo sellaron específicamente para evitar ese efecto—, entonces la tradición oral o escrita de esa cultura debía contener más información. Necesitaba un experto en culturas funerarias prevedicas.

Y el único experto que tenía estaba muerto en una bandeja de acero inoxidable en el subsuelo.

Tomó su teléfono, buscó el número de Meera Desai, y escribió un mensaje:

“¿Hay algún otro especialista en su departamento que pueda descifrar las inscripciones completas? Necesito entender el contexto cultural del sarcófago. Es clínicamente relevante.”

La respuesta llegó tres minutos después:

“Hablaré con el Dr. Anand Kulkarni, lingüista especializado en lenguas indoarias antiguas. Pero, doctor Mehta: ¿por qué es clínicamente relevante lo que dicen unas inscripciones de hace dos mil años?”

Arjun miró el mensaje durante un momento antes de responder.

“Porque lo que mató a su colega coincide con lo que las inscripciones describen. Y necesito entender si eso es casualidad o información.”

Guardó el teléfono. Se quedó sentado en la oficina vacía, con la puerta cerrada y el zumbido del aire acondicionado como única compañía.

En su mente, las piezas del caso Banerjee flotaban como los fragmentos óseos de aquella tibia destrozada en la primera radiografía que había visto esa noche, hacía apenas cuatro días. Excepto que estos fragmentos no formaban un patrón reconocible. No todavía.

Pero iban a formarlo.

Arjun lo sabía con la certeza instintiva que venía de quince años de resolver acertijos clínicos. Cada caso tenía un patrón. Cada enfermedad tenía una lógica interna. Solo había que encontrar suficientes piezas.

Y estaba dispuesto a encontrarlas todas. Aunque eso significara no dormir. Aunque eso significara ignorar las llamadas de Priya preguntando por la visita del fin de semana con Anika. Aunque eso significara pasar horas en una sala de autopsias mirando fibras que no deberían existir dentro del cerebro de un hombre muerto.

Porque eso era lo que hacía.

Y porque, en algún rincón de su mente analítica que él todavía no reconocía como miedo, sabía que si no entendía lo que había matado a Ravi Banerjee, podría volver a matar.

Y tal vez la próxima vez, a alguien que Arjun conociera.

O a Arjun mismo.

* * *

CAPÍTULO 5: CARNE MUERTA

Día 7 — 01:45 AM — Departamento de Emergencias

La mujer llegó gritando.

No gritando de dolor, que era lo habitual en emergencias a esas horas, sino gritando de asco. De horror visceral. Del tipo de grito que el cerebro humano produce cuando percibe algo que viola tan profundamente sus expectativas sobre cómo debería verse un cuerpo humano que la única respuesta posible es ese sonido primitivo, animal, descontrolado.

Era la madre del paciente. El paciente era un hombre de treinta y cuatro años llamado Dinesh Kumar, diabético tipo 2 desde los veinticinco, mal controlado, con una historia de úlceras en las extremidades inferiores que había tratado con remedios caseros durante las últimas tres semanas en lugar de ir al médico, porque ir al médico costaba dinero y el dinero era para la comida de sus hijos, no para sus piernas.

Cuando los paramédicos lo bajaron de la ambulancia y Arjun levantó la sábana que cubría la pierna izquierda, entendió por qué la madre gritaba.

Fascitis necrotizante.

La infección había comenzado probablemente en una úlcera diabética menor en la cara anterior de la espinilla, un punto de entrada insignificante para las bacterias que habitan la piel de todos los seres humanos. Pero en un diabético mal controlado, con el sistema inmunológico comprometido por años de hiperglucemia, esas bacterias habían encontrado las condiciones perfectas para convertirse en algo monstruoso.

La fascitis necrotizante era una infección de los tejidos blandos profundos —la fascia, esa capa de tejido conectivo que envolvía los músculos como plástico de embalar— que se extendía a una velocidad brutal, destruyendo todo a su paso. No era una infección que progresara en días. Progresaba en horas. A veces en minutos. Los cirujanos la llamaban “la bacteria devoradora de carne”, aunque técnicamente no era una sola bacteria sino un coctel de varias —*Streptococcus pyogenes*, *Clostridium perfringens*, *Bacteroides fragilis*—, cada una contribuyendo con sus propias toxinas al banquete de destrucción.

La pierna de Dinesh Kumar era el resultado de tres semanas sin tratamiento.

Desde la rodilla hasta el tobillo, la piel se había tornado de un color gris violáceo, salpicado de ampollas llenas de un líquido turbio, amarillento, que olía a muerte. No era una metáfora. El olor de la fascitis necrotizante era el olor literal de la muerte tisular: azufre, amoníaco, ácidos orgánicos producidos por las bacterias anaerobias que proliferaban en el tejido moribundo, y debajo de todo eso, ese olor dulzón y empalagoso de la gangrena que se adhería a la nariz y al paladar como una película de aceite.

Arjun se acercó. Con guantes dobles y mascarilla, palpó la piel de la pierna. La textura era incorrecta. La piel sana era firme y elástica. Esta piel se sentía como papel mojado sobre algo blando. Cuando presionó con el dedo, sintió la crepitación: pequeñas burbujas de gas atrapadas en el tejido subcutáneo, producidas por las bacterias que fermentaban el tejido muscular muerto como si fuera materia orgánica en descomposición. Porque eso era exactamente lo que era.

—Kavya —dijo—. Necesito que llames a cirugía ahora. No en quince minutos. Ahora. Este paciente necesita desbridamiento quirúrgico de emergencia o va a perder la pierna. Y posiblemente la vida.

Kavya ya tenía el teléfono en la mano.

—Dr. Vikram está de guardia.

—Perfecto. Dile que es necrotizante y que si no baja en cinco minutos le voy a enviar una foto que le va a arruinar la cena.

Mientras esperaban, Arjun estabilizó al paciente. Acceso venoso de gran calibre en ambos brazos. Fluidos agresivos: el paciente estaba séptico, con tensión arterial de 85/50, frecuencia cardíaca de 134 y lactato que probablemente estaba por las nubes. Antibióticos de amplio espectro: piperacilina-tazobactam más clindamicina —la clindamicina era crucial porque inhibía la producción de toxinas bacterianas, no solo mataba a las bacterias—. Analgesia con morfina titulada.

Vikram Patel apareció en siete minutos, no cinco, con el pelo revuelto y una expresión que era mitad irritación, mitad curiosidad profesional. Era un cirujano de trauma excepcional, uno de los mejores que Arjun había conocido, y su sarcasmo constante era el mecanismo de defensa de alguien que había visto demasiada destrucción humana para procesarla sin filtro.

—Fasci necro —dijo Vikram, mirando la pierna—. Clásica. ¿Cuánto tiempo lleva?

—La madre dice tres semanas con la úlcera. Probablemente la infección profunda lleva cinco a siete días.

—Demasiado tiempo. —Vikram palpó la pierna, presionando en varios puntos, evaluando la extensión—. La necrosis llega hasta la rodilla. Por debajo, el compartimiento anterior está completamente comprometido. Crepitación masiva. Huele a *Clostridium*. —Miró a Arjun—. Hay una posibilidad de salvar la rodilla y desbridar por debajo. Pero siendo honesto, con esta extensión y este tiempo de evolución, la opción más segura es la amputación por encima de la rodilla.

La madre, que estaba al otro lado de la cortina, empezó a llorar.

—Haz lo que tengas que hacer —dijo Arjun—. Pero necesito que lo subas ya. Su presión está cayendo.

Vikram asintió y se fue a preparar quirófano.

Arjun se quedó con el paciente mientras lo estabilizaban para la cirugía. Le administró la tercera bolsa de suero, verificó la infusión de noradrenalina que habían iniciado para mantener la tensión arterial, y escribió las órdenes preoperatorias.

Mientras lo hacía, su mente hizo algo que hacía cada vez con más frecuencia desde la muerte de Banerjee: comparó. Comparó la destrucción tisular que tenía delante —la fascitis necrotizante, brutal, caótica, con su olor a putrefacción y sus toxinas bacterianas y su avance indiscriminado— con lo que había visto en la autopsia de Banerjee.

Eran opuestos perfectos.

La fascitis necrotizante era destrucción pura. Bacterias que devoraban tejido sin plan ni propósito, motivadas solo por la reproducción y la supervivencia. El resultado era caos: tejido muerto, pus, gas, necrosis.

Lo que había invadido a Banerjee era lo contrario de la destrucción. Era construcción. Fibras que reemplazaban tejido sin destruirlo. Redes que se integraban en circuitos existentes. Una invasión que parecía tener un plan, una arquitectura, un propósito. No mataba las células que encontraba. Las... incorporaba.

¿Y si la muerte de Banerjee no fue causada por la invasión?

La idea lo detuvo en seco. Dejó la pluma suspendida sobre el formulario de órdenes.

Banerjee había muerto de paro cardiorrespiratorio. La causa inmediata fue el fallo orgánico múltiple. Pero ¿y si el fallo orgánico no fue causado por las fibras? Los órganos invadidos no estaban destruidos. Estaban transformados. ¿Y si Banerjee murió no porque las fibras lo estuvieran matando, sino porque su cuerpo no pudo tolerar la transformación? ¿Si la causa de muerte no fue la invasión, sino el shock del organismo al ser... reconfigurado?

Era una hipótesis descabellada. Completamente especulativa. Sin evidencia sólida.

Pero encajaba con los datos.

Sacudió la cabeza. Necesitaba dormir. Necesitaba pensar en otra cosa. Necesitaba dejar de obsesionarse con un caso cerrado.

El paciente diabético subió a quirófano a las 2:30 AM. Vikram le amputó la pierna izquierda por encima de la rodilla. La operación duró tres horas. El paciente sobrevivió.

03:30 AM — *Puesto de Enfermería*

La noche continuó con la cadencia habitual de un turno de emergencias en un hospital público de Nueva Delhi.

A las 3:15 llegó un adolescente de dieciséis años con una intoxicación por pesticidas organofosforados. Miosis bilateral —pupilas del tamaño de cabezas de alfiler—, sialorrea —saliva escurriendo por las comisuras de los labios—, bradicardia, fasciculaciones musculares. Síndrome colinérgico clásico. Lo habitual en zonas rurales donde los pesticidas se almacenaban junto a la comida en casas sin separación adecuada. Arjun administró atropina intravenosa en dosis repetidas hasta que las pupilas se dilataron y la frecuencia cardíaca se normalizó, luego pralidoxima para reactivar la colinesterasa. El chico viviría. Probablemente.

A las 4:00 llegó una mujer de sesenta y ocho años con un abdomen agudo. Defensa muscular involuntaria, rebote positivo, fiebre de 38.5. La tomografía mostró una apendicitis perforada con un absceso periapendicular de seis centímetros. Cirugía programada para la mañana. Antibióticos empíricos mientras tanto.

A las 4:45 un accidente de tráfico triple: una camioneta contra dos motocicletas. Tres pacientes, uno con trauma craneoencefálico moderado —Glasgow de 11, anisocoria, necesitaba neurocirugía—, otro con fractura pélvica abierta —sangrado masivo, transfusión de emergencia—, y el tercero con quemaduras de segundo y tercer grado en brazos y torso por el combustible derramado que se había incendiado en el impacto. Las quemaduras de tercer grado eran las que parecían peores pero dolían menos: la piel estaba carbonizada, seca, blanca y dura como cuero, porque los nervios sensoriales habían sido destruidos. Las de segundo grado, que rodeaban las de tercero como un halo, eran las que hacían gritar al paciente: rojas, húmedas, cubiertas de ampollas, con los nervios anudados y vivos.

Arjun los atendió a los tres con la eficiencia mecánica de alguien que lleva quince años haciendo exactamente lo mismo. Triage. Estabilización. Derivación. Siguiendo. Triage. Estabilización. Derivación. Siguiendo. El ciclo interminable del departamento de emergencias, donde cada paciente era una crisis y cada crisis tenía un protocolo, y la función del médico era aplicar el protocolo correcto en el menor tiempo posible sin cometer errores que costaran vidas.

Pero mientras trabajaba —mientras irrigaba quemaduras, mientras intubaba al paciente con trauma craneal, mientras presionaba apósitos contra la pelvis fracturada de un hombre que gritaba el nombre de su esposa—, su mente regresaba, una y otra vez, al caso Banerjee. Como una lengua que vuelve a tocar un diente roto, incapaz de dejarlo en paz.

Sunita lo notó.

—Estás aquí pero no estás aquí —le dijo a las 5:30, mientras ambos se lavaban las manos en el lavamanos del área de procedimientos, la espuma rosada girando en el desagüe—. Te conozco desde hace siete años, Arjun. Normalmente cuando trabajas estás completamente presente. Esta noche estás en otro lugar.

—Estoy cansado.

—No es cansancio. Es obsesión. ¿El arqueólogo?

—Recibí los resultados de la secuenciación parcial del AIIMS. El genoma del virus no se parece a ningún virus conocido. No encaja en ninguna familia viral catalogada. El porcentaje de homología con las secuencias de GenBank es inferior al quince por ciento.

—¿Eso es raro?

—Sunita, es como encontrar un animal en el zoológico que no pertenece a ningún phylum conocido. No es raro. Es sin precedentes.

—¿Y qué vas a hacer?

—Voy a escribir un informe preliminar para el comité de infecciones emergentes del AIIMS. Necesitan saber que hay un virus nuevo con capacidad de causar encefalitis límbica fatal.

—¿Y después?

—Después voy a seguir investigando.

—¿Hasta cuándo?

—Hasta que entienda qué es.

Sunita lo miró con la expresión que reservaba para los momentos en que quería decir algo que sabía que Arjun no quería oír.

—¿Sabes cuántas veces he visto a médicos perseguir un caso hasta el fondo del pozo? Muchas. Y sabes qué tienen en común todos? Que ninguno se dio cuenta de que estaba cayendo hasta que tocó el fondo. Ve a tu casa. Duerme. Cena algo que no sea café de máquina. Eso que estás buscando va a seguir ahí mañana.

—Lo sé.

—Pero no vas a hacerlo.

—Probablemente no.

Sunita sacudió la cabeza y se fue a atender a un anciano con insuficiencia cardíaca que acababa de llegar en ambulancia.

* * *

Día 8 — 07:15 AM — Apartamento de Arjun, Vasant Kunj

Finalmente fue a casa.

No porque Sunita lo convenciera, sino porque a las seis de la mañana su cuerpo tomó la decisión por él. Las manos le temblaban lo suficiente como para notar dificultad al escribir notas, y cuando intentó leer un artículo en la pantalla del ordenador, las letras se desdibujaron durante varios segundos antes de volver a enfocarse. Esos eran los signos que Arjun reconocía como el límite real de la fatiga: no el cansancio subjetivo, que podía ignorarse, sino la degradación objetiva de las funciones motoras y visuales.

Se fue.

En el apartamento, se desvistió mecánicamente, dejando la ropa arrugada sobre la silla del dormitorio como hacía siempre —un hábito que Priya había intentado corregir durante once años de matrimonio sin éxito—. Se duchó con agua caliente, dejando que el chorro le golpeará la espalda durante cinco minutos mientras su mente repasaba, sin permiso, los datos del caso Banerjee.

Se secó. Se puso unos pantalones de algodón y una camiseta vieja. Se sentó en el borde de la cama.

Y fue entonces cuando lo vio.

No fue algo dramático. No fue una aparición. No fue una sombra moviéndose en la esquina del dormitorio. Fue algo mucho más sutil y, por eso, mucho más perturbador.

La pared frente a su cama estaba pintada de blanco. Un blanco sucio, ese tono que adquieren las paredes de los apartamentos de solteros que no se han repintado en años, con las marcas del paso del tiempo y pequeñas manchas que nadie se molesta en limpiar. Arjun veía esa pared todos los días. La conocía íntimamente, de la misma manera inconsciente en que uno conoce los objetos de su espacio vital.

Esa mañana, la pared se veía diferente.

No de forma obvia. No de forma que pudiera señalar con el dedo y decir “eso está mal”. Era la textura. La textura de la pintura blanca tenía una cualidad ligeramente granulada que Arjun no había notado antes. Como si la superficie tuviera una microestructura visible. Pequeños puntos, irregularidades diminutas en la capa de pintura que antes eran imperceptibles y que ahora le llamaban la atención con una insistencia sutil pero innegable.

Se acercó. Pasó los dedos por la pared. Era la misma pared de siempre. Textura normal de pintura sobre yeso. No había nada diferente al tacto.

Pero visualmente, la granularidad estaba ahí.

Lo atribuyó al cansancio. Cuarenta horas de vigilia intermitente, con siestas fragmentadas que no sumaban ni ocho horas en los últimos tres días. A ese nivel de fatiga, el sistema visual empezaba a procesar los estímulos de forma aberrante: los bordes se suavizaban, las texturas se exageraban, los colores se desaturaban o se intensificaban sin razón. Era neurofisiología básica. El córtex visual primario, privado de sueño reparador, comenzaba a generar ruido perceptivo. Lo mismo que hacía que los conductores de camiones después de treinta horas sin dormir vieran animales en la carretera que no existían.

Se acostó. Cerró los ojos.

El sueño vino rápido, denso, pesado, como caer en un pozo de agua negra. Pero los sueños que vinieron con él no fueron los sueños difusos y fragmentados que normalmente tenía después de un turno largo.

Soñó con las fibras.

Las vio con la claridad imposible de los sueños, magnificadas como si las mirara a través del microscopio de Farah. Se ramificaban en ángulos perfectos, se extendían por el tejido del hipocampo de Banerjee como raíces de un árbol creciendo en cámara rápida, y mientras crecían, las neuronas a su alrededor no morían. Cambiaban. Sus dendritas —las ramas receptoras de las células nerviosas— se extendían hacia las fibras invasoras y formaban conexiones nuevas, sinapsis que no deberían existir, puentes entre el circuito neuronal humano y la red desconocida.

Y en el sueño, Arjun entendía lo que estaba pasando.

El virus no mataba. El virus conectaba. Construía una interfaz entre el cerebro humano y algo más. Algo que estaba ahí, siempre había estado ahí, pero que los cerebros humanos normales no podían detectar porque no tenían el hardware necesario.

El virus era el hardware.

Se despertó de golpe a las 11:42 AM, con el corazón latiendo a ciento y pico y la almohada empapada de sudor.

Se quedó mirando el techo.

Era solo un sueño. Los sueños no eran datos. Los sueños eran ruido neuronal, procesamiento aleatorio de memorias del día, no hipótesis científicas.

Pero la metáfora era inquietantemente precisa. Si las fibras realmente se integraban en los circuitos neuronales sin destruirlos —y la autopsia sugería exactamente eso—, y si las áreas más afectadas eran el hipocampo y la amígdala —los centros de procesamiento de memoria y percepción emocional—, entonces era biológicamente plausible que las fibras alteraran la forma en que el cerebro procesaba la información sensorial.

No creando alucinaciones.

Ampliando la percepción.

Arjun sacudió la cabeza. Eso no era ciencia. Era ciencia ficción. Un virus antiguo que mejoraba el cerebro humano era una fantasía, no una hipótesis médica.

Se levantó, hizo café en la pequeña cafetera de su cocina —café de verdad, no el líquido industrial del hospital—, y se sentó en la mesa del comedor con su laptop. Abrió el correo electrónico.

Había un mensaje del AIIMS. Los resultados de la secuenciación genómica parcial del virus encontrado en la sangre de Banerjee mostraban un genoma de ARN de cadena negativa, segmentado, con al menos seis segmentos identificados. La estructura era vagamente reminiscente de la familia Bunyavirales, pero las secuencias de los segmentos individuales no tenían homología significativa con ningún miembro conocido de esa familia. La proteína de la cápside tenía un pliegue estructural que el algoritmo de predicción no podía clasificar.

El laboratorio del AIIMS concluía: *“Recomendamos clasificar provisionalmente este agente como un virus novel de posible relevancia epidemiológica. Sugerimos la designación provisional ‘virus asociado a encefalitis Banerjee’ (BEV-1) hasta que la clasificación taxonómica formal sea completada.”*

Virus asociado a encefalitis Banerjee. BEV-1.

El virus tenía nombre ahora.

Y con un nombre, empezaba a ser real.

CAPÍTULO 6: EL SEGUNDO PACIENTE

Día 12 — 10:30 PM — Departamento de Emergencias

Cinco días después de la muerte de Ravi Banerjee, Arjun había vuelto a algo parecido a una rutina. Los turnos nocturnos seguían siendo largos, los pacientes seguían llegando con la misma mezcla de urgencia y desesperación, y el hospital seguía respirando con esa cadencia de veinticuatro horas que era tan constante como el latido de un corazón gigantesco.

Pero algo había cambiado.

No en el hospital. En Arjun.

El insomnio, que era un compañero viejo y conocido, se había intensificado. Ya no era solo la dificultad para conciliar el sueño después de un turno nocturno, esa hiperactivación residual que cualquier médico de emergencias conocía. Ahora era algo diferente. Incluso cuando estaba agotado —y estaba agotado permanentemente—, su cerebro se negaba a desconectarse completamente. Se acostaba, cerraba los ojos, y la oscuridad detrás de los párpados se llenaba de imágenes: las fibras del microscopio, las redes arborescentes en la piel de Banerjee, los números de los análisis de laboratorio, las frases de las inscripciones antiguas.

Abrirá los ojos de quien lo toque.

No podía dejar de pensar en ello.

Había pasado sus horas libres —escasas, fragmentadas, robadas al sueño y a la vida— leyendo todo lo que podía encontrar sobre virus neurotrópos: virus que tenían afinidad específica por el sistema nervioso. El herpes simple, que atacaba el lóbulo temporal preferentemente. La rabia, que viajaba por los nervios periféricos hasta el cerebro. El virus Nipah, que causaba encefalitis con una tasa de mortalidad del setenta por ciento. Todos tenían mecanismos moleculares específicos que les permitían cruzar la barrera hematoencefálica y atacar las neuronas. Pero ninguno hacía lo que las fibras del BEV-1 parecían hacer: integrarse en los circuitos neuronales sin destruirlos.

Era un precedente sin precedentes. Un oxímoron biológico.

El informe preliminar que había enviado al comité de infecciones emergentes del AIIMS había sido recibido con interés cortés pero cauteloso. La respuesta oficial decía que el caso era “notablemente inusual” y que “se requería más investigación antes de establecer conclusiones”. Lenguaje burocrático para: fascinante, pero no vamos a asignar recursos hasta que tengamos más evidencia.

Arjun entendía la posición. Un solo caso no era suficiente. Un solo paciente con un virus nuevo no constituía una amenaza epidemiológica. Necesitaba más casos.

Y esa noche, tuvo uno.

El paciente llegó trasladado desde una clínica privada en el sur de Delhi, acompañado de un informe de derivación que Kavya le entregó en la puerta de urgencias mientras los paramédicos empujaban la camilla por el pasillo.

—Masculino, cuarenta y un años. Ingeniero de software. Sin antecedentes patológicos relevantes. Comenzó con fiebre de tres días de evolución, cefalea intensa, y desde hace veinticuatro horas... —Kavya levantó la mirada del informe— lesiones cutáneas en el antebrazo derecho “de aspecto no habitual”.

Arjun dejó de caminar.

—¿Lesiones cutáneas?

—Eso dice el informe. La clínica de origen sospecha celulitis o dermatitis de contacto, pero no responde a antibióticos tópicos ni orales. Lo derivaron por la fiebre persistente y porque esta mañana el paciente reportó... —volvió a mirar el papel— “alteraciones visuales transitorias”.

El corazón de Arjun latió más fuerte. Lo atribuyó a la cafeína. Sabía que no era la cafeína.

El paciente se llamaba Pradeep Malhotra. Estaba acostado en la camilla con los ojos cerrados, los labios apretados en una mueca de dolor, y la piel de la cara cubierta de una capa fina de sudor. Tenía la complexión de alguien que trabajaba en una oficina: hombros redondeados, piel pálida bajo la iluminación fluorescente, las manos suaves de quien nunca había tenido que utilizarlas para nada más físico que un teclado.

—Señor Malhotra, soy el Dr. Mehta. ¿Puede escucharme?

—Sí —la voz era clara, sin la rasposa debilidad del delirio—. Sí, lo escucho.

—¿Puede decirme cuándo empezaron los síntomas?

—Hace cuatro días. Empecé con dolor de cabeza. Pensé que era la pantalla del ordenador. Paso doce horas al día frente al monitor. Pero al día siguiente la cabeza me seguía doliendo y empezó la fiebre.

—¿Ha viajado recientemente?

—No. Llevo meses sin salir de Delhi.

—¿Contacto con personas enfermas?

—No que yo sepa.

—¿Puede mostrarme las lesiones?

Malhotra extendió el brazo derecho. Arjun observó.

En la cara interna del antebrazo, justo por encima de la muñeca, había una mancha. Una sola. De aproximadamente tres centímetros de diámetro. De color púrpura oscuro con bordes difusos que se desvanecían gradualmente en la piel circundante.

Arjun dejó de respirar durante un segundo.

Conocía esa mancha. Conocía ese color, esa textura, esos bordes difusos. Los había visto en el cuello de Ravi Banerjee doce días atrás, las primeras horas después de su llegada al hospital.

—¿Puedo tocarla? —preguntó con una calma que no sentía.

—Sí.

Palpó la lesión. La piel estaba caliente. Significativamente más caliente que el tejido circundante. No desaparecía a la presión. Y la textura... la piel sobre la lesión era ligeramente más delgada, más translúcida, que la piel normal.

Era idéntica.

—Señor Malhotra, necesito hacerle algunas preguntas adicionales. ¿Ha estado en contacto con algún material arqueológico? ¿Piezas antiguas, excavaciones, museos con artefactos?

Malhotra lo miró con confusión.

—No. ¿Por qué me pregunta eso?

—¿Ha visitado Rajasthan recientemente?

—No. Nunca he estado en Rajasthan.

—¿Conoce a un Dr. Ravi Banerjee? ¿Arqueólogo?

—No.

Arjun procesó. Si Malhotra no tenía conexión con el sitio de excavación, no había estado en Rajasthan, y no había tenido contacto con los miembros del equipo arqueológico... ¿cómo había contraído el virus?

Había dos posibilidades. La primera: coincidencia. Lo que Malhotra tenía podía ser una patología completamente diferente que casualmente se parecía a las lesiones de Banerjee. La segunda posibilidad era mucho más preocupante: transmisión. Si el BEV-1 podía transmitirse de persona a persona —por vía aérea, por contacto, por fómites—, entonces lo que Arjun tenía no era un caso aislado. Era el inicio de una cadena de transmisión.

—Kavya, quiero aislamiento completo para este paciente. Mismo protocolo que usamos con Banerjee. Y necesito los mismos estudios: biometría, química, panel viral, hemocultivos. Agrega biopsia de la lesión cutánea y resonancia magnética cerebral.

—¿Doctor, qué sospecha?

Arjun la miró. Kavya lo observaba con esa mezcla de curiosidad y respeto que mostraba cuando sabía que estaba ante algo inusual.

—Sospecho que puede ser el mismo agente que mató al arqueólogo.

Los ojos de Kavya se abrieron más.

—Pero el arqueólogo estuvo expuesto a material antiguo. Este paciente...

—Lo sé. Ese es exactamente el problema.

Le dedicó las siguientes tres horas al caso Malhotra con la intensidad enfocada que reservaba para los pacientes que no encajaban en ningún molde. Lo examinó completamente. Le hizo una historia clínica exhaustiva que cubrió cada aspecto de su vida en las últimas cuatro semanas: dónde trabajaba, dónde vivía, qué comía, qué agua bebía, qué transporte usaba, con quién tenía contacto cercano.

Malhotra era un ingeniero de software que trabajaba en una empresa de tecnología en Gurugram. Vivía solo en un apartamento en el sur de Delhi. No tenía mascotas. No había viajado. No había estado enfermo antes de los síntomas actuales. Su vida era monótona y predecible: casa, trabajo, casa, trabajo.

Pero cuando Arjun presionó sobre su rutina diaria, apareció un detalle.

—Uso el metro todos los días —dijo Malhotra—. Línea amarilla. De Chhatarpur a Huda City Centre. Llevo tres años haciendo el mismo recorrido.

—¿El metro estaba particularmente lleno en los últimos días?

—Siempre está lleno. Es Delhi. Pero sí, hubo un par de días en que tuve que esperar dos trenes para poder subir. Había mucha gente.

El metro de Delhi. Millones de personas apretadas en vagones con ventilación deficiente. Si el BEV-1 era aerotransmisible, un solo portador en el sistema de metro podría haber expuesto a cientos o miles de personas.

Arjun notó que estaba apretando el bolígrafo con demasiada fuerza. Lo soltó.

—¿Mencionó que tiene alteraciones visuales? —preguntó—. ¿Puede describirlas?

Malhotra dudó. Era la duda de alguien que no está seguro de que lo que va a decir suene racional.

—Es difícil de explicar. No es que vea cosas que no están ahí. Es más como... como si viera más de lo que normalmente veo. Los detalles. Noto detalles en las cosas que antes no notaba. Los poros de la piel de las personas. Las grietas en las paredes. Las fibras de la tela de las cortinas. Es como si alguien hubiera subido la resolución de mis ojos.

Arjun se quedó muy quieto.

Los colores eran diferentes. Podía ver colores que antes no veía. Eso había dicho Meera Desai sobre los primeros síntomas de Banerjee.

Subido la resolución de mis ojos. Eso decía Malhotra.

Y hacía dos noches, Arjun había notado la textura granulada en la pared de su dormitorio. Una textura que siempre había estado ahí pero que nunca había percibido.

Apartó ese pensamiento. No era relevante. Su percepción alterada tenía una explicación perfectamente racional: fatiga extrema. La de Malhotra tenía otra: encefalitis temprana.

—Le vamos hacer algunos estudios —dijo Arjun—. Necesita quedarse en el hospital.

—¿Es grave?

Arjun consideró la pregunta. La respuesta honesta era: no lo sé. La respuesta profesionalmente apropiada era diferente.

—Necesitamos determinar la causa de su fiebre y las lesiones. Una vez que tengamos los resultados, podremos darle un pronóstico más preciso.

Dejó a Malhotra en la sala de aislamiento contigua a la que había ocupado Banerjee —sala de aislamiento 4, idéntica a la 3 en cada detalle deprimente— y se dirigió al puesto de enfermería.

Allí llamó al AIIMS. Habló con el Dr. Nair, virólogo del laboratorio de patógenos emergentes que había procesado las muestras de Banerjee. Le describió el nuevo paciente. Escuchó un silencio largo al otro lado de la línea.

—¿Está seguro de que no hay conexión epidemiológica con el caso índice? —preguntó Nair.

—Ninguna que haya podido identificar. Diferente ocupación, diferente zona de residencia, sin viaje a Rajasthan, sin contacto conocido con arqueólogos o material de excavación.

—Entonces estamos ante una de dos opciones. O es una patología diferente con manifestaciones similares, o hay transmisión comunitaria de un agente que creíamos confinado a una exposición puntual.

—Exacto.

—Dr. Mehta, si es transmisión comunitaria, esto cambia todo. Necesito muestras de este paciente inmediatamente. Y necesito que notifique al IDSP.

El IDSP. Integrated Disease Surveillance Programme. La red nacional de vigilancia epidemiológica de India. Notificarles significaba activar un mecanismo burocrático que involucraba al gobierno estatal, al gobierno central, y potencialmente a la OMS. Significaba que el caso Banerjee dejaba de ser un misterio médico interesante y se convertía en un potencial problema de salud pública.

—Lo haré mañana a primera hora —dijo Arjun—. Pero primero necesito confirmar que es el mismo agente. Si la biopsia cutánea y la microscopía electrónica muestran los mismos hallazgos que Banerjee, entonces no hay duda.

—Envíeme las muestras en cuanto las tenga. Las procesaré con prioridad.

Arjun colgó. Se quedó mirando el teléfono.

Un segundo caso. Sin conexión epidemiológica con el primero.

Eso significaba una de dos cosas: o había una fuente de exposición que no habían identificado, o el virus se estaba propagando.

En cualquiera de los dos casos, el misterio ya no era solo un misterio.

Era un problema.

Y los problemas, en un hospital público de Nueva Delhi, tenían la costumbre de multiplicarse más rápido de lo que cualquiera podía resolverlos.

* * *

CAPÍTULO 7: CONEXIONES

Día 14 — 03:40 AM — Departamento de Emergencias

La biopsia de Pradeep Malhotra confirmó lo que Arjun sabía y temía.

Las mismas fibras. La misma invasión dérmica sin respuesta inflamatoria. La misma neovascularización con ramificación geométrica imposible. Y la microscopía electrónica del AIIMS, procesada con urgencia a petición del Dr. Nair, identificó las mismas partículas de 200 nanómetros con cápside atípica.

BEV-1. Sin duda.

Un segundo caso confirmado de un virus que, hasta dos semanas antes, no existía en ninguna base de datos del planeta.

Arjun estaba en el puesto de enfermería, a las 3:40 de la mañana, leyendo el informe del AIIMS en la pantalla del ordenador mientras a su alrededor el departamento de emergencias ejecutaba su sinfonía nocturna habitual de alarmas, voces, pasos rápidos y el zumbido constante de los equipos médicos.

El informe incluía una nota adicional del Dr. Nair: *“Hemos logrado aislar el virus en cultivo celular. El BEV-1 crece en células Vero con efecto citopático visible a las 48 horas. Sin embargo, el efecto citopático es atípico: las células infectadas no mueren. En su lugar, desarrollan prolongaciones citoplasmáticas anómalas que se extienden hacia células vecinas, formando redes intercelulares. Nunca hemos observado este comportamiento en cultivo celular. El virus parece inducir la formación de conexiones entre células en lugar de destruirlas.”*

Arjun leyó el párrafo tres veces.

El virus inducía conexiones. No destrucción. Conexiones.

Era consistente con todo lo que habían visto en la autopsia de Banerjee: las fibras que se integraban en los circuitos neuronales del hipocampo. Las redes que reemplazaban el colágeno dérmico. Los vasos sanguíneos con ramificación geométrica. Todo apuntaba a lo mismo: un virus cuya función no era matar sino conectar, reorganizar, construir.

¿Construir qué?

Esa era la pregunta que lo mantenía despierto —más despierto, debería decir, porque a estas alturas el insomnio ya no era un síntoma sino un estado permanente de existencia—.

Los resultados de Malhotra seguían llegando. La biometría mostraba el mismo patrón que Banerjee: leucocitosis con linfopenia. La PCR estaba elevada. La creatina quinasa estaba subiendo. La resonancia magnética cerebral, tomada esa misma tarde, mostraba los primeros signos de hiperintensidad en T2 en ambos lóbulos temporales. Bilateral. Simétrica.

Pero Malhotra estaba mejor que Banerjee en la fase equivalente de la enfermedad. Su fiebre era alta pero no tan alta. Su delirio era intermitente pero menos severo. Las lesiones cutáneas progresaban pero más lentamente.

¿Era porque la dosis de exposición había sido menor? ¿Porque Malhotra era más joven y más sano? ¿O porque el virus, al transmitirse de persona a persona, había perdido algo de su virulencia original?

Arjun necesitaba más datos. Necesitaba más pacientes.

Y sabía, con una certeza fría que no era deseo sino predicción, que los iba a tener.

* * *

Día 15 — 11:00 AM — Sala de Reuniones del Departamento de Epidemiología

Arjun había solicitado una reunión con el equipo de epidemiología hospitalaria. La reunión que consiguió fue más pequeña de lo que esperaba y más grande de lo que temía.

Estaban presentes: la Dra. Anita Gupta, jefa del departamento de epidemiología; el Dr. Nair del AIIMS, que participó por videoconferencia desde una pantalla polvorienta en la pared; el Dr. Vikram Patel, que había sido invitado como cirujano de trauma por su contacto con el caso Banerjee durante la autopsia; Kavya, a quien Arjun había incluido porque necesitaba una mente joven y sin preconceitos; y la enfermera Sunita, que no había sido invitada pero que se presentó diciendo que si iban a hablar de una posible epidemia en su hospital, ella iba a estar ahí.

Arjun presentó los casos en un formato que había preparado durante la madrugada: una presentación austera, sin adornos, solamente datos.

—Caso uno: Ravi Banerjee, cincuenta y dos años, arqueólogo. Exposición directa a material biológico de origen desconocido en un sarcófago sellado en Rajasthan. Ingreso con fiebre, lesiones cutáneas y delirio. Encefalitis límbica bilateral simétrica. Muerte a las sesenta y nueve horas del ingreso. Autopsia: invasión tisular generalizada por fibras de naturaleza desconocida, con especial concentración en circuitos del hipocampo. Virus nuevo identificado por microscopía electrónica y secuenciación parcial: BEV-1.

—Caso dos: Pradeep Malhotra, cuarenta y un años, ingeniero de software. Sin conexión epidemiológica conocida con el caso uno. Sin viaje a Rajasthan. Sin contacto con material arqueológico. Mismo cuadro clínico: fiebre, lesiones cutáneas idénticas, alteraciones visuales, signos incipientes de encefalitis límbica bilateral. BEV-1 confirmado en muestras. Actualmente vivo, en tratamiento de soporte.

La Dra. Gupta fue la primera en hablar.

—¿Cómo explica la transmisión al segundo caso sin conexión epidemiológica?

—No puedo explicarla todavía. Las opciones son tres: transmisión persona a persona por una cadena que no hemos identificado, una fuente de exposición ambiental que ambos pacientes compartieron sin saberlo, o una fuente adicional de virus que no hemos descubierto.

—¿Cuál considera más probable?

—Transmisión persona a persona. Malhotra usa el metro de Delhi diariamente. Millones de personas comparten el sistema de transporte. Si un portador asintomático o presintomático viajó en el mismo vagón que Malhotra, la transmisión aerógena es plausible.

—¿Tenemos evidencia de transmisión aerógena?

—No. Pero el caso índice inhaló partículas aerosolizadas del material del sarcófago. La puerta de entrada fue respiratoria. Si el virus tiene tropismo por el epitelio respiratorio además del sistema nervioso, la transmisión aerógena es biológicamente consistente.

El Dr. Nair intervino desde la pantalla.

—Dr. Mehta, nuestros datos de cultivo son relevantes aquí. El BEV-1 no solo crece en células Vero. También crece en células epiteliales respiratorias humanas. Lo cual confirma que el virus tiene capacidad de replicarse en el tracto respiratorio. Y si puede replicarse ahí, puede transmitirse por vía aérea.

Un silencio cayó sobre la sala.

—¿Cuál es la tasa de letalidad hasta ahora? —preguntó Vikram, con su tono sarcástico habitual ausente por primera vez.

—De dos casos, uno murió. Cincuenta por ciento. Pero es una muestra demasiado pequeña para establecer una tasa real.

—Cincuenta por ciento es la tasa del Nipah —dijo Gupta—. Y el Nipah nos obligó a cerrar distritos enteros en Kerala.

—Lo sé.

—¿Qué recomienda?

Arjun había pensado en esta pregunta durante horas.

—Primero: vigilancia reforzada. Cualquier paciente que llegue a emergencias de este hospital o de cualquier centro de salud de Delhi con fiebre de origen desconocido y lesiones cutáneas compatibles debe ser evaluado para BEV-1. Segundo: rastreo de contactos de Malhotra. Su lugar de trabajo, su edificio de apartamentos, los vagones de metro en los que viajó. Tercero: notificación formal al IDSP y a la OMS. Si esto es transmisión comunitaria, no podemos manejarlo solos.

—La notificación al IDSP implica que esto se hace público —dijo Gupta—. El hospital va a recibir presión mediática. La administración no va a estar contenta.

—La administración no va a estar contenta cuando tengamos diez pacientes con encefalitis límbica ocupando camas de aislamiento que no tenemos tampoco.

Gupta lo miró. Era una mujer de cincuenta y tantos años, con el pelo gris cortado en una media melena funcional y la expresión de alguien que ha navegado la política hospitalaria durante décadas. Arjun sabía que no era una adversaria. Era una pragmática.

—De acuerdo —dijo finalmente—. Notifico al IDSP hoy. Pero, Dr. Mehta, necesito que comprenda algo. Hasta que tengamos más casos confirmados, esto es un evento de vigilancia, no un brote declarado. No podemos activar protocolos de emergencia basándonos en dos pacientes.

—Entendido.

—Y Dr. Mehta... —Gupta vaciló un momento—. Usted atendió al caso índice directamente. Le realizó procedimientos. Estuvo en contacto con sus fluidos corporales. ¿Se ha sometido a evaluación de salud desde entonces?

La pregunta cayó sobre la sala como una gota de ácido.

Arjun sintió que todos los ojos se volvían hacia él. Kavya. Vikram. Sunita. Nair, desde la pantalla. Todos pensando lo mismo.

—No tengo síntomas —dijo.

—Eso no responde mi pregunta.

—No me he sometido a evaluación formal. No.

—Debería hacerlo. Hoy. Análisis de sangre como mínimo. Si el virus tuvo contacto con usted durante la atención al paciente, el período de incubación basado en lo que sabemos del caso Malhotra sería de cinco a doce días. Estamos en el día catorce. Si está infectado y es asintomático, es información que necesitamos tener.

Arjun asintió lentamente.

—Me haré los análisis esta tarde.

La reunión terminó. Los participantes se dispersaron. Vikram se quedó un momento.

—Arjun.

—¿Sí?

—¿Estás bien? Y no me digas que sí porque te conozco hace ocho años y nunca te he visto con esa cara.

—¿Qué cara?

—La cara de un hombre que sabe algo que todavía no puede demostrar y que puede que no le guste lo que va a demostrar.

Arjun miró a su colega. Vikram, bajo el sarcasmo, era observador. Más observador de lo que la mayoría de la gente le daba crédito.

—Estoy pensando —dijo Arjun—. Necesito más datos.

—Siempre necesitas más datos. El día que tengas todos los datos que quieres va a ser el día en que el universo deje de existir.

Se fue con un palmada en el hombro de Arjun que era la versión de Vikram de un abrazo.

Día 15 — 06:00 PM — Laboratorio de Análisis Clínicos

Los resultados de sangre de Arjun llegaron a las ocho de la noche.

Los leyó sentado en la oficina de médicos, con la puerta cerrada, el ordenador apagado y solo la luz del teléfono iluminando los números en la pantalla de su correo electrónico.

Biometría hemática: normal. Química sanguínea: normal. PCR: 2.1 mg/L. Normal. Procalcitonina: 0.04 ng/mL. Normal. Función renal: normal. Función hepática: normal. CK: 145 U/L. Normal.

Todo normal. Cada número en su rango. Cada parámetro donde debía estar.

No estaba infectado.

La oleada de alivio fue inmediata, involuntaria y vergonzosamente intensa. Arjun se recostó en la silla y cerró los ojos. El aire de la oficina se sentía diferente, más liviano, como si la gravedad hubiera aflojado su presión durante unos segundos. No estaba infectado. Su cerebro estaba bien. Las fibras que había visto crecer en el hipocampo de Banerjee no estaban creciendo en el suyo. Las alteraciones visuales que había notado —la textura de la pared, los colores ligeramente más intensos que había percibido esta semana— eran exactamente lo que siempre había creído: fatiga.

Solo fatiga.

Abrió los ojos. Miró la pared de la oficina.

La pared estaba normal. Blanca. Lisa. Sin granularidad, sin texturas extrañas, sin venaciones ni patrones ocultos.

Solo una pared.

Guardó los resultados en su teléfono. Se levantó. Se estiró. La espalda crujió en tres lugares diferentes, y el hombro derecho protestó con el dolor sordo de una contractura que llevaba días ignorando.

Fue a revisar a Malhotra.

El ingeniero estaba dormido, con los signos vitales estables. Las lesiones cutáneas seguían extendiéndose, pero más lentamente que en el caso de Banerjee. La fiebre había bajado a 38.5 con la última dosis de paracetamol. Los indicadores de función orgánica estaban alterados pero no críticamente.

Arjun se quedó mirándolo a través de la ventanilla de observación de la sala de aislamiento.

Si Malhotra sobrevivía —y en este momento las probabilidades parecían mejores que las de Banerjee—, ¿qué le pasaría después? Las fibras seguirían en su tejido. El virus seguiría en su cerebro. La invasión del hipocampo y la amígdala continuaría.

¿Seguiría viendo las cosas de forma diferente?

¿Seguiría percibiendo detalles que antes eran invisibles?

¿Y en algún momento esa percepción alterada llegaría al punto donde Banerjee había llegado —ver líneas, venas, sistemas que nadie más podía ver— y la diferencia entre percepción expandida y alucinación se volvería indistinguible?

Arjun se apartó de la ventanilla.

No eran preguntas que pudiera responder esa noche. Ni, probablemente, esa semana. Eran preguntas que requerían meses de investigación, estudios controlados, neuroimagen funcional, pruebas de percepción estandarizadas.

Y mientras tanto, el hospital seguía funcionando, los pacientes seguían llegando, y el turno nocturno de Arjun empezaba en tres horas.

Se fue a buscar café. El café de la máquina del personal seguía siendo terrible. Seguía siendo necesario.

Y mientras esperaba que el líquido oscuro llenara el vaso de plástico, notó algo.

El vaso tenía una grieta microscópica en el borde. Una grieta tan fina que era prácticamente invisible. Arjun la vio con total claridad. Podía ver las líneas de fractura en el plástico, extendiéndose desde el borde como los tributarios de un río visto desde el aire.

Antes no las habría notado.

Atribuyó la observación a la buena iluminación del área de personal.

Se tomó el café. Estaba amargo, metálico, quemado.

Y por un instante, solo un instante, le pareció que podía distinguir cada componente del sabor de forma individual: la cafeína amarga, los ácidos clorogénicos, los compuestos de Maillard del tostado excesivo, el mineral del agua del grifo del hospital, el plástico del vaso calentado por el líquido. Cada sabor separado, identificable, como las notas individuales de un acorde.

Parpadeó. El café volvió a ser simplemente café malo.

Se fue a prepararse para el turno.

* * *

CAPÍTULO 8: DISTORSIÓN

Día 18 — 02:22 AM — Departamento de Emergencias

La noche del día dieciocho fue cuando Arjun empezó a dudar de sus ojos.

No de golpe. No con el dramatismo de una alucinación que irrumpe en la realidad como un intruso. Fue algo gradual, insidioso, como una marca de agua que va subiendo tan lentamente que no notas que te está mojando los pies hasta que ya tienes los tobillos cubiertos.

Estaba atendiendo a un paciente con leishmaniasis cutánea. Un camionero de cuarenta y siete años que hacía la ruta entre Delhi y Bihar, y que había desarrollado tres úlceras en el brazo izquierdo durante las últimas seis semanas. Las úlceras de la leishmaniasis tenían un aspecto característico: cráteres ovalados, con bordes elevados e indurados, un fondo granulomatoso de color rojo-grisáceo, y una capa de exudado seroso que brillaba bajo la luz como barniz húmedo.

Arjun había visto docenas de casos de leishmaniasis a lo largo de su carrera. Era endémica en varias regiones de India, transmitida por la picadura de un mosquito del género *Phlebotomus* que inyectaba el parásito *Leishmania donovani* en la piel. El diagnóstico era clínico y se confirmaba con un frotis del borde de la úlcera que mostraba los amastigotes —la forma intracelular del parásito— dentro de los macrófagos del paciente.

Lo que no había visto antes era lo que vio esa noche.

Mientras examinaba la úlcera más grande —cuatro centímetros de diámetro, en la cara lateral del brazo—, Arjun notó que podía ver la granulación del tejido con una nitidez que no le parecía normal. Los gránulos individuales del tejido de granulación eran visibles: pequeñas protuberancias rosadas, cada una correspondiente a un nudo de capilares nuevos formándose en el lecho de la herida. Normalmente, esos gránulos eran visibles como un aspecto general texturizado. Esta noche, cada uno era individualmente distinguible. Podía contarlos. Podía ver cómo cada gránulo tenía un centro más oscuro donde el capilar se retorció sobre sí mismo y una periferia más clara donde el tejido conectivo nuevo empezaba a cubrirlo.

Era como mirar a través de un microscopio de baja potencia. Excepto que no tenía un microscopio. Solo tenía sus ojos.

Parpadeó. Se apartó de la herida. Miró alrededor de la sala de procedimientos. Todo se veía normal. Las paredes, los instrumentos, la cara de Kavya que lo observaba con curiosidad desde el otro lado de la camilla. Normal.

Volvió a mirar la herida.

La sobrenitidez seguía ahí.

—¿Doctor? —preguntó Kavya—. ¿Ocurre algo?

—No —dijo Arjun—. Proceda con el frotis del borde ulceroso. Tinción de Giemsa. Y quiero una biopsia profunda para cultivo.

Se alejó de la camilla. Se quitó los guantes. Fue al baño del área de personal.

Frente al espejo, se miró la cara. Los ojos estaban inyectados en sangre —nada nuevo, los tenía así desde hacía semanas por la falta de sueño—, con ojeras oscuras que le daban un aspecto febril. Las pupilas eran iguales, reactivas a la luz, redondas. Normales.

Se lavó la cara con agua fría. El agua del grifo del hospital era helada a esas horas y le quemó la piel como si fuera ácido. O tal vez no. Tal vez el agua estaba a la misma temperatura de siempre y simplemente la sentía con más intensidad.

¿Más intensidad?

Se secó con papel toalla. La textura del papel era áspera contra su piel. Podía sentir cada fibra de celulosa en la superficie. Podía sentir las irregularidades microscópicas del papel presionando contra las crestas de sus huellas digitales.

No. No era posible. No tenía sentido. Su piel no se había vuelto más sensible de la noche a la mañana. Los receptores táctiles no cambiaban su densidad ni su umbral de activación por falta de sueño. Y sin embargo...

Arjun se apoyó en el lavamanos y cerró los ojos.

Pensó en los síntomas del BEV-1.

Fase temprana: fatiga, insomnio, cefalea.

Fase intermedia: hipersensibilidad sensorial. Colores más intensos. Olores más fuertes. Texturas más notorias.

Fase avanzada: distorsión visual. Percepciones exageradas de detalles biológicos.

Él tenía fatiga. Tenía insomnio. Y ahora tenía lo que bien podía describirse como hipersensibilidad sensorial.

Pero sus análisis eran normales. Su sangre estaba limpia. No tenía fiebre. No tenía lesiones cutáneas. No tenía virus.

¿Verdad?

¿Podía un virus infectar el cerebro sin dejar rastro en la sangre? Técnicamente, sí. Algunos virus neurotropos podían cruzar la barrera hematoencefálica y establecerse en el sistema nervioso central sin que se detectaran niveles significativos de virus en sangre periférica. La rabia, por ejemplo, era detectable en sangre solo en las fases terminales. El virus JC, que causaba leucoencefalopatía multifocal progresiva, a veces era indetectable en sangre y solo se encontraba en el líquido cefalorraquídeo.

¿Necesitaba una punción lumbar?

La idea era absurda. Se iba a hacer una punción lumbar a sí mismo basándose en que podía ver las heridas de sus pacientes con demasiada claridad. Eso no era un síntoma. Eso era atención al detalle. Eso era ser un buen médico.

¿Verdad?

Abrió los ojos. Se miró en el espejo una vez más.

La cara que lo miraba de vuelta era la suya. Cansada, ojerosa, necesitada de una afeitada. Pero sus ojos. Sus ojos se veían... diferentes. No en forma ni en color ni en tamaño. En profundidad. Como si pudiera ver más capas en sus propios iris de las que había podido ver antes. La textura del estroma del iris, las fibras radiales que convergían hacia la pupila, los pliegues diminutos de la membrana anterior. Todo visible. Todo claro.

Cerró los ojos. Los abrió.

El iris era un iris. Marrón oscuro. Normal.

Se fue del baño. Tenía pacientes que atender.

* * *

04:15 AM — Área de Trauma

Un hombre de sesenta y tres años con gangrena diabética del pie derecho estaba esperando evaluación. Había llegado caminando —o más bien cojeando, apoyándose en su esposa, una mujer delgada con un sari verde que miraba a su alrededor con los ojos muy abiertos del terror silencioso—. El paciente se había negado a venir al hospital durante semanas, según dijo la esposa, porque “no quería que le cortaran el pie”. La ironía clínica era que, si hubiera venido dos semanas antes, probablemente habrían podido salvar el pie. Ahora, Arjun no estaba seguro de que pudieran salvar la pierna.

El pie era un horror.

La gangrena había empezado en los dedos, como casi siempre en los diabéticos: la úlcera neuropática inicial, indolora porque la diabetes había destruido los nervios sensitivos del pie, se había infectado con bacterias que prosperaban en el tejido mal vascularizado. La infección había avanzado sin que el paciente la sintiera, comiendo tejido mientras el hombre caminaba, dormía, comía, vivía su vida sin saber que su pie estaba muriendo por dentro.

Para cuando decidió venir al hospital, la gangrena húmeda había destruido los cinco dedos del pie derecho. La piel era negra —negra verdadera, no púrpura oscura como las lesiones del BEV-1, sino el negro de la necrosis coagulativa total—. Los dedos estaban hinchados, distendidos por el gas producido por las bacterias anaerobias, con una textura que recordaba a un guante de goma lleno de agua. El olor era el que los cirujanos llamaban “olor a gangrena”: putrefacción dulzona, amoníaco y algo quemado, todo mezclado en un cóctel que penetraba las mascarillas y se alojaba en la memoria olfativa para siempre.

La infección se había extendido al dorso del pie y al tobillo. La piel de esas zonas estaba roja, caliente, tensa por la infección subcutánea, con ampollas hemorrágicas que se rompían al menor roce.

Arjun examinó el pie con la eficiencia mecánica de la rutina. Palpó pulsos: tibial posterior ausente, pedio dorsal ausente, poplíteo débil. La vascularización del pie estaba comprometida críticamente. Sin sangre, no había curación posible. La cirugía era inevitable.

Pero mientras examinaba la gangrena, mientras palpaba los tejidos muertos y vivos, mientras evaluaba la extensión de la destrucción, su nueva y perturbadora agudeza visual hizo algo que no podía ignorar.

Pudo ver la línea de demarcación.

En la gangrena diabética, siempre había una línea de demarcación: la frontera entre el tejido muerto y el tejido vivo. Los cirujanos la buscaban porque indicaba dónde debían cortar. Normalmente era visible como un cambio gradual de color y textura. Pero lo que Arjun veía no era gradual. Era nítido. Podía ver, con una claridad que parecía imposible a simple vista, exactamente dónde terminaba el tejido viable y empezaba la muerte. Podía ver los capilares individuales en el borde de la zona viva, llenos de sangre roja, contrastando contra la oscuridad del tejido muerto donde los vasos se habían colapsado. Podía ver las fibras de colágeno del tendón de Aquiles asomando por debajo de la piel gangrenada, blancas y brillantes, todavía intactas.

Y podía ver algo más.

En el tejido vivo, justo en la frontera con la gangrena, las células estaban... luchando. No era algo que debiera poder verse a simple vista. Pero allí estaba: una zona de actividad, de movimiento subcelular, donde el sistema inmunológico del paciente intentaba contener la infección. Podía ver la congestión capilar, los microtrombos, la exudación de plasma a través de paredes vasculares comprometidas. Todo visible. Todo claro. Como mirar un campo de batalla desde un satélite con una resolución imposible.

Arjun apartó la mirada. Respiró hondo. El olor a gangrena llenó sus pulmones y tuvo que contenerse para no vomitar, no por el asco —llevaba años inmunizado contra el asco—, sino porque el olor era demasiado intenso, como si alguien hubiera multiplicado su potencia por diez.

—Kavya —dijo, manteniendo la voz neutra—. Evaluación vascular completa. Doppler arterial de miembro inferior derecho. Consulta a cirugía vascular para evaluación de amputación.

—Sí, doctor.

Se alejó de la camilla. Necesitaba aire.

Salió por la puerta de emergencias al área de descarga de ambulancias. El aire de la noche era caliente, denso, pero comparado con el interior del hospital era como abrir una ventana en un submarino. Respiró profundamente. El aire tenía capas de olor que normalmente no percibía: el asfalto caliente, el aceite de los motores de las ambulancias, el jazmín del muro perimetral, algo metálico que podía ser el ozono de los cables eléctricos que cruzaban el estacionamiento, y debajo de todo, el olor del propio hospital escapando por las puertas abiertas como el aliento de un animal dormido.

Cada olor era individual. Separable. Como las notas de una orquesta cuando se las escucha después de años de entrenamiento musical. Solo que él no tenía entrenamiento olfativo. No había hecho nada diferente en las últimas semanas excepto trabajar, no dormir y obsesionarse con un virus.

Un virus que alteraba la percepción.

Un virus que, según sus propios análisis de sangre, no tenía.

Se apoyó contra la pared del hospital. El concreto estaba tibio, calentado por las horas de sol del día que aún radiaba su calor acumulado. Podía sentir la textura del concreto a través de la tela de su bata. Cada irregularidad, cada poro, cada grano de arena incrustado en la superficie.

No tenía el virus. Sus análisis eran normales.

Pero algo estaba cambiando.

Algo sutil, algo que podía atribuirse a la fatiga, al estrés, a la falta de sueño, a la obsesión con el caso. Algo que tenía una explicación racional para cada manifestación individual. Pero que, tomado en conjunto, empezaba a dibujar un patrón que Arjun conocía demasiado bien.

Porque era el patrón que él mismo había descrito en sus notas sobre la progresión del BEV-1.

Volvió al interior del hospital. El turno continuó. Más pacientes. Más sangre. Más decisiones a las tres de la mañana con un cerebro que debería estar dormido pero que, por alguna razón, se sentía más despierto que nunca.

Más despierto.

Más atento.

Más capaz de ver.

Arjun decidió que necesitaba hacerse esos análisis de nuevo. Una segunda muestra de sangre. Y tal vez, si los resultados volvían a ser normales, una resonancia magnética cerebral.

Por precaución.

Solo por precaución.

* * *

CAPÍTULO 9: NOMENCLATURA

Día 20 — 09:00 AM — Oficina del Dr. Mehta

Arjun llevaba cuarenta y ocho horas construyendo un dossier.

No un artículo científico formal —eso vendría después, si alguien lo publicaba, si el comité de ética aprobaba la divulgación, si la burocracia no enterraba el caso bajo capas de “revisión pendiente”—. Lo que estaba escribiendo era algo más urgente y más personal: un documento que consolidara todo lo que sabía sobre el BEV-1 en un formato que un virólogo, un epidemiólogo y un neurólogo pudieran entender.

El manuscrito tenía ya veintitrés páginas. Arjun lo había titulado:

“Banerjee Neurotropic Encephalitis Virus (BNEV-1): Informe preliminar sobre un agente viral novel con tropismo límbico y capacidad de reorganización tisular — Descripción de los dos primeros casos documentados”

Había cambiado la nomenclatura. BEV-1 le parecía demasiado vago. “Encefalitis de Banerjee” no capturaba la naturaleza neurotrópa específica del virus. “BNEV-1” —Banerjee Neurotropic Encephalitis Virus— era más preciso: indicaba al paciente índice, el tropismo neurológico y la manifestación clínica principal en un solo acrónimo.

El documento era metódico y exhaustivo, como todo lo que Arjun hacía. Incluía secciones de epidemiología, presentación clínica, hallazgos de laboratorio, histopatología, neuroimagen, autopsia, virología molecular y una discusión sobre posibles mecanismos patogénicos. Cada afirmación estaba respaldada por datos. Cada especulación estaba claramente identificada como tal.

Pero la sección que más le había costado escribir era la de mecanismos patogénicos, porque era la sección donde los datos terminaban y las preguntas comenzaban.

Releyó lo que había escrito:

* * *

“El BNEV-1 presenta un comportamiento biológico sin precedentes en virología clínica. A diferencia de los virus neurotrópos conocidos —herpes simplex, rabia, arbovirus—, que causan destrucción neuronal directa o inflamación mediada por el sistema inmunológico, el BNEV-1 parece integrar estructuras de novo en los circuitos neuronales existentes sin causar muerte celular significativa.

Las fibras observadas en la autopsia del caso 1, que se integraron preferentemente en los circuitos del hipocampo y la amígdala, no provocaron respuesta inflamatoria proporcional a la extensión de la invasión, lo cual sugiere que el virus posee un mecanismo de evasión inmunológica altamente eficiente.

El tropismo específico por el sistema límbico —particularmente el hipocampo, la amígdala y el giro parahipocampal— es clínicamente significativo. Estas estructuras son responsables de la memoria episódica, el procesamiento emocional y, crucialmente, el filtrado de la información sensorial. El cerebro humano recibe aproximadamente 11 millones de bits de información sensorial por segundo, pero la conciencia solo procesa alrededor de 50 bits por segundo. La diferencia es eliminada por filtros sensoriales localizados principalmente en el tálamo y el sistema límbico.

Si el BNEV-1 altera estos filtros —una posibilidad consistente con los hallazgos de neuroimagen y los síntomas clínicos de ambos pacientes—, las implicaciones son profundas. Una reducción en el umbral de filtrado sensorial explicaría los síntomas reportados por los pacientes: hipersensibilidad visual, auditiva y

olfativa, seguida de percepciones anómalas que el paciente interpreta como alucinaciones pero que podrían representar información sensorial normalmente filtrada por el cerebro sano.

Es imperativo distinguir entre dos posibilidades radicalmente diferentes:

1. El virus causa daño neuronal en áreas de procesamiento sensorial, generando alucinaciones como artefacto de la disfunción cerebral.

2. El virus altera los filtros sensoriales del cerebro, permitiendo la percepción de estímulos que normalmente son eliminados antes de alcanzar la conciencia.

La primera posibilidad es consistente con la virología y la neurología conocidas. La segunda es especulativa y no dispone de evidencia directa. Sin embargo, la ausencia de necrosis neuronal en la autopsia del caso 1, combinada con la integración funcional de las fibras en los circuitos existentes, sugiere que la segunda posibilidad no puede ser descartada a priori.”

* * *

Arjun releó el último párrafo. Lo borró. Lo reescribió. Lo borró de nuevo. Lo reescribió con un lenguaje más conservador. Lo borró por tercera vez.

El problema no era el lenguaje. El problema era la idea.

Si la segunda posibilidad era correcta —si el BNEV-1 no causaba alucinaciones sino que eliminaba filtros sensoriales—, entonces lo que Banerjee había visto antes de morir no eran alucinaciones. Eran percepciones reales de estímulos que el cerebro humano normal estaba diseñado para ignorar.

Abrirá los ojos de quien lo toque, y esos ojos verán lo que los ojos humanos fueron hechos para no ver.

Una inscripción de dos mil años que describía exactamente lo que Arjun estaba hipotizando.

Pero Arjun no era el tipo de médico que basaba hipótesis en inscripciones antiguas. Era el tipo de médico que basaba hipótesis en datos. Y los datos todavía no eran suficientes.

Guardó el documento. Envío una copia al Dr. Nair en el AIIMS con una nota: “*Borrador para revisión. Confidencial. Necesito su opinión sobre la sección de mecanismos patogénicos antes de avanzar.*”

* * *

Día 20 — 11:30 PM — Departamento de Emergencias

Malhotra empeoró esa noche.

La fiebre, que había estado relativamente controlada durante los días anteriores, saltó a 40.3°C a las nueve de la noche. Las convulsiones empezaron a las diez: dos episodios tónico-clónicos en una hora, controlados con diazepam y una carga de levetiracetam. Las lesiones cutáneas se habían extendido al treinta por ciento del cuerpo, progresando desde el antebrazo donde habían empezado hacia el tronco y el cuello.

Pero lo que alertó a Arjun no fueron las convulsiones ni la fiebre.

Fue lo que Malhotra dijo entre los dos episodios.

Arjun estaba en la sala de aislamiento, evaluando los reflejos oculares del paciente después de la primera convulsión, cuando Malhotra abrió los ojos y lo miró con la misma lucidez desesperada que Arjun había visto en los ojos de Banerjee días antes de morir.

—Doctor Mehta.

—Estoy aquí. ¿Puede escucharme?

—Las paredes.

No otra vez, pensó Arjun. Las paredes.

—¿Qué les pasa a las paredes?

—Tienen... tienen una red. Como tuberías muy finas. Van por todas partes. Conectan las habitaciones. Conectan los pisos. Van hacia abajo. Hacia el suelo. ¿No las ve? Están ahí. En la pintura. Debajo de la pintura. Son oscuras. Se mueven. Llevan algo.

—Señor Malhotra, está experimentando alteraciones visuales causadas por la fiebre y la infección. Lo que describe son alucinaciones.

—No son alucinaciones. —La voz de Malhotra se endureció con la convicción de alguien que sabe que lo que dice suena irracional pero no puede dejar de decirlo—. Son reales. Las veo todo el tiempo. Desde hace tres días. Al principio eran solo detalles: podía ver los poros de la piel de las enfermeras, las partículas de polvo en el aire, las grietas en el techo. Pero ahora veo más. Veo las redes. Están en todas partes. En las paredes, en el suelo, en el techo. Es como un sistema circulatorio. Como venas.

Arjun sintió un frío que no tenía nada que ver con la temperatura de la habitación.

Venas en las paredes. Exactamente lo que Banerjee había descrito. Exactamente las mismas palabras.

Dos pacientes. Sin conexión epidemiológica. Describiendo exactamente lo mismo.

Las alucinaciones causadas por la fiebre eran altamente individuales. Cada cerebro, al disfuncionarse por la temperatura extrema, generaba contenido alucinatorio diferente basado en las memorias, los miedos y las asociaciones únicas de esa persona. Era estadísticamente improbable —no imposible, pero altamente improbable— que dos personas sin relación describieran la misma alucinación con las mismas características.

A menos que no fueran alucinaciones.

A menos que ambos estuvieran viendo lo mismo.

Arjun salió de la sala de aislamiento. Sunita estaba en el pasillo, preparando una bandeja de medicamentos.

—Sunita.

—¿Sí?

—¿Alguna vez has notado algo raro en las paredes del hospital?

Sunita lo miró con la expresión que solía reservar para los internos que hacían preguntas estúpidas.

—¿Como qué?

—Como... líneas. Marcas. Texturas inusuales.

—Arjun, son paredes de un hospital público que lleva treinta años sin una renovación seria. Tienen grietas, manchas de humedad, pintura descascarada y probablemente moho en algunos rincones. ¿Eso cuenta como raro?

—No. Olvídalo.

Se fue. Sunita lo miró irse con el ceño fruncido.

* * *

Día 21 — 04:00 AM — Sala de Descanso de Personal

Arjun debería haber dormido. La sala de descanso de personal tenía dos camillas estrechas con colchones tan delgados que podías sentir las barras metálicas a través de ellos, una manta áspera, y una almohada que probablemente había sido mullida en algún momento de la administración anterior. La sala olía a sudor, café y desinfectante, los tres olores fundamentales del turno nocturno.

Se acostó. Cerró los ojos. Su cuerpo estaba agotado. Pero su mente era un motor que no podía detenerse.

Repasó los datos.

El BNEV-1 afectaba el sistema límbico. El hipocampo, la amígdala, los filtros sensoriales. Dos pacientes reportaban las mismas percepciones anómalas: hipersensibilidad sensorial seguida de percepciones de “redes” o “venas” en las paredes del hospital. Un paciente había muerto. El otro estaba empeorando.

Y Arjun, que no tenía el virus —sus análisis lo confirmaban—, estaba experimentando síntomas que se parecían incómodamente a la fase temprana de la progresión de la enfermedad: hipersensibilidad visual, olfativa y táctil. La capacidad de percibir detalles que antes le eran invisibles.

Había tres explicaciones posibles.

Primera: coincidencia. Su hipersensibilidad era causada por la fatiga extrema, y los pacientes describían las mismas alucinaciones por azar estadístico. La explicación más simple. La más cómoda.

Segunda: sugestión. Arjun, obsesionado con el caso, estaba interpretando estímulos normales como anómalos porque su mente estaba buscando anomalías. El efecto observador. Veía lo que esperaba ver.

Tercera: infección. Arjun estaba infectado con el BNEV-1, pero el virus se había establecido en el sistema nervioso central sin producir viremia detectable en sangre periférica. Los análisis de sangre eran normales porque el virus ya había cruzado la barrera hematoencefálica y estaba en el cerebro, fuera del alcance de los análisis sanguíneos estándar.

La tercera explicación era la más preocupante. Y la más difícil de descartar.

Para descartarla necesitaba una punción lumbar: extraer líquido cefalorraquídeo con una aguja insertada en el espacio subaracnoideo de la columna lumbar, y analizar ese líquido en busca del virus. Si el LCR era negativo para BNEV-1, podía descartar la infección del sistema nervioso central. Si era positivo...

No quería pensar en lo que significaría si era positivo.

Se dio la vuelta en la camilla. El colchón crujió bajo su peso. La manta le raspaba la piel con una textura que sentía con demasiada intensidad. Cada fibra de la tela era una línea individual contra su piel, y la suma de todas esas líneas no era la sensación uniforme de “manta” sino un campo de estímulos individuales, como acostarse sobre una alfombra de hilos finísimos.

Apretó los ojos. Intentó no sentir.

En algún momento, la fatiga venció a la ansiedad, y se durmió.

Sonó con el hipocampo de Banerjee. Las fibras oscuras creciendo entre las neuronas. Pero en el sueño, las neuronas no eran las de Banerjee. Eran las suyas. Podía sentirlo: las fibras extendiéndose dentro de su propia mente, creando puentes entre regiones que nunca habían estado conectadas, abriendo canales, ampliando conductos, reorganizando los circuitos que determinaban qué podía percibir y qué no.

Y en el sueño, cuando las fibras terminaron su trabajo, Arjun abrió los ojos.

Y vio.

Vio las redes.

En las paredes de la sala de descanso, debajo de la pintura descascarada, un sistema de filamentos oscuros que se extendía por la superficie como las raíces de un árbol, pulsando con un ritmo lento y regular que no era el ritmo del hospital sino algo más antiguo, más profundo, el ritmo de algo que había estado ahí antes de que el hospital existiera, antes de que la ciudad existiera, antes de que el pensamiento humano tuviera la capacidad de formular la pregunta de qué era lo que estaba viendo.

Se despertó con un grito que se quedó atrapado en su garganta.

Las paredes de la sala de descanso eran paredes. Pintura descascarada. Manchas de humedad. Nada más.

Se sentó en el borde de la camilla, con el corazón latiendo tan fuerte que podía sentirlo en las sienes, y se dijo a sí mismo lo que cualquier médico racional se habría dicho:

Es un sueño. Solo un sueño. Los sueños no son datos. Los sueños no son diagnósticos.

Y luego se dijo algo más, algo más honesto:

Necesito esa punción lumbar.

Pero no se la hizo. No ese día, ni el siguiente. Porque hacerse una punción lumbar significaba admitir que había una posibilidad real de que estuviera infectado. Y admitir eso significaba que las percepciones que estaba teniendo no eran fatiga, ni sugestión, ni obsesión.

Significaba que eran el principio de algo.

Y Arjun no estaba listo para enfrentar lo que ese algo podría ser.

* * *

CAPÍTULO 10: PAPER

Día 24 — 06:30 PM — Apartamento de Arjun, Vasant Kunj

Malhotra sobrevivió.

No “se recuperó” —Arjun no usaba esa palabra porque lo que le había pasado a Malhotra no era algo de lo que uno se recuperara en el sentido clásico—. Sobrevivió. Después de tres días de fiebre alta, convulsiones y delirio, la temperatura empezó a bajar espontáneamente. Los marcadores inflamatorios descendieron. Las convulsiones cesaron. Las lesiones cutáneas dejaron de extenderse, aunque no retrocedieron: permanecieron en su lugar, como un mapa permanente de la invasión, cubriendo el treinta por ciento de su cuerpo con esas manchas púrpura-negras que ningún dermatólogo sabía cómo clasificar.

Malhotra fue dado de alta el día veintidós con un seguimiento estrecho. Antes de irse, Arjun le hizo una última evaluación neurológica.

—¿Sigue viendo las redes? —le preguntó.

Malhotra lo miró. Había algo en su mirada que no estaba antes de la enfermedad. No era miedo ni confusión. Era cautela. La cautela de alguien que ha aprendido que ciertas cosas es mejor no decir.

—No —dijo—. Ya no las veo.

Arjun supo que mentía. No por ninguna señal física —Malhotra era buen mentiroso—, sino por la lógica clínica: las fibras seguían en su cerebro. La resonancia de control mostraba las mismas alteraciones en los lóbulos temporales, estabilizadas pero presentes. Si las fibras estaban ahí, los cambios perceptivos estaban ahí. Malhotra no había dejado de ver las redes. Había aprendido a no mencionarlas.

Ahora, dos días después del alta de Malhotra, Arjun estaba sentado en la mesa de su comedor con la laptop abierta, el manuscrito del BNEV-1 en la pantalla y una taza de té que se había enfriado hacía una hora.

El manuscrito había crecido a treinta y ocho páginas. Incluía ahora los datos clínicos completos de ambos pacientes, las imágenes de microscopía electrónica proporcionadas por el AIIMS, las fotografías macro y microscópicas de la autopsia de Banerjee, y un análisis detallado de la secuencia genómica parcial del virus que el Dr. Nair le había enviado.

La secuencia genómica era fascinante y aterradora al mismo tiempo.

El BNEV-1 tenía seis segmentos de ARN de cadena negativa, como los bunyavirus. Pero tres de esos segmentos no codificaban proteínas que el análisis bioinformático pudiera reconocer. Sus secuencias no tenían homología significativa con ninguna base de datos viral conocida. Eran completamente nuevos. Sin precedentes. Como palabras en un idioma que nadie había hablado jamás.

Los otros tres segmentos eran más reconocibles, pero solo marginalmente. Uno codificaba una ARN polimerasa dependiente de ARN que tenía una similitud del veintidós por ciento con la de los bunyavirus. Otro codificaba una proteína de cápside con un pliegue estructural parcialmente similar al de los totiviruses, que normalmente infectaban hongos, no humanos. El tercer segmento codificaba una proteína de superficie que no se parecía a nada.

—Es un quimerismo genómico —le había dicho Nair por teléfono ese mismo día—. Parece ensamblado con piezas de familias virales diferentes. Pero eso no tiene sentido evolutivo. Los virus no toman segmentos de familias no relacionadas y los combinan. No hay mecanismo biológico conocido que permita eso.

—¿Y si no es un mecanismo natural?

Un silencio largo al otro lado de la línea.

—¿Estás sugiriendo que es artificial?

—No estoy sugiriendo nada. Estoy señalando que la estructura genómica es inconsistente con la evolución natural conocida. Si hay una explicación natural que no estamos viendo, perfecto. Pero si no la hay, hay que considerar todas las alternativas.

—Arjun, un virus artificial implica ingeniería genética avanzada. Y si este virus estuvo sellado en un sarcófago durante siglos, la ingeniería genética no existía cuando fue creado.

—Lo sé. Eso es lo que hace que este caso sea tan difícil de explicar.

Nair no tenía respuesta para eso.

Arjun miró la pantalla del laptop. El cursor parpadeaba al final de la sección de discusión, esperando palabras que no venían.

El problema no era la escritura. Arjun era un escritor clínico competente: podía producir informes, notas clínicas y manuscritos con la eficiencia funcional de alguien que lleva quince años documentando casos médicos. El problema era que no sabía qué conclusiones sacar. Tenía datos extraordinarios y ningún marco teórico donde colocarlos.

El BNEV-1 era un virus que: - No pertenecía a ninguna familia viral conocida - Tenía un genoma que parecía quimérico de formas biológicamente imposibles - Había sobrevivido deshidratado en un sarcófago sellado durante un período indeterminado - Invadía el tejido humano sin destruirlo, creando fibras que se integraban en los circuitos neuronales - Alteraba la percepción sensorial de formas consistentes entre pacientes - No era detectable con las herramientas diagnósticas estándar salvo microscopía electrónica - No respondía a ningún antiviral conocido

¿Qué diablos era esto?

Arjun cerró la laptop. Se frotó los ojos. La presión detrás de sus globos oculares era constante desde hacía días, un dolor sordo que nunca se iba del todo y que el paracetamol apenas aliviaba. Lo atribuyó a las pantallas, a la falta de sueño, al estrés.

Se levantó y fue a la cocina. Abrió la nevera. Dentro había medio litro de leche que probablemente estaba caducada, tres huevos, una bolsa de pan de molde y un recipiente de plástico con arroz del día anterior. La dieta de un hombre que había dejado de cuidarse hacía tiempo y que dependía del comedor del hospital para la mayor parte de su nutrición.

Sacó la leche. La olió.

Y aquí fue donde la noche se puso interesante.

El olor de la leche era complejo. No era simplemente “leche ligeramente agria”, que era lo que cualquier persona normal habría percibido. Arjun podía separar los componentes: el ácido láctico de la fermentación bacteriana, la caseína degradándose en aminoácidos libres, los lípidos oxidándose lentamente, y algo más, algo que no había oído antes en la leche o en ningún otro alimento, un componente biológico que emanaba de los microorganismos vivos que proliferaban en el líquido. No olía a bacteria. Olía a vida. A la actividad metabólica de millones de organismos microscópicos haciendo lo que los organismos microscópicos hacen: consumir, excretar, multiplicarse.

Arjun se quedó mirando el cartón de leche en su mano.

Podía oler las bacterias.

No el producto de las bacterias —el ácido láctico, los gases de fermentación— sino las bacterias mismas. La masa biológica de los organismos. Como si su nariz hubiera adquirido una resolución olfativa que le permitiera detectar los estímulos moleculares individuales que componían un olor complejo.

Dejó la leche en la mesada. Se apoyó contra la encimera.

Su segundo análisis de sangre, hecho cuatro días atrás, había vuelto a ser completamente normal. Sin elevación de ningún marcador inflamatorio. Sin linfopenia. Sin viremia detectable. Normal.

Pero sus sentidos no eran normales.

La vista era demasiado aguda. El olfato era demasiado detallado. El tacto era demasiado sensible. Cada día, un poco más. Cada día, la resolución de sus sentidos subía un punto, como una imagen digital que va ganando píxeles gradualmente.

Necesitaba la punción lumbar. Necesitaba saber si el BNEV-1 estaba en su líquido cefalorraquídeo. Pero la idea de recostarse en una camilla, curvar la espalda, dejar que alguien —¿Kavya? ¿Un neurólogo de turno?— insertara una aguja entre las vértebras L3 y L4, atravesara la duramadre, y extrajera el fluido que bañaba su cerebro y su médula espinal...

No era miedo al procedimiento. Había visto y realizado docenas de punciones lumbares. Era miedo al resultado.

Si el LCR era positivo para BNEV-1, significaba que el virus estaba en su cerebro. Que las fibras estaban creciendo en su hipocampo. Que lo que estaba percibiendo no era fatiga ni sugestión, sino el primer efecto de una reconfiguración neuronal que había matado a un hombre y cambiado permanentemente a otro.

Y si eso era verdad, entonces la pregunta no era solo médica. Era existencial.

Si el virus estaba en su cerebro, cambiando la forma en que percibía el mundo, ¿podía confiar en sus propias percepciones? ¿Podía confiar en sus propios pensamientos? ¿Podía confiar en las conclusiones a las que estaba llegando sobre el BNEV-1, si esas conclusiones estaban siendo generadas por un cerebro que estaba siendo reconfigurado por el mismo virus que intentaba estudiar?

Era un problema filosófico envuelto en un problema médico envuelto en un problema virológico.

Y Arjun no tenía respuesta para ninguno de los tres.

Se sentó en el suelo de la cocina, con la espalda apoyada contra los gabinetes, y miró el techo.

El techo de su cocina era blanco, con una lámpara de tubo fluorescente que siempre había parpadeado ligeramente y que emitía un zumbido que normalmente era inaudible.

Esa noche, el zumbido era claramente audible. Podía escuchar la frecuencia exacta de la corriente alterna que alimentaba el tubo: 50 hercios, el estándar de la red eléctrica india. Y podía escuchar los armónicos: 100 hercios, 150, 200. Cada armónico como una nota en un acorde que nadie más en el mundo podía oír.

Y en el techo, bajo la pintura blanca, le pareció ver...

No. No eran líneas. No eran venas. No eran redes. Era solo la textura de la pintura. Las marcas del rodillo. Las imperfecciones de la superficie.

Solo eso.

Cerró los ojos. Los abrió. El techo era un techo.

Se levantó del suelo. Se sirvió un vaso de agua. Bebió. El agua sabía a cloro, a mineral, a las tuberías viejas de un edificio que necesitaba renovación hidráulica.

Volvió a la laptop. Abrió el manuscrito.

En la sección de discusión, escribió una frase nueva:

“Es posible que la exposición ocupacional durante la atención clínica del caso índice constituya un vector de transmisión no considerado previamente, incluso en ausencia de viremia detectable en análisis de sangre periférica.”

Era la frase más cobarde que había escrito en su vida. No decía lo que realmente quería decir, que era: *creo que me he infectado y que el virus está en mi cerebro y que cada día percibo más cosas que no debería poder percibir y no sé si eso me está volviendo loco o me está haciendo ver la verdad.*

Guardó el documento. Cerró la laptop. Se fue a dormir.

No durmió.

CAPÍTULO 11: PACIENTES

Día 27 — 01:15 AM — Departamento de Emergencias

El tercer caso de BNEV-1 llegó disfrazado de otro diagnóstico.

Era una mujer de veintinueve años llamada Padma Krishnan. Trabajadora doméstica. Llegó traída por su empleadora, una mujer de clase alta con un sari de seda y la expresión impaciente de quien considera que las emergencias médicas de su personal son un inconveniente administrativo. La queja era sencilla: Padma tenía fiebre desde hacía cuatro días y “manchas oscuras” en el pecho que la empleadora había notado esa mañana cuando Padma no pudo levantarse de su cama de servicio.

Arjun la evaluó personalmente. No porque el caso sonara particularmente complejo por el triage —fiebre de cuatro días con lesiones cutáneas podía ser cualquier cosa, desde una reacción alérgica hasta una infección por rickettsia—, sino porque la frase “manchas oscuras” había activado un sistema de alarma en su cerebro que ya no podía desactivar.

Las manchas estaban en la región esternal superior. Tres, de tamaño variable. La más grande tenía unos cinco centímetros de diámetro. Púrpura oscuro. Bordes difusos. Piel suprayacente adelgazada. Calor local.

Idénticas.

—Aislamiento —dijo Arjun, con una calma que no sentía—. Protocolo BNEV completo. Kavya, necesito los análisis ya.

Los análisis confirmaron lo que sabía: leucocitosis con linfopenia, PCR elevada, CK en ascenso. La resonancia cerebral, tomada doce horas después, mostró hiperintensidad bilateral simétrica en los lóbulos temporales.

Tres casos confirmados. Ninguna conexión epidemiológica entre ellos. Padma no usaba el metro —su empleadora la llevaba en coche—, vivía en un sector diferente de Delhi, no tenía vínculo con arqueología, tecnología ni con ninguno de los otros pacientes.

El BNEV-1 estaba circulando en la comunidad.

Arjun notificó al IDSP formalmente. La notificación esta vez fue recibida con menos cortesía y más urgencia. La Dra. Gupta, de epidemiología, convocó una reunión de emergencia con el director del hospital, el jefe de medicina interna y un representante del gobierno de Delhi.

Pero mientras la burocracia se ponía en marcha, Arjun seguía atendiendo pacientes. Y los pacientes seguían llegando.

* * *

No todos eran casos de BNEV-1. La mayoría no lo eran. La mayoría eran las tragedias ordinarias de un hospital público en una ciudad de veinte millones: el joven con sepsis por una herida de cuchillo infectada que había dejado sin tratar durante una semana. La anciana con embolia pulmonar masiva que llegó ya en shock obstructivo, el corazón luchando contra un coágulo que bloqueaba las arterias pulmonares como un tapón de corcho en una botella. El niño de ocho años con un absceso abdominal por una apendicitis que había perforado tres días antes, el pus acumulándose en la cavidad abdominal como agua sucia en un sótano inundado.

Arjun los atendía todos. Cada uno recibía el mismo nivel de atención analítica, el mismo protocolo metódico, las mismas decisiones precisas. No había perdido su capacidad clínica. Si acaso, era más eficiente que antes.

Porque veía más.

El paciente séptico: Arjun podía ver la línea de infección avanzando por el antebrazo, la linfangitis — inflamación de los vasos linfáticos— dibujando líneas rojas bajo la piel como ríos de fuego. Podía ver la crepitación en los bordes del tejido celulítico antes de palparla. Podía ver los microabscesos formándose en el tejido subcutáneo profundo como volcanes en miniatura a punto de erupcionar.

La embolia pulmonar: cuando escuchó el pecho de la anciana con el estetoscopio, los sonidos cardíacos eran absurdamente claros. No solo el primer y segundo ruido —S1 y S2— sino el tercer ruido de galope, el soplo de insuficiencia tricuspídea, y algo más, algo que no debería poder escuchar sin un ecocardiograma: el frémito del flujo turbulento en la arteria pulmonar, un sonido que normalmente estaba por debajo del umbral de frecuencia del oído humano.

El absceso abdominal: cuando palpó el abdomen del niño, sus dedos encontraron la colección de líquido con una precisión que le permitió estimar el tamaño —seis por cuatro centímetros— antes de ver la tomografía que lo confirmó exactamente.

Cada caso clínico era un recordatorio de que sus sentidos estaban cambiando. Y cada diagnóstico acertado era un refuerzo perverso: su nueva percepción lo hacía mejor médico.

¿Cómo rechazar algo que te hace mejor en lo que defines como tu propósito vital?

* * *

El cuarto caso de BNEV-1 llegó el día veintinueve. Un conductor de rickshaw de cincuenta y siete años. Fiebre. Manchas. La misma historia. El quinto llegó el día treinta y uno. Una estudiante universitaria de veintitrés años.

Cinco casos en un mes. Cero conexiones epidemiológicas. Todos en Delhi.

La oficina del IDSP envió un equipo de epidemiólogos al hospital. Revisaron los datos. Entrevistaron a los pacientes. Buscaron la fuente de exposición común. No la encontraron.

La explicación más probable —transmisión aerógena comunitaria con período de incubación variable— implicaba que había portadores asintomáticos del virus en la población general de Delhi. Personas que habían sido infectadas, que nunca habían desarrollado síntomas visibles, pero que estaban liberando partículas virales al respirar, toser o hablar. Cada portador asintomático era un nodo invisible en una red de transmisión que nadie podía mapear.

Si había portadores asintomáticos, el número real de infectados podía ser mucho mayor que los cinco casos clínicos que habían identificado. Podían ser cientos. Miles.

Y entonces había otra posibilidad que Arjun no compartió con el equipo del IDSP, que guardaba para sí mismo como un secreto venenoso:

Él podía ser uno de ellos.

Un portador asintomático. Sin fiebre. Sin lesiones visibles. Sin viremia detectable. Pero con el virus silenciosamente instalado en su sistema límbico, reorganizando sus filtros sensoriales, ampliando su percepción, día tras día tras día.

Decidió que al día siguiente se haría la punción lumbar.

Decidió lo mismo al día siguiente. Y al siguiente. Y al siguiente.

Nunca lo hizo.

* * *

CAPÍTULO 12: EL PACIENTE IMPOSIBLE

Día 33 — 03:00 AM — Departamento de Emergencias

La mujer de la camilla nueve no debería estar viva.

Su nombre era Lakshmi Devi, sesenta y un años, y los paramédicos que la trajeron dijeron que la habían encontrado en el piso de su casa después de que los vecinos llamaran por el olor. Según la evidencia —la comida podrida en la cocina, los periódicos acumulados sin abrir, el estado de la casa—, llevaba entre cinco y siete días postrada sin que nadie la atendiera.

La historia clínica que Kavya reconstruyó a partir de las pocas pistas disponibles y de los vecinos que llegaron con ella sugería una hemorragia interna. Probablemente una úlcera gástrica perforada, basándose en el historial que los vecinos conocían: dolor abdominal crónico que trataba con antiinflamatorios no esteroideos sin prescripción médica. Los AINE eran la causa más frecuente de úlceras gástricas en India. La combinación de ácido gástrico, una úlcera erosionando un vaso, y días sin atención médica producía exactamente lo que Arjun vio cuando levantó la sábana.

El abdomen estaba distendido, rígido como una tabla, con una coloración azulada en los flancos —signo de Grey Turner— que indicaba sangre libre en la cavidad peritoneal. La presión arterial era de 70/40. La frecuencia cardíaca, 140. Hemoglobina: 4.2 g/dL, menos de un tercio de lo normal. Estaba en shock hemorrágico clase IV, la categoría más grave, la que los libros de texto describían como “pérdida de más del cuarenta por ciento del volumen sanguíneo”.

Cinco días sangrando internamente. Sin tratamiento. Sin líquidos. Sin nada.

—¿Cómo es posible que siga con vida? —murmuró Kavya mientras preparaba las líneas de infusión.

Era una buena pregunta. Los libros de texto decían que un shock hemorrágico clase IV no tratado durante más de unas horas era incompatible con la vida. Cinco días era absurdo. Fisiológicamente absurdo.

Arjun la estabilizó con transfusión masiva —cuatro unidades de sangre en la primera hora— y la llevó a cirugía de emergencia, donde Vikram encontró exactamente lo que esperaba: una úlcera perforada en la cara posterior del estómago con un vaso arterial erosionado que había estado sangrando intermitentemente durante días. Vikram cerró el vaso, reparó la perforación, lavó la cavidad abdominal de la sangre acumulada —más de dos litros— y sacudió la cabeza con incredulidad.

—Esta mujer debería llevar cuatro días muerta —le dijo a Arjun en el pasillo del quirófano—. No estoy siendo dramático. Estoy siendo fisiológico. Con esa hemoglobina y ese tiempo de evolución, el cerebro debería haber dejado de funcionar por hipoxia hace días. El corazón debería haberse detenido. No hay explicación para que siga viva.

—Tal vez su fisiología compensatoria es excepcionalmente eficiente —dijo Arjun—. Hay variación individual en la tolerancia al shock.

—Arjun, hay variación individual y hay milagros médicos. Esto está en el territorio de lo segundo.

Arjun no respondió. Porque mientras Vikram hablaba, algo le llamó la atención.

Las manos de Lakshmi Devi.

Estaban sucias —cinco días sin higiene—, con las uñas largas y tierra debajo de ellas. Pero en la piel del dorso de la mano derecha, medio oculta por la suciedad, había una mancha.

Pequeña. Tal vez dos centímetros. De un púrpura tan oscuro que casi se confundía con la suciedad.

Arjun se acercó. Tomó la mano de la paciente inconsciente. La limpió con una gasa empapada en solución salina.

La mancha era real. Púrpura oscuro. Bordes difusos. Piel adelgazada.

—Necesito análisis de BNEV-1 para esta paciente —dijo.

Vikram lo miró.

—¿Crees que tiene el virus?

—Tiene la lesión cutánea compatible.

—Arjun, tiene una úlcera gástrica perforada con hemorragia masiva. La lesión puede ser un hematoma, una púrpura por coagulopatía de consumo, cualquier cosa.

—Puede ser. Pero necesito descartarlo.

Los análisis, que llegaron al día siguiente, confirmaron: BNEV-1 positivo en microscopía electrónica.

Seis casos. Y este era diferente.

Porque este caso presentaba algo que los anteriores no: una supervivencia fisiológicamente inexplicable. Una mujer que debería haber muerto por hemorragia interna pero que no murió. Como si algo en su cuerpo hubiera encontrado una forma de compensar la pérdida sanguínea que la medicina convencional no podía explicar.

Y tenía las lesiones del BNEV-1.

Arjun se sentó en su oficina esa noche y añadió una nota a su documento de cronología:

“Caso 6: Lakshmi Devi. BNEV-1 positivo. Supervivencia a shock hemorrágico clase IV de 5 días de evolución sin tratamiento. Fisiológicamente inexplicable por mecanismos compensatorios normales. ¿Posible relación entre la infección por BNEV-1 y capacidad de supervivencia mejorada? Especulativo. No evidenciable. Pero consistente con la hipótesis de que el virus modifica la fisiología del huésped de formas que no comprendemos.”

Miró lo que había escrito. Lo miró durante mucho tiempo.

Un virus que no mataba. Que construía. Que mejoraba. Un virus que, aparentemente, había mantenido viva a una mujer que debería haber muerto.

No era una tumba. Era un contenedor.

¿Qué contenía un contenedor diseñado para guardar algo que mejoraba a los humanos? ¿Y por qué alguien —alguien hace siglos, alguien lo suficientemente avanzado como para crear inscripciones de advertencia y sellos herméticos— había considerado necesario encerrarlo?

Lo que hay adentro no está muerto. Lo que hay adentro espera.

¿Por qué se encierra algo que ayuda?

A menos que no ayudara. A menos que lo que parecía mejora fuera solo el primer paso de algo más.

Arjun cerró el documento sin guardar la nota.

Algunas preguntas era mejor no formularlas por escrito.

* * *

CAPÍTULO 13: PREOCUPACIÓN

Día 36 — 07:45 AM — Cafetería del Hospital

Kavya encontró a Arjun en la cafetería del hospital, que era un nombre generoso para un espacio de quince metros cuadrados con cuatro mesas de fórmica, una máquina expendedora de snacks que siempre estaba medio vacía, y un mostrador donde un hombre llamado Raju servía té, café y samosas desde las cinco de la mañana hasta las diez de la noche, siete días a la semana, cincuenta y dos semanas al año, con la determinación solemne de alguien que ha encontrado su propósito en la vida y ese propósito involucra aceite hirviendo y masa rellena de papa.

Arjun estaba sentado en la mesa del rincón, con una taza de té intacta y la laptop abierta. No había dormido. Su turno había terminado hacía dos horas, pero en lugar de irse a casa, se había instalado en la cafetería porque su apartamento se había convertido en un lugar donde los estímulos sensoriales lo abrumaban. Los ruidos de los vecinos, amplificadas hasta ser insoportables. El olor del apartamento, descompuesto en sus mil componentes individuales. La textura de las sábanas, cada fibra un estímulo individual contra su piel.

Al menos en la cafetería del hospital, los estímulos eran familiares. Podía filtrarlos, o eso se decía.

—Doctor Mehta.

Levantó la mirada. Kavya estaba de pie frente a él, con una bandeja que contenía dos tazas de té y dos samosas. Se sentó sin pedir permiso.

—¿No debería estar en casa? —preguntó Arjun.

—Lo mismo le iba a preguntar a usted. Mi turno empieza en quince minutos. El suyo terminó hace dos horas.

—Estoy revisando datos.

—Siempre está revisando datos. —Kavya empujó una de las tazas de té hacia él—. Tome. El suyo ya está frío.

Arjun miró el té. No lo tomó.

—Doctor, necesito hablar con usted sobre algo.

—¿Un caso clínico?

—No. Sobre usted.

Arjun la miró. La expresión de Kavya era la que usaba cuando iba a decir algo que sabía que no iba a ser bien recibido: mandíbula ligeramente apretada, contacto visual directo, hombros cuadrados. La postura de alguien que se prepara para una confrontación que considera necesaria.

—Hace tres días, durante el turno —dijo Kavya—, usted estaba evaluando al paciente con sepsis de la cama seis. ¿Recuerda?

—Sí. Herida infectada de cuchillo con celulitis extensa.

—Recuerda que describió la extensión de la infección antes de examinar al paciente.

Arjun frunció el ceño.

—¿Qué quiere decir?

—Quiero decir que cuando nos acercamos a la camilla, antes de tocar al paciente, antes de levantar el vendaje, usted señaló el antebrazo y dijo: “La infección ha avanzado más allá del codo, hay un absceso formándose en la fosa antecubital, probablemente de tres centímetros, y la linfangitis llega hasta la axila”. Luego levantamos el vendaje y todo era exactamente como usted dijo. El absceso medía 2.8 centímetros en la ecografía.

—Buena evaluación clínica. Experiencia.

—No, doctor. No fue experiencia. La celulitis no se había extendido más allá del vendaje cuando lo vimos por primera vez. No había forma de saber que la linfangitis llegaba a la axila sin palpar la extremidad. Y no hay forma de estimar el tamaño de un absceso profundo a simple vista con esa precisión. A menos que... —Kavya hizo una pausa— usted pudiera verlo a través del vendaje.

El silencio que siguió fue denso como el aire del hospital a las tres de la mañana.

—Eso es imposible —dijo Arjun.

—Lo sé. Por eso me preocupa.

—Kavya, la experiencia clínica produce intuiciones que parecen inexplicables pero que son simplemente reconocimiento de patrones inconsciente. Llevo quince años haciendo esto.

—Doctor, con todo respeto, no estoy hablando de intuición. Estoy hablando de diagnósticos de precisión imposible que vienen ocurriendo con una frecuencia cada vez mayor. Hace cinco días predijo la ubicación exacta del absceso abdominal de aquel niño antes de la tomografía. Hace una semana identificó una embolia pulmonar en un segundo basándose en la auscultación, cuando incluso el cardiólogo de guardia necesitó un ecocardiograma para confirmarlo. Y anteanoche... —Kavya bajó la voz— anteanoche, durante la evaluación de la mujer con hemorragia interna, usted miró el abdomen y dijo cuánta sangre había dentro. Dos litros y medio, dijo. El cirujano sacó dos litros trescientos mililitros.

—Eso fue una estimación basada en el grado de distensión abdominal y los signos clínicos.

—No, doctor. Fue una medición. Y eso no es normal.

Arjun miró a su residente. Kavya lo miraba sin pestañear, con una mezcla de preocupación y algo que se parecía al miedo.

—Kavya, ¿qué cree que está pasando?

—No sé qué está pasando. Pero sé que lleva semanas sin dormir adecuadamente. Sé que ha perdido peso. Sé que a veces se queda mirando las paredes durante períodos prolongados como si estuviera viendo algo que yo no puedo ver. Y sé que estuvo en contacto directo con el paciente índice del BNEV-1, cuyas propiedades principales incluyen alteración de la percepción sensorial. Y sé que no se ha hecho la punción lumbar que la Dra. Gupta le sugirió.

—¿Cómo sabe eso?

—Porque le pregunté a la enfermera Rao si sabía algo al respecto. Sunita dice que usted lleva semanas evitando el tema.

—Sunita debería preocuparse menos por mí y más por el inventario de medicamentos.

—Sunita se preocupa por usted porque lo conoce hace siete años y ve lo mismo que yo: un médico brillante que está cambiando de formas que no puede o no quiere explicar. Y que trabaja con un virus que altera la percepción mientras se niega a verificar si está infectado.

Arjun abrió la boca para responder. No encontró palabras.

Porque Kavya tenía razón. En todo. Cada observación era precisa. Cada preocupación estaba justificada. Si Arjun fuera el médico evaluando a otro colega con esos síntomas, habría ordenado la punción lumbar hace dos semanas.

Pero no era otro colega. Era él. Y la diferencia entre observar la enfermedad desde fuera y sospecharla desde dentro era la diferencia entre diagnosticar un incendio y estar dentro de la casa que se quema.

—Kavya —dijo finalmente—. ¿Qué quiere que haga?

—Quiero que se haga la punción lumbar. Hoy. Yo puedo hacerla si ningún neurólogo está disponible de inmediato. He hecho veintitrés punciones lumbares este año.

—Lo sé. Supervisé la mitad.

—Entonces sabe que soy competente para hacerlo.

—Sé que es competente.

—¿Entonces?

Arjun miró la taza de té frío. Miró la laptop con el manuscrito del BNEV-1 en la pantalla. Miró las paredes de la cafetería.

Las paredes de la cafetería eran blancas con ribetes verdes. Pintura vieja, descascarada en las esquinas, con manchas de grasa cerca del mostrador de Raju. Paredes de cafetería de hospital.

Y debajo de la pintura...

No. No había nada debajo de la pintura. Solo pared. Solo yeso. Solo ladrillos.

—Mañana —dijo Arjun—. Me la haré mañana.

—Doctor...

—Mañana, Kavya. Se lo prometo.

Kavya lo miró durante un momento largo. Luego asintió, recogió su bandeja, y se fue.

Arjun se quedó sentado en la cafetería vacía, con el té frío y la laptop abierta, y pensó en lo que acababa de hacer: prometer algo que no estaba seguro de que fuera a cumplir.

Porque si la punción lumbar era positiva —si el BNEV-1 estaba en su líquido cefalorraquídeo—, todo cambiaba. Su práctica clínica, su credibilidad, su manuscrito, su carrera. Todo se derrumbaba bajo el peso de una pregunta que nadie en la comunidad médica le permitiría ignorar: ¿cómo puede confiar en el trabajo de un investigador cuyo cerebro ha sido alterado por el mismo agente que investiga?

Y había algo peor. Algo que Arjun no podía decirle a Kavya, ni a Sunita, ni a nadie.

No quería que el virus se fuera.

Las percepciones nuevas —la agudeza visual, la complejidad olfativa, la sensibilidad táctil, la capacidad diagnóstica expandida— se habían convertido en parte de él. Eran como una extensión natural de sus sentidos, como si hubiera vivido toda su vida con gafas de sol y alguien se las hubiera quitado. El mundo era más brillante, más detallado, más real que antes. Y la idea de que un tratamiento antiviral pudiera apagar todo eso, de volver a la resolución perceptiva normal, gris, limitada, filtrada... le parecía como una forma de ceguera voluntaria.

Se terminó el té frío. Sabía a taninos oxidados, a agua mineral filtrada y a la calcificación microscópica del interior de la taza de cerámica.

Se fue a casa.

No se hizo la punción lumbar al día siguiente.

* * *

CAPÍTULO 14: SOMBRAS

Día 38 — 02:50 AM — Departamento de Emergencias

El paciente de la camilla catorce no tenía nombre.

Arjun lo encontró durante una ronda nocturna, acostado en una de las camillas del fondo del departamento de emergencias, en esa zona del pasillo donde las luces fluorescentes nunca funcionaban todas y la iluminación era un mosaico de claros y oscuros que daba a los pacientes un aspecto fantasmal.

Era un hombre de complexión media, tal vez cuarenta años, con la piel de un tono ceniciento que Arjun asociaba inmediatamente con enfermedad sistémica. Tenía los ojos cerrados, las manos cruzadas sobre el abdomen, y una quietud que no era la quietud del sueño sino la quietud de alguien que conserva energía deliberadamente, como un animal que no se mueve para no ser detectado.

La camilla no tenía historia clínica colgada del barandal, algo inusual pero no insólito en las noches de mayor caos, cuando los pacientes a veces eran triageados pero no registrados en el sistema hasta que un administrativo los procesaba.

—¿Quién es este paciente? —le preguntó Arjun a la enfermera de turno.

—¿Cuál?

—Camilla catorce. Fondo del pasillo.

La enfermera miró hacia donde señalaba Arjun.

—No hay nadie en la camilla catorce, doctor. Está vacía.

Arjun miró de nuevo. El hombre estaba ahí. Acostado. Inmóvil. Podía ver los detalles con su agudeza visual exacerbada: las arrugas en la bata del hospital, la forma en que una de las manos tenía un catéter intravenoso insertado que no estaba conectado a ninguna bolsa de suero, las manchas oscuras —inconfundibles— en el cuello.

Lesiones del BNEV-1.

—Enfermera, hay un paciente en esa camilla. Puedo verlo desde aquí.

La enfermera, una mujer joven que parecía más preocupada por la reacción de Arjun que por la camilla, se levantó y caminó hasta el fondo del pasillo. Arjun la siguió.

Cuando llegaron a la camilla catorce, la enfermera señaló con la mano.

—¿Ve? Vacía. Ni siquiera tiene sábana.

Arjun miró la camilla.

Estaba vacía. Metal gris. Sin sábana. Sin paciente. Sin catéter. Sin manchas oscuras. Vacía.

Un vértigo frío lo recorrió desde el estómago hasta la nuca.

—Tiene razón —dijo con una voz que sonó extrañamente calmada para lo que estaba sintiendo—. Error mío. La iluminación es mala aquí.

—¿Se encuentra bien, doctor?

—Sí. Perfectamente.

Se alejó. Caminó hasta el baño del personal. Se encerró en uno de los cubículos. Se sentó en la tapa del inodoro.

Sus manos temblaban.

Acababa de ver un paciente que no estaba ahí. No una sombra, no una forma ambigua en la periferia de su visión que pudiera confundirse con una persona. Un paciente completo. Con piel, ropa, catéter, lesiones cutáneas. Con detalles que su cerebro había generado con una resolución fotográfica, al nivel de detalle al que se había acostumbrado en las últimas semanas.

Una alucinación.

Su primera alucinación clara, inequívoca, indiscutible.

O tal vez no la primera. Tal vez las texturas en las paredes de su apartamento, las granularidades en la pintura que nadie más veía, los sonidos eléctricos que nadie más oía, comenzaban a revelar su verdadera naturaleza: no percepciones expandidas sino artefactos de un cerebro que se estaba averiando.

Sentado en el cubículo del baño, con la espalda apoyada contra la pared de azulejo frío y las manos temblando sobre las rodillas, Arjun se enfrentó a la posibilidad que llevaba semanas evitando.

Estaba enfermo.

El BNEV-1 estaba en su cerebro. Había cruzado la barrera hematoencefálica sin dejar rastro en su sangre y se había instalado en su sistema límbico, exactamente como lo había hecho en Banerjee y en Malhotra y en todos los demás. Y ahora estaba en la fase donde las percepciones dejaban de estar ancladas en la realidad.

Banerjee había empezado viendo detalles exagerados. Luego vio las redes. Luego convulsionó. Luego murió.

Malhotra había empezado viendo detalles exagerados. Luego vio las redes. Luego convulsionó. Sobrevivió, pero las fibras seguían en su cerebro.

Arjun había empezado viendo detalles exagerados. Ahora veía pacientes enteros que no existían.

¿Qué venía después?

Se quedó sentado en el cubículo durante quince minutos. En ese tiempo, su mente clínica —esa parte de él que funcionaba como un algoritmo, que no se dejaba afectar por emociones— tomó el control y empezó a procesar.

Si estaba infectado, tenía opciones. La primera era buscar diagnóstico: punción lumbar, resonancia magnética cerebral, microscopía electrónica de LCR. La segunda era buscar tratamiento: no existía un antiviral específico para el BNEV-1, pero los antivirales de amplio espectro —ribavirina, favipiravir— podían tener algún efecto. La tercera era documentar: si su percepción estaba siendo alterada por el virus, sus observaciones eran datos. Datos de un tipo que ningún otro investigador podía obtener, porque ningún otro investigador estaba experimentando la enfermedad desde adentro.

La tercera opción era éticamente cuestionable y científicamente invaluable.

Un investigador infectado por el agente que investigaba, documentando en tiempo real los cambios en su propia percepción. Era como si un vulcanólogo cayera dentro del volcán y, en lugar de intentar salir, decidiera tomar notas sobre la lava.

Arjun sabía que debería elegir la primera opción. Buscar diagnóstico. Hacerse la punción lumbar. Confirmar o descartar la infección. Actuar en consecuencia.

En su lugar, sacó su teléfono y abrió la aplicación de notas. Creó un nuevo documento titulado “Registro de percepciones anómalas — Observaciones subjetivas” y empezó a escribir:

* * *

Día 38. 03:10 AM.

Primera alucinación visual compleja confirmada. Percepción de un paciente masculino en camilla 14, departamento de emergencias. Paciente no existente según enfermera de turno. Camilla confirmada vacía. La alucinación incluía detalles de alta resolución: ropa hospitalaria, catéter IV, lesiones cutáneas compatibles con BNEV-1 en región cervical.

Duración estimada de la percepción: 30-45 segundos.

Contexto: iluminación deficiente en área del pasillo. Fatiga severa (>20 horas despierto). Estrés laboral alto.

Diagnóstico diferencial de la alucinación: 1. Alucinación hipnagógica por privación de sueño 2. Alucinación inducida por BNEV-1 si infectado 3. Alucinación funcional por sugestión y obsesión con el caso

Nota: las percepciones sensoriales expandidas continúan. En el turno de esta noche he notado: - Capacidad de ver detalles de heridas que normalmente requieren magnificación óptica - Olores identificables por componentes moleculares individuales - Detección de sonidos por contacto no audibles para enfermera presente en la misma habitación

Las percepciones expandidas y la alucinación pueden ser manifestaciones de la misma causa (alteración de los filtros sensoriales del lóbulo temporal) o pueden ser fenómenos independientes. No tengo forma de distinguirlos sin estudios de neuroimagen.

Decisión pendiente: punción lumbar.

* * *

Guardó la nota. Se lavó la cara. Salió del baño.

El departamento de emergencias seguía funcionando a su alrededor. Alarmas. Voces. Pasos. El ritmo del hospital nocturno, indiferente a la crisis privada de uno de sus médicos.

Arjun volvió al puesto de enfermería. Miró hacia la camilla catorce al fondo del pasillo.

Vacía. Absolutamente vacía.

Pero mientras la miraba, una pregunta se formó en su mente que no pudo apartar:

Si el BNEV-1 no causaba alucinaciones sino que eliminaba filtros sensoriales...

Si lo que Banerjee y Malhotra habían visto no eran fantasías sino percepciones de algo real que normalmente era invisible...

Entonces el hombre de la camilla catorce...

No.

No iba a pensar en eso. Era una idea loca. Una idea que pertenecía al territorio del delirio, no de la ciencia. Un médico racional no consideraba la posibilidad de que las alucinaciones fueran visiones de algo real. Eso era paranoia. Eso era psicosis.

¿Verdad?

Arjun se sirvió café. Se puso los guantes. Atendió al siguiente paciente. Y al siguiente. Y al siguiente. Y cada vez que pasaba por el fondo del pasillo, miraba la camilla catorce.

Vacía.

Siempre vacía.

Pero una vez —solo una vez, a las 4:17 AM, cuando la iluminación parpadeó durante un segundo—, le pareció ver, en el metal gris de la camilla, la impresión de un cuerpo. No un cuerpo, sino el hueco que un cuerpo dejaría si estuviera acostado ahí. Una depresión en el metal, una sombra con la forma de una persona, como la marca que deja alguien en un colchón después de dormir muchas noches en la misma posición.

Parpadeó. La camilla era una camilla. Plana. Sin marcas. Sin sombras.

Pero el olor.

Todavía a dos metros de distancia, antes de parpadear, Arjun había percibido un olor que venía de la camilla vacía.

El olor dulzón, mineral, orgánico.

El olor del BNEV-1.

El olor de los pacientes infectados.

Emanando de una camilla donde no había nadie.

O donde él no podía ver a nadie.

Todavía.

*

*

*

CAPÍTULO 15: DESCUBRIMIENTO

Día 40 — 04:00 PM — Laboratorio de Virología, AIIMS

Arjun nunca visitaba el AIIMS. No era su territorio. Su mundo era el departamento de emergencias: sangre, urgencias, decisiones instantáneas. El AIIMS era el dominio de la investigación: laboratorios estériles, microscopios electrónicos, secuenciadores de ADN y personas que no tenían prisa porque la ciencia no trabajaba contra el reloj de la muerte.

Pero ese día fue al AIIMS porque el Dr. Nair le dijo que tenía que ver algo que no podía explicar por teléfono.

El laboratorio de virología estaba en el cuarto piso del edificio de investigación, detrás de dos puertas con cierre magnético y un protocolo de acceso que involucró su identificación, una firma, y una explicación al guardia de seguridad de por qué un médico de emergencias de otro hospital necesitaba entrar a un laboratorio BSL-3 un martes por la tarde.

Nair lo esperaba en el vestuario previo a la zona de contención. Era un hombre de cuarenta y pocos años, con gafas redondas, barba recortada y la complexión de alguien que pasaba más horas frente a un microscopio que frente a un espejo. Tenía la energía nerviosa de una persona que ha descubierto algo que cambia su comprensión de las cosas y necesita compartirlo con alguien que pueda entenderlo.

—Terminamos la secuenciación genómica completa —dijo Nair mientras se ponían las batas y los guantes del BSL-3—. Los seis segmentos, completos. Y encontré algo en el segmento cuatro que necesitas ver.

Entraron al laboratorio. Pantallas de computadora, microscopios, campanas de flujo laminar, incubadoras, centrifugas. La maquinaria de la ciencia molecular. Nair se sentó frente a una terminal y abrió un software de análisis genómico.

—El segmento cuatro del BNEV-1 codifica lo que creemos que es una proteína de membrana —dijo, señalando una secuencia de nucleótidos en la pantalla—. Pero cuando corrimos el análisis de estructura secundaria y terciaria, la proteína predicha no se parece a ninguna proteína de membrana viral conocida. Se parece a algo completamente diferente.

—¿A qué?

—A una neurexina.

Arjun se quedó inmóvil.

Las neurexinas eran proteínas de adhesión sináptica. Proteínas humanas. Se localizaban en las membranas de las neuronas presinápticas y eran esenciales para la formación y el mantenimiento de las sinapsis: las conexiones entre neuronas. Eran, literalmente, las moléculas que permitían que las neuronas hablaran entre sí. Sin neurexinas, el sistema nervioso no podía formar circuitos.

—Un virus con una proteína de adhesión sináptica —dijo Arjun.

—No exactamente neurexina humana. Tiene un pliegue similar pero no idéntico. La homología con la neurexina-1 humana es del treinta y ocho por ciento, lo cual es significativo pero no suficiente para ser una copia. Es más como... una variante. Una variante diseñada para interactuar con los mismos receptores neuronales pero con propiedades diferentes.

—¿Qué propiedades?

—No lo sabemos con certeza. Pero basándonos en la estructura predicha, creemos que esta proteína viral puede insertarse en las membranas neuronales y funcionar como un ancla. Literalmente ancla la partícula viral —o las fibras que el virus produce— a la superficie de las neuronas mencionadas. Y si funciona como las neurexinas humanas, puede inducir la formación de conexiones sinápticas nuevas.

Arjun procesó las implicaciones.

El virus codificaba una proteína que imitaba las neurexinas humanas. Las neurexinas eran las moléculas que formaban sinapsis. El virus usaba esta proteína para anclarse a las neuronas y, potencialmente, para inducir la formación de sinapsis nuevas entre el tejido viral —las fibras— y el tejido neuronal humano.

Eso explicaba todo.

Explicaba por qué las fibras se integraban en los circuitos neuronales sin destruirlos: no los invadían por fuerza, sino que se conectaban mediante un mecanismo que el cerebro reconocía como legítimo. La neurexina viral engañaba a las neuronas, haciéndolas creer que las fibras eran extensiones del propio sistema nervioso. El cerebro no las atacaba porque las reconocía como propias.

Explicaba por qué la respuesta inmunológica era mínima: las fibras estaban camufladas por una proteína que imitaba una proteína humana. El sistema inmune no las veía como extrañas.

Y explicaba por qué las percepciones se alteraban: las fibras no causaban daño. Añadían conexiones. Creaban sinapsis nuevas. Ampliaban los circuitos del hipocampo, la amígdala, el sistema límbico. No destruían los filtros sensoriales; los recalibraban.

—Nair —dijo Arjun—. ¿Has corrido modelos de lo que pasaría si esta proteína se expresara a nivel del hipocampo y la amígdala?

—Sí. El modelo predice un aumento significativo en la conectividad sináptica dentro del sistema límbico. Específicamente, los circuitos que procesan la información sensorial entrante se volverían más receptivos. Los umbrales de activación neuronal descenderían. En términos simples: el cerebro procesaría más información sensorial y la haría consciente, en lugar de filtrarla a nivel subconsciente.

—Exactamente lo que reportan los pacientes.

—Exactamente. Pero hay algo más, Arjun. Algo que no encaja con ningún modelo evolutivo.

—¿Qué?

—La complejidad del mecanismo. Este virus no evolucionó para infectar humanos por accidente. La neurexina viral está demasiado bien diseñada. Tiene una especificidad por los receptores humanos que requiere una adaptación extremadamente refinada. Los virus que saltan de un huésped animal a humanos —gripe aviar, Ébola, SARS— siempre tienen proteínas de entrada que son “suficientemente buenas”: funcionan, pero de forma subóptima. La neurexina del BNEV-1 no es “suficientemente buena”. Es perfecta. Encaja en los receptores neuronales humanos como una llave en una cerradura.

—¿Qué estás diciendo?

—Estoy diciendo que este virus parece haber sido diseñado específicamente para infectar el sistema nervioso humano. No adaptado. Diseñado. Y si estaba sellado en un sarcófago de hace miles de años, eso plantea una pregunta que no sé cómo formular sin sonar como un lunático.

Arjun sabía exactamente la pregunta.

¿Quién diseñó un virus capaz de alterar la percepción humana miles de años antes de que la humanidad entendiera qué era un virus?

No la formuló en voz alta. Nair tampoco. Pero flotó en el aire entre ellos, tan palpable como el olor a desinfectante del laboratorio.

* * *

Día 40 — 10:30 PM — Apartamento de Arjun

Arjun llegó a su apartamento con la mente en llamas.

Se sentó en la mesa del comedor con la laptop y empezó a reescribir la sección de mecanismos patogénicos del manuscrito. La neurexina viral lo cambiaba todo. Ya no estaba especulando sobre cómo el virus alteraba la percepción. Tenía un mecanismo molecular. Tenía una proteína. Tenía un modelo.

Escribió durante tres horas. Las palabras fluían con la velocidad febril de alguien que finalmente tiene la pieza que faltaba del rompecabezas. Describió la neurexina viral, su similitud con la neurexina-1 humana, los modelos predictivos de conectividad sináptica, y la hipótesis completa: el BNEV-1 era un virus neurotrofo que utilizaba una proteína de adhesión sináptica para integrarse en los circuitos del sistema límbico humano, recalibrando los filtros sensoriales y expandiendo la cantidad de información sensorial que alcanzaba la conciencia.

El BNEV-1 no destruye. Construye. No ciega. Abre los ojos.

Esa frase le vino a la mente con una claridad cristalina. No la escribió en el manuscrito. Era demasiado poética, demasiado imprecisa, demasiado cercana al lenguaje de las inscripciones del sarcófago que no tenía cabida en un artículo científico.

Pero era verdad.

Y si era verdad, entonces lo que Arjun estaba experimentando —la agudeza visual, la complejidad olfativa, la capacidad diagnóstica expandida, y sí, también la alucinación de la camilla catorce— no era un mal funcionamiento de su cerebro.

Era un funcionamiento expandido.

Y la alucinación no era una alucinación.

Era...

Se detuvo. El cursor parpadeaba en la pantalla. Las paredes de su apartamento estaban iluminadas por la luz azulada del laptop. Y en esa luz, a las 1:30 de la mañana, en el silencio de un edificio dormido, Arjun vio —o creyó ver— algo en la pared frente a él.

No texturas esta vez. No granularidad.

Líneas.

Finas como capilares. Oscuras contra la pintura blanca. Formando una red que se extendía desde la esquina inferior izquierda de la pared hacia arriba y hacia la derecha, como las raíces de un árbol creciendo sobre una superficie vertical. No se movían. Estaban ahí. Inmóviles. Permanentes. Como si siempre hubieran estado ahí y sus ojos simplemente no hubieran sido capaces de verlas.

El corazón de Arjun latía tan fuerte que podía escuchar la sangre pulsando en sus oídos.

Lentamente, sin apartar la vista de las líneas, extendió la mano y tocó la pared.

La superficie era lisa bajo sus dedos. Pintura sobre yeso. No había relieve. No había textura. Las líneas no eran físicas, no tenían sustancia al tacto.

Pero las veía.

Con la misma claridad con que veía la laptop, la mesa, sus propias manos.

Cerró los ojos. Contó hasta diez. Los abrió.

Las líneas seguían ahí.

Y de un modo extraño, terrible y hermoso al mismo tiempo, no tuvo miedo. Lo que sintió fue reconocimiento. Como encontrar algo que habías perdido y que no sabías que estabas buscando. Las líneas estaban ahí. Siempre habían estado ahí. Y ahora podía verlas.

Abrirá los ojos de quien lo toque, y esos ojos verán lo que los ojos humanos fueron hechos para no ver.

Se quedó mirando las líneas durante mucho tiempo. No las fotografió —sabía, con una certeza que no podía explicar, que la cámara no las captaría—. No las midió. No las analizó. Simplemente las miró.

Y se preguntó qué más había en el mundo que sus ojos nunca habían podido ver.

Y cuánto más vería mañana.

CAPÍTULO 16: PACIENTES FANTASMA

Día 43 — Turno nocturno continuo

Los pacientes que solo Arjun podía ver empezaron a aparecer con regularidad.

No todos a la vez. No en oleadas. Uno aquí, otro allá, dispersos entre los pacientes reales como falsificaciones perfectas mezcladas con billetes auténticos. Arjun los encontraba en camillas del fondo, en las sillas de espera, en los pasillos laterales donde la iluminación era deficiente y el tráfico de personal era escaso.

El segundo que vio fue una mujer anciana en la sala de espera, sentada en una silla de plástico con las manos sobre un bolso negro y la mirada fija en algún punto intermedio entre la pared y la eternidad. Tenía una expresión de paciencia infinita, la expresión de alguien que ha esperado tanto que esperar se ha convertido en su estado natural. Las lesiones del BNEV-1 cubrían sus manos y ascendían por los antebrazos.

El tercero fue un niño. Tal vez diez años. Sentado en una camilla con las piernas colgando, balanceándolas suavemente. No lloraba. No gritaba. Solo miraba alrededor con unos ojos grandes y curiosos que parecían absorber cada detalle de la sala de emergencias. Las manchas oscuras estaban en su cuello, parcialmente cubiertas por el cuello de una camiseta azul que no era una bata de hospital.

El cuarto fue un hombre alto, de pie junto a la puerta de la sala de aislamiento 3 —la misma sala donde había muerto Banerjee—, mirando a través de la ventanilla de observación como si estuviera visitando a un paciente. Cuando Arjun se acercó, el hombre no se movió. No reaccionó. Simplemente siguió mirando a través del vidrio hacia una sala que estaba vacía.

Cada vez que Arjun comprobaba —mirando dos veces, preguntando al personal, verificando los registros—, los pacientes no estaban ahí. Las camillas estaban vacías. Las sillas estaban vacías. El pasillo junto a la sala de aislamiento estaba vacío.

Pero para Arjun, eran tangibles. Detallados. Reales. No espectros translúcidos ni sombras amorfas. Personas completas, con ropa, expresiones faciales, posturas, y siempre, invariablemente, las manchas oscuras del BNEV-1 en alguna parte visible de su cuerpo.

Arjun empezó a documentarlas en su registro privado:

* * *

Día 43. Pacientes no confirmados observados: 4 acumulados. Todos presentan lesiones compatibles con BNEV-1. Ninguno registrado en sistema hospitalario. Ninguno confirmado por personal. Distribución: periferia del departamento de emergencias, zonas de menor tráfico. Nota: los pacientes no confirmados nunca hablan, nunca se mueven cuando me acerco, y desaparecen de mi campo visual cuando la iluminación cambia (parpadeo de fluorescentes, paso de zona iluminada a zona oscura).

* * *

La observación sobre la iluminación era importante. Notó que los “pacientes” —se negaba a llamarlos alucinaciones en sus notas, porque ese término implicaba una conclusión diagnóstica que aún no podía verificar— eran más visibles en condiciones de iluminación deficiente. En las zonas bien iluminadas del departamento de emergencias, no los veía. En los rincones oscuros, en los pasillos del fondo, donde los fluorescentes parpadeaban o estaban apagados, aparecían con claridad.

¿Por qué la oscuridad parcial los hacía más visibles?

Si fueran alucinaciones puras —artefactos generados internamente por un cerebro dañado—, la iluminación no debería afectar su aparición. Las alucinaciones generadas por el cerebro no dependen de la luz externa; son producidas por la corteza visual directamente, sin input retiniano.

Pero si fueran percepciones de estímulos reales que normalmente eran filtrados...

En condiciones de iluminación intensa, el sistema visual humano estaba dominado por los conos, los fotorreceptores de alta resolución y color, que funcionaban mejor con mucha luz. En condiciones de iluminación baja, los bastones tomaban el control: fotorreceptores de alta sensibilidad, especializados en detección de formas y movimientos en la periferia visual, activos en la visión nocturna. Los bastones eran más sensibles a un rango más amplio de longitudes de onda, incluyendo el infrarrojo cercano.

¿Era posible que lo que Arjun veía fuera visible solo en condiciones de baja iluminación porque lo que estaba percibiendo emitía o reflejaba radiación en longitudes de onda que los conos no captaban pero los bastones sí?

Era una hipótesis neurofisiológica legítima. Y era aterradora. Porque implicaba que lo que veía no era generado por su cerebro, sino captado por sus ojos.

* * *

Día 45 — 11:00 PM — Departamento de Emergencias

La noche del día cuarenta y cinco, algo cambió.

Arjun estaba atendiendo a un caso real: un hombre de cuarenta y cinco años con rabdomiólisis aguda después de un terremoto de 4.2 que había colapsado parcialmente un edificio de apartamentos en el este de Delhi. El paciente había estado atrapado bajo escombros durante seis horas, con las piernas aplastadas por una viga de concreto. La compresión prolongada había destruido el tejido muscular de ambos muslos, y cuando los rescatistas lo liberaron, el torrente de mioglobina —la proteína muscular liberada al torrente sanguíneo por los músculos destruidos— empezó a dañar sus riñones.

CK: 45,000 U/L. La más alta que Arjun había visto fuera de un caso de síndrome compartimental. Creatinina en ascenso. Potasio peligrosamente alto. Orina color Coca-Cola, teñida por la mioglobina.

Arjun lo trató con el protocolo estándar: hidratación masiva para forzar la diuresis y arrastrar la mioglobina fuera de los riñones, bicarbonato IV para alcalinizar la orina, monitoreo cardíaco continuo por el riesgo de arritmia por hiperpotasemia. Era un caso grave pero manejable. Rutinario en su complejidad.

Lo que no era rutinario fue lo que pasó después.

Mientras ajustaba el flujo del suero del paciente, Arjun levantó la vista y vio, al otro lado de la sala de emergencias, a la mujer anciana de la silla de espera. La misma que había visto dos días antes. Sentada en la misma silla. Con el mismo bolso. Con la misma paciencia infinita.

Y junto a ella, de pie, estaba el hombre alto de la puerta de aislamiento.

Y sentado en la camilla más alejada, el niño con la camiseta azul.

Los tres estaban ahí. Simultáneamente. Mirándolo.

No con hostilidad. No con urgencia. Con atención. Con la atención de alguien que observa algo importante.

Y por primera vez, Arjun notó algo que no había notado antes.

Los pacientes reales —los que estaban registrados, los que el personal podía ver, los que tenían historias clínicas y análisis de laboratorio— no interactuaban con los pacientes fantasma. Pero tampoco los evitaban. Una enfermera pasó a centímetros del hombre alto sin desviarse, como si no estuviera ahí. Porque para ella no estaba ahí.

Y sin embargo, el espacio que el hombre alto ocupaba parecía... ocupado. La enfermera no lo tocó. No pasó a través de él. Pasó alrededor de él, con un desvío mínimo, inconsciente, como quien esquivo un mueble que sabe que está ahí sin pensar en ello.

¿Lo evitaban? ¿Sentían una presencia que no podían ver pero que sí detectaban a nivel subconsciente?

Arjun se encontró temblando. No de miedo. De algo más profundo que el miedo. De la sensación de que la realidad que había habitado durante treinta y nueve años era una versión editada, recortada, filtrada de algo mucho más grande y mucho más poblado.

Se obligó a apartar la mirada. Volvió al paciente con rabdomiólisis. Ajustó la dosis de bicarbonato. Verificó la diuresis horaria. Anotó los resultados en la historia clínica. Hizo lo que un médico de emergencias hacía: su trabajo.

Pero durante el resto del turno, no pudo dejar de notar que los tres pacientes fantasma seguían ahí. En la periferia. Observando. Esperando algo que Arjun no podía identificar.

A las 4:30 AM, cuando la iluminación del área de espera cambió porque una de las luces fluorescentes se encendió finalmente después de horas parpadeando, los tres desaparecieron.

No se desvanecieron gradualmente. Simplemente dejaron de ser visibles, como una señal de radio que se pierde cuando cambias de frecuencia.

Y en los asientos donde habían estado, en la camilla donde el niño había balanceado las piernas, en el punto del suelo donde el hombre alto había estado de pie, no había nada.

Nada visible.

Pero el olor persistía. Dulzón. Mineral. Orgánico.

El olor del BNEV-1.

Señalando un espacio vacío como una huella dactilar dejada por alguien que estuvo ahí.

O que seguía estando ahí.

Invisible para todos.

Excepto, aparentemente, para Arjun.

* * *

CAPÍTULO 17: REGISTROS

Día 47 — 08:00 AM — Puesto de Enfermería, Departamento de Emergencias

Arjun sabía que lo que iba a hacer era un error. Lo sabía con la misma certeza con la que sabía que una hemoglobina de 4 gramos era incompatible con la vida. Y lo hizo de todas formas.

Abrió el sistema de historias clínicas electrónicas del hospital y buscó a los pacientes que había atendido durante la última semana.

No los pacientes fantasma. Los pacientes reales. Los que había tocado, examinado, diagnosticado y tratado. Los que tenían historias clínicas, análisis de laboratorio, prescripciones firmadas con su nombre. Los que eran, sin ninguna duda, reales.

O eso creía.

El sistema del hospital era un software viejo, de interfaz gris y funcionamiento lento, que tardaba varios segundos en procesar cada búsqueda. Arjun escribió los nombres uno por uno.

Dinesh Kumar — fascitis necrotizante, amputación. **Encontrado.** Historia clínica completa. Cirugía registrada. Seguimiento postoperatorio en curso.

El adolescente con intoxicación por pesticidas — no recordaba el nombre. Buscó por fecha y motivo de ingreso. **Encontrado.** Ramesh Yadav, 16 años. Lavado gástrico, atropina, pralidoxima. Alta el día siguiente.

La anciana con embolia pulmonar. Buscó. **Encontrada.** Geeta Agrawal, 68 años. Tratamiento con heparina. Transferida a cardiología.

El paciente con rabdomiólisis por el terremoto. **Encontrado.** Sunil Chauhan, 45 años. CK máxima 47,300. Diálisis de emergencia. Estable.

Uno por uno, los pacientes aparecían en el sistema. Reales. Documentados. Verificables.

Luego buscó a uno más.

El paciente con la miasis.

Arjun lo recordaba con absoluta claridad. Lo había atendido hacía cuatro noches. Un hombre de unos sesenta años, trabajador rural, traído por su hijo. Tenía una herida en el cuero cabelludo que llevaba semanas sin tratamiento, y cuando Arjun retiró el vendaje improvisado de tela, encontró lo que ya esperaba por el olor: larvas. Docenas de larvas de mosca, blancas, gruesas como granos de arroz, moviéndose en masa dentro de la herida, alimentándose del tejido necrótico con un movimiento ondulante, colectivo, repugnantemente eficiente. Las había extraído una por una con pinzas, irrigó la herida, aplicó ivermectina tópica y vendó.

Recordaba la cara del paciente. Recordaba el olor. Recordaba las larvas. Recordaba el sonido húmedo de las pinzas extrayéndolas.

Buscó en el sistema: “miasis”, “herida cuero cabelludo”, “larvas”, fecha.

No encontrado.

Buscó por fecha de atención. Revisó todos los pacientes registrados esa noche.

No estaba.

Buscó por rango de edad. Por sexo. Por cualquier criterio que pudiera ubicarlo.

No existía.

No había historia clínica. No había registro de admisión. No había prescripción. No había nota de enfermería. El paciente con la miasis no existía en el sistema del hospital.

Arjun se quedó mirando la pantalla. La interfaz gris del sistema le devolvía una búsqueda vacía. Sin resultados.

Intentó recordar los detalles. ¿Quién lo había triageado? ¿Quién había tomado los signos vitales? ¿Kavya había estado presente? Rebobinó su memoria, buscando los detalles contextuales que anclaban un recuerdo a la realidad: las personas a su alrededor, los comentarios que hicieron, las interacciones que tuvo.

Y descubrió, con un frío que le descendió por la columna como agua helada, que no recordaba a nadie más presente durante ese caso. No recordaba quién le había pasado las pinzas. No recordaba si Kavya estaba ahí. No recordaba si había enfermera asistiendo. Recordaba al paciente, la herida, las larvas, el procedimiento. Pero no recordaba el contexto.

Era como un recuerdo sin marco. Una imagen perfectamente detallada en el centro, rodeada de vacío en los bordes.

Buscó otro caso. Uno que recordaba de tres noches atrás. Un hombre joven con un absceso cerebral, fiebre alta, signos neurológicos focales. Lo había evaluado, ordenado una tomografía, confirmado el absceso en el lóbulo frontal, derivado a neurocirugía. Recordaba la tomografía: una cavidad de cuatro centímetros, anillo de refuerzo con contraste, efecto de masa significativo.

Buscó en el sistema.

No encontrado.

Otro caso. Una mujer con leishmaniasis visceral —kala-azar—, la forma sistémica de la enfermedad. Fiebre, esplenomegalia masiva, pancitopenia. La había visto hacía cinco noches.

No encontrada.

Tres pacientes que Arjun recordaba haber atendido personalmente no existían en el sistema del hospital.

Revisó las cámaras de seguridad. El hospital tenía un circuito cerrado de televisión que cubría las áreas principales del departamento de emergencias. Las grabaciones se guardaban durante treinta días antes de ser sobrescritas.

Accedió al archivo de la noche en que había atendido la miasis. Adelantó la grabación hasta la hora aproximada: 2:00 AM, más o menos. Se vio a sí mismo en la pantalla, en blanco y negro, caminando por el departamento de emergencias. Se vio detenerse junto a una camilla. Se vio ponerse guantes. Se vio inclinarse sobre la camilla.

Y la camilla estaba vacía.

En la grabación, Arjun realizaba los gestos exactos de un procedimiento médico —se inclinaba, extendía las manos como si sujetara algo, hacía movimientos precisos con instrumentos— sobre una camilla donde no había nadie.

Se vio a sí mismo trabajando sobre un paciente invisible durante quince minutos.

Solo.

Sin enfermera. Sin residente. Solo él, inclinado sobre una camilla vacía, tratando a alguien que no estaba ahí.

Arjun detuvo la grabación. La pantalla quedó congelada en una imagen de él mismo, de pie junto a una camilla vacía, con las manos enguantadas extendidas hacia nadie.

El departamento de emergencias zumbaba a su alrededor. Enfermeras pasaban por el pasillo. Una alarma sonaba en algún lugar. Un paciente tosía. El mundo seguía funcionando, indiferente al hecho de que el Dr. Arjun Mehta acababa de descubrir que una parte de su realidad era mentira.

¿O era la grabación la mentira?

Si el BNEV-1 eliminaba filtros sensoriales, si permitía ver cosas que normalmente eran invisibles, ¿no sería lógico que esas cosas fueran invisibles también para las cámaras? Las cámaras de seguridad captaban luz visible. Si lo que Arjun percibía estaba fuera del espectro de luz visible, las cámaras no lo registrarían. El paciente habría estado ahí —realmente, físicamente ahí—, pero la cámara no podía captarlo.

Era una explicación que un cerebro enfermo le ofrecía para justificar sus propios errores.

O era la verdad.

Y Arjun, sentado frente a la pantalla congelada, no tenía forma de distinguir entre las dos.

* * *

CAPÍTULO 18: FRACTURA

Día 49 — 03:30 AM — Departamento de Emergencias

Arjun ya no sabía cuáles de sus pacientes eran reales.

No todos. Los casos obvios —los traumas, las emergencias cardiovasculares, los pacientes que llegaban con familiares que gritaban y ambulancias con sirenas— eran verificables. Podía confirmarlos en el sistema, podía corroborar con el personal, podía cruzar sus recuerdos con los registros y encontrar correspondencia exacta.

Pero los otros. Los pacientes que llegaban solos, en las horas más profundas de la noche, sin familia, sin ambulancia, sin ruido. Los que se materializaban en camillas del fondo o en sillas de espera vacías. Los que tenían enfermedades grotescas, detalladas, médicamente coherentes. Los que Arjun atendía con la misma diligencia que a cualquier otro paciente.

Algunos eran reales. Algunos no.

Y no podía distinguirlos en el momento.

Solo después, cuando buscaba en el sistema y encontraba una búsqueda vacía, o cuando revisaba las cámaras y se veía a sí mismo trabajando sobre una camilla vacía, descubría la verdad. Pero en el momento de la atención, eran indistinguibles. La piel se sentía real bajo sus guantes. Las heridas olían a realidad. Los signos vitales eran coherentes. Los síntomas formaban patrones diagnósticos válidos.

Su cerebro estaba generando personas completas. Personas con patologías médicamente plausibles, con fisiología coherente, con historias clínicas que encajaban. Era, en un sentido perverso, el mayor logro de simulación neuronal imaginable: un cerebro que había almacenado quince años de datos médicos y ahora los usaba para fabricar pacientes completamente funcionales.

O algo estaba ahí. Algo que su cerebro percibía y que el sistema hospitalario no podía registrar.

Arjun ya no sabía cuál de las dos opciones era más aterradora.

* * *

El quiebre definitivo ocurrió una noche, cerca de las tres de la mañana.

Arjun estaba atendiendo a un paciente que sabía que era real: un hombre de treinta y ocho años con un síndrome compartimental agudo del antebrazo derecho después de haber dormido con el brazo aplastado bajo su propio cuerpo durante horas —una “parálisis del sábado noche”, dirían en algún hospital con sentido del humor, causada por alcoholismo e inconsciencia prolongada—. El antebrazo estaba hinchado, tenso, duro como madera. El dolor era desproporcionado a cualquier estímulo: cuando Arjun flexionaba pasivamente los dedos del paciente, el hombre gritaba como si le estuvieran arrancando la piel.

Síndrome compartimental. La presión dentro del compartimiento muscular del antebrazo había subido hasta el punto de comprimir los vasos sanguíneos y los nervios. Sin tratamiento, el músculo moriría por falta de sangre, el nervio se dañaría permanentemente, y el brazo tendría que ser amputado. La única solución era una fasciotomía: un corte largo y profundo a lo largo del antebrazo para abrir la fascia y liberar la presión.

Arjun midió la presión intracompartimental con un monitor de aguja: 48 mmHg. Más de 30 era indicación de fasciotomía. No había discusión.

—Avisen a Vikram —dijo—. Fasciotomía de emergencia. Ya.

Vikram llegó en diez minutos. Juntos, en una sala de procedimientos menores, realizaron las dos incisiones longitudinales en el antebrazo: una en la cara dorsal, otra en la ventral. Cuando la fascia se abrió bajo el bisturí, el músculo prácticamente saltó fuera de la herida, hinchado e isquémico, como un animal enjaulado que lleva horas empujando contra las paredes de su prisión.

El alivio fue inmediato. El color del músculo cambió de un rojo oscuro isquémico a un rojo más saludable a medida que la sangre volvía a fluir. El paciente dejó de gritar. La presión descendió a 15 mmHg.

Arjun cerró las heridas con un vendaje abierto —las fasciotomías se dejaban abiertas para ser cerradas en un segundo tiempo quirúrgico— y empezó a escribir las notas del procedimiento.

Y mientras escribía, levantó la vista y vio, en la camilla de al lado, a un paciente que no estaba ahí un minuto antes.

Un hombre joven. Tal vez treinta años. Piel morena, pelo negro, complexión media. Una herida en el abdomen que sangraba activamente a través de una camiseta empapada. La sangre era roja oscura, venosa, y se acumulaba en un charco bajo la camilla.

Arjun se levantó automáticamente. El instinto médico era más fuerte que cualquier duda filosófica sobre la naturaleza de la realidad. Había sangre. Había un paciente. Había que actuar.

—Masculino, treinta años aproximadamente, herida penetrante abdominal, sangrado activo —estaba diciendo mientras se ponía guantes nuevos—. Necesito compresión, acceso venoso...

Se detuvo.

Vikram, que estaba lavándose las manos en el lavamanos a tres metros, lo miraba.

—¿Arjun?

—La camilla de al lado. El paciente con la herida abdominal.

Vikram miró hacia la camilla. Luego miró de vuelta a Arjun.

—No hay nadie en esa camilla.

Arjun no miró de nuevo. No necesitaba hacerlo. Sabía lo que iba a ver: un hombre sangrando, con detalles perfectos, sobre una camilla que Vikram veía vacía.

—Tiene razón —dijo Arjun—. Error mío. Necesito café.

Vikram no se movió. Lo miraba con una expresión que Arjun no le había visto antes: preocupación genuina. No la preocupación sarcástica que era su modo habitual. Preocupación real.

—Arjun, ¿qué está pasando?

—Nada. Cansancio.

—No me vengas con eso. Acabas de describir un paciente con herida abdominal con la precisión de un reporte de triage, mirando una camilla vacía. Eso no es cansancio. Eso es otra cosa.

Arjun se sentó. Se quitó los guantes.

—Vikram, necesito un favor.

—¿Cuál?

—Necesito que me hagas una resonancia magnética cerebral. Sin registrarla en el sistema del hospital. Sin que nadie sepa excepto tú y yo.

Vikram se sentó frente a él. El sarcasmo habitual había desaparecido completamente. Lo que quedaba era el cirujano: frío, analítico, directo.

—¿Crees que tienes el virus?

—Creo que es posible.

—Tus análisis de sangre fueron normales. Dos veces.

—El virus tiene tropismo por el sistema nervioso central. Puede estar en el cerebro sin estar en la sangre.

—Entonces necesitas una punción lumbar, no una resonancia.

—Necesito ambas. Pero la resonancia primero. Si mi cerebro muestra las mismas alteraciones que Banerjee y Malhotra...

—Entonces sabemos que estás infectado sin necesidad de punción.

—Exacto.

Vikram lo miró durante un momento largo.

—¿Hace cuánto que ves cosas que no están ahí?

—Dos semanas. Tal vez tres.

—¿Y no dijiste nada?

—¿Qué iba a decir? “Disculpen, creo que el virus que estoy investigando me está haciendo ver pacientes fantasma. ¿Puedo seguir trabajando, por favor?” Me habrían sacado del hospital en una camilla y me habrían metido en psiquiatría.

—Arjun...

—Te lo estoy diciendo ahora. A ti. Porque confío en ti. Y porque necesito saber la verdad antes de que esto avance más.

Vikram asintió lentamente.

—Mañana. Turno de la mañana en radiología. Conozco al técnico. Puedo conseguir un hueco sin registro oficial. Pero, Arjun... si la resonancia muestra lo que creo que va a mostrar, vamos a tener que hablar. Con Gupta, con el director, con todos. No vas a poder seguir trabajando así.

—Lo sé.

—¿Lo sabes? ¿De verdad? Porque lo que me acabas de describir —ver pacientes que no existen, realizar procedimientos sobre camillas vacías— no es un efecto secundario menor. Es una disociación severa con la realidad. Y un médico que no puede distinguir la realidad es un peligro para sus pacientes.

Las palabras golpearon a Arjun como un diagnóstico terminal. Porque eran verdad. Y porque significaban que, independientemente de lo que la resonancia mostrara, su carrera como médico de emergencias estaba, posiblemente, terminada.

—Mañana —repitió Arjun—. La resonancia mañana.

—Mañana.

Se dieron la mano. No como colegas. Como amigos que saben que algo malo viene y que lo único que pueden hacer es enfrentarlo juntos.

Arjun se fue a casa. En el camino, conduciendo por las calles vacías de Delhi a las cinco de la mañana, notó que las líneas oscuras que había empezado a ver en las paredes de su apartamento ahora eran visibles en todas partes. En los edificios. En el asfalto. En los árboles. Una red vasta, omnipresente, que cubría la superficie del mundo como un sistema venoso inmensurable, pulsando con un ritmo que no era el ritmo de la ciudad sino algo más profundo, más fundamental.

Y entre las líneas, de vez en cuando, veía figuras.

Personas de pie junto a los edificios. Sentadas en las banquetas. Caminando por las aceras vacías.

Personas que nadie más podía ver.

Personas que, según todo lo que la medicina le había enseñado, no existían.

Y sin embargo, eran más reales que cualquier cosa que hubiera visto en su vida.

Arjun condujo hasta su edificio, subió por las escaleras porque el ascensor olía demasiado a aceite de máquina y a los fluidos corporales de todos los vecinos que habían subido durante el día, y se encerró en su apartamento.

Las paredes pulsaban con redes oscuras. El techo estaba cubierto de filamentos. El suelo vibraba bajo sus pies con una frecuencia que sentía más que oía.

Cerró los ojos. Pero detrás de los párpados, la oscuridad no era oscuridad.

Era la red. Extendiéndose en todas las direcciones. Conectándolo todo. Conectándolo a él.

Arjun se preguntó si estaba perdiendo la razón.

Y luego se preguntó si la razón era algo que simplemente le habían enseñado a querer conservar.

* * *

CAPÍTULO 19: GRABACIONES

Día 50 — 06:45 AM — Departamento de Radiología

La resonancia magnética cerebral del Dr. Arjun Mehta fue realizada a las 6:47 de la mañana de un jueves, en el tubo número tres del departamento de radiología, por un técnico llamado Ajay que le debía un favor a Vikram desde hacía dos años y que no hizo preguntas cuando le dijeron que el estudio no iba a quedar registrado en el sistema del hospital.

Arjun se acostó en la camilla estrecha del resonador y dejó que la máquina lo tragara. El tubo era un cilindro de plástico blanco, de apenas sesenta centímetros de diámetro, ligeramente más ancho que sus hombros. Las personas claustrofóbicas odiaban las resonancias. Arjun no era claustrofóbico —o no lo había sido nunca—, pero dentro del tubo, con la bobina de cabeza ajustada alrededor de su cráneo como una jaula y el ruido de la máquina martilleando en ciclos repetitivos que hacían vibrar el aire y los huesos, sintió algo que no esperaba.

Podía sentir el campo magnético.

No debería poder sentirlo. El campo magnético de un resonador de 1.5 teslas era quince mil veces más fuerte que el campo magnético terrestre, pero era un campo estático y los seres humanos no tenían receptores para campos magnéticos estáticos. No era algo que el sistema nervioso humano pudiera percibir. Y sin embargo, Arjun lo sentía. Era una presión. No física —no había fuerza contra su cuerpo—, sino algo más fundamental, como si cada átomo de hierro en su sangre —cada uno de los cuatro átomos de hierro en cada molécula de hemoglobina, en cada uno de los veinticinco billones de glóbulos rojos que circulaban por su cuerpo— estuviera siendo alineado por una fuerza invisible, como limaduras de metal sobre una hoja de papel cuando se acerca un imán por debajo.

Los golpes del gradiente magnético —BANG BANG BANG BANG—, los pulsos de radiofrecuencia que excitaban los protones de hidrógeno en su tejido cerebral para generar la señal de imagen, eran ensordecedores incluso con los tapones de oído. Pero Arjun percibía algo más que ruido. Entre los golpes, en los microsegundos de silencio relativo, podía escuchar un zumbido de fondo que no era parte de la máquina. Era un zumbido que venía de su propia cabeza. De su propio cerebro. Como si los pulsos magnéticos estuvieran activando algo dentro de él que respondía con su propia frecuencia.

El estudio duró treinta y cinco minutos. T1, T2, FLAIR, difusión, angiografía. Secuencia completa. Cuando la camilla se deslizó fuera del tubo y Arjun se sentó, Vikram estaba de pie frente a la consola del técnico, mirando la pantalla donde las imágenes empezaban a reconstruirse.

Las imágenes del cerebro de Arjun aparecieron en la pantalla en secuencia, como las páginas de un libro abriéndose una por una. Las secciones axiales mostraban la anatomía normal: los ventrículos laterales, simétricos, llenos de líquido cefalorraquídeo brillante en T2; el cuerpo calloso conectando ambos hemisferios como un puente de materia blanca; los ganglios basales, los tálamos, la corteza cerebral con sus surcos y circunvoluciones.

Y los lóbulos temporales.

Vikram se inclinó hacia la pantalla. Ajay, el técnico, se inclinó también, aunque no tenía idea de qué estaban buscando.

Arjun no necesitó inclinarse. Sabía lo que iban a ver. Y lo vieron.

Hiperintensidad en T2 bilateral en ambos lóbulos temporales. Hipocampo. Amígdala. Giro parahipocampal. La señal era brillante, simétrica, inequívoca. Exactamente el mismo patrón que en Banerjee. Exactamente el mismo patrón que en Malhotra. Exactamente el mismo patrón que en los cinco pacientes con BNEV-1 confirmado.

—Dios santo —murmuró Vikram.

Arjun miró las imágenes de su propio cerebro con la desapasionada atención de un radiólogo experimentado. Porque eso era lo que necesitaba ser en ese momento: no un paciente, sino un médico examinando una placa. Una placa que casualmente era de su propio cerebro. Una placa que casualmente mostraba que un virus de origen desconocido se había instalado en las estructuras que controlaban su memoria, su percepción y sus emociones.

—Encefalitis límbica bilateral simétrica —dijo con una voz plana—. Compatible con BNEV-1.

—Arjun...

—Quiero ver la secuencia de difusión. Si hay restricción en la difusión, indica edema citotóxico, lo cual sugiere daño celular activo. Si no hay restricción, indica edema vasogénico, menos grave, potencialmente reversible.

El técnico cambió a la secuencia de difusión. No había restricción significativa. El edema era vasogénico, no citotóxico. Las neuronas no estaban muriendo.

Estaban siendo modificadas.

—¿Cuánto tiempo? —preguntó Vikram—. ¿Desde cuándo crees que estás infectado?

—Probablemente desde el primer contacto con Banerjee. Día cero. Hace cincuenta días.

—Cincuenta días con el virus en tu cerebro y tus análisis de sangre son normales.

—El virus cruzó la barrera hematoencefálica y se estableció en el SNC sin viremia periférica detectable. Como la rabia en sus primeras fases. Como el virus JC.

—¿Y las alucinaciones?

—Empezaron hace unas dos semanas como percepciones alteradas. Hace una semana como percepciones de personas completas que no aparecen en los registros ni en las cámaras de seguridad.

Vikram se pasó la mano por la cara. Se apoyó contra la pared del cuarto de control.

—Necesitas tratamiento. Antivirales. Lo que sea que tengamos.

—No hay antiviral específico para el BNEV-1. Se podría probar ribavirina empírica, pero no hay evidencia de eficacia.

—Entonces lo reportamos. Le decimos a Gupta. Al director. Activamos...

—Vikram. —Arjun lo interrumpió con suavidad—. Si reportamos esto, ocurren tres cosas. Primera: me sacan del hospital y me internan para evaluación psiquiátrica y tratamiento experimental. Segunda: cualquier hallazgo que haya hecho sobre el BNEV-1 queda invalidado porque fue hecho por un investigador infectado por el mismo agente que investigaba. Tercera: pierdo el acceso a los datos, a los pacientes y a la posibilidad de entender qué es este virus.

—Arjun, estás enfermo. Tu cerebro está comprometido. No puedes seguir tomando decisiones clínicas.

—¿Me has visto cometer un error clínico en las últimas dos semanas?

—No, pero...

—¿He dado un diagnóstico equivocado? ¿He prescrito un medicamento incorrecto? ¿He puesto en riesgo a algún paciente real?

—No. Pero ves pacientes que no existen. Eso es...

—Es una alteración de la percepción, no de las capacidades clínicas. Soy perfectamente capaz de distinguir las dos categorías de pacientes después del hecho, verificando los registros. Durante el turno, atiendo a todos con el mismo estándar. Los pacientes reales reciben tratamiento real. Los que no están en el sistema... simplemente desaparecen cuando los busco.

—¿Estás escuchándote? ¿Estás escuchando lo que estás diciendo?

—Lo escucho perfectamente. Y sé cómo suena. Pero dame cuarenta y ocho horas. Dame dos días para revisar los registros y las grabaciones y entender exactamente cuántos de los pacientes que he atendido eran reales y cuántos no. Si después de esa revisión la evidencia dice que soy un riesgo para los pacientes, me aparto voluntariamente. Pero necesito esos dos días.

Vikram lo miró durante un largo momento. Era la mirada de un cirujano evaluando un riesgo: solucionable o no, operable o no, salvable o no.

—Cuarenta y ocho horas —dijo finalmente—. Ni una más. Y durante esas cuarenta y ocho horas no atiendes pacientes solo. Siempre con Kavya o con enfermera presente. Siempre con alguien que pueda confirmar que el paciente que estás viendo es real.

—De acuerdo.

—Y Arjun... si en cuarenta y ocho horas no tienes respuestas, yo mismo voy a hablar con Gupta. Porque no voy a ser cómplice de un médico que trabaja con encefalitis activa. Por mucho que seas mi amigo.

—Lo entiendo.

Se dieron la mano de nuevo. Esta vez, el apretón fue más largo.

* * *

Día 50 — 11:00 PM — Oficina de Seguridad del Hospital

El departamento de seguridad del hospital estaba en el subsuelo, al final de un pasillo que olía a humedad y electricidad, detrás de una puerta sin señalización que la mayoría del personal ignoraba. La oficina contenía cuatro pantallas de monitoreo alimentadas por dieciséis cámaras de circuito cerrado que cubrían las áreas principales: la entrada del departamento de emergencias, la sala de espera, el pasillo central, el área de procedimientos, el estacionamiento de ambulancias y los accesos al edificio.

Las grabaciones se almacenaban en disco duro durante treinta días y luego se sobrescribían automáticamente. Lo cual significaba que Arjun tenía acceso a las grabaciones de los últimos treinta días —del día veinte al día cincuenta— pero no a las primeras dos semanas del caso Banerjee.

El guardia de seguridad nocturno, un hombre somnoliento llamado Prakash que llevaba veinte años sentado frente a las mismas pantallas y que probablemente había desarrollado anticuerpos contra la monotonía, le dio acceso al sistema después de que Arjun le mostrara su credencial y le explicara que necesitaba revisar unas grabaciones por una investigación clínica. Prakash no hizo preguntas. La combinación de una bata blanca, una credencial de médico y la hora —las once de la noche, cuando la capacidad de hacer preguntas se reduce significativamente— fue suficiente.

Arjun se sentó frente a la terminal de visionado. La interfaz era simple: seleccionar cámara, seleccionar fecha y hora, reproducir. La calidad de la imagen era la habitual en cámaras de seguridad de un hospital público: resolución aceptable, enfoque fijo, ángulos que cubrían el máximo de área con el mínimo de detalle. Suficiente para identificar personas, no para leer expresiones faciales.

Empezó por la noche del día treinta y tres. La noche del paciente con miasis: el primer caso que había identificado como posiblemente no real después de no encontrarlo en el sistema hospitalario.

Avanzó las grabaciones hasta las 2:00 AM aproximadamente. La cámara del pasillo central mostraba el departamento de emergencias en su configuración nocturna habitual: luces tenues en los extremos, actividad concentrada en el área central, camillas alineadas contra las paredes con pacientes que dormían o gemían o simplemente miraban el techo esperando que alguien los atendiera.

Encontró la camilla donde recordaba haber atendido la miasis. Cámara cinco, ángulo lateral. La camilla estaba en el borde del campo visual, parcialmente oscurecida por una columna, pero visible.

Y ahí estaba Arjun. En la pantalla. A las 2:07 AM del día treinta y tres. Caminando hacia la camilla. Poniéndose guantes. Inclinandose sobre la camilla.

La camilla estaba vacía.

En la grabación, Arjun realizaba movimientos precisos, sistemáticos, durante diecisiete minutos. Se inclinaba. Extendía los brazos. Hacía gestos de pinzamiento con los dedos —como si estuviera extrayendo larvas con pinzas—. Se enderezaba. Volvía a inclinarse. Irrigaba algo que no estaba ahí. Aplicaba algo sobre una herida que no existía. Vendaba un cráneo que la cámara no registraba.

Solo. Sin enfermera. Sin residente. Sin paciente.

Arjun tragó saliva y pasó a la siguiente noche.

Noche del día treinta y cinco. El paciente con absceso cerebral. Cámara tres, área de evaluación. Arjun se ve a sí mismo sentado frente al ordenador del puesto de enfermería, escribiendo notas. Se levanta. Camina hacia una camilla en el sector izquierdo. Se detiene. Habla —sus labios se mueven, aunque la cámara no tiene audio—. Se inclina. Palpa algo que no está ahí. Examina pupilas en un rostro que no existe. Ordena una tomografía —se ve cómo se dirige al teléfono y descuelga— para un paciente que las cámaras no registran.

Pasó a la noche del día treinta y siete. La mujer con leishmaniasis visceral. Misma historia. Arjun atendía a una paciente invisible con la misma dedicación, la misma precisión, la misma competencia que dedicaba a los pacientes reales.

Revisó doce noches de grabaciones. De los treinta y nueve pacientes que recordaba haber atendido en ese período, veintiséis aparecían en las grabaciones como pacientes reales, confirmados por el personal presente en la escena, con interacciones visibles con enfermeras, residentes y otros médicos.

Trece no aparecían.

Trece pacientes que Arjun había atendido —con los que había hablado, a los que había diagnosticado, a los que había tratado— existían solo en su memoria.

Sacó su teléfono y abrió la aplicación de notas. Creó una lista:

* * *

PACIENTES NO CONFIRMADOS EN GRABACIONES (Días 20-50)

1. Hombre ~60 años, miasis en cuero cabelludo. Día 33.
2. Hombre ~40 años, absceso cerebral. Día 35.
3. Mujer ~50 años, leishmaniasis visceral. Día 37.
4. Hombre ~70 años, gangrena seca de pie. Día 38.
5. Mujer joven ~25 años, parasitosis intestinal severa. Día 39.
6. Hombre ~45 años, quemaduras químicas. Día 41.
7. Niño ~8 años, fractura de cráneo. Día 42.
8. Mujer ~35 años, shock séptico. Día 43.
9. Hombre ~55 años, hemorragia gastrointestinal masiva. Día 44.
10. Mujer ~40 años, absceso hepático amebiano. Día 45.
11. Hombre ~30 años, herida penetrante abdominal. Día 49. (Vikram presente, confirmó camilla vacía.)
12. Mujer anciana, sentada en sala de espera. Múltiples apariciones.
13. Hombre ~50 años, paciente en coma con actividad neurológica extraña. Día 47.

CARACTERÍSTICA COMÚN: Todos los pacientes no confirmados presentaban patologías médicas coherentes y detalladas. Todos parecían estar solos (sin familiares, sin paramédicos). La mayoría aparecían en zonas de baja iluminación del departamento.

NOTA CRÍTICA: Todos los pacientes no confirmados del que tengo un recuerdo visual claro presentaban lesiones cutáneas compatibles con BNEV-1, excepto los números 1, 5 y 7. Revisaré mis notas para confirmar.

* * *

Arjun miró la lista.

Trece pacientes imaginarios en treinta días. Casi uno cada dos noches.

Su cerebro, infectado por el BNEV-1, había generado trece personas completas, con patologías médicamente coherentes, que él había atendido con la misma diligencia y competencia que a los pacientes reales. Había hablado con ellos. Les había tomado signos vitales. Les había prescrito tratamientos. Había escrito notas clínicas que después no aparecían en el sistema porque nunca habían sido ingresadas —porque su cerebro había generado incluso la experiencia de escribir en el sistema, pero sin tocar realmente el teclado—.

Era aterrador.

No aterrador por las alucinaciones en sí. Las alucinaciones eran un síntoma neurológico, diagnosticable, potencialmente tratable. Lo aterrador era la perfección de las alucinaciones. No eran sombras ni formas vagas ni apariciones fantasmales. Eran simulaciones completas de seres humanos enfermos, generadas con una fidelidad médica que solo era posible porque el cerebro de Arjun contenía quince años de datos clínicos y el BNEV-1 los estaba usando para construir realidades alternativas indistinguibles de la realidad consensuada.

O —y esta posibilidad no iba a desaparecer por mucho que Arjun intentara ignorarla— las cámaras de seguridad no registraban lo que Arjun percibía porque lo que percibía existía fuera del espectro electromagnético que las cámaras podían captar.

Cerró la terminal. Se levantó de la silla. Le dio las gracias a Prakash, que se había quedado dormido con la cabeza apoyada en el escritorio.

Salió de la oficina de seguridad y caminó por el pasillo del subsuelo hacia el ascensor. El pasillo estaba iluminado por una única fila de fluorescentes que parpadeaban con la irregularidad de siempre. Las paredes eran de concreto pintado de gris. El suelo era de linóleo desgastado. El olor era a humedad, a tuberías viejas, a los productos químicos del servicio de lavandería que estaba al final del corredor.

Y por supuesto, las líneas estaban ahí.

En las paredes de concreto, debajo de la pintura gris, las redes arborescentes de filamentos oscuros se extendían en todas las direcciones, pulsando con ese ritmo lento que Arjun ya reconocía como parte del mobiliario de su percepción alterada. Las veía todo el tiempo ahora. En cada superficie. En cada estructura. En cada rincón del hospital y de la ciudad y de su apartamento.

Y junto al ascensor, de pie, inmóvil, mirándolo con ojos que tenían la paciencia oceánica de algo que ha esperado mucho más que una vida humana, estaba el hombre alto.

El paciente fantasma número cuatro de su lista tácita. El hombre que lo había mirado a través de la ventanilla de la sala de aislamiento donde había muerto Banerjee. El que apareció en la sala de emergencias junto a la anciana y el niño. El que siempre estaba en la periferia, observando.

Arjun se detuvo a tres metros de distancia.

El hombre lo miraba. Directamente. No a través de él, no hacia un punto indeterminado del espacio, sino a él. A Arjun. Con una mirada que no era hostil. Era expectante. Esperaba algo de Arjun. Algo que Arjun todavía no entendía.

Las manchas del BNEV-1 cubrían todo su cuello y se extendían por sus brazos. Eran extensas, mucho más extensas que las de cualquier paciente real que Arjun hubiera visto. Cubrían quizá el setenta por ciento de su piel visible. Y dentro de las manchas, los filamentos arborescentes eran visible bajo la luz parpadeante del fluorescente, formando una red que parecía latir con el mismo ritmo que las redes de las paredes.

—No eres real —dijo Arjun en voz alta, y su voz rebotó contra las paredes de concreto del pasillo vacío—. No existes. Eres un producto de mi cerebro infectado.

El hombre no respondió. No se movió. Pero algo en su expresión cambió. Un movimiento sutil, casi imperceptible, que podría haber sido una sonrisa o podría haber sido un pliegue de la piel causado por la luz parpadeante.

Arjun pasó junto a él y entró al ascensor. Presionó el botón de la planta baja sin mirar atrás.

Las puertas del ascensor se cerraron. Arjun estaba solo en la caja metálica, subiendo a través de los pisos del hospital, y se obligó a pensar como un médico, no como un paciente.

Los datos eran claros. Su cerebro estaba infectado por el BNEV-1. La infección producía alucinaciones visuales complejas que eran indistinguibles de la realidad en el momento de la percepción, pero que no dejaban registro en los sistemas electrónicos ni en las cámaras de seguridad. La conclusión más parsimoniosa, la que la navaja de Occam favorecería, era que las alucinaciones eran exactamente eso: alucinaciones. Productos de un cerebro enfermo. Ficción neuronal.

E iba a escribir esa conclusión en su informe.

Porque era la conclusión racional. La conclusión médica. La única conclusión que un médico entrenado en el método científico podía hacer con los datos disponibles.

La conclusión correcta.

¿Verdad?

Las puertas del ascensor se abrieron. Arjun salió al pasillo de la planta baja. Las luces eran más brillantes aquí. Los filamentos en las paredes eran menos visibles. Y el hombre alto no estaba por ningún lado.

Se fue a la oficina de médicos. Se sentó frente al ordenador. Y empezó a escribir.

* * *

CAPÍTULO 20: INVENTARIO DE FANTASMAS

Día 51 — 03:00 AM — Oficina del Dr. Mehta

Arjun llevaba siete horas sentado en la misma silla, frente a la misma pantalla, haciendo algo que ningún médico de emergencias debería tener que hacer: un inventario de sus propias alucinaciones.

Había bloqueado la puerta de la oficina con el cerrojo que nadie usaba desde que Priya le había regalado una cerradura nueva para la oficina durante el primer año de su matrimonio, cuando ella todavía creía que los regalos prácticos eran una forma de cariño y él todavía creía que las cerraduras podían proteger de algo. La luz del techo estaba apagada; solo la luz de la pantalla del ordenador iluminaba la habitación con un resplandor azulado que convertía las paredes en superficies de acuario y su propia cara, reflejada en la ventana oscura, en la cara de un hombre submarino.

Sobre la mesa, organizado con la meticulosidad compulsiva que era su marca personal, había desplegado un sistema de verificación cruzada que le habría valido un elogio del departamento de epidemiología si no fuera porque el sujeto de estudio era él mismo.

Tres fuentes de datos:

Primera fuente: su memoria. Los pacientes que recordaba haber atendido, con todo el detalle que su cerebro —mejorado, infectado, distorsionado, lo que fuera— le proporcionaba. Nombres cuando los recordaba. Patologías. Procedimientos realizados. Horarios aproximados.

Segunda fuente: el sistema de historias clínicas electrónicas del hospital. Cada paciente registrado tenía un número de historia clínica, un nombre, un motivo de ingreso, notas médicas y, si Arjun había sido el médico tratante, su firma digital. Si un paciente estaba en el sistema, era real.

Tercera fuente: las grabaciones de seguridad. Si un paciente aparecía en las cámaras, era real. Si Arjun aparecía en las cámaras atendiendo a una camilla vacía, el paciente no era real.

Había empezado a las ocho de la noche, revisando cada noche de los últimos treinta días desde el inicio de sus alteraciones perceptivas más severas. Fue un trabajo tedioso, minucioso, que requería reproducir horas de grabación en velocidad acelerada, detenerse en cada momento en que él aparecía junto a un paciente, comparar la imagen con el registro del sistema, y clasificar cada caso.

El resultado estaba frente a él en una hoja de cálculo que había construido en la laptop, y que ahora miraba con la misma desapasionada atención con que un oncólogo mira una biopsia que sabe que va a mostrar malignidad.

* * *

ANÁLISIS CRUZADO — PACIENTES ATENDIDOS POR DR. A. MEHTA Período: Días 20–50 (30 días)

Pacientes totales recordados	39
Confirmados en sistema + cámaras	26
Ausentes de sistema + cámaras	13
Tasa de alucinación	33.3%

Distribución temporal de pacientes no confirmados: - Día 20-30: 2 pacientes no confirmados (de 14 totales): 14.3% - Día 31-40: 5 pacientes no confirmados (de 13 totales): 38.5% - Día 41-50: 6 pacientes no confirmados (de 12 totales): 50.0%

Tendencia: progresiva. La proporción de pacientes alucinados respecto al total de pacientes atendidos aumenta con el tiempo. Proyección lineal sugiere que, de continuar la tendencia, en dos a tres semanas Arjun verá más pacientes alucinados que reales.

* * *

Arjun miró los números. Los números no mentían. Los números eran lo único en su vida que todavía no estaba contaminado por un virus que alteraba su percepción de la realidad.

Un tercio de sus pacientes en el último mes no habían sido reales. Y la proporción iba en aumento.

Se recostó en la silla y se frotó los ojos. Detrás de los párpados, las líneas oscuras de la red se movían en patrones que su cerebro generaba incluso sin estímulo visual. Eran como fosfenos, esas luces que aparecen cuando se presionan los ojos, pero en lugar de puntos de luz eran filamentos oscuros que se ramificaban y se reconectaban en un flujo constante.

Abrió los ojos. Miró la habitación.

Las líneas estaban en las paredes, por supuesto. Siempre estaban. Pero esta noche, en la oscuridad de la oficina iluminada únicamente por la pantalla, eran más visibles que nunca. No solo líneas. Nodos. En los puntos donde varias líneas convergían, había engrosamiento, como ganglios interconectados en una vasta red. Y los nodos no eran estáticos: pulsaban. Con un ritmo lento, regular, que Arjun contó: aproximadamente uno cada cuatro segundos. Quince por minuto. No era el ritmo cardíaco humano, que era de sesenta a cien latidos por minuto. Era algo mucho más lento. Algo con un metabolismo diferente al humano.

No pienses en eso. No te van por ahí los datos.

Volvió a la pantalla. Necesitaba cerrar el análisis. Necesitaba una conclusión que pudiera presentar a Vikram —y potencialmente a la Dra. Gupta, al director del hospital y al equipo del AIIMS— cuando las cuarenta y ocho horas se cumplieran.

Abrió el documento de texto. Empezó a escribir.

* * *

INFORME CONFIDENCIAL Autoría: Dr. Arjun Mehta Fecha: [Día 51] Asunto: Autodiagnóstico de infección por BNEV-1 y evaluación de impacto en práctica clínica

1. Hallazgos diagnósticos

La resonancia magnética cerebral realizada el día 50 muestra hiperintensidad bilateral simétrica en T2/FLAIR en ambos lóbulos temporales, con afectación preferente del hipocampo, amígdala y giro parahipocampal. El patrón es idéntico al observado en los seis pacientes con BNEV-1 confirmado.

Dado que los análisis de sangre periférica han sido negativos en dos ocasiones (días 15 y 19), la infección más probable se estableció directamente en el sistema nervioso central sin viremia periférica detectable, posiblemente a través de la vía olfatoria o mediante inoculación directa durante procedimientos realizados al caso índice (Dr. Ravi Banerjee).

2. Manifestaciones clínicas

Las manifestaciones de la infección en mi caso han seguido una progresión consistente con los reportes de los pacientes confirmados, pero con una evolución más lenta, posiblemente debido a una dosis de exposición más baja:

- **Fase 1 (Días 1-15):** Insomnio progresivo, fatiga, cefalea persistente. Atribuidos inicialmente a estrés laboral.
- **Fase 2 (Días 15-30):** Hipersensibilidad sensorial. Agudeza visual exagerada (percepción de microestructuras no visibles a simple vista en condiciones normales). Hiperosmia (capacidad de descomponer olores complejos en componentes individuales). Hiperacusia (detección de frecuencias normalmente fuera del rango auditivo consciente). Hipersensibilidad táctil.
- **Fase 3 (Días 30-40):** Percepción de estructuras visuales no confirmadas por otros observadores ni por sistemas de registro electrónico. Patrones lineales arborescentes en superficies sólidas (paredes, suelos, techos). Descritos también por los pacientes Banerjee y Malhotra como “venas” o “redes” en las paredes.
- **Fase 4 (Días 40-50):** Alucinaciones visuales complejas. Percepción de personas completas que no existen en los registros hospitalarios ni aparecen en las grabaciones de seguridad. Las personas percibidas presentan patologías médicas coherentes y detalladas. 13 de 39 pacientes atendidos en los últimos 30 días no pudieron ser verificados.

3. Evaluación del impacto en la práctica clínica

A pesar de la presencia de alucinaciones, la competencia clínica para pacientes reales no se ha visto afectada. No se han registrado errores diagnósticos, prescripciones incorrectas ni resultados adversos atribuibles a la infección en pacientes confirmados. Sin embargo, la incapacidad de distinguir pacientes reales de pacientes alucinados en tiempo real constituye un riesgo clínico significativo que invalida la capacidad del médico para ejercer de forma independiente.

4. Conclusiones

El BNEV-1 produce una encefalitis límbica bilateral simétrica que altera progresivamente los filtros sensoriales del cerebro humano. En su manifestación avanzada, la infección genera alucinaciones visuales complejas, médicamente coherentes, que son clínicamente indistinguibles de la realidad para el sujeto infectado.

Estas alucinaciones son un producto de la disfunción cerebral causada por el virus, no percepciones de estímulos reales. Las evidencias que sustentan esta conclusión son:

a) Las alucinaciones no aparecen en las grabaciones de seguridad del hospital. b) Las alucinaciones no son percibidas por personal no infectado. c) Las alucinaciones no dejan registro en los sistemas electrónicos del hospital. d) Las alucinaciones son consistentes con la disfunción de las áreas cerebrales afectadas por el virus (hipocampo, amígdala, áreas de procesamiento sensorial).

5. Recomendaciones

a) Retiro inmediato de la práctica clínica. b) Hospitalización para monitoreo y tratamiento experimental (ribavirina empírica, corticoterapia para reducir edema cerebral). c) Punción lumbar para confirmación de BNEV-1 en LCR y evaluación de carga viral. d) Notificación al comité de infecciones emergentes sobre la vía de transmisión ocupacional confirmada.

* * *

Arjun terminó de escribir. Releyó el documento dos veces. Corrigió tres erratas. Ajustó la redacción de la conclusión principal para que fuera lo más clara y definitiva posible.

Estas alucinaciones son un producto de la disfunción cerebral causada por el virus, no percepciones de estímulos reales.

Miró la frase durante un momento largo.

Era la conclusión correcta. La conclusión parsimoniosa. La que cualquier médico, cualquier científico, cualquier persona racional llegaría con los datos disponibles. Las cámaras no registraban los pacientes. El personal no los veía. Los sistemas electrónicos no los registraban. Ergo, no existían. Ergo, eran alucinaciones. Fin del misterio.

Guardó el documento. Cerró la laptop.

Se levantó. Abrió la puerta de la oficina. El pasillo estaba iluminado con la luz fluorescente pálida del turno nocturno. Vacío excepto por la enfermera de guardia que caminaba al fondo con una bandeja de medicamentos y un residente de primer año que estudiaba notas en una silla de plástico con los ojos medio cerrados.

Y en la camilla junto a la puerta de la sala de procedimientos, estaba el niño.

El niño de la camiseta azul. El paciente fantasma número tres de su lista original. Sentado en la camilla con las piernas colgando, balanceándolas suavemente, mirando el pasillo con esos ojos grandes y curiosos que absorbían todo.

Arjun lo miró.

El niño lo miró.

Y por primera vez desde que las alucinaciones habían empezado, el niño habló.

—Nos puedes ver —dijo. No como una pregunta. Como una confirmación.

La voz era suave, aguda, con la claridad cristalina de un niño que todavía no ha aprendido que las palabras pueden ser usadas para mentir. Y era perfectamente clara. Perfectamente audible. Perfectamente real.

Arjun se quedó inmóvil en la puerta de su oficina, con una mano en el marco y la otra apretando su laptop contra el pecho, mirando a un niño que no existía pero que acababa de hablarle.

—No eres real —dijo Arjun.

El niño inclinó la cabeza levemente, como un pájaro. Las manchas del BNEV-1 en su cuello brillaban bajo la luz fluorescente.

—¿Cómo sabes? —preguntó el niño.

—Porque no apareces en las cámaras. Ni en los registros. Ni nadie más puede verte.

—Eso no significa que no sea real —dijo el niño—. Significa que ellos no pueden verme.

Y luego, como todos los pacientes fantasma que Arjun había visto hasta ahora, el niño dejó de ser visible. No se desvaneció. No se disolvió. Simplemente dejó de estar, como una imagen que se apaga cuando se cierra la aplicación que la muestra.

La camilla estaba vacía.

Arjun se quedó de pie en el pasillo durante un minuto entero, con el corazón latiendo a más de ciento veinte por minuto y las manos tan húmedas de sudor que temió que la laptop se le resbalara.

No eres real. Las cámaras no te ven. Los registros no te contienen. Eres un producto de mi cerebro enfermo.

Pero la réplica del niño seguía rebotando dentro de su cráneo como una bala de goma.

Eso no significa que no sea real. Significa que ellos no pueden verme.

Arjun se fue a casa. Tomó un taxi porque no confiaba en su capacidad para conducir. En el taxi, las líneas de la red eran visibles en cada superficie de la ciudad: en los edificios, en los postes de luz, en el asfalto, en los árboles, en el cielo —sí, incluso en el cielo, donde los filamentos formaban patrones que recordaban vagamente a constelaciones pero que cambiaban de forma cada vez que los miraba directamente—.

Y las figuras. Una en cada esquina. De pie. Inmóviles. Mirando el tráfico inexistente de las cuatro de la mañana con la paciencia de quien tiene toda la eternidad para esperar.

Arjun cerró los ojos y no los abrió hasta que el taxi se detuvo frente a su edificio.

—Son las cuatro y veinticinco, sahib —dijo el taxista—. ¿Está bien? Se ve pálido.

—Estoy bien —mintió Arjun, pagó y subió las escaleras hasta su apartamento.

Se sentó en la cama sin desvestirse. Puso la laptop en la mesa de noche. Abrió el informe que acababa de escribir. Releyó la conclusión una última vez.

Estas alucinaciones son un producto de la disfunción cerebral causada por el virus, no percepciones de estímulos reales.

Y debajo de esa frase, en un impulso que no podía atribuir a la ciencia, ni a la locura, ni al virus, añadió una nota que no iba a incluir en el informe oficial:

“Pero si estoy equivocado —si las percepciones son reales y los instrumentos simplemente no pueden detectarlas—, entonces la realidad que habitamos es una versión reducida, censurada, de algo mucho más vasto. Y el virus no es una enfermedad. Es una actualización de firmware.”

Borró la nota inmediatamente.

Se acostó.

No durmió.

* * *

CAPÍTULO 21: RESOLUCIÓN

Día 52 — 10:00 AM — Sala de Reuniones del Departamento de Medicina Interna

Arjun entregó el informe a las diez de la mañana del día cincuenta y dos, con dieciocho horas de anticipación al plazo que Vikram le había dado.

Lo hizo en persona, en una reunión que Vikram había convocado con la discreción de un cirujano que sabe que la información que maneja es tan peligrosa como un bisturí mal dirigido. Los asistentes eran los mínimos imprescindibles: Vikram como testigo médico, la Dra. Anita Gupta como jefa de epidemiología, y el Dr. Subramanian, jefe del departamento de medicina interna y superior jerárquico de Arjun.

Kavya no fue invitada. Arjun se lo pidió específicamente a Vikram. No quería que su residente lo viera así: sentado al otro lado de la mesa, no como médico sino como paciente, explicando con la calma clínica que era su único recurso emocional que había estado atendiendo pacientes imaginarios durante un mes mientras un virus comía los circuitos de su cerebro.

La sala de reuniones era funcional y fea: mesa rectangular de fórmica marrón, ocho sillas tapizadas en tela gris que alguna vez fue azul, un proyector que nadie usaba porque la pantalla de proyección estaba atascada a medio enrollar desde hacía dos años, y una ventana que daba al patio central del hospital donde los internos fumaban a escondidas durante los descansos. Las paredes eran de un beige institucional que Arjun veía ahora decorado, como siempre, con los filamentos oscuros de la red. Pulsando. Siempre pulsando.

El Dr. Subramanian leyó el informe completo en silencio. Era un hombre de sesenta y dos años, calvicie frontal, bigote recortado, con la postura erguida de alguien que había pasado por las fuerzas armadas antes de entrar a la medicina. No era expresivo. Arjun llevaba ocho años trabajando bajo su supervisión y podía contar con los dedos de una mano las veces que había visto a Subramanian mostrar una emoción identificable. Lo más cercano a una emoción era el movimiento de su bigote cuando algo le desagradaba, que era un aleteo sutil del labio superior seguido de un silencio prolongado.

El bigote aleteó tres veces durante la lectura del informe.

Cuando terminó, colocó las hojas sobre la mesa con la precisión de un hombre que organiza naipes y miró a Arjun directamente.

—Doctor Mehta. ¿Cuándo fue la última vez que atendió a un paciente solo, sin supervisión de otro profesional?

—Hace cuarenta y ocho horas. Desde que hablé con el Dr. Patel, he trabajado únicamente en presencia de la Dra. Sharma o de la enfermera Rao.

—¿Y durante esas cuarenta y ocho horas supervisadas, tuvo episodios de alucinación?

—Sí. Tres. Percibí pacientes en camillas que la Dra. Sharma confirmó como vacías. En los tres casos, interrumpí la percepción y la reevalué antes de actuar.

—¿Pero hubiera actuado si la Dra. Sharma no hubiera estado presente?

—Sí. Sin supervisión externa, no puedo distinguir un paciente real de una alucinación en el momento de la percepción.

Subramanian miró a Gupta. Gupta miraba a Arjun con una expresión que combinaba compasión profesional con la gravedad de quien entiende las implicaciones institucionales de lo que estaba escuchando.

—Doctor Mehta —dijo Gupta—. ¿Es usted consciente de que lo que describe en este informe constituye una incapacidad médica funcional que requiere retiro inmediato de la práctica clínica?

—Sí. Lo recomiendo yo mismo en la sección cinco del informe.

—¿Y es consciente de que la infección ocupacional que describe implica que este hospital tiene un riesgo de transmisión no controlado que necesita una respuesta institucional?

—Sí. La recomendación de notificación al comité de infecciones emergentes también está en la sección cinco.

—Doctor Mehta —Subramanian habló de nuevo, y su voz tenía la cualidad plana, sin inflexión, de alguien que está controlando cuidadosamente lo que dice—. He leído su informe con atención. Es, desde el punto de vista clínico, impecable. Es uno de los autodiagnósticos más completos y honestos que he leído en cuarenta años de práctica. Lo cual hace que lo que voy a decir sea más difícil.

Arjun esperó.

—Queda usted relevado de sus funciones clínicas a partir de este momento. Se le asignará una cama en el departamento de neurología para hospitalización voluntaria, evaluación completa y tratamiento. Su carga de pacientes será redistribuida entre los doctores Patel, Deshmukh y Sharma, bajo mi supervisión directa. Su nombre será retirado de la lista de médicos de emergencias de guardia hasta nuevo aviso. ¿Entiende?

—Entiendo.

—Y, Doctor Mehta... su investigación sobre el BNEV-1.

—¿Sí?

—El manuscrito que ha estado preparando. ¿Cuál es su estado?

—Cuarenta y tres páginas. Listo para revisión por pares. Los datos son sólidos. Las conclusiones están respaldadas y son independientes de mis percepciones alteradas: se basan en análisis de laboratorio, microscopía electrónica, neuroimagen y secuenciación genómica, todo realizado por terceros.

—Su descubrimiento de la neurexina viral...

—Fue hecho por el laboratorio del AIIMS. El Dr. Nair puede confirmarlo. Mi contribución fue la hipótesis clínica, pero los datos experimentales que la sustentan fueron producidos por investigadores no infectados.

Subramanian asintió lentamente.

—Bien. El manuscrito será revisado por un comité independiente para determinar si los datos y las conclusiones son válidos independientemente de su estado de salud. Si lo son, y espero que lo sean, la publicación procederá con su nombre como autor principal.

—Gracias.

—No me las dé. Haga lo que le pido: descanse, coopere con el equipo de neurología, y deje que otros se ocupen de lo que usted ha estado cargando solo durante demasiado tiempo.

La reunión terminó. Subramanian se fue primero, con el paso medido de un militar que acaba de ejecutar una orden difícil. Gupta se detuvo un momento junto a Arjun.

—Doctor Mehta, su honestidad en este informe probablemente ha salvado vidas. Si hubiera seguido trabajando sin supervisión, las consecuencias habrían sido...

—Lo sé.

—¿Necesita que alguien lo acompañe a neurología?

—No.

—¿Necesita algo?

Arjun pensó un momento.

—Necesito que alguien llame a mi ex esposa. Priya Mehta. Tiene la custodia de mi hija Anika. Si voy a estar hospitalizado, necesita saberlo. No quiero que Anika se entere por alguien que no sea su madre.

—Lo haremos.

Gupta se fue. Vikram se quedó.

Se miraron. Vikram tenía las manos en los bolsillos de su bata, la postura relajada de siempre, pero los ojos contenían algo que Arjun no le había visto nunca: la tensión de alguien que está conteniendo una emoción que no puede permitirse expresar en el contexto profesional.

—Hiciste lo correcto —dijo Vikram.

—Lo sé.

—Hubiera sido más fácil no hacerlo.

—También lo sé.

—¿Cómo estás?

—Estoy sentado en una sala de reuniones de un hospital donde he trabajado quince años, viendo filamentos oscuros en las paredes que nadie más puede ver, sabiendo que un virus me ha comido el cerebro, sabiendo que mi carrera como médico de emergencias probablemente ha terminado, y sabiendo que la conclusión más racional que puedo sacar de toda esta situación es que estoy loco. ¿Cómo crees que estoy?

Vikram no respondió con sarcasmo. No respondió con una broma. Rodeó la mesa, puso la mano en el hombro de Arjun, y la dejó ahí.

—No estás loco. Estás enfermo. Y lo vamos a tratar.

—¿Y si no funciona?

—Entonces seguiremos intentando. Para eso estamos.

Arjun asintió. Se levantó. Recogió su laptop y la copia del informe que Subramanian no se había llevado.

Caminó hacia la puerta. Se detuvo.

—Vikram.

—¿Sí?

—El caso Banerjee. Todas mis notas, toda mi investigación. Está en la laptop. Si me pasa algo, si el virus avanza y pierdo la capacidad de comunicarme, necesito que te asegures de que Nair reciba todo. La neurexina viral, la mecánica de la integración sináptica, los datos de progresión. Todo eso tiene que llegar al mundo científico, independientemente de lo que me pase a mí.

—Nada te va a pasar.

—Vikram. Prométemelo.

—Te lo prometo.

Arjun salió de la sala de reuniones. El pasillo del segundo piso estaba lleno de la actividad matutina habitual: médicos caminando con historias clínicas bajo el brazo, enfermeras empujando carros de medicamentos, internos en grupos de tres o cuatro discutiendo diagnósticos diferenciales con la intensidad de quienes todavía creen que la medicina es una aventura y no una guerra de desgaste.

Todo normal. Todo funcional. Todo real.

Excepto que, para Arjun, la realidad ahora tenía una capa adicional. Una capa de filamentos, de redes, de nodos pulsantes, de figuras que aparecían en la periferia y que nadie más veía. Una capa que, según su propio informe, era el producto de un cerebro enfermo.

La conclusión racional. La conclusión correcta.

Bajó por las escaleras hacia el departamento de neurología. En el rellano del primer piso, donde la luz de una ventana se filtraba a través de persianas sucias, se detuvo un momento.

Por la ventana podía ver el patio central del hospital. Los internos fumando. Un guardia de seguridad dormitando en su silla. Una ambulancia estacionada con las puertas traseras abiertas.

Y entre los internos, de pie junto al muro de ladrillos del patio, inmóvil como siempre, estaba el hombre alto. Mirando hacia la ventana. Mirando a Arjun.

No eres real.

Eso no significa que no sea real. Significa que ellos no pueden verme.

Arjun apartó la mirada y siguió bajando las escaleras.

Pero la pregunta, la pregunta que había intentado responder con datos y análisis y resonancias magnéticas y grabaciones de seguridad y el método científico y treinta y nueve años de racionalidad, seguía sin respuesta.

Porque la respuesta racional —“son alucinaciones”— era perfectamente coherente con los datos.

Y la respuesta irracional —“son reales”— también era perfectamente coherente con los datos.

Si existieras en una dimensión que las cámaras no captan, que los análisis de sangre no detectan, que los ojos humanos normales no ven... ¿cómo demostrarías que existes?

Arjun no tenía respuesta.

Pero alguien, o algo, estaba a punto de dársela.

* * *

CAPÍTULO 22: UN CASO ESPECÍFICO

Día 55 — 02:00 PM — Departamento de Neurología, Habitación 304

La habitación 304 del departamento de neurología era más cómoda que la sala de aislamiento donde habían muerto Banerjee y habían recuperado Malhotra, pero no por mucho. Tenía una cama ajustable que funcionaba en tres de sus cuatro posiciones, una ventana que daba al jardín interior del hospital —un rectángulo de césped quemado por el sol con un árbol de neem que parecía haber sobrevivido a varias décadas de presupuestos de jardinería cercanos a cero—, un televisor empotrado en la pared que solo captaba cuatro canales, y un baño privado que era el único lujo genuino comparado con las salas compartidas del hospital público.

La punción lumbar se realizó el día cincuenta y tres. La Dra. Priya Kapoor —neurocirujana de guardia, sin relación con Priya Mehta, aunque la coincidencia del nombre le produjo a Arjun una punzada de ironía que no compartió con nadie— insertó la aguja entre las vértebras L3 y L4 con la precisión eficiente de alguien que realiza el procedimiento tres veces por semana. Arjun, acostado en posición fetal en la cama, sintió la presión del paso de la aguja a través de la fascia, el ligamento amarillo, la duramadre. Sintió —con su sensibilidad táctil exacerbada— cada una de las capas de tejido que la aguja atravesaba, cada fibra que cedía, cada membrana que se perforaba.

El líquido cefalorraquídeo que salió era claro como el agua. Transparente, incoloro, con esa limpidez cristalina que normalmente indicaba ausencia de infección o inflamación. Pero Arjun sabía que la apariencia macroscópica no significaba nada. El BNEV-1 no causaba la inflamación turbia de una meningitis bacteriana. Se camuflaba. Se integraba. Se escondía a plena vista.

Los resultados del LCR llegaron treinta y seis horas después.

Proteínas: ligeramente elevadas. Glucosa: normal. Células: leve pleocitosis linfocítica —un aumento discreto de linfocitos que apenas merecía una nota al margen—. Aspecto: cristalino.

PCR específica para BNEV-1 (desarrollada por el equipo del Dr. Nair en las últimas dos semanas, usando los primers diseñados a partir de la secuencia genómica): **POSITIVA**.

Carga viral: baja. Significativamente más baja que la encontrada en la sangre de Banerjee o en el LCR de Malhotra. Pero presente. Detectable. Inequívoca.

El BNEV-1 estaba en su líquido cefalorraquídeo. Estaba en su cerebro. Estaba en él.

La confirmación, paradójicamente, le trajo una calma que no esperaba. La incertidumbre era más difícil de manejar que la certidumbre, incluso cuando la certidumbre era mala. Ahora sabía lo que tenía. Podía nombrarlo. Podía medirlo. Podía, potencialmente, tratarlo.

O no. Porque el tratamiento con ribavirina empírica, iniciado el día de su admisión, no estaba mostrando ningún efecto medible. La fiebre que nunca había tenido no se modificaba porque nunca había existido. Las percepciones alteradas no cambiaban. La resonancia de control, tomada el día cincuenta y cuatro, mostraba el mismo patrón: encefalitis límbica bilateral simétrica, sin progresión pero sin regresión.

El virus estaba ahí. Estable. No avanzaba. Tampoco retrocedía.

Como un inquilino que ha decidido quedarse.

* * *

Arjun pasó los días de hospitalización haciendo lo único que sabía hacer cuando no podía hacer medicina: revisando datos.

Repasó cada caso de la lista de pacientes no confirmados. Los trece. Uno por uno. Reconstruyendo cada recuerdo con la exhaustividad de un detective forense que examina una escena del crimen. No buscaba confirmar que eran alucinaciones —eso ya lo sabía, o al menos ya lo había concluido—. Buscaba el patrón. El hilo común que conectaba todas las alucinaciones entre sí.

Y lo encontró.

No fue un descubrimiento dramático. Fue un detalle contable, un dato administrativo que apareció cuando revisó los registros del hospital de una forma que no había revisado antes: no buscando los pacientes alucinados, sino buscando los pacientes reales que había atendido antes y después de cada alucinación.

El paciente número trece de su lista —el hombre de cincuenta años, “paciente en coma con actividad neurológica extraña”— había sido el más perturbador de todas sus alucinaciones. Lo recordaba con una claridad fotográfica porque el caso era médicamente fascinante: un hombre en estado de coma profundo, sin respuesta a estímulos, pero con un electroencefalograma que mostraba actividad cerebral organizada, rítmica, como si el cerebro estuviera ejecutando un programa complejo mientras el cuerpo permanecía completamente inmóvil. Arjun recordaba haber pasado más de una hora evaluando a este paciente, discutiendo el caso con Kavya, ordenando estudios, formulando diagnósticos diferenciales.

Excepto que Kavya no recordaba esa discusión. Y el paciente no existía en el sistema. Y las cámaras mostraban a Arjun sentado solo frente a una cama vacía en la sala de observación, hablando en voz alta con nadie.

Pero había algo más.

Arjun revisó los registros del hospital para esa noche —día cuarenta y siete—, hora por hora, paciente por paciente. Y descubrió que, quince minutos antes de la aparición del paciente comatoso alucinado, había atendido a un paciente real: un hombre de cincuenta y dos años con dolor torácico que había resultado ser un espasmo esofágico, no un infarto. Le había hecho un ECG, le había dado nitroglicerina sublingual —que mejoró el dolor, confirmando el espasmo esofágico—, y lo había dado de alta con una receta de omeprazol y una referencia a gastroenterología.

Ese paciente, el del espasmo esofágico, era real. Estaba en el sistema. Estaba en las cámaras. Su nombre era Ashok Verma.

Y cuando Arjun buscó “Ashok Verma” en la base de datos completa del hospital —no solo en admisiones de emergencia, sino en el registro general de pacientes—, encontró algo que lo detuvo en seco.

Ashok Verma había sido admitido en el hospital dos veces antes. La primera, hacía tres años, por una colecistectomía electiva. La segunda, hacía once meses, por un episodio de fibrilación auricular. Ambas admisiones eran rutinarias, sin complicaciones, y no tenían ninguna relación con el BNEV-1.

Pero la segunda admisión había sido el mismo mes en que otro paciente había sido admitido en el mismo departamento de cardiología con un nombre que Arjun reconoció con un escalofrío: Pradeep Malhotra.

El caso dos del BNEV-1. El ingeniero de software. El segundo paciente confirmado.

Ashok Verma y Pradeep Malhotra habían estado en el mismo departamento del hospital al mismo tiempo, once meses antes de que cualquier caso de BNEV-1 fuera identificado.

¿Coincidencia?

Arjun empezó a tirar de ese hilo. Si Verma y Malhotra habían estado en el mismo departamento, podrían haber compartido el mismo aire, el mismo espacio, los mismos vectores de transmisión que el BNEV-1 usaba. Pero once meses antes, no había BNEV-1 conocido. No había sarcófago abierto. No había virus.

¿O sí?

¿Y si el virus llevaba más tiempo circulando de lo que creían?

¿Y si Banerjee no era el caso índice? ¿Y si el virus ya estaba en Delhi antes de que el sarcófago fuera abierto?

No. Eso no tenía sentido. La secuencia genómica había confirmado que el virus era idéntico en todos los pacientes, y la cadena de eventos que empezaba con el sarcófago era la fuente más lógica. Pero...

Arjun sacudió la cabeza. Estaba haciendo lo que hacía cuando estaba demasiado cansado y demasiado obsesionado: construir teorías sobre coincidencias que probablemente eran exactamente eso. Coincidencias.

Dejó el hilo de Ashok Verma y volvió a lo que había estado buscando: el patrón de los pacientes alucinados.

Examinó las trece alucinaciones en conjunto. Buscó características comunes. Encontró tres:

1. Todos aparecían en zonas de baja iluminación del hospital.
2. Todos presentaban lesiones cutáneas compatibles con BNEV-1, excepto tres.
3. Todos aparecían solos, sin familiares ni personal acompañante.

Y una cuarta característica que había estado frente a él todo el tiempo pero que no había visto hasta ahora:

1. Todos eran pacientes que Arjun habría atendido. Todos presentaban patologías que estaban dentro de su especialidad. Ninguno era un caso pediátrico puro, ni un caso ginecológico, ni un caso psiquiátrico. Todos eran emergencias médicas o quirúrgicas de adultos. Su especialidad. Sus pacientes. Como si las alucinaciones estuvieran diseñadas —calibradas— para capturar su atención de la forma más eficiente posible.

¿Diseñadas por quién? ¿Por su propio cerebro? ¿O por algo dentro de su cerebro que no era él?

Arjun cerró la laptop. Se acostó en la cama del hospital. Miró el techo.

Las líneas estaban ahí. Siempre estaban. Pulsando con su ritmo de quince por minuto, formando redes que cubrían cada centímetro del techo y las paredes de la habitación 304 del departamento de neurología del Hospital General de Nueva Delhi.

Y en la esquina de la habitación, de pie junto a la ventana que daba al jardín del neem, estaba el hombre alto. Mirándolo.

Esperando.

—¿Qué quieres? —preguntó Arjun en voz alta, sintiéndose absurdo por hablarle a una alucinación, pero demasiado agotado para mantener las convenciones de la cordura.

El hombre alto no respondió. Nunca respondía. Solo el niño había hablado.

Pero sus ojos —oscuros, profundos, con esa paciencia que no era humana— parecían decir: *Todavía no estás listo. Pero casi.*

Casi.

Arjun cerró los ojos y esperó al sueño que sabía que no iba a venir.

Y mientras esperaba, una idea empezó a formarse en los estratos más profundos de su mente, en los circuitos del hipocampo donde las fibras del BNEV-1 se habían integrado con la precisión de una neurexina viral diseñada para un propósito que ni la ciencia ni la religión podían explicar.

La idea era simple.

Tenía que volver a revisar un caso específico.

No uno de los trece pacientes alucinados.

Uno real. Uno que estaba en el sistema. Uno que tenía historia clínica, análisis de laboratorio, registros de admisión, notas de enfermería.

Uno que Arjun recordaba de forma completamente diferente a como aparecía en los registros.

Uno que, si su memoria y los registros no coincidían, podía significar una de dos cosas: que su memoria estaba siendo distorsionada por el virus, o que los registros no contaban toda la historia.

El caso de la mujer que no debería haber sobrevivido.

Lakshmi Devi. Caso seis del BNEV-1. La úlcera gástrica perforada con cinco días de hemorragia interna.

Arjun abrió los ojos.

—La sangre —murmuró.

¿Cuánta sangre había sacado Vikram de la cavidad abdominal de Lakshmi Devi durante la cirugía?

Arjun recordaba la conversación en el pasillo del quirófano. Vikram había dicho: “más de dos litros”.

¿Pero cuánto decía el registro quirúrgico?

Arjun abrió la laptop. Encendió la pantalla. Buscó en el sistema.

Y la idea que había empezado como una intuición empezó a convertirse en algo mucho más grande, mucho más aterrador y mucho más importante que cualquier diagnóstico que hubiera hecho en su vida.

* * *

CAPÍTULO 23: EVIDENCIA

Día 56 — 04:30 AM — Habitación 304, Departamento de Neurología

Arjun no había dormido.

No por el insomnio que lo acompañaba desde hacía semanas, aunque ese seguía ahí, persistente como el zumbido de fondo de las luces fluorescentes que ya formaba parte del mobiliario de su conciencia. Esta vez no había dormido porque la idea que se había formado durante la tarde anterior había crecido durante la noche hasta convertirse en algo que no podía ignorar, como un tumor que presiona un nervio y no permite pensar en otra cosa.

Lakshmi Devi.

Caso seis del BNEV-1. Sesenta y un años. Úlcera gástrica perforada con hemorragia interna de cinco días. Supervivencia fisiológicamente inexplicable.

Arjun recordaba el caso con la claridad aumentada que ahora era su estado normal. Recordaba la piel gris de Lakshmi cuando llegó a urgencias. Recordaba la distensión abdominal. Recordaba el signo de Grey Turner: la coloración azulada en los flancos que indicaba sangre libre en el peritoneo. Recordaba la hemoglobina de 4.2 g/dL. Recordaba haber pensado —habérselo dicho a Kavya, literalmente— que era imposible que esa mujer siguiera viva.

Y recordaba la mancha. La mancha pequeña, de dos centímetros, en el dorso de la mano derecha. Púrpura oscuro. Bordes difusos. BNEV-1.

Pero ahora, acostado en la cama 304 con la laptop sobre el pecho y la luz azul de la pantalla como única iluminación, Arjun estaba revisando el registro quirúrgico de Lakshmi Devi, y algo no encajaba.

El registro quirúrgico, escrito por el Dr. Vikram Patel, describía la operación en detalle: laparotomía exploratoria, hallazgo de úlcera perforada en cara posterior de estómago, ligadura del vaso sangrante (arteria gástrica izquierda, rama posterior), reparación de la perforación con parche de epiplón, lavado de la cavidad peritoneal con cuatro litros de solución salina.

Cantidad de hemoperitoneo drenado: 2,300 mililitros.

Arjun lo recordaba. Vikram le había dicho “más de dos litros” en el pasillo después de la cirugía. El registro decía 2,300 ml. Coherente.

Pero Arjun recordaba algo más.

Recordaba haber mirado el abdomen de Lakshmi antes de la cirugía y haber dicho, con su nueva capacidad de percepción expandida, que había dos litros y medio de sangre dentro. Su estimación había sido de 2,500 ml. Vikram la había sacado: 2,300 ml. Diferencia de 200 ml. Razonable.

¿Pero de dónde venían esos 200 mililitros faltantes?

No era una pregunta que un médico normal se haría. Dosecientos mililitros de diferencia entre una estimación y una medición estaba dentro del margen de error aceptable. Pero la mente de Arjun —infectada, obsesiva, incapaz de dejar en paz un patrón incompleto— no podía soltarla.

Revisó el registro de laboratorio de Lakshmi. Las muestras tomadas durante su ingreso incluían las habituales: hemograma, química sanguínea, tipo de sangre y pruebas cruzadas, gases arteriales. Todo estándar. Todo esperable.

En el espacio entre dos líneas de código del historial, donde usualmente solo había marcas de tiempo del sistema de admisión, un patrón anómalo llamó su atención. Un bloque de texto oculto en los metadatos. Respondía a ninguna orden médica que Arjun pudiera rastrear.

Muestra #LKD-00847. Tipo: sangre venosa. Tubo: EDTA. Orden: Dr. A. Mehta. Hora: 01:35 AM. Estado: procesada. Resultado: archivado.

Arjun había ordenado una muestra de sangre de Lakshmi Devi a la 1:35 de la mañana. Lo recordaba: era parte de la evaluación de rutina. Hemograma, química, tipo de sangre. Pero esa muestra tenía un código diferente a las demás. Un código que empezaba con LKD, no con el código estándar del laboratorio (que empezaba con HL seguido de fecha y número secuencial).

¿Por qué esa muestra tenía un código diferente?

Abrió el sistema de laboratorio. Buscó el código LKD-00847.

El resultado decía: **“Muestra procesada. Resultados archivados en subsistema de patología especial. Acceso restringido.”**

Patología especial. Arjun no había ordenado que la muestra fuera enviada a patología especial. Había ordenado un hemograma y una química sanguínea estándar. ¿Quién la había redirigido?

Hizo una búsqueda más profunda. El subsistema de patología especial era una base de datos separada, accesible solo para patólogos y para médicos con autorización administrativa. Arjun, como médico de emergencias senior, tenía acceso.

Abrió la base de datos.

Buscó LKD-00847.

Lo que encontró le heló la sangre.

* * *

RESULTADO DE PATOLOGÍA ESPECIAL — MUESTRA LKD-00847

Paciente: Devi, Lakshmi **Tipo de muestra:** Sangre venosa periférica **Procesamiento:** Microscopía electrónica de transmisión (MET) | Tinción de contraste negativo **Fecha de procesamiento:** [tres días después del ingreso] **Procesado por:** Dr. Nair, S. — Laboratorio de Virología, AIIMS

Hallazgos: Presencia de partículas de aproximadamente 200 nanómetros con estructura de cápside consistente con BNEV-1 (Banerjee Neurotropic Encephalitis Virus).

Concentración estimada: 3.4×10^4 partículas/mL.

Nota adicional: La muestra fue remitida a este laboratorio como parte del protocolo de vigilancia de BNEV-1 establecido para todos los ingresos en el Hospital General de Nueva Delhi con patología compatible. La orden de microscopía electrónica fue generada automáticamente por el sistema de vigilancia epidemiológica del IDSP, no por el médico tratante.

* * *

Arjun leyó el resultado tres veces.

La muestra de Lakshmi Devi había sido procesada por microscopía electrónica por el laboratorio del AIIMS, como parte del protocolo de vigilancia que la Dra. Gupta y el IDSP habían implementado después de los primeros casos. Arjun no lo había ordenado. El sistema lo había hecho automáticamente. Y el resultado había sido archivado en patología especial, una base de datos que Arjun no había consultado porque no sabía que la muestra había sido redirigida.

BNEV-1 positivo. Eso ya lo sabía. Lakshmi era el caso seis confirmado.

Pero la concentración viral.

3.4×10^4 partículas por mililitro en sangre periférica.

Arjun abrió otra ventana y buscó los niveles de viremia de los otros pacientes. Los datos estaban en el informe consolidado que Nair había preparado.

Banerjee: 2.1×10^6 partículas/mL (sangre periférica en fase terminal). Malhotra: 8.7×10^5 partículas/mL (sangre periférica en fase aguda). Padma Krishnan (caso 3): 4.2×10^5 partículas/mL. Los otros casos: rangos similares, entre 10^5 y 10^6 .

Lakshmi Devi: 3.4×10^4 . Diez veces menos que el paciente con la viremia más baja del grupo.

¿Por qué?

Tres explicaciones posibles.

Primera: Lakshmi estaba en una fase más temprana de la infección, con menos replicación viral. Pero clínicamente, sus lesiones cutáneas eran visibles, lo cual indicaba que la infección estaba establecida. No encajaba con una fase temprana.

Segunda: Su sistema inmunológico estaba controlando el virus mejor que los otros pacientes. Pero su hemoglobina era de 4.2 y había estado sangrando durante cinco días. Su sistema inmunológico estaba funcionando al mínimo. No era una explicación plausible.

Tercera: Lakshmi no era solo una paciente del BNEV-1. Era una paciente del BNEV-1 que había sobrevivido a algo que debería haberla matado. Y la razón por la que su viremia era baja podía ser que el virus, en lugar de replicarse masivamente en su sangre, se había concentrado en hacer algo diferente con su fisiología. Algo que le había permitido sobrevivir cinco días con una hemoglobina de 4 gramos sin soporte médico.

El virus la había mantenido viva.

No como metáfora. No como hipótesis abstracta. Como consecuencia directa de su biología: las fibras que reemplazaban los tejidos, ¿podían estar reemplazando parcialmente la función del tejido dañado? ¿Creando vasos sanguíneos alternativos? ¿Redistribuyendo el flujo de oxígeno de formas que el cuerpo humano normal no podía hacer?

Era consistente con la evidencia. Las fibras del BNEV-1 no destruían. Construían. Si podían construir redes vasculares nuevas —y las neovascularizaciones de la biopsia cutánea de Banerjee demostraban que podían—, entonces podían, teóricamente, crear un sistema circulatorio auxiliar que compensara parcialmente la pérdida de sangre.

Pero el verdadero motivo de su alarma estaba más abajo.

La inquietud mayor provenía de la nota al pie del resultado de laboratorio. Un detalle que Arjun casi había pasado por alto porque estaba relegado a la sección administrativa del informe, no a la clínica.

“Registro de admisión cruzado: esta muestra corresponde al mismo paciente registrado con número de historia clínica HC-2024-47832 (ingreso previo) y HC-2024-89156 (ingreso actual). Se recomienda unificar registros.”

Ingreso previo.

Lakshmi Devi había estado en el hospital antes.

Abrió el registro de ingresos correspondientes a ese mes.

Lo que descubrió a continuación desafió toda lógica médica.

* * *

HISTORIA CLÍNICA HC-2024-47832

Paciente: Devi, Lakshmi **Edad:** 61 años **Fecha de admisión:** [Día 42] **Hora:** 03:22 AM **Departamento:** Emergencias **Médico responsable:** Dr. Arjun Mehta **Motivo de consulta:** Dolor abdominal crónico, deshidratación, evaluación de masa abdominal palpable.

Notas de admisión: Paciente femenina con dolor abdominal de varias semanas de evolución. A la exploración se palpa masa en hipocondrio derecho, dura, no móvil. Se solicita ecografía abdominal. Se inicia hidratación IV.

Resultado de ecografía: No registrado. **Notas de progreso:** No registradas. **Notas de enfermería:** No existen para esta admisión. **Alta:** No registrada.

Estudios de laboratorio asociados: - Hemograma: registrado - Química sanguínea: registrado - **Biopsia de tejido cutáneo (muestra #LKD-00201):** procesada por laboratorio de patología — RESULTADO DISPONIBLE

* * *

Arjun dejó de respirar.

Día cuarenta y dos. Tres días antes de que Lakshmi llegara a emergencias con la úlcera perforada.

Según este registro, Arjun había admitido a Lakshmi Devi el día cuarenta y dos. La había examinado. Le había palpado una masa abdominal. Le había ordenado estudios. Le había tomado muestras de laboratorio. Le había tomado una biopsia cutánea.

Pero Arjun no recordaba nada de eso.

Lo que recordaba del día cuarenta y dos era uno de los pacientes de su lista de alucinaciones: el paciente número cuatro, “hombre de setenta años con gangrena seca del pie”. Ese había sido su paciente fantasma de esa noche. No Lakshmi Devi.

¿O sí?

Arjun sintió que el suelo de certezas que había construido con sus listas y sus grabaciones y sus análisis cruzados se agrietaba bajo sus pies.

Si Lakshmi Devi tenía un registro de admisión previo el día cuarenta y dos, firmado por el Dr. Arjun Mehta, con estudios de laboratorio procesados y una biopsia de tejido cutáneo con resultados disponibles... entonces Lakshmi Devi no era una alucinación.

Había estado ahí. Realmente. Físicamente. Con un registro administrativo, un número de historia clínica, muestras de laboratorio que alguien había procesado, una biopsia que alguien había cortado.

Pero Arjun no la recordaba.

O la recordaba de otra forma. Como otro paciente. Como un hombre de setenta años con gangrena cuando en realidad era una mujer de sesenta y uno con dolor abdominal. Como si su cerebro hubiera percibido a Lakshmi Devi, la hubiera atendido, le hubiera tomado muestras y la hubiera registrado en el sistema... pero lo hubiera almacenado en su memoria como algo completamente diferente.

O como si Lakshmi existiera en dos versiones. La versión que el sistema registraba y la versión que Arjun percibía. Y las dos versiones no coincidían.

Con las manos temblando, Arjun abrió el resultado de la biopsia. Muestra #LKD-00201.

* * *

RESULTADO DE PATOLOGÍA — BIOPSIA CUTÁNEA LKD-00201

Tipo de muestra: Punch de piel, 4mm, región dorsal de mano derecha **Tinción:** H&E, PAS, Gomori **Procesado por:** Dra. Farah Khan — Laboratorio de Histopatología

Hallazgos: Epidermis adelgazada (3-4 capas celulares). Dermis con sustitución parcial de colágeno por fibras no identificadas con patrón de ramificación arborescente regular. Neovascularización dérmica con ramificación en ángulos de 90°. Sin infiltrado inflamatorio significativo.

Conclusión: Hallazgos consistentes con los descritos previamente en biopsias de pacientes con infección por BNEV-1. Confirma caso positivo.

Nota de la Dra. Khan: “Arjun, esta biopsia es idéntica a la de Banerjee. La misma estructura de fibras, el mismo patrón vascular, la misma ausencia de respuesta inflamatoria. ¿Quién es esta paciente? No la encuentro en tus listas de casos BNEV.”

* * *

Una biopsia. Procesada por Farah Khan. Con un resultado escrito a mano por la patóloga que había examinado la primera biopsia de Banerjee. Una patóloga real, un laboratorio real, un resultado real.

Una biopsia que Arjun no recordaba haber tomado. De una paciente que no recordaba haber visto.

Pero que el sistema del hospital registraba como admitida por él, con su firma digital, el día cuarenta y dos.

El día en que, según sus propios registros de alucinaciones, había atendido a un paciente fantasma.

Y ahora la pregunta final, la pregunta que lo hizo sentarse en la cama del hospital con el corazón desbocado y las líneas de la red pulsando en las paredes como si respondieran a su ritmo cardíaco:

Si Lakshmi Devi estaba realmente ahí el día cuarenta y dos —con un registro, con una biopsia, con resultados de laboratorio procesados por personas reales en laboratorios reales—, y Arjun no la recordaba como Lakshmi sino como un “hombre de setenta años con gangrena”...

¿Cuántos otros pacientes de su lista de “alucinaciones” habían dejado evidencia real que él simplemente no había encontrado?

¿Y qué eran entonces? ¿Alucinaciones con residuo material? ¿O percepciones reales de algo que existía de una forma que ni el sistema hospitalario ni la memoria humana podían registrar correctamente?

Arjun se levantó de la cama. Eran las cinco de la mañana. El hospital dormía su sueño ligero de turno nocturno. Las líneas en las paredes pulsaban con la regularidad de algo vivo.

Y en la esquina de la habitación, el hombre alto lo miraba con esos ojos que habían esperado pacientemente durante semanas, con la quietud de algo que sabe que la respuesta llegará sola, cuando el que pregunta esté finalmente listo para escucharla.

Arjun lo miró de vuelta.

—¿Quién eres? —preguntó.

El hombre alto no respondió.

Pero las líneas de la red, en las paredes, en el techo, en el suelo, pulsaron con un ritmo ligeramente diferente.

Como si algo, en algún lugar, hubiera sonreído.

* * *

CAPÍTULO 24: EL CONTENEDOR

Día 57 — 03:17 AM — Habitación 304, Departamento de Neurología

El último capítulo de la historia de Arjun Mehta y el virus que le abrió los ojos empezó, como tantas cosas fundamentales en medicina, con una contradicción en los datos.

Arjun llevaba dieciocho horas revisando registros. No había comido. No había dormido. La enfermera del turno nocturno había venido tres veces a verificar sus signos vitales —parte del protocolo de monitoreo neurológico que su caso requería—, y las tres veces lo había encontrado sentado en la cama con la laptop, los ojos enrojecidos, el aspecto de un hombre que ha dejado de distinguir entre obsesión y supervivencia.

En esas dieciocho horas, había encontrado lo que buscaba. Y lo que encontró destruyó la conclusión que él mismo había escrito, la conclusión que había presentado a Subramanian y a Gupta, la conclusión que era racional, parsimoniosa y científicamente impecable.

La destruyó con la misma eficiencia clínica con que un patólogo destruye un diagnóstico falso: con evidencia.

* * *

La evidencia era esta:

De los trece pacientes que Arjun había clasificado como “alucinaciones” basándose en su ausencia de las grabaciones de seguridad y del sistema de historias clínicas principal, cuatro tenían rastros en subsistemas del hospital que Arjun no había consultado inicialmente.

La primera fue Lakshmi Devi, cuya admisión previa descubrió la noche anterior. Una biopsia real, procesada por una patóloga real, con resultados reales.

La segunda fue el paciente número nueve de su lista: el hombre de cincuenta y cinco años con hemorragia gastrointestinal masiva. Arjun lo había clasificado como alucinación porque no aparecía en el sistema principal ni en las cámaras. Pero cuando buscó en el subsistema de farmacia —un sistema secundario que registraba la dispensación de medicamentos incluso cuando la historia clínica no estaba completamente cargada—, encontró una orden de omeprazol intravenoso de 80 miligramos, bolo seguido de infusión continua, a nombre de un paciente “Sin Identificar”, con el código de médico prescriptor: el de Arjun. Fecha: día cuarenta y cuatro. La misma noche que Arjun recordaba haber atendido a ese paciente.

Alguien había dispensado el omeprazol. El farmacéutico de turno había procesado la orden, tomado el vial del estante, registrado la salida en el inventario. El medicamento había salido de la farmacia. Pero ¿había ido a parar a un paciente que no existía?

La tercera evidencia fue más perturbadora. El paciente número siete: un niño de ocho años con fractura de cráneo. Arjun lo había atendido, según su memoria, la noche del día cuarenta y dos. En el sistema principal, no existía. En las cámaras, la camilla aparecía vacía. Pero en el registro de radiología, había una placa de cráneo solicitada por “Dr. Mehta” a las 3:45 AM de esa noche, para un paciente registrado solo como “Infantil, masculino, ~8 años”. La placa había sido tomada. Procesada. Digitalizada.

Arjun la buscó en el sistema de archivo digital de radiología.

La encontró.

Era una radiografía de cráneo. Real. Tomada por el equipo de rayos X del hospital. Procesada por un técnico real. Archivada con un código de estudio real.

Y mostraba una fractura.

Una fractura lineal en el hueso parietal derecho, de aproximadamente seis centímetros de longitud, sin desplazamiento, sin hematoma epidural visible. Exactamente la fractura que Arjun recordaba haber diagnosticado.

La radiografía de un paciente que no existía.

Tomada por un equipo que no registraba pacientes sino que registraba estudios. La máquina de rayos X no sabía ni le importaba si el paciente era real o no. Su trabajo era captar fotones que atravesaban materia y crear una imagen. Y la imagen decía: aquí había un cráneo. Aquí había un hueso. Aquí había una fractura.

La cuarta evidencia fue la que cerró el círculo.

El paciente número siete —la mujer de cuarenta años con absceso hepático amebiano—. Noche del día cuarenta y cinco. Arjun la había evaluado, le había hecho una ecografía a la cabecera de la cama (el ultrasonido portátil del departamento de emergencias, un aparato que Arjun usaba con la fluidez de un músico con su instrumento), y había encontrado un absceso de ocho centímetros en el lóbulo derecho del hígado.

En las cámaras de seguridad, esa noche, Arjun aparecía solo junto a la camilla con el ecógrafo portátil en la mano, moviendo el transductor sobre una superficie que no estaba ahí.

Pero el ecógrafo portátil guardaba automáticamente las imágenes de cada estudio en su memoria interna, con sello de fecha y hora. No se subían al sistema del hospital automáticamente —el técnico tenía que hacerlo manualmente—, así que las imágenes de esa noche todavía estaban en la memoria del aparato, esperando ser transferidas o sobrescritas.

Arjun se levantó de la cama. Se puso la bata del hospital sobre la ropa que llevaba durmiendo tres días. Salió de la habitación 304 a las tres de la mañana, caminó por los pasillos vacíos del segundo piso hasta el ascensor, bajó al primero, cruzó el pasillo central del departamento de emergencias —donde las luces parpadeaban y las líneas en las paredes pulsaban y el hombre alto estaba de pie junto a la puerta de triaje mirándolo con esos ojos de paciencia infinita—, y llegó hasta el ecógrafo portátil que estaba en su base de carga en la sala de procedimientos.

Encendió el aparato. Navegó hasta la memoria del almacenamiento interno. Buscó los estudios del día cuarenta y cinco por hora.

Encontró cuatro estudios entre las 2:00 y las 5:00 AM de esa noche. Los tres primeros eran de pacientes reales —los reconoció por la anatomía y por la correlación con los registros del sistema—.

El cuarto estudio no estaba asociado a ningún paciente del sistema.

Arjun lo abrió.

La imagen ecográfica apareció en la pantalla del equipo, gris y granulada como todas las ecografías, con los parámetros técnicos del estudio impresos en los márgenes: fecha, hora, frecuencia del transductor, profundidad, ganancia.

Y en el centro de la imagen, claramente visible, había un hígado.

Un hígado humano. Con su anatomía normal: lóbulo derecho, lóbulo izquierdo, vena cava inferior, venas hepáticas. Y en el lóbulo derecho, un área de ecogenicidad mixta, redondeada, de límites definidos, con contenido parcialmente líquido, de aproximadamente ocho centímetros de diámetro.

Un absceso hepático.

Exactamente donde Arjun recordaba haberlo encontrado. Exactamente del tamaño que recordaba.

La imagen de un órgano de un paciente que no existía.

Capturada por una máquina que no podía alucinar.

Arjun se quedó de pie frente al ecógrafo, en la sala de procedimientos vacía, a las tres y media de la mañana, mirando la imagen de un hígado que no debería existir.

Las máquinas no alucinaban. Las máquinas no sufrían encefalitis límbica. Las máquinas no tenían filtros sensoriales que un virus pudiera alterar. Las máquinas captaban la realidad física: ondas sonoras que rebotaban en tejido real y generaban imágenes de estructuras reales.

Si el ecógrafo había captado un hígado, había un hígado.

Si el equipo de rayos X había captado una fractura de cráneo, había un cráneo con una fractura.

Si la farmacia había dispensado omeprazol para un paciente, alguien había necesitado omeprazol.

Si una patóloga había procesado una biopsia, alguien tenía tejido del que tomar la biopsia.

~

Cuatro piezas de evidencia física, generadas por sistemas y personas que no tenían ninguna relación con la percepción alterada de Arjun. Cuatro pruebas de que al menos algunos de los pacientes que él había clasificado como alucinaciones no eran alucinaciones completas. Algo había estado ahí. Algo que los instrumentos médicos podían detectar pero que las cámaras de seguridad estándar no registraban. Algo que existía de una forma que la percepción humana normal no captaba pero que la percepción expandida por el BNEV-1 sí.

Arjun se sentó en el taburete de la sala de procedimientos. El hombre alto estaba de pie junto a la puerta, mirándolo. El niño de la camiseta azul estaba sentado en la camilla de al lado, con las piernas colgando. La anciana estaba en la silla del rincón, con su bolso negro y su paciencia oceánica.

Tres presencias que nadie más podía ver.

Pero que, quizá, una ecografía podía detectar. Que una placa de rayos X podía captar. Que una biopsia podía extraer y teñir y examinar bajo un microscopio.

—¿Están ahí? —preguntó Arjun en voz alta, y su voz sonó ronca en la sala vacía, la voz de un hombre que ha dejado de distinguir entre preguntar a la nada y preguntar a algo que no puede ver.

El niño inclinó la cabeza.

—Siempre hemos estado aquí —dijo con su voz suave, clara, imposible—. Desde antes de que el hospital existiera. Desde antes de que la ciudad existiera. Siempre.

—¿Qué son ustedes?

—No somos una cosa. No somos una especie. No somos fantasmas ni dioses ni demonios. Somos lo que siempre ha estado aquí y que sus cerebros están diseñados para no ver. Somos la parte del mundo que los filtros eliminan. La parte que el sarcófago contenía la herramienta para percibir.

—El virus.

—El virus es una llave. El sarcófago era la caja que contenía la llave. Y la puerta que la llave abre siempre ha estado ahí. Siempre abierta. Siempre invisible. Porque la cerradura no está en el mundo. Está aquí. —El niño se tocó la sien—. En los circuitos que deciden qué ven y qué no ven. En los filtros que les permiten funcionar como especie sin volverse locos por la cantidad de información que el mundo realmente contiene.

Arjun miró a las tres figuras. El hombre alto. La anciana. El niño.

—¿Por qué yo?

—Porque tocaste al primero que nos vio en dos mil años. Porque el virus encontró tu cerebro y tu cerebro era compatible. Porque eres el tipo de persona que no acepta no entender algo. Y porque lo que eres ahora —médico, investigador, mente analítica— es exactamente lo que se necesita para que otros entiendan lo que estás viendo. Para que lo documenten. Para que lo hagan real en el idioma de su especie. El idioma de los datos, las pruebas y las publicaciones científicas.

—¿Y Banerjee?

—Banerjee vio demasiado, demasiado rápido. La dosis de exposición fue excesiva. Su cerebro no pudo adaptarse. Fue como mirar directamente al sol. Pero tú... tú recibiste una exposición mínima. Gradual. Tu cerebro tuvo tiempo de recalibrarse. Por eso puedes hablar con nosotros en lugar de morir convulsionando.

Arjun cerró los ojos. Cuando los abrió, las figuras seguían ahí. Claro que seguían ahí. Siempre habían estado ahí.

Arjun volvió a su habitación. Se sentó en la cama. Abrió su laptop.

Abrió el manuscrito del BNEV-1. Cuarenta y tres páginas de ciencia rigurosa, evidencia documentada, hipótesis cuidadosamente formuladas.

Y la conclusión principal, la que había presentado a Subramanian y a Gupta:

“Estas alucinaciones son un producto de la disfunción cerebral causada por el virus, no percepciones de estímulos reales.”

Arjun miró esa frase.

Luego abrió un nuevo documento. Lo tituló: **“Apéndice al informe BNEV-1: Evidencia física de percepciones no confirmadas por observación directa estándar”**.

Y empezó a escribir:

* * *

“Los siguientes hallazgos no pudieron ser incluidos en el informe principal por insuficiencia de datos. Sin embargo, constituyen observaciones que el autor considera necesario documentar para futura investigación.

Cuatro de los trece pacientes clasificados como ‘percepciones no confirmadas’ (alucinaciones) en el informe principal dejaron evidencia física independiente de la percepción del autor:

1. Biopsia cutánea procesada por el laboratorio de histopatología (caso Lakshmi Devi, admisión previa). 2. Orden de medicamento dispensada por farmacia hospitalaria. 3. Radiografía de cráneo tomada y archivada por el servicio de radiología. 4. Imagen ecográfica almacenada en la memoria del equipo de ultrasonido portátil.

En los cuatro casos, la evidencia física fue generada por sistemas o personal independientes del autor y de su percepción alterada. Las máquinas de diagnóstico por imagen captaron estructuras anatómicas correspondientes a las patologías que el autor percibió y diagnosticó en los pacientes no confirmados.

Esta evidencia es inconsistente con la conclusión principal del informe (alucinación pura por disfunción cerebral) y sugiere una explicación alternativa: que los pacientes no confirmados representan estímulos reales que son perceptibles para individuos infectados con BNEV-1 y para equipos de diagnóstico médico, pero no para el ojo humano normal ni para cámaras de seguridad estándar que operan en el espectro de luz visible.

El autor reconoce que esta hipótesis alternativa es extraordinaria y requiere evidencia extraordinaria para ser aceptada. Los cuatro hallazgos documentados son sugestivos pero no concluyentes. Se recomienda enérgicamente una investigación sistemática con equipos de diagnóstico (ecografía, radiografía, resonancia magnética) dirigida a las áreas donde el autor y otros pacientes infectados reportan percepciones no confirmadas.

Si los equipos de diagnóstico confirman la presencia de estructuras anatómicas en ausencia de pacientes visibles para observadores no infectados, la implicación es profunda:

El BNEV-1 no causa alucinaciones.

El BNEV-1 elimina un filtro sensorial que la evolución humana estableció para limitar la cantidad de información que la conciencia procesa. Y al eliminar ese filtro, permite la percepción de una capa de la realidad que siempre ha existido pero que el cerebro humano sano está diseñado para ignorar.

La naturaleza de esa capa —qué contiene, qué es, qué implicaciones tiene para nuestra comprensión de la realidad— queda más allá del alcance de este informe y, posiblemente, más allá del alcance de la ciencia actual.

El autor no formula una conclusión definitiva. Documenta los hechos y deja la interpretación a investigadores cuyo juicio no haya sido comprometido por la misma herramienta que les permitió ver lo que este informe describe.

Firmado, Dr. Arjun Mehta

Nota final: el autor es consciente de que la infección por BNEV-1 invalida potencialmente su credibilidad como observador. Sin embargo, los cuatro hallazgos físicos documentados fueron producidos por máquinas y personas no infectadas. La credibilidad de las máquinas no está comprometida. La interpretación de sus datos sí puede estarlo. El autor deja esta distinción al juicio del lector.”

* * *

Arjun guardó el documento. Cerró la laptop.

Se recostó en la cama. Miró el techo de la habitación 304.

Las líneas estaban ahí. Los nodos pulsaban. La red se extendía en todas las direcciones, atravesando paredes, suelos, techos, tierra, roca, llegando a profundidades y alturas que su percepción expandida podía intuir pero no cartografiar.

Y entre las líneas, las figuras. Docenas ahora. En cada habitación. En cada pasillo. En cada rincón del hospital. Personas —o lo que fuera que eran— que caminaban, se detenían, observaban, existían en un estrato de la realidad que veinte millones de habitantes de Delhi no podían percibir y que un hombre con un virus en el cerebro veía con la misma claridad con que veía las sábanas de su cama y las grietas del techo y la luz del amanecer que empezaba a filtrarse por la ventana.

Afuera, la ciudad se despertaba. El ruido del tráfico empezaba como un murmullo lejano y crecería hasta convertirse en el rugido constante que era la banda sonora de Delhi. Los vendedores ambulantes preparaban sus carros. Los barrenderos barrían las calles. Los perros callejeros buscaban sombra antes de que el sol empezara a calentar. Un día normal. Un día más en una ciudad que no sabía que estaba llena de presencias que nadie podía ver.

Nadie excepto los enfermos.

Los enfermos, o los despiertos.

Arjun no sabía cuál de las dos palabras era la correcta.

Cerró los ojos. Las líneas seguían visibles detrás de los párpados, brillantes contra la oscuridad, como un sistema circulatorio cósmico que latía con el pulso de algo que no era humano pero que estaba, que siempre había estado, entrelazado con cada átomo de materia del mundo que Arjun conocía.

Y por primera vez en cincuenta y siete días, Arjun se durmió.

Durmió profundamente, sin sueños, sin pesadillas, sin alarmas.

Cuando despertó, cuatro horas después, la primera cosa que vio fue el árbol de neem a través de la ventana. Bajo el sol de la mañana, el árbol tenía sombra. Y en la sombra, sentada en la hierba quemada con las piernas cruzadas y la expresión de alguien que ha encontrado el lugar exacto donde quiere estar, había una niña.

No era una de las figuras habituales. No era uno de los pacientes fantasma del hospital. Era una niña de unos diez años, con el pelo recogido en dos trenzas, una camiseta de algodón amarilla y unos pantalones vaqueros, sin manchas de BNEV-1 en la piel, sin la expresión vacía de los otros, sin la quietud sobrenatural de quien ha esperado siglos.

Era una niña normal. Sentada bajo un árbol. Mirando el hospital.

Y cuando levantó la vista hacia la ventana de la habitación 304, cuando sus ojos encontraron los de Arjun a través del vidrio sucio de la ventana del segundo piso, sonrió.

Fue una sonrisa normal. La sonrisa de una niña de diez años que ha encontrado algo que le parece curioso.

Y Arjun sonrió de vuelta.

Porque la niña existía. Estaba ahí. Real y visible y viva.

O estaba ahí de la misma forma que el hombre alto y la anciana y el niño de la camiseta azul estaban ahí: en una capa de la realidad que solo Arjun podía ver.

Y la diferencia entre las dos posibilidades —real o percibida, sana o enferma, cuerda o infectada— era la pregunta que Arjun Mehta, médico de emergencias, diagnosticador obsesivo, hombre de ciencia hasta la médula, ya no estaba seguro de querer responder.

Porque la respuesta, fuera cual fuera, cambiaría todo.

Y algunas verdades, como algunas enfermedades, eran más grandes que el recipiente que las contenía.

No era una tumba.

Era un contenedor.

Y ahora estaba abierto.

* * *

FIN

EL CONTENEDOR

En Urgencias, o se salva una vida o se pierde. La ciencia siempre tiene una explicación. Hasta esta noche.

El Dr. Arjun Mehta es un veterano de la sala de emergencias del Hospital General de Nueva Delhi. Tras quince años lidiando con el caos de la vida y la muerte a las tres de la madrugada, su fe en la lógica médica y los protocolos clínicos es absoluta. Los monstruos no existen; solo existen los virus, las bacterias y los traumatismos.

Pero su sistema de creencias está a punto de colapsar.

Cuando una ambulancia traslada de urgencia al Dr. Ravi Banerjee, un arqueólogo que acaba de abrir una cámara subterránea milenaria en el desierto de Rajasthan, los protocolos médicos comienzan a fallar. Banerjee presenta una fiebre letal, lesiones cutáneas imposibles de clasificar y un delirio aterrador. Sus advertencias, no obstante, son inquietantemente lúcidas: lo que encontraron en el desierto no era una tumba. Era un contenedor. Algo destinado a permanecer aislado para siempre.

Conforme la extraña afección comienza a saltar de paciente a paciente, alterando no solo sus cuerpos sino la realidad misma del hospital, Arjun se verá atrapado en una cuarentena desesperada. Ya no se trata de encontrar una cura, sino de sobrevivir a algo que la ciencia moderna no puede explicar... y que está reescribiendo la biología humana a su antojo.

Un thriller de terror médico y psicológico asfixiante donde la frialdad del bisturí choca de frente contra el horror cósmico más antiguo.