

SOBRE UN CASO DE PELIOSIS REUMATOIDEA O PURPURA SIMPLE

Por el Dr. JUAN A. MEJIA M.

PABLO LÓPEZ, de 22 años, soltero, militar nacido en Santa Rosa de Copan y domiciliado en Tegucigalpa, ingresa al Pensionado Militar el dos de febrero de 1948 a curarse un dolor en el hueco epigástrico.

Antecedentes próximos: Refiere el enfermo que su mal data desde hace diez días aproximadamente, Comenzándole por fuerte dolor en el epigastrio, y radiándose hacia el hipocondrio izquierdo, dolor que le sobrevino sin causa aparente y que aumentaba con la ingestión de alimentos; este dolor fue acompañado de vómitos biliosos, evacuaciones diarreicas y elevación térmica; el enfermo continúa en ese estado durante cuatro días más, hasta que tomó un purgante salino y el día siguiente 30 gotas de elíxir paregórico con lo cual obtuvo una mejoría. El dolor pierde sus caracteres de intensidad, pero no desaparece del todo, conservándose siempre débil. Nos cuenta además que un día antes de la aparición del dolor en el epigastrio notó la presencia de pringas rojas en las piernas acompañadas de dolor en las mismas, prolongándose hasta en los pies, dolor que le impedía apoyar los pies en el suelo; al mismo tiempo sintió dolores en todos los huesos lo mismo que en las encías, presentándose una que otra vez pequeñas hemorragias gingivales ligeras.

Antecedentes lejanos: En su infancia, sarampión, varicela, tos ferina, viruela; en la edad adulta, paludismo, blenorragia, chancro duro hace dos años.

Antecedentes familiares: Padre vive y es aparentemente sano; madre murió al parecer de hemorragia cerebral; tuvo seis hijos no hay historia de aborto.

Antecedentes colaterales: Sin importancia.

Antecedentes específicas: Sumbido de oídos, cefaleas frecuentes, dolores de garganta, dolores osteocopos, chancro duro hace dos años, examen de Kahn más cuatro, hace un mes.

Funciones orgánicas generales: Anorexia, sed aumentada, defeca 4 a 5 veces al día, más o menos de carácter normal, 5 o 6

no se pudo apreciar si el tumor dependía de la médula, de las meninges o de los huesos, debido a lo friable de los tejidos.

Footis del exudado del tumor: negativo por Basilo de Koch.

Del estudio de la pieza enviada al Doctor Marcial Fallas, Anátomo Patólogo del Hospital "San Felipe de Dios", de San José de Costa Rica, resultó que el tumor era un Neurofibroma. T

Tegucigalpa, D. C, mayo de 1948.

micciones diarias. No ha practicado deportes, presta servicio militar, pero no ha estado nunca en guerra.

Género de vida: Trabajo suave, alimentación buena, fuma diez o doce cigarrillos diarios, ingiere bebidas alcohólicas moderadamente,

Estado presente: Expresión y mirada triste, sensorio y psiquismo despejado, arquitectura ósea normal, musculatura y pániculo adiposo normal, piel trigueña, presenta en el tórax, abdomen y piernas, pequeñas manchas de color rojo oscuro, redondeadas, de diferente tamaño, estando en unos puntos separados y en otros confluentes.

Talla: 1.70, peso 130 libras, temperatura 38.5. Aparato digestivo: Boca, mucosa rosada, piezas dentarias faltan algunas, lengua saburral, amígdalas ligeramente hipertrofiadas, faringe y esófago normal.

Abdomen: Plano, depresible, a la exploración, punto epigástrico doloroso; cuadro cólico doloroso; hígado ligeramente disminuido; bazo percutible.

Aparato respiratorio: Normal, 22 respiraciones por minuto-

Aparato cardio vascular: Normal, tensión arterial, M.X., 102; M. N., 60.

Sistema venoso: Normal.

Sistema linfático: Micropoliadenopatías inguinales bilaterales. Adenopatías epitrocleares y cervicales.

Aparato uro-genital: Punto renales, ligeramente dolorosos-

Órgano de los sentidos: Normales. Sistema nervioso: Normal.

Examen complementario: Sangre: G. R., 3.600.000; G. B. 5.000; N., 58%; L., 25%; G. M., 1%; E., 1%, H.O.; Tiempo de coagulación, 8 minutos, tiempo de sangría, 2 minutos. Examen de Kahn: Más 4.

Hemograna: G. R., 5.000.000; G. B., 5.850; 80%; H. G. en gramos por cien, 12.80'r ; Hematíes empacados por ciento 54; valor globular 0.80: volumen globular medio, 108, concentración de H. G. globular, 23 gramos; H.G. globular medio, 24 microgramos H. G. globular real, 15 microgramos.

Fórmula leucocitaria: N. 68%; L., 25% ; M., 8%; E., 2%; diagnóstico: Normositosis macrocítica, normocrómica normoconcentrada.

Examen de orina: Color ámbar, olor suigéneris; aspecto turbio; sedimento floculentos, reacción acida; densidad igual 1.032, glucosa 0; albúmina 0; examen microscópico: *no* hay nada anormal.

Examen de heces: Abundantes colibacilos y huevos de unicinaria.

Diagnóstico: La triada sintomática que encontramos en el enfermo: petequias en las piernas, trastornos gastro-intestinales y dolores articulares, nos condujeron al diagnóstico de púrpura simple o peliosis reumatisal de origen anafiláctico, producido por la leche y lúes en 2o. grado.

Haciendo un sucinto estudio sobre dicha enfermedad, re-

cordamos que se da el nombre de PURPURA a manchas rojas que no desaparecen a la presión, debida a una hemorragia intersticial cutánea que se produce espontáneamente y que nunca se borran bajo la presión del dedo; las manchas son lenticulares o puntiformes, llevando el nombre de petequias y otras manchas extendidas con placas equimóticas, cuya coloración cambia a medida que se envejecen; pueden aparecer en todo el cuerpo, pero lo corriente son en los miembros inferiores y raras veces en los superiores, como en el caso presente? pueden ser confluentes en los casos más serios y discreta en los casos benignos, por lo regular las manchas simétricas, las mucosas raras veces son atacadas en pequeña escala y la erupción se hace por brotes sucesivos. Cuando se trata de púrpura simple, éste es el principal síntoma, pero cuando se trata de púrpura hemorrágica, se adjuntan hemorragia de las mucosas y hemorragias viscerales.

El capítulo de las púrpuras es extenso y comprende, púrpuras primitivas o que parecen serlo y púrpuras secundarias, las cuales aparecen en el curso de una afección ya diagnosticada que viene a ensombrecer el pronóstico. Entre las púrpuras primitivas las hay agudas, de evolución febril muy frecuentemente mortales, encontrándose corrientemente el meningococo. Otras veces puede ser sub-agudas, presentando menos gravedad, con esperanzas mayores de curación.

Hay también una púrpura crónica, la afección es claramente individualizada con sus caracteres clínicos y hematológicos especiales, lo mismo que sus indicaciones terapéuticas; es una enfermedad crónica de la adolescencia, que evoluciona también por brotes durante años y que sólo cura por la esplenectomía fue Werlhof, quien la descubrió en 1735 y que la diferenció del escorbuto; Emilio Wall, en 1922, e Iseh Wall, en 1926, aportaron mayores datos sobre la enfermedad, llamándola, hemogenia, caracterizada por hemorragias capilares cutáneas y mucosas y por taras sanguíneas específicas; prolongación del tiempo de sangramiento, mientras que la coagulación se efectúa en tiempo normal e irretractibilidad del coágulo sanguíneo, con ausencia o gran disminución de los hematoblastos.

Entre las púrpuras subagudas benignas habitualmente, encontramos las llamadas púrpuras reumatoideas, cuyo nombre dio Albert Mathiew y Schonlein, la llamó peliosis reumatismal; sus síntomas clínicos dan una triada sintomática que consiste en una erupción purpúrica predominando en los miembros inferiores en la vecindad de las articulaciones, algunas veces en el tórax y miembros superiores, pero respetan siempre la cara; dolores articulares suaves localizados en el cuello del pie, raras veces en las rodillas, pero sin tumefacción aparente en las articulaciones, perturbaciones gastrointestinales manifestándose por dolores gastro-intestinales fuertes, algunos vómitos y diarreas: los dolores han semejado mucho a los ataques de úlcera del estómago y apendicitis, habiendo sido algunos casos operados por equivocación y sólo se encontraron gran número de petequias sobre los intestinos.

No hay hemorragia de las mucosas y si se presenta es una

cosa muy leve; hay algunas veces ligeras fiebres y el estado general es poco afectado; el signo de Lazo es negativo.

Como etiología de las púrpuras se han señalado estados **infecciosos** y tóxicos y el Prof. Glasman después de algunos estudios califica a las púrpuras como accidentes anafilácticos; nuestro caso nos ha confirmado esta teoría y hemos hecho las pruebas consiguientes consiguiendo siempre en este enfermo provocar la púrpura y detenerla con sólo prohibir el uso de leche, substancia causante de la sintomatología que presentó nuestro enfermo de **la** observación que hace un momento tuve el honor de leerles y cuya curación fue después de dilatada observación obtenida, suspendiendo de su alimentación la leche.

Las lesiones anátomo-patológicas están caracterizadas por infiltración de la sangre en el dermis, comprobándose en el examen histológico glóbulos rojos fuera de los vasos, estando éstos por lo regular dilatados.

En la superficie del estómago, intestino, hígado, riñones, peritoneo, se observan a menudo manchas **equimóticas** semejantes a las cutáneas.

Como complicaciones de las púrpuras pueden venir nefritis; raras veces se atacados otros órganos, en cuyo caso dan una sintomatología de gravedad.

Diagnóstico

Es fácil reconocer una mancha purpúrica recordando **su sintomatología** no debiendo confundirse con petequias o picaduras de pulga que se ve corrientemente en las gentes sucias, sobre todo en los niños descuidados; la picadura de pulga tiene en el centro de la mancha un punto negro. Las equimosis pueden ser tomadas por equimosis traumáticas, si se observan en las petequias aunque sean en pequeño número y si hay equimosis gingival o palatina puede diagnosticarse púrpura, pero hay ocasiones en las cuales es difícil pronunciarse y son estos casos en medicina legal donde se pueden cometer errores, se citan casos en que fue necesario laparotomizarlos para buscar manchas purpúricas en el peritoneo y aún citan alguno que quedó indeciso diagnóstico.

Con la hemofilia, el diagnóstico podrá equivocarse con las púrpuras crónicas, pero en la hemofilia no hay lesión globular y si hay retardo de la coagulación y además la hemofilia es hereditaria.

El tratamiento de las púrpuras dependerá naturalmente de las causas etiológicas; para obtener la **curación** en todos ellos la transfusión de sangre total, se ha intentado en algunas de ellas con éxito. En nuestro caso lo importante fue haber llegado al descubrimiento de su etiología que era la alimentación por la leche.

Conclusiones

Todo caso de púrpura necesita de un estudio detenido para poder descubrir el origen que la haya provocado.