

Breves Consideraciones Sobre Púrpura Hemorrágica

Por el Dr. PLUTARCO E. CASTELLANOS

Se conoce con el nombre de Púrpura Hemorrágica, un síndrome caracterizado clínicamente por la aparición de manchas hemorrágicas diseminadas en la superficie cutánea, que afectan algunas veces a las mucosas y que puede acompañarse de sufusiones sanguíneas en la intimidad de algunos órganos profundos: Hígado, Bazo, Médula ósea, Meninges, etc.

La Púrpura Hemorrágica no es una entidad nosológica individualizada, sino un síndrome ligado a infinidad de afecciones; de allí que no se considera una "Púrpura Hemorrágica" en singular, sino que pluralizando el término se hable más bien de "Púrpuras Hemorrágicas."

En el curso de innumerables enfermos que hemos tenido a la vista, de cuando en vez, *se nos ha presentado alguno padeciendo de Púrpura Hemorrágica*. Son enfermos en los que nos llama mucho la atención: el aspecto particular de las manchas rojizas sobre la superficie cutánea, *se le gravan al Clínico tan profundamente en la memoria*, que basta una vez para no olvidar el cuadro que ofrece un enfermo de esta clase.

Este cuadro lo guardamos en la mente, quizá por toda la vida,, y aunque algunas veces por uno u otro motivo no hayamos podido hacer de él una descripción escrita, permanece en nuestro interior, y cuando en el curso de la práctica Médica nos encontramos con un enfermo que sufre una Púrpura Hemorrágica, viene a nuestro pensamiento el ambiente aquel de nuestra vida estudiantil en el cual en compañía ¡del maestro y de los compañeros de Clínica observamos el primer caso de esta clase de pacientes.

Se reconstruye así en nuestro pensamiento una escena amable que nos lleva hacia los lugares que nos sirvieron de primeros auxiliares en nuestra observación científica. Y el espíritu enlaza el pasado con el presente; éste más desfavorable que aquél, pero los dos llenos del mismo anhelo de aliviar en algo el dolor del que sufre. "Es probable que Ud., colega?, tenga en sus archivos; interiores alguno de estos casos que se le gravaron en la mente para acompañarlo por todo el sendero de su existencia; y al leer este mi ligero comentario me dé del todo la razón.

Revisemos aunque sea brevemente el síndrome que nos ocupa: su Etiología y Patogenia, su sintomatología, su evolución, su Diagnóstico y pronóstico y su tratamiento. Para este desarrollo incluiré resumidas mis dos observaciones últimas y haré para terminar una

ligera revisión de *las* recientes ideas sobre el particular. Ideas en las cuales se basa la conducta que he seguido en el tratamiento.

ETIOLOGÍA Y PATOLOGÍA

Los tratados están de acuerdo cuando consignan entre las causas de las púrpuras a las siguientes:

- 1). Mielopáticas o Tróficas: Afecciones del Sistema Nervioso.
- 2). Mecánicas: enfermedades del Corazón; sobre todo Valvulares, Asistolia.
- 3). Tóxicas.—Ciertos envenenamientos (exotóxicas) y ciertas enfermedades Caquetizantes: Tuberculosis. Mal de Bright (endotóxicas).
- 4). Enfermedades Discrásicas Leucemias. Linfademias, etc.
- 5). Infecciosas.
- 6). Agreguemos a éstas las enfermedades por carencia; entre las que podemos incluir a la enfermedad de Barlow. A la enfermedad de Werhof.

Estas son las Púrpuras que bien pudieran llamarse sintomáticas y en las cuales una investigación atenta encontrará la verdadera enfermedad; en la evolución de la cual la Púrpura sólo se presenta como un accidente, como un síntoma.

La Patogenia en cada uno de estos grupos es diferente teniendo sin embargo puntos de contacto en cuanto se refiere a su mecanismo íntimo.

El grupo de las Púrpuras infecciosas es sin duda el más numeroso y en ellas se incluyen agentes patógenos conocidos: estrep-, tococos, estafilococos, diplococos; y desconocidos como sucede en las fiebres eruptivas y en la Peliosis Beuiriáltica. En las observaciones que he llevado a cabo, en una de ellas: encontré como agente patógeno al hematozoario de Laverán (Plasmodium Falciparum); en el campo microscópico aparecieron numerosos glóbulos rojos parasitados y por ese motivo atribuí la Púrpura al Paludismo y la traté como tal. En el otro caso no me fue posible encontrar hematozoario; la enferma había estado sometida a tratamiento químico,, de allí la ausencia del hematozoario en la sangre periférica y mi fracaso en la investigación microscópica.

S I N T O M A T O L O G I A

La sintomatología que presentaron mis dos enfermos fue más o menos la siguiente: (con variaciones, ligeras que desde luego existen; variaciones individuales: Ambos enfermos presentan una historia inmediata de fiebres precedidas de frío, como se verá en las observaciones resumidas. Palidez de los tegumentos y manchas pur-

puricas que abarcan el tórax abdomen y miembros inferiores. He aquí las observaciones:

M. H., 35 años, soltero.	M. M., 27 años.
Varios días antes: Fiebre precedida de escalofríos, seguidas de sudoración.	Desde dos meses, fiebres precedidas de fríos, que se le retiran y vuelven.
Se agrava el estado general: epistaxis y aparición de manchas purpúricas. Estomatitis.	8 días antes, fiebre y aparición de manchas purpúricas, en el abdomen y miembros inferiores.
Bazo: percutible.	Hemorragias gingivales.
Sangre: Hematozoario. Positivo.	Bazo percutible.
Retardo de la Coagulación.	Sangre: Hematozoario: Negativo.
Recuento Globular: G. Rojos: 3.100.000. G. Blancos: 6.800.	Retardo del tiempo de coagulación.
Orina —R. de Gmelin— Positiva.	Recuento globular: G. Rojos: 2.800.000. G. Blancos, 7.200.
Demás aparatos: Normales.	Orina: Normal.
	Demás aparatos: Normales.

T R A T A M I E N T O

Qué tratamiento he seguido en estos casos? En vista de que j en el primer caso que se me presentó encontré el hematozoario de Laverán en el frotis, no hay duda que la púrpura era de origen palúdico. Y debida a la acción nociva del Plasmodium en los glóbulos rojos y en las mismas redes, capilares.

Sin embargo, surge al momento la siguiente pregunta: ¿siendo este lugar esencialmente palúdico, en el que el paludismo nos da un verdadero pleomorfismo clínico, ¿por qué las púrpuras no son más frecuentes? ¿Por qué unos, palúdicos sufren una púrpura y la mayoría no la sufren? Esto nos está indicando que además de la causa eficiente (Plasmodium) existe otra predisponente y que a la luz de las investigaciones científicas modernas resulta ser una carencia, es decir una avitaminosis del tipo K.

Como todos sabemos, la vitamina K tiene una acción sobre la coagulación sanguínea por influencia directa sobre la tromboquinaza. Y quizá sobre la densidad normal de la sangre y sobre los mismos eritrocitos. En tales ideas he fundamentado en los dos casos que resumo mi conducta terapéutica: Amps. de Kavitin Abbott por la mañana y Clorhidrato de quinina por la tarde. El resultado fue del todo satisfactorio, pues los dos enfermos curaron de su enfermedad.

Comayagua, 28 de Junio de 1942.