REVISTA MÉ DICA HONDURENA

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

DIRECTOR:
Dr. 8. Paredes *P*.
REDACTORES:
Dr. Humberto Díaz
Dr. Manuel Cáceres Vigil
Doctor Gabriel R. Aguilar
SECRETARIO DE REDACCIÓN:
Dr. Antonio Vidal
ADMINISTRADOR:
Dr. Marco Delio Morales

Año VII | Tegucigalpa, Hond. C A., Enero y Febrero de 1937 | No 68

PAGINA DE LA DIRECCIÓN

Jamás nos cansaremos de insistir sobre el tema palpitante que preocupa a los médicos, sociedades de asistencia social y gobiernos por los serios perjuicios causados al conglomerado en la actualidad y en los futuros próximos y lejanos. Me refiero a la TUBÉRCULOSIS PULMONAR. Para mayor claridad y confirmación de mi tesis recordaré en breves líneas un caso observado hace una semana.

Un colega y amigo de San Pedro Sula envía a la Policlínica para comprobar o desechar su diagnóstico a un joven de 32 años, bien constituido, comerciante, vecino de aquella ciudad, que sufre de tos desde el mes de octubre, a raíz de una fuerte gripa, la segunda en *el año. El colega a pesar de repetidos exámenes clínicos negativos sospecha tuberculosis, pero como ni los signos físicos se presentaran ni el tratamiento instituido dieran resultado alguno, resolvió mandarlo a esta Casa.*

Efectivamente a la exploración no se encuentran sino signos láñales de bronquitis, nada en favor de tuberculosis.

La expectoración que tanto molesta al paciente por su frecuencia y abundancia desde hace 4 meses es todo el sufrimiento que acusa. Al primer examen se encuentra gran número de Bacilos de Koch.

La radiografía muestra infiltración exagerada de los hilios y parte media de ambos pulmones con sombras de varias cavernas en los mismos sitios. Los vértices indemnes.

El diagnóstico de Tuberculosis pulmonar avanzada se impone.

Cuál es el interés de este caso? Es el de mostrarnos con la mayor claridad de la tierra como una tuberculosis llegada en su evolución hasta el período de cavernas pudo desarrollarse sin presen-

tar nunca fenómenos físicos capaces de hacer pensar en tal enfermedad. El colega avisado tuvo la precaución de instituir el tratamiento por la sola sospecha, pero en vista del ningún resultado, de la evolución idéntica por tres meses sin presentar temperaturas, con la tensión arterial normal y buen estado general, estuvo a punto de cambiar diagnóstico, máxime que repetidos exámenes de esputo fueron negativos.

También nosotros pensamos igual que el colega en la posibilidad de otra afección como sífilis pulmonar, bronquiectasia, aspergilosis y amibiasis pulmonar aun con la radiografía en las manos, ateniéndonos a los datos recibidos de San Pedro, hasta no ver el resultado del laboratorio.

Estamos acostumbrados a ver muchas tuberculosis, generalmente en periodo de avance muy extendido, pero nunca uno con caracteres exteriores tan poco marcados como éste. Por eso lo he Aprovechado para insistir una vez más, y no será la última, sobre la necesidad imperiosa de hacer exámenes radiológicos sistemáticos en los casos de afecciones pulmonares que se prolonguen por un tiempo más o menos largo aun cuando los resultados del laboratorio y de la clínica sean negativos.

Ya son numerosos los casos descubiertos por ese medio en individuos calificados como anémicos, palúdicos, parasitados intestinales, etc. El hecho de existir en el país en abundancia tales enenfermedades no es razón para descuidar la investigación de tuberculosis, sino para buscarla con mayor interés ya que son ellas preparadoras del terreno propicio para el desarrollo del Bacilo de Koch.

Si fuera un consuelo decir que la tuberculosis es un mal extendido por todos los ámbitos del mundo felices estaríamos, pero no, la calamidad universal nos obliga doblemente a buscarla y combatirla tanto por interés nacional como para contribuir con nuestro escaso medio a la extirpación radical si fuera posible de la Peste Blanca.

les a veces se reúnen, queda una placa escamosa, rodeada de una aureola roja. Al descamar dejan una placa de piel despigmentada, lisa y blanca, semejando al vitiligo. Asi pues, al mismo tiempo se encontraban placas de eritema, ampollas de diversos tamaños, desde un grano de café hasta el de una almendra pequeña, placas secas con su halo rojo, placas en estado de descamación, con restos de piel semidesprendidos y zonas ya descamadas, de color blanco, lisas semejando al vitiligo.

Exámenes complementarios: Reacción de Kahn, negativa. Sangre por Hematozuario de La verán, negativa. Heces por amibas y huevos de parásitos intestinales, negativa. Número de glóbulos rojos por mm..... 3.960.000. Número de glóbulos blancos por mm. .. . 8.260. Fórmula leucocitaria:

Linfocitos	29 %
'Monocitos.....	6 %
Polinucleares neutrófilos.....	57 %
Polinucleares eosinófilos.....	8 %

Orina: Cantidad en 24 horas, 720 ce.

Examen químico-microsópico, Normal.

Examen de los aparatos circulatorio, respiratorio, hígado, bazo y sistema nervioso, normal.

Diagnóstico: ENFERMEDAD DE DURHING.

Discusión: Siendo nuestro caso indiscutiblemente uno de dermatitis ampollosa, debe hacerse un diagnóstico diferencial con todas las dermatitis ampollosas de causa conocida o desconocida.

El grupo de las dermatitis ampollosas de causa conocida, puede agruparse conforme el cuadro siguiente:

1. —Dyshidrosis.
2. —Liquen plano, psoriasis y urticaria.
3. —Impétigo.
4. —Ecthyma.
5. —Sarna.
6. —Viruela, varicela y fiebre aptos a.
7. —-Erisipela y Sarampión.
8. —Intoxicaciones medicamentosas (Antipirina y Yodo.)
9. —Quemaduras.
10. —Infecciones septicémicas graves y benignas.
11. —Pénfigo congénito de los recién nacidos.
12. —Trastornos neurotrópicos, complicando mielitis, neuritis, etc.
13. —Infecciones crónicas, tales como lepra, sífilis y tuberculosis.
14.—Herpes.

Si clamos una mirada al cuadro anterior, tomando en cuenta la sintomatología de dichas enfermedades y la de nuestra observación, encontramos que se nos podría objetar que en I nuestro caso se trata de una dermatitis ampollosa debida a intoxicación medicamentosa, pues este niño en la época del aparecimiento de las ampollas estaba tomando licor de Van Switen. A lo anterior podemos contestar que el mercurio no produce dermatitis ampollosas, sino dermatitis escarlatiniformes. (Rost), y otros trastornos, tales como estomatitis, cólicos intestinales, etc., y que nuestro niño ha-

bía tomado apenas unas cuantas gotas de dicho medicamento. Quizá halla sido una casualidad el que apareciera la dermatitis en ese tiempo. Las dermatitis ampollosas son más bien producidas por otros medicamentos, tales como el yodo y la antipírina. Ninguno de estos medicamentos fue ingerido por nuestro paciente con anticipación al desarrollo de su enfermedad.

La segunda clase, es decir de las dermatitis ampollosas de causa desconocida, las podemos agrupar conforme el cuadro siguiente :

1.—Dermatitis polimorfas dolorosas.
2.—Pénfigo crónico.
3.—Pénfigo vegetante.
4.—Pénfigo foliáceo.
5.—Zona o fiebre zoster.

Las dermatitis polimorfas dolorosas comprenden las siguientes clases:

a) Pénfigo agudo febril grave.
b) Pénfigo subagudo maligno de ampollas extensivas de Brocq.
c) Dermatitis dolorosa poli morfa o Enfermedad de Duhring.

Esta última forma se caracteriza por los síntomas siguientes:

1.—Polimorfismo de la erupción.
2.—Fenómenos dolorosos. 3.—Conservación habitual de un buen estado general.
4. —Tendencia a las recidivas. Nuestra observación concuerda con esta sintomatología. Primeramente las ampollas aparecieron sobre una mancha roja o L placa eritematosa y después se convirtieron en placas que al descamar dejaron una superficie lisa y despigmentada, Todo lo anterior concuerda con el síntoma, dermatitis polimorfa. En cuanto a los dos síntomas siguientes, los fenómenos dolorosos fueron muy característicos, así como la conservación del buen estado general, no obstante la considerable extensión de las lesiones cutáneas. No hubo jamás albúmina, ni cilindros en la orina, su cantidad fue normal en 24 horas, las veces que fue posible medirla. La fiebre moderada, no subió jamás más allá de medio grado. En cuanto a recidivas, no podemos asegurar nada, desde luego que esto depende del futuro de nuestro paciente; pero podemos afirmar que durante el curso de la enfermedad, aparecieron varias generaciones de ampollas, terminando por fin por ceder totalmente al tratamiento, el cual se hizo a base de inyecciones de neosalvarsán y de pomada de ictiol.

Además de los síntomas anteriores debemos mencionar la eosinofilia, señalada como constante por algunos autores.

En mi concepto, sólo en un punto difiere este caso de la Enfermedad de Duhring. En ésta, el final de las ampollas, según los autores consultados, se traduce por zonas de piel pigmentadas; al contrario en nuestro caso el final ha sido zonas despigmentadas, lisas, semejantes al vitiligio y 'adoptando formas diversas entre la piel sana, como de carta geográfica, en toda la extensión del cuerpo.

El caso descrito, ¿será una modalidad de la enfermedad de Duhring o una cantidad diferen-