

PANVASCULONEURITIS

Por el Dr. HERNÁN CORRALES P.

Nuestro enfermo es un hondureño soltero de 62 años de edad, labrador del Depto. de Ocotepeque, que ingresó al Hospital General el 12 de agosto de 1947.

En sus A. Personales se consignan eruptivas de la infancia y paludismo en la edad adulta. Fiebres repetidas de causa ignorada que se acompañaban de artralgias varias y ligera inflamación de articulaciones.

Los A. Hereditarios no son contribuyentes.

Su enfermedad actual se resume así: Hace 15 años tuvo escoriación del 4 dedo del pie derecho y luego otra escoriación en maleolo interno derecho. Ambas lesiones crecieron paulatinamente, se tornaron dolorosos; la primera rodeó la base del dedo y la 2° avanzó sobre la parte posterior del pie. Dos meses después aparece ulceración redonda del tamaño de un centavo en lóbulo de la nariz que secreta líquido seroso y es también doloroso suavemente. Asistió a un Hospital de la Costa Norte donde se le dijo que tenía un tumor maligno y con su consentimiento le amputaron la nariz (nuestro paciente insiste en que no hubo biopsia previa).

Un año después aparecen otras ulceraciones en la parte posterior del pie izquierdo y grande, que crecieron lentamente, y luego otras más chicas en las piernas en número de tres, que se juntan formando ulceración única. Varias ulceraciones fueron tratadas con cauterizaciones y tópicos diversos, tratamientos antilúéticos y radioterapia con los siguientes elementos:

Pie: 130 Kv. 6 MaS. 3 al. -10 Distancia: 150 r. cada vez. Total 3.000 r.
Nariz: 120 Kv. 5 MaS. 1 al. 24,5 Distancia: 200 r. diarias. Total 3.000 r.

Egresó el 18 de junio de 1948 y reingresó en 1949 porque sus lesiones empeoraron. Y en 1951 fuimos llamados por el actual jefe de radioterapia para hacernos cargo de él.

Las junciones orgánicas generales son normales.

Dietética usual en nuestra clase media.

Es digno de mención especial que el paciente fuma desde la edad de 15 años, cuatro puros grandes al día como minimum.

i. Aguardiente como aperitivo por igual tiempo.

El examen somática revela únicamente lo siguiente:

Paciente asténico, adelgazado, expresión inteligente con «moderado temblor emocional» (Alcerro Castro).

Ulceraciones de bordes geográficos fondo seco y pálido de bordes lívidos no despegados en la parte posterior del pie izquierdo, región maleolar y cara interna y dorso del pie derecho. Ausencia del 4° dedo del pie derecho; ulceración del tamaño de 0.50 c, en grande.

seosa. Y en cuanto a las afecciones no tuberculosas a la que motiven diferenciación en la fase prodrómica, tales como: las alteraciones nutricionales que causan pérdida de peso, Toxisosis, apenadicitis, Pielitis, Tifoidea, comienzo de enfermedades infecciosas y Epilepsia. Enfermedades que pueden confundirse en la fase de irritación meníngea: Infecciones agudas del Sistema nervioso Central, Poliomieltis Anterior aguda, Meningitis Supurada, Meningismo, Meningitis Sifilítica, Paquimeningitis Hemorrágica, Tumor Cerebral y Abseso Cerebral. La tercera fase se diferenciará de las Uremias, Diabetes, Intoxicantes y Fracturas del Cráneo. El pronóstico antes fatal con raras excepciones ha cambiado con el uso de la Estreptomina sola o combinada con Sultanas o P A S.

De los 22 casos, 8 recibieron tratamiento por la Estreptomina. De los no tratados ninguno vivió más de 10 días; los tratados vivieron entre 30 días y 3 meses. 2 casos quedaron curados y sin secuelas; 1 con dos años de supervivencia y el otro murió después de un año de curado, debido a enfermedad intercurrente.

Como queda dicho, en el tratamiento se usa la Estreptomina intramuscular o por esta vía y la intratecal; pudiendo combinarse con otras drogas tuberculotásticas. Se ha usado la combinación de Promisole con estreptomina intramuscular e intratecal y agregando la Estretoquinasa. La Estreptomina la da el autor a la dosis de medio a un gramo diario vía intramuscular por 180 días, dando dos inyecciones diarias y administrando durante cuarenta días 10 a 50 miligramos intratecal.

Las ulceraciones del pie oscilan del tamaño de 10 y 20 centímetros cuadrados y separados por pequeños **islotes** de piel sana. Dejan al descubierto los tendones extensores de los dedos y el aquileo. Ulceración circular bordeando las coanas interesando la mucosa y la piel correspondientes, advirtiéndose congestión y supuración en la superficie de las fosas nasales. Los bordes son no despegados y no sangrantes.

Corazón normal, clínica y radiológicamente. Pulso regular y amplió con frecuencia de 86.

Oscilometría de miembros inferiores, así:

Miembro izquierdo, en pierna y pie: Q.

Miembro derecho, en pierna y pie: ligerísimas oscilaciones que no llegan a 1/8. Los exámenes complementarios revelan únicamente una Anemia hipocrómica.

Exámenes por lúes: Negativos en **sangre** y L.C.H.

Eritrocimentación: 1° hora 20, 2 hora 16.

En la sospecha de que se trataba de una afección vascular, hemos enviado biopsias al Laboratorio de Anatomía Patológica,

Los preparados han revelado una proliferación de la túnica íntima de **los** vasos con fibroblastos en la media y fibrosis perivascular. En algunos vasos se ven canales estrechos de los trombos organizados. En algunos sitios hay fuerte infiltración linfocitaria en relación a la infección secundaria. (Inclusiones N° 261 y 165).

En estas condiciones planteamos el diagnóstico de Panvasculoneuritis o enfermedad de Winiwarter Buerger con interesamiento de los miembros inferiores, nariz y pene.

Suspendimos el tabaco y alcohol, sometimos a un régimen hipotóxico al paciente y administramos vasodilatadores por cuatro meses consecutivos (Priscol, angioxil 60, ácido nicotínico, depropa-nex) y hemos asistido a una ostensible cicatrización de las úlceras. El reborde de la ulceración nasal perdió actividad y está cicatrizado.

INTERPRETACIÓN

En individuo de 62 años encontramos proceso de panvascularitis con necrosis fuertes hasta gangrena de pies, nariz y glando con antecedentes de tabaquismo inveterado y que corresponde a una endoarteritis obliterante arterial y venosa a quien en la iniciación del proceso se amputó la nariz con diagnóstico errado de tumor maligno y que ha involucionado bien con la supresión de la noxa tóxica y vasodilatadores.

Hay además dos hechos importantes:

- 1 —Antecedentes de fiebres con artralgias, inflamaciones articulares que perfectamente pueden haber condicionado su afección vascular, pues interpretándose aquélla como una fiebre reumática tipo Bouillaud y Galff, pudo por el mecanismo hiperérgico desarrollar también una reacción hiperérgica de los vasos. Sería una mesequimatitis reumática en un paciente en quien la acción deletérea del tabaquismo, ha facilitado la agresión vascular. Pues es

un hecho bien establecido la acción desencadenante del tabaco inhalado sobre los vasos labilizados.

- 2 —Presentarse afectados los vasos del lóbulo de la nariz y glando atestiguado que el proceso de tromboangeítis puede afectar otros vasos además que de los de las extremidades. Aunque los casos de esta naturaleza no abundan en la literatura hasta la fecha hay comunicaciones como las de Birnabaum, Prinzonotal y Connor publicado con el nombre de «tromboangeítis obliterante generalizada con compromiso de vasos retinianos e infartos suprarrenal» que publicaron en marzo de 1943 en Archivos Internacionales Médicos.

Se han encontrado tomados los vasos del cerebro, retina, pulmones, coronarias, mosentéricas, pancreáticas, etc. Nuestra compulsión bibliográfica no ha revelado casos anteriores con interezamiento de nariz y glando. Allen, Barker y Hiñes en su tratado de enfermedades vasculares periféricas dicen: «Debe considerarse que lesiones arteriolares oclusivas pueden ocurrir en tromboangeítis de las extremidades y pueden ser la causa de la muerte. La incidencia exacta de estos accidentes vasculares fatales es desconocida pero es probable que sea definitivamente superior entre los pacientes con T.T.C- de miembros que entre los que no tienen afección oclusiva de los vasos de las extremidades».

Queremos destacar el hecho también de que nuestra interpretación del mecanismo hiperérgico desencadenado por el reumatismo febril en nuestro caso de panvascularitis está sustentado por casos anteriores en la literatura mundial, siendo el más conspicuo el de Waldorp Mazzine y Corty, de la Argentina, cuyo paciente, fumador inveterado, presentó eritema nudoso reumático, y luego, violenta agresión vascular con producción de úlceras en piernas muy similares a las de nuestro caso.

RESUMEN

El autor estudia un enfermo de 62 años de edad con antecedentes reumáticos y tabaquismo inveterado que desarrolla típico cuadro de panvascularitis con necrosis fuerte de miembros inferiores, glande y lóbulo de la nariz que corresponde al Síndrome de Winiwarter Buerger.

Se consignan casos de otros autores con interesamiento de arterias viscerales, y se destaca, que no hay reportes de casos previos con necrosis de pene y nariz.

BIBLIOGRAFÍA

- Allen, Barker, Mines
1° Periferal Vascular Diseases. W. B. Saunders C", Philadelphia. 1919. 2"
Waldrop, Mnzzini, Corti. Panvasculoneuritis. Revista Argentina de
Dermatosifilografía. 34 77. Junio 1960. 3" R. Valdivieso. Tratado de
Terapéutica Clínica, Central de Publicaciones,
Santiago do Chile. 4° Periarteritis Nudosa, Ormsby y Montgomery.
Diseases of the Skin.
Saunders C", Philidelphia.

HERNÁN CORRALES P.

Tegucigalpa, Noviembre de 1952.