

HOSPITAL DE SAN ANTONIO ABAD. SERVICIO DE MEDICINA

Jefe: DR. JOAQUÍN AYESTARÁN. San Sebastián

LAS FORMAS EDEMATOSAS DEL LUPUS ERITEMATOSO DISEMINADO

por el

DR. CARLOS GARCÍA DEL RÍO

San Sebastián

Es sabido el polimorfismo clínico que puede afectar esta enfermedad. Desde el punto de vista puramente objetivo, únicamente se le puede caracterizar por las lesiones cutáneas típicas. Desde el punto de vista biológico, por el aumento de las globulinas y la aparición de células L. E. en el campo periférico o en la médula ósea.

Fuera de estos hechos, el cuadro de esta enfermedad es tan proteiforme que prácticamente no existe síntoma alguno o signo que no puede ser producido por ella.

Como una forma poco frecuente en su presentación, creemos de interés la descripción del siguiente caso:

Historia clínica

J. M., de 30 años de edad, casada.

Antecedentes familiares.—Padre muerto de cáncer de laringe. Madre muerta de cáncer de útero. Nueve hermanos; viven cinco.

Antecedentes personales.—A los 16 años, adenopatías cervicales dolorosas. A los 18 años, eczema generalizado que duró dos años. Al desaparecer, quedó con un *lupus vulgaris*.

Historia de la enfermedad actual.—La enfermedad actual comenzó hace ocho años. Anorexia, astenia, febrícula y sudores nocturnos. Diarreas de unas seis a ocho evacuaciones diarias. Ingresó en un servicio de Medicina donde mejoró, desapareciendo la febrícula y las diarreas.

Estando ingresada comenzó a sentir dolores en articulaciones, codos, rodillas, etc. Al mismo tiempo que esto le salieron unos bultos en ambas regiones laterales del cuello, del tamaño de almendras, muy dolorosos.

Toda esta sintomatología dura unos dos a tres meses, desapareciendo con diversos tratamientos. Se solía repetir cada cuatro meses, siempre con las mismas características. Ingresa ahora con fiebre, ademas faciales generalizados, gran sensación de astenia y malestar general, vómitos.

Aspecto general.—Enferma en regular estado de nutrición. Ademas faciales que corresponden fundamentalmente a párpado inferior, con enrojecimiento del mismo y conjuntivitis concomitante. Cicatrices y zonas pápulocostrosas en ambas mejillas. Pigmentación morena de piel.



Sistema linfático.—Adenopatías pequeñas en ambas regiones laterales del cuello, del tamaño de alubias, dolorosas a la presión, bien delimitadas, adherentes a planos profundos, sin modificaciones de la piel que lo recubre.

Hemograma (8-V-1958): hematíes, 4.136.000; leucocitos, 9.050; fórmula: polis, 79; linfocitos, 15; monocitos, 4; trans., 0; eosinófilos, 2; basófilos, 0.

Biopsia de adenopatía cervical: adenitis inespecífica aguda.

Informe del servicio de Oftalmología: Conjuntivitis inespecífica, independiente probablemente de un proceso "dermatológico". Tratamiento: pomada de hidrocortisona.

27-V-1958: Se encuentra mejor. Persiste el mismo tratamiento. No ha vuelto a tener vómitos ni náuseas. Los edemas faciales van desapareciendo. Mejora el apetito y el estado general. T. A., 11-8,5.

3-VI-1958: Sigue lo mismo. Buen apetito. Bien de vientre. No fiebre. Sudores copiosos lo mismo de día que de noche. No escalofríos. Hace tres días nota dolor en región lateral derecha del cuello y hueco exilar del mismo lado. En la exploración se encuentran unas adenopatías del tamaño de piñones, adherentes a planos profundos, dolorosos, en hueco axilar. Se encuentran en región anterior del hombro derecho. A la exploración, marcada pigmentación de color ajamonado, tamaño de una moneda de cinco pesetas, que infiltra la piel y es ligeramente dolorosa al pellizcamiento. No sobresale de la epidermis. No descama. Mejoran los ademas palpebrales, que van disminuyendo y adquiriendo un tono cobrizo, y los lunares faciales. Tratamiento: persiste el mismo.

21-VI-1958: Se encuentra algo mejor. Buen apetito. Gana peso. Se queja de dolor en mejilla izquierda. Se aprecia una infiltración de la cicatriz lúpica, muy dolorosa al tacto y presión. Este mes ha tenido el período muy abundante.

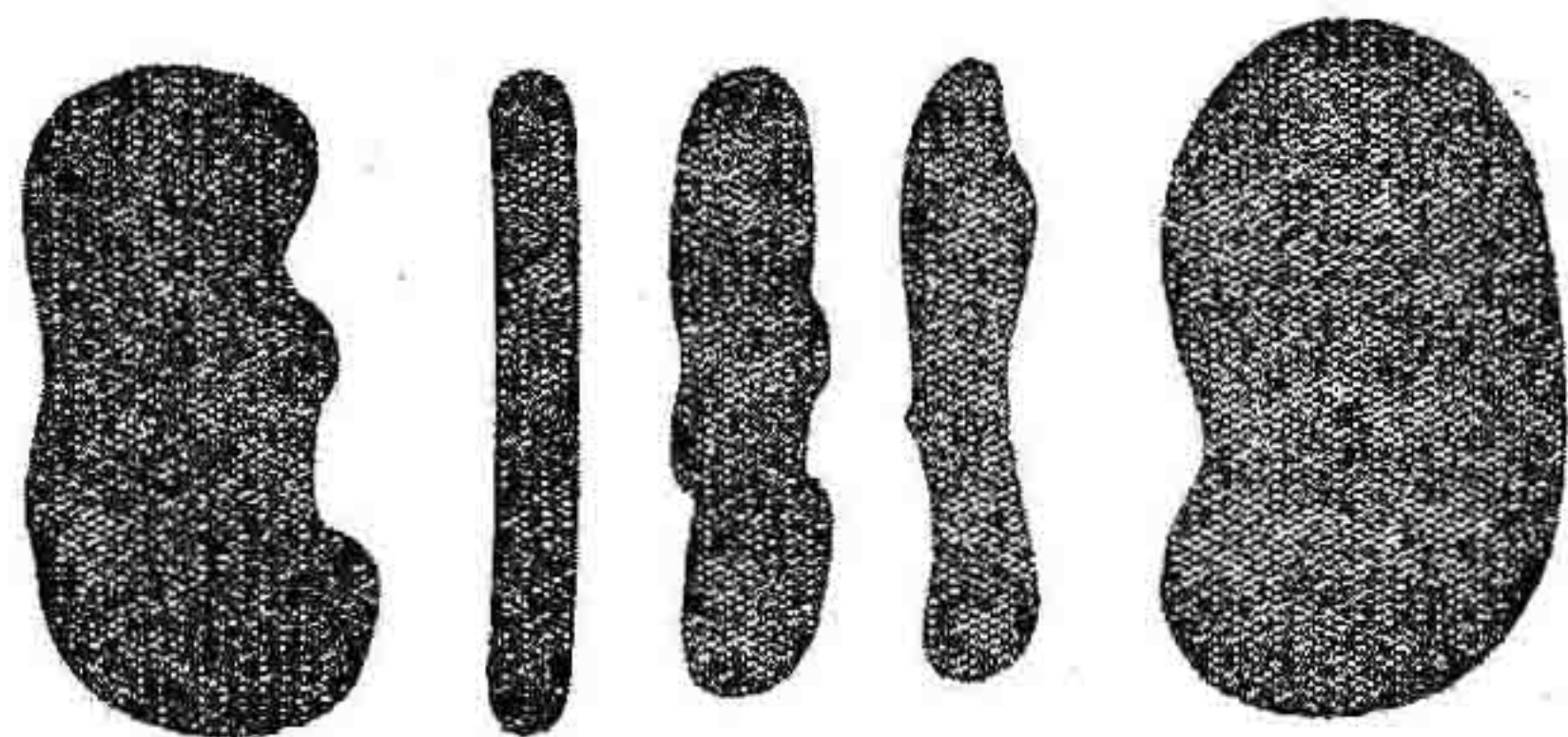
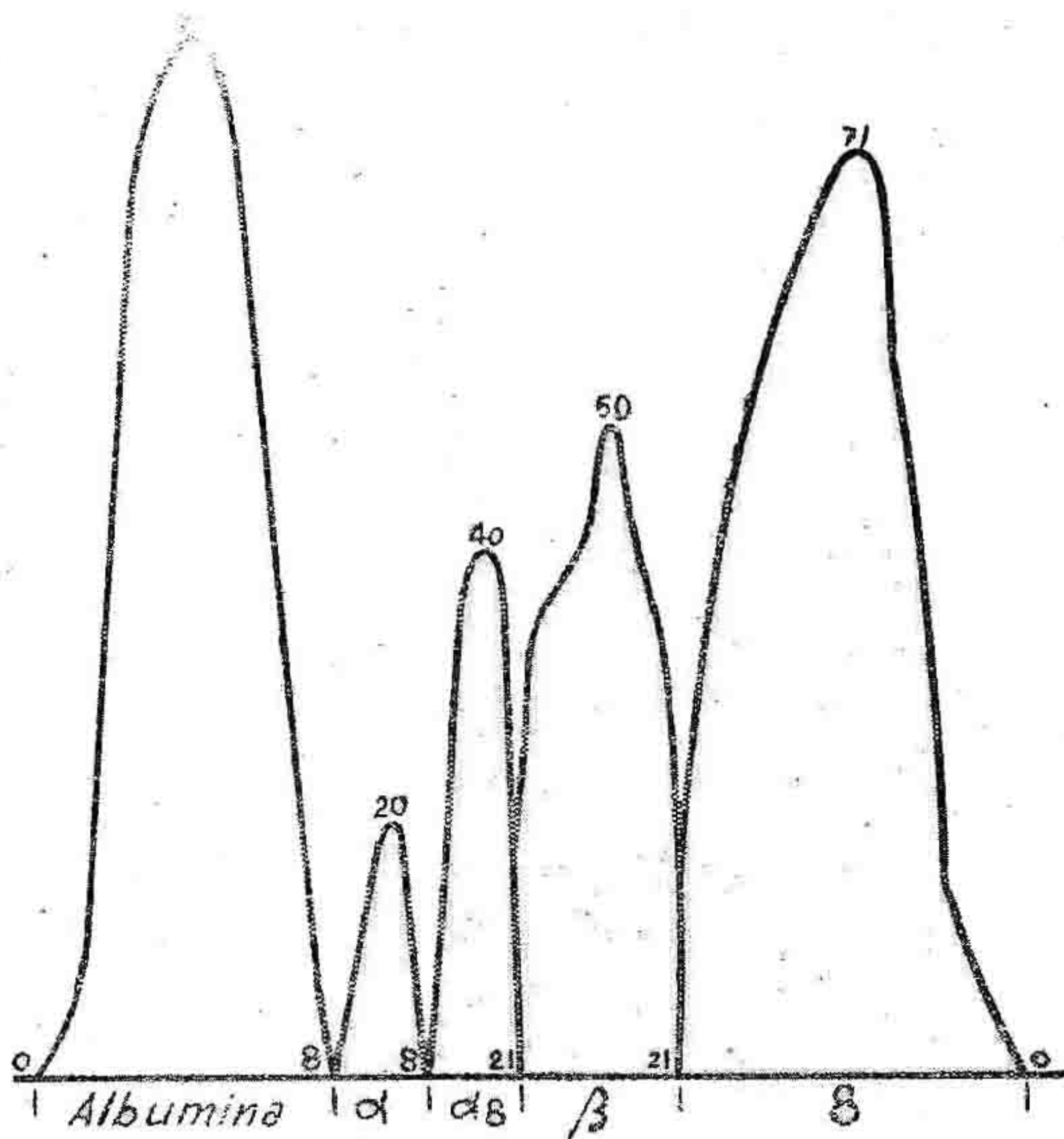
4-VIII-1958: La enferma se encuentra bien. Han desaparecido la infiltración y el edema facial. Buen estado general. Las adenopatías han desaparecido. Sale de alta. Se le aconseja disminuir la dosis de prednisona a dos comprimidos diarios (10 miligramos).

Vuelve a los pocos días nuevamente con edemas palpebrales. Se aumenta la dosis a tres comprimidos diarios y vuelve a desaparecer rápidamente. Los pigmentos, y en particular los párpados y cicatrices faciales, son de color pardo oscuro. Hepatomegalia de las mismas características.

Análisis: R. Weltman, 10; R. Kunkel, +++; R. McLagan, ++; proteínas totales, 7,85; proteínograma (gráfica adjunta); velocidad de sedimentación, 20.

Consideraciones.

Predomina en este caso una acusada sintomatología general con otra también acusada de tipo local. La sintomatología general parece corresponder a un brote agudo de su enfermedad, como ya había ocurrido otras veces, aunque de forma no tan acusada. La sensación de malestar general y astenia es abrumadora. Incluso la enferma tenía sensación de muerte inminente.



La sintomatología local se presentaba por primera vez; consistía en una inyección conjuntival discreta, acompañada de

edemas faciales, mucho más acusados en párpados inferiores, que al mismo tiempo tenían una coloración cobriza.

a) La patogenia de estos edemas es oscura. Es frecuente en esta enfermedad la aparición de edemas junto con el síndrome nefrótico; pero en nuestra enferma la exploración renal con los medios a nuestro alcance no acusaba grandes alteraciones. La cifra de Na. y K. quedaban también dentro de la normalidad, por lo cual no parecían de ninguna manera estar en relación con un trastorno de funcionalismo renal.

b) Ser una parte constituyente de las lesiones cutáneas. Diversos autores han señalado el polimorfismo de estas lesiones (Osler, Tumalty, Dubois, Pautier), que un porcentaje elevado de casos no tiene nada que ver en las lesiones típicas del lupus eritematoso.

Dubois señala el aspecto atípico de las lesiones cutáneas que pueden reproducir toda la gama de las afecciones dermatológicas. Podría tratarse, pues, la reacción inflamatoria inespecífica ante ciertas lesiones cutáneas que nada tendrían que ver con el lupus eritematoso. En la actualidad no se aprecian más que cicatrices de lesiones anteriores y algunas zonas papulocostrosas en ambas mejillas, que impiden su filiación anterior.

c) Finalmente, las lesiones oculares, conjuntivitis, se pueden asociar a blefaritis (blefaroconjuntivitis) con edemas palpebrales acusados; pero en algunos brotes de la enferma las lesiones edematosas dérmicas e inflamatorias conjuntivales no han seguido un curso paralelo.

De lo expuesto parece ser que se trata de una forma dependiente de sus lesiones dermatológicas con infiltración de la capa subdérmica.

Hecho curioso de señalar son las placas de alopecia confluentes en algunas zonas y refractarias a la terapéutica habitual de estas formas, lo mismo que a la terapéutica con corticosteroides. Han sido señalados por diversos autores.

Por último, nos queda aún por estudiar los efectos del tratamiento. De brillantes efectos sobre los signos faciales y el estado general. Al disminuir las dosis (10 miligramos) se reproducían los síntomas, de forma menos acusada, pero evidente. Subiendo la dosis, remitían en poco tiempo. Las alteraciones

biológicas tumorales persistían aproximadamente lo mismo al ser dada de alta.

RESUMEN

Se cita el caso, poco frecuente, de una enferma afecta de lupus eritematoso con manifestaciones de intenso edema facial dependientes de la infiltración de la capa subdérmica y cuya historia clínica y evolución terapéutica son descritas y comentadas en detalle, poniendo de relieve el polimorfismo clínico que adopta esta enfermedad.

(*per* "Clín. y Laboratorio.", 111, 1959, 395 (II).)

HIGIENE DEL TERMOMETRO

Cuando las temperaturas se toman en la axila, lo preferible en esas circunstancias, hay pocos riesgos de transmitir una infección a menos de un enfermo con una dermatitis infecciosa en esa región.

En cambio, su empleo bucal exige lógicamente que se use regularmente un método de desinfección seguro. Frobisher, Sommermeyer y Blackwell consideraron germicidas como ineficaces a pesar de estar acreditados como altamente activos en otros tipos de uso.

Sus mejores resultados en la desinfección de varillas de vidrio o termómetros verdaderos contaminados con bacilos tuberculosos y diftéricos, estafilococos y estreptococos, los obtuvieron con alcohol etílico o isopropílico al 70 por 100, siendo este último bastante más eficaz. Los resultados mejoran si se los frota previamente sobre un algodón humedecido con una mezcla de partes iguales de tintura de jabón verde y alcohol etílico de 95 grados. Si se hace esto, con sólo llevar el termómetro en un recipiente conteniendo alcohol de la concentración conveniente será suficientemente seguro, pero se aconseja renovar el contenido con frecuencia.