Cátedra de Pediatría.
Prof. E. Cienfuegos.

UN CASO DE DERMATITIS GANGRENOSA INFANTUM (*)

Por los Dres. JULIO MENEGHELLO y JULIO GUASCH

Hemos considerado de interés dar a conocer la observación clínica de una enferma de nuestro Servicio, no sólo por la rareza de la afección, sino también por las dificultades que se presentaron para su diagnóstico.

Se trata de una chica de 2 años, nacida de un parto de término, sin complicaciones. Fué alimentada con leche materna hasta la edad de un año; después recibió un régimen mixto (leche de vaca, sopas y purés). Entre sus antecedentes mórbidos no figuran enfermedades dignas de mencionar en relación con su cuadro actual. Su estado nutritivo anterior a su última enfermedad era satisfactorio. Pesaba 11.400 kgs.

La enfermedad, que motivó su ingreso al hospital, se había iniciado 15 días antes, con la aparición en la piel de lesiones ulcerosas superficiales que, según el relato de su madre y nuestra propia observación, comenzaban como una pequeña pápula inflamatoria, que rápidamente se ulceraba y se extendía en superficie. Constituida la lesión, según puede observarse en la fotografía adjunta, aparecía como una úlcera superficial, de forma redondeada u oval, cuyo diámetro mayor variaba entre 3 y 10 cms.; estaba implantada sobre una región solevantada; sus bordes netos, regulares o de aspecto cartográfico, caían cortados a pique sobre un fondo sucio, granuloso, cubierto de secreción purulenta, con gran tendencia a sangrar. Rodeaba a la ulceración un halo rojizo de aspecto inflamatorio. Estos elementos se encontraban diseminados, observándose cierta preferencia por la localización a nivel de la piel de las nalgas y abdomen. No tenían tendencia a desaparecer, sino por el contrario, aumentaban en número en forma alarmante, acompañándose de un cuadro febril, con acentuado compromiso del estado general de la enferma.

(*) Entregado para la publicación el 6 de junio de 1944.

En el Servicio se planteó la posibilidad diagnóstica de un impétigo de una variedad gigante y se iniciaron tratamientos a base de diferentes tópicos cutáneos, sulfatiazol en pomadas y por vía bucal a la dosis de 2.25 grs. diarios. Como tratamiento general, pequeñas y repetidas transfusiones sanguíneas y un régimen alimenticio rico en albúminas y vitaminas.

Para mejor estudio de la enferma, solicitamos la colaboración del Prof. Jarannillo (Cátedra extraordinaria de Dermatología de la Universidad de Chile), quien nos hizo notar la extrema rareza del cuadro, catalogándolo como una dermatitis gangrenosa infantum o pénfigo gangrenoso.

A pesar de la variada terapéutica ensayada, la enferma empeoraba día a día; las lesiones cutáneas seguían aumentando en número y extensión y el intenso dolor que provocaban, obligaban a nuestra pequeña paciente a adoptar las más variadas posiciones en busca de un alivio. El compromiso general era progresivo y en la curva térmica se observaban alzas vespertinas hasta 39°, no alcanzando en ningún momento del día la temperatura normal.

Las investigaciones de laboratorio nos proporcionaron los siguientes informes de interés:

Hemograma: anemia y leucocitosis con predominio de los polinucleares.

Hemocultivo: desarrollo de estafilococo dorado hemolítico.

Examen bacteriológico del pus de las úlceras: desarrollo de estafilococo blanco hemolítico, virulento.

Un episodio inesperado se agrega en la evolución del cuadro. Al séptimo día de estado en el Servicio, la enferma presenta disnea con gran estridor y tiraje. Se practica una laringoscopia directa, que revela a nivel de la tráquea abundante secreción cremosa, que según la opinión del especialista, podía corresponder a falsas membranas disgregadas. Se aconseja el uso de suero antidiftérico, que fué administrado a la dosis de 20,000 U., por vía intramuscular. A pesar de esta última medida, la enferma continúa agravándose, se acentúa la dificultad respiratoria, que obliga a practicar una intubación de urgencia, maniobra durante la cual fallece, siendo inútiles las medidas realizadas para combatir la apnea.

La desgraciada evolución del caso que relatamos, nos permitió continuar su estudio, agregando el informe anátomo-patológico que transcribimos en su completo detalle:

Tráquea y bronquios: ulceraciones con necrosis de la mucosa y parte de la submucosa, con abundante formación de pseudomembranas fibrinosas. Infiltración inflamatoria de las diversas capas debajo de la necrosis, que en algunos puntos aparece como flemón, que se extiende más allá de los cartílagos y tejido adiposo perivascular. En algunas regiones, el epitelio presenta metaplasia epidermoidea. Conclusión diagnóstica: tráqueo bronquitis fibrino necrótica flemonosa.

El examen bacteriológico del exudado dió desarrollo de Bac. de Loeffler.

Piel: úlceras que comprometen todas sus capas y cuyo fondo está en el celular subcutáneo, el cual muestra múltiples focos de inflamación aguda purulenta. Se observan escasos capilares neoformados.

Miocardio: Hiperhemia e intensa tumefacción turbia.

Hígado: hiperhemia y degeneración gránulo-grasosa.

Riñones: hiperhemia intensa; tumefacción turbia; nefritis embólica.

Comentario. — Coincide el aspecto de las lesiones y su localización, con el cuadro descrito con los nombres de Dermatitis Gangrenosa Infantum, Pénfigo Gangrenoso o Varicela Gangrenosa. Se presenta esta afección en niños pequeños o debilitados, como una complicación, en ciertos casos, de la vacuna, varicela o rubeola (1).

Las lesiones cutáneas están constituídas por ulceraciones gangrenosas superficiales, de forma redondeada u oval, precedidas por una vesícula o pústula, pudiendo formarse placas de considerable extensión, por la confluencia de varias lesiones. Se localizan de preferencia en el tronco, nalgas y muslos, por ser la piel de estas regiones un sitio de menor resistencia, por su finura y mayor facilidad para sufrir ectasia circulatoria (1).

Se acompaña el cuadro de síntomas generales, calofríos, fiebre y vómitos. Puede evolucionar en semanas o meses, dependiendo el pronóstico de la extensión de las lesiones, virulencia del germen y defensas del individuo. Se encuentran como agentes habituales, estreptococos y estafilococos virulentos.

Sin embargo, el hallazgo en el caso que comentamos, de una tráqueo-bronquitis diftérica, nos obliga a recordar la opinión de varios autores sobre el polimorfismo que pueden adoptar las lesiones cutáneas producidas por el Bac. de Loeffler.

El cuadro clásico se describe como erosiones o úlceras superficiales cubiertas de pseudomembranas de color grisáceo muy adherentes (3, 4 y 5). La infección se hace por auto-inoculación o a través de objetos contaminados, siendo su localización más frecuente alrededor de los órganos genitales, piel del abdomen y cara interna de los muslos. No obstante, la difteria cutánea puede adoptar variados aspectos.

Knowles y Frescoli (1) señalan casos que estaban caracterizados por el desarrollo de ulceraciones gangrenosas, eczemas impetiginizados, impétigos o aún verdaderos abscesos.

Edelmira N.

Edelmira N.

Warren y Sutton (1) describieron un caso fatal en un niño de 5 años, como complicación de una varicela; la piel mostraba múltiples lesiones úlcero-costrosas de carácter impetiginoso.

Cienfuegos (2) cita un caso de difteria de la mejilla, que considerado como impétigo vulgar, sigue una evolución gravísima y que cura espectacularmente con una dosis alta de antitoxina. Señala otro caso, que diagnosticado como chancre fagenédico del labio y comisura bucal, acompañado también de intenso compromiso general del enfermo, mejora en igual forma con la administración de una sola dosis de antitoxina diftérica. Insiste este autor en la importancia para el diagnóstico de la difteria cutánea, del edema pálido que rodea la lesión ulcerosa, el manifiesto compromiso ganglionar satélite y el síndrome que él ha llamado de hipo-surrenalismo, que rara vez falta en la infección por Loeffler, sea cual fuere su localización.

Algunos autores han observado lesiones del tipo del eczema, confirmadas como lesiones diftéricas (1 y 6).

En el caso que constituye el objeto de nuestro comentario, en repetidos exámenes del pus de las ulceraciones, no se encontró Bac. diftérico, lo que constituiría un argumento contra esta suposición diagnóstica. Sin embargo, para algunos autores, la presencia del agente específico de la difteria podría ser secundaria, siendo responsables de las manifestaciones cutáneas los gérmenes piógenos.

Como conclusión diremos que el enfermo presentaba una afección cutánea, cuya sintomatología nos permitió catalogarla como una Dermatitis Gangrenosa Infantum. Pero su coexistencia con un crup diftérico y el variado aspecto que adopta a veces la difteria de la piel, nos obliga a señalar, aunque en un segundo plano, esta posibilidad diagnóstica.

Bibliografía.

- 1.—SUTTON. — Enfermedades de la piel. 1939.
- 2.—BATES R. M. — Un caso de difteria cutánea y conjuntival.
- 3.—ZIELER K. — Enfermedades de la piel.
- 4.—ZIELER K. — Atlas de enfermedades de la piel.
- 5.—ROST A. G. — Enfermedades de la piel. Ed. Labor. 1928.
- 6.—LANDE. — Tratado enciclopédico de enfermedades de la infancia de Pfaundler.
- 7.—CIENFUEGOS E. — Comunicación personal.