

Hospital Manuel Arriarán.
Posta Infantil
de Primeros Auxilios.

SÍNDROME DE SCHONLEIN HENOCH Y VACUNA ANTIVARIOLICA

Caso clínico.

Por el Dr. JULIO GUASCH

OBS. Nº 18147/46. — E. LI. V.

Se refiere a una enfermita de 7 años de edad, sin pasado mórbido de interés, que durante el periodo de brote de una vacuna antivariólica, presenta afección caracterizada por fiebre ligera e irregular, vómitos pertinaces, dolores abdominales de tipo cólico y erupción micropapulosa, localizada en la cara de extensión de las extremidades; diferentes tratamientos médicos consiguieron sólo mejorías pasajeras, hasta que un sintoma alarmante, enterorragia, unido a la intensificación de los dolores abdominales, atribuidos, según sus familiares, a la ingestión de un purgante, determinan su ingreso al Servicio de Urgencia, el 27 de marzo último, 15 días después de iniciada su enfermedad.

En recepción comprobamos una chica en regular estado general, angustiada, con ligera reacción febril; el color rosado de sus tegumentos eliminaba la posibilidad de una pérdida considerable de sangre; en la piel, además de una ulceración a nivel del muslo derecho, que correspondía a la pústula vaccinal, aparecían diseminadas en la cara de extensión de las extremidades, pápulas del tamaño de una lenteja pequeña, circundadas de un halo rojo, unas erosionadas, otras cubiertas de costras; se observaban también en ambas regiones glúteas algunos elementos con aspecto de petequias solevantadas. Subjetivamente acusaba un dolor abdominal vago, que a la palpación aparecía más manifiesto en la fosa ilíaca derecha, que en examen acucioso se mostraba depresible. El resto del examen físico no ofrecía nada de interés.

Ante estos hallazgos clínicos y destacándose entre ellos el dolor abdominal y enterorragia, se plantearon diversas posibilidades diagnósticas, que comentaremos posteriormente, señalando primero el detalle de la evolución y exámenes de laboratorio, que permitieron concluir el diagnóstico de síndrome de Schonlein Henoch.

Evolución y tratamiento: Ingresada la enferma al Servicio, se dejó en observación médico quirúrgica, indicándose suero gelatinado a beber, atropina y espasmocibalgina por vía bucal. Un hemograma de urgencia informó 5,060,000 glóbulos rojos, 12,300 blancos, con ausencia de eosinófilos, 10 % de baciliformes, 60 % de segmentados y 28 % de linfocitos; las plaquetas normales en número y forma y los neutrófilos con regular cantidad de granulación tóxica. No hubo variación del cuadro en el resto del día.

Día 28: Continúa decaída, pero con buen apetito. Temperatura de 38°; pulso regular, blando, con frecuencia de 120; presión arterial, 10/6. Presentó dolores abdominales de tipo cólico y una sola deposición sanguinolenta. El hecho de mayor interés fue la aparición de un rash petequeial en el hemitórax derecho. El abdomen mostraba siempre sensibilidad dolorosa difusa, de poca intensidad, pero era fácilmente depresible. Las reacciones tíficas fueron negativas. Orientado el diagnóstico hacia un púrpura anafiláctico, se indicó un régimen de preferencia hidrocarbonado, solicitándose un enema baritado, para descartar la posibilidad de invaginación intestinal, hecho observado en la afección citada.

Día 29: A raíz de la ingestión de bario, presentó un vómito y pasó la noche en malas condiciones. La temperatura se normalizó, pero el pulso se mantuvo con frecuencia de 120 y siempre blando. La palpación abdominal revelaba sensibilidad dolorosa discreta, más manifiesta en la fosa iliaca derecha. En la tarde de este día aparecen numerosas petequias en ambos hipocondrios, fosas ilíacas y caderas, de distribución claramente simétrica; no presentó ninguna molestia, ni se repitieron los cólicos intestinales, ni la emisión de deposiciones sanguinolentas. El enema baritado demostró inyección de los segmentos intestinales hasta el ciego, lo que alejaba la posibilidad de invaginación. La terapéutica orientada ya hacia una afección de carácter anafiláctico, incluía ascorbil, gluconato de calcio y adrenalina por vía bucal.

Día 30: Amanece muy bien, no acusa molestias, afebril, presión 90/55, pulso 120, regular tensión. La palpación del abdomen ya no es dolorosa. En la piel se ha extendido el rash de petequias solevantadas, que cubren en disposición simétrica desde la mitad inferior del tórax hasta la raíz de los muslos; las pápulas descritas en la cara de extensión de las extremidades, se observan en su mayoría, erosionadas por el grataje.

El estudio de los factores de la hemostasia reveló un tiempo de sangría de 2 minutos, de coagulación de 5 minutos y prueba de Rumpel Leede negativa.

Un antecedente de importancia se agregó a los datos de anamnesis, que constituyó un nuevo elemento de gran valor diagnóstico; en los días anteriores al ingreso, la enferma había presentado edema del dorso de las manos y dolores vagos en las extremidades superiores, ambos de duración fugaz.

Motivos familiares alejaron la enferma de nuestro Servicio al tercer día de observación, pero informados de su evolución posterior, supimos de su completa mejoría. No reaparecieron los vómitos ni cólicos intestinales y la erup-

ción cutánea, en el transcurso de algunas semanas, se había reducido a cicatrices de color rosado pálido.

Comentario.

En el momento de recepción de la enferma, tratando de relacionar los datos de anamnesis con los hallazgos clínicos, nos pareció encontrarnos ante un caso de generalización vaccinal, en que se hubiera extendido la erupción a la mucosa digestiva, produciendo el cuadro doloroso y la enterorragia. Esta suposición, aunque basada en concepciones teóricas, se vió apoyada por una comunicación personal de un caso semejante (Dr. Izzo).

Era también digna de considerarse la posibilidad de la intercurencia de una tifoidea, complicada de melena, y estaban a su favor la evolución febril prolongada y la época del año en que alarmaba su frecuencia; sin embargo, el predominio del síntoma cólico intestinal, reacciones tíficas negativas, caracteres del hemograma y rápida declinación térmica, nos permitieron descartar esta hipótesis diagnóstica.

La invaginación intestinal, como episodio de un proceso mórbido no precisado o complicación de un púrpura anafiláctico, ponía también un interrogante de enorme importancia al cuadro presentado por la enferma y no era fácil su eliminación en el momento de recepción: vómitos, cólicos intestinales y melena orientaban hacia este diagnóstico, que como lo señalamos anteriormente, se vió excluido por la negatividad del enema baritado y evolución de los síntomas clínicos.

Finalmente, el síndrome de Schonlein Henoch nos daba explicación a los datos obtenidos de la anamnesis y observación de la enferma, pero vacilábamos en su afirmación al considerar el paralelismo evolutivo de una vacuna con intensa reacción local y la erupción cutánea polimorfa, en que se destacaban elementos pápulo costrosos con aspecto de pústulas vaccinales en cicatrización. Pero como lo señalamos en la descripción del caso, este diagnóstico se vió certificado en la negatividad de los exámenes de laboratorio y remisión rápida del episodio mórbido, con medicación antiespasmódica y anti-anafiláctica inespecífica.

Nuestro principal objetivo al relatar esta observación, es llamar la atención en una de las causas de dolor abdominal en el niño, asociado o no a hemorragia intestinal, que, a pesar de su frecuencia poco significativa, debe tenerse presente especial-

mente en los servicios de urgencia, donde complica el diagnóstico, en las fases aun inciertas de la enfermedad. Sabemos que el púrpura de Henoch, antes de la erupción cutánea, a veces polimorfa, semeja cuadros de tratamiento quirúrgico, como apendicitis o peritonitis y su posible complicación de invaginación intestinal, agrega nuevas sombras en la discriminación diagnóstica (1, 2, 3 y 4).

Nos parece, además, interesante señalar el posible rol que en nuestra enferma ha desempeñado la vacunación antivariólica como agente desencadenante de reacción anafiláctica, imprimiendo a la afección una fisonomía para nosotros nueva.

Bibliografía.

- 1.—COOLEY, T. B. — Brennenan's Practice of Pediatrics. Vol. III. Chap. 17, p. 13.
- 2.—VARELA, M. E. — Hematología Clínica. Ed. 1941. pág. 310.
- 3.—GARRAHAN, J. P. — Medicina Infantil. Ed. 1946. pág. 836.
- 4.—HOLT, L. E. y HOWLAND, J. — Tratado de Pediatría. Ed. 1943. pág. 729.