Hospital Luis Calvo Mackenna.
Cátedra Extraordinaria de Pediatría
Prof. A. Ariztia A.

ERITEMA NUDOSO ATIPICO EN LACTANTE DE 1 AÑO

Caso clínico.

Por el Dr. JAVIER MILLAN V.

Aunque tema muy conocido y expuesto extensamente por autores nacionales y extranjeros, he considerado de interés insistir previamente sobre algunos aspectos clínicos y etiológicos del eritema nudoso que permitirán avaluar mejor el caso clínico que a continuación relato.

Las características de cada elemento son demás conocida, recordaremos sí, que en cuanto a su localización la superficie de extensión de la pierna es el sitio de elección, después siguen en orden de menor frecuencia los antebrazos el flanco abdominal y la región trocanteriana. Generalmente es bilateral, acompañándose invariablemente de adenitis correspondiente. Los elementos alcanzan su máximo de evolución durante la primera semana para desaparecer en 15 días más o menos.

Es bien sabido que su máxima frecuencia corresponde a la edad escolar (de 10-12 años preferentemente), siendo la edad mínima en que se ha presentado alrededor de los dos años hasta los 16, presentándose también en los adultos, aunque es raro.

Al hablar de su etiología diremos que la mayoría de los autores consideran el eritema nudoso como una manifestación cutánea de la alergia tuberculosa, coincidiendo, por lo general, su aparición con la de los síntomas radiológicos de la primo infección: adenopatía tráqueo brónquica con o

sin reacción perifocal, pudiendo esta última ser, a veces, muy intensa; otras veces coincide con una pleuritis y aun con una pleuresía serofibrinosa.

Hay casos en que los síntomas radiológicos son muy posteriores al eritema (5 meses después en eritema nudoso, que simultáneamente presentaron 3 hermanos (Llodrá). Agregaremos que la localización de la tuberculosis puede ser extra pulmonar (dentario en un caso citado por Widerhold).

Cibils Aguirre ha encontrado el bacilo de Koch en 4 casos. Wallgren sólo en uno de 28 casos.

Otras etiologías son la reumática, la tóxica, esta última especialmente conocida por las sulfas.

A continuación relataré el caso clínico motivo de esta presentación.

E. F. — Obs. 44/2093. — Servicio Asilo de Lactantes, Hospital Luis Calvo Mackenna.

Se trata de un niño de 7 años de edad, hospitalizado en Asilo desde los 5 meses.

Antecedente de importancia: hijo de madre tuberculosa en contacto con él. La investigación tuberculosa en el niño da: Mantoux 1 o/oo positivo. Sedimentación 95 mm. y la radioscopia un complejo primario. Adenopatía hilar izquierda. Dejamos, además, establecido que mucho antes de la afección que en seguida relataremos, el niño había recibido dos curas de sulfatiazol por infecciones diversas, con absoluta tolerancia a la droga.

Enfermedad actual: El niño cumple un año de edad, siendo un distrófico post-infeccioso y portador de un complejo primario tuberculoso. A esta edad presenta una enterocolitis por *Shigella Flexner*, que es tratada con régimen y sulfaguanidina. Al quinto día de enfermedad (15-V), francamente mejor y afebril, presenta el cuadro siguiente: elevación brusca de la temperatura a 40° y aparición simultánea en la piel de un eritema formado por numerosos elementos nodulares de 1-1½ cm. de diámetro de color rosado intenso, duros y dolorosos, localizados en las cuatro extremidades, en la cara de extensión la casi totalidad. Esta primera poussée se atenúa paulatinamente sin borrarse del todo, bajando, al mismo tiempo, la temperatura a cerca de lo normal. Al noveno día de comenzado repite el cuadro anteriormente descrito, hipertermia y nódulos, algunos de éstos con el centro más oscuro de apariencia necrótica. El bazo se percute y se palpa, aunque en forma fugaz (2 días). Hepatomegalia, ya existente.

Sedimentación: 15 mm.; Radioscopia de tórax: complejo primario; Hemograma: glóbulos rojos, 4.380.000; glóbulos blancos, 11.200; Hb., 12 grs. %; Eos.: 0,5; Miel.: 1; Juv.: 1; Bac.: 14; Seg.: 26; Linf.: 51,5; Mon.: 5; Linf.: 1; es decir, franca desviación a la izquierda, con discreta

leucocitosis Orina (—). Esta segunda poussée se atenúa parcialmente como la primera. Después de 5 semanas de iniciado el cuadro presenta una tercera poussée con hipertermia de 40° y más, temperatura de tipo remitente, que se prolonga por 5 días, paralelamente con un recrudecimiento de la erupción cutánea con 3-4 elementos fuera de las extremidades, uno en la cara y los otros en la región lumbar. Esta vez se hicieron los exámenes siguientes: Hemocultivo: (—); Kahn y Kline: (—). Sedimentación: 60 mm. Radiografía pulmonar: "sombras tenues difusas alrededor de ambos bilios".

Además de los elementos nodulares descritos, se comprueban 4 zonas equimóticas, duras también, localizadas en ambas regiones aquiliana y en los anillos de ambas manos, dolorosas al tacto. Hígado a 3 cms. Bazo se palpa apenas el polo inferior. Los elementos nodulares se van borrando, persistiendo iguales los elementos equimóticos. se mantiene febrícula alrededor de 37½°. Tiempo de coagulación y sangría: 3 y 2 minutos, respectivamente (normal). Signo del Lazo: (—). Plaquetas: 332.000 (normales). Sedimentación: 30 mm.

Dada la atipia del cuadro se procede a hacer biopsias para efectuar el estudio histológico de las lesiones.

Primera biopsia: 13-VI-45.

Segunda biopsia: 3-VII-45.

El informe histopatológico fué dado en conjunto y es el siguiente:

Se examinan histológicamente 3 muestras de piel tomadas por biopsia. La epidermis se observa indemne. El dermis en su parte superficial y profunda presenta pequeños capilares congestivos, a su alrededor existen elementos polinucleares y linfocitos en discreta cantidad, que se disponen en forma irregular.

En las vecindades de los vasos, las fibras conjuntivas y elásticas están más separadas que en el resto del dermis, distinguiéndose algunas células de tipo polinuclear y mononuclear; estos elementos se agrupan en algunos puntos, constituyendo infiltrados poco densos. Algunos vasos arteriales de pequeño calibre del celular subcutáneo, presentan un engrosamiento de sus paredes y masas trombóticas en su lumen, estando rodeados de algunos elementos celulares del tipo anotado anteriormente. Todas estas lesiones son discretas. Diagnóstico: eritema nudoso. (20-VIII-45). — Fdo. Dr. Vargas.

Evolución. — Los elementos nodulares persisten por largo tiempo, haciéndose más visibles, acompañándose de pequeñas febrículas, no aparecieron otros. Los elementos equimóticos aparecen aún más edematosos, semejando los de la región aquiliana un hematoma de difícil reabsorción. Bajo la acción de calor seco se obtiene aparentemente buen resultado, pero, un cuarto brote aparece (26-VII-45) con iguales características que las poussées anteriores, encontrándose, además, al examen, edema del dorso del pie derecho y un grueso paquete ganglionar cervical. Ganglios inguinales algo aumentados de tamaño. Hígado a 4 cms. Bazo se percute y se palpa. Estado general bueno.

come y duerme bien. Como en ocasiones anteriores, esta poussée comienza a borrarse lentamente, persistiendo sólo como manchas a los 15 días después de haber brotado; quedan sí, los elementos de aspecto equimótico duros y ligeramente dolorosos al tacto en las cuatro extremidades, aun en la planta del pie izquierdo y la adenopatía cervical e inguinal acentuada. Micro adenia axilar, hepato y esplenomegalia. El 30 de agosto se procede a dar sulfatiazol durante 4 días al niño, para apreciar la reacción cutánea a la droga, de la cual se dió 5.90 grs. en 4 días. No hubo ninguna reacción cutánea ni volvieron a aparecer los nódulos anteriormente descritos. Posteriormente y ya curado de su lesión nodular presenta varicela con temperatura hasta $39\frac{1}{2}^{\circ}$, sin que por esto aparezcan nuevos brotes de eritema.

Comentario.

Relato este caso por considerar que son de interés ciertas características clínicas que ha presentado y que se apartan un poco del eritema nodoso descrito en niños mayores. Tenemos, en primer lugar, que la edad, un año, en que se ha presentado esta afección, es complejamente excepcional y no la he encontrado descrita en la literatura.

Tenemos en seguida, la atipía clínica de la afección. Corrientemente viene con temperatura de 3-4 días entre 38 y $38\frac{1}{2}^{\circ}$ y como 1 ó 2 brotes sucesivos que evolucionan en un total de 10-15 días como máximo desde el momento que aparecen hasta que se borran totalmente, y son de tamaño más grande, por lo general de 3-4 cms. de diámetro y casi exclusivamente en la cara de extensión de las extremidades inferiores, especialmente en las piernas. En este caso tenemos fiebre muy alta, hasta 40° , de tipo remitente y con poussées sub-intrante. En cuanto a los elementos mismos, muchos más pequeños de $1-1\frac{1}{2}$ cm. de diámetro, aunque con las mismas características de dolor y coloración; su distribución, aunque preferentemente en la cara de extensión de las extremidades inferiores, presentaban algunos elementos en la cara de flexión de las mismas, y varios en las extremidades superiores (antebrazo) y en una poussée presentó uno en la cara y dos en la región lumbar. Además, había otra clase de elementos de apariencia equimotiforme duros y doloroso, localizados en ambas regiones aquiliaanas y en los dedos anulares de ambas manos, donde se parecía a una espina ventosa. Además, en la cuarta poussée, estos elementos equimotiformes se encontraron en la planta del pie izquierdo.

Llamó también la atención que la aparición de estos elementos se hiciera en brotes, acompañados de hipertermia y separada una poussée de otra por intervalos cada vez más largos. Por este mismo motivo, la evolución del cuadro se prolongó muchísimo más de lo que corrientemente se observa en el eritema nodoso en niños mayores (dos y medio meses).

Vale la pena precisar que fué necesario separar también este cuadro del eritema producido por sulfas, cuyos caracteres describe muy bien Gibils Aguirre y colaboradores. Rechazamos esta posibilidad por los antecedentes tuberculosos bien definidos del chico con examen de tuberculinas y radiológico positivo, por las características mismas de eritema, tanto en su forma como evolución, por haber ingerido anteriormente sulfa sin habérsele producido el cuadro y porque posteriormente se le hizo ingerir sulfa durante cuatro días y no hubo ninguna reacción cutánea.

Resumen.

Se trata de un chico de 1 año, con tuberculinas positivas y portador de un complejo primario, en el cual súbitamente y estando en tratamiento de una enterocolitis, aparece un eritema cutáneo de tipo nodular en las 4 extremidades, acompañado de hipertermia y que evoluciona en 4 poussées con características semejantes, dando un total $2\frac{1}{2}$ meses de evolución. Se le considera como un eritema nodoso, lo que es ratificado por 2 biopsias con examen histológico que se hicieron en el Instituto de Anatomía del hospital y su origen tuberculoso por las razones ya expuestas.

Summary.

A case of erythema nodosum in one year old infant, with relapsing evolution, is presented.

Bibliografía.

- C. AGUIRRE, R. CALCARAMI y TAHIER, J. A. — Eritema de tipo nodoso por sulfatiazol. Arch. Arg. de Pediatría, 20: 468-479, Dic. 1943.
WIDERHOLD, ACOSTA y GUZMAN. — Contribución al estudio del eritema nodoso. Rev. Ch. de Pediatría, abril de 1943.
G. LLODRA. — Primo infección tuberculosa iniciada simultáneamente en forma de eritema nodoso en 3 hermanos. Arch. R. del Río St. Dic. 1943.
H. GOUGEROT. — Dermatología (Tratado) 1924.
LE MONDE MEDICAL. — Número especial de junio de 1939.