Hospital Clínico. Concepción.
Sección Pediatría.
Jefe: Dr. R. Ortega.

ANEMIA HEMOLITICA AGUDA ADQUIRIDA (1)

(Tipo Lederer)

Por el Dr. DANIEL CAMPOS MENCHACA.

La anemia tipo Lederer, una de las formas de anemias hemolíticas agudas, se identifica por los signos comunes a estas alteraciones —anemia por hemólisis, instalada en forma aguda— y por otros de carácter negativo, a saber: 1º no se deben a la acción demostrable de protozoos, bacterias, agentes químicos, toxinas vegetales ni animales, ni aglutininas. 2º no representan crisis agudas dentro de un cuadro hemolítico crónico y 3º no corresponden a las formas de hemoglobinuria.

Se trata de una entidad más bien rara. Las publicaciones sólo por excepción se refieren a más de un caso. Entre las más recientes encontramos el relato de Fontan, Verger y Feraut¹, referente a un lactante de 4 meses; el de Landolf² en una niña de 6 y medio años. En la literatura nacional sólo encontramos la referencia de Ariztía y cols.³, quienes declaran en 1942 que en su casuística no registran ningún enfermo con anemia de tipo Lederer.

Claudio S. — Obs. N° 129153. — Lactante de 8 meses de edad, hijo de padres jóvenes (21 y 29 años), sanos, chilenos, sin mezcla con otras nacionalidades; nacido de parto espontáneo en la Maternidad del Hospital de Talcahuano con 3,500 grs. de peso; criado con pecho exclusivo durante los seis primeros meses y luego, durante los dos meses restantes, Vitalmín, hari-

(1) Presentado a la Sociedad de Pediatría de Concepción. Sesión del 9 de mayo de 1948.

nas, cocoa y algunas cucharaditas de leche Nido. Nunca recibió preparados vitamínicos ni jugos de frutas.

Ingresa el 13-II-48, porque desde hace diez días tiene diarrea, inapetencia y vómitos y desde hace dos días, somnolencia. Un practicante le prescribió papillitos de subnitrato de Bi y Tanalbina aa. 0.50 y una poción libre de alcaloides, según informe del Laboratorio de Farmacia de la Universidad de Concepción. Como con estos medicamentos no experimentara ninguna mejoría, recurre a un médico, quien lo envía al Servicio.

Examen de ingreso: niño en mal estado nutritivo, 4,970 grs. y talla de 64 cms. Muy deshidratado y enflaquecido; piel de color céreo, escleredema.

Lo que más llama la atención es la posición fetal; la anemia extraordinaria, de tinte subictérico, que hacía casi transparente el pabellón auricular y el dolor que acusa el movilizarlo; dolor exquisito al comprimir los extremos de los huesos largos.

La radiografía de extremidades no confirma el diagnóstico de escorbuto que aparecía como probable y el hemograma da: Glóbulos rojos, 2.5 millones; Hb., 33 %; Vg., 0.60; Leuco., 24.4; Bac., 2; Seg., 66; Linf., 25, y Mon., 7. Proteinemia; 50.4 grs. por mil.

En los días siguientes se funde el escleredema, pero el dolor a la movilización persiste hasta los 19 días.

La curva de peso fué descendente durante los primeros 24 días, época en que después de una intercurencia gripal y dispeptica (5 al 11-III), entra en reparación. Manifestaciones enterocólicas de corta duración a los 57 días.

Fiebre hasta 38.5° durante la primera semana sin causa que la explicara, luego subfebril; entre los 21 y 33 días fiebre alta por la infección gripal y la aparición de un absceso perianal (14-III). De ahí en adelante, subfebril y desde los 60 días de estada, afebril.

No hubo ni hepato ni esplenomegalia; ocasionalmente el hígado estuvo a 1 cm. del reborde y el bazo se logró palpar difícilmente.

En el gráfico N° 1 representamos la conducta seguida por los glóbulos rojos, la resistencia globular y la hemoglobina. Puede verse las notables oscilaciones de los glóbulos rojos, cuya cifra, de 2.5 millones a su ingreso, cae hasta 1.8 millón, para recuperarse paulatina y espontáneamente hasta 4.3 millones (8-III), seguida de nueva caída a la semana siguiente. Más adelante se estabiliza alrededor de los 3 millones y experimenta nueva reacción, pero esta vez sólo bajo la acción de las transfusiones. El contenido en hemoglobina asume una conducta semejante. La resistencia globular está francamente disminuída hasta un mes y medio después del ingreso, época en que se normaliza definitivamente.

Para mayor precisión damos en detalle estos mismos datos, agregando otras investigaciones practicadas:

Vemos, así, que la bilirrubinemia sobrepasó las cifras normales durante casi toda la evolución. Respecto de la leucocitosis, hubo un aumento franco al ingreso, seguido de discretas alzas en relación con las infecciones intercu-

rentes. En la cuenta diferencial se aprecian valores más o menos normales, excepto el aumento de baciliformes el 8-IV.

La velocidad de sedimentación dió cifras de: 5|15 mm. en la primera y segunda hora, respectivamente, el 13-II; de 3|8 mm., el 20 del mismo mes; de 15|45 mm., el 8-IV; 10|25, el 14; 15|40 mm. el 23 y sube a 42|73 mm., el 4-V, en relación con infecciones.

Las plaquetas oscilaron entre 114,000 el 8-IV, inmediatamente antes de iniciar las transfusiones y 310,000 después de éstas, para bajar a 220,800 en la curación.

El hematocrito dió los valores siguientes:

- 1°-III: 37 %; GR 2,9 mill.; Hb. 60; Dg (diámetro globular) 7,4.
8-III: 40 %; GR 3,9 mill.; Hb 60; Vg 0,77; Dg 7,4.
8-IV: 28 %; GR 3 mill.; Hb 55; Vg no; Dg 7,25.
23-IV: 47 %; GR no; Hb no; Vg no; Dg 7,4.

Fecha	Hemograma	Resistencia globular	Bilirrubinemia
13-II	GR 2,5; Hb 33; Vg 0,6 Leuco 24,4 B E M J B S L M 0 0 0 0 2 66 25 7	GR: glóbulos rojos en millones. Leuco en miles.	
20-II	GR 1,8; Hb 33; Vg 0,9 Leuco 6,6 0 1 0 0 2 55 38 4		
24-II	GR 2,8; Hb 47; Vg 0,8 Leuco 6,8 0 1 0 0 7 42 47 3	Mn. 0,54 Mx. 0,54	
1º-III	GR 3,6; HB 60; Vg 0,8 Leuco 9 0 1 0 0 7 49 41 2	Mn. 0,54 Mx. 0,36	0,994 %
GRIPPE			
8-III	GR 4,3; Hb 70; Vg 0,8 Leuco 16,8 0 1 0 0 14 44 39 2		
15-III	GR 2,6; Hb 51 Leuco 11 0 2 0 0 10 28 56 4	DISPEPSIA Mn. 0,54 Mx. 0,45	
ABSCESO PERIANAL			
22-III	GR 3,7; Hb 60; Vg 0,8 Leuco 9,6 0 1 0 0 6 22 66 5	Mn. 0,60 Mx. 0,50	
29-III	GR 3,3; Hb 65; Vg 0,9 Leuco 13,2 1 16 0 0 11 22 43 7	Mn. 0,40 Mx. 0,30	0,497 %
8-IV	GR 3; Hb 55; Vg 0,9 Leuco 9,4 0 0 0 0 21 26 50 3	Mn. 0,45 Mx. 0,35	
12-IV	TRANSFUSION 80 cc.		
14-IV	GR 5; HB 70; Vg 0,7 Leuco 12,8 0 3 0 0 6 10 77 4		1 420 %
ENTEROCOLITIS. TRANSFUSIONES de 80 cc. c/u.: 14-16-19 y 21-IV,			
23-IV	GR 4,8; Hb 78; Vg 0,8 Leuco 8 0 1 0 0 10 46 38 5		0,984 %
ABSCESO PERIANAL			
4-V	GR 4,6; Hb 89; Vg 0,9 Leuco 16,4 0 3 0 0 12 31 50 4	Mn. 0,45 Mx. 0,30	0,71 %
Nunca hubo reticulocitosis.			

Proteinemias: 13-II: 50,4 por mil; 24-II: 68,6; 15-III: 54,5; 23-IV: 62,5. Su bajo contenido encontraría su explicación en los antecedentes alimenticios.

Las tuberculinas seriadas, el uro y coprocultivo, las radioscopías de tórax, exámenes de orina, etc., fueron siempre negativas. Las pruebas de coagulación y sangría no se alteraron. La bilirubinemia y la resistencia globular en la madre eran normales.

Resumen.

Un lactante de 8 meses de edad, notablemente distrófico, en el que, en medio de un cuadro diarreico, aparece una intensa anemia de tipo hemolítico y cuya causa queda desconocida. La acción tóxica, medicamentosa o alimenticia puede ser excluida. El cuadro diarreico original fué probablemente infeccioso, pero no se pudo demostrar la presencia de un agente infectante específico. Las manifestaciones hematológicas tuvieron tendencia a la regresión espontánea y se consolidaron definitivamente bajo la acción de las transfusiones.

Summary.

The history of a remarkably dystrophic 8, months old baby with a diarrheic picture during which an intense anemia of the hemolytic type appears, is reported.

The cause of anemia remained unknown, any action of toxics, drugs or food products could be excluded. The original diarrheic picture probably was infectious, although it was not possible to prove the existence of any specific infectious agent.

The hematologic manifestation tended to subside spontaneously and consolidated definitively due to the action of transfusions.

Bibliografía.

- 1.—FONTAN, VERGERT, FERAUT. — Arch. Franc. de Pédiat. IV, N° 1. 1947; Anémie hemol. chez un nourrisson de 4 mois.
- 2.—LANDOLT. — Helv. Ped. Acts. I-1946, fasc. 4: Ak. Hämolit. anämie (Ledeter-Brill) mit ausgedehnter Eritrozitenphag. im periph. Blut.
- 3.—A. ARIZTIA y cols. — Rev. Chil. Ped. XII: 1071, 1942.
- 4.—COOLEY. — En Brennemann's Pract. of Ped.
- 5.—WINTROBE. — Clin. Hemat. Philadelphia, 1946.
- 6.—HOLT. — Dis. of Inf. and Ch. 1944.