ERRORES DE DIAGNOSTICO FRECUENTES EN DERMATOLOGIA INFANTIL

Por el Dr. DARIO SEPULVEDA R.

Hospital Clínico de Niños Roberto del Río.

Debemos comenzar por declarar que no pretendemos enumerar sistemáticamente todas las dermatosis infantiles que, potencialmente, pueden dar pie a un error de diagnóstico. Sólo queremos referirnos aquí a algunas afecciones cutáneas, de cuyos errores de diagnóstico hemos sido testigos a lo largo de nuestros 20 años de práctica pediátrica, dedicada a la dermatología infantil. Además, dejaremos al margen muchos de nuestros casos que se refieren a dermatosis infrecuentes o de menor importancia práctica.

Por otra parte, la limitación de espacio nos obliga a desarrollar este tema en apretada síntesis; vale decir, a no señalar sino los rasgos más resaltantes y frecuentes que orientan el diagnóstico; a abstenernos de ciertas disquisiciones in-muno-biológicas, a las cuales nos hemos sentido tentados; a no insertar las observaciones clínicas de los Servicios y de nuestro propio archivo, que podrían ser altamente ilustrativas, pero que ponemos a disposición de quien se interese por ellas. No obstante, no hemos podido substraernos, de vez en cuando, a describir someramente la morfología de algunos elementos cutáneos muy propios de la infancia, ya que ellos constituyen la base primordial del diagnóstico y que, dicho sea de paso, no siempre aparecen descritos, o claramente señalados, en los textos.

Las dermatosis infantiles —ya sea constituyendo un cuadro nosológico primario o formando parte de una entidad clínica definida— son tan frecuentes en la práctica diaria, que nos parece obvio expresar que todo pediatra debe tener un conocimiento cabal de aquéllas en beneficio del diagnóstico correcto. Además,

porque siendo la Pediatría, a diferencia de otras especialidades médicas, una auténtica medicina integral que no se concreta a territorios orgánicos, funciones o enfermedades determinadas, es lógico que la dermatología del niño no pueda ser, en forma alguna, ajena al pediatra.

Uno se encuentra, en no pocas ocasiones, ante situaciones clínicas complejas, en que el síndrome dermatológico aparece en primer plano. Es en estos casos cuando el pediatra, compenetrado de la dermatología infantil y de la alergia, estará en la mejor posición para la discriminación de las causas patógenas en juego y llegar a una adecuada interpretación diagnóstica del caso.

La subestimación del examen atento de la piel; la falta de curiosidad para analizar debidamente las manifestaciones cutáneas que existan en concomitancia con el cuadro clínico general, puede llevar al error, o por lo menos, retardar un diagnóstico que pudo haberse hecho en el primer momento. Otras veces, el error proviene al dejarse llevar por la impresión de los elementos eruptivos más llamativos, sobresalientes o predominantes, y en no detenerse en el examen del resto de los demás componentes cutáneos, o mucosos que pudieran coexistir.

La Sarna del lactante, comúnmente, es tan diferente de las descripciones clásicas, de la que se ve en niños mayores o en el adulto, que a menudo se la califica de "eczema" o de "eczematización", y en no pocos casos de "foliculitis" o de "forunculosis", etc. El error de tomarla por eczema puede provenir del hecho que la manifestación predominante sea una eczematización secundaria provocada por tratamientos inadecuados ("sulfureto",

"parafina", soluciones concentradas de benzoato de bencilo, etc.). En tales casos hay que observar que el eritema es más intenso y predominante que el que se observa en la eczema vulgar del lactante; luego, que la exudación y vesiculación es más fina, más regular y más difusa ("en sábana"); todo lo cual recuerda más bien el aspecto tan especial de la verdadera dermatitis o "eczema de contacto". Este aspecto es tan especial, que inmediatamente uno interroga a la madre en ese sentido, obteniendo invariablemente la certidumbre del empleo de algún tópico inadecuado.

En otros casos —por cierto bastante numerosos— puede tratarse del cuadro que hemos denominado Eczema por Sensibilización Acárica. En éste, las lesiones eczematosas no constituyen sino manifestaciones propias de la sarna, generadas —como lo explicamos en un trabajo anterior¹—, por sensibilización al ácaro y sus productos y no ocasionado directamente por éste o por sus movimientos (como ocurre, por ejemplo, con los surcos). No hay que olvidar que el lactante afecto de sarna (o de eczema por sensibilización acárica), es siempre el resultado de una sarna familiar, por lo cual, cuando existen dudas, nunca deberá dejarse de examinar a la madre o a los hermanos. La rápida revisión de las manos, antebrazos y cara interna de los muslos de la madre y el examen de los pliegues interdigitales de las manos y cara anterior de las muñecas en los últimos, bastan para asegurarse del diagnóstico.

El Strophulus ("prurigo simplex agudo", "urticaria papulosa" o "liquen urticatus"), con su lesión característica: una roncha con una vesícula, generalmente pequeña, en el lactante; o una pequeña pápula, más o menos urticarial, pseudo-umbilicada por una pequeñísima costra lenticular, en el niño mayor, permite su fácil diferenciación de las otras formas de prurigos.

Un caso de strophulus, en que predominaban los elementos a nivel de las piernas, presentándose muy vesiculosos y algunos de contenido turbio, fueron erró-

neamente diagnosticados de "impétigo buloso". Como los elementos también suelen invadir las manos y planta de los pies, a menudo es confundido con la sarna. En tal caso hay que considerar, si se tratara de una erupción acárica que ha tomado las manos y pies, que será muy raro no encontrar los clásicos surcos.

Además, la facilidad con que se infecta el strophulus en los niños desaseados, hace que se le confunda con una sarna infectada y que sean sometidos a tópicos antisépticos, que no sólo no logran eliminar la infección sobreagregada, sino que aumentan el rascado, y por ende, la agravación de la dermatosis. Si bien es cierto que en estos casos las vesicúllas simulan las verdaderas "vesículas perladas" de la escabiosis clásica, no es menos cierto que la distribución topográfica de la erupción y la ausencia de surcos no justifican el tratamiento antiséptico de prueba. Por otra parte, en todo caso de sospecha de una escabiosis, no hay que olvidar lo que ya expresamos acerca del examen de los contactos familiares.

Las formas de strophulus más vesiculosas que papulosas, las hemos visto confundir con "varicela". Por el contrario, en los lactantes disérgicos y distróficos, los elementos predominantes de strophulus generalmente lo constituyen pápulas aplanadas, a veces de tinte más bien violáceo, semejando el liquen plano.

Un diagnóstico diferencial bastante difícil de hacer en ocasiones, particularmente en lactantes menores de 3 meses, en que afortunadamente el strophulus es excepcional, lo constituyen las Picadas de Chinchas. Generalmente he observado que estas últimas se manifiestan por escasos elementos eruptivos, con tendencia a agruparse de a 3, especialmente a nivel de las piernas, del abdomen o de los antebrazos. Aunque ordinariamente están constituidas por pequeñas pápulas edematosas o urticariales; otras veces son máculas purpúricas y, no pocas, bulas. Estas últimas parecen ser el resultado de una reacción violenta en una piel altamente sensible, hecho importante de te-

ner presente, para no alarmarse por la falsa presencia de un pénfigo.

En los niños mayores hay otras dermatosis con las cuales se ha podido confundir el strophulus o prurigo simple agudo (eczema aguda diseminada, eritema polimorfo) que, en cumplimiento a la brevedad, pasamos por alto. Sólo queremos reafirmar que es en el lactante en donde el strophulus reviste la mayor importancia; y, tanto más, cuanto que en estos últimos años hemos notado un aumento notorio de este tipo de erupción que, a mi juicio, coincide exactamente con el aumento creciente y el carácter masivo de las inmunizaciones que estamos efectuando (vacunación con B. C. G., vacuna antioqueluche-diftérica). Dada la índole del presente trabajo, nos limitamos a señalar este hecho, evitando extendernos en los probables mecanismos inmunobiológicos que pudieran explicar este fenómeno. Creo conveniente agregar lo expresado por el gran dermatólogo Darier, en la página 685 de su Précis²: "Le prurigo simplex et sans doute trop peu connu, car à tout moment des médecins le décrivent à nouveau, sous une appellation quelconque".

Las dermatosis del Grupo Eczema, dada la frecuencia con que se presentan en el niño, también merecen ser considerados. No insistiremos aquí sobre las razones que nos asisten para calificar de errónea la denominación de "disqueratosis", dada por la escuela de Moro a la Eczema Seborreica del Lactante Menor de Tres Meses, porque ya lo hemos hecho en trabajos anteriores^{1, 4}, en donde podrán apreciarse las microfotografías de algunas de las numerosas biopsias practicadas y demás pormenores.

La Eczema Seborreica, en sus diferentes formas clínicas, no ofrece problemas diagnósticos per se; pero debe tenerse presente que este síndrome dermatológico puede constituir, aunque raramente, una parte esencial del cuadro de otras enfermedades, como las retículo-endoteliosis lípidas, particularmente la enfermedad de Letterer-Siwe.

La prodigalidad con que algunos autores han diagnosticado y se diagnostica la Eritrodermia Descamativa de Leiner, se debe, a mi modo de ver, a que la identifican con la "eczema seborreica universal". La observación cuidadosa, como también la histopatología de biopsias practicadas por nosotros⁴, revelan que las lesiones difieren en algunos detalles: la eczema seborreica se compone de elementos eritemato-descamativos con tendencia a la coalescencia, cuyas escamas son pequeñas y tienen un carácter graso; en el Leiner, las manifestaciones son extensas y generalizadas, tienen un carácter eritrodérmico, inflamatorio, se acompañan de descamación en grandes láminas delgadas, opalescentes, no grasas, de bordes curvos, e histológicamente hay una marcada predominancia de las lesiones dérmicas sobre las epidérmicas. La eritrodermia descamativa de Leiner es, pues, una afección sui generis y rara. También se la ha confundido con la Enfermedad de Ritter. Sus diferencias podrían sintetizarse como sigue:

Enf. de Ritter:	E. desc. de Leiner:
En recién nacidos de preferencia.	En menores de 3 meses.
Cuadro séptico, agudo, febril y contagioso.	Cuadro no séptico, subagudo y apirético.
Iniciación alrededor de la boca y del mentón.	Comienzo en la región glútea.
Presencia de bulas aplanadas y flácidas, cuya ruptura deja al descubierto una superficie erosiva.	Presencia de escamas secas; piel y cuero cabelludos seborreico. Nunca bulas ni epidermolisis.
Pronóstico grave, casi siempre fatal.	Pronóstico benigno.

Hay ocasiones en que en los primeros momentos suele ser difícil distinguir la eritrodermia descamativa de Leiner de la Eczema Atópica de Tipo Eritrodérmica. Un rasgo prominente de esta últi-

ma es el intenso prurito, al paso que en el Leiner no existe o es muy discreto. Por otra parte, el Leiner coexiste invariablemente con trastornos nutritivos marcados que están ausentes en la eritrodermia atópica. Finalmente, las reacciones cutáneas con alérgenos pueden ayudar en el diagnóstico diferencial.

En niños mayores hemos visto tomar una Eczema Aguda de la Cara por "erisipela" e instituir un tratamiento a base de sulfas. Aquí, como en muchos otros errores de diagnóstico, creemos que sólo la falta del análisis de los elementos eruptivos puede conducir a tal equivocación. A propósito de erisipela, queremos recordar aquí otro caso, el de una Adiponecrosis Subcutánea del Recién Nacido (o induración cutánea curable del recién nacido), que fué tomada en un comienzo por una erisipela. Ello se debió a que no se valoró debidamente la coexistencia, ubicación y rasgos característicos de los elementos.

La presencia de elementos pápulo-erosivos en la Dermatitis Glúteas, especialmente cuando son escasos y asientan de preferencia en las zonas genitales, suelen dividir las opiniones entre si se trata de Sifilides Papulosas o de la llamada "sifiloide post-erosiva de Jacquet". Al respecto conviene recordar:

1) Evolución de los elementos eruptivos: en la dermatitis papulosa erosiva, la erupción comienza por una vesícula, a la cual sigue una erosión que termina por una pápula; siempre existen pápulas y erosiones, rara vez vesículas. La sifilide papulosa es primitiva, coexiste con manchas más grandes, circulares u ovoideas, de color cobrizo (sifilides maculosas). No obstante, a veces persiste la duda, sea porque estos caracteres no son muy nefos o porque las dos erupciones están asociadas y ambas clases de elementos se presentan entremezclados. En tal caso hay que buscar otros caracteres:

2) Situación: las pápulas post-erosivas se observan, sobre todo, en las partes más salientes o convexas del plano postero-inferior del cuerpo; no se desarrollan

en los pliegues. Las sifilides sobrepasan aquel plano y ocupan los pliegues.

3) Bordes: el contorno de las pápulas posterosivas está limitado por una franja epidérmica de pliegues radiados y paralelos; las sifilides presentan un contorno festoneado y descamativo (ayudarse con la lupa).

4) Color: es un signo muy importante que, en muchas ocasiones, basta por sí solo para hacer el diagnóstico diferencial: las sifilides son de color asalmonado; las pápulas erosivas tienen un tinte rojo o rosado y ordinariamente con un aspecto, como podríamos llamar, de frescura.

Deseo poner de relieve aquí nuestra observación personal (no hemos tenido la suerte de encontrarla en la literatura), acerca de elementos papulosos indurados de evolución subaguda o crónica, acompañados o no de dermatitis o de intertrigo, que asientan de preferencia en la cara interna de los muslos a nivel de su tercio superior y región perineal, en niños de primera infancia afectos de un Hipotiroidismo, a veces franco, las más de las veces subclínico. Esta clase de erupción pone a prueba la paciencia de las madres por su recalcitrancia en ceder a los tratamientos médicos, desde el higiénico, pasando por los tópicos, hasta el tratamiento general; desapareciendo, en cambio, rápida y espectacularmente con extracto tiroideo.

Un aspecto, a nuestro juicio, muy importante en el tema que nos preocupa, lo forman las Tuberculodermias. Hasta hoy no se ha clarificado la confusión existente, aun entre los dermatólogos, lo que se traduce en ambiguas terminologías y en discutidos problemas de carácter inmunológico. La índole de este trabajo nos impide analizar estas materias, por lo que nos limitaremos al asunto propuesto.

Por las graves consecuencias que puede acarrear para el niño, queremos referirnos, en primer término, a la Tuberculosis Verrucosa. Por lo que hemos observado, tenemos la impresión que casi la totalidad de las tuberculosis verrucosas

en la infancia son lesiones de primoinfección; por lo tanto, acompañadas de gruesas adenopatías regionales. El confundirla con una verruga infectada o con una piodermitis vegetante, como hemos visto en más de una ocasión, ha llevado a practicar el vaciamiento de la adenitis, con lo cual se ha privado al niño de su principal defensa. Por eso repetimos con León Bernard: "Las lesiones cutáneas de la tuberculosis de reinfección no provocan adenopatía: la adenopatía caseosa voluminosa del territorio correspondiente es la forma de la lesión cutánea de primoinfección. Por olvidar este signo diferencial capital se han hecho confusiones: nunca se insistirá demasiado sobre su constancia y valor decisivo".

El Eritema Nodoso no ofrece al pediatra dificultades diagnósticas. Por no considerar que también pueden aparecer elementos eruptivos en los antebrazos, hemos visto confundirlo con el "eritema polimorfo". Más importante es su significación diagnóstica, tan discutida, especialmente desde el advenimiento de las sulfas en la terapia diaria.

Es sabido que la etiología del eritema nodoso entre nosotros es generalmente tuberculosa¹². Excepcionalmente puede ser originado por otros alérgenos, de tipo estreptocócico, por ejemplo. De las investigaciones clínicas, biológicas e histológicas de algunos autores y por lo que hemos observado, parece que el Eritema Nodoso por Sulfatiazol no es una toxicodermia debida a una sensibilización alérgica a la droga, sino que simplemente un verdadero eritema nodoso. Lo que se necesita es que el sulfatiazol sea dado a niños portadores de una infección tuberculosa activa, o de cualquiera otra de las afecciones que, espontáneamente, pueden originar el eritema nodoso (estreptococcias). Por consiguiente, el sulfatiazol obraría como un factor provocativo, pero no etiológico. Los signos que permitirían diferenciar un eritema nodoso espontáneo del que ha sido provocado por el sulfatiazol, serían los siguientes: aparición entre el 2º y 10º día del tratamiento; al comienzo máculo-pápulo-

so, luego se hace nodoso; menor tamaño de los nódulos, de color más pálido; ausencia de dolor espontáneo y, sólo a veces, dolor a la presión; tendencia a extenderse a los 4 miembros y al resto de la superficie cutánea; menor duración, generalmente inferior a 9 días. De lo antedicho se desprende cuán cuidadosa debe ser la sulfoterapia en esos casos. Creemos que no hay temor mientras en una cura no se pase de los 6 a 7 g como máximo. En todos los casos que hemos observado se habían sobrepasado las cantidades citadas.

El Liquen Scrofulosorum hemos visto pasarlo desapercibido con bastante frecuencia; en otros casos confundirlo con "eczema" o simplemente catalogarlo como "foliculitis".

La falta de un examen atento de la piel, o la subestimación de eflorescencias cutáneas por su escaso número y pequeñez, ha sido la causa de pasar por alto Tuberculides, que pudieron poner inmediatamente en la pista diagnóstica. Un caso de tuberculides pápulo-necróticas fué tomado en sus primeros brotes por "prúrigo agudo".

En presencia de Tuberculosis Fungosa (gomas tuberculosas) es frecuente que en el primer tiempo haya tendencia a inclinarse por actinomicosis o por lúes, olvidando, desde luego, que las micosis son raras en nuestro país, que la segunda se la ve menos año a año, y que la tuberculosis es con mucho la más frecuente.

En presencia de cualquiera manifestación cutánea o mucosa, sospechosa de ser tuberculosa, nunca debe dejar de practicarse las reacciones de tuberculina. En los casos en que con reacciones de tuberculinas negativas a concentración progresiva, sospechamos por los antecedentes o por el carácter mismo de las lesiones, la posibilidad de una infección tuberculosa con una sensibilidad a la tuberculina tan baja que no ha sido evidenciable por aquéllas, hemos practicado una Reacción de Escarificación con BCG., empleando la misma solución que para la vacunación antituberculosa. Es así como hemos comprobado varios casos

de falsa anergia. Sucedería como si el BCG obrara a la manera de una tuberculina hiperconcentrada que forzara una alergia, inaparente aún con una intradermoreacción al 1 por 10.

Hacemos presente que la reacción de escarificación con la solución de BCG, cuando es positiva, es siempre muy discreta y tiene tanta importancia el mirar (eritema muy pequeño) como el palpar (infiltración). En los casos de verdadera anergia no se produce la reacción y el rasguño queda igual al control. Hasta ahora, dentro de la corta experiencia que llevamos con este método, no hemos visto reacciones inespecíficas, como suele observarse con el uso de las tuberculinas concentradas (1 por 10). La reacción positiva con el BCG, aparece dentro de las 24 a 48 horas, para desaparecer lentamente. En los casos que hemos seguido casi diariamente durante 1 mes y más, no hemos visto aparecer ni reaparecer en el sitio de la escarificación reacción alguna, que pudiera ser imputada a una alergia inducida por la gota del BCG. percutáneo, que usamos a manera de test. Por otra parte, si ocurriera en algunos de estos casos que se desarrollara la lesión de primoinoculación, sería una ventaja más, pues esta reacción cutánea hipersensible que preconizamos, constituiría, en tal contingencia, un principio de vacunación. Más tarde, cuando hayamos adquirido mayor experiencia, volveremos a ocuparnos de esta reacción de escarificación con BCG, que, según creo, hemos sido los primeros en usarla.

Las Fiebres Eruptivas de la infancia son, con cierta frecuencia, objeto de confusiones diagnósticas. Recientemente, una dermatosis en una chica de 2½ años, perfectamente catalogable como un cuadro poco común de Liquen Ruber Agudo, había sido sucesivamente diagnosticada como "rubeola" y luego como "escarlatina", recibiendo por este motivo 10 tabletas de sulfadiazina. La morfología del cuadro nos llevó a obtener del interrogatorio que días antes de la aparición de la dermatosis había recibido, por indicación médica (lambliasis), 8 tabletas de paroxil (0,25), perfectamente do-

sificadas y el antecedente de tener un hermano afecto de asma. La prueba de provocación con ½ tableta de paroxil, que practicamos ya curada la erupción, trajo la aparición en pocas horas de fiebre, malestar general, transpiraciones y la aparición de un exantema maculoso y en placas; sintomatología que desapareció en 48 horas, quedando una ligera queilitis y discreta descamación de la cara, que terminaron por borrarse en las 48 horas siguientes.

Hemos visto diagnosticar de "lupus eritematoso" un caso de Eritema Infeccioso (cuarta enfermedad o megaloeritema epidémico), que se iniciaba con la clásica erupción en alas de mariposa a nivel de la cara. Otro caso había sido diagnosticado de "eritema centrífugo", basándose, sin duda, en el hecho que, al entrar en coalescencia las máculas, forman una placa cuyo centro se va tornando de color violeta o sencillamente se borra, apareciendo entonces un eritema anular o gyrtatum.

Esta forma de eritema, llamada también Eritema Marginado, ha sido considerado por algunos autores —al existir aisladamente— como "casi patognomónico de fiebre reumática". A nuestro juicio, sólo los nódulos subcutáneos pueden ser considerados en este sentido para la enfermedad reumática.

Los errores de diagnóstico que se cometen en el eritema infeccioso provienen, a nuestro modo de ver, a que se le conoce poco, pues rara vez ocurren pequeños brotes epidémicos entre nosotros que permitan familiarizarse con esta afección. Una vez vista no se olvida jamás, a causa del eritema facial simétrico, que se asemeja a un par de cachetadas bien dadas en las mejillas. Sólo suele ser difícil su diferenciación con la afección siguiente.

El Eritema Polimorfo es una de las dermatosis de la infancia que más se presta a confusiones diagnósticas. Al respecto debo recordar aquí el caso de un chico de 11 años de edad, que en una misma mañana recibió las siguientes posibilidades diagnósticas de pediatras y

dermatólogos: rubeola, lúes, Schoenlein-Henoch y toxicodermia (por fenalgina). Al insistir que se trataba claramente de un caso de eritema polimorfo, por los caracteres de la erupción y de sus elementos y por la valoración de sus síntomas generales, se descartaron inmediatamente los 2 primeros diagnósticos; luego, el tercero y el cuarto, porque la evolución posterior confirmó el diagnóstico, además que la prueba de provocación que hicimos con la fenalgina en cuestión, fué negativa.

Hay que tener sumo cuidado en el diagnóstico diferencial de las formas de eritema polimorfo (o exudativo multiforme) que toman la piel y mucosas acompañadas de mal estado general y fiebre (síndrome de Stevens-Johnson), con el síndrome de Schoenlein-Henoch. Hemos leído más de un caso en la literatura catalogado con aquel nombre, que más bien nos impresionaron como síndrome de Schoenlein-Henoch. Un caso de este último, que se inició con fuertes cólicos, agregados a náuseas y vómitos, y en el cual fueron desestimadas discretas manifestaciones purpúricas de la piel, fué tomado por apendicitis aguda y como tal operado.

Los casos comunes y corrientes de Varicela, que para el pediatra no ofrecen confusión alguna, los hemos visto confundirlos con "prurigo". La dificultad se presenta en aquellos raros casos de Herpes-Zoster, con más de una zona de vesículas agrupadas, acompañados de escasas y pequeñas agrupaciones de vesículas errantes, en donde es imposible su diferenciación con la varicela. Dicho sea de paso, tales rasgos apoyarían el concepto actual que considera al herpes-zoster como una poliomiелitis posterior aguda, originada por el virus de la varicela, no teniendo —como se sabe— vinculación alguna con el herpes común (o herpes simplex).

Con ocasión del reciente brote epidémico de Viruela Benigna en el país, que ha coincidido con otro de varicela de más o menos igual magnitud que el primero, se han sucedido demasiadas dudas diag-

nósticas, que han contribuido a aumentar los "sospechosos" aislados en el Hospital "Barros Luco". A pesar de que nosotros personalmente no teníamos experiencia anterior con casos de viruela (puesto que no se presentaba en Santiago desde el año 1921), el diagnóstico clínico diferencial, por lo general, no nos ha aparecido tan difícil, si se tienen presente 2 aspectos en estas erupciones, que los hemos observado casi constantes: la calidad de los elementos y la topografía de la erupción. Las vesículas de la varicela son superficiales, blandas, no umbilicadas (salvo algunas muy antiguas y grandes) y al pincharlas con una aguja se deprimen, porque son uniloculares; se las observa en todos los estados y tamaños en una zona determinada; y luego, que la erupción tiene una localización centrípeta. La de la viruela es de distribución centrífuga; formada por vesículas que dan la impresión de estar semi-incrustadas en la piel, de igual tamaño, de aspecto perlado, elevadas, firmes, umbilicadas y no se deprimen al pincharlas, porque son multiloculares; en una zona determinada son, poco más o menos, del mismo tamaño, forma y desarrollo. Como generalmente uno ve los casos cuando la erupción ha aparecido, la anamnesis es, punto menos, que decisiva: la varicela grave se inicia con prodromos de 1 a 2 días antes del estallido de la erupción; en la varicela benigna —que es la corriente— los prodromos pasan desapercibidos. En cambio, la viruela comienza bruscamente con gran decaimiento, malestar general, dolores erráticos acentuados o localizados a un costado de la región dorso-lumbar y fiebre alta, síntomas que desaparecen después de 3 a 4 días, al iniciarse el brote eruptivo. Creo importante citar aquí 2 casos recién observados en que los prodromos de la viruela se iniciaron con dolores a la fosa ilíaca de tal violencia y acompañados de vómitos, que urgieron al médico de guardia a practicar inútilmente la apendicectomía (en la intervención el apéndice estaba sano y no se encontraron infartos ganglionares).

Entre la copiosa y variada casuística de complicaciones vaccinales^{10 11}, que nos ha proporcionado la vacunación antivariólica masiva, ha habido gran cantidad de Diseminaciones Vaccinales Generalizadas, algunas tan floridas, que también han contribuido a aumentar los sospechosos aislados en el "Barros Luco". Para no entrar aquí en minucias de diagnóstico diferencial, diremos que sus elementos

nóstico diferencial de la viruela y de la vacuna, podrán ser decisivas si persisten las dudas.

No es menos importante mencionar el gran número de síndromes dermatológicos que aparecen sugestivamente, entre el 7º y el 11º día de evolución de la lesión vaccinal, o sea, cuando ésta ha llegado al período de máxima agudeza local y general; las más de las veces, sin que el niño los haya padecido antes. Es así que hemos observado erupciones semejantes a prúrigo, liquen plano (o combinaciones de ambas), al eritema polimorfo; a cuadros de Schoenlein-Henoch, púrpuras trombopénicas, etc. Ocasionalmente, se observa un rash fugaz al tercer día de la inoculación, que desaparece dentro de las 24 horas. Es importante el conocimiento de todos estos cuadros por los problemas diagnósticos que plantean y porque su evolución y significación parecen diferentes a los similares que no aparecen en relación al brote vaccinal.

En el estado actual de nuestros conocimientos, el diagnóstico diferencial de las formas benignas de viruela con el llamado "alastrim" (que algunos autores lo consideran una enfermedad distinta), no puede ser sino clínica, puesto que ninguno de los métodos de laboratorio arriba señalados pueden diferenciarlos. A nuestro criterio, debe hablarse de viruela benigna y viruela grave o maligna y desterrar el término "alastrim", que se presta a confusiones inmunológicas, ya que el medio de premunición —y en esto hacemos especial énfasis— es exactamente el mismo. Es muy posible que el término de "alastrim" (como tantos otros) no pase de ser una denominación descriptiva del cuadro de viruela benigna (*virus varioloso atenuado*?).

La Pitiriasis Rosada, aunque poco frecuente y observable casi exclusivamente en niños mayores, tiene importancia diagnóstica, por cuanto suele presentarse en pequeños brotes. El conocimiento de sus principales características (erupción sucesiva, progresiva y descendente, formada por máculas y medallones, evolución ca-

Diseminación vaccinal en un lactante eczematoso de 4 meses de edad. (Contagio vaccinal).

y distribución topográfica se diferencian de la varicela, tanto como ésta de la viruela. Es decir, que la diseminación vaccinal es una erupción muy semejante a la viruela benigna; naturalmente que con la última no cabe confusión por la presencia de una lesión vaccinal evolutiva.

Finalmente, el laboratorio, con las pruebas de Paul (positivas sólo en la viruela, vacuna y cow-pox) y con las reacciones de fijación del complemento (de Parker y Muchenfuss) para el diag-

si cíclica) y la observación cuidadosa evitarán las dudas diagnósticas que hemos visto plantearse con la epidermoficia generalizada (o tña circinada múltiple), con una psoriasis leve, con la eczema seborreica (eczematides), con las sífilides pápulo-circinadas o arciformes y con toxicodermias.

El avance creciente de la quimioterapia y la profusión e indiscriminación con que se la utiliza, hace que las Erupciones por Drogas (toxicodermias o dermatitis medicamentosas) sean cada día más frecuentes y, por lo tanto, importantes de conocer. La forma en que éstas se manifiestan —salvo escasas excepciones—, es tan poliforma y tan sin particularidades en lo que respecta a sitios de predilección, que nos tomaría demasiado espacio el señalar las confusiones diagnósticas que nos ha tocado observar. Las más comunes se referían a las ocasionadas por arsenicales pentavalentes, sulfas, penicilina, criogenina, luminal, piramidón, estreptomycin, metoquina, etc. En general, se puede decir que los errores de diagnóstico se evitan teniendo presente ante ciertas dermatosis: la posibilidad de que se trate de una erupción por droga; que en los susceptibles (niños con antecedentes alérgicos) bastan pequeñas cantidades de la droga; que los lactantes pueden absorberlas a través de la leche materna; y, finalmente, que una Prueba de Provocación positiva aclarará el diagnóstico, al agravar la erupción en declinación o al reproducirla después de curada.

Las erupciones por contacto o Dermatitis Venenata, causadas por contacto con cualquiera sustancia, incluso drogas, no son debidas propiamente a irritación, sino que a una sensibilidad individual. Aunque comúnmente tienen un cuadro clínico diferente a las anteriores, pueden también dar idénticos aspectos. Su manifestación común es la de la Eczema de Contacto, mucho más frecuente en la infancia de lo que se cree, y para cuyos pormenores remitimos al lector a otros trabajos nuestros⁹. Quien está habituado a la observación de este tipo de der-

matosis, puede hacer con frecuencia el diagnóstico de eczema por contacto, basándose en la apariencia y localización de la erupción, y aun hasta puede identificar la sustancia que lo causa.

Los caracteres de los numerosos síndromes dermatológicos, que en forma más o menos marcada acompañan al síndrome general en varias enfermedades de la infancia, deberán tenerse siempre presente, a fin de valorar debidamente el diagnóstico. Así, por ejemplo: los nódulos cutáneos amarillentos concomitantes con manchas purpúricas y petequiales, propias de algunas Tesaurosismos, particularmente las retículoendoteliosis lipídicas, y que a veces coexisten con lesiones seborreicas. La erupción de nódulos rojos diseminados en la Periartritis Nodosa. Los pequeños nódulos subcutáneos, que asientan de preferencia en las prominencias óseas de las articulaciones de las extremidades, patognómicos de la Enfermedad Reumática y de su gravedad pronóstica. Los efímeros nódulos dolorosos, eritemato-papuloso, a veces pálidos en el centro, que prevalecen a nivel de las manos y de los pies de la Endocarditis Bacteriana Subaguda (nódulos de Osler). Los nódulos subcutáneos, blandos y dolorosos, de la Enfermedad de Weber-Christian. La erupción multi-forme (púrpura, urticaria, eritemas polimorfo y nodoso) del Síndrome de Schoenlein-Henoch. Las lesiones de hiperqueratinización, que nos han deparado algunos casos de Poliomieltis Aguda en el actual brote epidémico. Las infiltraciones leucémicas, caracterizadas por nódulos de color rojo lila irregularmente diseminados, que en un caso de Leucemia aguda se mostraban tan prominentes, que recordaban con mucho un raro caso de Sarcomatosis Hemorrágica de Kaposi, visto por nosotros varios años atrás. Las lesiones de hiperpigmentación, las pequeñas máculas leucodérmicas, el espinulosismo (hiperqueratosis folicular acuminada), sumadas a las manifestaciones evidenciables por el signo de Scroggie⁸ en los Síndromes Policaranciales y particularmente marcadas en los

portadores de una tuberculosis mesentérica o peritonitis tuberculosa, etc., etc.

Finalmente, sólo mencionaremos de paso que existe gran número de Dermatosis Congénitas, las cuales comienzan a manifestarse paulatinamente, días, semanas o meses después del nacimiento, y cuyas primeras anomalías cutáneas suelen ser erróneamente diagnosticadas y sometidas a los consiguientes ensayos terapéuticos, ordinariamente inútiles. A este respecto citaremos el caso de un chico de 2 años afecto de una Epidermolisis Bulosa Hereditaria, que había recibido los diagnósticos de "dermatitis herpetiforme", "psoriasis", "pénfigo" y "eczema microbiana".

La mayoría de las anomalías cutáneas congénitas no tienen mayor importancia práctica. No obstante, terminaremos refiriéndonos a 5 entidades muy parecidas, observables en el recién nacido y que suelen ser objeto de confusiones aun en algunas publicaciones; pero constituyen cuadros perfectamente separables por sus caracteres clínicos, histológicos y de pronóstico. Se trata de la adiponecrosis subcutánea del recién nacido (o induración cutánea curable del recién nacido), del esclerema neonatorum, edema neonatorum, escleroedema y esclerodermia neonatorum. En el Esclerema Neonatorum las articulaciones, especialmente témporo-parietales, han perdido sus movimientos; hay tendencia a la generalización e induración y terminación fatal. En el Edema Neonatorum hay "godet" y los sitios de elección son los párpados, manos y pies. Puede haber una combinación de ambos procesos (Escleroedema Neonatorum). La Esclerodermia, que no presenta en el recién nacido los mismos caracteres del adulto, es comúnmente progresiva y no tiene regresiones espontáneas. Suele confundirse con la Necrosis del Tejido Adiposo Subcutáneo del Recién Nacido (o induración cutánea curable obstétrica del recién nacido); pero ésta es una afección benigna, que toma delimitadas zonas cutáneas, de preferencia sobre las eminencias óseas, generalmente simétricas. Por último, no hay que olvidar que existe un Edema Fisiológico del Recién

Nacido, exento de signos patológicos, que alcanza su mayor intensidad dentro de los tres primeros días de la vida, para luego declinar y que, excepcionalmente, persiste más allá de los 10 días.

Resumen.

Se señalan, en forma breve, algunas de las dermatosis y síndromas dermatológicos de la infancia, de cuyos errores de diagnóstico el autor ha sido testigo en el curso de sus 20 años de práctica pediátrica, dedicada a la dermatología infantil. Especial énfasis da a la sarna del lactante, que estima mucho más frecuente de lo que se la diagnostica en la práctica; menciona los diferentes diagnósticos con los cuales, erróneamente, se la suele enmascarar ("eczema", "prurigo", "impétigo", "foliculitis", "forunculosis", etc.) y recuerda el cuadro por él denominado Eczema por Sensibilización Acárica.

En seguida se refiere a los errores de diagnóstico en: strophulus, erupciones por picadas de chinches, dermatosis del grupo eczema, eritrodermia descamativa de Leiner, enfermedad de Ritter, dermatitis glúteas pápulo-erosivas y lúes, tuberculodermias, algunas fiebres eruptivas de la infancia, eritema polimorfo, erupciones por drogas y dermatosis congénitas, basándose especialmente en su experiencia personal. Los recientes brotes epidémicos de poliomiélitis y de viruela, y la intensa campaña de vacunación masiva llevada a cabo en el país, han deparado al autor la observación de placas de hiperqueratosis en las poliomiélitis agudas y que regresan con ellas; como también un abundante material de toda clase de complicaciones vaccinales, cuyos diagnóstico diferencial con la viruela, varicela y otras erupciones analiza.

Cita algunos síndromas dermatológicos que acompañan a varias enfermedades de la infancia y que deben tenerse presente a fin de valorar debidamente el diagnóstico.

El autor ha sido el primero en señalar las relaciones de ciertos elementos cutáneos, que describe con estados de hi-

potiroidismo; y en el empleo diagnóstico de una reacción cutánea de escarificación con el BCG, en los casos de sospecha de una alergia tuberculosa, a pesar de la negatividad de reacciones de tuberculina a concentración creciente (casos de alergia humoral sin reacción cutánea tuberculínica).

Summary.

The author briefly reviews some dermatological syndromes in children and the common errors that he has witnessed in 20 years practice dedicated to pediatric dermatology. He emphasizes scabies in infancy which he believes to be more frequent than generally diagnosed, he mentions the wrong diagnosis made (eczema, prurigo, impetigo, folliculitis, furunculosis, etc.) and mentions the condition by him named "eczema due to acaric sensitization".

He then refers to the diagnostic errors made in: strophulus, eruptions due to "cimex lectularius" bites, eczema, Leiner's disease, Ritter's disease, papulovesiculous gluteal dermatitis, syphilis, tuberculosis skin manifestations, some infectious diseases of infancy, erythema polymorphum, drug reactions and congenital dermatosis based specially on his own experience. The recent poliomyelitis and smallpox epidemics, as well as the massive vaccination campaign have given the author an opportunity to analyze the hyperkeratotic zones seen in acute poliomyelitis as well as a great variety of vaccinal complications which he differentiates from smallpox, chickenpox and other complications. He mentions some dermatological syndromes that accompany several diseases in infancy and that must be considered when making the diagnosis.

The author is the first one to point out the relationships between certain cutaneous elements he describes and hypothyroid conditions and also he claims to be the first one to use a skin scarification test with B. C. G. in those cases suspicious of a tuberculous allergy in

spite of a persistence of negative tuberculin test (cases of humoral allergy without a cutaneous tuberculin reaction).

Referencias.

- 1.—SEPULVEDA R., DARIO. — El eczema infantil desde el punto de vista pediátrico-dermatológico y de la alergia. *Rev. Chilena de Pediatría* 20: 186, 1949.
- 2.—DARJER, J. — Précis de Dermatologie. Quatrième édition. Masson et Cie., éditeurs. Paris, 1928.
- 3.—SEPULVEDA R., DARIO. — Algunas afecciones cutáneas de la primera infancia y sus relaciones con la llamada diátesis exudativa. Tesis, 1931.
- 4.—SEPULVEDA R., DARIO. — Eczemas seborreicos del lactante. *Arch. del Hosp. R. del Río* 2: 205, 1931.
- 5.—SEPULVEDA R., DARIO. — Un caso de dermatitis por contacto con ajos. *Rev. Chilena de Pediatría* 9: 339, 1938.
- 6.—SEPULVEDA R., DARIO. — Tratamiento y profilaxis del eczema infantil. *Rev. Chilena de Pediatría* 20: 294, 1949.
- 7.—SEPULVEDA R., DARIO. — Dermatitis glúteas infantiles. *Arch. del Hosp. R. del Río* 3: 111, 1932.
- 8.—SCROGGIE V., ARTURO. — Síndromes policarenciales de la infancia. Imp. Siglo XX.
- 9.—SEPULVEDA R., DARIO. — Servicio de Inmunizaciones y Control de Enfermedades Infecto-contagiosas en un Hospital de Niños. *Arch. del Hosp. R. del Río* 17: 151, 1949.
- 10.—SEPULVEDA R., DARIO. — Vacunaciones Preventivas en la Infancia. *Rev. Chilena de Pediatría*: 1950.
- 11.—SEPULVEDA R., DARIO. — Vacunación antivariólica y sus múltiples complicaciones en la actual campaña de vacunación masiva. Primera comunicación a la Reunión Clínica del 25 de abril de 1950 en el Hosp. R. del Río.
- 12.—WIEDERHOLD, A. — Eritema nudoso en la infancia. *Arch. Hosp. R. del Río* 13: 142, 1945.
- 13.—SEPULVEDA R., DARIO. — Xeroderma pigmentosum. *Rev. Chilena de Pediatría* 21: 320, 1950.