

XII

ALGUNOS CASOS CLÍNICOS

Dr. J. REIG ORIOL

Enfermo J. Ll. de 59 años. S. H. Dr. Peyri. Cama n.º 18.
Antecedentes familiares, fisiológicos y patológicos sin interés.

Enfermedad actual: Hace 2 años, a consecuencia de una puntura con una astilla en la palma de la mano izquierda, aparece en dicho punto una zona eritemato-escamosa muy prurítica. A los 8-10 días de este accidente súbitamente y empezando por las extremidades inferiores aparece una hinchazón que se generaliza, eritematosa y que descama en finas laminillas. No va acompañada de prurito.

En el transcurso de un mes desaparecen la hinchazón y la eritrosis. Pero luego al mes y medio de haber quedado blanqueado reaparece de nuevo el enrojecimiento generalizado acompañado de fina descamación y a la vez de intenso prurito.

A los pocos días se da cuenta de la aparición de unos abultamientos en región axilar, ingles y cuello, identificables como adenopatías.

Ingresado en este Servicio y sospechando se tratase de un síndrome hemato-dérmico se le practica un recuento y una fórmula leucocitaria.

Comentario: Tenemos aquí una serie de lesiones de cuyo estudio y relación mutua podremos deducir fácilmente el diagnóstico.

Por una parte tenemos una dermatosis dejando al descubierto una superficie blanco-cerea que contrasta con el color inicial de la placa no raspada: es el signo de la gota de cera.

Si ahondamos más llegará un momento en que la superficie decapada nos aparecerá sonrosada y cubierta de un fino piqueteado hemorrágico: es el signo de Auspitz o del rocío hemorrágico.

Una lesión con placas escamosas, signo de la gota de cera y signo de Auspitz define al psoriasis.

Es por tanto un psoriasis artropático.

El exantema que apareció hace seis meses fué un brote de eritrodermia psoriásica por intolerancia medicamentosa.

* * *

Enfermo V. B. de 34 años. S. H. Dr. Peyri, cama núm. 199.

Antecedentes familiares, fisiológicos y patológicos sin interés.

Enfermedad actual: Hace 14 años, debutando por cabeza y extendiéndose luego por todo el cuerpo, aparecieron unas placas eritemato-escamosas, no pruríticas.

Hace cuatro años, precedidas de angina, con disfagia, fiebre, etc., algias que empezaron por espalda y región lumbar y se corrieron a tobillos, rodillas y dedos de las manos y con el porte de una poliartritis crónica.

Hace seis meses, a consecuencia de una terapéutica áurica, sus antiguas lesiones se generalizan con los caracteres de un eritema difuso que no deja intervalos de piel sana, muy pruritoso, acompañado a la vez de fina descamación.

Suprimido el tratamiento áurico, poco a poco este eritema, de porte exantemático, fué cediendo, viniendo otra vez el enfermo a quedarse con sus lesiones iniciales.

Comentario: Vemos aquí una serie de placas musculares, de tamaños diversos, sin predilección, eritematosas, recubiertas de escamas de aspecto nacarado.

Si realizamos el raspado metódico de Brocq veremos cómo las escamas saltan en finas escamillas, cuya sintomatología más llamativa está formada por un prurito persistente e intenso y por otra parte por una eritrosis generalizada persistente acompañada de finísima descamación.

En el primer momento, en el momento del brote, de haber visto al enfermo lo habríamos podido confundir con el comienzo de una enfermedad exantemática

aguda; y en efecto, el enfermo fué diagnosticado por un internista, como escarlatina. Pero fijándonos un poco en la sintomatología que acompaña a esta última enfermedad, o si no recurriendo al fenómeno de Schultz-Charlton o bien a la reacción de Dick, podremos excluir fácilmente este diagnóstico.

Aquí se trata de una eritrosis generalizada, persistente (hace dos años) y acompañada de descamación. Una triada sintomática como la presente califica a la Eritrodermia.

Y si recordamos, además, que el enfermo presenta unas adenopatías generalizadas con un polo de bazo y recordamos además sus hemogramas, nos daremos cuenta inmediatamente que nos hallamos frente a una enfermedad de los órganos hemopoyéticos, concretamente ante una subleucemia linfoide.

Y con los diagnósticos de Eritrodermia y Leucemia en la mano, nos será fácil componer el mosaico: Nos hallamos frente a una Eritrodermia sintomática leucémica.

...

Enfermo XX, de 63 años, S. H. Dr. Peyri, cama núm. 5.

Antecedentes familiares, fisiológicos y patológicos sin interés.

Enfermedad actual: Hace meses se dió cuenta de la presencia de una ulceración en borde izquierdo de la lengua, ulceración que fué creciendo poco a poco hasta alcanzar una extensión de unos centímetros de longitud con uno de profundidad.

Examinados sus caracteres morfológicos vemos que se trata de una ulceración profunda, alargada longitudinalmente siguiendo el borde de la lengua, de fondo camoso, de bordes engrosados y ligeramente prominentes, dolorosa espontáneamente y al menor contacto y que sangra con facilidad. Del interrogatorio del enfermo deducimos una serie de datos muy valiosos. Además de enterarnos por él de sus antecedentes, nos damos cuenta de su gran dificultad en el habla, que entorpece de tal manera su lesión que apenas se le entiende. Observamos también una salivación abundante que mana de continuo al exterior y que no hablamos de sialorrea por cuanto no sabemos si esta salivación es o por falta de deglución de una saliva producida en cantidad normal, o si se trata de una verdadera sialorrea o bien si es por ambas cosas a la vez.

Nos explica al mismo tiempo unos dolores intensos a la deglución y a la vez unas algias irradiadas hacia el oído izquierdo y región colindante.

Su apetito, por otra parte, es normal.

Examinada la cadena cefálica notamos una serie de ganglios, ligeramente aumentados, no dolorosos y sumamente duros.

Examinadas sus piezas dentarias a su ingreso en este Servicio se encontró un raigón en una pieza de enfrente mismo de la ulceración, que se extirpó.

Comentario: A la vista de estos antecedentes hacemos el siguiente comentario: Se extirpó el raigón y a pesar de ello la ulceración ha persistido inmodificada; no se trata de una úlcera por decúbito. Además, su dirección longitudinal ya nos hacía presumir su etiología no traumática por cuanto las úlceras dentarias tienen más bien una dirección vertical y no horizontal.

Podríamos pensar en una ulceración tuberculosa. El enfermo no tiene antecedentes fínicos; no existen tampoco los caracteres morfológicos de las ulceraciones tuberculosas: bordes recortados con entrantes y salientes, fondo montañoso, presencia de gránulos de Trélat, etc.

Hemos dicho que el enfermo presenta una serología positiva. El enfermo niega la presencia del accidente primario; no recuerda lesiones que nos pudieran recordar un secundarismo.

Pensamos en un goma ulcerado.

Las ulceraciones de los gomas en la lengua pueden adoptar morfologías muy distintas.

Pero si recordamos que el enfermo presenta una adenopatía muy dura y que las lesiones gomosas no van acompañadas de infarto gangliolar, a no ser que se trate de una verdadera adenitis gomosa, por otra parte rara; y que los gomas irán acompañados de adenopatía únicamente en el caso de infección microbiana con

adenopatías de carácter agudo con sus síntomas, excluiríamos con facilidad que también pudiera tratarse de una ulceración gomosa.

Y nos quedamos, expresamente, en último término para hacer el diagnóstico que sospechamos desde un principio: el epitelioma.

Practicada una biopsia nos ha dado el siguiente resultado: Islotes de células epiteliales, con atipias celulares, invadiendo el dermis, con abundantes globos córneos, por lo que hacemos el diagnóstico de epitelioma espinocelular metastizante.