

Lupus tuberculoso del miembro inferior con lesiones foliculares típicas y presencia de bacilo de Koch (*)

POR EL DR. JESUS GONZALEZ URUEÑA.

UNA niña de 10 años de edad, presenta en el miembro inferior derecho una dermatosis en la que el primer elemento eruptivo que llama la atención son las costras. Las lesiones ocupan las caras antero-externas de la pierna, casi en toda su extensión, la rodilla y la parte anterior de los tercios inferior y medio del muslo correspondiente. Los elementos costrosos son numerosos y extensos. De forma y tamaño variables, los mayores como una moneda de un peso y los menores como una de plata de diez centavos. De forma irregular, tendiendo algunos a la orbicularidad, aunque no perfecta, y al policiclismo de los bordes. El color de las costras, nada indica por lo que respecta a la naturaleza de las lesiones, pues la mayor parte de dichas costras son claras, morenas, delgadas y adherentes, y si en verdad algunas son oscuras, se debe a la mezcla de sangre con el exudado. No hay en estos elementos dermatológicos datos importantes para orientar el diagnóstico, salvo, si acaso, los signos negativos relacionados con la falta de orbicularidad perfecta de las costras, con la ausencia de estratificaciones, con el poco espesor de las costras y con su color relativamente claro, cuando



Fig. 1.

(*) Clínica de Dermatología de la Facultad de Altos Estudios.

están excentas de sangre; pero nunca por sí mismas moreno obscuras o verdosas.

Una vez desprendidas las costras, quedaron superficies ulceradas de mayor valor diagnóstico, cubiertas de verrogusidades, en unos sitios, y en otros por un fondo irregular, sin detritus esfaceados. Los bordes de las úlceras ofrecen aspectos variables: en unos puntos son delgados, despegados, semi flotantes; pero en otros están adheridos y algo gruesos, sin ser nunca verdaderamente acantilados. El color violado de estos bordes, es significativo, como elemento de tuberculosis, aunque se pierde en algunos sitios, donde el contorno de las úlceras se oscurece mucho, volviéndose hiperocrómico. Hay, en resumen, datos inciertos por lo que hace a estos elementos dermatológicos secundarios, aunque presentan caracteres que corresponden más a la tuberculosis.

En la parte antero-lateral y superior del muslo, es donde se hallan las lesiones elementales primitivas, de suma importancia. (Figs. 1 y 2). Como se nota en esa zona de actividad del proceso, existen nudosidades lúpicas, los llamados tubérculos lúpicos o *lupomas* de Darier para evitar toda confusión terminológica. Esas granulaciones tienen aquí su mayor claridad objetiva: son pequeñas, míliares, redondas, amarillentas, semejando melcocha o jalea de manzana, según las clásicas comparaciones. Al palparlas se sienten blandas y la niña acusa dolor. Existen, pues, los elementos constitutivos característicos de una de las formas más atenuadas de la tuberculosis cutánea, del lupus vulgar.



Fig. 2.

El conjunto de estas lesiones y particularmente la descrita en el último lugar, permiten fundar objetivamente el diagnóstico a que se ha hecho referencia, clasificando éste lupus entre los de modalidades objetivas múltiples y a la vez reunidas en el mismo sujeto. Hay lesiones de lupus miliar, descritas en la zona de extensión de la dermatosis. Existen también lesiones de lupus verrugoso, papilomatoso. Igualmente se observan de lupus ulceroso o *exedens*.

Quedan, por fin, lesiones póstumas, reliquias de la existencia de las anteriores, pero no por ello menos significativas. Son las ci-

catrices que traducen la tendencia reparadora espontánea del padecimiento. Algunas por su irregularidad de forma y de dimensiones, reproducen las lesiones madres, por lo que hace a estos atributos; pero las mismas cicatrices por su aspecto liso, delgado, atrófico y acrómico pertenecen a las lesiones tuberculosas. En otros sitios las hay gruesas, irregulares, algo deformes y también características de iguales procesos.

A pesar de todo lo observado y de su innegable valor clínico debería establecerse lo que con tanta propiedad llamó el Profesor Fournier el diagnóstico *racional*, es decir, el que

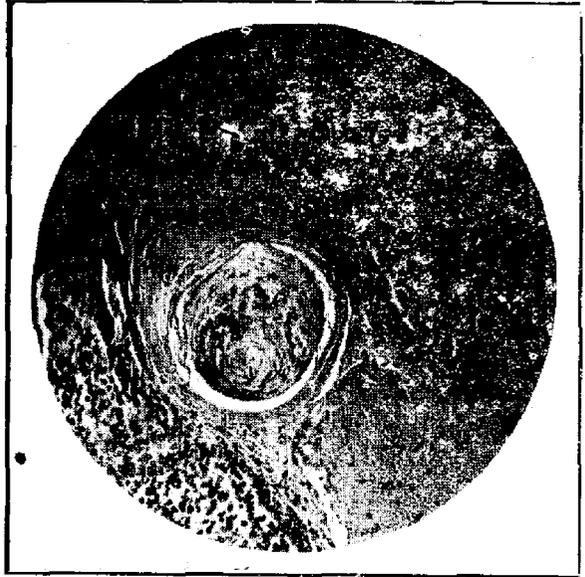


Fig. 3.



Fig. 4.

se funda en el estudio completo de la persona del enfermo y de sus antecedentes. Y esto es tanto más necesario, cuanto que a menudo lesiones del mismo aspecto objetivo, son de naturaleza distinta. La sífilis y la tuberculosis nos reservan en dermatología muchas de esas sorpresas. Desgraciadamente en el caso actual no cabe el diagnóstico racional, porque la niña, sólo de 10 años de edad es huérfana e ignora por completo sus antecedentes de fami-

lia. En lo personal nada se halló revelador en pro de la sífilis o de la tuberculosis. Conviene apuntar que como no es raro observar en estas tuberculosis atenuadas, la niña tiene una constitución robusta, y fuera de su lupus, goza de muy buena salud,

A falta del diagnóstico racional, quedaban como confirmativos del objetivo, los datos del laboratorio, siempre valiosos, pero mu-

cho más en el caso, a falta de los otros. Practicada una biopsia, el distinguido Ayudante de la Clínica, Profesor Isaac Ochoterena, hizo varias preparaciones, encontrando en la marcada con el no. 3 una perla epitelial, análoga a las que se ven en ciertos epiteliomas. También se advierte la proliferación del cuerpo de Malpighi y acumulación de hematías.

La Fig. 4 muestra con claridad un tubérculo típico, con sus tres zonas: inflamatoria, de proliferación y de degeneración.

La Fig. 5 es un dibujo tomado del tejido conjuntivo en preparaciones teñidas convenientemente y donde aparecen con tinta roja los bacilos ácido-resistentes, sin duda de Koch.

Habiendo sido confirmativos de los datos clínicos, estos del laboratorio- entre los que se cuenta uno patognomónico, presencia de bacilo de Koch, se creyó inútil llavar más adelante estas pruebas, practicando inoculaciones experimentales al cuy y las reacciones tuberculinicas.

México, 13 de julio de 1921.

Guillermo Guzmán Ureña



Fig. 5.