

los planes de tan importantes instituciones y adaptadas a las necesidades y exigencias de quienes concurren a ellas; pero en todo caso, con la misma triple finalidad que las otras, es decir, el cuidado de la salud personal, la cooperación en el mantenimiento de la salud de los grupos sociales más inmediatos a cada quien (familia, taller, etc.) y la colaboración en el bienestar higiénico de la comunidad en general.

La obra que realicen dentro de los lineamientos generales antes apuntados, las diversas instituciones educativas de que se ha hecho mención, desde el jardín de niños hasta la Universidad, está llamada a ser de positivos y eficaces resultados para todos. A fin de alcanzarlos, es necesario que se dé a la instrucción y a la educación higiénicas, el lugar que les corresponde en las diversas instituciones educativas; que en todas ellas se organicen tales actividades de acuerdo con los propósitos de cada una de esas instituciones; y que, en todo caso, sean tres las finalidades fundamentales que se persigan a este respecto: el cuidado de la salud personal, la cooperación en el mantenimiento de la salud de los grupos sociales respectivos y la colaboración en el bienestar higiénico de la comunidad en general.



Tuberculide Puntógena Lentiforme

Tipo raro de Dermatitis

**Por el Dr. Horacio Abascal, Profesor del Instituto Finlay,
de la Habana***

Las tuberculosis cutáneas estaban incluídas por Bazin en la agrupación patológica denominada **escrófula**; Hardy las designaba con el nombre de **escrofulides malignas**; y Vidal y Besnier, de acuerdo con Cruveillier, aceptaron el nuevo grupo de la **escrófula tuberculosa**, que había aparecido al desecharse el clásico concepto de Laennec. Pero el descubrimiento del bacilo de Koch vino a marcar un nuevo derrotero que siguieron investigadores de competencia reconocida, como Pfeiffer, Suchard, Krause, Cornil y Leloir, quienes demostraron la presencia del bacilo en los tejidos y confirmaron de

* Leído, como trabajo especial, en la sesión del 25 de noviembre de 1936.

manera elocuente la naturaleza específica de estas lesiones; logrando por último Cornil y Leloir, por la inoculación de tejido tuberculoso en animales, provocar el desarrollo de una tuberculosis local y general.

Reconocida la personalidad de este grupo dermatológico, fueron consideradas como tuberculosis cutáneas todas las lesiones en las cuales se demostraba la presencia del bacilo de Koch y resultaba positiva la inoculación del tejido morbozo a los animales. Además de estas condiciones de valor diagnóstico absoluto, existen otras que permiten casi con certeza catalogar una lesión entre las manifestaciones específicas. Estos caracteres, de acuerdo con la mayor parte de los autores, son: una estructura histológica conforme a la de las lesiones tuberculosas evidentes; cierto aspecto clínico; una evolución y circunstancias etiológicas especiales; la co-existencia de manifestaciones indudablemente tuberculosas, y la reacción en "foeo" de la lesión misma a la tuberculina A de Koch.

A esta serie de dermatosis en las cuales no se encuentran los bacilos ni son inoculables más que excepcionalmente, coincidiendo sin embargo con distintas manifestaciones de tuberculosis, propuso Darier, en 1896, reunir las con el nombre de **tuberculides**; y más tarde, en 1923, las denominó **tuberculoideas**.

Hallopeau extiende la denominación de **tuberculide** a todas las manifestaciones cutáneas, bacilares o no, de la tuberculosis; y diferencia dos órdenes: las **tuberculides bacilares**, que contienen el bacilo de Koch, y las **toxi-tuberculides**, verdaderas tuberculides de Darier. Pero la mayoría de los autores designan con el nombre de **tuberculides** al grupo de dermatosis que sobrevienen en los tuberculosos y que se pueden oponer a las lesiones tegumentarias de comprobada patogenia bacilar.

Según Laffite, una tuberculide es una erupción que se observa únicamente en los sujetos infectados por el bacilo de Koch, o fundadamente sospechosos de estarlo; y si sus lesiones no encierran el bacilo, es porque resulta imposible, salvo excepción, descubrirlo por las investigaciones histológicas o experimentales.

Darier ha clasificado las tuberculides, teniendo en consideración el asiento de las lesiones, en **cutáneas** e **hipodérmicas**, armonizando en cada uno de estos grupos las distintas formas estudiadas por los diversos autores; pero declara que sólo se han descrito con

un nombre especial los tipos clínicos relativamente frecuentes y bien definidos, y hace notar que se encuentran a veces, como le ha sucedido a él mismo en muchas ocasiones, dermatosis de tipos raros, cuyos caracteres clínicos e histológicos, así como las condiciones en las cuales aparecen, recuerdan francamente a las tuberculides. Uno de esos casos curiosos es el que vamos a relatar.

Se trata de una señora vista por nosotros en el año de 1929, natural de España, viuda y de cuarenta años de edad en aquella época. Como antecedentes familiares y personales, manifiesta tener los padres vivos y sanos, tres hermanos saludables, no habiendo historia de abortos. Tiene tres hijos en perfectas condiciones de salud. Nunca ha observado anormalidad en los partos. A los nueve años tuvo escarlatina. Empezó a menstruar a los trece, y a los quince comenzó a padecer ataques histéricos que se repetían cada vez que tenía una contrariedad o un disgusto, y cuyos ataques fueron disminuyendo gradualmente hasta desaparecer por completo a la edad de veinte años.

En 1922 se le presentaron manifestaciones pulmonares, consistentes en tos con abundante expectoración, dolores en la espalda y fiebre a tipo vespertino. Le prescribieron reposo, sobrealimentación e inyecciones de Gaiarsol, de las cuales se puso más de cuarenta. Desaparecieron los síntomas, aumentó de peso y no volvió a presentar trastornos de ningún género hasta el año 1925, en que resurgieron los fenómenos pulmonares, mejorando de nuevo con el tratamiento anterior.

En 1926 padeció de metritis que culminó en la curación después de un raspado. En 1929 tuvo una congestión pulmonar que duró unos quince días; y desde esa fecha siempre ha tenido hipertermia vespertina y frecuentes catarros.

En el mes de enero de 1929 se le presentó un intenso dolor en el hipocondrio derecho con aumento de temperatura (37.5 a 38 grados C), hematuria discreta, poliuria nocturna, piuria y gran dolor a la micción. Con inyecciones de cloruro de calcio y algunas instilaciones de solución de argirol en la vejiga, desapareció el cuadro clínico.

Desde 1922, fecha en que le pusieron las primeras inyecciones, notó que en el sitio correspondiente a cada puntura le aparecía una lesión, no dándole importancia al principio, por atribuirle a la irri-

tabilidad de la substancia inyectada. Mas con sorpresa observó que dichas lesiones sufrían una serie de modificaciones y que persistían de una manera indeleble; llegando su sorpresa al grado máximo al comprobar que con todos los líquidos inyectables le sucedía lo mismo, tanto cuando la inyección era subcutánea, como al usarse la vía intravenosa o intramuscular.

El proceso consecutivo a la punción (pues esta es la única causa inmediata determinante de la lesión, según hemos podido comprobar introduciendo la aguja en la piel sin inyectar líquido alguno), es, poco más o menos, el que expresamos a continuación:

Las lesiones aparecen a los cuatro o cinco días de haberse realizado la inyección y siempre en el lugar de la punción, comenzando por una pequeña pápula del tamaño de un grano de arroz o de mijo. Cuando son recientes, dan la impresión de una pápulo-vesícula comenzante, de color rosa pálido en el centro y oscuro en la periferia, de contornos que se pierden suavemente en la piel sana y sin trastornos subjetivos de ninguna clase. Pero el punto vesiculoso no llega a formarse. Resta en una verdadera pápula, firme y resistente, que después de veinte o treinta días de evolución, transforma el tono claro de la parte central, tomando una coloración roja uniforme, al mismo tiempo que aumenta de tamaño, sube en altura y se extiende ligeramente.

Estas pápulas se van oscureciendo a medida que envejecen, y se rodean, entonces, de una zona acrómica que va aumentando en extensión, alcanzando aproximadamente 3 ó 4 milímetros de diámetro. Cuando son muy antiguas, las pápulas tienden a desaparecer, comenzando por la periferia, hasta realizarlo por completo; quedando la zona acrómica centrada por un punto oscuro, que es justamente el punto donde penetró la aguja. En algunas ha dejado como única secuela la hipopigmentación.

Al examinar la dermatosis en sus distintos períodos de evolución, se observan en los distintos sitios de las inyecciones, como puede apreciarse en la figura 1, verdaderas pápulas con zonas acrómicas, puras zonas de acromia, que dan a las regiones donde están implantadas un aspecto especial; pues las lesiones, mezclándose unas con otras, forman figuras más o menos caprichosas.

Cuando estudiamos este caso en 1929, fecha en que nos lo remitió un distinguido compañero para que fuera por nosotros diag-

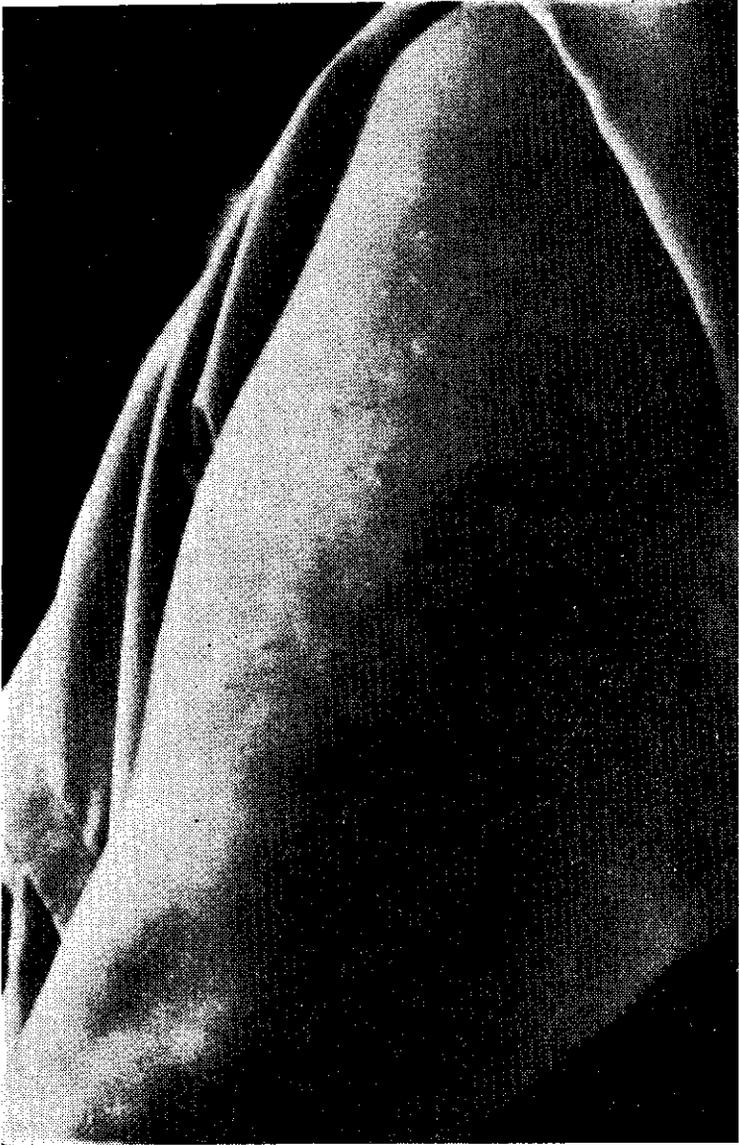


Fig. 1.—Tuberculide puntógena lentiforme.

nosticado, ordenamos varios análisis y comprobaciones, con los resultados que a continuación expondremos, los cuales nos hicieron reafirmar el concepto etiológico a que habíamos llegado después de una detenida observación clínica.

O R I N A

CARACTERES GENERALES

Cantidad total en 24 horas	1.500 c. c.
Aspecto	Turbio
Densidad	1019.
Color	Amarillo claro.
Reacción	Alcalina.
Cromógeno	Normal.

EXAMEN QUIMICO

Acidez en $PO_4 H_3$	0.94	gramos	por	litro.
Cloruros	8.32	"	"	"
Urea	18.24	"	"	"
Fosfatos	1.22	"	"	"
Sulfatos	0.98	"	"	"
Acido úrico	0.34	"	"	"
Nitrógeno urico	8.30	"	"	"
Nitrógeno total	10.20	"	"	"

RELACIONES UROLOGICAS

Coeficiente ozo-úrico Robin 81%

ELEMENTOS ANORMALES

Albúmina (Globulina y Serina)	Vestigios.
Núcleo-proteínas	No contiene.
Albumosas	No contiene.
Peptonas	No contiene.
Glucosa	No contiene.
Acetona	No contiene.
Acido diacético	No contiene.
Pigmento hemático	No contiene.
Pigmentos biliares	No contiene.
Urobilina	No contiene.
Acidos biliares	No contiene.
Indicana	Contiene.
Indogorruleína	No contiene.

EXAMEN MICROSCOPICO

No organizado	Abundantes cristales de fosfato amónico-magnesiano y abundante fosfato amorfo.
Cloruros	No se observan.
Hemáticos	No se observan.
Leucocitos	Algo numerosos.
Epitelios	Plano abundante.
Otros elementos	Cocos y bacilos, aparentemente gérmenes vulgares.

S A N G R E

CONTEO GLOBULAR Y DIFERENCIAL

Hemoglobina	85%.
Glóbulos rojos	4,995,000.
Leucocitos	6,000.
Valor globular	0.86.
Relación de blanco a rojo	1 x 832.
Coagulabilidad	Normal.
Linfocitos	24%.
Polimorfos nucleares	63%.
Eosinófilos	6%.
Matzellen	0%.
Stabkerniger	2%.
Transición	0%.

EXAMEN QUIMICO

Urea	32.2	miligramos x 100 e. c.
Creatinina	1.5	” ” ” ”
Acido úrico	2.1	” ” ” ”
Glucosa	8.2	” ” ” ”
Calcio total	8.5	” ” ” ”
Nitrógeno no proteico	30.2	” ” ” ”
REACCION DE BORDET-WASSERMANN	Negativa.	
REACCION DE KAHN	Negativa.	
REACCION DE MANTOUX	Positiva.	

EXAMEN RADIOGRAFICO DE PULMONES

Velo e infiltraciones en los vértices, acentuados en el lado derecho. Ganglios visibles. Diafragma de contorno irregular.

Con todos estos datos realizamos una biopsia en una lesión de la piel en la región del codo. El examen histológico de los cortes practicados exhibe el epitelio dermo-papilar íntegramente conservado en sus capas constituyentes; excepto en alguno que otro pequeño punto, en que se nota atrofia del cuerpo de Malpighi con desaparición casi absoluta de las células espinosas. Por debajo del epitelio, aparece el dermis notablemente alterado por la presencia de zonas de tejido granulomatoso de diverso aspecto. En algunos sitios se observa hiperplasia fibroblástica e infiltración de células redondas, constituyendo pequeños focos miliares de marcada tendencia a la formación de folículos. El conectivo subdérmico aparece invadido por una conglomeración de formaciones foliculares, donde se repiten las células gigantes, rodeadas de intensa reacción conectiva fibroblástica, con escasa o ninguna formación de elementos redondos.

Las coloraciones practicadas con el objeto de descubrir gérmenes-bacilos ácido-resistentes sobre todo, han sido de un resultado negativo.

Como se puede comprobar en el corte que presentamos (fig. núm. 2), la lesión histológica predominante es la de una tuberculosis folicular característica. Por consiguiente, podemos clasificar el cuadro señalado, como el de una lesión de naturaleza bacilar, no bacilífera; es decir, como una tuberculide. Resta, pues, dilucidar el mecanismo patogénico.

Para Hallopeau, las tuberculides son debidas a la acción de las toxinas evacuadas de focos bacilares y transportadas por la circulación a distancia de su foco de origen. Boeck es de la misma opinión. Sin embargo, Darier opina que esta **teoría toxínica** tropieza con demasiadas objeciones para poderla admitir en su forma simplista; aclarando, no obstante, que falta mucho para poder negar que las toxinas solubles del bacilo desempeñen un papel en la alergia de los tuberculosos.

Según la hipótesis de Haury, adoptada por Darier y aprobada por Jadassohn, las tuberculides resultan de embolias de bacilos muy atenuados, infinitamente poco virulentos, llegados a la piel por vía sanguínea, sucumbiendo pronto en su lucha contra la reacción fagocitaria o bactericida de los tejidos invadidos. Algunos han sospechado una raza atenuada de bacilos; y otros, sobre todo después de las investigaciones de Rothe y Bierotte, han querido ver una dife-



Fig. 2.—Corte histológico del caso de tuberculide puntógena lenticular.

rencia de especie. Pero Darier mantiene la verosimilitud de que el número muy pequeño de bacilos embolizados sea una de las condiciones principales que concurren a explicar los caracteres de las tuberculides.

Al estudiar nuestro caso, nos viene a la memoria la observación de Du Castel, médico del Hospital San Luis, quien escribió una bella monografía sobre "Las tuberculides cutáneas", y en la que destaca lo notado años antes por Besnier, en relación con las inoculaciones realizadas por inyecciones hipodérmicas con una jeringa de Pravaz que había servido para un sujeto tuberculoso; así como lesiones verificadas en un tísico que lavaba una herida con su propia saliva, hecho también señalado por Besnier.

Con todos estos datos nos preguntamos si en el caso apuntado por nosotros pudiera tratarse de auto-inoculaciones. La condición tuberculosa de la enferma está plenamente demostrada por su historia clínica y comprobada por las diversas investigaciones llevadas a efecto. ¿Es aplicable en este caso la fórmula *locus minoris resistentia*? ¿Es posible que al ser la piel traumatizada por la centesis, tenga *in situ* una pérdida de resistencia que permita a las toxinas tuberculosas dar lugar a una lesión cutánea de naturaleza específica; aunque, como se ha visto por los cortes histológicos, no sea directamente portadora de bacilos, es decir, la teoría de Hallopeau de la acción de las toxinas de focos bacilares transportadas a distancia por la circulación (que en este caso serían fijadas en el revestimiento tegumentario por la inyección), o bien puede la misma puntura hacer fijar los bacilos atenuados, de acuerdo con la teoría de Haury?

Estudiando detenidamente este curioso caso, sea cual fuere la teoría patógena admitida, tenemos que aceptar, pues está demostrado hasta la evidencia, el papel de la puntura en la aparición de la dermatosis. Nunca ha surgido la lesión de una manera espontánea; por el contrario, siempre que con cualquier instrumento punzante se ha traspasado la piel, ha aparecido, después de cierto tiempo, la afección que venimos describiendo. Es por tanto incontrovertible la relación traumatógena de la enfermedad.

* * *

El diagnóstico de tuberculide creemos que está conforme, por reunir las condiciones clínicas aceptadas por la Dermatología; así como

por su comprobación histopatológica, que demuestra corresponder perfectamente al cuadro de las lesiones tuberculosas no bacilíferas.

La forma lenticular constante de la afección, tanto en su nacimiento como en su forma evolutiva, y aun en la mácula que persiste, hace que pueda nosográficamente clasificarse entre las erupciones de variedad **lentiforme**.

Así, pues, hemos designado a este tipo curioso de dermatosis, el cual no hemos visto descrito en los textos dermatológicos ni en las monografías especializadas, con el nombre de **tuberculide puntógena lentiforme**. Esto es, afección cutánea de naturaleza tuberculosa no bacilífera, **tuberculide**; a consecuencia de una lesión producida por un instrumento punzante, **puntógena**; y en forma de lente, **lentiforme**. No sabemos si hemos tenido suerte al elegir esta denominación; pero creemos que expresa fielmente las características esenciales que se aprecian en esta afección.

●