

# CLASIFICACION DERMATOLOGICA DE LAS PURPURAS<sup>1</sup>

DRES. JORGE MILLÁN GUTIÉRREZ,<sup>2</sup> RAFAEL GALVÁN JAIME<sup>3</sup>  
Y ALBERTO PENSADO DE LA CRUZ<sup>3</sup>

EL TEMA que se presenta es simplemente un intento para catalogar dermatológicamente las afecciones purpúricas más comunes que se observan en la práctica médica, ya que la multiplicidad de interpretaciones formuladas a este respecto por hematólogos y dermatólogos ha venido a complicar un problema de clasificación, que la mayoría de las veces puede resolverse con un poco de criterio clínico y, en caso necesario, con la ayuda del laboratorio.

Desde el punto de vista dermatológico, se ha hecho una división de las púrpuras en primitivas y secundarias, a partir de los primeros estudios vasculares de Schwartz y Majocchi, en 1885 y 1896, y de los de Schamberg en 1901. Estas descripciones han llegado a ser clásicas y se encuentran en casi todos los tratados de la patología cutánea. Entre las formas primitivas se incluyen: la enfermedad de Werlhof, la reumática de Schönlein, la senil de Bateman, la crónica de Hayem (hemorrágica de Weil) y la telangiectásica de Majocchi. Entre las formas secundarias tenemos

las de origen infeccioso, (tifo, tifoidea, etc.), las tóxicas y las que acompañan a las enfermedades orgánicas. Willan, renombrado dermatólogo de gran autoridad científica, hace la división de púrpuras en simples y hemorrágicas, según un criterio meramente clínico. Una clasificación no menos anacrónica es la de Croizet, Fabre-Gilly, Perrin y Durant, quienes consideran las púrpuras en hemorrágicas y vasculares.

Las primeras comprenden: {  
a) La hematológica.  
b) Las tóxicas.  
c) Las autotóxicas.  
d) Las infecciosas.  
e) Las medicamentosas.  
f) Las esenciales.

Las segunda: comprenden: {  
a) La simple de Roskan.  
b) La anafilactoide (púrpura reumatoide o peliosis reumática de Schönlein, abdominal de Henoch, la renal de Osler y la gangrenosa de Martin Gilmard.  
c) Las secundarias a dermatosis.

<sup>1</sup> Trabajo presentado en la sesión ordinaria del 31 de mayo de 1967.

<sup>2</sup> Académico numerario. Instituto Nacional de la Nutrición.

<sup>3</sup> Consultorio No. 5, Secretaría de Salud y Asistencia.

Desde hace algunos años hasta la fecha, en virtud del mare magnum creado por las numerosas clasificaciones propuestas para estos padecimientos y del deseo de muchos autores de redes-

cubrir y apadrinar más entidades nosológicas purpúricas, algunos distinguidos hematólogos, especialmente Bayrd, se han preocupado por una clasificación sencilla al alcance de los médicos internistas. En el Instituto Nacional de Nutrición hemos acostumbrado dividir las púrpuras en *trombocitopénicas* y *no trombocitopénicas*, clasificación que si desde el punto de vista práctico es satisfactoria, tiene el inconveniente de no tomar en consideración a las *tromboastenias* que constituyen un cuadro clínico similar a las trombocitopénicas, pero que no se pueden considerar en rigor como tales porque el número de plaquetas es normal.

Por tal motivo, siguiendo un criterio que consideramos a la vez hematológico y dermatológico, preferimos substituir esta división por la siguiente:

Como se puede observar, en estas púrpuras se toma en cuenta no solamente la alteración cuantitativa de las plaquetas sino también la alteración cualitativa de éstas.

Hemos meditado cuidadosamente en hacer de igual manera una subdivisión lógica de las púrpuras no trombocitopáticas, y si bien se nos han ocurrido algunas posibilidades, como por ejemplo en catalogarlas sobre bases etiopatogénicas por factores alérgicos, hormonales, carenciales, degenerativos, toxi-infecciosos y diversos, pensamos que esta subdivisión es igualmente inadecuada, encontrándonos con las mismas dificultades que han tenido otros autores, por lo que preferimos continuar considerando todos estos síndromes no trombocitopáticos en forma individual.

Si queremos insistir en el diagnóstico

- |                                  |   |   |
|----------------------------------|---|---|
| 1. Púrpuras trombocitopáticas    | { 1) Por defecto cuantitativo de plaquetas. | { a) Las idiopáticas.<br>b) Las secundarias a intoxicaciones y a infecciones.<br>c) Las sintomáticas a padecimientos hematológicos (leucemias, anemias aplásticas, hipersplenismo, etc.).   |
| 2. Púrpuras no trombocitopáticas | { 2) Por defecto cualitativo de plaquetas.  | { a) Las tromboastenias,  |
|                                  | {   | 1) La anafiloctoide de Henoch-Schönlein.<br>2) Las secundarias a intoxicaciones y a infecciones.<br>3) La senil.<br>4) La carencial.<br>5) La enfermedad de Schamberg.<br>6) La telangiectoide de Majocchi.<br>7) La de Cushing (primaria o iatrogénica).<br>8) La psicogénica.<br>9) La traumática.<br>10) La angiodermitis pigmentada purpúrica.<br>11) La secundaria a las dermatosis.<br>12) Las secundarias a las alteraciones plasmáticas: sea una deficiencia como en el Von Willebrand, sea por alteración proteica, como en la crioglobulinemia. |

clínico de las púrpuras, hemos de partir de un principio fundamental en propedéutica cutánea que es el de considerar la topografía y la morfología de la dermatosis. En efecto, las púrpuras trombocitopáticas predominan, por regla general, en las regiones superiores del tegumento cutáneo e interesan muchas veces las mucosas, especialmente la bucal. En cambio, las no trombocitopáticas tienen tendencia a situarse en miembros inferiores, en regiones glúteas y en el abdomen, y son poco frecuentes las localizaciones en las mucosas. Esta regla, sin embargo, no es general, pues existen casos de púrpuras trombocitopáticas en miembros inferiores y de no trombocitopáticas en extremidades superiores.

Referente a la morfología los dos grupos presentan una capilaritis hemorrágica que se traduce clínicamente por petequias, vívices y equimosis.

Las lesiones *petequiales* son las más frecuentes, pero adquieren caracteres especiales en determinados síndromes no trombocitopáticos. Así, por ejemplo, en la púrpura anafilactoide de Henoch-Schönlein las petequias se hacen papulosas y algunas veces francamente urticantes en miembros inferiores con acompañamiento de prurito. En la púrpura carencial y en la angiodermatitis pigmentada purpúrica las petequias tienden a la formación de placas con pigmentaciones residuales de color café con leche. La púrpura de Schamberg se caracteriza porque las petequias presentan la forma de granos de pimienta roja aisladas en su comienzo, y más tarde reunidas en placas pigmentadas parduz-

cas que abarcan grandes regiones del tegumento. En la púrpura de Majocchi los elementos petequiales son puntiformes; luego se hacen lenticulares y finalmente forman anillos con contornos telangiectásicos. En este síndrome las lesiones llegan a ser poco numerosas, aunque existen casos generalizados.

En lo que se refiere a las púrpuras de las dermatosis, las petequias son simples extravasaciones a nivel de los elementos primarios que constituyen la entidad dermatológica, con topografía en miembros inferiores debido a fenómenos de estática.

Por último, en determinadas infecciones, como en el tifo, las petequias son puntiformes y semejan a las picaduras por *Pulex irritans*.

Las *vivices* se presentan con frecuencia en la púrpura psicogénica y en la traumática.

Las *equimosis* predominan en las púrpuras trombocitopáticas; sin embargo, estas lesiones se presentan también en la púrpura senil, en la psicogénica y en la ocasionada por tratamiento prolongado con corticoesteroides.

En resumen, sí existen elementos clínicos suficientes para clasificar dermatológicamente la mayor parte de las púrpuras en trombocitopáticas y en no trombocitopáticas. Estas últimas son las mejor conocidas por los dermatólogos por sus características topográficas y morfológicas. En cuanto a las primeras baste saber que si hay asociación de síntomas cutáneos junto con el sangrado de las mucosas, la identificación se hace fácilmente. Por otra parte en los dos grupos de púrpuras existen otras

manifestaciones clínicas que orientan al diagnóstico diferencial.

No obstante, se presentan casos que solamente el hematólogo puede interpretar, recurriendo desde luego a la labor informativa del laboratorio.

#### EXÁMENES DE LABORATORIO

Los exámenes se practican cuando queremos confirmar el diagnóstico clínico de la púrpura, y solicitamos la numeración de plaquetas, las pruebas del sangrado, del torniquete y la retracción del coágulo. Cuando el laboratorio nos informa que estamos en presencia de una púrpura trombocitopática, referimos al enfermo con el hematólogo con el fin de que dilucide la causa del padecimiento, ya que no nos compete como dermatólogos abordar este punto que no es de nuestra especialidad. En estas condiciones solamente nos ocupamos del manejo de las púrpuras no trombocitopáticas.

El diagnóstico diferencial de las púrpuras en general lo hacemos con muchas dermatosis que pueden presentar

un aspecto purpúrico como por ejemplo:

- a) Las arborizaciones capilares.
- b) Las telangiectasias.
- c) Los angiomas planos estelares.
- d) Los exantemas infecciosos y alérgicos.
- e) Los puntos rubíes.
- f) La urticaria pigmentaria.
- g) Las cuarteaduras del Cushing.
- h) La dermatitis de Oppenheim.
- i) La necrobiosis lipóidica diabeti-corum.
- j) El Peutz-Jaeghers (manifestaciones cutáneas).
- k) La angiomatosis hemorrágica hemorrágica hereditaria de Osler.
- l) Las poiquilodermias.
- m) El liquen eritematoso.
- n) Las antipirínides.
- o) Las dermatosis caracterizadas por capilaritis necrosante.

Desde luego, existen otras dermatosis, sobre todo aquellas localizadas en miembros inferiores que pueden confundirse con los estados purpúricos pero que no se justifica mencionarlas para no alargar esta exposición.

---