

ULCERA DIFTERICA

Por el Dr. EDUARDO CORTES MENDOZA

El objeto de este trabajo es el de llamar la atención sobre este tipo de úlceras, tipo que no ha sido descrito entre nosotros, y al cual hemos dado importancia, desde hace dos años, en el Servicio de Enfermedades Tropicales del Hospital de San Juan de Dios.

El caso que publicamos es el de ulceraciones de la pierna, en un enfermo procedente de Acacias, y en las cuales se encontró *B. diftérico* en los medios de cultivo. Además, hubo lesiones miocárdicas, comprobadas con electrocardiograma, que nos hacen inclinar más hacia la etiología diftérica.

La úlcera diftérica recibe también el nombre de úlcera de Veld, úlcera del desierto o barcoo rot. Su estudio data de los últimos años, especialmente por motivos de la gran cantidad de lesiones ulcerosas que se presentaron en los soldados que lucharon en la última guerra; entre éstos se observó la lesión cutánea acompañada de neuritis y miocarditis. No se oculta la importancia de este estudio no solamente desde el punto de vista del diagnóstico, sino para tomar medidas preventivas. (Estos enfermos son portadores del *B. diftérico*.)

HISTORIA.—Desde el año de 1916 Craig investigó este tipo de úlceras, en el desierto del Sinaí y encontró el *B. diftérico*. Estas investigaciones coincidieron con la epidemia extensa de angina diftérica entre las tropas. (De 1916-1918 estudió 197 tipos de úlceras y encontró 129 positivas.) Ultimamente en la guerra 1939 a 1945 Paul Mclean y Louis G. Welt, médicos de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos la investigaron en las islas del Pacífico, practicaron todos los métodos de inoculaciones y cultivos para la comprobación y la toxicidad del *B. diftérico* y lo clasificaron así:

- Corynebacterium difteric tóxico
- Corynebacterium difteric no tóxico
- Corynebacterium difteric difteroides.

Para sus observaciones repartieron los 799 pacientes en tres grupos y los resultados podemos resumirlos así:

	Grupo I 288 pacientes	Grupo II 278 pacientes	Grupo III 224 pacientes
Corubacterum Diftérico tóxico	75	65	5
No tóxico	13	6	9
Difteroides	18	69	49
Cory. Bact. Hem.	9	21	19

En los otros casos hallaron una verdadera gama microbiana (estreptococo hemolítico, estafilococo albus).



LOCALIZACION DE LAS ULCERAS.—Esta clase de úlceras se presentan en las partes descubiertas, especialmente en el dorso del pie, en el antebrazo, mano, espacios interdigitales, miembros infe-

riores, región axilar, y órganos genitales. Es múltiple en la mayoría de los casos (75%). Predomina en los miembros inferiores (99%).

DESCRIPCION DE LA ULCERA.—Puede decirse que hay dos variedades de esta úlcera: Forma típica y Forma atípica.

Forma típica.—Manson Bar la describe de la manera siguiente: Se inicia por una vacuola llena de líquido de color pajizo que aparece en las proximidades de un folículo piloso; el dolor que produce es desproporcional a su tamaño; la vacuola se rompe y deja al descubierto una úlcera superficial, de fondo, en un principio, lineal que luego se ahonda, se agranda y se redondea, en seguida se cubre de un exudado grisáceo; característicamente no tiene granulaciones y el fondo es permanentemente necrosado; a veces hay una secreción fibrino-purulenta que puede transformarse en costra; el exudado que se encuentra debajo de la costra es gris o gris-verdoso, rara vez amarillo, y nunca llega hasta la superficie; la úlcera está rodeada de un eritema violáceo y duro.

Forma atípica.—Se presenta en aquellos casos en que existe una lesión ya sea impetiginosa o de origen mycosico, la asociación microbiana las hace atípicas. Cuando existe estreptococo hemolítico hay linfangitis.

PRUEBA DE SCHICK.—A la prueba de Schick no se le puede dar todavía una verdadera interpretación clínica de utilidad para esta clase de lesiones, pues según los autores antes citados, hay individuos con lesiones ulcerosas de *B. diftérico* de tipo tóxico en quienes la prueba de Schick da, indistintamente, resultados negativos o positivos.

COMPLICACIONES.—Lo mismo que en la angina diftérica las complicaciones más frecuentes son: las neuritis, las miocarditis. Sin embargo debemos anotar que estas complicaciones no tienen la gravedad de las que se presentan por la angina. Posiblemente la toxina diftérica es menos virulenta o no se absorbe de la misma manera, ya que tampoco citan los autores que han estudiado esta entidad las otras complicaciones propias de la angina diftérica.

HISTORIA CLINICA N° 107970.—Nombre C. C. R. Ingresó el 30 de diciembre de 1946. Diagnóstico de admisión: úlcera tropical. Ocupó la cama N° 34 del servicio del Profesor Sarmiento, Sala San Jorge.

Muchacho de unos quince años de edad, muy enflaquecido, tinte

anémico y terroso. El motivo por el cual vino al hospital es una ulceración que le comenzó, según él, hace varios meses por una pequeña vesícula en el tercio inferior de la pierna izquierda, la que fue aumentando y tomó los caracteres que presenta actualmente. Da igualmente el antecedente de haber presentado en diversas ocasiones manifestaciones febriles, para esto se sometió a un tratamiento anti-palúdico, sin resultado.

EXAMEN.—A más del tinte anémico y terroso llama la atención el gran enflaquecimiento del enfermo y la astenia. Lengua limpia. Al examen de los órganos abdominales llama la atención el gran tamaño del bazo y la consistencia tan firme de éste; existe igualmente una marcada hepatomegalia. El corazón dilatado, la punta bate en el sexto espacio intercostal y por fuera de la línea medio-clavicular. A la auscultación se aprecian soplos en todos los focos especialmente en el pulmonar y ruido de galope, tanto en el lado derecho como en el izquierdo, tiene 160 pulsaciones por minuto. Tensión arterial Mx. Mn. En el estudio fonoelectrocardiográfico (Caso N^o 275) practicado dos semanas después de tratamiento se observan los siguientes caracteres: soplo continuo con refuerzo sistólico en todos los focos, especialmente en el pulmonar y refuerzo notorio en el segundo ruido. La frecuencia es de 103 por minuto, de ritmo regular.

Eje eléctrico: normal.

Complejo auricular: Onda P: normal en todas las 4D.

Conducción aurículo-ventricular: 0,24 segundo (prolongado).

Complejo ventricular: WRS: 0,06 regular.

Onda Q: Normal.

Onda R: Engrosada en su rama descendente, en las clásicas.

Onda S: Ausente en las clásicas.

Onda T: Baja en D₁ y D₂. Negativa en D₃.

Segmento S-T: Negativo en las 4D.

Espacio Q-T: 0,36 segundo.

CONCLUSION: Taquicardia sinusal. Bloqueo aurículo-ventricular simple. Evidente alteración miocárdica.

EXAMENES DE LABORATORIO.—*Cuadro hemático.*—Hematies 2.500.000. Leucocitos 4.000. Hemoglobina 40% o sean 5,80 grs.

Hematocrito	25 c. %.		
Neutrófilos	47	V.G.M.	100 micras cub.
Linfocitos	37	H.C.M.	23 microgramos
Eosinófilos	14	H.C.H.M.	23 %
Monocitos	2	I. de V.	1,2
		I. de C.	0,8
		I. de S.	0,6

Eritrosedimentación: a los 20 minutos 50 milímetros.

Eritrosedimentación: a los 40 minutos 120 milímetros.

Eritrosedimentación: a los 60 minutos 135 milímetros.

Reticulocitosis: 6,6.

Plaquetas: 125.000.

Tiempo de coagulación de Howell: 12 minutos.

Tiempo de sangría: 7 minutos.

Retracción del coágulo: a las 4 horas.

Examen de orina: Albúmina, no hay; Glucosa, no hay; Bacterias X. Células de descamación X. (Nº 52276.)

Se investigó *Leishmania* en la úlcera, tanto en frotis directo como en cultivos y por biopsia y en ninguna de ellas se encontró. Se insistió bastante sobre esto para eliminar un probable diagnóstico sobre *Kala Azar*.

Biopsia (4518). Practicada de varios fragmentos. No se encuentran micro-organismos. La descripción dada por el anatómo-patólogo es la siguiente: "Los cortes muestran piel y tejido celular subcutáneo, hay un proceso inflamatorio muy activo y generalizado. Se ven focos, zonas o áreas de necrosis con formación de pus. En otros campos el tejido conjuntivo está ploriferado con tendencia a la esclerosis y con infiltración leucocitaria poli y mononuclear. Se ven eosinófilos. Edema. Los fenómenos de diapedesis son muy escasos."

(Fdo.) *M. Sánchez He.*

Se investigó, entonces, *B. diftérico* el que dio positivo en cultivo (desarrollo muy escaso).

Se practicaron, igualmente, frotis de garganta para la investigación del *B. de Loeffler*, dando tanto en el examen directo como en los cultivos, resultado negativo.

Tanto para el diagnóstico de la hepatomegalia como para eliminar del todo la etiología leishmaniósica en la úlcera se practicaron pun-

ciones esternas y se hicieron exámenes directos y cultivos en el medio NNN.

Creemos que este enfermito presenta dos entidades. La úlcera diftérica y la hepato-esplegomegalia, la etiología de esta última no ha sido todavía bien aclarada.

Las razones en que nos basamos para considerar la úlcera como diftérica son las siguientes:

1º—Iniciación y evolución en todo semejante a la descripción de Manson-Bar;

2º—El hallazgo del B diftérico en los cultivos;

3º—Las alteraciones miocárdicas comprobadas electrocardiográficamente;

4º—La desaparición del B. diftérico, después del tratamiento local de 4.000 unidades de anti-toxina.