

CARACTERISTICAS ALERGICAS EN CASOS ESPECIALES (INFECCION, SINDROME DE CHARLIN Y ENFERMEDAD DE WERLHOF)

R. ALEMANY-VALL

(Presentado en la Facultad de Medicina de Barcelona el 13 de mayo de 1950, y en el I Congreso Europeo de Alergia, París, 1 de junio de 1950.)

Al lado de los casos específicos y absolutamente alérgicos, desde hace tiempo admitidos en la nomenclatura médica, hay otros que poseen sólo ciertas características que no forman parte del grupo de las enfermedades del mismo nombre, aunque se modifiquen favorablemente por un tratamiento antialérgico, que puede ser específico.

En los capítulos de las enfermedades internas se encuentran algunos de esos casos, de los cuales daremos aquí tres ejemplos.

Caso 1.º—Mujer con caries en dientes y con un pasado de corizas descendentes infecciosos bastante frecuentes, que presenta crisis neurálgicas en las encías, exacerbadas especialmente al contacto del aire frío.

Después del fracaso de algunos analgésicos corrientes, los dolores desaparecen casi instantáneamente con los antihistamínicos (Phenergan).

Dos meses después, un pequeño flemón apareció en las encías y se halló, por rayos X, un granuloma en el diente correspondiente (por el Dr. PERICOT). Esta infección no había sido descubierta anteriormente. Desde entonces los resfriados nasales han casi desaparecido.

Caso 2.º—Hombre de treinta y cinco años, antiguo ulceroso de estómago y que había sido sometido a una resección parcial de esta viscera. Presenta una relativa intolerancia a ciertos alimentos (huevos, etc.). Es tuberculoso, hematógeno discreto en vértices pulmonares, pero se encuentra en buen estado (sedimentación globular apenas elevada).

En abril de 1949 comienza a presentar, a modo de acceso, una pequeña secreción acuosa de una abertura nasal, a la que el sujeto no da mucha importancia, y dos horas después nota una sensación de cuerpo extraño en el ojo del mismo lado y que es seguida de una rubicundez conjuntival; ésta aumenta progresivamente, hasta llegar a interesar la córnea a los dos días siguientes; conjuntivitis y queratitis duran entonces tres o cuatro días más.

Después de un día de intervalo, durante el cual el sujeto se encuentra totalmente bien, recomienza la secreción acuosa por la otra abertura nasal y se interesa luego el ojo del lado correspondiente.

La conjuntivitis y la queratitis desaparecidas, el sujeto está bien durante unos diez a quince días, después de los cuales vuelve otra vez el mismo proceso clínico.

El examen nasal no descubre anormalidad ni se ve flictena conjuntival.

A causa de esta evolución cíclica vemos al paciente con el objeto de observarle desde el punto de vista alérgico.

Las cutis e intradermoreacciones a los alérgenos usuales son negativas. No hay antecedentes inmediatos de sensibilización, ni eosinofilia sanguínea, y no encontramos eosinófilos en el escaso líquido lagrimal. El paciente venía de terminar un tratamiento con estreptomina que no modificó el curso ni la intensidad de la dolencia.

El Mantoux fué positivo, como es natural, pero persistió bastantes días y determinó o coincidió con una ligera exacerbación de la conjuntivitis, pasada la cual fué más largo el intervalo hacia la próxima crisis.

El enfermo nota que la inyección de las sales de calcio y de hiposulfito, por vía intravenosa, mejoran casi instantáneamente su afección, pues más que verdaderos dolores, en las crisis, había molestias tenues o medianas a nivel de los ojos.

Después prescribimos un antihistamínico por vía oral y el antígeno metílico por inyección.

El enfermo comienza francamente a mejorar, pierde su astenia, aumenta de peso y reemprende su trabajo a los nueve meses de haber comenzado su enfermedad.

Este caso, sometido a la consideración de algunos eminentes oftalmólogos, es considerado como un síndrome de Charlin, es decir, un proceso clínico por neuralgia o neuritis del nervio nasal o del ganglio eseno-palatino, que como ya se sabe empieza por una secreción acuosa nasal y se sostiene hasta su terminación en forma de conjuntivitis o queratitis, úlcera visible de la córnea, etc.; mejor dicho, una polaritis anterior del ojo por las diferentes conexiones nerviosas interesadas, muy bien detalladas por CHARLIN en sus trabajos.

Las vaporizaciones nasales de cocaína y de adrenalina—indicadas para descongestionar la mucosa de los cornetes y dejar así relativamente libres de compresión los nervios interesados—no produjeron un gran alivio, aunque sí sólo muy ligero y transitorio al comienzo de su aplicación.

Pero al lado de los casos verdaderamente idiopáticos—neuralgias del nervio nasal que inerva la parte alta y externa de la nariz y de las ramitas para el ojo o de las fibras procedentes del ganglio eseno-palatino—y de los secundarios, que llegan a interesar aquellos nervios, como etmoiditis o afecciones de los cornetes medio y superior, existen también otros casos, igualmente descritos por CHARLIN, en que la etiología primitiva es mejor conocida o sospechada al obedecer francamente al tratamiento correspondiente. Así, primitivamente describió este autor cuatro casos de esta etiología: de origen sifilítico, gripal, diabetógeno y focal dental.

Posteriormente, CHARLIN ha hecho hincapié sobre el origen tuberculoso de su síndrome y ha recomendado mucho las inyecciones de tuberculina como tratamiento, y en apoyo de su hipótesis presenta varias historias clínicas de enfermos por él observados en que la exploración nasal y el tratamiento por la tuberculina orientaron hacia la etiología tuberculosa de estas rebeldes neuralgias.

Algunos autores, como el profesor A. FRANCESCHETTI, juzgan que en este síndrome la alergia tuberculosa puede jugar cierto papel.

Ultimamente, nuestro compatriota el Dr. AMO ha publicado algunos casos de síndrome de Charlin de origen gripal.

Nosotros creemos que el caso que hemos descrito merece ser considerado como de origen tuberculoso.

Caso 3.º—Mujer de cincuenta y siete años. Desde hacía algún tiempo tenía propensión a epistaxis. A comienzos del mes de febrero de 1942, abundantes y persistentes hemorragias nasales y gingivales y petequias, por lo que se ve obligada a estar internada en una clínica particular (Dr. G. RIBAS ISERN). Desde entonces y todos los años hasta marzo de 1949, durante una a tres semanas, de enero a abril, pero muy especialmente en febrero, por la presentación de estas hemorragias, vióse obligada a internarse en la misma clínica; en el año 1948, dos veces: en abril y en octubre. El resto del año estaba la paciente bien y sin hemorragias.

En la clínica ha sido sometida, durante el tiempo de las hemorragias, a sesiones de radioterapia de bazo y huesos (210 r, 60 r, 40 r, en tiempo de dos minutos, tres minutos, etc.), transfusiones sanguíneas, penicilina, taponamientos nasales, etc.

Durante todos estos años ha sido sometida a muchos exámenes hematológicos, que demuestran que no hay anomalías en los leucocitos; los neutrófilos en banda variable y en general no aumentados; muchas veces, mediana o grande eosinofilia, que oscilaba del 5 por cien-

generalizado por todo el cuerpo, y alguna escara. Solamente en dos ocasiones hemos obtenido una reacción cutánea media y sin vesículas.

Durante todo este período de tratamiento por la tuberculina la enferma no ha sufrido ninguna hemorragia y, por consiguiente, no ha sido internada en la clínica.

De vez en cuando hemos mandado hacer análisis hematológicos; en todos había plaquetopenia (70.000, 90.000 m. c.), la coagulación era normal, el coágulo se retraía, el signo de brazal negativo y había a menudo eosinofilia sanguínea (Dr. VIVES MANÉ). El último análisis, hecho en abril de 1950 por el Dr. MISERACHS, dice: Plaquetas, 130.000 por m. c.; leucocitos, 5.900; hematies, 4.190.000; eosinófilos, 5 por 100; neutrófilos, 63 por 100; basófilos, 1 por 100; linfocitos, 26 por 100; monocitos, 6 por 100; no hay alteración tóxica; plaquetas de estructura normal, que son abundantes y bien aglutinadas; brazal, negativo; retracción del coágulo, normal; sangría, de dos minutos y medio; coagulación en lámina, tres minutos; coagulación en tubo, de 8 mm. a los tres minutos. (En diciembre 1950 continúa sin hemorragias.)



Fig. 1.—Reacción de tuberculina al 1 : 100.000, en la enferma, en 24 de marzo de 1950.

to al 18 por ciento. Las plaquetas casi siempre por debajo de lo normal, su número variaba de 0 a 140.000 por m. c. (5.000, 15.000, 30.000, 60.000, etc., sobre todo en período de hemorragias); cuando la enferma estaba bien y sin hemorragia, su número oscilaba alrededor de los 70.000, 90.000, etc. Había una ligera anemia, leucocitosis, aunque no siempre, algunas veces irretractabilidad del coágulo sanguíneo, coagulación normal, retardo en la sangría, signo de brazal positivo o negativo, a veces ligera palpación del bazo, no alteración tóxica de los leucocitos, la punción de la médula ósea (en dos ocasiones) demostró una megacanicitosis normal.

La enferma estaba bien, sin fiebre y con sedimentación globular normal; la presión arterial normal, aunque la paciente era obesa, menopáusica y su aorta ligeramente dilatada. Los pulmones sin infección visible tuberculosa.

Esta enferma, en junio de 1949, nos fué enviada a causa de la periodicidad de los síntomas y de la muy constante eosinofilia, y para que buscásemos si podría haber algún alérgeno capaz de producir estas hemorragias.

Las cutis e intradermos a los usuales alérgenos externos fueron negativas. El primer Mantoux, a la solución 1 X 1.000.000, dió eritema, mácula y vesículas a las cuarenta y ocho horas.

Desde últimos de junio de 1949 hasta ahora, fines de mayo de 1950, la hemos sometido a tratamiento tuberculínico muy diluido (una décima de c. c. de una solución cien mil millones, mil millones y más débiles aún), y siempre en los primeros días se formaron vesículas encima de la mácula, algunas veces urticarias extendidas por todo el miembro correspondiente, incluso edemas locales y persistentes acompañados de prurito

Por consiguiente, enfermedad de Werlhof, y aunque no se conoce su etiología y no sea ella atribuible a la tuberculosis, nosotros creemos, en este caso, en el origen tuberculoso o tuberculínico, pues aquí no nos encontramos en presencia de una púrpura por lesión vascular de origen tuberculoso tóxico-infeccioso, sino más bien con un origen alérgico con plaquetopenia constante y por antígeno endógeno, pues todos los síntomas son de la enfermedad de Werlhof —aún en potencia—, y que precisa diferenciar de la púrpura de origen alimenticio o por drogas farmacéuticas en las que la plaquetopenia, incluso la ausencia de plaquetas, existe solamente durante la duración de la enfermedad, es decir, sólo cuando actúa el antígeno externo presente.

Nosotros conocemos también otros casos de Werlhof tratados por la tuberculina y que curaron completamente; y en otro de la Facultad de Medicina, la autopsia demostró foculos tuberculosos localizados en el bazo.

RESUMEN.

Se describe la sintomatología y tratamiento de tres casos de alergia especial: a), rinitis de origen dental con neuralgias en las encías que cedieron a los antihistamínicos; b), un síndrome de Charlin de influencia tuberculosa; c), una enfermedad de Werlhof con plaquetopenia constante y eosinofilia muy regular y cuyas hemorragias, que no habían obedecido al tratamiento radioterápico, cedieron a una serie continuada de inyecciones de tuberculina a dosis débiles con reacciones siempre muy fuertes a nivel de la piel.

BIBLIOGRAFIA

- J. PERICOT GARCÍA.—Sem. Méd. Esp., 634, 1941.
 CHARLIN.—Annales d'oculistique, 86 y 808, 1931.
 CHARLIN.—Annales d'oculistique, 257, 1932.
 CHARLIN.—Annales d'oculistique, 175, 894, 1938.
 CHARLIN.—Tuberculino therapie dans les neuralgies faciales idiopathiques et certaines affections essentielles, 1940.
 AMO.—Arch. Ophthalm. Hispano-americano, Abril, 1950.
 SIFER MAREMA.—Tesis Doctoral. Casos de Werlhof en la Clín. Médica B., 1944.
 URBARCH.—Tratado de Alergia, 1950.
 JOHN NORCROSS.—Quart. Rev. Allergy and Applied immunologie. Marzo, 1950, pág. 10.