

DACTILITIS PALÚDICA

INFORME DE OOS CASOS

Por el Dr. Manuel Larios Córdova

Las manifestaciones atípicas del paludismo son a diario conservadas entre nosotros y casos que en otras partes serían considerados como verdaderos problemas de clínica, son fácilmente diagnosticados en los trópicos teniendo siempre presente *que* el paludismo es el principal factor etiológico del gran número de nuestras enfermedades. Los dos casos que referiré a **continuar** ilustran una de éstas manifestaciones que por su rareza y por las deducciones a que se presta creo merecer una ligera *discusión*.

CASO 1- L. D. de 42 años, italiano, constructor se presenta en la oficina quejándose de dolor agudo en los dados de los pies y ma-

nos, desde hace diez días, Durante los **últimos** dos meses ha estado trabajando en la construcción del nuevo puente que unirá Tegucigalpa *con* Comayagüela y KU trabajo consiste en la preparación del "concreto", mezcla de cemento, cal y arena. Como antecedentes personales nos refiere que nunca ha sido reumático y ha gozado siempre de buena salud a excepción de un fuerte ataque de paludismo durante la guerra mundial, mientras servía en el ejército italiano. Durante los *ocho años de permanencia en Centro América* ha tenido varios accesos palúdicos fácilmente controlados por la quinina. Estos accesos consisten en fiebre con escalos-

rio. Esta institución aprueba para la práctica de los graduados aquellos centros que reúnen los siguientes requisitos: 1.—Suficiente material de autopsia. 2.— Un archivo y estadística a debidamente llevadas. 3. —Suficientes laboratorios. 4.—Conferencias clínico-patológicas entre **los miembros** de los diferentes servicios.

Entre **nosotros** quedan dos recursos para vencer el prejuicio del vulgo contra la autopsia: una campaña de educación del público y legislación compulsora. La **Asociación Médica Hondureña** emprenderá la primera, divulgando por medio de la prensa las necesidades de establecer siempre un diagnóstico y combatirá la creencia de que la autopsia implica una mutilación. Al mismo tiempo se hará ver a las clases dirigentes la necesidad de legislación en este sentido.

Tegucigalpa, diciembre de 1930.

fríos de pocos días de duración. El último lo **sufrió** en Guatemala hace un año y medio.

La enfermedad actual data de diez días. Comenzó por un dolor en los dedos de los pies, que él atribuyó a reumatismo debido a la humedad donde trabaja. Después empezó a experimentar dolores en los dedos de las manos, especialmente de las últimas falanges al hacer presión con los dedos en cualquier objeto. El dolor ha sido en aumento a tal grado q' ahora le es imposible seguir su trabajo de preparador de cemento. No ha experimentado escalofríos ni fiebres. No ha sentido dolor ninguno en las articulaciones ni dolores en el cuerpo ni la columna vertebral.

El examen físico mostró lo siguiente: Anemia marcada, palidez de la piel y mucosas, ligero tinte icterico de la piel, temperatura y pulso normales. Los dedos de las manos presentan una ligera deformidad de la llema del dedo semejando remotamente a los dedos en forma de baqueta de tambor. La llema del dedo está roja y

muy dolorosa al mas leve tacto. El resto del examen no señala ninguna otra anormalidad. Exámenes de laboratorio: Kahn negativo. Sangre: gran **cantidad** de PLASMO-DIUM-VIVAX Y **PALCIPA-RUN**, el **25%** de glóbulos rojos es-tan infectados por uno o más parásitos.

DIAGNOSTICO.—Dactilitis aguda. Paludismo Crónico.

TRATAMIENTO.—Este consistió en la administración de quinina por la vía oral y en inyecciones de quinofome. Ningún otro medicamento se le prescribió. El resultado no se hizo esperar: los dolores de los dedos fueron aminorando y al cabo de una semana el enfermo continuaba su trabajo completamente restablecido. El tratamiento quínico se continuó por varias semanas más, logrando hacer desaparecer la anemia y el ligero tinte icterico de la piel y mucosas.

CASO II—VM. Niña de 12 años, natural del caserío de Quebrada Seca, cerca de la capital. Fui llamado a verla un día del mes de Agosto y la madre explicó

que desde hacía quince días KU hija sentía vivos dolores en los dedos de las manos, especialmente el índice y el medio. También sintió dolores fuertes, lancinantes en los dedos de los pies al principio de la enfermedad pero estos desaparecieron con baños calientes. Hace seis meses tuvo un ataque de paludismo y estuvo en un hospital de la Costa Norte de donde salió curada. Nunca ha sido reumática. No ha tenido nunca enfermedades infecciosas fuera del Sarampión a la edad de 3 años.

Examen. —Niña mal nutrida, anémica y endeble. No hay ictericia de la piel ni de las mucosas. Corazón y pulmones normales. Hígado y bazo palpables con dificultad debajo del reborde costal. Los **dedos** de las manos presentan una deformación de la llema que consiste en abultamiento, enrojecimiento y tumefacción de las partes blandas de la falangeta. Al hacer presión en esta región la niña grita de dolor. Los dedos de los pies no presentan ninguna anomalía. Temperatura 37.2 en la boca. Pulso y respiración normales. Un frotis que se le tomó, inmediatamente mostró abundantes gametos de PLASMODIUM FAECIPARUM y una eosinofilia moderada. (Parásitos Intestinales.)

DIAGNOSTICO. Dactilitis aguda. Paludismo subagudo.

TRATAMIENTO. —**Exclusivamente** tratamiento quinico. (Sulfato de quinina) gms. 5, en jarabe de yerba santa Gms. 30 y agua Gms. 120. Una cucharadi-

ta cada dos horas.) Después, quinina en cápsulas.

El resultado fue como en el caso anterior, satisfactorio. Cedieron los dolores en los dedos a los dos días y la temperatura a los cinco.

COMENTARIOS

Confieso que mi primera impresión en el primer caso fue que se trataba de una afección reumática. La historia del enfermo, su ocupación que le obligaba a vivir gran parte del día en la humedad del cemento y sobre todo la ausencia de temperatura frías, etc, no me hicieron pensar en el paludismo como el factor etiológico. El frotis se le tomó como parte del examen rutinario que es de rigor hacer en todo enfermo. Sin embargo, cuando contemplé la placa llena de Hematozoarios pensé que lo primordial era atacar esta invasión palúdica, siempre pensando que los antirreumáticos harían desaparecer los dolores. El resultado del tratamiento quinico vino a comprobar la etiología palúdica. En el segundo caso, recordando el éxito obtenido en el primero, me limité a administrar quinina, aunque en éste había suficientes razones para sospechar paludismo, (temperatura, bazo, etc.)

La naturaleza de esta dactilitis es oscura. No se trata de fenómenos inflamatorios del periosteo como en las de origen sifilítico o de destrucción o sea como la *espina ventosa* tuberculosa. Más bien podría considerarse como una al-

teración del tono vascular semejante a la que existe en la *Enfermedad de Raynaud*, aunque en esta última hay síncope local seguido de gangrena de la parte. En la literatura que tengo a la mano no se encuentran referencias a esta dactilitis aguda, pero algunos autores mencionan, entre las complicaciones del paludismo la *Enfermedad de Raynaud*, transitoria, q' se observa en los palúdicos durante los accesos. A este respecto Guilbert y Fournier dicen: "La *Enfermedad Raynaud* se manifiesta en el curso de los accesos palúdicos para desaparecer con ellos, pero a veces continúa para terminar ulteriormente con la gangrena simétrica de las extremidades."

Debemos considerar estos dos casos observados por mi como una *Enfermedad de Raynaud* del tipo frustrado? Habrían llegado a la gangrena, sin la pronta intervención de la quinina? O debemos considerar esta dactilitis como una entidad aparte, una de tantas manifestaciones del paludismo en sus formas aberrantes? Cuestiones son estas difíciles de resolver sin un estudio más detenido de mayor número de casos.

El hecho de que la dactilitis se presentó en ambos casos en el cur-

so de un paludismo crónico o subagudo, sin haber accesos febriles y sin sufrir modificaciones, alternabilidad o remisiones, hace pensar en un estado morbozo de los capilares que irrigan la última falange de los dedos, producido por la presencia de la sangre del hematozoario o sus productos. Este estado morbozo consistiría en congestión, infiltración de las paredes capilares por el pigmento negro, *melanemia*, invasión que también alcanza a los linfáticos perivasculares.

En la *Enfermedad de Raynaud* al síncope local sigue el período de asfixia y después el de la gangrena de la parte. Esto se traduce objetivamente primero en que las partes adquieran un color pálido, después un rojo oscuro y por último el negro de la gangrena. Nada de esto se observó en los dos enfermos cuya historia relatamos arriba. En ellos los dedos adquirieron un color rosado subido, especialmente en la parte terminal (falange) y así permaneció hasta que el color normal volvió y el dolor desapareció. No creo pues, que se trate de un espasmo arterial como ocurren en la enfermedad de *Raynaud* y sí encuentro lógica la suposición de tratarse de los fenómenos de congestión e infiltración arriba indicados.

Tegucigalpa, 10 de
Diciembre de 1930.