

Nota clínica sobre alergia quininita

Los casos publicados de protesta orgánica, tras la ingestión de productos químicos no albuminoides, van siendo cada día más frecuentes. Estas violentas reacciones humorales, que por su semejanza con las anafilácticas han sido denominadas anafilactoides, parece que en realidad son debidas también a albúminas que se forman utilizando el cuerpo químico ingerido como núcleo prostético; es decir, que la combinación de las albúminas propias con el medicamento da lugar a nuevas albúminas heterólogas, capaces de desencadenar el cuadro de la anafilaxia. Esta hipótesis de Wolf-Eissner tiene muchos prosélitos, mas sea de ello lo que fuere, es lo cierto que la alergia medicamentosa va siendo cada vez más frecuente, a medida que el arsenal quimioterápico aumenta.

Los síntomas característicos del fenómeno alérgico, no sólo no debe ser ignorados, sino que hay que tenerlos muy en cuenta ante todo cuadro clínico eruptivo agudo que no encaje bien dentro de los síndromes corrientes infecciosos. Cuando una de estas manifestaciones alérgicas tiene lugar en el transcurso de una infección, y es debida al tratamiento usado, se está en peligro de cometer una equivocación terapéutica.

He tenido ocasión recientemente de asistir a una enferma que puede constituir un buen ejemplo de lo que vengo diciendo. Una señorita de diez y seis años de

edad, sin antecedentes hereditarios de interés, con una menofanía y ovulación periódica normales, padece una ligera infección de tipo gripal, coincidiendo con una de esas épocas en que esa enfermedad es frecuente en Madrid. Fiebre ligera, pequeña taquicardia, raquialgias, tos, estertores de gruesas burbujas diseminados por todo el tórax, expectoración mucosa y todos los signos característicos en general de esta infección tan conocida. Dispone una poción con ipecacuana, benzoato de soda y codeína; hago que se le apliquen cataplasmas sinapizadas y, finalmente, prescribo un específico que contiene entre otros productos sulfato de quinina. A la mañana siguiente, la enferma presenta 39° de fiebre, gran cefalalgia y una erupción generalizada por todo el cuerpo, constituida por un exantema formado por manchas lenticulares aisladas en unos sitios, confluentes en otros, tales como en la cara, con fuerte prurito, edema palpebral y ligera fotofobia. Frente a este florecimiento de síntomas acaecido en los primeros días de una infección, indago cuál puede ser su etiología. Hago hemocultivos y aglutinaciones, que son negativos con bacilo de Eberth: para tífico A, paratífico B y micrococcus melitensis; la fórmula leucocitaria revela una ligera polinucleosis neutrófila con leucocitosis; en la orina no aparecen elementos anormales que puedan orientar el ánimo por el camino de un trastorno renal. No hay

aquí amigdalitis, ni ausencia de erupción alrededor de la boca, ni eosinofilia, ni inclusiones de Dohle, como en la escarlatina; no hay manchas de Koplick, ni mononucleosis, ni catarro oculonasal, como en el sarampión; no hay hipotermia, ni fuerte eosinofilia, ni infartos ganglionares, como en el eritema infeccioso; no hay violentos escalofríos, ni herpes labialis, ni disnea, ni atralgias, como en el tifus exantemático; no hay el cuadro hematológico normal de la varicela; no hay la mononucleosis ni el tipo eruptivo de la viruela; no hay leucopenia con linfocitosis ni epixtaxis, ni disociación esfigmotérmica, ni aglutinación, ni hemocultivo positivo para el bacilo de Eberth, como en la dotienentería, y por listas exclusiones vengo a incluir el cuadro sintomático de la enferma en el de una reacción alérgica medicamentosa.

Suprimo la quinina, prescribo Cloruro calcico y un específico compuesto de albúminas de pescado. Tras un descenso paulatino de todo los síntomas, la enfermedad cura completamente a los pocos días.

Esta muchacha, como ya indiqué antes, había padecido hacía un año una grave infección de larga duración, que el médico que entonces la asistió calificó de infección intestinal. Mi idea de que la fiebre eruptiva tratada por mí con la supresión de la quinina y con la medicación mencionada, era simplemente una forma de hipersensibilidad quinínica, tomó el tipo de convic-

ción cuando posteriormente la familia me relató que un año antes la paciente había tenido una prolongada infección intestinal (según fue calificada por el médico de cabecera), que a los pocos días de su comienzo reveló iguales manifestaciones cutáneas y generales que las descritas, sólo que en lugar de ser breves y de relativa brevedad como ahora, fueron en aumento hasta producir un tipo de exfoliación dérmica total, dolorosa, con edematizaciones, vómitos, altas y continuas temperaturas, albuminaria y gran demacración. Interrogo si en aquella ocasión la enferma tomaba quinina, y obtengo respuesta afirmativa. Pregunté qué tratamiento se hizo al ver que se presentaba el grave cuadro descrito, y me hablan de que se le inyectaba aceite alcanforado y de que se le sometió a dieta láctea, *indago* si se le consideró culpable de todo? aquellos trastornos a la quinina, y me dicen que no se habló nunca de tal cosa, antes al contrario, al ver el grave estado de la paciente se consideró útil insistir en la administración de dicha sal, y así se hizo, lo que, como es natural, no produjo la menor mejoría, sino, por el contrario, la enferma siguió con sus trastornos, cada vez más acentuados.

He querido después de algún tiempo comprobar si realmente existe en dicha enferma un estado permanente de susceptibilidad para la quinina, y he hecho una pequeña escara en cada antebrazo, depositando en una de ellas

una gota de suero salino y en la otra de disolución de sulfato de quinina. La primera ha permanecido indemne, en tanto **que** la **segunda** ha presentado después de una hora un fuerte enrojecimiento, que ha persistido algunos días. El padre de la enferma tía padecido siempre una gran intolerancia cutánea **por la tintura** de yodo.

Son tan claras las consecuencias y enseñanzas que se deducen de este caso, que no hay que insistir **mucho** sobre ellas. La alergia medicamentosa hay que tenerla presente siempre que se

produzcan estos trastornos durante la evolución de una enfermedad tratada quimioterápicamente, si se quiere evitar el **grave** trastorno que la actuación del médico puede producir haciendo arma agresiva del medicamento aliviador. Para contribuir a evitar tan lamentable confusión *m* útil dar a conocer estos casos, cuya importancia si no científica, social es tan manifiesta, que no dudo habrá de ser la de esta **nota** lectura adecuada a las necesidades del práctico.

Técnica de reducción manual de las luxaciones posteriores de la cadera

El autor relata 5 casos tratados **por** él basado en el procedimiento de Hollín **modificado** por **Golombet, Delanglada y Dschanelidse**, consistente en colocar el enfermo en decúbito ventral en la extremidad de una mesa.

"-El autor tira al paciente hasta la extremidad de una mesa de bordes arredondados y salientes de modo que los miembros inferiores puedan caer libremente. Toma el miembro lujado arriba **del** dorso y flexión a la rodilla en án-

gulo recto; después coloca su propia rodilla en el hueco **popliteo del paciente** y ejerce una presión de **arriba** a abajo. Gracias a la posición del mismo, se pueden fácilmente ejecutar todos los **movimientos** de rotación, abducción o de adducción necesarios para obtener la reducción. El **método** es superior, según Seiro, al de Delanglade y Dschanelidse en el cual el miembro lujado pende **en** el borde lateral de la mesa.

S. P. P.