

PURPURA DE SCHOENLEN - HENoch INVAGINACION INTESTINAL

Dres. Alberto M. Fernández Chapela
y Juan Alberto Folle (en Anatomía Patológica)

Es importante analizar muy de cerca los elementos del diagnóstico y la oportunidad de una intervención quirúrgica en el síndrome abdominal agudo en el curso del púrpura. Es una de las decisiones más difíciles para el cirujano. Por eso aunque excepcional, creemos de interés analizar un caso que se nos planteó.

Es poco frecuente en nuestro medio. Sólo hay un caso publicado por el Dr. Prudencio de Pena.

Tiene el interés de un prolijo estudio anatómo-patológico realizado por el Dr. Folle, tanto de los componentes de la invaginación intestinal, como de los elementos del síndrome cutáneo del púrpura.

HISTORIA CLINICA

6.VI.53. — C. M. B., 29 años. Ingres a la Clínica del Prof. Larghero por síndrome abdominal agudo. Estando en tratamiento por una amigdalitis, se le inyectó penicilina hace 48 horas. Presenta en ambos miembros inferiores petequias y edema, atribuido al antibiótico. En el día del ingreso dolores a tipo cólico que comienzan en epigastrio e irradian a fosa ilíaca derecha. Vómitos de alimentos. Varias deposiciones diaréricas sin elementos sobreagregados, no hay sangre ni pus macroscópicos. Pero como llamó la atención el color un poco oscuro de las materias, pedimos un Weber. Resultado: positivo.

Como antecedentes personales, desde hace varios años, crisis dolorosas abdominales similares a la actual, pero de menor intensidad. Frecuentes alteraciones de su tránsito intestinal, con periodos de constipación alternando con diarrea. Ha presentado epistaxis y gingivorragias con cierta frecuencia. No hay antecedentes de dolores articulares pese a que ha practicado deportes.

Examen clínico. — Buen estado general, temperatura axilar 37°; rectal 37 ½. Pulso 100, bien golpeado. Presión arterial 14 y 8. **Piel:** Petequias difusas en ambos miembros inferiores predominando en forma simétrica alrededor de ambas rodillas. **Abdomen:** se moviliza bien con la respiración, es doloroso en hipogastrio, no hay defensa. Douglas libre.

El cuadro clínico cambia pocas horas después, se intensifican los dolores que no le permiten descansar durante la noche. Tiene vómitos profusos que se hacen porráceos. El examen diez horas después del ingreso muestra: enfermo dolorido, deshidratado, lengua seca y saburral, con signos positivos de mioedema. Abdomen doloroso y con defensa en hipogastrio y zona paraumbilical izquierda. A la palpación, parece palparse una tumoración en la zona paraumbilical izquierda. Al tacto rectal: Douglas doloroso.

Síndrome radiológico. No hay niveles líquidos en el delgado, pero hay ausencia de gas en colon. (Fig. 1).

Con este síndrome radiológico y los datos de la historia que anteceden, es evidente la existencia de una oclusión de intestino delgado. **La falta de niveles líquidos en el delgado no descarta la oclusión intestinal, cuando el enfermo tiene vómitos profusos.**

Síndrome purpúrico. Los síntomas cutáneos que describimos aumentaron su intensidad, apareciendo además de las petequias, edemas de ambos miembros inferiores y elementos de periartritis en ambas rodillas. El hemograma mostró plaquetas 220.000; glóbulos blancos 15.000; glóbulos rojos 5.250.000; Hemoglobina 112 %. Prueba del lazo positiva. T. de coagulación y sangría: normales.

Con el diagnóstico de oclusión de intestino delgado alta y síndrome purpúrico de tipo vascular alérgico, se decide operar (a pesar del púrpura).

Operación. — Dr. Alberto M. Fernández Chapela; Dr. R. Rubio; Practicante Sr. Aмоса.

Anestesia raquídea, 16 ctgrs. (entre XII D y I L).

Presión arterial: 14 y 8.

Incisión de Jalaguier. Abierto el peritoneo, líquido serohemático abundante en cavidad peritoneal. Todo el colon derecho presenta zonas hemorrágicas difusas que ofrecen el aspecto de un infarto intestinal en todo el territorio de la mesentérica superior. Los mesos intestinales no presentan lesiones ostensibles. Explorada la parte proximal del delgado se comprueba una invaginación ileo-ileal que es irreductible. Resección de la zona de la invaginación y anastomosis término-terminal a puntos separados. Tubo de drenaje en Douglas. Cierre parcial de piel. Se hace un litro de transfusión peroperatoria. Presión arterial al terminar la operación, 16 y 9. Pulso 84, regular, bien golpeado.

Evolución post-operatoria: Inmediata buena. Pero a partir de las 48 horas aparece hipo persistente, al cual sigue un empuje de su púrpura caracterizado por empuje fluxionario pluriarticular febril con derrames intraarticulares y periartritis. Melenas repetidas. Aparecen nuevas crisis dolorosas de abdomen. Todo fué mejorando con terapéutica anti-histamínica y Rutin; dándose el alta en buenas condiciones al cabo de 23 días.

Dos meses después el enfermo se ha recuperado totalmente, habiendo aumentado 6 kilos. Control hematológico, urinario y radiológico de abdomen, normales. (Fig. 3).

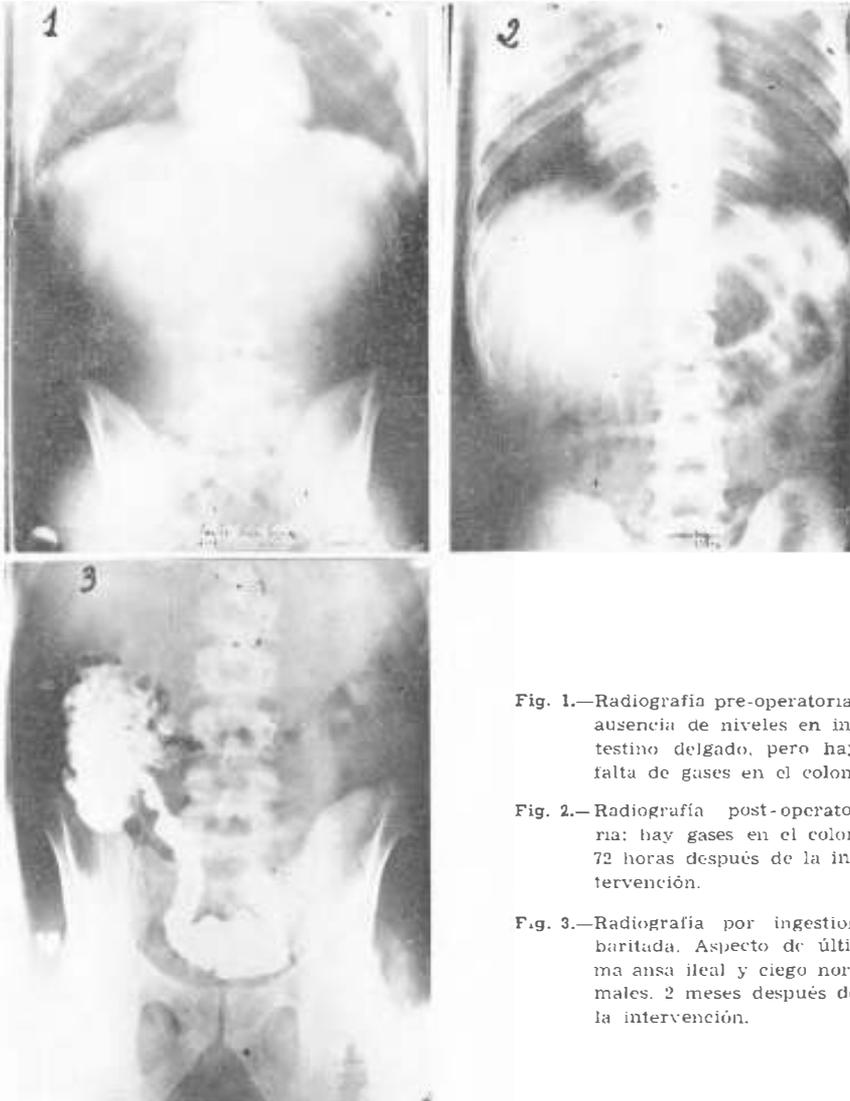


Fig. 1.—Radiografía pre-operatoria: ausencia de niveles en intestino delgado, pero hay falta de gases en el colon.

Fig. 2.—Radiografía post-operatoria: hay gases en el colon 72 horas después de la intervención.

Fig. 3.—Radiografía por ingestión baritada. Aspecto de última ansa ileal y ciego normales. 2 meses después de la intervención.

ANATOMIA PATOLOGICA

I) **Pieza de enterectomía.** — Laboratorio de Patología N° 20020.

A) **Examen macroscópico.** — Pieza de resección de intestino delgado, que mide una vez desinvaginada 25 cms. de longitud. Se comprueba la existencia de una invaginación ileo-ileal típica, con gran infarto hemorrágico del cilindro interno; ambos extremos presentan un marcado espesamiento parietal a expensas de la submucosa (Fig. 4).

B) **Examen microscópico.** — Los fragmentos del cilindro invaginado muestran un infarto hemorrágico con destrucción total de la mucosa y parcial de la muscular.

El fragmento del extremo proximal presenta un intenso edema de tipo gelatinoso, "coloideo" de la submucosa, que levanta la mucosa relativamente conservada: existen discretas hemorragias intersticiales (Fig. 5).

El fragmento del extremo distal muestra igualmente infiltración edematosa y hemorrágica de la submucosa, observándose algunos infiltrados perivascularales poco abundantes, de tipo histiocitario y polinuclear (Fig. 6).

EN SUMA: invaginación ileo-ileal causada probablemente por la infiltración hemorrágica y edematosa de las tunicas intestinales, debidas al trastorno vascular.

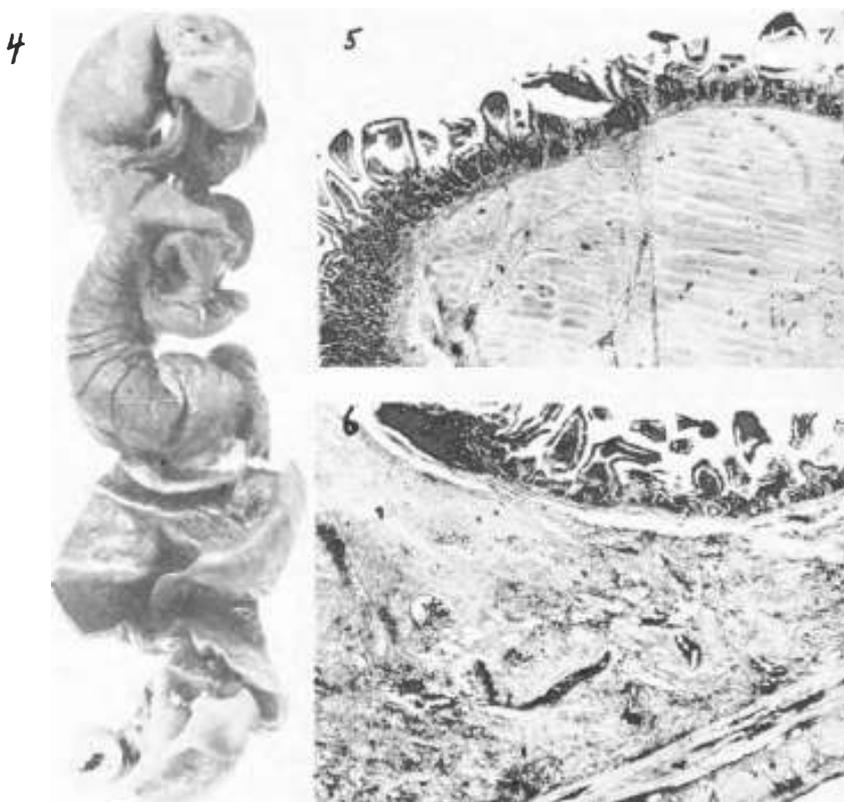


Fig. 4. — Pieza de enterectomía: infarto hemorrágico a nivel de la invaginación. Infiltración parietal en los extremos proximal y distal.

Fig. 5. — Fragmento del extremo proximal: edema de aspecto "coloideo" de la submucosa con focos de hemorragia.

Fig. 6. — Fragmento del extremo distal: infiltración perivascular, edema y hemorragia de la submucosa.

II) **Biopsia de piel.** — Laboratorio de Patología N° 20050.

A) **Examen macroscópico.** — Pequeño fragmento cutáneo de 1.5 cms. por 1 cm., con infiltración hemorrágica del dermis en la superficie de sección.

B) **Examen microscópico.** — Proceso infiltrativo celular inflamatorio, perivascular, tomado las capas superficiales del dermis, asociado a lesiones necróticas de tipo necrosis fibrinoide de las pequeñas arterias.

La infiltración mono y polinuclear toma la capa media y adventicia, respetando el endotelio que se halla tumefacto. Hemorragias intersticiales. (Figs. 7 y 8).

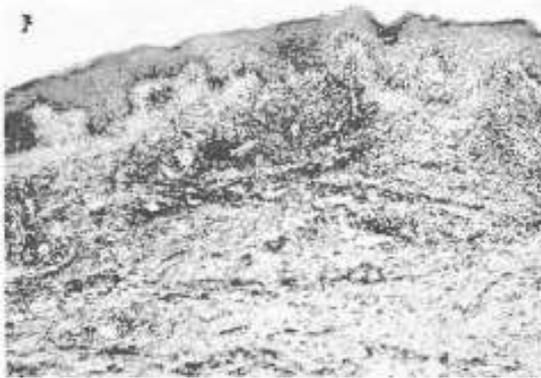


Fig. 7. Biopsia de piel a nivel de lesión purpúrica: densa infiltración celular de mono y polinucleares en los vasos del dermis superficial: hemorragia intersticial.



Fig. 8. Biopsia de piel a nivel de lesión purpúrica: detalle de la vascularitis con necrosis parietal y tumefacción endotelial.

SUMARIO

Presentamos una observación que tiene las siguientes características a destacar:

- 1° Púrpura abdominal.
- 2° Oclusión intestinal en el acmé de crisis aguda.

- 3° Diagnóstico clínico e indicación operatoria de oclusión mecánica de intestino delgado pese a la ausencia de niveles de delgado en la placa; pero con ausencia de gases en el colon.
- 4° Confirmación operatoria del púrpura intestinal y del diagnóstico de oclusión mecánica de causa invaginante.
- 5° Aplicación del único tratamiento lógico pese a la existencia del púrpura; es decir la enterectomía y anastomosis término-terminal, forzado, por la magnitud de las lesiones intestinales.
- 6° Evolución post-operatoria ideal del punto de vista intestinal, sólo agravada por empujes del síndrome purpúrico.
- 7° Curación con control alejado radiológico, urinario y hematológico.

SUMMARY

We present an observation with these characteristics:

- 1 — Abdominal purpura.
- 2 — Intestinal occlusion at the acme of acute crisis.
- 3 — Clinical diagnosis and operatorly indication of mechanical occlusion of the small intestine, even if there is level of the small in the radiography; but with no gas in the colon.
- 4 — Operatorly confirmation of intestinal purpura and of the diagnosis of mechanical invaginating occlusion.
- 5 — Application of the only logical treatment in spite of the existence of the purpura; that is to say enterectomy and terminus-terminalis anastomosis forced by the magnitude of the intestinal injuries.
- 6 — Ideal post-operatorly evolution from the intestinal point of view, aggravated only by relapses of the purpura syndrome.
- 7 — Healing by radiological remote control, hematological and urinary.

BIBLIOGRAFIA

1. — **De Pena, P.** — Invaginación intestinal y síndrome purpúrico. — Archivos Latino-Americanos de Pediatría; 5: 3-7, 1916.
2. — **Pavlovsky, A.** — Abdomen agudo quirúrgico. — Edit. López y Etche-goyen. Buenos Aires, 1947.
3. — **Seneque, J. et Gosset, J.** — Le syndrome abdominal aigu au cours du purpura. — Journal de Chirurgie; 11: 828-847, 1932.