

DESPRE COMPLEXUL PRIMAR CUTANAT TUBERCULOS, ÎN LEGATURA CU TREI CAZURI OBSERVATE LA COPII

A. Grépany, Judita Marmor și L. Nagy.

Complexul primar cutanat este o boală rară (7, 10, 12, 17), după unii autori reprezintă 0,14% (6,15), iar după alții 0,5% (16) din totalitatea primoinfecțiilor. Se întâlnește mai cu seamă la copiii mici, care trăiesc în condiții neigienice, în anturajul bolnavilor de tbc. pulmonară evolutivă. În literatură dinaintea anului 1938 au fost cunoscute 138 de cazuri (13), dar de atunci numărul cazurilor publicate s-a ridicat la câteva sute (4).

Etiopatogeneza și anatomia patologică. Bacilii tbc. nu pătrund prin pielea intactă, dar soluții de continuitate chiar invizibile cu ochiul liber pot servi ca poartă de intrare. Într-o statistică cuprinzând 65 de bolnavi s-a observat în 25 de cazuri pe față, în 9 pe mini și în 6 pe picioare, deci în regiunile mai expuse traumatismelor (1). Calea de infecție poate fi indirectă, prin obiectele bolnavului cu tbc. pulmonară deschisă, sau directă prin contactul copilului cu sputa bolnavului. Este cunoscută infecția copilului prin sărutul tatălui bolnav de tbc., care pleacă la sanatoriu și-a luat rămas bun (3). În literatura medicală se cunosc mai multe cazuri de primoinfecții cutanate, datorite unor intervenții instrumentale. Astfel, sînt cazuri în care primoinfecția s-a produs în urma perforării lobulului urechii. Pînă în anul 1930 erau cunoscute 26 astfel de cazuri în literatură (5). Sînt cunoscute și infecțiile survenite la locul injectării serului reconvalescent de rujeolă, provenit de la copii cu IDR pozitivă (8), după injecții pirogene de lapte (18) și după injecții cu penicilină (9, 14).

La poarta de intrare se formează, după 2—6 săptămîni de la inoculare, o nodozitate. Centrul acesteia se ramolește, pielea devine violacee, aderentă, apoi se produce o ulceratie secretantă atonă cu margini neregulate. Concomitent sau după scurt timp se dezvoltă și adenopatia satelită, care nu se deosebește prin nimic de adenopatiile satelite altor localizări. De la leziunea cutanată spre adenopatia regională găsim adesea limfangită sub forma unei coarde vizibile și palpabile (2). Examenul histopatologic al afectului primar prezintă, la început, aspectul unei infecții banale, conținînd mulți bacili tbc. și numai după dezvoltarea alergiei, cînd apar celulele epiteloid și celulele Langhans cu necroza specifică, aspectul devine caracteristic. În același timp scade și numărul bacililor din leziune. Aspectul histologic al adenopatiei este identic cu acelea al leziunii primare (11).

Simptome clinice. Concomitent cu apariția adenopatiei adesea bolnavul devine febril; uneori apare eritem nodos, și reacția la tuberculină devine pozitivă.

Stabilirea diagnosticului se face pe baza leziunii primare și a adenopatiei satelite. Acestea trebuie să ne îndrepte atenția spre un proces specific, care va fi confirmat de examenul bacteriologic și histologic. Virajul tuberculinic denotă un proces tuberculos primar. Tot pe baza acestor investigații se stabilește și diagnosticul diferențial.

Tratamentul se bazează pe cura igienico-dietetică și tratamentul antibiotic obișnuit. Se poate asocia și un tratament cu hormoni corticosuprarenali. În cazul adenopatiilor superficiale putem recurge și la extirparea lor chirurgicală.

Tratamentul antibiotic a scurțat evoluția. Prognosticul s-a ameliorat mult, atît leziunea primară cît și adenopatia fistulizată se vindecă mai repede, cu mai puține cicatrizări și nu se mai constată generalizarea infecției.

În cursul ultimilor ani, la secția tbc. a clinicii de pediatrie din Tg.-Mureș am observat trei cazuri de complex primar cutanat pe care le descriem în cele ce urmează:



Fig. nr. 1.



Fig. nr. 2.



Fig. nr. 3.



Cazul 1. P. E. băiat de 12 ani. Se internează la 13 II 1959, nr. foi de obs. 1536/1959. În antecedentele eredo-colaterale și personale nimic deosebit. N-a fost vaccinat cu BCG. Boala actuală a debutat în august 1958, când mergând pe cîmp se lezează pe fața plantară a halucelui. În locul lezat apare curînd o ulcerăție care se vindecă abia după 8—10 săptămîni. Puțin timp după formarea ulcerăției, se produce tumefacția dureroasă a ganglionilor inghinali. Presupunînd o infecție banală se aplică röntgen-terapie și tratament cu penicilină. Tratamentul rămîne fără efect, adenopatia se ulcerază și peste două luni apare o nouă tumefiere a ganglionilor situată deasupra celor fistulizați. Cu acest tablou clinic copilul este internat pentru precizarea diagnosticului și tratament.

La internare, pe fața plantară a halucelui drept se observă o cicatrice stelată și sub plica inghinală dreaptă trei ulcerății cu diametrul de 1—2 cm, cu suprafața și marginile neregulate, acoperite de o secreție alb-gălbuie. Deasupra plicii inghinale o formație tumorală bine delimitată dar aderentă la piele, în parte fluctuantă, dureroasă, de mărimea unui ou de rață.

Reacția la tuberculină (Mantoux 1:10.000) intens pozitivă.

Proces tuberculos cu altă localizare nu găsim.

Pe baza datelor anamnestice, a tabloului clinic și a reacției la tuberculină punem diagnosticul prezumtiv de complex primar cutanat tuberculos cu leziunea primară deja vindecată. Caracterul specific al procesului a fost confirmat de examenul bacteriologic al puroiului obținut din partea fluctuantă a ganglionului limfatic și de examenul histologic al acestuia.

Tratament: streptomycină, hidrazidă și P.A.S.

Cazul 2. M. T. copil de 17 luni. Internat la 25 IV 1960, nr. foi de obs.: 1476—1849 1960. Antecedente eredo-colaterale fără importanță. Nu a fost vaccinat cu BCG. Antecedente personale: otită la 11 luni; două luni mai târziu rujeolă. Ambele boli au fost tratate în spital cu penicilină.

Boala debutează la 2—3 săptămîni de la vindecarea rujeolei (ian. 1960). În regiunea fesieră stîngă, la locul injecțiilor de penicilină, s-a produs o ulcerăție. Concomitent se tumefiază și ganglionii limfatici inghinali de aceeași parte, evoluînd treptat spre cazeificare. Se presupune o limfadenită supurativă banală și se face incizie. Nici după 10 săptămîni nu se vindecă ulcerăția, și nici ganglionul incizat: în plus apare un nou ganglion mărit de volum.

La internarea copilului mic, ușor distrofic, se observă în regiunea gluteală stg. o ulcerăție secretantă cu margini și suprafață neregulată cu diametrul de 1,5—2 cm. În partea laterală a plicii inghinale prezintă o plagă lineară, secretantă și medial de aceasta vedem un ganglion mărit de volum. (Fig. 1 și 2).

IDR (1/10.000) intens pozitivă. Alt proces tuberculos nu găsim.

Pe baza datelor anamnestice, a tabloului clinic și a reacției la tuberculină pozitivă punem diagnosticul de complex primar tuberculos cutanat, confirmat de rezultatul examenului histopatologic al afectului primar și al ganglionului satelit extirpat.

Tratament: streptomycină, HIN, continuat și acasă.

Cazul Nr. 3. K. A. fetiță de 21 luni, internată la 2 IV 1962. nr. f. obs.: 650—2009 1962. Antecedente eredo-colaterale fără importanță. Antecedente personale: varicelă, otită, bronhopneumonie. Nu a fost vaccinată cu BCG. Boala actuală a debutat cu 9 luni în urmă, după tratamentul cu penicilină pentru bronhopneumonie. La locul injecțiilor s-a format un abces, din care prin puncție s-a obținut puroi. Concomitent s-au tumefiat și cazeificat și ganglionii limfatici inghinali apoi s-a ulcerat și pielea de deasupra abcesului. S-a făcut incizia ganglionilor. De atunci supurează atît leziunea primară cît și ganglionii, arătînd doar în ultima vreme o oarecare tendință spre vindecare.

IDR (1/10.000) efectuată cu trei săptămîni înainte de internare a fost pozitivă și bolnava se internează cu diagnosticul prezumtiv de adenopatie inghinală specifică pentru precizarea diagnosticului și tratament.

La internare, în regiunea antero-externă superioară a coapsei stîngi, se vede o cicatrice retractată, de culoare roșiatică cu un diametru de 1,5 cm, în centrul căreia se află o ulcerăție cu diametrul de 3—4 mm. În plica inghinală stîngă se observă locul unei incizii de 4 cm. lungime, încă nevindecată și sub aceasta, locul unei alte incizii de 2 cm. care continuă să secrete (fig. nr. 3).

IDR (1/10.000) intens pozitivă.

Proces tuberculos cu altă localizare nu găsim.

Pe baza datelor anamnestică, a aspectului clinic și a reacției la tuberculină pozitivă punem diagnosticul de complex primar tuberculos cutanat în curs de vindecare. Diagnosticul este confirmat și de rezultatul examenului histopatologic al leziunii primare și al ganglionilor sateliți extirpați.

Tratament: streptomycină și HIN.

Discuția cazurilor. Am descris trei bolnavi cu complex primar tuberculos cutanat, dintre care unul de vîrstă școlară și doi între 1—2 ani. Niciunul nu a fost vaccinat cu BCG. În cazul primului bolnav, agentul patogen a pătruns în organism prin leziunea produsă accidental în regiunea plantară a halucelui drept, iar în celelalte două, probabil prin intermediul unor injecții cu penicilină, administrate într-un spital raional, respectiv într-un cabinet de circumscripție rurală. În primul caz nu s-a putut stabili data exactă a infecției, în celelalte două leziunea primară s-a dezvoltat după 2—3 săptămîni de la administrarea injecțiilor, fiind urmată imediat de dezvoltarea adenopatiei satelite, prezentînd astfel în scurt timp tabloul caracteristic al complexului primar.

În toate cazurile atenția medicului a fost atrasă doar de apariția adenopatiei, care a fost considerată de origine nespecifică. Tratamentul a fost instituit în acest sens: s-a făcut incizia ganglionilor, într-unul din cazuri după iradiere cu raze röntgen. Numai la unul dintre bolnavi s-a făcut IDR și aceasta numai după mai multe luni de la debutul bolii, ceea ce demonstrează că nici nu s-a pus problema unei etiologii specifice.

Diagnosticul s-a pus pe baza simptomelor clinice caracteristice: leziune primară cu adenopatie satelită, intradermoreacția la tuberculinici și tabloul histopatologic caracteristic. Într-unul din cazuri s-a făcut și examenul bacteriologic cu rezultat pozitiv. Menționăm că nu am găsit la niciunul din cazuri proces tuberculos cu altă localizare.

Considerăm interesante cazurile prezentate atît pentru raritatea lor cît și pentru modul în care s-a produs infecția.

Sosit la redacție: 26 decembrie 1963.

Bibliografie

1. H. BEITZKE: Extrapulmonale tuberkulöse Primaer-komplexe Erg. Tbk.-Forsch. (1953), XI, 129, Thieme Stuttgart; 2. BERDE K: A bör- és nemibetegségék, 134, Studium, Budapest (1943); 3. J. CENTER: Journal med. Leysin XXVIII, 1085, (1950); 4. L. DANIELLO: Tuberculoza primară, Tuberculoza vol. I, 444, Ed. Med. București (1957); 5. R. FISCHL: Die exogene Tuberkulose der Haut im Kindesalter, Handbuch der Kindertuberkulose, G. Thieme Leipzig (1930), 438; 6. A. GOHN și H. KUNDLICH: Die Eintrittsformen der Infektion vom Standpunkte der pathologischen Anatomie, Handbuch der Kindertuberkulose 20, Thieme (1930), Leipzig; 7. GÖRGÉNYI—GÖTTSCHE O.: Tuberkulose im Kindesalter, J. Springer Wien (1951); 8. KUNDADRITZ după Beitzke; 9. M. LAMY, MLE M. L. JAMMET și M. AUSSANAIRE: Arch. Fr. Péd. T. VI, 2, 177; 10. LEVER W. F.: Histopathology of the Skin p. 174. Pitman Med. publ. Co. Ltd. London (1959). 11. O'LEARY P. A. și HARRISON M. W. după Lever; 12. SC. LONGHIN și ST. ANTONESCU: Tuberculoza cutanată, Tuberculoza vol. II, 1069, Ed. Med. București, (1958); 13. MAGALHAES după Beitzke; 14. R. A. MARQUEZY, CH. BACH,

STRAUSS și BOSCHETTI: Arch. Fr. Péd. vol. VI, 2, 91, (1949); 15. PHILIPPI după Beitzke; 16. SCHURMANN după Beitzke; 17. STEIGER—KAZAL D.: Gümös bőrbetegségek, Magyar Tuberkulózis Könyvtár, nr. 1, (1943), Theos. Budapest; 18. SZAMPAN după Beitzke.
