

## Archivos hace 75 años

### Contribución al estudio anatómopatológico del bazo en la anemia eritroblástica (\*)

por el

Dr. Felipe de Elizalde

La anemia eritroblástica, descrita por Cooley (1) en los Estados Unidos, en 1925, y después de él, por numerosos autores norteamericanos (2), no tardó en ser reconocida en diversas regiones. Así, tanto en Italia (Campanella, Paradiso, Dalla Volta, Dondi, Leone y Lugas, Ortolani, Cuizza) como en nuestro país (Casabón y Kreuzer reúnen trece casos) y más tarde en otras comarcas europeas (Monerjeff y Whitby, Lehndorff, Pehu, Nové, Jossierand y Noel) se suceden publicaciones sobre esta enfermedad, que precisan sus caracteres y establecen su individualidad nosológica.

En 1934, en una comunicación con Beranger a la Sociedad Argentina de Pediatría (3), ilustramos con una observación, las particularidades clínicas y radiológicas de la anemia eritroblástica que exponemos en forma sucinta a continuación, remitiendo para mayores detalles a dicho trabajo.

La anemia eritroblástica es una afección que se observa exclusivamente en niños oriundos de ciertos pueblos de la cuenca del Mar Mediterráneo, italianos del sud principalmente, griegos y sirios, y que asume con frecuencia un carácter familiar.

El proceso se inicia en los 2 primeros años de la vida, generalmente en el 2.º semestre, con manifestaciones poco características: palidez, adelgazamiento, pérdida de fuerzas y aumento de tamaño del abdomen. Con los progresos de la enfermedad estos síntomas

(\*) Trabajo correspondiente al 2.º año de adscripción a la Cátedra de Clínica Pediátrica y Puericultura y leído en la Sociedad Argentina de Pediatría, sesión del 10 de agosto de 1937.

— 122 —

se exageran, se retarda el crecimiento y los pacientes adquieren una fisonomía típica, mongolóide, que los hace notablemente parecidos entre sí. En este aspecto contribuyen el tinte céreo de la piel, mezcla de palidez e ictericia sobre el fondo moreno propio de la raza y la exageración de los relieves frontales y maxilares, contrastando con la depresión de la raíz nasal.

El bazo, aumentado de tamaño desde los primeros momentos adquiere enormes proporciones, palpándose como un tumor de consistencia dura y homogénea, cuyo borde anterior y esqueladuras se reconocen con facilidad. La hepatomegalia es constante pero menos acusada.

Los niños carecen de fuerza para sostenerse y se fatigan fácilmente, pudiendo presentar períodos febriles y ligeros trastornos digestivos.

El examen de sangre revela la existencia de perturbaciones profundas de la hematopoyesis.

La anemia es constante, a la vez globular y hemoglobínica con valores globulares inferiores a la mitad. Existe escaso aumento de los reticulocitos y un grado variable de leucocitosis con presencia ocasional de elementos jóvenes o inmaduros. Pero lo que se destaca en el cuadro hemático son las alteraciones de los glóbulos rojos: hipocromía, anisocromía y policromasia, poiquilocitosis y anisocitosis notables; fragmentaciones globulares; eritrocitos con granulaciones basófilas o restos reticulofilamentosos y sobre todo la abundancia de hematies nucleados: eritroblastos de protoplasma basófilo o policromatófilo, normoblastos ortoeromáticos, con cromatina disjunta en rayos de rueda o núcleos en plenasia.

Al mismo tiempo existen perturbaciones en el recambio hemoglobínico; urobilinuria, aumento de urobilinógeno en las heces, reacción de H. Van der Berghe indirecta positiva e índice icterico algo elevado. La resistencia globular es por el contrario normal o ligeramente aumentada, con ensanchamiento de la curva de la hemólisis.

Si se practica el examen radiológico del esqueleto se reconocen alteraciones estructurales difusas y variables, según la edad y grado de evolución del caso. Los huesos tubulares son más porosos que de ordinario y se presentan con el canal medular ensanchado, con aumento de la trabeculación en la zona metafisaria y con un adelgazamiento notable de la capa cortical.

Los huesos planos, especialmente los del cráneo, muestran espe-