

nuestro lado han pasado sin reconocerse bastantes más.

El diagnóstico del Eritematodes era sombrío por sus características de gravedad y rebeldía. Ahora afortunadamente disponemos de medios para dominarlo, al menos de momento. Para no divagar ni extendernos, es buen reflejo del estado actual del tratamiento el relato de cuanto pasó con nuestra enferma. En ella fracasaron los salicilatos, la aspirina y la butazolidina, que en realidad son medicamentos de la Enfermedad Reumática. Fracasó el orosanil, que es medicamento de la Artritis Reumatoide. Pequeñas dosis de hidrocortisona por boca, asociada a salicilato, fracasó, aun reforzándola con aspirina. El ACTH, en dosis de 25 y 50 miligramos, fue inicialmente débilmente eficaz, pero de manera fugaz. El cuadro, ciertamente, no se yuguló hasta el empleo de la prednisona en forma de dactarina, seis comprimidos, y luego cuatro, tres y dos como dosis de sostén. Todo ha regresado casi completamente: el eritema ha desaparecido, las articulaciones se han deshinchado, la V. de S. está en 12 mm., 1.^a hora, los leucocitos son normales. ¿Qué tiempo durará este efecto? ¿Cuánto prolongar el tratamiento? En el importante trabajo de SOFFER y colaboradores se estudian 36 enfermos tratados prolongadamente, algunos hasta cuarenta meses. Estos nuevos derivados hormonales dan un gran margen de tolerancia, aunque aún no hay tiempo para decir la última palabra acerca de ellos ni del porvenir de los enfermos de Eritematodes. El camino está allanado, pero no despejado.

Consideraciones finales.—Con la presentación de nuestro caso, evidente Eritematodes, hemos de sacar la conclusión de que los cuadros clínicos de las enfermedades no se deben buscar siempre completos, y que el verdadero diagnóstico

precoz está precisamente en diagnosticarlos de manera indudable y objetiva (no bajo palabra de honor, simplemente), de la manera lo más incompleta posible, porque así está menos avanzado el proceso.

La cuidadosa y paciente observación y la juiciosa jerarquización de los datos recogidos, buscando siempre nuevos elementos de juicio (por que una verdad objetiva no elimina otra igualmente recogida), es lo que lleva al conocimiento de la enfermedad y del enfermo. Al diagnóstico se puede llegar casi siempre con los ojos para recoger datos, y la cabeza para razonarlos y ordenarlos, sin mezclar ni interferir estas dos operaciones tan diferentes. Lo demás es generalmente confirmatorio o denegatorio de enjuiciamientos anteriores, salvo casos excepcionales. Nuestro caso ofrecía suficientes elementos para enjuiciarlo correctamente, y hemos de reconocer que debimos llegar a su diagnóstico antes de lo que lo hicimos.

También queda por resaltar la indicación precisa y satisfactoria de las modernas hormonas esteroideas en dosis suficiente y empleadas con criterio. Las respectivas indicaciones de unas u otras y todas las demás cuestiones que plantean su empleo quedan al margen de este trabajo.

Para no dilatarnos excesivamente, también dejaremos al margen unos cuantos sugestivos aspectos secundarios de nuestra enferma: el estudio de su psiquismo y sistema nervioso y la relación o no de efecto a causa o viceversa; sus estigmas constitucionales: la relación entre esterilidad y síndrome L. E.; la facilidad con que los enfermos aceptan ahora las operaciones más cruentas, etc. El enfermo más sencillo ofrece las más inagotables cuestiones a estudiar y cuanto más se le estudie, más campo va ofreciendo para explorar.

REVISIONES TERAPEUTICAS

TRATAMIENTO DEL PENFIGO BRASILIENSIS

J. A. DE ARGUMOSA.

São Paulo (Brasil).

Ignorándose aún la etiología del pénfigo brasiliensis, fácil es suponer que los tratamientos utilizados hasta el presente carecen de base etiológica, siendo unos empíricos y otros meramente sintomáticos, a los que la práctica va olvidando o conserva si los estima eficaces. No obstante, para sistematizar en lo posible, comencemos por lo que denominamos tratamientos considerados como básicos, para pa-

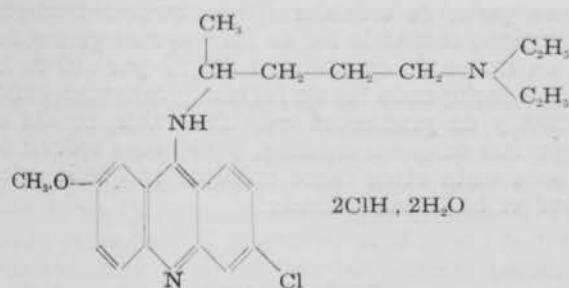
sar después a los que hacen referencia a manifestaciones más o menos aleatorias y complicaciones, sin olvidar que, en ocasiones, el fármaco o la pauta terapéutica resulta de difícil encasillamiento. Así quedan establecidos: tratamientos empíricos básicos, tratamientos sintomáticos y tratamientos de las complicaciones.

Empíricos básicos.—SERAFIM VIEIRA usó, a principios de siglo, el tártaro emético al 1 por 100 por vía endovenosa, sin resultado; posteriormente, el aceite de chaulmogra bajo la forma de Colobias Dausse, pareciéndole de alguna eficacia. ALEIXO ha empleado sales de mercurio. JOAO PAULO VIEIRA ha utilizado una gran variedad de medicamentos. De

los arsenicales, el Acetilarsán, abandonado por agravar la evolución de la enfermedad, así como los arsenobenzoles y neoarsenobenzoles, sin resultado. El xilol por vía oral, que se mostró completamente ineficaz. La plasmoguina, sales de bismuto u óxido, sales cálcicas, urotropina, hiposulfito de sodio, aceite de hígado de bacalao y derivados, opoterapia pluri-glandular, médula ósea oral, sulfamidas, ácido asgríbico, Germanine Bayer, y toda una gama de vacunas, sueros, hemoterapia y autohemoterapia; todos, excepto la Germanine, que se mostró eficaz en algunos casos, en las formas incipientes o frustradas, siendo completamente contraindicada en los avanzados, fueron ineficaces.

La quinina, clorhidrato, por vía oral, a la dosis de medio a un gramo diario, tanto en los comienzos como en enfermos evolucionados, parece haberse mostrado un tanto eficaz, y es digno de mención que, siendo muy bien tolerada por estos enfermos "per os", no sucede lo mismo por la vía parenteral, sobre todo la intravenosa. En opinión de VIEIRA (1948), de todos los tratamientos hay que resaltar la terapéutica por la quinina en los brotes ampollosos, que actúa no solamente sobre el metabolismo basal del paciente, sino sobre el metabolismo celular, considerándola como uno de los más eficaces fármacos en el combate del fogo selvagem.

Para FONZARI, las dos sustancias que se han revelado capaces de modificar el curso de la enfermedad son la quinina, ya citada, y el biclorhidrato de quinacrina, siendo este último más activo, de resultados más constantes y mejor tolerado. Como es sabido, el clorhidrato de quinacrina es el dicloruro de 3-cloro-7-metoxi-9-(1-metil-4-dietilaminobutilamino)acridina:



Gran parte de la actividad terapéutica de la quinacrina sobre el pénfigo brasiliensis es debida, según FONZARI, al grupo 9-amino-acridina. Tiene las siguientes sinonimias comerciales: Atebrina, Quinacrin, Mepacrina, Erion, Acricuina, Palacrin, Metoquina, Italquin, habiendo sido iniciado en la terapéutica como droga antimalárica y utilizada posteriormente con éxito para combatir las tenias y giardias o lamblías. Puede producir cefalea, vértigos, insomnio y, excepcionalmente, psicosis. En Brasil el preparado más utilizado ha sido la Metoquina de Winthrop, en comprimidos de 0,10 gramos, elaborando también las formas inyectables de 0,10, 0,20 y 0,30 gramos de sustancia activa por unidad. La dosis diaria eficaz es de cincuenta centigramos para el adulto, debiendo ser administrada, sin descansos, durante meses o años, para poder llegar a resultados duraderos. La quinacrina provoca una inhibición sucesiva de la exudación y exfoliación, haciéndose esta última furfurácea y desapareciendo por zonas. Esas mejorías acostumbran a alternar con violentos recrudescimientos, que pueden llevar al enfermo a abandonar el tratamiento por considerarlo ineficaz; sin embargo, sólo la constancia llevará al penfigoso, por

etapas, a la desaparición o disminución de las lesiones, a la vez que máculas parduzcas surgen diseminadas, de preferencia en las zonas distales de los miembros, acabando por salpicar todo el cuerpo, y dejando libres solamente las palmas de las manos y las plantas de los pies. En la mayoría de los casos que se benefician del tratamiento se llega a esta fase en un período de un año, lo que significa que el enfermo evoluciona para la curación y puede suspenderse la administración de quinacrina. No hay que olvidar que aun en ese período favorable está sujeto a erupciones de aspecto nuevo: pápulas diseminadas, convertibles en pequeñas vesículas, las cuales se concretan y descaman posteriormente, siendo generalmente muy pruriginosas. Aun a dosis elevadas, la quinacrina es muy bien soportada por los pacientes de pénfigo brasiliensis, ocasionando rara vez signos de intoxicación, como la psicosis tóxica, que en caso de presentarse, remite fácilmente con la suspensión del tratamiento. No se sabe exactamente cómo actúa la quinacrina sobre la enfermedad, deduciéndose, por la modificación de la dermatología, que puede ser por la inhibición de la exudación y exfoliación, ya citadas, permitiendo así al organismo reaccionar contra el agente o agentes etiológicos.

VIEIRA (1948) utilizaba como tratamiento general, además de la quinina, la fórmula siguiente, ligera modificación de otra empleada ya en 1940: aceite de cacahuet alcanforado al 10 por 100, 1 c. c.; chaulmograto de etilo, 0,5 c. c.; cinamato de bencilo, 0,5 c. c., y coleslerina, 0,5 g., esterilizando por tinalización a 60° C. Por vía parenteral, intramuscular.

En las formas frustradas y en las atenuadas se ha usado la sulfadiazina. La penicilina no proporciona resultados definitivos, ni influye sobre el fenómeno flictenular, proporcionando algunos resultados en la modificación temporal de las pústulas de la piel y actuando favorablemente sobre la toxemia. La aureomicina, al igual que otros antibióticos, parece influir apenas sobre la infección secundaria.

La vitamina A, a dosis masivas, no parece tener eficacia. Con vitamina D, en dosis masivas, VIEIRA obtuvo mejoría de los síntomas dolorosos, adoptando el tratamiento como profiláctico de la osteomalacia. En general, deben prescribirse vitaminas, tanto liposolubles como hidrosolubles.

VIEIRA (1948) ha ensayado la cortisona en casos graves de la enfermedad, sin obtener los resultados favorables a que se refieren autores extranjeros en otros casos de pénfigos. Existe bibliografía sobre el tratamiento de otros pénfigos con cortisona y ACTH, como los trabajos de FRAZIER, LEVER y KEUPER (1951), de CANNON y colaboradores (1951), de ARNOLD y JOHNSON (1954), de STUGHTON (1956), y referencias en publicaciones que tratan de esta terapéutica en las enfermedades de la piel; pero ignoramos si a partir de 1954 se ha llevado a cabo una labor sistemática en ese sentido y en relación con el pénfigo brasiliensis.

El tratamiento con filtrado de una suspensión de escamas, que se traduce en una hiperleucocitosis con linfocitosis acentuada, beneficia, según VIEIRA (1948), el estado del tegumento cutáneo, obteniéndose una disminución de la exudación y suspensión de la vesiculación, disminución también de la formación de escamas y mejoría del estado general, si bien no puede esperarse de él una regresión completa de la afección, salvo en algún caso excepcional.

La radioterapia resulta de gran eficacia contra el

prurito, reduciendo los infartos ganglionares y haciendo descender la leucocitosis. No sólo se aplica localmente en toda la extensión del cuerpo, sino en determinadas zonas, como en las regiones interescapular, lumbar y, sobre todo, dorso-lumbar.

Basado en la reserva alcalina baja que presentan estos enfermos, VIEIRA, en 1948, preconizaba el uso de 15 gramos diarios de bicarbonato sódico después de las comidas, así como la prohibición de frutas ácidas. En cuanto al cloruro de sodio en la dieta, VIEIRA, en 1940, se expresaba así: "Aconsejamos todavía una dieta aclorurada, dieta ésta que debe durar el máximo de tiempo dentro de la tolerancia." Y en 1948: "Las dietas hipocloruradas son perjudiciales y más agravan los edemas y retenciones cloruradas que sólo se benefician con medicamentos antiespasmódicos y con el régimen hiperproteínico." También aconseja el tratamiento de los focos dentarios y de las verminosis.

Sintomáticos.—Los baños diarios con permanganato potásico, a la dosis de 0,15 g. para un baño, son considerados de rutina, constituyendo la balneoterapia indicada todavía el mejor tratamiento, bajo la forma de baños tibios.

En los procesos pustulosos, la pomada de óxido amarillo de mercurio al 1 por 100 es empleada hasta la caída de las costras; con la precaución de vigilar cuidadosamente los primeros síntomas de la intoxicación mercurial, investigando la posible estomatitis, ya que, debido a la falta de protección de la piel, la absorción puede ser intensa.

Para proteger la piel y evitar un resecaimiento excesivo se usa la vaselina boricada. En cuanto a la vaselina, VIEIRA (1948) advierte que era ampliamente utilizada, constituyendo un renglón importante en el presupuesto del Hospital, habiendo sido suprimida gradualmente, pues la causticidad de la misma, así como la falta de pureza en el período de la última guerra, proporcionaba más daño que beneficio.

Se han usado tópicamente la penicilina y la tirotricina, sin resultado sobre las lesiones básicas.

Uno de los síntomas que más atormentan al pénfigo es el prurito, que antes era combatido con el tiosulfato de sodio, el bromuro de estroncio, el sulfato de magnesio endovenoso, la teofilina oral y los rayos X ya citados; pero FONZARI (1948) considera como la mejor arma contra las manifestaciones pruriginosas a los antihistamínicos de síntesis.

Respecto a las localizaciones oculares, muy bien estudiadas por AMÉNDOLA, este autor (1947) no indica pautas terapéuticas especiales, y según nuestras observaciones, las normas seguidas son las propias del síndrome correspondiente.

Complicaciones.—En los brotes erisipeloides se mostraron eficaces, momentáneamente, las sulfamidas, sin influir sobre la evolución básica.

En los casos que presentaban extensas zonas impetiginizadas, así como, en general, en las infecciones sobreañadidas, el tratamiento local con la pomada de óxido amarillo de mercurio, ya citada, y el de fondo con penicilina u otros antibióticos, parecen en la actualidad de elección.

En los enfermos con dolores intensos se ha empleado el anaveneno crotálico en inyecciones, diariamente. Los opiáceos están contraindicados (VIEIRA).

Debe evitarse que los enfermos se encamen y queden reclusos, pues esto facilita la anquilosis, debiendo moverse, siempre que su estado lo permita, habiendo algún autor que atribuye la intensa calcificación que se observa en algunos casos a la falta de exposición a los rayos solares como factor concurrente. El hecho es que la mayoría de estas anquilosis son reversibles, volviendo la movilidad cuando el enfermo mejora en su estado general e inicia movimientos.

Las fracturas, en los casos de osteoporosis, así como otras complicaciones que puedan presentarse, no hacen excepción, en lo que a la terapéutica respecta, a las pautas conocidas.

Curabilidad.—VIEIRA, en 1948, se expresaba así: Esta variedad del pénfigo foliáceo, en lo que respecta a la cura, era tenida hasta hace algunos años como incurable. Esta noción de incurabilidad resalta en las referencias encontradas en los libros clásicos sobre la terapéutica de tan curiosa dermatosis. "Esta noción fué admitida por todos nuestros investigadores y por nosotros mismos cuando, en nuestros primeros trabajos, nos referimos a las curas espontáneas de la enfermedad. En enfermos hospitalizados tuvimos que modificar esta impresión nuestra, así como la de todos los colegas brasileños, y esto por el gran número de enfermos por nosotros observados en el Estado de São Paulo, desde las formas frustradas, ambulatorias, hasta las formas graves de enfermos internados en el Instituto Adhemar de Barros, por donde ya pasó elevado número de enfermos: 351 hasta el presente (1948). Hemos, pues, de considerar, que entre los internados, incluso contando los de formas más graves, habrá un índice de curabilidad del 10 por 100 de los casos, e incluyendo los de formas localizadas, ambulatorias y de pronóstico más favorable, resulta un 20 por 100 de casos curados, debiéndose todavía tener en cuenta otros casos crónicos en que la enfermedad se halla estacionada."

BIBLIOGRAFIA

- ALEIXO, J.—Brasil Médico, 58, 263, 1944.
 ARGUMOSA, J. A. DE.—Observaciones en el Hospital de Pénfigo Foliáceo. Instituto Adhemar de Barros. São Paulo (Brasil), 1954.
 ARNOLD, H. I. JR., and JOHNSON, H. M.—Brit. J. Dermat., 68, 218, 1954.
 CANNON, A. B., and OTHERS.—Jour. Am. Med. Ass., 145, 201, 1951.
 FONZARI, M.—"Estado actual da terapeutica do pénfigo foliáceo". Cuadernos de Terapéutica. Labor. São Paulo. (Resume FONZARI en este artículo trabajos publicados en la Rev. Paulista Med., 30, 279, 1947; Arquiv. Dermat. e Sifiligr. São Paulo, 11, 19, 1947 y 12, 3, 1948, y Arquiv. Biología, 32, 107, 1948.)
 FRAZIER, C. N.; LEVER, W. F., and KRUPP, C. S.—Am. Jour. Med. Sc., 222, 308, 1951.
 STOUTON, R. B.—Jour. Am. Med. Ass., 160, 1011, 1956.
 The Merck Index. Sixth Edition, 1952.
 VIEIRA, J. P.—"Novas contribuições ao estudo do Pénfigo Foliáceo (Fogo Selvagem) no Estado de São Paulo". São Paulo, 1940.
 VIEIRA, J. P.—"Considerações sobre o Pénfigo Foliáceo no Brasil". São Paulo, 1948.